مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۴۰۰، دوره ۲۳، صفحه ۱۴۹-۱۴۲

اثربخشی مشاوره گروهی به روش درمان حل مسئله بر سلامت روان زنان پس از سقط خودبخود

رقیه نظرعلیوند (MSc)[۱]، میترا تدین نجف آبادی (MSc)[۲*]، ناصر بهروزی (PhD)[۳]، محمد حسین حقیقی زاده (MSc)[۴]

۱-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲-مرکز تحقیقات یائسگی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۳-گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۴-گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

دریافت: ۹۸/۱۰/۲، اصلاح: ۹۹/۱/۱۷، پذیرش: ۹۹/۴/۲۲

خلاصه

سابقه و هدف: سقط خودبخود برای زنان، از نظر روحی و روانی تجربه ای مخرب محسوب می شود. با توجه به شیوع بالا و عوارض روانی ناشی از سقط و نقش مؤثر ماماها در حمایت روحی زنان، این مطالعه باهدف تعیین تاثیر مشاوره گروهی به روش درمان حل مسئله بر سلامت روان زنان پس از سقط خودبخود انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۴۶ نفر از زنانی که در بیمارستان های امام خمینی و رازی اهواز دچار سقط خودبخود در اولین حاملگی خود شده بودند، انجام شد. افراد به طور تصادفی به دو گروه ۲۳ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. دو گروه در مرحله پیش آزمون پرسشنامه سلامت روان با نمره (۸۴-۰) و مشخصات دموگرافیک را تکمیل کردند. گروه آزمون به مدت ۸ هفته، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت مشاوره گروهی مبتنی بر درمان حل مسئله قرار گرفتند. هر دو گروه مجددا پرسشنامه را بعد از پایان مداخله و در پیگیری یک ماه بعد تکمیل کردند.

یافته‌ها: میانگین سنی گروه آزمون (۳/۹۲±۲۷/۹۵) و گروه کنترل (۳/۷۸±۲۸/۰۴) بود. پیش از آزمون میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمون (۳/۵۶±۵۹/۲۵) و در گروه کنترل (۴/۸۶±۵۸/۱۴) بود که دو گروه اختلاف آماری معنی داری با هم نداشتند. اما در مرحله پس آزمون از نظر سلامت روان (گروه آزمون ۳/۰۳±۳۸/۴۵ در مقابل ۴/۸۷±۵۸/۹۵ گروه کنترل) تفاوت معنی داری داشتند ($p<0/001$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که درمان حل مسئله می تواند در بهبود سلامت روان زنان پس از سقط خودبخود موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان حل مسئله، سلامت روان، سقط خودبخود.

مقدمه

یکی از مهمترین مشکلات بارداری، سقط می باشد. سقط به معنی پایان یافتن حاملگی به صورت خود به خودی قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات و یا پایان یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ و یا در وزن کمتر از ۵۰۰ گرم هنگام تولد بوده و شایعترین عارضه در طی حاملگی است (۱). در حدود ۲۰-۸ درصد حاملگی های شناخته شده، به سقط خودبخود ختم می شود (۲). میزان تخمینی سقط در جهان ۳۵ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۴۴-۱۵ سال می باشد. این میزان در کشورهای توسعه یافته ۲۷ مورد در ۱۰۰۰ و در کشورهای در حال توسعه ۳۷ مورد در هزار زن می باشد (۳). میزان سالانه سقط در ایران، ۷/۵ مورد در هر ۱۰۰۰ زن متاهل است (۴). در یک بررسی انجام شده در تهران از بین ۲۹۷۰ زن در سنین باروری ۴۵/۷٪ آنان حداقل یک سقط را در طول عمر خود تجربه کرده بودند (۵). خانم‌هایی که سقط داشتند، هم از نظر روانی و هم از نظر جسمی رنج می برند. حدود ۵۱-۴۸ درصد زنانی که سقط خودبخود را تجربه کردند، از عوارض روانشناختی رنج می برند (۶). از جمله این مشکلات اضطراب، افسردگی، گاهی دیسترس های احساسی شدید بعد از سقط، سوء استفاده از مواد، تلاش در جهت خودکشی، اختلال وسواسی- اجباری و جر و بحث زناشویی، اختلال استرس پس از تروما و انزوا طلبی بوده است (۷). زنان با سابقه سقط ممکن است نگران باشند که آیا می توانند با موفقیت حاملگی های بعدی را پشت سر بگذارند یا نه و این نگرانی و استرس ممکن است در طول بارداری های بعدی باقی بماند (۸). سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی مادر در بارداری های بعدی می تواند با خطر سقط خود به خود، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، ناهنجاری های نوزاد، نوزادان کوچک به نسبت سن حاملگی، عوارض نامطلوب عصبی- تکاملی طولانی مدت، بیش فعالی، ناتوانی در یادگیری، اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی کودک در آینده همراه باشد (۱۰و۹).

▣ این مقاله حاصل پایان نامه رقیه نظرعلیوند دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره در مامایی و طرح تحقیقاتی به شماره RHPRC-9710 دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می باشد.

*مسئول مقاله: میترا تدین نجف آبادی
آدرس: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دانشکده پرستاری و مایی، گروه مامایی. تلفن: ۰۶۶-۳۶۵۳۲۷۸۶
E-mail: tadayon-m@ajums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

امروزه مشکلات روانشناختی یکی از چالش های جوامع مدرن است و مسائل مربوط به سلامت روان، به خصوص در سال های اخیر مورد توجه دست اندرکاران این حوزه قرار گرفته است (۱۱). سلامت روانی در واقع به معنی رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن ها، ارضاء نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد های فطری خویش می باشد (۱۲و۱۱).

پژوهشگران معتقدند که مشاوره روانشناسی، علاوه بر مداخله و مشاوره پزشکی، در کاهش دیسترس زنان پس از سقط جنین سودمند است (۱۳). درمان حل مسئله مداخله روانشناختی ساختارمند و در واقع نوعی از درمان شناختی رفتاری است، که روی آموزش مهارت ها و نگرش های حل مسئله تمرکز دارد و هدف از آن، کاهش و پیشگیری از آسیب شناسی روانی و افزایش سلامتی با کمک به اشخاص در انطباق مؤثرتر با مسائل تنش زا در زندگی است (۱۵و۱۴). همچنین فرد می آموزد تا از مجموعه مهارت های شناختی موثر خود برای کنار آمدن با موقعیت های مسئله آفرین استفاده کند (۱۶).

در مطالعه ای نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری بر استرس بعد از سانحه، غم و اندوه، افسردگی و سلامت روان مادران پس از سقط بهبود قابل ملاحظه ای ایجاد کرده است (۱۷). همچنین در یک مطالعه تفاوت معنی داری بین نمرات افسردگی و اضطراب قبل و بعد از مداخله مشاهده شد (۱۸). در مطالعه ای دیگر نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری گروهی می تواند بر سلامت روان، ادراک بیماری، کیفیت زندگی و علائم بالینی پسوریازیس سودمند باشد (۱۹).

با توجه به اینکه باروری در بیشتر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار می باشد و آرزوی داشتن فرزند یکی از مهم ترین محرک های انسانی است، اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود، ممکن است به یک احساس مخرب و یک واقعه تنش زا تبدیل شده و سبب مختل شدن سلامت روانی فرد شود (۲۰). از آنجائیکه تاکنون مطالعه ای به طور اختصاصی در مورد تاثیر مشاوره به روش درمان حل مسئله بر روی زنان با سابقه سقط انجام نشده، لذا این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی به روش درمان حل مسئله بر سلامت روان زنان، پس از سقط خودبخود انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی (IRCT20181129041792N1) با طرح پیش آزمون- پس آزمون و یک گروه کنترل، پس از تصویب توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه جندی شاپور اهواز با کد IR.AJUMS.REC.1397.616 در سال ۱۳۹۸ انجام شد. کلیه زنانی که در بارداری اول دچار سقط خودبخود شده و جهت بستری و درمان به بیمارستان های رازی و امام خمینی (ره) مراجعه کرده بودند و حداقل ۴ هفته و حداکثر ۶ ماه از سقط آنها گذشته بود، با داشتن حداقل سواد ابتدایی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و کسب نمره بالای ۲۳ از پرسشنامه سلامت روان وارد مطالعه شدند.

در صورت ناخواسته بودن بارداری از دست رفته، مصرف مواد مخدر و روان گردان، سابقه بیماری های مزمن طبی و روانی، دو جلسه غیبت برای گروه آزمون و حاملگی فعلی، مصرف داروهای مربوط به اعصاب و روان مثل ضد افسردگی‌ها، ضد سایکوزها و...، تجربه حادثه ناگوار از قبیل فوت بستگان درجه یک، در شش ماه گذشته، دریافت درمان شناختی رفتاری و هر نوع مداخله روانشناختی طی ۱۲ هفته گذشته از مطالعه خارج شدند.

حجم نمونه بر اساس پیامد افسردگی در مقاله مشابه و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان۹۰٪ با احتساب ۲۵٪ ریزش میزان نمونه برای هر گروه ۲۳ نفر بر آورد شد (۲۱). نمونه گیری به روش در دسترس و با مراجعه به پرونده های پزشکی و دعوت از طریق تماس تلفنی صورت گرفت، سپس یک جلسه توجیهی برگزار و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی داده شد.

پس از کسب رضایت نامه کتبی و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه دموگرافیک و سلامت روان تکمیل گردید. پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (General Health Questionare= GHQ-28) از جمله شناخته شده ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است و در بر گیرنده چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد، که هر یک از آنها خود شامل ۷ سوال می باشند (۲۲). مقیاس پرسشنامه ۴ درجه ای به صورت اصلاً (با نمره صفر)، در حد معمول (نمره ۱)، بیش از حد معمول (نمره ۲) و خیلی بیش از حد معمول (نمره ۳) است. نمره پرسشنامه از صفر تا ۸۴ متغیر می باشد. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می باشد (۲۳). نقطه برش در این مطالعه ۲۳ می باشد. Goldberg و Williams اعتبار متوسط این پرسشنامه را ۰/۸۳ و پایایی متوسط آن را ۰/۸۷ گزارش کرده اند (۲۴).

روش انتساب افراد در گروه های کنترل و آزمون به صورت تصادفی و بلوک‌های چهارتایی (با استفاده از جدول مربوط به جایگشت های تصادفی) بود. برای گروه آزمون ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای یک بار مشاوره با روش درمان حل مسئله توسط پژوهشگر و با نظارت استاد مشاور در کلاس واقع در بخش جراحی زنان بیمارستان رازی انجام شد. به دلیل تعداد زیاد نمونه ها، گروه آزمون به دو گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. پس از اتمام جلسات و یک ماه پس از پایان مداخله هر دو گروه پرسشنامه را تکمیل کردند. در جدول شماره ۱ خلاصه ای از محتوای جلسات درمان آمده است. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون های آماری T مستقل، کای دو، کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون اندازه گیری مکرر انجام شد و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان

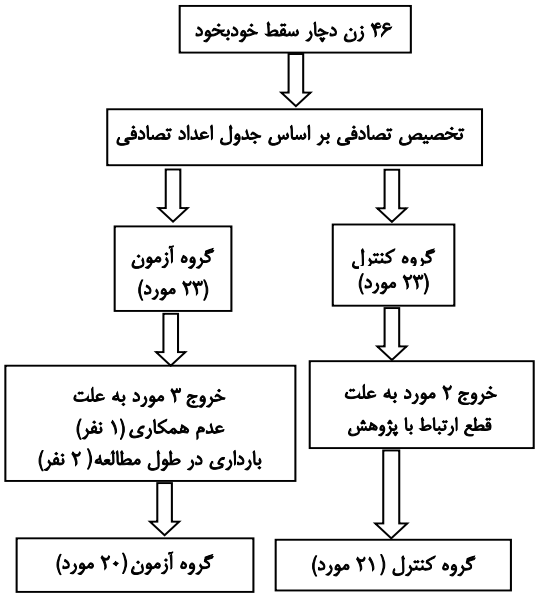
ردیف	اهداف جلسه
جلسه اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با هم، بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر از رویکرد حل مسئله. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از مشکلات برای کار کردن بر روی آن و ثبت این مشکلات.
جلسه دوم	خوش آمدگویی، بررسی تکلیف جلسه اول، آموزش حل مسئله منطقی و تعریف مشکل به صورت واضح و عینی که برای حل مسئله عملی باشد. تکلیف خانگی: فهم و ارزیابی دلایل مشکلات و اولویت بندی آنها.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

ردیف	اهداف جلسه
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه دوم، تعیین اهداف دست یافتنی و واقع بینانه برای حل مشکل، شناسایی نشانه های تحت کنترل خود فرد، استفاده از تمرین عملی توسط اعضا برای پیداکردن افکار منفی مرتبط با مشکل و بیماریشان. تکلیف خانگی: تمرین پیدا کردن افکار منفی مرتبط با مشکل و بیماریشان.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه سوم، آموزش و اجرای راهبرد بارش افکار، آموزش روش های مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار. تکلیف خانگی: تمرین راهبرد بارش افکار و کشف روش های مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار فرد در زمان مواجهه با مشکلاتش.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه چهارم، یادگیری ABC های عملکردی (علامت اختصاری فعال کننده ها، باورها و پیامدهای افکار افراد است). شناسایی باورهای خودکارآمدی ضعیف و جهت گیری خیلی منفی مسئله و آموزش تکنیک تجسم کردن. تکلیف خانگی: پیدا کردن باورها در مورد مشکلشان که بعد از ابتلا به آن ایجاد شده است و به چالش کشاندن آنها و تمرین تکنیک تجسم کردن.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه پنجم، آموزش حل مسئله کارآمد زندگی واقعی از طریق ترکیب کردن هیجان ها و تفکر منطقی (درمان با روش حل مسئله)، آموزش نحوه ارزشیابی و انتخاب راه حل و شناسایی نکات مثبت و منفی آن. تکلیف خانگی: پیدا کردن نکات مثبت و منفی در انتخاب راه حل
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه ششم، انتخاب بهترین راه حل توسط اعضا و اجرای راه حل (های) انتخابی و آموزش آزمودنی ها برای تداوم در اجرای راه حل ها. تکلیف خانگی: به کارگیری راه حل های انتخابی در زندگی واقعی و بررسی نتایج آن.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه هفتم، ارزشیابی و گام های بعدی بازبینی پیشرفت ها، تشویق تمام پیشرفت ها و جمع بندی مباحث.

یافته‌ها

در گروه مداخله ۳ نفر (۲ نفر به علت عدم همکاری و ۱ نفر به علت بارداری در طول مطالعه) و در گروه کنترل نیز ۲ نفر (به علت قطع ارتباط با مطالعه) حذف شدند (نمودار ۱). میانگین سن در گروه آزمون ۲۷/۹۵±۳/۹۲ و در گروه کنترل ۲۸/۰۴±۳/۷۸ بود. دو گروه از نظر سایر متغیرهای فردی، مانند میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، اشتغال، قومیت و شغل همسر اختلاف معنی داری نداشتند (جدول ۲).



نمودار ۱. روند مطالعه

تفاوت معنی داری بین سلامت روان و حیطه های آن شامل نشانه های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی در شروع مطالعه بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت، اما پس از پایان مطالعه تفاوت معنی داری بین سلامت روان تمامی حیطه های آن بین دو گروه مداخله و کنترل یافت شد (p<۰/۰۰۱). که نشان دهنده تاثیر درمان حل مسئله بر تمامی حیطه های سلامت روان بوده است. همچنین با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر، در گروه آزمون تفاوت معنی داری بین سلامت روان قبل از مداخله (۵۹/۲۵±۳/۵۶) نسبت به بلافاصله بعد از مداخله (۴۱/۳۰±۲/۵۵) (p<۰/۰۰۱)، قبل از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله (۳۸/۴۵±۳/۰۳) (p<۰/۰۰۱) و همچنین بلافاصله بعد از اتمام مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله (p<۰/۰۰۱)، نشان داده شد. در حالیکه در گروه کنترل بین سلامت روان قبل از مداخله (۵۸/۱۴±۴/۱۶) نسبت به بعد از مداخله (۵۸±۴/۴۳) (p=۰/۸۶۴)، قبل از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله (۵۸/۹۵±۴/۸۷) (p=۰/۳۸۵) و همچنین بعد از اتمام مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی داری دیده نشد (جدول ۳).

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش به تفکیک گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه آزمون تعداد(درصد) یا Mean±SD	گروه شاهد تعداد(درصد) یا Mean±SD	P-value
سطح تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۳(۶۵)	۱۴(۶۶/۷)	۰/۸۵۰
دیپلم	۴(۲۰)	۵(۲۳/۸)	
دانشگاهی	۳(۱۵)	۲(۹/۵)	
سطح تحصیلات همسر			
زیر دیپلم	۱۴(۷۰)	۱۶(۷۶/۲)	۰/۲۱۱
دیپلم	۶(۳۰)	۳(۱۴/۳)	
دانشگاهی	۰(۰)	۲(۹/۵)	
شغل			
خانه دار	۱۹(۹۵)	۱۹(۹۰/۵)	۰/۵۷۸
شاغل	۱(۵)	۲(۹/۵)	
وضعیت اقتصادی			
ضعیف	۴(۲۰)	۸(۳۸/۱)	۰/۲۸۴
متوسط	۷(۳۵)	۸(۳۸/۱)	
خوب	۹(۴۵)	۵(۲۳/۸)	
مدت زمان سپری شده از سقط (هفته)	۱۱/۴۰±۵/۱۳	۸/۸۵±۳/۹۲	۰/۰۸۲
سن	۲۷/۹۵±۳/۹۲	۲۸/۰۴±۳/۷۸	۰/۹۳۶

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات سلامت روان و حیطه های آن در گروه های آزمون و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر و گروه	قبل از مداخله Mean±SD	بعد از مداخله Mean±SD	پیگیری Mean±SD	P-value
علائم جسمانی				
آزمون	۱۶/۳۵±۱/۱۳	۱۱/۵۰±۱/۱۴	۱۰/۳۰±۰/۸۰	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۵/۲۸±۱/۷۶	۱۵/۳۸±۱/۸۰	۱۵/۱۹±۱/۹۶	۰/۴۷۹
اضطراب				
آزمون	۱۶/۰۵±۱/۶۶	۱۱/۱۵±۱/۱۳	۱۰/۱۵±۱/۴۲	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۵/۵۲±۱/۷۲	۱۵/۸۵±۱/۳۸	۱۶/۱۴±۱/۱۹	۰/۲۸۴
عملکرد اجتماعی				
آزمون	۱۵/۳۵±۱/۴۲	۱۰/۳۰±۱/۰۸	۹/۷۵±۱/۰۶	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۴/۹۵±۱/۴۶	۱۵±۱/۸۴	۱۵±۱/۸۴	۱/۰۰
افسردگی				
آزمون	۱۲/۷۵±۱/۵۱	۷/۹۵±۱/۶۰	۷/۷۰±۱/۴۱	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۲±۱/۷	۱۱/۵۷±۱/۶۳	۱۲/۰۹±۱/۶۰	۰/۵۹
سلامت روان				
آزمون	۵۹/۲۵±۳/۵۶	۴۱/۳۰±۲/۵۵	۳۸/۴۵±۳/۰۳	<۰/۰۰۱
کنترل	۵۸/۱۴±۴/۱۶	۵۸±۴/۴۳	۵۸/۹۵±۴/۸۷	۰/۳۸۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره گروهی به روش درمان حل مسئله بر سلامت روان زنان پس از سقط خودبخود موثر است. Haghparast و همکاران از حمایت های روانی بعد از سقط خودبخودی به ویژه طی یک سال اول بعد از سقط حمایت می کنند (۲۵). Nakano و همکاران نیز گزارش دادند برخی از انواع حمایت های روانی مانند درمان شناختی رفتاری برای بیماران مبتلا به اختلالات روانی بعد از سقط جنین مفید است (۲۶).

در مطالعه Parsa و همکاران نتایج نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله می تواند همراه با سایر فن های درمانی برای کاهش افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گیرد (۲۱). در مطالعه Taghadosi و همکاران نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه منجر به بهبودی سلامت روان مبتلایان به نارسایی قلبی می شود و به عنوان یک درمان مکمل توسط پرستاران در کنار سایر مراقبت ها برای این بیماران پیشنهاد شد (۲۷). نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد.

همچنین Kersting و همکاران بیان نمودند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت، موجب بهبود قابل ملاحظه ای در استرس پس از سانحه، غم و اندوه، افسردگی و سلامت کلی روانی در شرکت کنندگان در گروه درمان شده است و پیاده سازی این برنامه می تواند موجب بهبود وضعیت مراقبت های بهداشتی برای مادران پس از سانحه از دست دادن شود (۱۷). Taeidi و همکاران نیز مطالعه ای با هدف بررسی تاثیر درمان با روش حل مسئله بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. درمان با روش حل مسئله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفته ای برای گروه مداخله اجرا شد. در نهایت به این نتیجه دست یافتند که درمان با روش حل مسئله تاثیر مثبتی بر ارتقاء بهزیستی روانشناختی در این بیماران داشته است (p<۰/۰۵) (۲۸). تقریباً در بیشتر مطالعات وجود عوارض روانی بعد از سقط به اثبات رسیده است، اما سرعت کاهش عوارض روانی بعد از سقط با گذشت زمان و اعمال مداخلات، متفاوت گزارش شده است. به طوریکه برخی معتقدند این عوارض تا ۶ ماه بعد از سقط بالا باقی می ماند و با گذشت ۳ سال از بین می رود (۱۲) و برخی دیگر معتقدند برای از بین رفتن تمام عوارض روانی حاصل از سقط ۵ سال زمان لازم است (۲۹). حال اگر مداخله ای از طرف مراقبین بهداشتی صورت بگیرد شاید بتوان مدت زمان افسردگی و اضطراب زنان را کوتاه تر کرد که البته نتایج مطالعه Coleman و همکاران نیز این حقیقت را اثبات کرده و نشان داد که، عدم دریافت مشاوره و پیگیری، منجر به اختلال اضطراب بعد از سقط و بروز مشکلات روانی بیشتری می شود (۳۰).

در روش درمان حل مسئله به افراد آموزش داده می شود. این رویکرد به فرد کمک می کند تا از مجموعه مهارت های شناختی موثر خود برای کنار آمدن با موقعیت های بین شخصی مسئله آفرین استفاده کند (۳۱). بنابراین کاربرد این روش درمانی در احساس رضایتمندی فرد از زندگی نقش موثری داشته و به طور کلی، سلامت روانی فرد را افزایش می دهد (۳۲).

به طورکلی نتایج این مطالعه نشان داد، مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله بر بهبود سلامت روان زنان پس از سقط خودبخود تأثیر معنی داری داشته و می‌تواند به عنوان یک مداخله موثر مورد توجه قرار بگیرد. از جمله محدودیت های این مطالعه، تفاوت های فردی و وضعیت روحی- روانی افراد مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه ها و انجام تکالیف خانگی بود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اهواز و کارکنان بیمارستان های امام خمینی (ره) و رازی اهواز و همچنین از همکاری افراد شرکت کننده در این پژوهش و سایر عزیزانی که در انجام این تحقیق ما را یاری و راهنمایی کردند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

The Effectiveness of Problem-Solving Group Counseling on Women's Mental Health after Spontaneous Abortion

R. Nazaralivand (MSc)[1], M. Tadayon Najafabadi (MSc)*[2], N. Behroozi (PhD)[3], M. H. Haghighy Zadeh (MSc)[4]

1.Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran

2.Menopause Andropause Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran

3.Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, I.R.Iran

4.Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 23; 2021; PP: 142-149

Received: Dec 23rd 2019, Revised: Apr 5th 2020, Accepted: Jul 12nd 2020.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Spontaneous abortion is a psychologically devastating experience for women. Due to the high prevalence and psychological complications of abortion and the effective role of midwives in women's psychological support, this study was conducted to determine the effect of problem-solving group counseling on women's mental health after spontaneous abortion.

METHODS: This clinical trial was performed in 2019 on 46 women who experienced spontaneous abortion in their first pregnancy in Imam Khomeini and Razi hospitals in Ahvaz. Subjects were randomly divided into two groups of experimental and control (23 women in each group). In the pre-test stage, the two groups completed the mental health questionnaire with a score of 0-84 and demographic characteristics. The experimental group underwent 90-minute weekly counseling sessions based on problem-solving therapy for 8 weeks. Both groups completed the questionnaire again after the intervention and one month later during follow-up.

FINDINGS: The mean age of the experimental group was 27.95±3.92 and the control group was 28.04±3.78. Before the test, the mean score of mental health was 59.25±3.56 in the experimental group and 58.14±4.86 in the control group, indicating no statistically significant difference between the two groups. However, in the post-test stage, there was a significant difference in terms of mental health (38.45±3.03 in the experimental group vs. 58.95±4.87 in the control group) ($p<0.001$).

CONCLUSION: The results of the study showed that problem-solving therapy can be effective in improving the mental health of women after spontaneous abortion.

KEY WORDS: *Problem-Solving Therapy, Mental Health, Spontaneous Abortion*.

Please cite this article as follows:

Nazaralivand R, Tadayon Najafabadi M, Behroozi N, Haghighy Zadeh MH. The Effectiveness of Problem-Solving Group Counseling on Women's Mental Health after Spontaneous Abortion. J Babol Univ Med Sci. 2021; 23: 142-9.

***Corresponding Author: M. Tadayon Najafabadi (MSc)**

Address: Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran

Tel: +98 66 36532786

E-mail: tadayon-m@ajums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]

[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

References

1.Cunnigham FG. leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, 22nd ed. NewYork: McGraw Hill; 2005.

2.Berek JS. Berek & Novak gynecology, 16th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.p. 577-604.

3.Behjati Ardekani Z, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri Ardekani H. The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran. J Reprod Infertil. 2005;6(4):299-320. [In Persian]

4.Rastegari A, Baneshi MR, Haji-maghsoudi S, Nakhaee N, Eslami M, Malekafzali H, et al. Estimating the Annual Incidence of Abortions in Iran Applying a Network Scale-up Approach. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(10):e15765.

5.Erfani A, McQuillan K. Rates of induced abortion in Iran: the roles of contraceptive use and religiosity. Stud Fam Plann. 2008;39(2):111-22.

6.Mosayeb Moradi M, Jahdi F, Naimeh SF, Montazeri A. The effect of counseling on anxiety levels of women with spontaneous abortion. Payesh. 2016;15(2):173-9. [In Persian]

7.Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. Birth. 2005;32(1):11-9.

8.Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;166(1):30-6.

9.McCarthy FP, Moss-Morris R, Khashan AS, North RA, Baker PN, Dekker G, et al. Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. BJOG. 2015;122(13):1757-64.

10.Mills TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AE, Whitworth M, Lavender T. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. BJOG. 2014;121(8):943-50.

11.Dastgheib Z, Gharlipour Z, Ghobadi Dashdebi K, Hoseini F, Vafaee R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. 2015;24(84):53-9. [In Persian]

12.Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. N Engl J Med 2011;364:332-9.

13.Nikčević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. J Psychosom Res. 2007;63(3):283-90.

14.Eizadi Fard R. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. J Behav Sci. 2010;4(1):23-7. [In Persian]

15.Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. Clin Psychol Rev. 2008;28(1):131-61.

16.Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. Adv Psychiatr Treat. 2001;7(6):417-25.

17.Kersting A, Kroker K, Schlicht S, Baust K, Wagner B. Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. Arch Womens Ment Health. 2011;14(6):465-77.

18.Hirai K, Motooka H, Ito N, Wada N, Yoshizaki A, Shiozaki M, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. Jpn J Clin Oncol. 2012;42(12):1168-74.

19.Fathi K, Mehrabizade Honarmand M, Zargar Y, Davoodi I, Shahba N. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management on Illness Perceptions, Quality of Life, General Health and Clinical Symptoms of Women with Psoriasis. J Psychol Achievements. 2013;20(2):193-216. [In Persian]

20.Azizi M, Lamyian M, Faghihzade S, Nematollahzade M. The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women; a single blind randomized clinical trial. J Kermanshah Med Sci Univ. 2010;14(3):e79475. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]

21.Parsa P, Ahangpour P, Shobeiri F, Soltanian A, Rahimi A. The Effect of Group Counseling Based on Problem Solving on Postpartum Depression in Mothers Attending to Health Care Centers in Hamadan City. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017;15(6):440-8. [In Persian]

22.Taghavi SMR. The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). Journal of Psychology. 2008;15(28):1-12. [In Persian]

23.Zare N, Parvareh M, Noori B, Namdari M. Mental health status of Iranian university students using the GHQ-28: a meta-analysis. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2016;21(4):1-16. [In Persian]

24.Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: Nfer-Nelson; 1988.

25.Haghparast E, Faramarzi M, Hassanzadeh R. Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. Pak J Med Sci. 2016;32(5):1097-1101.

26.Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA, Sugiura-Ogasawara M. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. Psychol Res Behav Manag. 2013;6:37-43.

27.Taghadosi M, Rohollah F, Aghajani M, Raygan F. Effect of cognitive therapy on mental health in patients with heart failure. Feyz (J Kashan Univ Med Sci). 2014;18(1):52-9. [In Persian]

28.Taeidi E, Montazeri S, Behroozi N, Haghighy Zadeh MH, Ahmadzadeh Deilami A. The Effect of Problem Solving Therapy on Breast Cancer Women. Int J Cancer Manag. 2018;11(9):e69336.

29.Biggs MA, Neuhaus JM, Foster DG. Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States. Am J Public Health. 2015;105(12):2557-63.

30.Coleman PK, Coyle CT, Rue VM. Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. J Pregnancy. 2010;2010:130519.

31.Nesu AM, Nesu CM, D'Zurrila TJ. Problem solving therapy [Translated by Seif AA]. Tehran: Dowran; 2013. [In Persian]

32.Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2007;27(1):46-57.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.22.1]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.142]