

The Effect of Counseling Based on Fordyce's Pattern of Happiness on the Anxiety of Women with Spontaneous Abortion

Batool Khodakarami¹, Fatemeh Shobeiri^{2*}, Bayan Mefakheri³, Alireza Soltanian⁴, Hossein Mohagheghi⁵

1. MSc. of Midwifery, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Professor, Mother and Child Care Research Center, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. MSc. of Counseling in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. PhD Modeling of Non-Communicable Disease Research Center, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. PhD, Department of Psychology, Faculty of Economic Sciences and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2017/10/09;
Accepted: 2017/11/29;
Published Online: 2018/08/04

DOI:
[10.30699/sjnhmf.26.6.377](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.26.6.377)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Spontaneous abortion is the most common complication of pregnancy that leads to mental disorders such as anxiety. Considering the high prevalence and the consequences of anxiety and the effective role of midwives in women's mental support following abortion, complementary therapies such as counseling are important. The aim of this study was to determine the effect of counseling based on Fordyce's pattern of Happiness on the anxiety of women with spontaneous abortion.

Methods: This randomized clinical trial recruited 72 women with spontaneous abortion referred to Fatemiyeh hospital in Hamadan based on inclusion criteria and they were randomly assigned to intervention (n=36) and control (n=36) groups. Data were collected through a demographic questionnaire and HADS. The intervention group was consulted for a total 8 sessions of 60 minutes during the first 72 hours after the abortion. The sessions were held twice a week which lasted 4 weeks. Both groups were followed immediately after and one month after the intervention. Data were analyzed via descriptive and analytical statistics with SPSS 16.

Results: The findings showed that before the intervention, no significant difference was observed in the mean score of anxiety between intervention and control groups ($P > 0.05$). After the intervention and one month later, the results showed a significant difference between the two groups on anxiety ($P < 0.001$).

Conclusion: Counseling based on the pattern of happiness can control anxiety in women with spontaneous abortion; therefore, it is recommended that this pattern be used as an effective and noninvasive intervention to control psychological problems of women with spontaneous abortion.

Keywords: Spontaneous abortion, Abortion anxiety, Group counseling, Fordes Happiness Model

Corresponding Information:

Fatemeh Shobeiri, Professor, Mother and Child Care Research Center, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Email: fshobeiri@yahoo.com

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Khodakarami B, Shobeiri F, Mefakheri B, Soltanian A, Mohagheghi H. The Effect of Counseling Based on Fordyce's Pattern of Happiness on the Anxiety of Women with Spontaneous Abortion. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2019; 26 (6) :377-388

تأثیر مشاوره براساس الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی

بتول خداکرمی^۱، فاطمه شبیری*^۲، بیان مفاخری^۳، علیرضا سلطانیان^۴، حسین محقق^۵

۱. کارشناس ارشد آموزش مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. استاد مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۰۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۸ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۵/۱۳	مقدمه: سقط خودبه‌خودی شایع‌ترین عارضه بارداری است که به اختلالات روانی مانند اضطراب منجر می‌شود. با توجه به شیوع بالا و پیامدهای اضطراب و نقش مؤثر ماماها در حمایت روحی زنان، پس از سقط خودبه‌خودی، استفاده از درمان‌های مکمل مانند مشاوره اهمیت شایانی دارد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مشاوره براساس الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی انجام شده است.
نوینده مسئله: فاطمه شبیری استاد مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران پست الکترونیک: fshobeiri@yahoo.com	روش کار: سقط خودبه‌خودی شایع‌ترین عارضه بارداری است که به اختلالات روانی مانند اضطراب منجر می‌شود. با توجه به شیوع بالا و پیامدهای اضطراب و نقش مؤثر ماماها در حمایت روحی زنان، پس از سقط خودبه‌خودی، استفاده از درمان‌های مکمل مانند مشاوره اهمیت شایانی دارد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مشاوره براساس الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی انجام شده است.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین نمره اضطراب در دو گروه کنترل و مداخله وجود نداشت ($P > 0.05$)؛ اما در زمان‌های بلافاصله و یک ماه پس از مداخله، تفاوت معناداری در میانگین نمره اضطراب به وجود آمد ($P < 0.001$).
	نتیجه گیری: مشاوره براساس الگوی شادکامی می‌تواند اضطراب زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی را کنترل کند؛ بنابراین به‌عنوان مداخله‌ای اثربخش و غیرتهاجمی در کنترل مشکلات روان‌شناختی زنان، پس از سقط خودبه‌خودی توصیه می‌شود.
	کلیدواژه‌ها: سقط خودبه‌خودی، اضطراب ناشی از سقط، مشاوره گروهی، الگوی شادکامی فوردایس



مقدمه

آخرین سیکل قاعدگی) سقط می‌شوند [۲]. علل سقط خودبه‌خودی جنین شامل بالا بودن سن مادر، سابقه سقط خودبه‌خودی، استعمال دخانیات، مصرف متوسط تا زیاد الکل، بالا بودن گراویدیت، مصرف کونائین، مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (به‌جز استامینوفن) در زمان لقاح، تب، کائین، وزن بسیار زیاد ($BMI > 25$) و بسیار کم ($BMI < 18/5$) مادر، بیماری‌های مادر مانند دیابت شیرین، سلیاک، بیماری تخمدان پلی‌کیستیک، سندرم کوشینگ، ترومبوفیلی‌ها، هیپوتیروئیدی، اختلالات کروموزومی، ناهنجاری‌های رحمی، ناهنجاری‌های جفت و ترومای شدید

مرکز ملی آمار بهداشتی، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) همگی سقط را خاتمه یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ و یا به دنیا آمدن جنینی با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف کرده‌اند [۱]. سقط خودبه‌خودی شایع‌ترین عارضه حاملگی است. مطالعات انجام‌شده با استفاده از روش‌های حساس سنجش گنادوتروپین کوریون انسانی (HCG)، نشان می‌دهد میزان واقعی از دست رفتن حاملگی بعد از لانه‌گزینی ۳۱ درصد است. در میان حاملگی‌هایی که از نظر بالینی شناسایی می‌شوند، ۱۵ درصد آن‌ها قبل از هفته بیستم حاملگی (از

۱۸ ماه بعد از سقط مجدداً باردار می‌شوند، تأثیر سقط خودبه‌خودی روی حاملگی بعدی حائز اهمیت است. و زنان باردار با سابقه سقط خودبه‌خودی در کمتر از یک سال گذشته، بیشتر در معرض ابتلا به علائم روانی و دیسترس حاملگی قرار دارند و اضطراب، افسردگی، اختلال جسمانی‌سازی، وسواس فکری، حساسیت بین‌فردی، روان-پریشی‌گرایی، بدگمانی و خصومت در آن‌ها بیشتر است [۱۷].

Shapiro و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند زنانی که سابقه سقط خودبه‌خودی دارند، در سه ماه اول حاملگی بعدی خود سطح بالاتری از اضطراب را نشان داده‌اند [۱۸]. مطالعات اخیر نشان داده است پیامدهای اصلی روان‌شناختی به دنبال سقط جنین، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه است و از این نظر حمایت کردند که سقط نوعی تروما شناخته می‌شود [۸]. از سال ۲۰۰۰ به بعد، سازمان ملل برای تعیین سطح توسعه‌یافتگی کشورها، متغیرهای نشاط، امید به آینده، خشنودی و رضایت‌مندی افراد جامعه را نیز به‌عنوان متغیرهایی کلیدی وارد محاسبات کرده است؛ به این صورت که اگر مردم جامعه‌ای احساس نشاط، خشنودی و رضایت‌مندی نکنند، نمی‌توان آن جامعه را توسعه‌یافته قلمداد کرد و این نشان‌دهنده اهمیت شادی و نشاط است. براساس نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه نشاط و خوشبختی، از نظر ۵۰ درصد مردم، احساس شادی، مهم‌ترین مسأله زندگی به شمار می‌رود [۱۹]. یافته‌ها نشان می‌دهد شادکامی با پیامدهای مثبتی مانند سلامت جسمی و روانی و عملکرد مطلوب و بهینه همراه است [۲۰]. افزایش شادکامی روی مؤلفه ذهنی کیفیت زندگی تأثیر دارد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۲۱]. کسانی که شاد هستند، احساس امنیت بیشتری دارند، آسان‌تر تصمیم‌گیری می‌کنند، روحیه همکاری بیشتری دارند و از زندگی خود راضی هستند [۲۲]. شادکامی می‌تواند مانند سپری افراد را در برابر فشارهای روانی محافظت کند و علاوه بر آن مولد انرژی، شور و شفع است و سلامت افراد را تضمین می‌کند [۲۳].

Fordyce از صاحب‌نظران روان‌شناسی شادی است و در تحقیقات و تئوری‌پردازی شادکامی در جهان پیش‌قدم شناخته می‌شود. او با بررسی تحقیقات متعدد، برنامه‌ای با عنوان آموزش شادکامی ارائه داده است که شامل ۱۴ اصل

مادر است [۳]. تولد فرزند به تثبیت هویت زنان کمک می‌کند تا جایی که زنان موفقیت‌زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی تابع توانایی خود در به دنیا آوردن فرزند می‌دانند و چنانچه فاقد این قدرت باشند، احساس بی‌کفایتی می‌کنند. نداشتن فرزند به دلایل مختلفی اتفاق می‌افتد که یکی از این دلایل سقط جنین است [۴]. سقط جنین هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی تجربه‌ای مخرب و زیان‌بار محسوب می‌شود [۵]. در خانم‌هایی که سقط داشته‌اند افسردگی، اضطراب [۶، ۸]، تعارض زناشویی، تلاش برای خودکشی [۶]، سوء‌مصرف موادمخدر [۷]، غم و اندوه، خشم، احساس گناه و سرزنش خود، احساس پوچی و درماندگی، کاهش عزت‌نفس [۸] و اختلالات خواب [۹] افزایش می‌یابد. شواهد اخیر نشان می‌دهد بیش از نیمی از زنان به دنبال سقط جنین از عوارض مختلف روحی و روانی در هفته‌ها و ماه‌های پس از رویداد رنج می‌برند [۱۰]. درصد قابل توجهی از زنان تا ۶ ماه پس از سقط، سطح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند و در معرض خطر بالای اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس جبری قرار دارند [۱۱]. طی ۱۲ هفته پس از سقط جنین، اضطراب شایع‌تر و شدیدتر از افسردگی است [۱۲]. اضطراب، تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب علائم دستگاه خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده با آن همراه می‌شود [۱۳]. اضطراب بر بهبودی و ترمیم بافتی اثر منفی دارد و در صورتی که کنترل نشود و یا طولانی شود ممکن است به افزایش تجزیه پروتئین، کاهش بهبود زخم، افزایش خطر عفونت، تغییر پاسخ ایمنی و برهم‌خوردن تعادل الکترولیت و مایعات و تغییراتی در الگوی خواب منجر شود [۱۴]. ریسک ابتلا به اختلالات روانی در کسانی که سقط داشته‌اند ۳۰ درصد از جمعیت عمومی بیشتر است [۱۵]. در صورتی که بارداری اول به سقط منجر شده باشد، بعد از تولد فرزند دوم اضطراب و افسردگی به‌طور شایع‌تری اتفاق می‌افتد که نتیجه تجربه ناگوار حل‌نشده است. اختلال در وضعیت روان‌شناختی مادر ممکن است با فرایند دل‌بستگی با نوزاد تداخل داشته باشد. این اختلال ممکن است خود را به‌صورت کوتاهی در پرورش کودک و کودک‌آزاری بروز دهد [۱۶]. علائم اضطراب و افسردگی که به دنبال سقط رخ می‌دهد، تا حاملگی بعدی ادامه پیدا می‌کند. از آنجا که تعداد زیادی از زنان در طول

ریزش احتمالی نمونه‌ها، حجم نمونه ۳۶ نفر در هر گروه با توان آماری ۸۰ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ درصد به دست آمد. فرمول محاسبه حجم نمونه برابر است با:

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{d^2}$$

شاخص‌های برآورد تعداد نمونه شامل: $z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1/96$ ، $z_{1-\beta} = 7/84$ ، $\delta_1 = 14/88$ ، $\delta_2 = 8/324$ و $d = \mu_1 - \mu_2 = 8/35$ است. بر این اساس تعداد نمونه در هر گروه ۳۶ نفر برآورد شد. با توجه به هدف اصلی، طرح حجم نمونه لازم ۷۲ نفر بود که از زنان واجد شرایط مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیة شهر همدان و با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۳۶ نفر) و کنترل (۳۶ نفر) اختصاص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، خواسته بودن حاملگی، سکونت در شهر همدان، حاملگی اول، داشتن اضطراب خفیف رو به بالا (نمره ۸ به بالا) و نداشتن حوادث تنش‌زا طی ۶ ماه گذشته. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیشتر از یک جلسه از جلسات مشاوره‌ای، وقوع پیشامدهای ناگوار حین مطالعه، بارداری مجدد طی مطالعه، استفاده از داروهای آرام‌بخش و سایکوتیک و اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات، داروهای روان‌گردان و الکل بود. روش نمونه‌گیری در این مطالعه روش در دسترس بود و هر کدام از افراد که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و موافق با شرکت در مطالعه بودند، جزء حجم نمونه محسوب شدند. سپس به روش تخصیص تصادفی ساده، نمونه‌ها در دو گروه قرار گرفتند و روش تصادفی ساده صرفاً برای نفر اول وارد شده به پژوهش انجام شد. نام گروه‌ها در پاکت قرار گرفت و از اولین نفر خواسته شد یکی از اسامی را از داخل پاکت بردارد (تصادفی) و پس از آن نمونه‌ها به صورت پشت سر هم، به همان ترتیب نفر اول در گروه‌ها قرار دادند و نمونه‌گیری تا اتمام حجم نمونه ادامه یافت. نحوه تخصیص افراد به دو گروه مداخله و کنترل به این صورت بود که به‌طور متناوب در یک هفته، افرادی که در سه روز اول هفته وارد مطالعه شدند در گروه کنترل و افرادی که در چهار روز دوم هفته وارد مطالعه شدند در گروه مداخله قرار گرفتند و در هفته بعد عکس این ترتیب اعمال شد. پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان و مراجع

می‌شود. از این تعداد ۸ اصل شناختی و ۶ اصل دیگر رفتاری است. ۸ مؤلفه شناختی آن عبارت است از: کاهش سطح انتظارات و آرزوها، ایجاد تفکر مثبت و خوش‌بینانه، برنامه‌ریزی امور، تمرکز بر زمان حال، کاهش احساسات منفی، توقف ناراحتی، پرورش شخصیت سالم و ارزش قائل شدن برای شادمانی و ۶ مؤلفه رفتاری دیگر عبارت است از: افزایش فعالیت، افزایش ارتباط اجتماعی، تقویت روابط نزدیک، پرورش شخصیت اجتماعی، خلاقیت، درگیر شدن در کارهای پرمعنا و خود بودن [۲۴]. Nakano و همکاران گزارش دادند برخی از انواع حمایت‌های روانی مانند درمان شناختی - رفتاری (CBT) برای بیماران مبتلا به اختلالات روانی بعد از سقط جنین مفید است [۲۵]. Haghparast و همکاران (۲۰۱۶) از حمایت‌های روانی بعد از سقط خودبه‌خودی به‌ویژه طی یک سال اول بعد از سقط حمایت می‌کنند [۱۷]. Gould و همکاران (۲۰۱۲) وجود آموزش و مشاوره را در کاهش عوارض روانی بعد از سقط بسیار مؤثر دانسته‌اند [۲۶]؛ زیرا مشاوره به تغییر ادراکات، باورها، نگرش‌ها، رفتارها و در نهایت به تغییر شیوه زندگی منجر می‌شود و به افراد در ارتقای رشد شخصی و سازگاری با مشکلات و در نهایت دستیابی به بهداشت روان کمک می‌کند [۲۷].

با توجه به شیوع و اهمیت مسائل روانی زنان، پس از سقط و اهمیت شادی در زندگی آن‌ها، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر اساس الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان، به دنبال سقط خودبه‌خودی در شهر همدان انجام شده است تا بتواند برای حمایت روانی و پیشگیری از عوارض روانی پس از سقط خودبه‌خودی، راهکارهای مناسبی ارائه کند و به مرحله عمل برساند.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است که در دو گروه مداخله و کنترل و با هدف بررسی تأثیر مشاوره با استفاده از الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان نخست بارداری است که با علائم قطعی سقط خودبه‌خودی، در بخش زنان و اورژانس مرکز آموزشی و درمانی فاطمیة همدان بستری بوده‌اند، ۲۴ ساعت اول پس از سقط را سپری می‌کردند [۲۸، ۱۶] و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند. با توجه به مطالعات قبلی [۲۹] و

بیمارستانی (HADS) را در سال ۱۹۸۳ ارائه کردند. این ابزار شامل ۱۴ عبارت است که برای هر عبارت ۴ گزینه وجود دارد. آیت‌های فرد میزان اضطراب و آیت‌های زوج میزان افسردگی را می‌سنجد. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلا (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. در سؤال‌های ۲-۴-۷-۹-۱۲-۱۴ گزینه‌های ۱-۲-۳-۴ به ترتیب امتیاز ۰ تا ۳ و در سؤال‌های ۱-۳-۵-۶-۸-۱۰-۱۱-۱۳ گزینه‌های ۱-۲-۳-۴ به ترتیب امتیاز ۰ تا ۳ می‌گیرد. نمرات ۰ تا ۷ طبیعی، ۸ تا ۱۰ افسردگی و اضطراب خفیف، ۱۱ تا ۱۴ اضطراب و افسردگی متوسط و ۱۵ تا ۲۱ اضطراب و افسردگی شدید را نشان می‌دهند [۳۰]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه از سوی Montazeri و همکاران در ایران تأیید شده و برای پایایی آن از روش آلفای کرونباخ، روی ۱۶۷ بیمار مبتلا به سرطان استفاده شده است که ضریب آن برابر با ۰/۷۸ برای اضطراب و ۰/۸۶ برای افسردگی است [۳۱].

برای ارزیابی اطلاعات توصیفی از شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و جداول توافقی استفاده شد. برای ارزیابی اطلاعات استنباطی آزمون‌های کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل و تحلیل داده‌های تکراری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شده است.

ذی‌صلاح، تمام روزهای هفته به بخش زنان و اورژانس بیمارستان فاطمیه مراجعه کرد و اهداف پژوهش را برای آن‌ها شرح داد و نمونه‌گیری پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی صورت گرفت. در هر دو گروه کنترل و مداخله طی ۲۴ ساعت اول پس از سقط پیش‌آزمون انجام شد. مداخله طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد که اولین جلسه طی ۷۲ ساعت بعد از سقط (طبق نظر روان‌شناس تحقیق) شروع شد و سپس به صورت دو جلسه در هفته و در مجموع چهار هفته ادامه یافت. در هر دو گروه مداخله و کنترل، بلافاصله پس از مداخله (یک ماه بعد از سقط) و یک ماه بعد از مداخله (دو ماه بعد از سقط) پرسش‌نامه‌ها تکمیل شده است. یک نفر در گروه کنترل (به دلیل تمایل نداشتن و ابتلا مادر به سرطان پستان)، در مرحله دو ماه بعد از مداخله و دو نفر در گروه مداخله (به دلیل تمایل نداشتن به شرکت در جلسات مشاوره‌ای)، در مرحله بلافاصله بعد از مداخله از پژوهش خارج شدند. در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسش‌نامه بود که به روش مصاحبه حضوری و تلفنی تکمیل شد. پرسش‌نامه اول شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و تاریخچه مامایی و پرسش‌نامه دوم شامل پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) بود. اولین بار زیگموند و اسنیت پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی

محتوای جلسات مشاوره با استفاده از الگوی شادکامی فوردایس

شماره جلسه	محتوای جلسه
۱	۱. آشنایی اعضا با یکدیگر، آشنایی با ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه و نحوه کار ۲. دادن اطلاعات پزشکی درباره تعریف، شیوع، علل و راه‌های تشخیص و درمان سقط برای کاهش اضطراب ناشی از بی‌اطلاعی ۳. آموزش تکنیک افزایش فعالیت و فعال‌تر بودن (تعریف و مزایای فعالیت جسمانی، معایب نداشتن فعالیت جسمانی، تکنیک‌های افزایش فعالیت جسمانی، تمرین فعالیت جسمانی تا جلسه بعد) ۴. پرورش خلاقیت (تعریف خلاقیت، بررسی راه‌های افزایش و سپس موانع خلاقیت و تمرین خلاقیت)
۲	۱. بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور جلسه قبل ۲. تعریف ارتباط اجتماعی و برون‌گرا بودن، بررسی مزایا و معایب اجتماعی بودن ۳. تکنیک‌های افزایش روابط اجتماعی و افزایش صمیمیت ۴. تمرین افزایش تعاملات اجتماعی تا جلسه بعد
۳	بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور محتوای آن تعریف تفکر مثبت و خوش‌بینی و بررسی فواید آن بررسی گفتگوهای درونی و راه‌های افزایش نگرش مثبت انجام تکالیف خوش‌بینی در زندگی روزمره و تهیه فهرستی از رویدادهای مثبت و یا تفسیر مثبت وقایع روزمره
۴	بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور جلسه قبل تعریف برنامه‌ریزی و مدیریت زمان شیوه تدوین اهداف و برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت تکنیک‌های مدیریت زمان تمرین منزل (تهیه برنامه کوتاه‌مدت و بلندمدت)

شماره جلسه	محتوای جلسه
۵	بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور جلسه قبل تکنیک‌های پایین آوردن سطح توقعات تعریف واقع‌نگری، بررسی خود واقعی و خود آرمانی و خودآگاهی تعریف کمال‌گرایی و راه‌های مقابله با آن بررسی اصول سلامت روان و خودپنداره مثبت
۶	بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور جلسه قبل آموزش تکنیک زندگی در زمان حال و مزایای آن
۷	بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور جلسه قبل تعریف افکار منفی خودآیند و گام‌های تغییر این افکار (شناسایی و ثبت آن‌ها در جدول، بررسی خطاهای شناختی و بررسی دلایل و شواهد تأییدکننده و ردکننده افکار) اجرای تکنیک آرام‌سازی آموزش تکنیک بیان احساسات تکمیل برگه‌های ثبت افکار، تمرین مواجهه و پیشگیری از رفتارها و افکار نامناسب و تمرین بیان احساسات
۸	بررسی تمرینات جلسه قبل و مرور جلسه قبل تکنیک ارزش قائل شدن برای شادمانی اجرای پس‌آزمون و تعیین زمان پیگیری (یک ماه بعد)

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب در گروه کنترل قبل از مداخله $2/94 \pm 11/48$ ، بلافاصله پس از مداخله $3/60 \pm 9/25$ و یک ماه بعد از مداخله $2/56 \pm 8/31$ بوده است؛ در حالی که در گروه مداخله به ترتیب $2/67 \pm 10/88$ ، $2/52 \pm 5/58$ ، $2/37 \pm 5/00$ بود. یافته‌ها نشان داد در طول زمان میزان اضطراب در هر دو گروه کاهش معنی‌داری پیدا کرده اما این کاهش در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بوده است.

یافته‌ها نشان داد واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی و مشخصات مامایی شامل مدت زمان ازدواج و تخمین سن حاملگی همگن بودند (جدول ۱). میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل $4/66 \pm 25/61$ و گروه مداخله $4/46 \pm 24/83$ است.

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک و مامایی افراد مطالعه‌شده

P	مداخله N=۳۶		کنترل N=۳۶		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۶۸	۱۶/۷	۶	۱۹/۴	۷	کمتر از ۲۰ سال	سن
	۴۱/۷	۱۵	۳۳/۳	۱۲	۲۱-۲۵	
	۲۷/۸	۱۰	۳۸/۹	۱۴	۲۶-۳۰	
	۱۳/۹	۵	۸/۳	۳	بیشتر از ۳۰ سال	
۰/۲۴	۵/۶	۲	۱۳/۹	۵	ابتدایی	سطح تحصیلات
	۱۳/۹	۵	۲۵	۹	راهنمایی	
	۲۲/۲	۸	۸/۳	۳	دبیرستان	
	۳۳/۳	۱۲	۲۲/۲	۸	دیپلم	
	۲۵	۹	۳۰/۶	۱۱	دانشگاهی	

P	مداخله N=۳۶		کنترل N=۳۶		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۴۲	۸۶/۱	۳۱	۹۴/۴	۳۴	خانه دار	وضعیت اشتغال
	۱۳/۹	۵	۵/۶	۲	شاغل	
۰/۵۳	۱۹/۴	۷	۳۰/۶	۱۱	خوب	وضعیت اقتصادی (از دیدگاه خود فرد)
	۷۵	۲۷	۶۱/۱	۲۲	متوسط	
	۵/۶	۲	۸/۳	۳	ضعیف	
۰/۲۹	۸/۰۳	۳	۰	۰	۷-۱۲	مدت زمان ازدواج (ماه)
	۵/۶	۲	۱۱/۱	۴	۱۳-۱۸	
	۲۵	۹	۳۳/۳	۱۲	۱۹-۲۴	
	۶۶/۱	۲۲	۵۵/۶	۲۰	۲۵ و بالاتر	
۰/۴۶	۶۶/۷	۲۴	۵۵/۶	۲۰	کمتر از ۱۲ هفته	سن حاملگی (براساس اولین روز آخرین قاعدگی)
	۳۳/۳	۱۲	۴۴/۴	۱۶	۲۰-۱۲ هفته	

جدول شماره ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار سن افراد در دو گروه کنترل و مداخله

	گروه مداخله	گروه کنترل	متغیر
P=۰/۴۷	(میانگین ± انحراف معیار)	(میانگین ± انحراف معیار)	سن (سال)
T=۰/۷۲۳	۲۴/۸۳ ± ۴/۴۶	۲۵/۶۱ ± ۴/۶۶	
df=۷۰			

جدول شماره ۳. مقایسه نمره اضطراب زنان مبتلا به سقط خودبه خودی در دو گروه کنترل و مداخله با استفاده از تحلیل داده‌های تکراری

گروه	قبل از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	بلافاصله بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	یک ماه بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	F درون گروهی	F بین گروهی
کنترل	۱۱/۴۸ ± ۲/۹۴	۹/۲۵ ± ۳/۶۰	۸/۳۱ ± ۲/۵۶	F=۲۲/۴۱۰ P<۰/۰۰۱	F=۲۰/۰۰۶ P<۰/۰۰۱
مداخله	۱۰/۸۸ ± ۲/۶۷	۵/۵۸ ± ۲/۵۲	۵/۰۰ ± ۲/۳۷	F=۱۱۷/۲۱۳ P<۰/۰۰۱	
آزمون تی مستقل	T=۱/۰۹۵ df=۷۰ P=۰/۲۷۷	T=۴/۹۰۶ df=۶۸ P<۰/۰۰۱	T=۵/۵۶۷ df=۶۷ P<۰/۰۰۱		

بحث

نتایج به دست آمده نشان داد در میانگین نمرات پس از آزمون در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که مشاوره براساس الگوی شادکامی

فوردایس موجب کاهش اضطراب در زنان مبتلا به سقط خودبه خودی در گروه مداخله شده است. در بسیاری از مطالعات ارتباط سقط با مشکلات روانی مانند اضطراب و تأثیر مثبت مشاوره بر کاهش آن تأیید شده است. Romero-Gutierrez (۲۰۱۳) انجام مشاوره جامع را برای زنان مبتلا

به سقط خودبه‌خودی توصیه کرده است [۳۲]. تاکنون پژوهشی با عنوان تأثیر مشاوره بر اساس الگوی شادکامی فوردایس بر مشکلات روان‌شناسی زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی انجام نشده است. اما تأثیر این روش بر اضطراب و سایر مسایل روان‌شناسی افراد دیگر جامعه و همچنین تأثیر انواع دیگر مشاوره و حمایت بر سقط بررسی شده است که به آن‌ها اشاره خواهد شد.

مطالعه Constant و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان تأثیر پیام متنی بر حمایت زنان در طول سقط‌درمانی در منزل در آفریقای جنوبی، روی ۴۶۹ زن با هدف بررسی تأثیر پیگیری پیامکی بر کاهش اضطراب و ناراحتی احساسی زنانی صورت گرفت که تحت سقط‌درمانی با میفه پرستون در منزل بودند. ۲۳۵ نفر در گروه کنترل، مراقبت‌های معمول و ۲۳۴ نفر در گروه مداخله، علاوه بر مراقبت‌های معمول پیامک‌های متنی را در طول درمان دریافت کردند. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)، مقیاس ۱۲ ایتمی Alder و مقیاس تأثیر بار حوادث (IES) بود. نتایج نشان داد در گروه مداخله میزان اضطراب افراد کاهش بیشتری داشته ($P=0/013$) و افراد آن، استرس‌های احساسی کمتری نسبت به گروه کنترل تجربه کرده‌اند ($P=0/015$). همچنین شرکت‌کنندگان در گروه مداخله خونریزی ($P<0/001$)، درد ($P=0/042$) و عوارض جانبی کمتری ($P=0/027$) گزارش کرده بودند. در نهایت ۹۹ درصد افراد در گروه مداخله چنین پیگیری پیامکی را برای دوستان خود در شرایط مشابه توصیه کردند [۲۸].

Nekcevic و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر مداخلات درمانی و شناختی بر اضطراب زنان بعد از سقط جنین در شهر لندن انجام دادند که به صورت آینده‌نگر روی زنانی صورت گرفت که برای بررسی روتین در هفته‌های ۱۴-۱۰ حاملگی مراجعه کرده بودند و در آن‌ها سقط فراموش‌شده تشخیص داده شده بود. گروه مداخله شامل ۶۶ زن بود که به دو گروه ۳۳ نفره (گروه مشاوره‌درمانی و گروه مشاوره روان‌شناختی - درمانی) تقسیم و به مدت ۵ هفته بررسی شدند. این دو گروه با گروه کنترل، متشکل از ۶۱ زن که هیچ‌گونه مشاوره خاصی دریافت نکرده بودند، مقایسه شدند. با کلیه شرکت‌کنندگان قبل و بلافاصله بعد از مداخله و ۴ ماه بعد با پرسش‌نامه مصاحبه شد. ابزار استفاده‌شده شامل پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی

بیمارستانی (HADS) و مقیاس ۱۷ آیتمی غم و اندوه نگزاس بود. نتایج نشان داد در گروه مداخله روان‌شناختی، در مقایسه با گروه بدون مداخله روان‌شناختی و گروه کنترل، به تدریج کاهش بارزی در سطح احساس گناه، شرمساری و نگرانی واحدهای پژوهش مشاهده شد. در گروه بدون مداخله روان‌شناختی نیز به‌طور آشکار کاهش سطح اضطراب و احساس شرمساری ($P<0/001$) در طول زمان دیده شد. محققین اظهار کردند مشاوره روان‌شناختی می‌تواند علاوه بر بررسی و مشاوره درمانی در کاهش استرس زنان پس از سقط جنین مفید واقع شود [۵]. در دو مطالعه یادشده نیز همانند مطالعه حاضر، ابزار سنجش اضطراب پرسش‌نامه HADS بوده و انجام مشاوره و حمایت از زنان به دنبال سقط، در کاهش عوارض روان‌شناختی مؤثر واقع شده است. این نتایج با نتایج تحقیق ما هم‌سو است. Nakano و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه‌ای با عنوان تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر دیسترس روانی (افسردگی و اضطراب) زنان مبتلا به سقط مکرر جنین در کشور ژاپن انجام دادند. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش پرسش‌نامه K6 (مقیاس دیسترس روانی کسلر)، BDI-II (افسردگی) و STAI (اضطراب) بوده است. ۲۵۵ نفر از زنانی که سابقه دو بار سقط مکرر داشته و بدون فرزند بودند و در طول دوره آوریل ۲۰۰۸ تا سپتامبر ۲۰۱۰ به بیمارستان شهر ناگویا مراجعه کرده بودند، پرسش‌نامه‌ها را پر کردند و سپس بیماران با امتیاز پنج یا بالاتر در پرسش‌نامه K6 وارد مطالعه شدند که در نهایت ۱۴ زن مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی، تحت ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای درمان شناختی - رفتاری به صورت یک بار در هفته قرار گرفتند. میانگین نمرات افسردگی از ۱۳/۶ به ۵/۲ و اضطراب از ۴۹ به ۳۸ کاهش یافت (افسردگی ($P=0/001$) و اضطراب ($P=0/016$)). این پژوهش همانند پژوهش حاضر بر تأثیر مثبت مشاوره شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی به دنبال سقط تأکید می‌کند [۲۵].

Mosayebmoradi و همکاران (۱۳۹۳) در کارآزمایی بالینی به بررسی تأثیر مشاوره بر اضطراب در زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی در شهر تهران پرداختند. در این مطالعه ۱۰۰ بیمار به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گروه مداخله طی سه جلسه ۶۰-۴۰ دقیقه‌ای و طی ۲۴ ساعت اول پس از سقط جنین، در بخش جراحی زنان، یک هفته و دو هفته بعد، مشاوره انفرادی انجام

میزان اضطراب با هم اختلافی نداشتند، اما بعد از مداخله نمره اضطراب در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود ($P=0/0001$). میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد، به ترتیب $9/99 \pm 15/80$ و $11/67 \pm 20/66$ بود که با هم همگن نبودند ($P=0/28$) و ۲ ماه بعد از مشاوره میانگین افسردگی در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب به $5/58 \pm 3/24$ و $10/56 \pm 16/24$ تغییر یافت، اما از آنجا که میزان افسردگی قبل از مشاوره در دو گروه با یکدیگر همگن نبود، میانگین اختلاف کاهش نمره افسردگی در گروه‌های مداخله و کنترل محاسبه شد و نتایج معنی دار و به ترتیب $(9/64 \pm 12/56)$ ، $(6/89 \pm 4/42)$ و ($P=0/0001$) بود که نشان دهنده اختلاف آماری معنی داری در میانگین کاهش نمره افسردگی است [۳۳]. نتایج این تحقیق همانند تحقیق ما نشان دهنده تداوم تأثیر مثبت مشاوره از سوی ماما طی ۲ ماه بعد از سقط در کاهش اضطراب و افسردگی است.

Mansori و همکاران در مطالعه خود (۱۳۸۴) اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری شادکامی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی و افزایش شادمانی را در ۶۰ زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در اصفهان بررسی کردند. افراد به مدت ۸ جلسه تحت آموزش شادکامی به روش فوردایس قرار گرفتند. نتایج نشان داد برنامه شادکامی فوردایس در کاهش نشانه‌های سندرم پیش از قاعدگی، اضطراب، علائم تحریک پذیری و علائم جسمانی مربوط به سندرم پیش از قاعدگی و افزایش شادکامی مؤثر بوده است [۳۴].

Mehrabi و همکاران (۲۰۱۵) در کارآزمایی بالینی تأثیر برنامه شادکامی فوردایس بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به همودیالیز را در شهر اصفهان بررسی کردند. ۵۰ بیمار همودیالیز به دو گروه ۲۵ نفره تقسیم شدند. برنامه شادکامی فوردایس به صورت ۶ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه برگزار شد. برای گروه کنترل نیز همکار محقق ۳ جلسه به صورت مکالمه، گفتگو و گوش دادن به مشکلات بیمار به صورت اختصاصی تشکیل داد. داده‌ها با پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) جمع‌آوری شد. این پرسشنامه قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله تکمیل شد. میانگین و انحراف معیار اضطراب قبل از مداخله در گروه مداخله $7/9 \pm 4/6$ ، بلافاصله بعد از مداخله $4/4 \pm 2/04$ و یک ماه بعد از مداخله $2/2 \pm$

شد. گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کرده بودند. سه ماه بعد از مداخله پرسشنامه‌ها در هر دو گروه تکمیل شد. در این مطالعه از دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) استفاده شده بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین نمره اضطراب، ۳ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معنی داری کمتر از نمره قبل از مداخله بوده است ($0/001 < P$). میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب در گروه آزمون قبل از مداخله $3/75 \pm 10/17$ بود که ۳ ماه بعد از مداخله به $2/27 \pm 2/52$ کاهش یافت و در گروه کنترل از $4/02 \pm 11/53$ به $5/85 \pm 8/32$ رسید. در این مطالعه همانند مطالعه حاضر طی ۲۴ ساعت اول بعد از سقط جنین پیش از مامان انجام شده بود و انجام مشاوره از سوی ماما، سطح اضطراب زنان را به دنبال سقط خودبه‌خودی تا ماه‌ها پس از سقط به طور معنی داری کاهش داده است [۱۶].

Hajnasiri (۹۳-۹۲) در مطالعه‌ای نیمه تجربی تأثیر مشاوره را بر افسردگی و اضطراب بعد از سقط قانونی بررسی کرد. در این مطالعه ۱۲۰ زن بارداری که مجوز سقط قانونی داشتند و مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی - درمانی کوثر قزوین بودند، به دو گروه شاهد و مداخله تقسیم شدند. مشاوره به صورت چهره‌به‌چهره و به مدت ۳۰-۴۵ ارائه شد که از نوع شناختی و هیجان‌مدار بود و کارشناس مشاوره طرح آن را به ماما (پژوهشگر) آموزش می‌داد. نمونه‌ها قبل و ۲ ماه بعد از سقط با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک ارزیابی شدند. سپس افراد گروه مداخله هر هفته به صورت تلفنی و به مدت ۸ هفته پیگیری شدند و در صورت نیاز، مشاوره‌ای که شامل پاسخ به سؤالات پزشکی نظیر روش‌های پیشگیری از بارداری، زمان شروع روابط زناشویی، آمادگی‌های لازم برای بارداری مجدد، برطرف کردن نگرانی‌های مربوط به بارداری مجدد، کمک به کاهش احساس گناه و ... بود، اجرا شد. در نهایت با گذشت ۸ هفته، مجدداً پرسشنامه‌ها تکمیل شد. سپس هر دو گروه از نظر افسردگی و اضطراب با هم مقایسه شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمره اضطراب، قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد، به ترتیب $11/05 \pm 24/72$ و $12/67 \pm 22/76$ و $P=0/412$ بود و دو ماه پس از مداخله، در گروه مداخله به $1/10 \pm 1/70$ و در گروه شاهد به $7/76 \pm 11/66$ ($P<0/0001$) و در گروه شاهد به $7/76 \pm 11/66$ ($P<0/0001$) رسیده است. قبل از مشاوره دو گروه از نظر

بیان احساسات و افزایش خوشبینی و تفکر مثبت گرا موجب بهبود نگرش نسبت به دیگران و در نتیجه افزایش شادکامی می‌شود.

براساس یافته‌های این مطالعه، برنامه شادکامی فوردایس می‌تواند اضطراب را در بیماران مبتلا به سقط خودبه‌خودی کاهش دهد. این یافته‌ها همراه با نتایج دیگر مطالعات نشان می‌دهد ارائه خدمات روان‌شناختی برای زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی مؤثر است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنای تحقیق بیشتر باشد و به توسعه روش‌هایی برای بهبود کیفیت مراقبت‌ها کمک کند.

نتیجه‌گیری

زنان پایه‌های اصلی خانواده و محور اساسی سلامت، رشد، پویایی و اعتلای خانواده و جامعه هستند و سقط جنین رخداد بهداشتی نیازمند به حمایت روانی - اجتماعی است. با توجه به اهمیت شادکامی در زندگی، باید به تلاش برای افزایش شادکامی به‌صورت پایدار توجه شود تا به‌عنوان ویژگی شخصیتی در برخورد با مشکلات به‌سازگاری بهتر افراد کمک کند.

یافته‌های این پژوهش نشانگر تأثیر مداخلات ارتقادهنده سلامت روان با به‌کارگیری روش مشاوره مبتنی بر برنامه شادکامی فوردایس در زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی است. با توجه به شیوع بالای اضطراب در زنان به‌دنبال سقط خودبه‌خودی و تداوم آن تا مدت‌ها بعد از سقط، حمایت روانی در هنگام مواجهه با این افراد برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان آن‌ها امری ضروری است. ماماها به‌عنوان یکی از اعضای تیم سلامت، می‌توانند در ارائه مشاوره و حمایت روحی و روانی زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی نقش مؤثری داشته باشند

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن تعداد نمونه‌ها اشاره کرد که ممکن است قابل تعمیم به کل زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی نباشد. همچنین روحیات و شخصیت افراد در ابراز احساسات و بیان سؤالات و مشکلات متفاوت است. شاید بعضی افراد نتوانند مسائل خود را به‌خوبی مطرح کنند که در این راستا پژوهشگر سعی کرد با به‌کار بستن مهارت‌های مشاوره‌ای، مشاوره کاملی انجام دهد و فرصت‌های مناسبی برای ابراز احساسات و بیان سؤالات فراهم کند. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که میزان حمایت خانواده‌ها از مادران، بعد از سقط، در خانواده

۳/۶ بود؛ در حالی که در گروه کنترل به‌ترتیب $7/8 \pm 4/7$ ، $4/6 \pm 4/6$ و $7/7 \pm 4/5$ بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در گروه مداخله به‌ترتیب $9/2 \pm 3/1$ ، $4/7 \pm 3/1$ و $3/8 \pm 3/1$ و در گروه کنترل به‌ترتیب $9/04 \pm 5/2$ ، $9/7 \pm 4/3$ و $9/1 \pm 4/7$ بوده است [۳۵]. دو مطالعه اخیر بر تأثیر معنی‌دار برنامه شادکامی فوردایس در کاهش اضطراب و افسردگی تأکید می‌کند و با نتایج تحقیق ما هم‌سو است.

بارداری بزرگ‌ترین اتفاق در زندگی زنان است و موجب ارتقای سلامت روانی ناشی از احساس «مادر شدن» و پرورش کودک می‌شود که اگر به سقط منجر شود، هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی تجربه‌ای مخرب و زیان‌بار محسوب می‌شود و می‌تواند عوارض ناخوشایند روانی در زندگی زنان به وجود آورد. همچنین درصد قابل توجهی از زنان تا مدت‌ها پس از سقط، سطح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند؛ بنابراین غربالگری برای اضطراب باید به‌طور منظم به‌عنوان بخشی از ویزیت‌های پیگیری پس از سقط جنین به ثبت برسد [۱۱]. از طرفی شادکامی می‌تواند از افراد در برابر فشارهای روانی محافظت کند.

برنامه شادکامی فوردایس به تغییرات مشخصی در وضعیت شناختی و عاطفی افراد منجر می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند نگرش بهتری نسبت به رویدادهای زندگی اتخاذ کنند و به شرایط و موقعیت‌های زندگی، با خوشبینی و سازگاری بیشتری پاسخ دهند [۲۰].

با نگاهی به محتوای مشاوره‌ای شناختی - رفتاری فوردایس و نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های یادشده، مشاهده می‌شود در این روش روی موفقیت‌های فعلی یا زمان حاضر تأکید می‌شود و نقش باورداشت‌ها یا شناخت‌های غلط و ناسازگارانه کاملاً در نظر گرفته می‌شود. این روش روی این فرض اساسی استوار است که افکار، عواطف و اعمال و رفتار با هم ارتباط دارند و تحریف‌های شناختی در نتیجه یادگیری ایجاد می‌شوند و می‌توان از طریق یادگیری آن‌ها را از بین برد.

لیکن آموزش تکنیک‌هایی از قبیل افزایش فعالیت، بیان احساسات، خوشبینی، روابط اجتماعی و دوری از نگرانی می‌تواند بر کاهش احساسات منفی اضطراب مؤثر باشد. ضمن اینکه تکنیک‌هایی از قبیل کاهش توقعات و اولویت‌دادن به شادمانی، بر رضایت از زندگی مؤثر است. علاوه بر این، آموزش

کارآزمایی بالینی IRCT2016101315341N11 است. به این وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه همدان، کلیه زنان مبتلا به سقط خودبه‌خودی و دیگر افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

های مختلف متفاوت است؛ بنابراین بررسی نشدن عوامل تأثیرگذار بر فرایند پژوهش مانند حمایت اجتماعی درک‌شده را می‌توان ذکر کرد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان است که با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.308 در تاریخ ۹۵/۰۹/۲۳ به تصویب رسیده است. همچنین کد ثبت

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 24th, ed. New York: McGraw-Hill; 2014. 425- 427.
2. Berek JS. Berek & Novak Gynecology. ed t, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012 :1079.
3. Tulandi T, Al-Fozan HM. Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. UpToDate. 2011.
4. Sharifi- Saki Sh, Aakhte M, Alipor A, Fahimi-Far A, Taghadosi M, Karimi R, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anxiety and meta-worry in women with recurrent miscarriages. Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2015; 19(4):334-40.
5. Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. Journal of psychosomatic research. 2007;63(3):283-90.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.04.004>
PMid:17719366
6. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2005;34(5):630-8.
<https://doi.org/10.1177/0884217505279998>
PMID:16227519
7. Bellieni CV, Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. Psychiatry and clinical neurosciences. 2013;67(5):301-10.
8. Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology. 2008;48(1):5-11.
<https://doi.org/10.1111/j.1479828X.2007.00806.x>
9. Curley M. An Explanatory Model to Guide Assessment, Risk and Diagnosis of Psychological Distress after Abortion. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014;4(15):944.
<https://doi.org/10.4236/ojog.2014.415133>
10. Wijesooriya L, Paliwadana T, Rajapaksha R. A study of psychological impact on women undergoing miscarriage at a Sri Lankan hospital setting. 2015.
11. Brier N. Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. Birth. 2004;31(2):138-42.
<https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00292.x>
12. Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. Depression and Anxiety Following Early Pregnancy Loss: Recommendations for Primary Care Providers. The primary care companion for CNS disorders. 2015;17(1).
<https://doi.org/10.4088/PCC.14r01721>
13. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
14. Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV. Cochrane Review: Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal. 2011 Jan;6(1):71-134.

15. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;193(6):444-51.
16. Mosayeb Moradi M, Jahdi F, Seyed Fatemi N, Montazeri A. The effect of counseling on anxiety levels of women with spontaneous abortion. *Payesh*. 2016; 15 (2) :174-179.
17. 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):1097-101. <https://doi.org/10.12669/pjms.325.10909>
18. Shapiro GD, Seguin JR, Muckle G, Monnier P, Fraser WD. Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2017;38(2):121-32. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1271979>
19. Momeni B, Shafipour V, Esmaeili R, Yazdani Charati J. The relationship between the quality of work life and sleep in nurses at the intensive care units of teaching hospitals in Mazandaran, Iran. *JNMS*. 2016; 3 (1) :28-34.
20. Hemati Z, Abbasi S, Paki S, Kiani D. The Effect of Happiness Training Based on Fordyce Model on Perceived Stress in the Mothers of Children with Cleft Lip and Palate. *J Caring Sci*. 2017;6(2):173-81. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.017>
21. Kajbaf MB, Aghaei A, Mahmoody E. The Effect of Happiness Training on Couples' Life Quality in Counseling Centers in Esfahan. *J Fam Res*. 2011;7:69-81.
22. Rabiei L, Mazaheri MA, Masoudi R, Hasheminia SA. Fordyce happiness program and postpartum depression. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2014;19(3):251.
23. Pelechano V, González-Leandro P, García L, Morán C. Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013;13(1): 18-24. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70003-6](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70003-6)
24. Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. *Journal of counseling psychology*. 1983;30(4):483.
25. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA, Sugiura-Ogasawara M. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology research and behavior management*. 2013;6:37.
26. Gould H, Perrucci A, Barar R, Sinkford D, Foster DG. Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States. *Women's Health Issues*. 2012;22(4):e359-64.
27. Whiston SC. Principles and applications of assessment in counseling. Cengage Learning; 2012 Apr 13.
28. Constant D, de Tolly K, Harries J, Myer L. Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception*. 2014;90(3):226-33. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.009>
29. HOSSEINI M, ABDEKHODAIE MS. Effects of Cognitive-behavioral Fordyce Happiness Training on Sense of Coherence in Patients with Type 2 Diabetes.
30. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.16000447.1983.tb09716.x>
31. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health and quality of life outcomes. 2003;1(1):14.
32. Romero-Gutiérrez G, Pérez-Durán N, Camarillo-Trujillo A, Ruiz-Trevi-o A. Psycho-emotional disorders in women after spontaneous abortion. *Clinical Medicine Research*. 2013;2:6-10. <https://doi.org/10.11648/j.cmr.20130202.11>
33. Hajnasiri H. An investigation of consultation effect on depression and anxiety after legal abortion. *International Academic Journal of Innovative Research*. 2015.4 (1);64-72.
34. Navabinejad S, Lotfi Kashani F. The effectiveness of group cognitive-behavioral instruction on decreasing physical symptoms of premenstrual syndrome. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2011 Sep 15;21(2):114-20.
35. Mehrabi Y, Ghazavi Z, Shahgholian N. Effect of fordyce's happiness program on stress, anxiety, and depression among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017;22(3):190.