

بررسی رابطه افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین

Investigating the relationship between depression, psychological distress and anxiety in women with recurrent miscarriage

Hadis Keivani

Master of Psychology, Adiban University, Garmsar, Iran.

Email: keivani.hadis2310@gmail.com

حدیث کیوانی^۱

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه ادیبان، گرمسار، ایران.

چکیده

Abstract

The purpose of this research was to investigate the relationship between depression, psychological distress and anxiety in women with recurrent miscarriage. Descriptive and correlation research method and multivariate regression design were used to conduct the research. The statistical population of this research was made up of all the women referred to the super-specialized center for the treatment of fetal infertility and Bahman Hospital in Tehran in 1403. The sampling method of this research is available. Among the women who were willing to cooperate in this research, they were selected and research questionnaires (depression, psychological distress and anxiety) were implemented among them. To estimate the sample size in this research, Cochran's formula was used, according to this formula, 200 people were selected as a sample with the possibility of dropping out. Multivariate regression and Pearson correlation were used in SPSS-28 software environment to test research hypotheses. The findings showed that the variable of depression with beta coefficient (0.784) and psychological distress with influence coefficient (0.174) can predict the anxiety of women with recurrent miscarriage, as can be seen, these coefficients are positive. Therefore, it can be said that an increase of one standard deviation in depression causes an increase of 0.784 standard deviations in the amount of anxiety scores of women with recurrent miscarriage, which means that if depression increases, the anxiety level of women with recurrent miscarriage increases. Also, an increase of one standard deviation in psychological distress causes an increase of 0.174 standard deviations in the amount of anxiety scores of women with recurrent miscarriage, which means that if psychological distress increases, the anxiety level of women with recurrent miscarriage increases. The results

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین بود. روش انجام تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی و از طرح رگرسیون چند متغیره برای انجام پژوهش استفاده گردید. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری رویان و بیمارستان بهمن شهر تهران در سال ۱۴۰۳ را تشکیل دادند. روش نمونه گیری این پژوهش به صورت داوطلبانه می باشد. از میانی زنانی که تمایل به همکاری در این پژوهش را داشتند، انتخاب و پرسشنامه های پژوهش (افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی) بین آنان اجرا شد. برای برآورد حجم نمونه در این پژوهش از فرمول کوکران استفاده شد که با توجه به این فرمول تعداد ۲۰۰ نفر و با احتمال ریزش ۲۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. برای بررسی آزمون فرضیه های پژوهش از رگرسیون چند متغیره و همبستگی پیرسون در محیط نرم افزار-SPSS ۲۸ استفاده شد. یافته ها نشان داد که متغیر افسردگی با ضریب بتا (۰/۷۸۴) و پریشانی روانشناختی با ضریب تأثیر (۰/۱۷۴) می توانند فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین را پیش بینی کنند، چنانچه که مشاهده می شود، این ضرایب مثبت است، بنابراین می توان گفت افزایش به اندازه یک انحراف معیار در افسردگی موجب افزایش ۰/۷۸۴ انحراف معیار تغییر در میزان نمرات فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین شود، این بدان معنی است که اگر افسردگی افزایش یابد، میزان فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین افزایش می یابد. همچنین افزایش به اندازه یک انحراف معیار در پریشانی روان شناختی موجب افزایش ۰/۱۷۴ انحراف معیار تغییر در میزان نمرات فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین شود، این بدان معنی است که اگر پریشانی روان

^۱ نویسنده مسئول Email: Neda.bagheri@yahoo.com

show that women who receive the necessary coping skills to control depression, psychological distress and anxiety have the ability to control their anxious and worrying thoughts. As a result, depression, psychological distress and anxiety are continuously reduced.

Keyword: depression, psychological distress, anxiety, women with recurrent miscarriage.

شناختی افزایش یابد، میزان فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین افزایش می‌یابد. نتایج نشان‌زانی که مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای کنترل افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی را دریافت می‌کنند، توانایی این را دارند که افکار مضطرب و نگران کننده خود را کنترل کنند. در نتیجه افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی به صورت پیوسته کاهش پیدا می‌کند.
واژه‌های کلیدی: افسردگی، پریشانی روانشناختی، فرانگرانی، زنان دارای سقط مکرر جنین.

نوع مقاله: پژوهشی دریافت: دی ۱۴۰۴ پذیرش: بهمن ۱۴۰۴

مقدمه

باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است. اگر تلاش در باردار شدن و داشتن فرزند با شکست مواجه شود، می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد (خداکرمی، هاشمی، صدیق، حمدیه، طاهری نیا، ۱۳۹۸).

افسردگی یکی از عوامل روان‌شناختی ناشی از سقط مکرر جنین است (شیربیم، شفیق آبادی و سودانی، ۱۴۰۰). افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در سطح جهان است، با شیوع مادام‌العمر ۲۰ درصد، بخش قابل توجهی از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی عمومی را به خود اختصاص می‌دهد. در ایران شیوع اختلال افسردگی بین ۳ تا ۵ درصد گزارش شده است. امروزه ناباروری یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی است پیش‌بینی می‌شود با وجود پیشرفت در سال ۲۰۲۵، بروز ناباروری به ۷.۷ میلیون نفر افزایش یابد (تانگ، ژو، وانگ و کیان^۱، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر امروزه یکی از معضلات شایع بشر ناباروری است که حدود ۲۰ درصد از زوجها در سراسر جهان تحت تأثیر مسائل مربوط به آن قرار دارند در واقع از هر شش زوج، یک زوج دارای این مشکل هستند که تعداد آنها بر اساس متغیرهای ژئوپلیتیکی و کشوری متفاوت است (مارگان^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). در طول زندگی هر زن مراحل وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او بر جای می‌گذارد، از جمله این مراحل دوران بارداری است که با تغییرات جسمی و روانی بسیاری همراه است (رابرتز^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). در این میان ناباروری، سقط خود به خودی و سقط عمدی حوادث پزشکی متداولی هستند که در سراسر جهان رخ می‌دهند. با اینکه سقط جنین امروزه یک روش ایمن محسوب می‌شود اما می‌تواند عامل خطری برای حالات مختلف بدنی از جمله فشارخون و سندرم‌های متابولیک باشد (یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

¹ Tang, Zhou, Wang & Qian

² Margan

³ Roberts

⁴ Yang

مبانی نظری سقط جنین

سقط جنین از نظر پزشکی عبارت است از اخراج عمدی یا مصنوعی یا خروج خود به خود حمل قبل از آنکه جنین قادر به زنده ماندن باشد که شامل خروج جنین قبل از هفته بیستم بارداری یا وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم است (کانینگام^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع، سقط جنین به اخراج حاصل باروری از رحم در حالی که موجود تشکیل شده قادر به زندگی خارج از رحم نباشد، گفته می‌شود. با توجه به موارد بالا در تفاوت بین جنین و حمل، برداشت ما از مفهوم حمل مصادیق کمتری را دربر می‌گیرد؛ به همین دلیل در قوانین مدونه نیز در بعضی از موارد، حمل از جنین به معنی اعم مستثنا شده است.

سقط جنین از دیدگاه جهانی

در بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ به طور متوسط سالانه ۷/۵۵ میلیون سقط در جهان به وقوع پیوسته که از این تعداد ۱/۲۵ میلیون سقط غیرایمن بوده که ۹۷ درصد آن (۳/۲۴ میلیون) در کشورهای در حال توسعه بوده است (گاناترا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). قابل ذکر است حداقل ۸ درصد علل مرگ‌ومیر مادر در جهان، سقط غیر ایمن است.

تعریف سقط و سقط مکرر

بنابر تعریف لغتنامه آکسفورد (۲۰۰۲)، سقط به معنای زایمان پیش از موعد است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۳ (WHO)، سقط جنین به معنای ختم حاملگی قبل از هفته بیستم و یا به سقط جنین با وزن کمتر از پانصد گرم اطلاق می‌شود. سقط مکرر نیز به از دست رفتن دو یا تعداد بیشتر محصول حاملگی قبل از هفته بیستم بارداری اطلاق می‌شود، این نوع سقط در دوره رویانی یا اوایل دوره جنینی اتفاق می‌فتد. سقط جنین مکرر به عنوان یک بیماری باید توسط متخصصین بین رشته ای ژنتیک، هورمون شناسی، ایمنی شناسی، خونشناسی، پزشکی جنین و پزشکی داخلی مورد بررسی قرار گیرد و یکی از مهمترین مشکلات بالینی تولیدمثلی است (آریساس سوسا^۴، ۲۰۱۸).

شیوع سقط جنین خود به خودی مکرر

از نظر بالینی تایید شده است که در ۳ ماهه اول بارداری، از هر ۱۰ حاملگی یکی از دست می‌رود (کالج متخصصان زنان و زایمان آمریکا، ۲۰۱۸). در هر ۳۰۰ بارداری یک مورد سقط مکرر مشاهده می‌شود (لارسن، کریستیانسن، کولت و مکلون^۵، ۲۰۲۳) به عبارتی ۰/۵ تا ۲ درصد زنان در جامعه درگیر سقط مکرر می‌شوند (مزروعی و حیدری، خاتمی، طهماسبی، ۱۳۹۹).

علت شناسی سقط خود به خودی مکرر

برای ۵۰ درصد سقط‌های مکرر عواملی شناسایی شده است (هاید و اسکوست^۶، ۲۰۱۵). عوامل پاتالوژیک شامل: فاکتورهای خودایمنی، آناتومی مانند رحم دو شاخ و چسبندگی رحم (کوالکنت، کاستا، پیکستو، آرایجوجونیور و بارینی^۷، ۲۰۱۵)، پولیپ‌های اندومتری، آسیب‌های لوله تخمدان (مارون، والش، فیلیپ و هریتی^۸، ۲۰۱۸) و سندروم پلیکیستیک تخمدان

¹ Cunningham

² Ganatra

³ World Health Organization (WHO)

⁴ Arias-Sosa

⁵ Larsen, Christiansen, Kolt & Macklon

⁶ Hyde & Schust

⁷ Cavalcante, Costa, Peixoto, Araujo Junior & Barini

⁸ Marron, Walsh, Phillip & Harrity

(السکوکاری^۱، ۲۰۱۸)، عفونی شامل: آلودگی‌ها و عفونت دستگاه تناسلی (بائودو^۲ و همکاران، ۲۰۱۵)، واندوکرینی شامل: دیابت و تیروئید (استراگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۸)، عوامل ژنتیکی شامل: نابهنجاری‌های کروموزومی و ساختاری (دیو^۴، ۲۰۱۹)، عوامل مرتبط با پدر مانند نابهنجار DNA اسپرم مرد (مک کویین، ژانگ و رابینز^۵، ۲۰۱۹). در منابع دیگر به عوامل محیطی مانند مصرف الکل و سیگار و مصرف زیاد قهوه اشاره شده است (آریاس سوسا، آکوستا، لوسناکیودو، مورنواورتیز و استبان پرز^۶، ۲۰۱۸). و چاقی (کوالکنت، سارنو، پیکستو و آرجوونیور^۷، ۲۰۱۹) هم اشاره شده است. در عین حال بسیاری از سقط‌ها نیز دلیل مشخص شده ای ندارند (کاساک، رول و لان^۸، ۲۰۱۹).

اثرات سقط خود به خودی مکرر جنین بر زنان

سقط مکرر یک عامل ناخشنودی جدی است که افراد درگیر را در معرض فشارها و مشکلات روانی گوناگون قرار می‌دهد (فرنچ، ۲۰۱۸). بار جسمی و روانی حاصل از سقط مکرر کیفیت زندگی زنان را از جنبه‌های مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد (طاولی، محمدی، طاولی، معینی، عفت پناه و همکاران، ۲۰۱۸). اول اینکه تعداد سقط جنین با سلامت روانی ارتباط منفی دارد، طبق پژوهشی در این حوزه، زنانی که تعداد بیشتر سقط و سطح تحصیلات پایینتر داشتند برای ابتلا به افسردگی مستعد بودند (هی^۹، ۲۰۱۹). توفل^{۱۰} (۲۰۰۳) نیز گزارش کرد زنانی که سه بار یا بیشتر بارداری خود را از دست داده بودند، افسردگی بیشتری نسبت به زنان با دو بار سقط داشتند. علاوه بر آن زنان با سقط مکرر اولیه به علت نداشتن فرزند اندوه پیچیده و حمایت اجتماعی ضعیف تری داشتند که شاخص دیگری برای ابتلا به افسردگی و اضطراب بیشتر است (کagamی^{۱۱}، ۲۰۱۲).

افسردگی

تمامی افراد بعضی از اوقات احساس گرفتگی یا ناراحتی می‌کنند. اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در خلال چند روز فراموش می‌شوند. ولی زمانی که شخص آشفتگی و بی‌نظمی افسرده کننده ای دارد این افسردگی در زندگی و فعالیتهای معمولی وی تأثیر می‌گذارد. و با بی‌نظمی و اختلال باعث رنج و زحمت فرد و کسانی می‌شود که با او در ارتباط هستند.

نشانه‌های افسردگی

نشانه‌های شناختی افسردگی

از دیدگاه بک (۱۹۷۹) نشانه‌های شناختی افسردگی را می‌توان در سه حوزه دسته بندی کرد:

- نظر منفی نسبت به خود شامل عزت نفس پایین، احساس‌های شکست، حقارت و بی‌کفایتی، به دنبال این‌ها سرزنش کردن خود و احساس گناه.
- نظر منفی نسبت به آینده شامل اعتقادات بد بینانه و ناامیدانه نسبت به آینده.
- نظر منفی نسبت به دیگران (زارع پور و همکاران، ۱۳۹۸).

¹ Elsokary

² Baud

³ Strug

⁴ Du

⁵ McQueen, Zhang & Robins

⁶ Acosta, Lucena-Quevedo, Moreno-Ortiz & Esteban-Pérez

⁷ Cavalcante, Sarno, Peixoto, Araujo Junior & Barini

⁸ Kasak, Rull & Laan

⁹ He

¹⁰ Tofol

¹¹ Kagami

نشانه‌های انگیزشی

افراد افسرده انگیزه‌ای برای عمل ندارند و یا اگر داشته باشند نمی‌توانند انگیزه خود را به عمل تبدیل کنند. افراد افسرده ممکن است روزهای متوالی بی حرکت بنشینند. در موارد شدیدتر، ناتوانی فرد افسرده در شروع واکنش، فلج ارادی نامیده می‌شود. در این صورت باید بیمار را به زور از تخت بیرون آورد، لباس پوشاند و به او غذا داد. آنها بسیار احساس حقارت می‌کنند و از فعالیت‌های عادی (روزانه) لذت نمی‌برند. آنها اغلب انگیزه‌ای برای انجام اعمال ارادی ندارند و بیشتر وقت خود را در رختخواب یا دور از دیگران می‌گذرانند. آنها در فعالیت و گفتار خود کند هستند. به طور کلی نسبت به خود دیدگاه منفی دارند و نسبت به حال و آینده بدبین هستند. ممکن است در تغییر وضعیت خود احساس ناتوانی کنند. برخی از آنها، اما نه همه آنها، تجربه افکار و اعمال خودکشی را دارند. افراد افسرده معمولاً گیج یا کند فکر می‌کنند و مشکلاتی را در حفظ اطلاعات یا حل مسئله تجربه می‌کنند (شمالینگ و گاپلان^۱، ۲۰۲۱).

نشانه‌های فیزیولوژیکی

در صورت شدت افسردگی، تمام لذات زیستی و روانی که با ارزش می‌سازند، از بین می‌روند از دست دادن اشتها در بین افراد افسرده رایج است. در افسردگی متوسط و شدید از دست دادن وزن رخ می‌دهد ولی در افسردگی خفیف گاهی افزایش وزن دیده می‌شود. اختلال خواب نیز شایع است. افراد افسرده ممکن است مشکل به خواب رفتن در شب داشته باشند، یا امکان دارد خیلی زود از خواب بیدار شوند و به سختی بتوانند دوباره به خواب بروند. اختلال خواب و کاهش وزن به ضعف و خستگی میانجامد. فرد افسرده ممکن است میل جنسی را نیز از دست بدهد. مشکلات نعوظی در مردان و فقدان انگیختگی در زنان، عوارض جانبی رایج افسردگی هستند. افراد افسرده نگرانی مفرطی در مورد سلامتی خود دارند، و علاوه بر این ممکن است در برابر بیماری جسمانی آسیب پذیر باشند. در افسردگی حاد، ممکن است کندی روانی-حرکتی وجود داشته باشد که طی آن حرکات کند می‌شوند و بیمار بیش از اندازه آهسته راه می‌رود و آهسته صحبت می‌کند (شمسی پور، ۱۴۰۲).

تعریف پریشانی روانشناختی

پریشانی روانشناختی^۲ اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی (سیمونز^۳ و گاهر^۴، ۲۰۰۵)، یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. همچنین از بعد جسمانی رفتاری، پریشانی روانشناختی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (برنشتاین^۵، ترَفتِن^۶، ایلگن^۷ و زولنسکی^۸، ۲۰۰۸؛ نقل از مک‌کیلوپ^۹ و دِ ویت^{۱۰}، ۲۰۲۳).

پریشانی روانشناختی (برای حالت‌های هیجانی منفی)

سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) مفهوم پریشانی روانشناختی را به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی مفهوم سازی کردند. آنها پیشنهاد کردند که پریشانی روانشناختی هیجانی در ماهیت چندبعدی است: شامل پیش‌بینی فردی و تجربه هیجان‌های منفی، شامل (الف) توانایی تحمل؛ (ب) ارزیابی وضعیت هیجانی به عنوان قابل پذیرش؛ (ج) چگونه فرد هیجان‌های

¹ Schmaling, & Kaplan

² Distress tolerance

³ Simons

⁴ Gaher

⁵ Bernstein

⁶ Trafton

⁷ Ilgen

⁸ Zvolensky

⁹ MacKillop

¹⁰ De Wit

خود را تنظیم می‌کند و (د) چقدر توجه به هیجان منفی جذب می‌شود و چه مقدار از آن با عملکرد تداخل می‌کند. سطوح پایین‌تر تحمل حالت‌های هیجانی احساسات منفی، به صورت همزمان و پیشگویانه به احتمال بیشتر برای اختلالات مصرف مواد، مصرف دارو، علائم پرخوری و نشانه‌های استرس پس از سانحه مربوط می‌شود (زولنسکی و همکاران، ۲۰۱۰). برای محاسبه پریشانی روانشناختی از این دیدگاه، سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) مقیاس پریشانی روانشناختی (DTS) را ایجاد کردند (لیرو و همکاران، ۲۰۲۰).

فرانگرانی

به باور ایس وقتی حادثه‌ی فعال کننده‌ی فرد رخ می‌دهد، او براساس تمایلات ذاتی خود ممکن است دو برداشت متفاوت و متضاد از آن حادثه داشته باشد: یکی افکار، و باورهای منطقی و عقلانی و دیگری افکار، باورها و برداشت‌های غیر عقلانی و غیرمنطقی. درحالی‌که فرد تابع افکار و باورهای منطقی باشد، به پیامدهای منطقی دست خواهد یافت و شخصیت سالمی خواهد داشت. در حالی‌که فرد تابع و دستخوش افکار و باورهای غیرمنطقی و غیرعقلانی باشد، با پیامدهای غیرمنطقی مواجه خواهد شد و در این حالت او فردی است مضطرب و غیرعادی که شخصیت ناسالمی دارد. در واقع، وقتی که حادثه‌ی نامطبوعی رخ می‌دهد و فرد احساس اضطراب و تشویش می‌کند، در نظام باورهایش، خود را به دو چیز کاملاً متفاوت و متضاد متقاعد می‌سازد و یکی از آنها را در پیش می‌گیرد که مسلماً همان افکار غیرعقلانی اش است. بی‌توجهی به چنین افکار و باورهایی تبعات زیان بار فراوانی می‌تواند داشته باشد. اول اینکه این نوع باورها با پیامدهای بهداشت روانی و عمومی نظیر اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی و باورهای غیرمنطقی رابطه داشته باشد. بی‌توجهی تحقیقاتی به آن نیز موجب هزینه‌ها و خسارت‌های زیادی در سطح جامعه می‌گردد (گل پرور و همکاران، ۱۴۰۱).

پیشینه‌های داخلی و خارجی

پیشینه‌های داخلی

ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۲) تحقیقی تحت عنوان تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امیدواری، نگرش‌های ناکارآمد و فرانگرانی در زنان نابارور را مورد ارزیابی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر امیدواری، نگرش‌های ناکارآمد و فرانگرانی در زنان نابارور تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش امیدواری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرانگرانی در زنان نابارور شد. بر اساس یافته‌ها، توصیه می‌گردد که از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت زنان نابارور از جمله افزایش امیدواری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرانگرانی استفاده شود.

اوتادی (۱۴۰۲) پژوهشی تحت عنوان مقایسه ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط جنین (خود به خودی) را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها پس از مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد میانگین نمرات افسردگی، کیفیت خواب و خودکارآمدی زنان باردار گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنادار داشت. برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت آنلاین می‌تواند برای بهبود افسردگی، کیفیت خواب و خودکارآمدی زنان باردار در دوران شیوع کووید-۱۹ مورد استفاده قرار گیرد. با استفاده از برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، متخصصان سلامت ممکن است بهزیستی روانی زنان باردار را در دوران کووید-۱۹ بهبود بخشند.

جلالی و پوراحمدی اسفستانی (۱۴۰۲) پژوهشی تحت عنوان اثربخشی نوروفیدبک بر اضطراب بارداری و افسردگی پریناتال زنان باردار در طول همه‌گیری کووید-۱۹: طرح تک‌آزمودنی با چند خط پایه را انجام دادند. نوروفیدبک به طور معناداری موجب کاهش شدت علائم اضطراب بارداری و افسردگی پریناتال شد، به طوری که درصد بهبودی برای بیمار اول، دوم و سوم در علائم

اضطراب بارداری به ترتیب ۷۲، ۷۴ و ۷۱ درصد و در علائم افسردگی پریناتال ۷۲، ۷۷ و ۷۷ درصد به دست آمد. تحلیل‌های دیداری و نتایج تحلیل‌های درون موقعیتی و بین موقعیتی نیز حاکی از تفاوت معنادار بین مرحله خط پایه و مداخله برای همه آزمودنی‌ها بود. ماندگاری اثر نوروفیدبک در مرحله پیگیری نیز تایید شد. نوروفیدبک در بهبود علائم زنان باردار مبتلا به اضطراب بارداری و افسردگی پریناتال موثر است. نتیجه این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌توانند در حوزه‌های تشخیصی و درمانی علائم روانی در زنان باردار مورد استفاده قرار گیرد.

پیشینه‌های خارجی

کسکین و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که اشتراک‌گذاری اجتماعی در محیط‌های یادگیری با محیط‌های واقعی متفاوت است و می‌تواند بر سطح پریشانی روانشناختی اثرگذار باشد. تعامل یادگیرنده-یادگیرنده و تعامل یادگیرنده-مربی می‌تواند برای شناسایی سطوح پریشانی روانشناختی به کار رود. خرده مقیاس پریشانی روانشناختی برای محیط‌های یادگیری الکترونیکی از گزاره‌های مهم مورد بحث می‌باشد. ارزیابی منفی، علائم جسمی و اجتناب از تعامل از شاخص‌های پریشانی روانشناختی می‌باشند. در ابزار اندازه‌گیری قابل اعتماد و معتبر برای ارزیابی سطوح پریشانی روانشناختی این شاخص‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند. تعاملات بین فردی فراگیران در محیط‌های آنلاین در توسعه پریشانی روانشناختی تاثیر می‌گذارد. افرادی قبلاً یک محیط یادگیری آنلاین یا ترکیبی را تجربه کرده اند، پریشانی روانشناختی کمتری دارند. شناسایی سطوح پریشانی روانشناختی تجربه شده در یادگیری ضروری می‌باشد.

نیومن و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که میزان بالای همبودی بین اختلالات خلقی و اضطرابی عامل اصلی پریشانی روانشناختی می‌باشد. این اختلال به طور فزاینده‌ای بر مکانیسم‌های مشترک در بین اختلالات متعدد تاثیر گذار می‌باشد. شناسایی مکانیسم‌های مشترک برای بهبود اضطراب ضروری می‌باشد. متاآنالیزها اثربخشی قوی درمان‌هایی را که مکانیسم‌های فرا تشخیصی دارند را بر روی پریشانی روانشناختی مورد تایید قرار می‌دهند. تفکر منفی تکراری یکی از مکانیسم‌های فراتشخیصی اختلالات هیجانی در نظر گرفته می‌شود.

سینچی و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که تجربیات اجتماعی بد به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد فرانگرانی محسوب می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال علائم مرتبط با زندگی روزمره را به خوبی گزارش نمی‌کنند. تجاربی مانند اجتناب، تغییرات در شناخت و خلق و خو، و همچنین برانگیختگی بیش از حد توسط این افراد گزارش می‌شود. این اختلال علائمی شبیه به اختلال استرس پس از سانحه دارد. پردازش ناسازگار و بازنمایی تجارب اجتماعی بد در حافظه از ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. بیش فعالی عاطفی در حین بازیابی حافظه، تجربیات ناخوشایند اجتماعی یکی دیگر از ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. واکنش عاطفی مرتبط با تجربیات اجتماعی ناخوشایند مرتبط با علت شناختی و روشن کردن رابطه بالقوه بین هر دو نیز نشانه‌های این اختلال می‌باشند. هشتاد و پنج بیمار مبتلا به این اختلال علائم مشابه اختلال استرس پس از سانحه را نیز گزارش می‌کنند. ارزیابی واکنش عاطفی در طول یادآوری تجربیات اجتماعی نفرت انگیز می‌تواند سطوح این اختلال را افزایش دهد. تجربه اجتماعی بد در بیماران نسبت به یک واقعه نیز امر مهمی در تعیین این اختلال دارد. در طول یادآوری تجارب بد اجتماعی، این اختلال بیشتر می‌شود. بیماران مبتلا به این اختلال بیش از حد عاطفی می‌باشند. بیماران مبتلا به این اختلال علائم شبه فرانگرانی شدیدتری را در مقایسه با افراد سالم گزارش می‌کنند.

زباباگ و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که یادگیری و به روز کردن باورها در مورد دیگران گزینه‌ای است که فرانگرانی را کاهش می‌دهد. برای بهبود این اختلال عملکرد روان بین فردی ضروری است. فرانگرانی یک وضعیت شایع و سنگین می‌باشد. فرآیندهای حاکم بر یادگیری و به روز رسانی باورها در مورد دیگران این اختلال را کاهش می‌دهد. مشکلاتی در عملکرد بین فردی این اختلال را افزایش می‌دهد. فرانگرانی باسوگیری در یادگیری اطلاعات مثبت یا منفی در مورد دیگران مرتبط نمی‌باشد.

فرانگرانی با کاهش در به روز رسانی باورهای منفی کمتر می‌شود. فرانگرانی مانع به‌روزرسانی مثبت اطلاعات اجتماعی می‌شود. شدت افسردگی و سن از مولفه‌های کنترلی در این اختلال می‌باشند. اختلال در عملکرد بین فردی سطح فرانگرانی را افزایش می‌دهد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر یک طرح تحقیقی غیر آزمایشی (توصیفی) از نوع همبستگی چند متغیری بود، این نوع روش به کار گرفته شده که محقق میزان همبستگی مشترک بیش از دو متغیر را که در این پژوهش ۳ متغیر است، محاسبه و اندازه‌گیری کرد. بنابراین روش انجام تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی و از طرح رگرسیون چند متغیره برای انجام پژوهش استفاده گردید.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری رویان و بیمارستان بهمن شهر تهران در سال ۱۴۰۳ را تشکیل دادند.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

۱- پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^۱

پرسش نامه افسردگی بک (BDI) که شامل ۲۱ گروه سوال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسش نامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. ۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۹۴ سوال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از ماده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد، تنظیم شده است.

۲- پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی:

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۲) به منظور سنجش اختلالات روانی طراحی و تدوین شده است. در ایران نیز توسط یعقوبی (۱۳۹۴) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال و سه مولفه حضور آموزشی، حضور اجتماعی و حضور شناختی می‌باشد و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که بدون دلیل قانع کننده‌ای خسته هستید؟) به سنجش پریشانی روان‌شناختی می‌پردازد.

۳- پرسشنامه فرانگرانی ولز (MWQ)^۳

پرسشنامه فرانگرانی توسط ولز (۱۹۹۸ - ۲۰۰۹) ساخته شده است. پرسشنامه مذکور یک ابزار چند بعدی برای ارزیابی نگرانی است. این نسخه از ۲۲ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت آن علامت در مورد خودش است، برمی‌گزیند. این ابزار از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای برخوردار است؛ از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه). نمره هر عامل از راه مجموع ماده‌های مربوط به آن عامل به دست می‌آید.

¹ Beck Depression Inventory (BDI)

² Kessler RC

³ Meta-Worry Questionnaire

روش اجرا

روش نمونه گیری این پژوهش به صورت در دسترس می باشد. به این صورت ابتدا پژوهشگر به صورت در دسترس از بین مراکز ناباروری شهر تهران، دو مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری رویان و بیمارستان بهمن را انتخاب نمود. سپس بعد از گرفتن مجوز و اجازه از مسئولین این مراکز اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمود. به این صورت که ابتدا به این مراکز مراجعه نمود و سپس از زنانی که سابقه سقط جنین مکرر داشتند مصاحبه ای بابت اجازه از ورود به پژوهش گرفته شد. سپس از میان زنانی که تمایل به همکاری در این پژوهش را داشتند، انتخاب و پرسشنامه های پژوهش (افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی) بین آنان اجرا شد. و کسانی که نمره پایین تر از استاندارد را از این پرسشنامه ها کسب نمودند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به منظور توصیف یافته های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی شاخص های حد وسط (میانگین؛ میانه؛ نما) **شاخصی** پراکندگی؛ واریانس و انحراف معیار و شاخص های توزیع (کجی؛ کشیدگی) نمودار و جداول درصد استفاده گردید. برای آزمون فرضیه های پژوهش از رگرسیون چندگانه و همبستگی پیرسون در محیط نرم افزار SPSS-28 استفاده شد.

اهداف پژوهش

هدف اصلی

بررسی رابطه افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین

اهداف جزئی

بررسی رابطه بین افسردگی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین.

بررسی رابطه بین پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین

فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی

بین افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

فرضیه های جزئی

بین افسردگی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

بین پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

یافته های استنباطی

فرضیه اصلی: بین افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

در این تحلیل افسردگی، پریشانی روانشناختی به عنوان متغیر پیش بین و فرانگرانی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. به منظور تعیین رابطه و همچنین تشخیص سهم متغیرهای پیش بین در تبیین متغیرهای ملاک از تحلیل رگرسیون استفاده شد، نتایج این تحلیل در جداول بعد گزارش شده است.

جدول ۱: ضریب همبستگی چندگانه (ضریب رگرسیون) برای پیش بینی فرانگرانی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای معیار برآورد
۱	۰/۸۷۰	۰/۷۵۷	۰/۷۵۴	۴/۷۳

مدل ۱- متغیر پیش بین: افسردگی، پریشانی روانشناختی

جدول ۱ مقادیر R، R² و R² تعدیل شده مشاهده می‌گردد. در این جدول مقدار R² تعدیل شده بسیار مهم بوده و میزان برازنگی مدل را نشان می‌دهد. مقدار این ضریب بین ۰ تا یک می‌باشد که هرچه به یک نزدیکتر شود دقت بیشتر مدل را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌گردد مقدار R² تعدیل شده در معادله با حضور متغیرهای افسردگی، پریشانی روانشناختی در معادله برابر با ۷۵۴ درصد می‌باشد که نشان می‌دهد ۷۵/۴ درصد تغییرات فرانگرانی به متغیرهای پیش بین وابسته است.

جدول ۲: تحلیل واریانس نمرات فرانگرانی بر متغیر پیش بین

مدل	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری (P)
	رگرسیون	۱۵۱۲۶/۶۴	۲	۷۵۶۳/۳۲		
مدل ۱	باقیمانده	۴۸۶۴/۱۳	۲۱۷	۲۲/۴۱	۳۳۷/۴۱۷	۰/۰۰۰
	مجموع	۱۹۹۹۰/۷۷	۲۱۹			

مدل ۱- متغیر پیش بین: افسردگی، پریشانی روانشناختی

علاوه بر این جدول در جدول ۲- مقدار ANOVA گزارش شده که آن مقدار اعتبار آماری مدل را ارزیابی می‌کند. با توجه به اینکه سطح معناداری در این جدول کمتر از سطح معناداری ملاک (۰/۰۰۱) می‌باشد، می‌توان تاثیر متغیر پیش بین در متغیر ملاک را از لحاظ آماری پذیرفت. حال از آنجا که مقدار ضریب رگرسیون معنادار می‌باشد می‌توان به وسیله جدول ضرایب رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده میزان اهمیت و معناداری متغیر پیش بین در تعیین متغیر ملاک را مشخص نمود.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده در پیش بینی فرانگرانی از روی افسردگی، پریشانی روانشناختی

مدل	متغیر	ضرایب استاندارد نشده		T	سطح معناداری
		B	Beta		
	(Constant)	-۱۰/۰۸۷	۲/۴۰۴	-۴/۱۹۶	۰/۰۰۰
مدل ۱	افسردگی	۱/۲۸۷	۰/۰۶۰	۲۱/۳۴۸	۰/۰۰۰
	پریشانی روانشناختی	۰/۴۴۴	۰/۰۹۳	۴/۷۴۸	۰/۰۰۰

براساس جدول ۳ و با توجه به سطح معناداری، متغیر افسردگی با ضریب بتا (۰/۷۸۴) و پریشانی روانشناختی با ضریب تأثیر (۰/۱۷۴) می‌توانند فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین را پیش بینی کنند، چنانچه که مشاهده می‌شود، این ضرایب مثبت است، بنابراین می‌توان گفت افزایش به اندازه یک انحراف معیار در افسردگی موجب افزایش ۰/۷۸۴ انحراف معیار تغییر در میزان نمرات فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین شود، این بدان معنی است که اگر افسردگی افزایش یابد، میزان فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین افزایش می‌یابد. همچنین افزایش به اندازه یک انحراف معیار در پریشانی روان شناختی موجب افزایش ۰/۱۷۴ انحراف معیار تغییر در میزان نمرات فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین شود، این بدان معنی است که اگر پریشانی روان شناختی افزایش یابد، میزان فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین افزایش می‌یابد.

فرضیه فرعی اول: بین افسردگی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

چنانچه جدول ۴ نشان می‌دهد بین افسردگی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین همبستگی معناداری وجود دارد. طبق یافته‌های جدول رابطه افسردگی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه مثبت و معناداری دارد. این رابطه بین متغیرها در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار می‌باشد.

جدول ۴: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲
۱. افسردگی	۱	
۲. فرانگرانی	۰/۴۱۰*	۱

* $P < 0.01$

فرضیه فرعی دوم: بین پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

چنانچه جدول ۵ نشان می‌دهد بین پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین همبستگی معناداری وجود دارد. طبق یافته‌های جدول رابطه پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه مثبت و معناداری دارد. این رابطه بین متغیرها در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار می‌باشد.

جدول ۵: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲
پریشانی روانشناختی	-	
فرانگرانی	۰/۸۵۵*	-

* $P < 0.01$

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: بین افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد که با توجه به سطح معناداری، متغیر افسردگی با ضریب بتا (۰/۷۸۴) و پریشانی روانشناختی با ضریب تأثیر (۰/۱۷۴) می‌توانند فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین را پیش بینی کنند، چنانچه که مشاهده می‌شود، این ضرایب مثبت است، بنابراین می‌توان گفت افزایش به اندازه یک انحراف معیار در افسردگی موجب افزایش ۰/۷۸۴ انحراف معیار تغییر در میزان نمرات فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین شود، این بدان معنی است که اگر افسردگی افزایش یابد، میزان فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین افزایش می‌یابد. همچنین افزایش به اندازه یک انحراف معیار در پریشانی روان شناختی موجب افزایش ۰/۱۷۴ انحراف معیار تغییر در میزان نمرات فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین شود، این بدان معنی است که اگر پریشانی روان شناختی افزایش یابد، میزان فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین افزایش می‌یابد.

نتایج این یافته‌های با نتایج یافته‌های پژوهش حسینی حاجی و همکاران (۱۴۰۲)، زارعان و همکاران (۱۴۰۲)، سلیمانان و مرعشیان (۱۴۰۲)، شریف پور و همکاران (۱۴۰۲)، شریفی ساکی و همکاران (۱۴۰۲) همسو می‌باشد. حسینی حاجی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان مقایسه خطر نسبی استرس، اضطراب و افسردگی در زنان بعد از سقط، حاملگی خارج رحمی و بارداری نرمال نشان دادند که ۱ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، شیوع عوارض روان شناختی شامل استرس (۷/۶٪)، اضطراب (۴۷/۱۶٪) و افسردگی (۲۹/۲٪) در گروه مورد بیشتر بود. ۳ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، عوارض روان شناختی در گروه مورد

بیشتر و به ترتیب ۲۴/۴٪، ۴۱/۵٪ و ۲۴/۳٪ بود. خطر نسبی استرس ۳/۳۲ و اضطراب ۱/۷۵ در گروه بارداری خارج رحمی نسبت به سقط بیشتر بود و در گروه سقط خطر نسبی افسردگی ۲/۸۶ بیشتر مشاهده شد. با توجه به بیشتر بودن عوارض روانی از دست دادن زودرس بارداری نسبت به بارداری نرمال، به منظور جلوگیری از اثرات نامطلوب دیسترس روانی، بکارگیری اقدامات موثر طبی و مشاوره ای، مناسب به نظر می‌رسد. نتایج تحقیق زارعان و همکاران (۱۴۰۲) حاکی از آن بود که این مطالعه نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری نسبت به واقعیت درمانی تاثیر بهتری بر افسردگی، راهبردهای مقابله ای و سازگاری داشته و باعث بهبود بهتری در آنان شده است. سلمانیان و مرعشیان (۱۴۰۲) در تحقیقی نشان که آموزش مهارت جنسی اثر معنی داری بر کاهش نمره افسردگی، اضطراب، استرس و فرانگرانی آزمودنی‌های گروه آزمایش داشت. همچنین، میانگین نمره خودآنگاره تناسلی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون با نمره افراد گروه کنترل تفاوت معنی داری داشت. آموزش مهارت جنسی راهبردی موثر در بهبود علائم روان شناختی و خودآنگاره تناسلی زنان نابارور می‌باشد و می‌توان از آن به عنوان روش درمانی موثر در مراکز ارایه دهنده خدمات زناشویی و ناباروری استفاده نمود. یافته‌های تحقیق شریف پور و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد که نقاشی درمانی بر پریشانی روانشناختی زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری موثر بوده است و به طور معناداری باعث کاهش پریشانی روانشناختی در آنها شده است. در نتیجه، پیشنهاد می‌گردد متخصصان سلامت به منظور کاهش پریشانی روانشناختی و بهبود وضعیت روانی زنان باردار، هنردرمانی بر پایه نقاشی را در برنامه کار خود قرار دهند. نتایج پژوهش شریفی ساکی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد آموزش ذهن آگاهی، میزان اضطراب و فرانگرانی را در زنان دارای سقط جنین مکرر کاهش می‌دهد. افرادی که مهارت‌های مقابله ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت می‌کنند، این توانایی را دارند که افکار مضطرب و نگران کننده خود را کنترل کنند. در نتیجه استرس، اضطراب و فرانگرانی به صورت پیوسته کاهش پیدا می‌کنند.

در تبیین اینگونه می‌توان بیان کرد که در زنان دارای سقط مکرر جنین، پریشانی روانشناختی نقش مهمی در خود مدیریت و رعایت رژیم دارویی و غذایی دارد و تقویت و بهبود آن و ایجاد احساسات مثبت و مطلوب حاصل از آن نقش اساسی در وضعیت جسمی زنان و تخفیف بیماری آنها دارد. این در حالی است که سقط مکرر جنین به عنوان یک بیماری، با معضلات فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی و همچنین آسیب‌های جسمی به بیشتر اندام‌های بدن از جمله قلب، چشم و معده همراه است (گرین^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). و این معضلات و محدودیت‌هایی که سقط مکرر جنین برای زنان ایجاد می‌کند زمینه ساز تجربه هیجانات منفی همچون فرانگرانی و افسردگی در زنان است که به نوبه ی خود این احساسات منفی بر پریشانی روانشناختی زنان اثر می‌گذارد و موجب کاهش احساسات مثبت و خوشایند می‌شوند. به علاوه ماهیت مزمن درمان‌های طولانی مدت و فرسوده کننده و عوارض ناتوان ساز و تهدید کننده ی سقط مکرر جنین، ابعاد جسمی، روحی- روانی، اجتماعی زندگی زنان را متأثر ساخته و به عبارتی با فرانگرانی و احساس افسردگی و افزایش پریشانی روانشناختی زنان دارای سقط مکرر جنین همراه هستند (باقری و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین این زنان به دلیل شکست مداوم و شایع و سقط مکرر جنین و برنامه ریزی برای درمان دائماً با ناامیدی و یأس دست و پنجه نرم می‌کنند و بسیاری از آنها از احساسات ترس، گناه و خشم در ارتباط با این مشکل خود خبر می‌دهند و از طرف دیگر اختلالات هیجانی بر مدیریت این مشکل تأثیر منفی دارد که می‌تواند به تسریع پیشرفت در سقط جنین منجر شود (گوردن^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

سلامت جسمی از رشد روانی تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت روان بر پایه ی پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی و هیجانی استوار است و هر گاه سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد در سایر حیطه‌های زندگی نیز به مخاطره می‌افتد و به کاهش عملکرد جسمانی منجر می‌شود. هیجانات منفی اعم از علائم فرانگرانی و افسردگی در زنان و به خصوص زنان دارای سقط مکرر جنین شایع بوده و سبک زندگی را به گونه ای ناسالم تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور مثال نشان داده شده است که فرانگرانی،

¹ Green

² Goorden

استرس و افسردگی با رفتارهای ناسالم همچون سیگار کشیدن، مصرف زیاد الکل، تحرک جسمانی کم، رژیم غذایی نامناسب و اختلالات خواب همراه هستند که تمام این موارد می‌توانند افزایش دهنده‌ی خطر سقط جنین و تشدید آن باشند. همچنین افسردگی با کاهش مقبولیت و اتمام برنامه‌های بازتوانی و عدم پابندی به رفتارهای سالم و کاهنده‌ی خطر سقط جنین از جمله مصرف داروهای بیماری همراه است. در واقع تجربه‌ی استرس و فرآنگرانی و افسردگی در رعایت منظم رژیم‌های غذایی و دارویی تداخل ایجاد کرده و خود موجب تشدید احساسات منفی و احساس عدم کفایت و کارآمدی در زنان می‌شود که همین مسأله با پریشانی روانشناختی و شدت یافتن بیماری آن‌ها نیز همراه است (کالهن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

علاوه بر این اختلالات روانی با ساز و کارهای دیگر نیز می‌توانند پریشانی روانشناختی را تحت تأثیر قرار دهند. به طور مثال نشان داده شده است که فرآنگرانی و افسردگی با کاهش خودآگاهی و شفقت خود رابطه دارد و از سوی دیگر خودآگاهی بیشتر با خودتنظیمی و مدیریت بهتر رفتار و از جمله کاهش واکنش به محرک هیجانی، کاهش واکنش تکانشی و افزایش بهزیستی و سلامتی و شفقت خود با رضایت از زندگی و تحریک یک سیستم خود آرامش بخشی که فرد را در تنظیم عواطف و هدایت توجه به احساس آرامش و مهربانی یاری می‌رساند همراه هستند و بنابراین در زنان دارای سقط مکرر جنین، تجربه علائم افسردگی و فرآنگرانی با کاهش خودآگاهی و شفقت خود و در نتیجه تضعیف خودمدیریتی، کنترل بیماری، سلامتی و بهزیستی ظاهر می‌شود.

داشتن سلامت روان مطلوب و برخورداری از آن نیز یکی از ابعاد کیفیت زندگی است و زنان دارای سقط مکرر جنین به دلیل مشکلات و محدودیت‌های متعدد ناشی سقط جنین خود در معرض فرآنگرانی و تنهایی قرار دارند. نشان داده شده است که فرآنگرانی به صورت دوسویه با کاهش سلامت روانی همراه بوده و در طی زمان، قویاً با افسردگی و افزایش علائم افسردگی ظاهر می‌شود. فرآنگرانی فرآیندهای تنظیم کننده از جمله فرآیندهای مربوط به آسیب شناسی افسردگی را متأثر می‌سازد و افرادی که از فرآنگرانی برخوردارند، نه تنها کمتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه استفاده می‌کنند، بلکه راهبردهای مورد استفاده آن‌ها قویاً با افسردگی در ارتباط است و بنابراین زنان دارای سقط مکرر جنین به لحاظ کناره‌گیری از اجتماع و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی در معرض تنظیم هیجانی ناسازگارانه و افسردگی ناشی از آن و در نتیجه افزایش پریشانی روانشناختی و در نهایت شدت یافتن آن قرار دارند.

فرضیه فرعی اول: بین افسردگی و فرآنگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

نتایج نشان داد که بین افسردگی و فرآنگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین همبستگی معناداری وجود دارد. طبق یافته‌های جدول رابطه افسردگی و فرآنگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه مثبت و معناداری دارد. این رابطه بین متغیرها در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. نتایج این یافته‌های با نتایج یافته‌های پژوهش ابراهیمی، فخری و حسن زاده (۱۴۰۲)، اوتادی (۱۴۰۲)، جلالی و پوراحمدی اسفستانی (۱۴۰۲)، خاقانی قره باغ و همکاران (۱۴۰۲)، سینچی و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. یافته‌های پژوهش ابراهیمی، فخری و حسن زاده (۱۴۰۲) نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر امیدواری، نگرش‌های ناکارآمد و فرآنگرانی در زنان نابارور تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش امیدواری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرآنگرانی در زنان نابارور شد. بر اساس یافته‌ها، توصیه می‌گردد که از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت زنان نابارور از جمله افزایش امیدواری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرآنگرانی استفاده شود. اوتادی (۱۴۰۲) در تحقیق خود نشان داد که برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت آنلاین می‌تواند برای بهبود افسردگی، کیفیت خواب و خودکارآمدی زنان باردار در دوران شیوع کووید-۱۹ مورد استفاده قرار گیرد. با استفاده از برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، متخصصان سلامت ممکن است

¹ Calhoun

بهبودی روانی زنان باردار را در دوران کووید-۱۹ بهبود بخشید. نتایج پژوهش جلالی و پوراحمدی اسفستانی (۱۴۰۲) نشان داد که نوروفیدبک به طور معناداری موجب کاهش شدت علائم اضطراب بارداری و افسردگی پری‌ناتال شد، به طوری که درصد بهبودی برای بیمار اول، دوم و سوم در علائم اضطراب بارداری به ترتیب ۷۲، ۷۴ و ۷۱ درصد و در علائم افسردگی پری‌ناتال ۷۲، ۷۷ و ۷۷ درصد به دست آمد. خاقانی قره باغ و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان داد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، افسردگی و استرس را در گروه آزمایش کاهش داده است. سینچی و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که تجربیات اجتماعی بد به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد فرانگرانی محسوب می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال علائم مرتبط با زندگی روزمره را به خوبی گزارش نمی‌کنند. تجربی مانند اجتناب، تغییرات در شناخت و خلق و خو، و همچنین برانگیختگی بیش از حد توسط این افراد گزارش می‌شود. این اختلال علایمی شبیه به اختلال استرس پس از سانحه دارد. پردازش ناسازگار و بازنمایی تجارب اجتماعی بد در حافظه از ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. بیش فعالی عاطفی در حین بازیابی حافظه، تجربیات ناخوشایند اجتماعی یکی دیگر از ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. واکنش عاطفی مرتبط با تجربیات اجتماعی ناخوشایند مرتبط با علت شناختی و روشن کردن رابطه بالقوه بین هر دو نیز نشانه‌های این اختلال می‌باشند. هشتاد و پنج بیمار مبتلا به این اختلال علایم مشابه اختلال استرس پس از سانحه را نیز گزارش می‌کنند. ارزیابی واکنش عاطفی در طول یادآوری تجربیات اجتماعی نفرت انگیز می‌تواند سطوح این اختلال را افزایش دهد. تجربه اجتماعی بد در بیماران نسبت به یک واقعه نیز امر مهمی در تعیین این اختلال دارد. در طول یادآوری تجارب بد اجتماعی، این اختلال بیشتر می‌شود. بیماران مبتلا به این اختلال بیش از حد عاطفی می‌باشند. بیماران مبتلا به این اختلال علائم شبه فرانگرانی شدیدتری را در مقایسه با افراد سالم گزارش می‌کنند.

این نتیجه گیری با نتایج حاصل از تحقیقات انجمن روانشناسی آمریکا مبنی بر اینکه سقط جنین خطر ابتلا به فرانگرانی و یا افسردگی را بالا می‌برد، همسو است. تبیین این نتیجه گیری در احساس گناه و باور به غیراخلاقی بودن سقط، باورهای مذهبی و فرهنگی، دودلی در تصمیم گیری و نگرانی درباره عدم امکان باروری در آینده مشخص شده بود؛ تایید کننده نتیجه حاصل در بررسی این فرضیه آن است که در مواجهه با سقط مکرر جنین زنان می‌توانند همزمان احساسات مثبت و منفی را با هم تجربه کنند. در نمونه‌های بررسی شده در تحقیقات مختلف، زنان همزمان واکنش‌های منفی و مثبتی را در برابر سقط از خود نشان داده اند. سقط می‌تواند نگرانی‌ها و فشارهای فرد را به یکباره تسکین بخشد و همچنین مسایلی را که نیازمند توجه فوری در زمان حال یا آینده است را پشت سر گذارد. احساسات مثبت و منفی معمولاً با هم همراه می‌شوند و اغلب نیز چنین است. اصطلاح آسودگی یا به بیان بهتر "راحت شدن" می‌تواند اشاره به موارد مختلفی داشته باشند مانند: (الف) راحتی از نداشتن بچه و مسئولیت‌های آن، (ب) راحتی و فراغت از فرآیندهای پزشکی بارداری و زایمان، (ج) راحتی خیال و آسودگی از اینکه والدین متوجه بارداری او نشوند، (د) راحتی و آسودگی از جانب شریک جنسی یا همسر و فشارهای او برای سقط و دلایل دیگری که موجب می‌شود تا بانوان در مقایسه با انتخاب ادامه روند بارداری و زایمان افسردگی و فرانگرانی کمتری داشته باشند (بورک و ریردون، ۲۰۲۲).

طبق نتایج حاصل از این پژوهش، با وجود عدم معناداری تفاوت نمره کل افسردگی، با بررسی مولفه‌های افسردگی، به طور تفصیلی زنان دارای سقط مکرر جنین، احساس شکست، احساس گناه، فکر خودکشی یا میل به خودکشی، احساس بی‌ارزشی، تغییر در الگوی خواب، تغییر در اشتها و بی‌علاقگی به امور جنسی دارند. ریشه و علل بروز این احساسات و عواطف را می‌توان در عواملی مانند احساس فشار و اجبار و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف تر، باور غیراخلاقی بودن سقط، انتظار عدم توانایی مناسب برای رویارویی با سقط، دودلی در تصمیم گیری و دلبستگی میان مادر و جنین و احساس تعهد نسبت به بارداری جستجو کرد که می‌تواند زمینه ساز بروز خلق افسرده و احساس گناه و بروز سایر واکنش‌های منفی در برابر سقط شوند. در تحقیق فرگوسن و همکاران نیز نتایج حاکی از آن بود که سقط مکرر جنین به طور مستقل خطر بروز رفتارهای خودکشی و اختلالات سومصرف

مواد را دو تا سه برابر افزایش می‌دهد که با نتایج حاصل از پژوهش همسو بود. همچنین در پژوهش‌های بورک و ریردون^۱ (۲۰۲۲) و همچنین پژوهش لیر^۲ و همکاران (۲۰۲۱) به صورت مشترک این نتیجه حاصل شد که در مواجهه با سقط مکرر جنین، برخی زنان دچار ناسازگاری می‌شوند و نمی‌توانند خود را با شرایط تطبیق دهند.

فرضیه فرعی دوم: بین پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه وجود دارد.

نتایج نشان داد که بین پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین همبستگی معناداری وجود دارد. طبق یافته‌های جدول رابطه پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین رابطه مثبت و معناداری دارد. این رابطه بین متغیرها در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. نتایج این یافته‌ها با نتایج یافته‌های پژوهش قادری و همکاران (۱۴۰۲)، قضایی و همکاران (۱۴۰۲)، کسکین و همکاران (۲۰۲۳)، نیومن و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. نتایج تحقیق قادری و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد تنظیم هیجانی مثبت و منفی و سازگاری با ناباروری بر پریشانی روان شناختی زنان نابارور دارای اثر مستقیم معنادار هستند. علاوه بر این، نتایج بوت استرپ نشان داد که سازگاری با ناباروری در رابطه بین تنظیم هیجانی مثبت و منفی با پریشانی روان شناختی زنان نابارور دارای نقش میانجی گری معنادار است. در نهایت الگوی پیشنهادی از برآزش مناسبی برخوردار بود. با توجه به نقش میانجی معنادار سازگاری با ناباروری لازم است که درمانگران بالینی با بکارگیری روش‌های درمانی روان شناختی کارآمد، سازگاری روانی-اجتماعی زنان نابارور را بهبود بخشند. قضایی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط خود به خودی به طور معنی داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی و سزارین بود. گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان ترس از زایمان و نشانگان افسردگی پس از زایمان تفاوت معنی داری نداشتند. ترس از زایمان، افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط خود به خودی نسبت به زنانی که زایمان داشته اند، بیشتر است و از این نظر باید مورد توجه قرار گیرد. کسکین و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که اشتراک گذاری اجتماعی در محیط‌های یادگیری با محیط‌های واقعی متفاوت است و می‌تواند بر سطح پریشانی روانشناختی اثرگذار باشد. تعامل یادگیرنده-یادگیرنده و تعامل یادگیرنده-مربی می‌تواند برای شناسایی سطوح پریشانی روانشناختی به کار رود. خرده مقیاس پریشانی روانشناختی برای محیط‌های یادگیری الکترونیکی از گزاره‌های مهم مورد بحث می‌باشد. ارزیابی منفی، علائم جسمی و اجتناب از تعامل از شاخص‌های پریشانی روانشناختی می‌باشند. در ابزار اندازه گیری قابل اعتماد و معتبر برای ارزیابی سطوح پریشانی روانشناختی این شاخص‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند. تعاملات بین فردی فراگیران در محیط‌های آنلاین در توسعه پریشانی روانشناختی کمتری دارند. شناسایی سطوح پریشانی روانشناختی تجربه شده در آنلاین یا ترکیبی را تجربه کرده اند، پریشانی روانشناختی کمتری دارند. شناسایی سطوح پریشانی روانشناختی تجربه شده در یادگیری ضروری می‌باشد. نیومن و همکاران (۲۰۲۳) اثبات کردند که میزان بالای همبودی بین اختلالات خلقی و اضطرابی عامل اصلی پریشانی روانشناختی می‌باشد. این اختلال به طور فزاینده ای بر مکانیسم‌های مشترک در بین اختلالات متعدد تاثیر گذار می‌باشد. شناسایی مکانیسم‌های مشترک برای بهبود اضطراب ضروری می‌باشد. متاآنالیزها اثربخشی قوی درمان‌هایی را که مکانیسم‌های فرا تشخیصی دارند را بر روی پریشانی روانشناختی مورد تایید قرار می‌دهند. تفکر منفی تکراری یکی از مکانیسم‌های فراتشخیصی اختلالات هیجانی در نظر گرفته می‌شود.

در تبیین اینگونه می‌توان بیان کرد که پریشانی روانشناختی سهم معنی داری در پیش بینی فرانگرانی دارد. بنابراین پریشانی روانشناختی نقش بسیار مهمی در پیش بینی فرانگرانی دارد. همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد این نتیجه دور از انتظار نبود. افرادی که دچار فرانگرانی می‌شوند کارهای خود را در دقایق آخر انجام داده و چون ناچار به انجام آن هستند، این امر خود

¹ Burke & Reardon

² Layer

منجر به عقب افتادن از مسائل زندگی می‌شود و در نتیجه آسیب‌هایی به خود و خانواده وارد می‌آورد. همان طور که ذکر شد فرانگرانی می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی شخصی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد و فرد را از روال زندگی طبیعی خود دور کند و باعث عدم پیشرفت فرد شود. پریشانی روانشناختی می‌تواند باعث بروز رفتار فرانگرانی شود که این خود می‌تواند مشکلاتی عدیده‌ای را به وجود آورد. در تبیین چرایی تأثیر معنی دار فرانگرانی بر پریشانی روانشناختی می‌توان اینگونه استدلال کرد که فقدان هر گونه درمان یا پیشگیری قطعی و پیش بینی برخی متخصصان اپیدمیولوژی در خصوص مبتلا شدن حداقل ۴۰ درصد زنان باردار به این مشکل، فرانگرانی و استرس زیادی را دارا هستند (اندرسون و همکاران، ۲۰۲۰). فرانگرانی و ترس نشأت گرفته از سقط مکرر جنین، مخرب بوده و می‌تواند منجر به پریشانی روان شناختی در افراد شود.

فرانگرانی با تحریک هیپوتالاموس در مغز و به دنبال آن ازدیاد ترشح کورتیزول از قشر غده فوق کلیه و تحریک اعصاب سمپاتیک در سراسر بدن در زمان کوتاه برای مقابله بدن با عوامل استرس زا مفید است (بارت^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). اما اگر این فرانگرانی، ترس و واکنش بدن یعنی افزایش سطح کورتیزول و تحریک سمپاتیک برای طولانی مدت باقی بماند، مخرب بوده و سیستم ایمنی بدن را ضعیف می‌کند و توانایی بدن را برای مبارزه با بیماری‌های از سقط مکرر جنین کاهش می‌دهد (یاریبیگی و همکاران، ۱۳۹۶). فرانگرانی از ناشناخته‌ها ادراک ایمنی را در انسان کاهش می‌دهد و همواره برای بشر اضطراب زا بوده است. بدیهی است چنین شرایطی باعث نگرانی فرد در مورد وضعیت سلامتی خود خواهد شد و در نتیجه باعث شیوع اختلال‌های روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش استفاده از مراقبت‌های درمانی، بهداشتی و روانشناختی می‌شود (بجاما^۲ و همکاران ۲۰۲۰). علاوه بر آن با توجه به اینکه یکی از مولفه‌های پریشانی روانشناختی، فرانگرانی می‌باشد و سقط مکرر جنین نیز با فرانگرانی و پریشانی روانشناختی رابطه معنی داری دارد (شولین^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ اوزدین و بایراک اوزدین، ۲۰۲۰؛ لی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پتزولد^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). از طرف دیگر افراد با فرانگرانی پایین، به چالش‌های زندگی با خوش بینی نگاه می‌کنند و به جای ناامیدی و دل‌سردی، با امید به آینده‌ای بهتر تلاش می‌کنند تا مشکلات را به نحو مناسبی حل کنند و این موضوع می‌تواند در بهبود پریشانی روانشناختی مفید و موثر واقع شود (کوچی، احمدی، مامی و نادمی، ۱۴۰۰). در واقع هرچه فرد از عدم فرانگرانی بیشتری برخوردار باشد، توانایی بالاتری برای مدیریت تنیدگی و پریشانی روانشناختی به دست می‌آورد که این عامل زمینه را برای بازسازی مفروضات و یافتن معنا از بطن آسیب فراهم می‌سازد. نداشتن فرانگرانی به عنوان یک عامل محافظتی یکی از منابع مهم برای دستیابی به رشد پس از سانحه است چرا که در توانایی‌های شناختی افراد نقش مهمی دارد و می‌تواند عملکردهای شناختی شامل حل مسئله، تصمیم گیری، سیالی کلام حافظه کاری و حافظه کوتاهمدت را بهبود بخشد. زنانی که از فرانگرانی پایین تری برخوردارند، به دلیل روحیه بالاتر و در دسترس بودن روش‌های حل مسئله، نشخوار عمدی با هدف بازسازی روانشناختی مثبت دارند که مسیر رشد و شکوفایی آنها را تسهیل کرده و در نتیجه یک معنای جدید و قابل پذیرش «به از دست دادن بارداری» می‌دهد که در نهایت خرد و فرزاندگی را در پی دارد.

پیشنهادات

پیشنهادات کاربردی

– با توجه به اینکه، تعداد زیادی از زنان با سن بالا وارد جمعیت حاملگی و زایمان می‌شوند، نیاز به مراقبت و مدیریت زود هنگام دارند. ارائه مشاوره بعد از سقط در کاهش فرانگرانی و افسردگی بسیار موثر است و از این بُعد مراقبین بهداشتی به خصوص ماماها می‌توانند از طریق ارائه مشاوره و شناسایی زنان و مردان در معرض خطر و در صورت نیاز

¹ Barrett

² Bajema

³ Shevlin

⁴ Lee

⁵ Petzold

ارجاع آنان به مراکز تخصصی مشاوره، از میزان و شدت عوارض روانی بعد از سقط بکاهند و بدین وسیله در ارتقاء سطح سلامت زنان و مردان جامعه نقش بسزایی را ایفا کنند.

- ایجاد گروه‌هایی با موضوعات آموزش و آشنایی سقط مکرر جنین و بهبود افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان که می‌تواند توسط روانشناسان مستقر در کلینیک‌های درمان سقط مکرر اجرا و مدیریت شود و هم درباره زنان و هم همسران آنها با هدف بهبود افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی انجام گیرد.
- با توجه به نتایج بدست آمده کیفیت زندگی زنان با سقط مکرر جنین تحت تاثیر تفکرات غیر منطقی درخصوص داشتن فرزند و فشار هزینه درمان سقط مکرر جنین و میزان فشار اطرافیان هستند، بنابراین شناسایی این گروه‌ها که اختلال بیش تری در کیفیت زندگیشان دارند، امکان فراهم نمودن مشاوره مناسب برای این افراد را فراهم می‌کند.
- با توجه به اینکه بیشتر مداخلات غیردارویی، به‌خصوص در حوزه روان‌شناختی افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین را بهبود می‌بخشد، پیشنهاد می‌شود همراه با درمان‌های رایج، ارائه خدمات مشاوره‌ای مؤثر و برنامه‌ریزی برای بهبود افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی آنان مورد توجه ویژه قرار گیرد. با این وجود، برای اتخاذ بهترین مداخلات و ایجاد تغییر در سیاست، همچنان به تحقیقات بیشتر مبتنی بر فرهنگ نیاز است.

پیشنهادات پژوهشی

- پیشنهاد می‌شود پرسشنامه‌ها در فضایی آرام توسط زنان دارای سقط مکرر جنین پر شود چرا که بعضی از سوالات منفی نیاز به دقت و تمرکز کافی دارند و همچنین پیشنهاد می‌شود اندازه و فاصله‌ی بین سوالات به گونه‌ای باشد که احتمال خطا و علامت گذاری اشتباه توسط افراد شرکت کننده را به حداقل برساند. چرا که علاوه بر آن، مزیت دیگر آن هم این است که مراجع با راحتی بیشتر سوالات را مطالعه می‌کند.
- تحقیق حاضر در سطحی وسیعتر، در زمانی طولانی تر و با گروه‌های متفاوت انجام گیرد.
- پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی رفتارهای فردی و اجتماعی و تاثیری که در افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین و... که می‌تواند در هر کدام از این رفتارها داشته باشد مورد بررسی قرار گیرد.

در تحقیقات آینده از رویکردهایی مانند طرح‌واره درمانی، درمان‌های شناختی- رفتاری و... جهت بررسی رابطه افسردگی، پریشانی روانشناختی و فرانگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین استفاده شود و نتایج مقایسه گردد.

منابع

- [۱] بزرگ، مینا (۱۴۰۲). بررسی پریشانی روانشناختی، حساسیت اضطرابی و آلکسی تایمیا در اختلال وسواس فکری- عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز.
- [۲] حاتمی، آراد؛ طباطبائی نژاد، فاطمه سادات. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان وجودی بر سرمایه عاطفی، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی مبتلا به اضطراب اجتماعی: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۲ (۲)، ۱۲۹-۱۴۶.
- [۳] حسن پور، و.، کشاورز، ز.، سیدعلی، آ.، انصاری پور، س.، قاسمی، قاسمی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه کارکرد صمیمیت جنسی در زنان با سقط مکرر و زنان بدون سقط مکرر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۷ (۵۳۳)، ۷۶۷-۷۷۴.
- [۴] حیدری، حمیدرضا؛ رهنمائی، سمیه. (۱۴۰۲). نقش میانجی تاب آوری روانشناختی در رابطه بین پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی بهبود یافتگان کووید-۱۹. رویش روان شناسی، ۱۲ (۳)، ۱۹۸-۱۸۷.
- [۵] دادستان، پ. (۱۴۰۲). روان شناسی مرضی تحولی. تهران: نشر سمت، ج ۱.
- [۶] زمانی فروشانی، زهرا؛ دوکانه ای فرد، فریده؛ نیکنام، مژگان. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد مجله علوم روانشناختی، ۲۲ (۱۲۵)، ۱۰۳۲-۱۰۱۷.
- [۷] زمانی، سیده نرجس؛ قاسمی، مریم؛ جوکار، الهه؛ خضری مقدم، نوشیروان. (۱۴۰۲). مقایسه افسردگی و کیفیت زندگی زنان نابارور، بارور و دارای سقط‌های مکرر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۵ (۶)، ۷۸-۸۳.
- [۸] شمالی احمدآبادی، مهدی؛ برخوردار احمدآبادی، عاطفه. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری پنسیلولیا بر پریشانی روانی و رضایت از زندگی زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۷ (۶۸)، ۳۰۲-۲۷۹.
- [۹] شمسی پور، محمد. (۱۴۰۲). نمی گذارم کسی دکمه های اعصابم را فشار دهد. انتشارات رسا.
- [۱۰] عبداللهی بقرآبادی، قاسم؛ و آرامی زرج آباد، لیلا. (۱۴۰۲). پیش بینی رفتارهای پرخطر بر اساس نشخوار فکری و فرانگرانی در دانش آموزان. چهارمین همایش ملی آسیب شناسی روانی اردبیل، ۴ (۱)، ۹-۱.
- [۱۱] قادری، مومنه؛ دوکانه ای فرد، فریده؛ جهانگیر، پانته آ؛ وثوق، احمد؛ دیزج، تقی. (۱۴۰۲). مدل پیش بینی پریشانی روان شناختی بر اساس تنظیم هیجانی با میانجی گری سازگاری با ناباروری در زنان نابارور. دست آوردهای روان شناختی، ۳۰ (۲)، ۱-۱۲.
- [۱۲] محمدی، عزیز. (۱۴۰۱). افسردگی، زندگی، درمان. انتشارات نایاب.
- [۱۳] انوری، نرجس؛ قاسمی هاشمی، فرنوش سادات؛ دهقان، جاوید؛ قاسمی، مرضیه. (۱۴۰۲). فراوانی فاکتورهای مختلف موثر بر سقط در بیماران با سابقه سقط مکرر در استان سیستان و بلوچستان. ۲۶ (۳)، ۱۶-۲۴.
- [۱۴] هاتون، کرک و سالکووس کلارک. (۱۹۹۶). رفتاردرمانی شناختی (جلد اول). ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۴۰۲). انتشارات ارجمند تهران.
- [۱۵] یوسفیان امیرخیز، سیامک؛ باقرزاده گل مکانی، زهرا؛ خدابخش، محمدرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرانگرانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. رویش روان شناسی، ۱۲ (۲)، ۸۳-۹۴.
- [16] Afshani, S., Abooei, A., & Ruhani, A. (۲۰۲۲). Lived Experience of Infertile Women of Their Infertility Issue. *Woman in Development & Politics*, ۲۰(۱), ۱-۲۱

- [17] Alschuler, K. N., & Beier, M. L. (۲۰۲۳). Intolerance of Uncertainty: Shaping an Agenda for Research on Coping with Multiple Sclerosis. *International journal of MS care*, 17, ۴, ۱۵۳-۱۵۸.
- [18] Bajema, K. L., Oster, A. M., McGovern, O. L., Lindstrom, S., Stenger, M. R., Anderson, T. C., ... & Oliver, S. E. (۲۰۲۰). Persons evaluated for ۲۰۱۹ novel coronavirus —United States, January ۲۰۲۰. *Morbidity and mortality weekly report*, ۶۹(۶), ۱۶۶. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm۶۹۰۶e.1>
- [19] Barr, M. & Burdi, A.R. (۲۰۲۱). Evaluation of the abortus and stillborn infant. *The Journal of reproductive medicine*, ۲۷(۹), ۶۰۱
- [20] Barrett, K.E., Barman, S.M., Brooks, H.L., & Yuan, J. (۲۰۱۹). *Ganong's Review of Medical Physiology*. ۲۹th Edition. McGraw-Hill Education.
- [21] Baud, D., Goy, G., Vasilevsky, S., Osterheld, M. C., Roth-Kleiner, M., Croxatto, A., & Greub, G. (۲۰۱۵). Roles of bovine *Waddlia chondrophila* and *Chlamydia trachomatis* in human preterm birth. *New microbes and new infections*, ۳, ۴۵-۴۱
- [22] Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (۱۹۷۹). *Cognitive therapy of depression*. Newyork : Guilford.
- [23] Bender Atik, R., Christiansen, O.B., Elson, J., Kolte, A.M., & Lewis, S. (۲۰۱۸). ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Human reproduction open*, 18(۲), ۱-1۳
- [24] Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (۲۰۲۲). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, ۴۰, ۳, ۲۹۱-۳۰۱
- [25] Elsokkary, M., Elshourbagy, M., Labib, K., Mamdouh, A., El-Shahawy, Y., Nossair, W. S., ... & Abdelshafy, A. (۲۰۱۸). Assessment of hysteroscopic role in management of women with recurrent pregnancy loss. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, ۳(11), 1۴۹۴-۱۵۰۴
- [26] Farhoudian, A. (۲۰۲۳). Individual differences in attitude structure. *New Find Cogn Sci*, ۴, ۶۴
- [27] Farris, S. G., Metrik, J., Bonn-Miller, M. O., Kahler, C. W., & Zvolensky, M.J. (۲۰۱۶). Anxiety sensitivity and distress intolerance as predictor's of cannabis dependence symptoms, problems, and craving: the mediating role of coping motives. *Journal of studies on alcohol and drugs*, ۷۷, ۶, ۸۸۹-۸۹۷
- [28] Flesia, L., Adeeb, M., Waseem, A., Helmy, M., & Monaro, M. (۲۰۲۳). Psychological Distress Related to the COVID - ۱۹ Pandemic: The Protective Role of Hope. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 1۳(1), ۶۷-۸۰. <https://doi.org/10.۳۳۹۰/ejihpe.1۳۰۱۰۰۵>

- [29] Forrester, A. (۲۰۲۱). Clinically Healing by Faith for Black Christian Women: A Proposed Model for Collaborative Religious and Psychological Treatment for the Aftermath of Infidelity. <https://digitalcommons.nl.edu/diss//۵۷۲>
- [30] French, D., A. (۲۰۱۸). A clinician's approach to the diagnosis and management of recurrent pregnancy loss. *Phys Assis Clin.*
- [31] Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (۲۰۲۲). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology*, ۱(۶), ۳۵۸-۳۶۸
- [32] Furnham, A. & Marks, J. (۲۰۲۳). Tolerance of Ambiguity: A Review of the Recent Literature. *Psychology*, ۴, ۷۱۷-۷۲۸
- [33] Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson Jr., B.R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z. and Alkema, L. (۲۰۱۷) Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, ۲۰۱۰-۱۴: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model. *The Lancet*, ۳۹۰, ۲۳۷۲-۲۳۸۱
- [34] Kolte, A.M., Bernardi, L.A, Christiansen, O.B., Quenby, S., Farquharson, R.G., & Goddijn, M. (۲۰۲۲). Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Human reproduction*, ۳۰(۳), ۴۹۵-۸
- [35] Koot, H.M., & Wallander, J.L. (۲۰۲۳). *Psychological aspects of pediatric obesity*. Springer Science & Business Media.
- [36] Ma, L., Wang, Y., Pan, L., Cui, Z., & Schluter, P.J. (۲۰۲۲). Mindfulness-informed (ACT) and Mindfulness-based Programs (MBSR/MBCT) applied for college students to reduce symptoms of depression and anxiety. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, ۳۲, ۲۷۱-۲۸۹. <https://doi.org/1۰.1۰۱۶/j.jbct..۲۰۲۲.۰۵.۰۰۲>
- [37] Ma, L., Wang, Y., Pan, L., Cui, Z., & Schluter, P.J. (۲۰۲۲). Mindfulness-informed (ACT) and Mindfulness-based Programs (MBSR/MBCT) applied for college students to reduce symptoms of depression and anxiety. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, ۳۲, ۲۷۱-۲۸۹. <https://doi.org/1۰.1۰۱۶/j.jbct..۲۰۲۲.۰۵.۰۰۲>
- [38] MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds). (۲۰۲۳). *The Wiley-Blackwell Handbook of*
- [39] Margan, R., Marius Margan, M., Fira-Mladinescu, C., Putnok, S., Tuta-Sas, I., Bagiu, R., Laurentiu. Popa Z., Bernad, E., Mihaela, Ciuca. I, Bratosin, F., Codruta, Miloicov-Bacean, O., Vlaicu, B., & Dobrescu, A. (۲۰۲۲). Impact of Stress and Financials on Romanian Infertile Women Accessing Assisted Reproductive Treatment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(۶): ۳۲۵۶
- [40] Marron, K., Walsh, D., Phillip, C., & Harrity, C. (۲۰۱۸). Endometrial cytokine levels in recurrent pregnancy loss and implantation failure. *Fertility and Sterility*, 11۰(۴), ۱۳۱-۱۳۹

- [41] McLain, D. L., Kefallonitis, E., & Armani, K. (۲۰۲۲). Ambiguity tolerance in organizations: definitional clarification and perspectives on future research. *Frontiers in psychology*, ۶, ۳۴۴
- [42] McQueen, D. B., Zhang, J., & Robins, J. C. (۲۰۱۹). Sperm DNA fragmentation and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and sterility*, ۱۱۲(۱), ۵۴-۶۰
- [43] Rascio, A.M., & Brokovec, T.D. (۲۰۲۲). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, ۲۲(۲), ۱۴۶۹-۱۴۸۲
- [44] Reiter, K., Ventura, J., Lovell, D., Augustine, D., Barragan, M., Blair, T., Chesnut, K., Dashtgard, P., Gonzalez, G., Pifer, N., & Strong, J. (۲۰۲۰). Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, ۲۰۱۷-۲۰۱۸. *American journal of public health*, ۱۱۰(S), S ۵۶- S ۶۲. <https://doi.org/10.2195/AJPH..2019.30.5375>
- [45] Ren, L., Yang, Z., Wang, Y., Cui, L. B., Jin, Y., Ma, Z., ... & Yang, Q. (۲۰۲۰). The relations among worry, meta-worry, intolerance of uncertainty and attentional bias for threat in men at high risk for generalized anxiety disorder: a network analysis. *BMC psychiatry*, ۲۰(۱), ۱-۱۱. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2849-w>.
- [46] Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. G. (۲۰۰۵). Affect, Risk, and Decision Making. *Health Psychology* ۲۴, ۴, ۳۵-۴۰
- [47] Strug, M. R., Su, R. W., Kim, T. H., Mauriello, A., Ticconi, C., Lessey, B. A., ... & Fazleabas, A. T. (۲۰۱۸). RBPJ mediates uterine repair in the mouse and is reduced in women with recurrent pregnancy loss. *The FASEB Journal*, ۳۲(۵), ۲۴۵۲-۲۴۶۶
- [48] Tang, Q., Zhou, Zh., Wang, N., & Qian, X. (۲۰۲۳). Irrational parenthood cognition and infertility stigma among infertile women: a cross-sectional study in Changsha, China. *Researchsquare*.
- [49] Tavoli, Z., Mohammadi, M., Tavoli, A., Moini, A., Effatpanah, M., Khedmat, L., & Montazeri, A. (۲۰۱۸). Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. *Health and quality of life outcomes*, ۱۶(۱), ۱-۵
- [50] Taylor, D. D., Starlett, A., Carlson, R., Barden, S., & Thompson, K. (۲۰۲۲). Examining the stability of emotional regulation and psychological distress for low-income individuals: A latent transition analysis. *Family Process*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12821>
- [51] Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (۲۰۲۲). Depression in young people. *The Lancet*, ۴۰۰(۱۰۲۵۲), ۶۱۷-۶۳۱
- [52] Trafton, J. A., & Gifford, E. V. (۲۰۱۱). Biological bases of distress tolerance. In M. J. Zvolensky, A. Bernstein, & A. A. Vujanovic (Eds.), *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications* (pp. ۸۰-۱۰۲). The Guilford Press.

- [53] Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (۲۰۱۷). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, ۱۶, ۱۰۵۷. doi: 10.17179/excli ۲۰۱۷-۰۴۸۰
- [54] Yoo, G., & Joo, S. (۲۰۲۱). Love for a Marriage Story: The Association Between Love and Marital Satisfaction in Middle Adulthood. *Journal of Child and Family Studies*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s.10826-021-02055-6>
- [55] Zarean, M., Ahadi, H., Jomehri, F., Sohrabi, F. (۲۰۲۳). Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Adjustment in PostAbortion Women. *Journal of Applied Family Therapy*, ۴(1), ۳۹۶-۴۱۹
- [56] Zhang, B., Fu, W., Guo, Y., Chen, Y., Jiang, C., Li, X., & He, K. (۲۰۲۲). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord*, ۳۱۹, ۶۵۵-۶۶۲. <https://doi.org/10.1016/j.jad.۲۰۲۲.۰۹.۰۹۱>
- [57] Zhang, B., Fu, W., Guo, Y., Chen, Y., Jiang, C., Li, X., & He, K. (۲۰۲۲). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord*, ۳۱۹, ۶۵۵-۶۶۲. <https://doi.org/10.1016/j.jad..۲۰۲۲.۰۹.۰۹۱>
- [58] Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (۲۰۲۱). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.