

# مقایسه خطر نسبی استرس، اضطراب و افسردگی در زنان بعد از سقط، حاملگی خارج رحمی و بارداری نرمال: یک مطالعه مقطعی

زهرا حسینی حاجی<sup>۱\*</sup>، مریم آرامهر<sup>۱</sup>، دکتر مروارید ایرانی<sup>۲</sup>، محمد نمازی نیا<sup>۳</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۳. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۸

## خلاصه

**مقدمه:** با وجود شیوع فراوان سقط و بارداری خارج رحمی، مطالعات محدودی پیرامون عوارض روانی به دنبال از دست رفتن زودهنگام بارداری وجود دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه خطر نسبی استرس، اضطراب و افسردگی در زنان با سابقه بارداری نابجا و سقط و بارداری طبیعی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی از مهر تا اسفند سال ۱۴۰۰ بر روی ۳۱۲ زن مراجعه کننده به بیمارستان‌های تربت حیدریه انجام شد. ۱ و ۳ ماه بعد از تشخیص سقط و بارداری نابجا و اثبات حاملگی قابل حیات، اطلاعات جمع‌آوری شده مربوط به عوارض روان‌شناختی از طریق پرسشنامه‌های استرس کوهن، افسردگی بک و اضطراب اسپیل برگ در سه گروه بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و کای اسکوتر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** تعداد شرکت کنندگان در گروه بارداری نابجا ۹۷ نفر، در گروه سقط ۱۰۴ نفر و در گروه بارداری سالم ۱۱۱ نفر بودند. ۱ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، شیوع عوارض روان‌شناختی شامل استرس (۷/۶٪)، اضطراب (۴۷/۶٪) و افسردگی (۲۹/۲٪) در گروه مورد بیشتر بود. ۳ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، عوارض روان‌شناختی 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.

**نتیجه‌گیری:** 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 مؤثر طبی و مشاوره‌ای، مناسب به نظر می‌رسد.

**کلمات کلیدی:** استرس، اضطراب، افسردگی، بارداری خارج رحمی، سقط

\* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا حسینی حاجی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۲۷۱۵۲۱۰  
پست الکترونیک: hoseiniz2@thums.ac.ir

## مقدمه

از دست رفتن زودهنگام بارداری (EPL)<sup>۱</sup> به خاتمه یافتن بارداری قبل از هفته ۲۰ اطلاق می‌گردد (۱). شایع‌ترین علل از دست دادن زودهنگام بارداری سقط، حاملگی مولار و بارداری نابجا می‌باشد (۲). سقط به‌عنوان شایع‌ترین شکل از دست دادن زودهنگام بارداری تقریباً در یک مورد از هر ۶ بارداری اتفاق می‌افتد. بین ۶۰-۲۰٪ کل محصولات بارداری و تقریباً ۱۵٪ تمام بارداری‌های اثبات شده به لحاظ بالینی سقط می‌شوند (۳). بارداری خارج رحمی که به تکامل رویان خارج از حفره آندومتر اطلاق می‌شود، نسبت به سقط شیوع کمتری داشته و در قریب به ۱٪ حاملگی‌های سه ماهه اول بروز می‌کند، اما این درصد ناچیز، عامل ۶٪ تمام مرگ‌های مرتبط با حاملگی می‌باشد (۴).

این دو عارضه از علل اصلی مرگ‌ومیر مادری و اختلالات تهدیدکننده حیات همچون خونریزی، تب، عفونت و حتی اختلالات روانی مانند احساس تأسف، گناه، سیگار کشیدن، اعتیاد به الکل، رفتارهای خودتخریبی و حتی خودکشی می‌باشند (۵).

با وجود اینکه علت EPL ناشناخته است، اما زنان ممکن است آن را به رفتار خود نسبت دهند، که ممکن است منجر به احساس گناه، سرزنش خود و افسردگی در آنها گردد (۶، ۷). به‌علاوه از دست رفتن زودرس بارداری ممکن است ضربه‌ای بالقوه به رویاها و آرزوهای یک خانواده وارد کند (۸). در این راستا مطالعات قبلی که به ارزیابی پیامدهای روانی اولیه سقط پرداخته‌اند، حاکی از آن بودند که بخش زیادی از این زنان دارای معیارهای افسردگی (۲۷٪) و اضطراب (۴۱-۲۸٪) می‌باشند (۹-۱۱). همچنین در مطالعه دفرین و همکاران (۱۹۹۶) ۱۱/۴۵٪ زنان احساس افسردگی منجر به افکار خودکشی و ۱/۸٪ تلاش واقعی برای خاتمه دادن به زندگی را گزارش نمودند (۱۲).

اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم ترس (هراس) و دلواپسی، با منشأ ناشناخته که شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیک است. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً

استرس‌زا بوده‌اند و یا طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است، باعث اضطراب در افراد می‌شود. افسردگی نیز یک اختلال روانی است که در قالب مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها ظاهر می‌شود؛ به‌عبارت دیگر افسردگی اغتشاشی در خلق است که با درجات متفاوت یاس، تنهایی، ناامیدی، شک در مورد خویش و احساس گناه مشخص می‌شود (۱۳، ۱۴).

به‌علاوه از دست دادن زودهنگام بارداری ممکن است منجر به اندوه پس از حادثه و در نتیجه ایجاد زمینه‌ای برای بروز اختلال استرس پس از تروما (PTSD)<sup>۲</sup> در افراد مبتلا گردد (۱۳). استرس یا تنیدگی یا فشار عصبی، در روان‌شناسی به‌معنی نیرو و فشار است. هر محرکی که در بدن باعث ایجاد واکنش شود، عامل تنیدگی یا استرس‌زا نامیده می‌شود؛ به‌عبارتی، هر عاملی که موجب تنش روح و جسم و از دست رفتن تعادل فرد شود، عامل تنیدگی است. در تعریفی دیگر، تنیدگی واکنش‌هایی است که در فرد، در اثر حضور عاملی دیگر (عامل تنیدگی) به‌وجود می‌آید تا تعادل از دست رفته را بازگرداند و باعث بسیج شدن قوای فرد برای مقابله با آن عامل و آماده‌باش موجود زنده گردد (۱۵). اختلال استرس بعد از تروما به مجموعه‌ای از علائم بیولوژیکی، احساسی، رفتاری و شناختی اطلاق می‌شود که ممکن است در پاسخ به تجربه یک تهدید درک شده یا واقعی، مرگ یا جراحت به خود یا دیگران ایجاد شود (۱۶). در مورد سقط و بارداری نابجا، جراحت جدی، دیدن خون و بافت‌های جنینی یا درک ذهنی از تجربه مرگ فرزند ممکن است برای ایجاد اختلال استرس بعد از تروما کفایت کند (۷)؛ به‌عنوان مثال در مطالعات قبلی، زنانی که سابقه از دست دادن زودهنگام بارداری داشتند، آن را به‌عنوان بدترین اتفاق زندگی خود توصیف کرده بودند (۱۷). اسلید و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود احساس سردرگمی، تنش، فقدان کنترل و ترس در مورد آینده در زنان پس از سقط را گزارش نمودند که مجموع این علائم ممکن است حاکی از افزایش احتمال بروز PTSD در این افراد باشد (۱۶). نتایج مطالعه

<sup>2</sup> Post-Traumatic Stress Disorder

<sup>1</sup> Early Ectopic Pregnancy

گذشته‌نگر رافائل و همکاران (۱۹۹۴) نیز حاکی از آن بود که ارتباط معنی‌داری بین بارداری نابجای درمان شده با استفاده از جراحی و خطر خودکشی وجود دارد (۱۸).

اگرچه مطالعات اپیدمیولوژیکی حاکی از آنند که اضطراب و استرس نهایتاً یک‌سال بعد از، از دست رفتن محصول بارداری به سطح افراد غیرباردار می‌رسد و علائم PTSD نیز در عرض ۳-۲ سال پس از حادثه فروکش می‌کند، با این حال اغلب زنان در عرض ۱۲ ماه بعد از این وقایع مجدداً باردار می‌شوند که برای جلوگیری از اثرات سوء آن بر بارداری بعد، ارزیابی زودهنگام ضروری به‌نظر می‌رسد (۱۹). اضطراب مادر در بارداری بعد از زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، نقص تکامل مغز جنین و اختلالات رفتاری در دوران کودکی همراه می‌باشد (۲۳-۲۰). زنان با PTSD نیز در بارداری مستعد ابتلاء به سقط، تهوع- استفراغ و انقباضات زودرس می‌باشند (۱۷)، لذا ارزیابی و درمان عوارض روانی و اختلال استرس بعد از تروما در زنان با عوارض بارداری به‌منظور جلوگیری از اثرات نامطلوب دیسترس روانی و اختلال روانی حاصل از آن بر سلامت مادر و تکامل جنین بعدی ضروری به‌نظر می‌رسد.

در این راستا به‌طور کلی مطالعات محدودی در مورد پیامدهای روانی از دست دادن بارداری خصوصاً در مورد بارداری نابجا در دسترس می‌باشد و با وجود شیوع بالای سقط و بارداری نابجا، تمرکز تحقیقات بر روی پیامدهای روانی آن تنها مربوط به ۲۰-۱۵ سال اخیر می‌باشد (۲۴). با توجه به بیشتر بودن خطر نسبی بروز پیامدهای بارداری نابجا مانند خونریزی شدید، مرگ و تهدید به پیامد باروری آتی نسبت به سقط، انتظار می‌رود خطر نسبی پیامدهای روان‌شناختی آن نیز متفاوت از سقط باشد (۲۵). به‌علاوه اغلب مطالعات محدود موجود، در این زمینه تنها بر روی یک واکنش احساسی متمرکز شده‌اند و واکنش‌های مختلف به از دست دادن زودرس بارداری را مورد بررسی قرار نداده‌اند. این در حالی است که به‌عنوان مثال، سطح بالای اضطراب ممکن است بر خلق افراد اثر گذاشته و منجر به تجربه علائم افسردگی در افراد شود (۲۴)، لذا فهم نوع و

شدت واکنش‌های احساسی افراد به از دست دادن بارداری و اثر تجمعی و خطرات نسبی حاصل از این عوارض به‌منظور طراحی مداخلات حمایتی در افراد مبتلا با هدف کاهش موربیدیت‌های روانی و هزینه‌های اجتماعی، ضروری به‌نظر می‌رسد. لذا با توجه به نکات فوق و محدود بودن مطالعات در دسترس در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف مقایسه خطر نسبی اضطراب، افسردگی و استرس در زنان با سابقه بارداری نابجا و سقط و همچنین زنان با بارداری طبیعی انجام شد.

### روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی با هدف مقایسه خطر نسبی استرس، اضطراب و افسردگی در سه گروه سقط، بارداری خارج رحمی و بارداری طبیعی در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۰ صورت گرفت. پژوهشگر پس از اخذ تأییدیه و معرفی‌نامه از کمیته تحقیقات دانشجویی و کمیته اخلاق دانشگاه و مجوزهای لازم از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، به بیمارستان نهم دی مراجعه و نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام گرفت. در این مراکز برای تمام افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه، هدف از پژوهش توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، فرم رضایت کتبی از آنها اخذ گردید. معیارهای ورود مشترک برای هر سه گروه شامل: سن ۱۸ سال و بالاتر، کسب رضایت آگاهانه کتبی، توانایی خواندن و نوشتن، سن حاملگی کمتر از ۲۰ هفته، نداشتن سابقه یا شرح‌حال فعلی مشکلات فیزیکی، نداشتن سابقه یا شرح‌حال فعلی مشکلات روانی حاد، عدم وجود حادثه استرس‌آور در ۳ ماه اخیر و عدم بارداری با استفاده از تکنیک‌های فناوری کمک باروری (ART)<sup>۱</sup> شامل لقاح داخل آزمایشگاهی (IVF)<sup>۲</sup>، تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI)<sup>۳</sup>، انتقال سلول تخم به لوله فالوپ (ZIFT)<sup>۴</sup> و انتقال گامت به داخل لوله فالوپ (GIFT)<sup>۵</sup> بود. معیارهای ورود گروه کنترل شامل:

<sup>۱</sup> Intra Cytoplasmic Sperm Injection

<sup>۲</sup> Intra Vitro Fertilizati

<sup>۳</sup> Intra Cytoplasmic Sperm Injection

<sup>۴</sup> Zygote Intrafallopian Transfer

<sup>۵</sup> Gamete Intra-Fallopian Transfer

حاملگی تک‌قلوبی و داشتن یک جنین قابل حیات بر اساس رؤیت ضربان قلب جنین در سونوگرافی بود. معیارهای ورود گروه سقط شامل: خودبه‌خود بودن سقط در گروه سقط و عدم سقط القایی و عدم سقط قانونی به‌خاطر اندیکاسیون‌های طبی، جنینی و مادری بود. معیار ورود گروه بارداری نابجا شامل: عدم وجود حاملگی هتروتوپیک بود. معیارهای خروج مشترک برای هر سه گروه شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و معیار خروج گروه کنترل شامل: بروز عوارض بارداری در دوران پیگیری مطالعه بود. در ابتدا در گروه کنترل (بارداری سالم)، ۱۱۵ نفر معیارهای ورود به مطالعه را داشتند که از این تعداد، ۱ نفر به‌دلیل از دست دادن محصولات داخل رحمی و ۲ نفر به‌علت عدم تکمیل پرسشنامه‌ها از مطالعه ریزش داشتند. در گروه بارداری نابجا از ۱۰۵ شرکت‌کننده واجد معیارهای ورود به مطالعه، ۳ نفر به‌دلیل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها ۱ ماه بعد از مطالعه و ۵ نفر به‌دلیل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها ۳ ماه بعد، از مطالعه ریزش داشتند. ریزش ۳ شرکت‌کننده در گروه سقط به‌دلیل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها ۳ ماه بعد از مطالعه بود. در این مطالعه گروه مورد اول (از دست دادن زودرس بارداری به علت سقط) و گروه مورد دوم (از دست دادن زودرس بارداری به علت بارداری نابجا) متشکل از افرادی بودند که بارداری آنها بر اساس تشخیص پزشک و یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی (شامل سونوگرافی ابدومینال، واژینال و تیتراژ BhcG) مبتلا به سقط (صرف‌نظر از نوع سقط کامل یا ناقص، یا سقط فراموش شده) یا بارداری نابجا در نظر گرفته شدند. این گروه صرف‌نظر از نوع درمان (انتظاری، دارویی و یا جراحی) وارد مطالعه شدند. گروه شاهد (افراد با بارداری نرمال) نیز از بین افرادی انتخاب شدند که در بررسی اولیه مشکلی نداشتند و جهت کنترل بارداری به همراه سونوگرافی بارداری مؤید یک جنین زنده به کلینیک مراجعه می‌کردند. در این گروه در صورتی که فردی در پیگیری دچار عوارض حاملگی می‌شد، از پرسشنامه‌ها کنار گذاشته می‌شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه فارن و همکاران (۲۰۱۶) (۸) با در نظر گرفتن متغیری که با استفاده از آن بیشترین

حجم نمونه برآورد می‌شود، با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$ ،  $\beta=0/9$ ،  $p_1=0/10$ ،  $p_2=0/16$ ،  $d=0/2$  و با استفاده از فرمول کوهن، ۳۱۲ نفر محاسبه شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، در ابتدای مطالعه فرم انتخاب واحد پژوهش و پرسشنامه مشخصات فردی، خانوادگی و مامایی تکمیل شد. در ادامه ۱ و ۳ ماه بعد از تشخیص سقط و بارداری نابجا در گروه اول و همچنین ۱ و ۳ ماه پس از اثبات حاملگی قابل حیات در گروه دوم، با افراد تماس حاصل می‌شد و از آنها خواسته می‌شد پرسشنامه استرس درک شده، افسردگی و اضطراب اشیپیل برگر را به‌صورت پرسشنامه گوگل فرم تکمیل نمایند. پژوهشگر جهت تکمیل صحیح پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری سؤالات را تکمیل می‌کرد. پرسشنامه استرس درک شده (PSS)<sup>۱</sup> توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) طراحی شد. این ابزار برای تعیین میزان شناخت افراد از استرس خود در مقابل رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل زندگی به‌کار می‌رود که شامل ۱۴ سؤال در طیف چهار درجه‌ای لیکرت (از صفر= هرگز تا ۴= تمام اوقات) می‌باشد. لازم به ذکر است در مورد سؤالات مثبت (۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳)، امتیازات به‌طور معکوس محاسبه می‌شود. دامنه نمرات این ابزار بین ۵۶-۰ می‌باشد که نمرات کم‌تر از ۲۸ در گروه استرس درک شده پایین و مساوی یا بالاتر از ۲۸ در گروه استرس درک شده بالا قرار می‌گیرند (۲۶). پرسشنامه اضطراب حالت صفت اشیپیل برگر (STAI)<sup>۲</sup> شامل ۴۰ سؤال (۲۰ آیتم مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ آیتم مربوط به اضطراب پنهان) است. پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (اصلاً تا حدودی، متوسط و زیاد) و با حداقل امتیاز ۱ و حداکثر امتیاز ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین دامنه امتیازات این پرسشنامه در محدوده ۸۰-۲۰ بود. در پایان افراد بر اساس نمره اضطراب به سه سطح یا گروه (امتیاز ۲۰-۴۰ در سطح خفیف، ۴۱-۶۰ در سطح متوسط ۸۰-۶۱ در سطح شدید اضطراب) تقسیم شدند (۲۷). پرسشنامه افسردگی مرکز مطالعات

<sup>1</sup> Perceived-Stress Scale

<sup>2</sup> State-Trait Anxiety Inventory

شد. در این پژوهش جهت بیان مشخصات واحدهای پژوهش، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی مطالعه در مورد متغیرهای کمی از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و در مورد متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور استفاده شد. جهت تعیین سطح استرس، اضطراب و افسردگی در زنان با سقط و بارداری خارج رحمی و مقایسه آن با زنان دارای بارداری طبیعی، به‌علت سه گروهه بودن مطالعه، از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی LSD و جهت مقایسه خطر نسبی استرس اضطراب و افسردگی در دو گروه سقط و بارداری خارج رحم از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از  $0/05$  معنادار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

طبق نتایج مطالعه، میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه بارداری نابجا  $30/72 \pm 7/19$ ، در گروه سقط  $27/86 \pm 7/74$  و در گروه بارداری نرمال  $30/87 \pm 7/14$  سال بود که بین سه گروه از نظر سن، اختلاف آماری معناداری وجود داشت ( $p=0/004$ ). در این راستا بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه‌ها، بین دو گروهه سابقه سقط و بارداری سالم و گروهه سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم از نظر سن اختلاف آماری معناداری وجود داشت ( $p<0/05$ ). میانگین سن همسر در گروه بارداری نابجا  $33/74 \pm 8/83$ ، در گروه سقط  $30/52 \pm 7/30$  و در گروه بارداری نرمال  $34/34 \pm 8/08$  بود و بین سه گروه از نظر سن همسر، اختلاف آماری معناداری وجود داشت ( $p=0/001$ ). در این راستا بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه‌ها، بین دو گروهه سابقه سقط و بارداری سالم و گروهه سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم از نظر سن همسر اختلاف آماری معناداری وجود داشت ( $p<0/05$ ).

بین سه گروه از نظر تحصیلات اختلاف آماری معناداری وجود داشت و فراوانی تحصیلات لیسانس و بالاتر در گروه‌ها به‌صورت بارداری نرمال  $20\%$ ، بارداری نابجا  $36\%$  و سقط  $14\%$  بود. بین سه گروه از نظر وضعیت درآمد

اپیدمیولوژیک CES-D<sup>1</sup> شامل 20 عبارت می‌باشد که هر یک از سؤال‌ها، یکی از نشانه‌های افسردگی را توصیف می‌کند. در این آزمون به‌گزینه به‌ندرت (هرگز) نمره صفر، اندکی یا کمی از اوقات نمره 1 به‌طور متوسط یا بعضی اوقات نمره 2 و به‌همیشه یا همه اوقات نمره 3 داده می‌شود. دامنه نمرات از 0-60 متغیر می‌باشد. عبارات 4، 8، 12 و 16 به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نقطه برش این ابزار 16 می‌باشد، لذا افرادی که نمره کم‌تر از 16 گرفتند، جزء افراد سالم و مابقی افسرده محسوب می‌شدند (28). روایی فرم انتخاب واحد پژوهش و مشخصات فردی- خانوادگی به روش روایی محتوی صورت گرفت. روایی پرسشنامه استرس درک شده به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی در ایران توسط صفایی و همکاران (2014) به تأیید رسید (29). روایی پرسشنامه اضطراب اشیپیل برگر توسط مهram (1994) در جامعه ایرانی نیز به تأیید رسید (30). روایی پرسشنامه افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک CES-D به‌روش روایی همگرا و همبستگی آن توسط امیری و همکاران (2008) محاسبه شد که همبستگی بین دو آزمون 0/65 و رابطه آن‌ها در سطح 0/01 معنادار بود (31). پایایی پرسشنامه استرس درک شده توسط صالحی فدردی و همکار (2014) به روش همسانی درونی و میزان آلفای کرونباخ 0/79 و در پژوهش حاضر نیز با ضریب آلفای کرونباخ 0/81 تأیید شد (32). پایانی پرسشنامه اضطراب توسط کاویانی و همکاران (2009) به روش بازآزمایی و ضریب همبستگی 0/92 و در پژوهش حاضر با ضریب آلفای کرونباخ 0/87 تأیید شد (15). پایایی پرسشنامه افسردگی در مطالعه ناظمیان و همکاران (2008) با روش آزمون مجدد 0/92 گزارش شد (33). در مطالعه حاضر پایایی این ابزار با استفاده از روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ 0/78 تأیید شد.

پس از گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ها کدگذاری گردیده و وارد رایانه شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه 16) انجام

<sup>1</sup> Center For Epidemiologic Depression Scale

همگن بودند. اکثر موارد بارداری نابجا (۸۷٪) به روش جراحی خاتمه پیدا کردند، در حالی که در گروه سقط ختم بارداری به روش جراحی، طبی و خودبه خودی به ترتیب ۱۹٪، ۲۸٪ و ۵۱٪ بود (جدول ۱، ۲).

( $p=0/104$ )، وضعیت مسکن ( $p=0/206$ ) و خواسته بودن بارداری ( $p=0/074$ ) اختلاف معناداری وجود نداشت. هر سه گروه از نظر سابقه مامایی مانند سابقه سقط ( $p=0/301$ ) و بارداری خارج رحمی ( $p=0/071$ )

جدول ۱- مقایسه داده‌های دموگرافیک در سه گروه مطالعه

| متغیر                           | گروه                 | بارداری سالم<br>(n=111) | سابقه بارداری نابجا<br>(n=97) | سابقه سقط<br>(n=104) | سطح معنی داری |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|
| سن                              |                      | ۲۷/۸۶±۷/۷۴              | ۳۰/۷۲±۷/۱۹                    | ۳۰/۸۷±۷/۱۴           | * $p=0/004$   |
| سن همسر                         |                      | ۳۰/۵۲±۷/۳۰              | ۳۳/۷۴±۸/۸۳                    | ۳۴/۳۴±۸/۰۸           | * $p=0/001$   |
| تحصیلات                         | ابتدایی (۱۱۶)        | ۴۶                      | ۱۷                            | ۵۳                   |               |
|                                 | متوسطه (۱۲۶)         | ۴۵                      | ۴۴                            | ۳۷                   | ** $p<0/001$  |
|                                 | لیسانس و بالاتر (۷۰) | ۲۰                      | ۳۶                            | ۱۴                   |               |
| شغل                             | شاغل (۷۳)            | ۲۲                      | ۴۰                            | ۱۱                   | ** $p<0/001$  |
|                                 | خانه‌دار (۲۳۹)       | ۸۹                      | ۵۷                            | ۹۳                   |               |
| درآمد                           | کمتر از حد (۵۳)      | ۱۵                      | ۲۱                            | ۱۷                   |               |
|                                 | در حد (۲۲۹)          | ۸۹                      | ۶۲                            | ۷۸                   | ** $p=0/104$  |
|                                 | بیشتر از حد (۳۰)     | ۷                       | ۱۴                            | ۹                    |               |
| وضعیت سکونت                     | شخصی (۹۵)            | ۳۱                      | ۳۱                            | ۳۳                   |               |
|                                 | استجاری (۱۷۱)        | ۶۴                      | ۴۶                            | ۶۱                   | ** $p=0/206$  |
|                                 | منزل والدین (۴۶)     | ۱۶                      | ۲۰                            | ۱۰                   |               |
| خواسته بودن بارداری             | بله (۳۰۳)            | ۱۱۱                     | ۹۳                            | ۹۹                   | ** $p=0/074$  |
|                                 | خیر (۹)              | ۰                       | ۴                             | ۵                    |               |
| خواسته بودن بارداری از نظر همسر | بله (۲۲۷)            | ۹۰                      | ۶۶                            | ۷۱                   | ** $p=0/056$  |
|                                 | خیر (۸۴)             | ۲۱                      | ۳۱                            | ۳۲                   |               |
| سابقه سقط                       | بله                  | ۱۵                      | ۵                             | ۴                    | ** $p=0/301$  |
|                                 | خیر                  | ۹۶                      | ۹۲                            | ۱۰۰                  |               |
| سابقه EP                        | بله                  | ۵                       | ۲                             | ۲                    | ** $p=0/071$  |
|                                 | خیر                  | ۱۰۶                     | ۹۵                            | ۱۰۲                  |               |
| ختم بارداری                     | خودبه خودی           | ۰                       | ۰                             | ۵۴                   |               |
|                                 | جراحی                | زایمان                  | ۸۵                            | ۲۰                   | ** $p<0/001$  |
|                                 | طبی                  | ۱۲                      | ۱۲                            | ۳۰                   |               |

\* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، \*\* آزمون کای اسکور

جدول ۲- نتایج آزمون تعقیبی LSD به منظور مقایسه دوبه دوی گروه‌ها در داده‌های دموگرافیک

| متغیر                              | گروه‌ها                            | سطح معنی داری |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------|
| میزان تحصیلات                      | سابقه سقط و سابقه بارداری نابجا    | $p<0/001$     |
|                                    | سابقه سقط و بارداری سالم           | ۰/۱۵۵         |
| شغل                                | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | $p<0/001$     |
|                                    | سابقه سقط و سابقه بارداری نابجا    | $p<0/001$     |
|                                    | سابقه سقط و بارداری سالم           | ۰/۰۹۶         |
| سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | سابقه بارداری سالم                 | $p<0/001$     |
|                                    | سابقه بارداری نابجا                | $p<0/001$     |

|         |                                    |         |
|---------|------------------------------------|---------|
| سن      | سابقه سقط و بارداری نابجا          | ۰/۸۹۰   |
|         | سابقه سقط و بارداری سالم           | ۰/۰۰۳   |
|         | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | ۰/۰۰۶   |
| سن همسر | سابقه سقط و سابقه بارداری نابجا    | ۰/۶۰۲   |
|         | سابقه سقط و بارداری سالم           | p<۰/۰۰۱ |
|         | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | ۰/۰۰۴   |

یک ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، بین میانگین و انحراف معیار نمره استرس در سه گروه بارداری نابجا و سقط اختلاف آماری معناداری وجود داشت (p=۰/۰۰۱) در این راستا بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه‌ها، بین گروه سقط و بارداری سالم و گروه سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم از نظر نمره استرس اختلاف آماری معناداری وجود داشت (p<۰/۰۵) (جدول ۳، ۴).

همچنین سه ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، بین میانگین و انحراف معیار نمره استرس در سه گروه بارداری نابجا و سقط اختلاف آماری معناداری وجود داشت (p=۰/۰۰۱) در این راستا بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه‌ها، بین گروه سقط و بارداری سالم و گروه سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم از نظر نمره استرس اختلاف آماری معناداری وجود داشت (p<۰/۰۵).

جدول ۳- مقایسه نمره استرس، اضطراب، افسردگی ۱ و ۳ ماه بعد از تشخیص بارداری سالم، بارداری نابجا و سقط در سه گروه

| متغیر   | گروه      | بارداری سالم (n=۱۱۱) | سابقه بارداری نابجا (n=۹۷) | سابقه سقط (n=۱۰۴) | سطح معنی‌داری |
|---------|-----------|----------------------|----------------------------|-------------------|---------------|
| استرس   | ۱ ماه بعد | ۱۰/۷۴±۷/۷۴           | ۱۹/۱۵±۷/۹۱                 | ۲۷/۱۶±۹/۶         | *p<۰/۰۰۱      |
|         | ۳ ماه بعد | ۱۱/۳۴±۵/۳۲           | ۱۲/۱۲±۳/۷۶                 | ۱۲/۲۳±۵/۳۱        | *p=۰/۰۳۴      |
| اضطراب  | ۱ ماه بعد | ۹/۰۴±۵/۶۳            | ۱۵/۶۷±۷/۶۹                 | ۱۰/۷۵±۶/۷۴        | *p<۰/۰۰۱      |
|         | ۳ ماه بعد | ۷/۲۳±۴/۴۳            | ۸/۱۲±۵/۲۳                  | ۸/۴۴±۳/۶۳         | *p=۰/۰۷۴      |
| افسردگی | ۱ ماه بعد | ۴/۸±۷/۸              | ۱۴/۹۶±۱۱/۳۲                | ۹/۴۸±۱۰/۲۳        | *p<۰/۰۰۱      |
|         | ۳ ماه بعد | ۳/۹±۶/۴              | ۴/۵۳±۷/۱۲                  | ۴/۲±۷/۳۲          | *p=۰/۰۶۵      |

\* آنالیز واریانس یک‌طرفه

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی LSD به منظور مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی

| متغیر               | گروه‌ها                            | سطح معنی‌داری |
|---------------------|------------------------------------|---------------|
| استرس (۱ ماه بعد)   | سابقه سقط و سابقه بارداری نابجا    | ۰/۰۱۷         |
|                     | سابقه سقط و بارداری سالم           | p<۰/۰۰۱       |
| استرس (۳ ماه بعد)   | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | p<۰/۰۰۱       |
|                     | سابقه سقط و سابقه بارداری نابجا    | ۰/۰۷۶         |
| اضطراب (۱ ماه بعد)  | سابقه سقط و بارداری سالم           | p<۰/۰۰۱       |
|                     | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | p<۰/۰۰۱       |
| افسردگی (۱ ماه بعد) | سابقه سقط و سابقه بارداری نابجا    | p<۰/۰۰۱       |
|                     | سابقه سقط و بارداری سالم           | ۰/۰۵۹         |
|                     | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | p<۰/۰۰۱       |
|                     | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | p<۰/۰۰۱       |
|                     | سابقه سقط و بارداری سالم           | p<۰/۰۰۱       |
|                     | سابقه بارداری نابجا و بارداری سالم | p<۰/۰۰۱       |

همچنین ۱ ماه بعد از مطالعه خطر نسبی استرس در گروه بارداری نابجا نسبت به گروه سقط بیشتر بود (جدول ۶).

میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب ۱ ماه بعد از مطالعه بین سه گروه بارداری نابجا، سقط و بارداری نرمال اختلاف آماری معناداری داشت ( $p < 0.001$ ) (جدول ۳) و شدت اضطراب (متوسط تا شدید) در گروه بارداری نابجا بیشتر از سایر گروه‌ها بود (جدول ۵). خطر نسبی اضطراب در گروه بارداری نابجا بیشتر از گروه سقط بود (جدول ۶). ۳ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، اختلاف آماری معناداری در میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب بین سه گروه مشاهده نشد ( $p = 0.074$ ) (جدول ۳) و شدت اضطراب (متوسط تا شدید) در گروه بارداری نابجا بیش از سایر گروه‌ها بود (جدول ۵).

یک ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، اختلاف آماری معناداری بین میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در سه گروه بارداری سالم، بارداری نابجا و سقط وجود داشت ( $p < 0.001$ ) (جدول ۳) و شدت افسردگی (متوسط تا شدید) در گروه مورد با اختلاف معناداری از گروه کنترل بیشتر بود (جدول ۵). ۱ ماه بعد از مطالعه خطر نسبی افسردگی در گروه سقط نسبت به گروه بارداری نابجا بیشتر بود (جدول ۶). ۳ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، اختلاف آماری معناداری بین میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در سه گروه وجود نداشت ( $p = 0.06$ ) (جدول ۳). شدت افسردگی (متوسط تا شدید) در گروه بارداری نابجا از سایر گروه‌ها بیشتر بود (جدول ۵) و خطر نسبی افسردگی در گروه سقط نسبت به گروه بارداری نابجا بیشتر بود (جدول ۶).

جدول ۵- مقایسه فراوانی استرس، اضطراب افسردگی ۱ و ۳ ماه بعد از تشخیص بارداری سالم، بارداری نابجا و سقط در سه گروه

| نوع آزمون              | بارداری سالم (n=111) |           | سابقه بارداری نابجا (n=97) |           | سابقه سقط (n=104) |           | نوع اختلال / درجه |
|------------------------|----------------------|-----------|----------------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|
|                        | ۱ ماه بعد            | ۳ ماه بعد | ۱ ماه بعد                  | ۳ ماه بعد | ۱ ماه بعد         | ۳ ماه بعد |                   |
| استرس<br>تعداد (درصد)  | نرمال                | ۸۹ (۸۰/۱) | ۸۴ (۷۵/۶)                  | ۳۳ (۳۴/۰) | ۳۷ (۳۸/۱)         | ۶۵ (۶۲/۵) |                   |
|                        | خفیف                 | ۶ (۵/۴)   | ۴ (۳/۶)                    | ۱۲ (۱۲/۳) | ۱۲ (۱۲/۳)         | ۱۴ (۱۳/۴) |                   |
|                        | متوسط                | ۸ (۷/۲)   | ۹ (۸/۱)                    | ۲۳ (۷/۲۳) | ۲۲ (۲۲/۶)         | ۱۲ (۱۱/۵) | کای اسکوئر        |
|                        | شدید                 | ۵ (۴/۵)   | ۶ (۵/۴)                    | ۲۷ (۲۷/۸) | ۲۵ (۲۵/۷)         | ۱۰ (۹/۶)  |                   |
|                        | بسیار شدید           | ۳ (۲/۲)   | ۸ (۷/۲)                    | ۲ (۰/۲)   | ۱ (۲/۰)           | ۳ (۲/۸)   |                   |
| اضطراب<br>تعداد(درصد)  | نرمال                | ۶۲ (۵۵/۸) | ۶۰ (۵۴/۰)                  | ۲۲ (۲۲/۶) | ۲۴ (۲۴/۷)         | ۳۹ (۳۷/۵) |                   |
|                        | خفیف                 | ۱۷ (۱۵/۳) | ۱۷ (۱۵/۳)                  | ۶ (۶/۱)   | ۸ (۸/۲۵)          | ۱۳ (۱۲/۵) |                   |
|                        | متوسط                | ۱۶ (۱۴/۴) | ۱۵ (۱۳/۵)                  | ۱۴ (۱۴/۴) | ۱۶ (۱۶/۴)         | ۳۶ (۳۴/۶) | کای اسکوئر        |
|                        | شدید                 | ۸ (۷/۲)   | ۹ (۸/۱)                    | ۱۹ (۱۹/۵) | ۱۷ (۱۷/۵)         | ۱ (۰/۹)   |                   |
|                        | بسیار شدید           | ۸ (۷/۲)   | ۱۰ (۹/۰)                   | ۳۶ (۳۷/۱) | ۳۲ (۳۲/۹)         | ۹ (۸/۶)   |                   |
| افسردگی<br>تعداد(درصد) | نرمال                | ۸۷ (۷۸/۳) | ۸۷ (۷۸/۳)                  | ۳۷ (۳۸/۱) | ۴۰ (۴۱/۲)         | ۶۳ (۶۰/۵) |                   |
|                        | خفیف                 | ۷ (۶/۳)   | ۱۰ (۹/۰)                   | ۹ (۹/۲)   | ۹ (۹/۲)           | ۱۱ (۱۰/۵) |                   |
|                        | متوسط                | ۱۱ (۹/۹)  | ۱۰ (۹/۰)                   | ۱۵ (۱۵/۴) | ۱۴ (۱۴/۴)         | ۱۹ (۱۸/۲) | کای اسکوئر        |
|                        | شدید                 | ۳ (۲/۷)   | ۲ (۱/۸)                    | ۱۶ (۱۶/۴) | ۱۵ (۱۵/۴)         | ۶ (۵/۷)   |                   |
|                        | بسیار شدید           | ۳ (۲/۷)   | ۲ (۱/۸)                    | ۲۰ (۲۰/۶) | ۱۹ (۱۹/۵)         | ۵ (۴/۸)   |                   |



جدول ۶- مقایسه خطر نسبی استرس اضطراب و افسردگی در دو گروه سقط و بارداری خارج رحمی

| گروه              | سقط       |                  | حاملگی نابجا |                  |
|-------------------|-----------|------------------|--------------|------------------|
|                   | خطر نسبی* | ضریب اطمینان ۹۵٪ | خطر نسبی*    | ضریب اطمینان ۹۵٪ |
| استرس ۱ ماه بعد   | ۲/۱۳      | (۱/۳۸-۳/۳۰)      | ۳/۳۲         | (۲/۳۳-۴/۹۶)      |
| استرس ۳ ماه بعد   | ۱/۸۹      | (۱/۲۰-۲/۹۶)      | ۳/۱۲         | (۲/۰۸-۴/۶۸)      |
| اضطراب ۱ ماه بعد  | ۱/۴۱      | (۱/۰۹-۱/۸۳)      | ۱/۷۵         | (۱/۳۸-۲/۲۱)      |
| اضطراب ۳ ماه بعد  | ۱/۲۸      | (۰/۹۸-۱/۶۸)      | ۱/۷۰         | (۱/۳۴-۲/۱۶)      |
| افسردگی ۱ ماه بعد | ۲/۸۶      | (۱/۹۴-۴/۲۱)      | ۱/۸۶         | (۱/۲۲-۲/۸۵)      |
| افسردگی ۳ ماه بعد | ۲/۷۱      | (۱/۸۳-۴/۰۲)      | ۱/۸۲         | (۱/۱۹-۲/۷۹)      |

\* رگرسیون لجستیک

## بحث

در این مطالعه توصیفی مقطعی که با هدف مقایسه خطر استرس، اضطراب و افسردگی در زنان بعد از سقط، حاملگی خارج رحمی و بارداری نرمال انجام شد، ۹۹ نفر از کل ۳۱۲ شرکت کننده، ۱ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری (نرمال، سقط و یا بارداری خارج رحمی) دچار درجات متوسط تا شدید استرس شدند که ۱۶٪ در گروه بارداری نابجا، ۹/۹٪ در گروه سقط و ۵٪ در گروه بارداری نرمال بودند. ۱۵۴ نفر از کل شرکت کنندگان معیارهای اضطراب متوسط تا بسیار شدید را داشتند که از این میان ۱۰٪/۲ مربوط به گروه بارداری نرمال، ۲۲/۱٪ مربوط به گروه بارداری نابجا و ۱۶/۹٪ مربوط به گروه سقط بودند. شدت استرس و اضطراب در گروه بارداری نرمال افزایش پیدا کرده بود که این مطلب می تواند مؤید افزایش استرس و اضطراب با افزایش سن بارداری باشد. با این حال شدت استرس و اضطراب ۳ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری، در گروه بارداری نابجا و سقط، نسبت به ماه اول کاهش یافته بود که این نتایج با مطالعه فارن و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر کاهش شدت استرس و اضطراب ۳ ماه بعد از تشخیص نوع بارداری نسبت به ماه اول، همسو بود (۸). در مطالعه حاضر، زنان با بارداری نابجا دیسترس روانی را به صورت استرس، اضطراب و افسردگی، با شدت بیشتری نسبت به زنان با ازدست دادن زودرس بارداری به صورت سقط تجربه کردند. این مطلب می تواند مؤید بار روانی بیشتر بارداری نابجا نسبت به سقط باشد که بیشتر بودن میزان درمان جراحی و عوارض بارداری نابجا نسبت به سقط مؤید این مطلب است.

همچنین در پژوهش حاضر میزان خطر نسبی افسردگی در زنان با سقط نسبت به زنان با بارداری نابجا بیشتر بود که این گزارش با نتیجه مطالعه فارن و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر بیشتر بودن میزان افسردگی در زنان با سقط، نسبت به زنان با بارداری نابجا همسو بود (۸) و می تواند به این دلیل باشد که میزان امید به ادامه بارداری در موارد تهدید به سقط نسبت به بارداری نابجا بیشتر است و در صورت ادامه نیافتن، ناامیدی و ابر روانی حاصل از آن نیز به تبع بیشتر خواهد بود. در مطالعه حاضر میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی به صورت آینده نگر در ۳ گروه (از دست رفتن زودرس بارداری در دو گروه سقط و بارداری نابجا) و بارداری نرمال بررسی شد. بین سن زنان و همسران آنها در سه گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد و از این جهت که سن یکی از مداخله گرهای مهم در افزایش پیامدها و عوارض بارداری از جمله از دست رفتن زودرس بارداری می باشد، سه گروه همگن بودند. درآمد خانواده در سه گروه به صورت کیفی سنجیده شد و سطح درآمد پایین در گروه بارداری نابجا و پس از آن در گروه سقط بیشتر بود. سطح اقتصادی- اجتماعی تأثیر مستقیم بر پیدایش عوارض بارداری دارد و نتایج مطالعه مؤید این مطلب بود. ۲۰ نفر از شرکت کنندگان در گروه بارداری نابجا، ۱۶ نفر از شرکت کنندگان در گروه بارداری نرمال و ۱۰ نفر از شرکت کنندگان گروه سقط در منزل والدین زندگی می کردند. اختلاف معناداری که بین وضعیت سکونت در این سه گروه وجود داشت، می تواند توجیه کننده این مسأله باشد که به علت افزایش تعارضها با والدین، پیامدهای سوء

بارداری بیشتر می‌شود. در مطالعه حاضر در گروه بارداری نابجا، بعد از انتخاب واحدهای پژوهش ۱۲ نفر ریزش داشتند که نسبت به ریزش ۳ نفر از شرکت کنندگان در گروه بارداری نرمال و سه نفر در گروه سقط، بیشتر بود و احتمالاً به این علت است که این افراد به دلیل از دست دادن بارداری و در معرض قرار گرفتن درمان ختم بارداری، استرس زیادی را متحمل شده و مایل به پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه نبودند؛ چراکه باعث مواجهه مجدد آنها با استرس‌های پیشین می‌شد. در مطالعه فارن و همکاران (۲۰۱۶) میزان ریزش بیش از همه در گروه بارداری خارج رحمی وجود داشت (۸) که از این جهت با مطالعه حاضر مشابهت داشت.

در پژوهش حاضر سابقه سقط در گروه از دست دادن زود هنگام بارداری (۴/۵٪) کمتر از گروه بارداری نرمال (۱۳/۶٪) بود که این یافته با مطالعه فارن و همکاران (۲۰۱۶) که شیوع سابقه سقط در گروه بارداری نرمال ۴۵٪ بود (۸) همسو و می‌تواند مطرح کننده مراقبت و مشاوره پره‌ناتال مناسب در افرادی باشد که سابقه بارداری خارج رحمی یا سقط داشته‌اند. همچنین می‌تواند ناشی از این باشد که افراد با سابقه بیشتر سقط، به میزان بیشتری پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده‌اند.

از نقاط ضعف این پژوهش می‌توان به تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌های افسردگی، استرس و اضطراب اشاره کرد که می‌توان در پژوهش‌های بعدی از فرم‌های تعدیل شده و کوتاه شده این پرسشنامه‌ها مانند پرسشنامه افسردگی بک استفاده کرد. همچنین ریزش بالایی در تعداد شرکت کنندگان گروه بارداری نابجا نسبت به گروه سقط و بارداری سالم وجود داشت. این امکان که آیا ریزش بیشتر در این گروه و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به علت وجود دیسترس روانی بعد از خاتمه بارداری و وجود معیارهای افسردگی بوده است یا دلیل دیگری داشته است، در این مطالعه فراهم نبود که جزء نقاط ضعف

محسوب می‌شود. انجام مصاحبه حضوری در تکمیل پرسشنامه‌هایی که به صورت پوسلاین تهیه شده بودند، جزء نقاط قوت این مطالعه می‌باشد که بر افزایش اعتبار پاسخ‌های شرکت کنندگان افزوده است. در مقایسه با سایر مطالعات که در ارتباط با مقایسه دیسترس روانی بعد از سقط و بارداری خارج رحمی انجام شده است (۸، ۱۰، ۱۷)، این مطالعه در ارتباط با تعداد بیشتری از شرکت کنندگان صورت گرفت که این ویژگی قابلیت تعمیم‌پذیری آن را بیشتر کرده است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به بالا بودن شدت اختلالات روانی بعد از، از دست دادن زودرس بارداری نسبت به بارداری نرمال، نتایج این مطالعه می‌تواند مهر تأییدی بر اهمیت لزوم غربالگری زنان در معرض خطر دیسترس روانی بعد از سقط و بارداری نابجا باشد. همچنین نیاز به ارائه راهکارهایی برای شناسایی و غربالگری زنان در معرض خطر دیسترس روانی به منظور جلوگیری از وقوع بحران-های روانی بعدی وجود دارد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب در کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با کد اخلاق ۹۹۰۰۰۱۶۲ می‌باشد. بدین وسیله از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و همچنین زنان شرکت کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود نداشت.

1. Abboud L, Liamputtong P. When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of reproductive and infant psychology* 2005; 23(1):3-18.
2. Association of Early Pregnancy Units Guidelines. Association of Early Pregnancy Units. Retrieved January 2010.
3. Bansen SS, Stevens HA. Women's experiences of miscarriage in early pregnancy. *Journal of nurse-midwifery* 1992; 37(2):84-90.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dash JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
5. Pourreza A, Batebi A. Psychological consequences of abortion among the post abortion care seeking women in Tehran. *Iranian journal of psychiatry* 2011; 6(1):31.
6. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General hospital psychiatry* 2001; 23(2):62-6.
7. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006; 3(2):77-101.
8. Farren J, Jalmbant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ open* 2016; 6(11):e011864.
9. Lok IH, Yip AS, Lee DT, Sahota D, Chung TK. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and sterility* 2010; 93(6):1966-75.
10. Cumming GP, Klein S, Bolsover D, Lee AJ, Alexander DA, Maclean M, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114(9):1138-45.
11. Plettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology* 1993; 66(4):363-72.
12. DeFrain J, Millsbaugh E, Xie X. The psychosocial effects of miscarriage: Implications for health professionals. *Families, Systems, & Health* 1996; 14(3):331.
13. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*; 2022.
14. Abadi TS, Nia MN, Mazlom SR. Effect of self-determination theory-based discharge program on lifestyle and readmission of patients with heart failure: A clinical trial. *Evidence Based Care Journal* 2020; 10(1):25-35.
15. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal* 2009; 67(5):379-85.
16. Dale-Hewitt V, Slade P, Wright I, Cree M, Tully C. Patterns of attention and experiences of post-traumatic stress symptoms following childbirth: an experimental study. *Archives of women's mental health* 2012; 15:289-96.
17. Hamama L, Rauch SA, Sperlich M, Defever E, Seng JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depression and anxiety* 2010; 27(8):699-707.
18. Farhi J, Ben-Rafael Z, Dicker D. Suicide after ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine* 1994; 330(10):714.
19. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 178(6):556-60.
20. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American journal of obstetrics and gynecology* 1993; 169(4):858-65.
21. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American journal of obstetrics and gynecology* 1996; 175(5):1286-92.
22. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, Pryds O, Jensen F, Nim J, et al. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine & Child Neurology* 1994; 36(9):826-32.
23. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180(6):502-8.
24. Whitehead R. Psychological distress in women following early pregnancy loss (Doctoral dissertation, University of Hull); 2010.
25. Schaper AM, Hellwig MS, Murphy P, Gensch BK. Ectopic pregnancy loss during fertility management. *Western Journal of Nursing Research* 1996; 18(5):503-17.
26. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior* 1983; 385-96.
27. Flannery-Schroeder EC. Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine* 2006; 31(6):136-42.

28. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2015; 22(1):189-98.
29. Safaei M, Shokri O. Assessing stress in cancer patients: Factorial validity of the perceived stress scale in Iran; 2014:13-22.
30. Mahram B. Validation of Eshpil berger anxiety test in Mashhad. Tehran: University of Education; 1994.
31. Amiri P, Bahaadinbeigy K, Asadi F, Rahmati S, Mazhari S. Validation of the Persian version of the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) among antenatal and postnatal women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022; 22(1):1-0.
32. Fadardi J, Barerfan Z. The effect of drugs-attention control training program on drug-related attentional bias and improving other indices of recovery. *Foundations of Education* 2011; 11(2).
33. Nazemian F, Ghafari F, Poorghaznein T. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. *Medical journal of mashhad university of medical sciences* 2008; 51(3):171-6.