

محتوای آموزش توانمندسازی مادران با سابقه حاملگی از دست رفته





به نام خدا

مقدمه

توانمندسازی یک راهبرد عملکردی برای ارتقا سلامت است. برای اینکه افراد قدرت بیشتری بر اداره زندگی خود داشته باشند، نیاز به دسترسی بیشتر به اطلاعات، روابط حمایتی و منابع تصمیم گیری دارند. فرایند توانمندسازی شامل ارتقا شخصیت و افزایش اعتماد به نفس در افراد است که از طریق افزایش دانش - تجربه و حمایت از آنها در تصمیم گیری ها صورت می گیرد ((Heydari et al., 2007)). توانمندسازی افراد به معنی تشویق آنان برای مشارکت بیشتر در تصمیم گیری هایی است که بر فعالیتهای آنها موثر است (Cattaneo and Chapman, 2010). توانمندسازی منجر به اقتدار فرد در تغییر موقعیت ها، منابع و فرصت ها شده و این مسئله از طریق تعامل با دیگران تسهیل می گردد (Stang and Mittelmark, 2010).

بر طبق نظریه رفتار برنامه ریزی شده، قصد رفتاری مهمترین عامل تعیین کننده بروز رفتار است، لذا ابتدا فرد تصمیم به انجام کاری می گیرد و سپس رفتار شکل میگیرد. طبق این تئوری نگرش نسبت به انجام رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده اجزای موثر در قصد رفتاری و سپس رفتار است. نگرش فرد به رفتار، شامل باورهای رفتاری و ارزیابی او از پیامد رفتاری است. چنانچه فرد انجام رفتاری را مفید بداند، آن را انجام می دهد و اگر آن را مضر بداند، انجام نمی دهد. در واقع نگرش، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از انجام رفتاری خاص می باشد که پیشاپیش شخص را آماده می کند تا به پیرامونش به شیوه های متفاوتی بنگرد (Ajzen, 1991).



برنامه توانمندسازی باید ویژگیهای زیر را داشته باشد:

۱- افزایش قدرت تصمیم گیری با دسترسی به منابع و اطلاعات به روز در مورد مشکل تا مجموعه ای از گزینه ها برای انتخاب مطرح شود.

۲- ارتقا اعتماد به نفس و ایجاد بارقه امید برای رفع مشکل

۳- عدم احساس تنهایی و داشتن احساس تعلق به گروه در بیان احساسات و عواطف

۴- ایجاد تغییر موثر در فرایند زندگی فردی و اجتماعی با یادگیری مهارتهای مهم فردی و اجتماعی

۵-افزایش مثبت در پنداشت از خود و ویژگی هایی که باعث غلبه بر مشکل می شود (Hourzad et al., 2018).

مراحل اجرای الگوی توانمندسازی

برای اجرای گام به گام و کاربردی کردن الگوی توانمندسازی، چهار مرحله اجرایی طراحی شده است که این مراحل پیوستگی و انسجام خود را دارد و به شرح زیر می باشد:

۱-درک تهدید

۲- مشکل گشایی

۳- مشارکت آموزشی

۴- ارزشیابی

این عناصر چهارگانه یا ابعاد الگوی توانمندسازی در کنار هم قادرند فرد را با درک بهتر از مسئله، مشارکت در اجرا و همکاری مناسب در حل مشکل توانمند کنند (Allahyari et al., 2006).

بنابراین عامل توانمند کننده از طریق:

دادن آگاهی و ارتقا دانش فرد، درک او را از شرایط افزایش داده و با طراحی و اجرای بحث گروهی عامل توانمند شونده را در گروه قرار میدهد، تا مشارکت به روش بحث گروهی سبب افزایش توانایی حل مشکل شود و با درگیر کردن و مشارکت بیشتر فرد توانمند شونده در مرحله مشکل گشایی از یک طرف امکان اجرای راه کارهایی که خود او در ارائه آنها سهمیم است افزایش می یابد و از طرف دیگر به یادگیری و شناخت بیشتر وی که در توانمندسازی او موثر است، نسبت به مشکل، چالش و راه حل های آن کمک می شود.

سومین مرحله از توانمندسازی مشارکت آموزشی است. از آنجا که توانمندسازی می تواند متاثر از نگرش سیستمی و تئوری خانواده باشد لذا افزایش مشارکت و بیان احساسات آنها ضروری است. اجرای هر برنامه ای بدون درگیر بودن و مشارکت خانواده علاوه بر خود فرد، اثر بخشی کافی نخواهد داشت و هرچه این مشارکت آگاهانه و مسئولانه باشد می توان به نتایج حاصله بیشتر امیدوار بود (Heydari et al., 2007).

همچنین بحث نگرش یکی از مهمترین عوامل در فرزندآوری است. مطابق نظریه رفتار ریزی شده یک رفتار حاصل عمل طرح ریزی شده است و عمل طرح ریزی شده نیز به وسیله نگرش فرد نسبت به رفتار تعیین میشود (Lucas, 2007). منطبق با این تفکر، رفتار باروری فرد توسط سه عامل تحت تأثیر قرار میگیرد که

عبارتند از: نگرش فرد در خصوص داشتن فرزند بر اساس ارزیابی او از هزینه ها و منافع ادراک شده از والد بودن، هنجار ذهنی در خصوص اشتیاق و تمایل به داشتن فرزند در میان دوستان و اعضای خانواده، و احساس فرد از توانایی خود در خصوص رفتار باروری. اولین عامل مهم در شکل گیری قصد باروری نگرش فرد است. نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری پیش شرط داشتن قصد مثبت برای فرزندآوری است. نگرش فرد عموماً نتیجه ارزیابی او از هزینه های عاطفی و مالی داشتن فرزند در قبال منافع مختلفی است که با داشتن فرزند به دست خواهد آورد (Ajzen and Klobas, 2013).

برنامه توانمندسازی به منظور افزایش آگاهی و دانش زنان و خانواده ها ایشان در رابطه با حاملگی نافرجم، شیوع و علل آن، عوارض آن، پیش آگهی حاملگی بعدی، مواجهه با خطر حاملگی نافرجم، چگونگی پیشگیری احتمالی از وقوع مجدد آن (حمایت اطلاعاتی)، نگرش صحیح به باروری، و کمک به تصمیم گیری آگاهانه می باشد که با آگاه سازی باعث افزایش درک واقعه، ارتقای انگیزه جهت انجام اقدامات لازم و پیشگیرانه و تغییر نگرش در جهت مثبت می شود.

در برنامه حاضر با رویکرد آموزشی نسبت به تغییر نگرش شرکت کنندگان اقدام خواهد شد و به آنها کمک خواهد شد که با تردید و دودلی کمتر بهترین تصمیم را اتخاذ نمایند.

این برنامه شامل دو بخش می باشد:

۱-دستنامه مربی

۲-پمفلت های آموزشی

محتویات برنامه آموزشی توانمندسازی بر مبنای "چهارگام الحانی" بر چهارحوزه متمرکز می باشد که عبارت است از:

- تعریف حاملگی نافرجم، کمک به تخلیه هیجانی مادران و بیان باورهای ناکارآمد و تضعیف کننده
- مرگ جنین و علل و عوامل آن، راههای اصلاح خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد، تغییر نگرش
- آموزش راهکارهای کنترل شرایط جسمانی و روانی در منزل، فرآیند باروری، تعارض تصمیم گیری

- تعیین هدف، توجه به ارزشهای فردی و آموزش مهارت تصمیم گیری، اقدام به بارداری مجدد و دل بستگی به جنین

هر جلسه درمانی در مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی با حضور ۶ الی ۱۲ نفر از مادران با مشکل مشابه در بیمارستان اکبرآبادی توسط مامای آموزش دیده بر اساس محتوی در ۵ مرحله اجرا می گردد. به صورت :

آماده سازی گروهی

ارائه محتوی آموزشی

طرح سوالات شرکت کنندگان

پاسخگویی به سوالات

ارائه پمفلت های آموزشی



جلسه اول

موضوع: تعریف حاملگی نافرجام، کمک به تخلیه هیجانی مادران و بیان باورهای ناکارآمد و تضعیف کننده

گروه هدف : مادرانی که فرزندان خود را قبل از تولد از دست داده اند.

پس از معرفی خود برای شرکت کنندگان بخوانید:

هدف از این جلسه کمک به شما برای کنار آمدن با درد و رنج از دست دادن فرزند خود و بحث در خصوص سوالات و نگرانی های شما و اشتراک تجربه جهت تخلیه هیجانی و بیان باورهای ناکارآمد و تضعیف کننده می باشد.

حاملگی نافرجام به ختم نا خواسته بارداری یا از بین رفتن محصول حاملگی، از زمان شروع تا زمان تولد اطلاق می شود (Bhat and Byatt, 2016). حاملگی نافرجام به عنوان یک تجربه متاثر کننده و در عین حال شایع می تواند تنش روحی - روانی فراوانی به خانواده و به ویژه مادر، وارد کند (Simwaka et al., 2014). ۷ میلیون مرگ نوزاد و مرده زایی (Flenady et al., 2014) و ۴۳/۸ میلیون سقط هر سال در سراسر دنیا اتفاق می افتد (W.H.O, 2013). در سال ۲۰۱۵، ۲/۷ میلیون مرده زایی در سراسر دنیا گزارش شد (Ellis et al., 2016) در ایران میزان مرده زایی ۱۳ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد گزارش شده است (Group, 2014). میزان مرده زایی در شهرهای مختلف ایران در محدوده ۲۷-۱۱/۷ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد متفاوت

می باشد (Jahani et al., 2015). سالانه بالغ بر ۲۱۰ میلیون حاملگی و ۲۲ درصد سقط رخ می دهد که ۹۹ درصد سقط خودبخودی است (NIKPOUR et al., 2013). آمار دقیقی از میزان سقط در کشور در دسترس نیست اما از ۷۰/۴۵ تا ۱۱۶/۹ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد تخمین زده شده است (Rastegari et al., 2014). وقوع حاملگی نافرجام بویژه برای کسانی که نسبت به این رخداد آگاهی کافی ندارند شوک آور است (Bardos et al., 2015).

این جلسه با هدایت پژوهشگر تحت نظارت استاد راهنما و مشاور روانشناس در اتاق زایمان فیزیولوژیک با چیدمان دایره ای صندلی ها به شیوه بحث گروهی و پرسش و پاسخ اجرا خواهد شد. از هر یک از شرکت کنندگان ضمن معرفی خود، خواسته می شود درخصوص بارداری اخیر خود و وقایع پس از آن و درخصوص احساس کنونی خود صحبت نماید. ممکن است مادر بوسیله صحبت کردن در مورد فقدان خود، شروع به درک احساسش کند. اگر چه ممکن است به نظر خیلی ساده آید، ولی باز کردن سر صحبت مادر را با چالش های خاصی روبرو می کند. برای مثال ممکن است وی در صحبت راجع به چنین احساسات ژرفی، بی تجربه بوده و احساس ناراحتی کند. بعلاوه، ممکن است هنگامی که خود را آماده احساس می کند، با مشکل پیدا کردن گوشی شنوا و راغب، مواجه شود چرا که کارکنان بیمارستان بسیار مشغول بنظر می رسند و حتی ممکن است تجربه ی کافی نداشته باشند تا بار او را از دوشش بردارند. اعضای خانواده که باید به مادر گوش کنند نیز مشکلات خودشان را دارند که باعث می شود آنها کمتر حاضر به قبول خواسته های مادر باشند. در بین صحبت های مادران درمانگر از تکنیک های همدلی به منظور برقراری ارتباط موثر استفاده می نماید (ایزدی، ۱۳۹۴).

در حین صحبت های شرکت کنندگان همواره موارد زیر توسط درمانگر رعایت می شود:

- همدلی: * گوش کردن فعال: ارتباط چشمی فعال ، پرسیدن سوالات کوتاه پاسخ
- * انعکاس احساسات: شرایط سختی رو داشتید... ، چقدر خوب که ...
- * انعکاس محتوی: اینطور که متوجه شدم خیلی تحت فشار بودید... ، پس این مسئله براتون خیلی اهمیت داشته... ، منظورتون اینه که ...
- * تمرکز بر کلمات احساسی: درمانگر همواره با حس همدلی و درک احساسات شرکت کنندگان با آنها رابطه خود را حفظ میکند و حس خود را در مورد صحبت ها و تجارب آنها بیان میکند.
- * مشاهده زبان بدن: استفاده از حرکات دست و تغییرات چهره
- * توجه به محتوی کلی پیام (محمدخانی، ۱۳۸۵).

مادران به لحاظ عاطفی شکننده می باشند ممکن است در طول صحبتها دچار گریه یا خشم شوند . به مادر اجازه میدهیم گریه کند ، دستمال کاغذی و آب خنک می تواند شرایط را کنترل کند.

در خلال صحبت های مادران نکاتی که خطاهای شناختی و باورهای حاصل از عدم اطلاعات کافی در این خصوص می باشد را یادداشت می کنیم.
برای شرکت کنندگان بخوانید:

در صورت وقوع فقدان، هر یک از ما ممکن است احساس کنیم که کنترل ما بر روی زندگی مان دچار لغزش شده است. این احساس از دست دادن کنترل هنگامی بدتر می شود که فقدان در فرآیندهای فیزیولوژیکی مانند زایمان – که بسیاری از مردم آن را با موفقیت و بدون مشکل پشت سر می گذارند – روی دهد.
از طرف دیگر فشار و تنگنا می تواند نیرویی برانگیزاننده باشد به طوری که وقتی احساس اضطراب و فوریت می کنیم یا وقتی خواسته هایی داریم و برای آن تلاش می کنیم این فشار را حس می کنیم. شرایط فشار و تنگنا اگر خوب کنترل و هدایت شوند باعث بروز بهترینها در افراد می شود. یکی از عمده اشکالاتی که در سبک دیدگاه افراد میتواند باعث تحمل فشارهای روانی در افراد شود خطاهای شناختی است که شایع ترین آنها را با یکدیگر مرور میکنیم:



۱-ذهن خوانی: الان همه فکر میکنند من یک بازنده ام.

۲-پیش گویی: دیگه نمی تونیم به روزهای خوب فکر کنیم.

۳-فاجعه سازی: این بدترین اتفاق زندگیم خواهد بود.

۴-برچسب زدن: من مادربی لیاقتی بودم یا من لیاقت مادر شدن را نداشتم.

۵-دست کم گرفتن جنبه های مثبت خود: از پس این یه کار هم بر نیومدم (درحالیکه در خیلی امور موفقیت های خوبی را کسب کرده).

۶-فیلتر منفی: نگاه دیگران از این به بعد نسبت به من خراب میشه.

۷-تعمیم افراطی: من تو هیچ کاری نمیتونم موفق بشم ، من آدم بد شانسی ام.

۸-تفکر دوقطبی: دیگه کسی من رو نمیپذیره ، همه منو کنار می گذارند ، فقط وقت تلف کردم.

۹- بایدها: ایندفعه باید موفق بشم ، ایندفعه باید خیلی خوب و بدون نقص عمل کنم.

۱۰- شخصی سازی: همش تقصیر من بود که این اتفاق افتاد (فتوحی، ۱۳۸۶).

از شرکت کنندگان پرسید:

شما درگیر کدامیک از خطاهای شناختی گفته شده هستید؟ در مورد آن توضیح دهید (تکلیف برای جلسه بعد).



جلسه دوم

موضوع: مرگ جنین و علل و عوامل آن، راههای اصلاح خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد،

تغییر نگرش

پس از برقراری ارتباط اولیه و پرسش و پاسخ در خصوص انجام تکلیف آموزشی جلسه قبل و بررسی شرایط جسمانی و روانی شرکت کنندگان ، برای اعضا بخوانید:

هدف از این جلسه ، افزایش دانش شما و همسرانتان در رابطه با بارداری نافرجام، انواع آن، شیوع و علل آن، پذیرش واقعیت و متعاقب آگاهی، توانمند شدن جهت کسب نگرش صحیح به باروری می باشد.

مرگ ومیر جنینی

مرگ جنین به معنی دفع یا خارج شدن کامل محصول حاملگی در هر سن حاملگی است، که در اکثر موارد قبل از هفته ۲۰ حاملگی رخ می دهد .

مرگ با توجه به این واقعیت مشخص می شود که پس از این گونه دفع یا خارج شدن، جنین قادر به تنفس نیست و یا هیچ گونه نشانه دیگری از زندگی مانند ضربان قلب، نبض بند ناف یا حرکات مشخص عضلات ارادی را نشان نمی دهد. البته ضربان قلب باید از انقباضات قلبی گذرا و تنفس از تلاشهای تنفسی زودگذر یا نفس نفس افتراق داده شود.

مرگ و میر جنینی عمدتاً به سه دوره تقسیم می شود: زودرس یعنی زودتر از ۲۰ هفته کامل، حدواسط یعنی هفته های ۲۰-۲۷ حاملگی، و دیررس یعنی هفته ۲۸ حاملگی و بعد از آن. میزان مرگهای جنینی در هفته ۲۰ حاملگی و بعد از آن، با سن حاملگی در ارتباط است و پس از رسیدن به کمترین مقدار تقریباً بین هفته های ۲۷ و ۳۳ حاملگی به حد ثابت می رسد. پس از این مقطع زمانی، این میزان به طور پیشرونده افزایش می یابد

سقط و علل آن

زایمان پیش از موعد قبل از امکان پذیر شدن تولد نوزاد زنده را سقط می گویند. سازمان جهانی بهداشت سقط را به صورت خاتمه یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی و یا به دنیا آمدن جنینی با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف کرده اند.

سقط یک حادثه بسیار شایع است و معمولاً فقط یک بار اتفاق می افتد و بیشتر خانمها بعد از یکبار سقط بارداری موفق را خواهند داشت و فقط تعداد کمی، حدود ۱٪ دو یا تعداد بیشتری سقط جنین را تجربه می کنند. داشتن بیش از یک مورد سقط ممکن است منجر به ایجاد اضطراب از عدم وقوع حاملگی گردد. اما حتی پس از دو مورد سقط غیر محتمل است که مشکل زمینه ای در میان باشد و همیشه شانس برای باردار شدن در آینده وجود دارد.

بعد از دو سقط متوالی توصیه به انجام برخی آزمایشات برای تشخیص برخی علل خاص و درمان احتمالی آن قبل از اقدام به بارداری دوباره می گردد. بیش از ۸۰٪ سقط های خودبخود در ۱۲ هفته اول حاملگی رخ می دهند. شیوع سقط در پایان سه ماهه اول بسیار کمتر می شود و پس از آن به طور متوالی میزان بروز آن رو به کاهش می گذارد. به طور کلی میزان بروز سقط خودبخود در سه ماهه دوم ۳-۱/۵ درصد و پس از هفته ۱۶ فقط ۱ درصد برآورد شده است .

در سقط سه ماهه اول، مرگ رویان یا جنین تقریباً در تمام موارد مقدم بر دفع خودبخود اتفاق می افتد. پس نکته اصلی در تعیین علت سقط زودهنگام، مشخص کردن علت مرگ جنین است. بازه زمانی برای تعریف سقط سه ماهه دوم از انتهای سه ماهه اول تا رسیدن وزن جنین به ۵۰۰ گرم یا رسیدن سن حاملگی به هفته ۲۰ را شامل می شود، اما سن بارداری ۲۲-۲۳ هفته دقیقتر است. در سقط های اواخر حاملگی جنین معمولاً قبل از دفع شدن جان خود را از دست نمیدهد.

۳۱٪ حاملگی ها بعد از لانه گزینی از دست می روند. دوسوم این سقط ها ی زود هنگام از نظر بالینی خاموش هستند. اگر سن هر یک از والدین بیش از ۴۰ سال باشد میزان سقط بالینی تقریبا ۲ برابر می شود .

عوامل جنینی

حدود نیمی از سقط ها از نوع بدون رویان هستند، که از واژه تخمک تحلیل رفته یا تخم پوچ نیز استفاده می شود. ۵۰٪ دیگر، از نوع سقط های دارای رویان هستند که معمولا در آنها اختلال تکاملی تخم، رویان، جنین و گاهی جفت دیده می شود .

در میان سقط های دارای رویان تقریبا در نیمی از موارد (۲۵٪ کل سقط ها) اختلالات کروموزومی وجود دارد (مثل داون_ ترن_ مول) و بقیه ترکیب کروموزومی طبیعی دارند، اما اختلالات کروموزومی تقریبا در یک سوم مرگ های سه ماهه دوم و فقط در ۵٪ موارد مرده زایی در سه ماهه سوم یافت می شوند. ۷۵٪ سقط های با اختلال کروموزومی تا هفته ۸ حاملگی رخ میدهند که ۹۵٪ آنها در اثر خطاهای تخمک سازی مادری و ۵٪ آنها در اثر خطاهای اسپرم سازی پدری ایجاد می شود .

با افزایش سن حاملگی (سن جنین) میزان سقط و میزان اختلالات کروموزومی کاهش می یابند. سابقه سقط قبلی خطر پایه اختلالات کروموزومی در جنین بعدی را از ۱/۴ به ۱/۷ درصد افزایش می دهد. جنین هایی که از نظر کروموزومی طبیعی هستند دیرتر سقط می شوند چنانکه میزان سقط این جنین ها در هفته ۱۳ به حداکثر می رسد. میزان بروز این سقط ها پس از اینکه سن مادر از ۳۵ سالگی تجاوز کرد افزایش چشمگیری می یابد.

از شرکت کنندگان بپرسید : به نظر شما چه مشکلاتی در مادر میتواند باعث سقط جنین شود؟

پس از شنیدن نظرات شرکت کنندگان ، با توجه به محتوی آموزشی نظرات اشتباه توسط درمانگر اصلاح و نظرات درست در چهارچوب علمی ارائه شود.

عوامل مادری

عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس احتمالا در ۴٪ محصولات سقط یافت می شود. همچنین عفونت چند میکروبی ناشی از بیماری های لته و دندان سبب افزایش ۲-۴ برابر خطر سقط می شود. ارتباط بین سقط سه ماهه دوم (اما نه سقط سه ماهه اول) با واژینوز باکتریایی گزارش شده است .

علاوه بر دیابت شیرین و بیماری تیروئید (کم کاری تیروئید) که با سقط زودهنگام ارتباط دارند (کنترل بهینه قند خون قسمت اعظم این خطر را کنترل می کند)، بیماری سلیاک نیز سبب سقط راجعه و ناباروری در مردان و زنان می شود .

سقط زودرس به ندرت از بیماریهای تحلیل برنده مزمن مانند سل و کارسینوماتوز ناشی می شود. بیماری سیانوتیک اصلاح نشده قلب احتمالا یکی از عوامل خطر سقط است. بی اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی، با کاهش باروری، زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین (اما نه با سقط) گزارش شده است.

بیماری التهابی روده و لوپوس اریتماتوی سیستمیک و برخی از بیماری های با واسطه ایمنی ممکن است خطر سقط را افزایش دهد. حاملگی در حضور وسایل داخل رحمی با افزایش خطر سقط بویژه سقط عفونی همراه است .

دوزهای درمان پرتوتابی بی شک سقط را هستند (بیش از ۵ راد). در زنانی که قبلا تحت پرتودرمانی قرار گرفته اند، خطر سقط، وزن کم هنگام تولد و محدودیت رشد جنین، زایمان پره ترم و مرگ و میر پری ناتال ۲ برابر افزایش می یابد .

کمبود شدید ید با افزایش میزان سقط همراه است. تروماهای بزرگ بویژه تروماهای شکمی شدید ممکن است سبب مرگ جنین شود و احتمال این مسئله با پیشرفت حاملگی افزایش می یابد.

دو سر طیف تغذیه یعنی کمبود غذایی شدید و چاقی مرضی با افزایش سقط همراه است. در زنانی که هر روز میوه و سبزی تازه مصرف می کنند ممکن است از میزان این خطر کاسته شود .

در موارد مصرف همیشگی یا مصرف مقادیر زیاد الکل، استعمال دخانیات و مصرف مقادیر زیاد کافئین (۵ فنجان قهوه) خطر سقط افزایش می یابد. بعضی از عوامل شغلی و محیطی مثل قرار گرفتن در معرض DDT ، داروهای ضد سرطان، مواد استریل کننده، اکسید نیترو افزایش اندکی در میزان سقط ایجاد می کنند. انواع ناهنجاری های ارثی و اکتسابی رحم سبب سقط راجعه زودرس و دیررس می شوند (چسبندگیهای رحمی - برخی از لیومیومهای رحم - رحم تک شاخ، دوشاخ و دیواره دار)

عوامل پدیری

اختلالات کروموزومی اسپرم و افزایش سن پدر سبب افزایش خطر سقط می شود.

در صورت وقوع خونریزی در سه ماهه اول، میزان بروز سقط در سه ماهه دوم ۲ برابر می شود. سقط های سه ماهه دوم برخلاف سقط های زود هنگام که به طور شایع در اثر اختلال کروموزومی رخ می دهند از علل متعددی ناشی می شوند:

- ناهنجاری های جنینی: کروموزومی و ساختمانی
- نقایص رحمی: مادرزادی، لیومیومها و نارسایی دهانه رحم
- علل مربوط به جفت: جفت سرراهی، جدا شدن زودرس، عفونت و التهاب پرده های جنینی، تغییر شکل ناقص شریانهای مارپیچی جفت
- اختلالات مادری: خودایمنی، عفونتها و متابولیک

در زنان بالای ۳۵ سال اختلالات کروموزومی عامل ۸۰٪ موارد عود هستند.

مرده زایی

بررسیهای استاندارد که شامل اتوپسی، بررسی هیستولوژیک جفت و بررسی خون/ بافتهای مادری یا جنینی (از جمله تعیین کاربوتایپ) هستند، علل مرده زایی را به هشت گروه تقسیم میکنند:

۱- عوارض زایمانی (مامایی): مثل جدا شدن زودرس جفت، حاملگی چندقلویی، پارگی زودتر از موعد پرده

های جنینی در هفته ۲۴-۲۰ (۲۹٪)

۲- اختلالات جفتی: نارسایی رحمی-جفتی، اختلالات عروقی مادر (۲۴٪)

۳- ناهنجاریهای جنینی: ناهنجاری های ساختمانی عمده و /یا اختلالات ژنتیکی (۱۴٪)

۴- عفونت: توام با درگیری جنین یا جفت (۱۳٪)

۵- اختلالات بند ناف: تنگی، افتادگی، لخته شدن خون (۱۰٪)

۶- اختلالات فشارخون: مسمومیت حاملگی، فشارخون مزمن (۹٪)

۷- عوارض طبی: بیماری قند، بیماری خود ایمنی (۸٪)

۸- نامشخص (۲۴٪)

این گروهها به انواع بسیار محتمل، محتمل و ناشناخته تقسیم میشوند. مثلا در مورد دیابت در صورتی که جنین دچار امبریوپاتی دیابتی و ناهنجاری های کشنده باشد و یا مادر دچار کتواسیدوز دیابتیک شده باشد، دیابت به عنوان یک علت بسیار محتمل در نظر گرفته میشود، در صورتی که در موارد ضعیف بودن کنترل قند مادر و رشد غیرطبیعی جنین، دیابت به عنوان یک علت محتمل گروه بندی میشود.

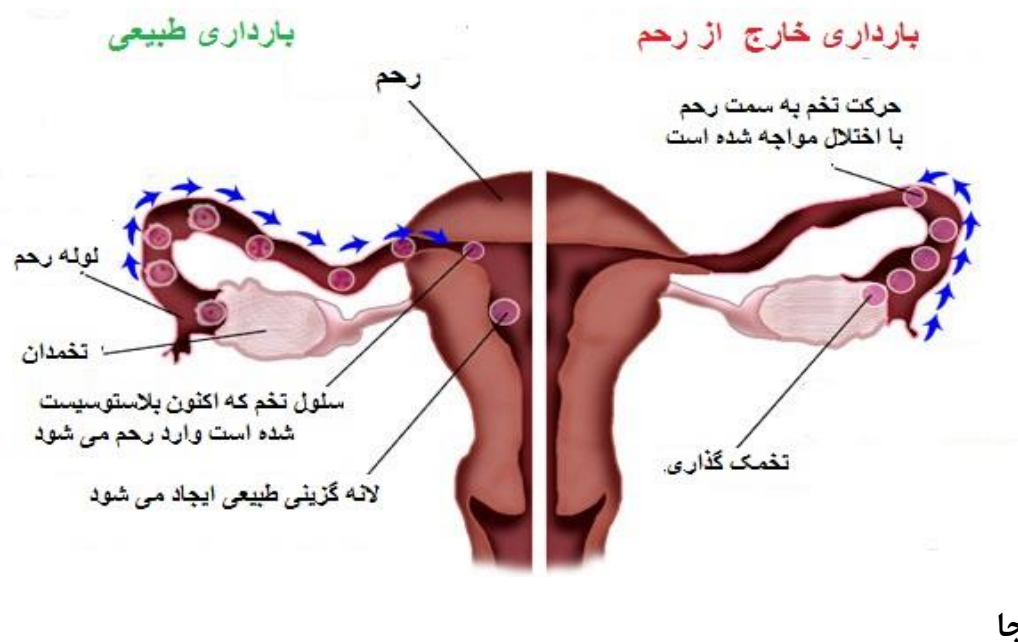
بررسی سیستماتیک، تقریبا در سه چهارم موارد مرده زایی سبب کشف یک علت احتمالی می شود

([Cunningham et al., 2014](#)).

برای شرکت کنندگان بخوانید:

پس اگر مروری کلی بر علل افزایش مرده زایی داشته باشیم:
عوامل مرتبط با افزایش خطر مرده زایی قبل از زایمان:

سن بالای مادر، استعمال دخانیات، بیماریهای طبیی مادر مانند: (دیابت آشکار- فشارخون مزمن - بیماریهای سیستم ایمنی -بیماری کلیه -بیماری تیروئید- ترومبوفیلی- کلسناز حاملگی)، استفاده از تکنولوژی کمک باروری، اول زا بودن، چاقی، سابقه پیامدهای نامطلوب حاملگی قبلی مانند: (زایمان زودرس قبلی -محدودیت رشد جنین- مسمومیت حاملگی و جدا شدن زودرس جفت)، چندقلویی، سابقه مرده زایی، سوادکم مادر.



حاملگی

ناجبا

تعریف: لانه گرینی تخم در هر جایی بجز پوشش داخلی حفره رحم حاملگی ناجبا نامیده می شود.

* ۲درصد تمام حاملگی های سه ماهه اول

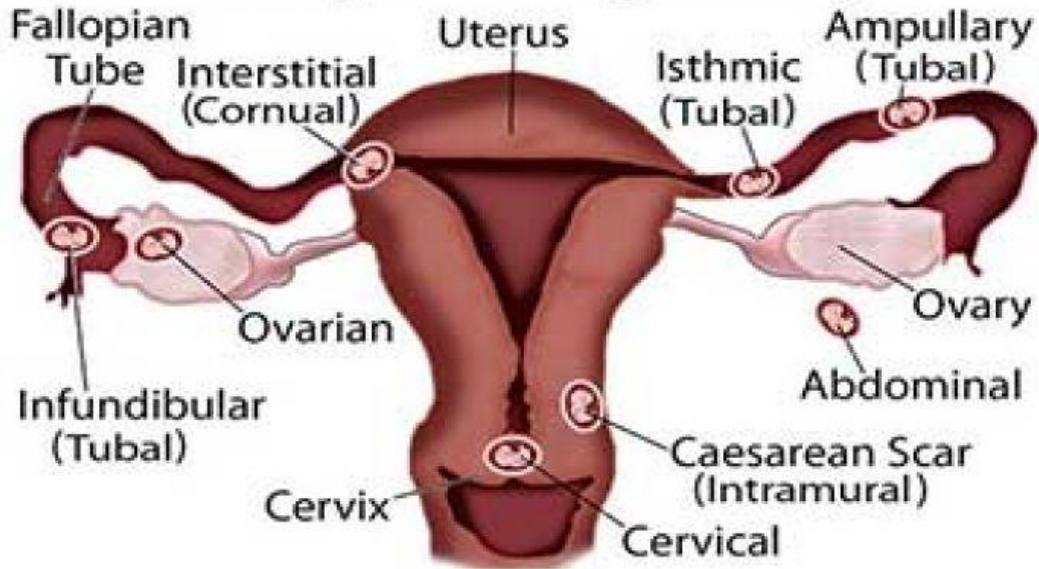
* عامل ۶درصد تمام مرگ های مرتبط با حاملگی

* تشخیص زودتر، افزایش بقای مادر و افزایش توانایی تولید مثل

* ۹۵درصد در بخش های مختلف لوله، و ۵درصد در تخمدان، حفره شکم و دهانه رحم

* افزایش شیوع در محل برش سزارین

Ectopic Pregnancy



عوامل خطر

- آسیب دیدگی قبلی لوله در اثر حاملگی نابجا یا جراحی روی لوله
- سابقه حاملگی نابجا (۱۰ درصد)
- سابقه ناباروری و استفاده از روش های کمک باروری
- سابقه عفونت لوله
- سابقه بیماری های آمیزشی
- استعمال دخانیات
- چسبندگی دور لوله (عفونت پس از سقط، عفونت و التهاب لوله، آپاندیسیت، عفونت پس از زایمان، آندومتریتوز)
- ابزار داخل رحمی
- زایمان سزارین قبلی

اصلاح خطاهای شناختی

۱- شناسایی خطای شناختی:

قدم اول، آگاهی از افکار خود و خطاهای شناختی است. پس از صرف وقت و دقت، درک می کنیم که چنین افکاری در درون ما جریان دارد. برای شناخت خطای شناختی لازم است تا هر زمان که احساس های منفی مثل غم، ترس، خشم، نارضایتی و داریم، با خود فکر کنیم که الان یا پیش از به وجود آمدن این احساس

خاص، چه فکری در ذهن من وجود داشت؟ چه تصویر یا خاطره ای در ذهن من وجود داشت؟ معنای آن موقعیت برای من چه بود؟

۲- به چالش کشیدن خطای شناختی:

برای به چالش کشیدن خطای شناختی می توان از سوالات زیر استفاده کرد:

*چه دلیل و شاهی دارم که این فکر من درست یا نادرست است؟

*اگر دوستم اینگونه فکر می کرد من به او چه می گفتم؟

*اگر این فکر من درست است آیا نتایج آن به همان بدی که فکر می کنم می باشد؟ آیا کاری از دستم بر نمی آید؟

*اینگونه اندیشیدن چه محاسن و معایبی دارد؟

۳- بکار بردن تکنیک ها و انجام تمرینات: بکار بردن تکنیک های زیر در صورتی که روزانه باشد به مرور کمک می کند تا فرد خطای شناختی خود را بهتر شناسایی کرده و با افکار سالم تر جایگزین کند.

مرحله اول: موقعیت ناراحت کننده را شناسایی کنید.

یک قلم و کاغذ بردارید و حادثه ناراحت کننده را شرح دهید. از کی یا چی ناراحت هستید؟

مرحله دوم: احساسات منفی خود را بنویسید.

درباره موقعیت ناراحت کننده چه احساسی دارید؟ از کلماتی مانند اندوه، خشم، احساس گناه، نگرانی، دلسردی و درماندگی استفاده کنید برای هر احساس منفی نمره ای از یک تا صد در نظر بگیرید.

مرحله سوم: از روش سه ستونی استفاده کنید.

افکارتان را در ستون خطاهای شناختی بنویسید. سپس خطاهای شناختی هر یک از افکار را شناسایی کنید.

آنگاه واکنش های منطقی را در ستون سمت چپ بنویسید و این بار نیز با توجه به باور خود برای هر کدام از صفر تا صد عددی را در نظر بگیرید. دقت کنید که واکنش منطقی شما مجاب کننده و معتبر باشد و نادرستی

افکار اتوماتیک شما را مشخص سازند.

شرح موقعیت	خطاهای شناختی	واکنش های منطقی
	۱- آدم تنبلی هستم. (برچسب زنی)	۱- خیلی وقتها صبح زود بیدار شدم. من جمعه استراحت می کنم تا روزهای دیگر انرژی داشته باشم و این نشانه تنبلی من نیست.

<p>۲- من خیلی وقتها کارهای مفید و خوبی انجام داده ام.</p> <p>۳- خیلی از جمعه ها من به ورزش پرداخته ام. حتی اگر غیر از این باشد دلیل تنبلی من نیست، زیرا روزهای دیگر هفته فعالیت زیادی دارم و نیاز به استراحت دارم.</p> <p>۴- این یک احساس من است و هیچ دلیلی برای آن ندارم. خوابیدن در جمعه دلیل بی فایده بودن نیست.</p> <p>(غم: ۴۰ درصد - گناه: ۳۰ درصد)</p>	<p>۲- هیچ کار خوبی انجام نمی دهم. (تعمیم بیش از حد- بی توجهی به امر مثبت)</p> <p>۳- همیشه جمعه ها بیهوده وقتم را از بین می برم. (تعمیم بیش از حد)</p> <p>۴- احساس می کنم انسان بی فایده ای هستم. (استدلال احساسی)</p>	<p>همه جمعه را در رختخواب گذراندم.</p> <p>(غم: ۷۰ درصد)</p> <p>(گناه: ۶۰ درصد)</p>
---	---	--

کنترل احساسات و هیجانات به یکباره ممکن نیست، و به تناسب سن، موقعیت و دیگر دلایل روانشناختی نیاز به زمان، تمرین و تلاش فراوان دارد.

چند مثال از خطاهای شناختی:

خطای شناختی فیلتر منفی یا فیلتر ذهنی و فکر جایگزین آن: یک فرد می تواند تحت تاثیر یک اتفاق ناراحت کننده همه واقعیت های اطرافش را تیره و منفی برداشت کند. این انتخاب گزینشی افکار منفی و سرایت دادن آن به سایر مسائل زندگی مانع از شناخت منطقی ما از وقایع می شود و در نتیجه احساسات ناخوشایند را در ما تقویت می کند که می تواند به ما، شادیهایمان و روابطمان صدمه بزند. ذهن تمایل دارد که اطلاعات را فیلتر کند و اطلاعاتی را از اتفاقات برداشت کند که هم سو با باورهای قبلی فرد است. فکر جایگزین این خطای شناختی: یک اتفاق ناخوشایند نمی تواند کل را زیر سوال ببرد و من می توانم همچنان به قسمتهای خوشایند و مثبت خود توجه کنم و لذت ببرم. به جای نگرستن تنها به یک قسمت سعی کنید به کل تصویر بنگرید.

خطای شناختی تعمیم افراطی یا مبالغه آمیز و فکر جایگزین آن: در این خطای شناختی فرد دچار تفکر همیشه یا هرگز می شود و شدت هر اتفاق را پر رنگ تر از مقدار واقعی آن می بیند و یا یک واقعه منفی را به کل زندگی تعمیم می دهد. شاید بتوان اینطور بیان کرد که این افراد به دلیل مبالغه در بخشی از افکار نمی توانند جوانب مثبت زندگی را ببینند. **فکر جایگزین این خطای شناختی:** همه ما در زندگی دچار وقایع منفی می شویم که بعضی از آنها بیشتر از بقیه به ما آسیب می زند اما این به معنای آن نیست که آینده نیز مانند گذشته تکرار شود. به جای آنکه بگوییم "من در بارداری قبلی موفق نشدم، دیگه موفق نمیشم" میگوییم و باور داریم که "من دفعه قبل موفق نشدم اما با آگاهی و آمادگی بیشتر این بار موفق می شوم".

خطای شناختی تفکر دو قطبی یا همه یا هیچ: نگاه سیاه و سفید داشتن به اتفاقات اطراف مانع از شناخت منطقی ما از وقایع می شود و در نتیجه احساسات ناخوشایند را در ما تقویت می کند که می تواند به ما و روابطمان صدمه بزند. افرادی که چنین می اندیشند خود را گاهی بی عیب و عالی و گاهی بد و ناقص می یابند. آنها توان طیفی دیدن امور را ندارند. در حالیکه می دانیم اکثر مهارت ها و فعالیت های انسان در حد وسط قرار دارند. **فکر جایگزین این خطای شناختی:** به خود می گویم که بندرت در زندگی چیزی صفر یا صد است. من باید به صورت طیفی موضوع را ببینم. باید عملکردم را واقع بینانه ارزیابی کنم. قرار نیست به همه اهدافم برسم من انسانم خوب است که به اهداف ذهنم برسم ولی اگر هم نرسم فاجعه اتفاق نمی افتد. من بر عملکردهای موفقم تمرکز می کنم و نه شکست هایم، زیرا میدانم از این طریق عملکردم بهبود می یابد. در طبیعت چیزی به نام سفید مطلق وجود ندارد و تنها در عالم ذهن و خیال باید آن را جستجو کرد. آنچه در واقعیت وجود دارد آمیزه ای از سیاه و سفید (خاکستری) است. پس ارزشهای خودتان را از نوع عملکردتان جدا کنید. به جای "یا" از کلمه "و" استفاده کنید. به ویژگیهای مثبت خود تمرکز کنید (Leahy, 2017).

در انتها بعضی از خطاهای شناختی را با مادران مرور میکنیم.

همچنین یکی از مهمترین عوامل در خصوص فرزندآوری بحث **نگرش** است. نگرش که به ارزیابی کلی شخص از یک مفهوم اشاره می کند به عنوان یک مکانیسم مهم زمان والد شدن را تحت تاثیر قرار می دهد. نگرش مثبت نسبت به فرزند و فرزندآوری موجب فرزندآوری بیشتر و بدون تاخیر می شود. مثلاً زنانی که از انجام فعالیت های مشترک با کودکان لذت می برند در مقایسه با آنهایی که کودکان را عامل نگرانی می دانند یا آنهایی که کودکان را منابع اجتماعی با ارزشی می دانند، به احتمال بیشتر فرزند دار خواهند شد. نگرش غلط نسبت به فرزندآوری از جمله عوامل تاثیر گذار بر فرزندآوری و کاهش نرخ تولد قلمداد شده است. همچنین حاملگی نافرجام بدلیل القای حس شکست در ایفای نقش و نگرانی از تکرار مجدد، رویکرد و نگرش والدین به والد شدن را تحت تاثیر قرار می دهد (Baezzat et al., 2017).

مراحل تغییر نگرش

نظریه کورت لوین برای تغییر نگرش به سه مرحله اشاره دارد:

مرحله اول : انجماد زدایی

بایستی تمام نیروهایی را که موجب نگرش خاصی در فرد گردیده اند در هم شکسته و زمینه را برای پذیرش نگرش جدید آماده کرد . البته نباید فراموش کرد که ویژگیهای ذهنی و روانی به سبب ثبات نسبی ساختمان خود تا حدی دیرپا و مقاومند و نمی توان یکباره و به سرعت خواستار تغییر در آن ها شد . در وهله نخست فرد مقاومت می کند . نیابد توقع داشت که افراد هر پیامی را بدون تامل دریافت کنند . افراد به دور نگرش های خود پیله ای پیچیده اند و در برابر هرگونه تغییر مقاومت می کنند . هر قدر فشار وارده برای تغییر نگرش آشکارتر باشد این پیله محکم تر می شود .

مرحله دوم : جایگزینی

پس از آمادگی فرد برای تغییر بایستی جهت خاص تغییر نگرش مشخص و معین گردد که از آن طریق بتوان نگرش جدید را جایگزین نگرش قبلی کرد . در این مرحله مکانیزم های تقلید و یادگیری به منظور سازگاری با موقعیت جدید نقش مهمی را ایفا می کنند . البته در برخی موارد آمادگی فرد برای پذیرش نگرش و یا طرز فکر و عقیده جدید به نحوی است که خود فرد بدون این که از نگرش جدید تقلید کند ، با شوق و علاقه درونی آن را پذیرا می گردد . و حتی کمترین مقاومت هم در برابر این تغییر نخواهد کرد . تصحیح اطلاعات و تزریق اطلاعات در این مرحله صورت می گیرد.

* پیام غیر مستقیم: تاثیر بیشتر

* تعاون و کار گروهی : ترمیم تعاملات

* بازسازی واقعیت های زندگی : در قالب نمایش و کار گروهی

مرحله سوم : انجماد مجدد

در این مرحله نوبت به تثبیت نگرشهای جدید می رسد . نگرش ها همیشه حالت برگشت پذیری و ارتجاعی دارند بنابراین باید به آنها چفت و بست زد تا برنگردد . در این مرحله باید به مخاطبین کمک کنیم مجددا پیله ای محکم اما این بار به دور نگرش های جدید ببندند . پس از قبول نگرش و طرز فکر جدید باید سعی شود که به کمک تشویق اثر آن رفتار عمیق و درونی شود به نحوی که با شخصیت فرد عجین شود (Lewin, 1947).

در پژوهش ما مراحل تغییر نگرش در بطن کار نهفته است. در ابتدای طرح هر موضوع اول نظر شرکت کنندگان رو می خواهیم، بعد آموزش علمی و سپس اصلاح نظرات اشتباه، چنانکه در طی جلسات با آشکار سازی و درهم شکستن باورهای غلط انجمادزدایی، با آموزش تئوری محتوای روانی و پزشکی و بهداشتی مرحله جایگزینی و با بررسی میزان اثر و پرسش و پاسخ حین جلسات و پایان جلسات انجماد مجدد برای حفظ تغییر در باورهای فرد انجام می گیرد.

درمانگر محتوی این بخش را مختصر و به صورت کاربردی از طریق اسلاید برای اعضا توضیح میدهد:

در انتها موضوع جلسه بعد " آموزش راهکارهای کنترل شرایط جسمانی و روانی در منزل، فرآیند باروری، تعارض تصمیم گیری " را به اطلاع شرکت کنندگان رسانیده و با در اختیار قرار دادن پمفلت های آموزشی جلسه را به پایان می بریم.

جلسه سوم

موضوع: آموزش راهکارهای کنترل شرایط جسمانی و روانی در منزل، فرآیند باروری، تعارض تصمیم گیری

پس از برقراری ارتباط اولیه و پرسش و پاسخ در خصوص محتوی و تکالیف آموزشی جلسه قبل و بررسی شرایط جسمانی و روانی شرکت کنندگان ، برای اعضا بخوانید:
هدف از این جلسه آموزش روش های خود مراقبتی و خود کنترلی و ارائه راهبردهای مقابله ای، در این زمینه می باشد.

وقتی با دگرگونی های زندگی مواجه می شویم تحت فشار قرار میگیریم. برای اینکه این فشار تبدیل به تنش نشود یاد بگیریم چگونه با دگرگونی های بزرگ زندگی روبه رو شویم.



برای شرکت کنندگان بخوانید:

یکی از مهمترین عواملی که به ما کمک میکند تا زندگی بهتری داشته باشیم این است که خود را بهتر بشناسیم. مهارت خودآگاهی به شما کمک میکند شناخت بیشتری در مورد خود، خصوصیات، نیازها، خواسته ها، اهداف، نقاط ضعف، نقاط قوت، احساسات، ارزش و هویت خود داشته باشید.

خودآگاهی به شکل گیری خودپنداره در افراد منجر می شود، خودپنداره یعنی اینکه ما خودمان را چگونه می بینیم، یعنی تصویر یا برداشتی که هر کس از خودش دارد. داشتن خود پنداره صحیح به ما کمک میکند تا ضمن داشتن احساس مثبت نسبت به خود در شرایط دشوار زندگی تصمیم های درست و به جایی اتخاذ کنیم. بنابراین باید زمانی را برای شناخت خود در نظر بگیرید (محمدخانی، ۱۳۸۵).

در مورد حاملگی از دست رفته استراتژی هایی که بعضی از زنان بعد از تجربه این رویداد به کار گرفتند شامل: یافتن علت مرگ، معنویت، خود کنترلی با اعتقادات و باورهای مذهبی، توجه به ندای آرامش از درون، کنار آمدن با وقایع تنش زای زندگی و ادامه زندگی، خود توجیه سازی، بردباری در مقابل مرگ، واقع بین بودن، فراموشی، مشغول کردن خود، گوش دادن به موسیقی، امیدواری به تولد بچه سالم در آینده، بارداری مجدد، درخواست حمایت و ابراز نیاز به درک شدن، و به اشتراک گذاشتن تجربه بود (MOHADESI et al., 2016).

توصیه هایی به منظور کنترل افکار منفی به مددجویان ارائه می دهیم از جمله:

- * سعی کنید روزانه یک ساعت پیاده روی کنید: فعالیت فیزیکی حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت متوسط در هفته به عنوان یک راه بیمانند جهت بهبودی اثرات ذهنی فقدان (Huberty et al., 2014).
- * گلدانی را در منزل تعبیه نموده و هر روز به آن رسیدگی کنید.
- * زمانیکه احساس می کنید افکار ناراحت کننده به سراغتان می آید از دوش آب ولرم استفاده کنید.
- * سعی کنید زمان بیشتری را با دوستان، اعضای خانواده و عزیزانتان بگذرانید.
- * سعی کنید در انتخاب وعده های غذایی به علاقمندی خود بیشتر توجه کنید.
- * روزانه زمانی را برای گوش دادن به موسیقی اختصاص دهید.
- * سعی کنید با کاری که دوست دارید خود را سرگرم کنید.
- * در صورت امکان به سفر بروید و از آرامش و زیبایی های طبیعت استفاده کنید.
- * سعی کنید زمانی را به انجام اعمال مذهبی و تقویت ارتباط با خدا اختصاص دهید و به تجربیات زندگی معنی مثبت بدهید.
- * به نیازمندان کمک کنید (فتوحی، ۱۳۸۶).
- * دل به مشیت الهی بسپارید. بر اساس آموزه های دینی، آنچه به انتخاب شما نبوده، و برایتان مقدر شده، بهترین شرایط برای رشد شماسست، و آنچه تمام ظرفیت روحی شما را به فعالیت وادار می کند، ابتلا و امتحاناتی است که در غالب فرصت های خوشایند یا ناخوشایند زندگی، ظهور و بروز می کند. البته از آن طرف در مقابل همه مسیرهای گوناگون و فرصت های انتخاب فراوان و توانمندیهایی برای رشد فراهم شده که باید به طور مناسب مدیریت شود. حضرت علی در خطبه ۱۱۴ نهج البلاغه می فرماید: "دنیا تیراندازی است که تیر بلا را در چله کمان گذاشته و مترصد است که با تمام توان به سوی شما پرتاب کند. آنها که سالمند با تیر بیماری، آنها که ثروتمندند با تیر فقر و آنها که موفقند با تیر ناکامی.....مجروح می شوند به بیانی دیگر راه سعادت از دنیا می گذرد که با وجود دشواری و فناپذیری اش پله ای است برای ارتقا و باید با پذیرش آنچه دست شما نیست و مدیریت آنچه در اختیار شماسست بهترین گام ها را بردارید.

مراقبت‌های جسمانی پس از سقط یا مرده زایی

۱- تحرک زود هنگام: خارج شدن از بستر چند ساعت پس از سقط یا مرده زایی از عوارض مثانه ای و یبوست و شیوع لخته شدن خون در رگها جلوگیری می کند.

۲- مراقبت از پرینه: تمیز کردن وولو از قدام به خلف، قرار دادن کیسه یخ درروی پرینه در چند ساعت اول در صورت وجود پارگی، به کاهش درد و تورم کمک می کند. ناراحتی و درد شدید پرینه، واژن یا رکتوم مستلزم بررسی دقیق است و ممکن است بدلیل هماتوم یا عفونت باشد.

۳- پیشگیری از اتساع مثانه و تخلیه منظم مثانه جهت پیشگیری از عفونت

۴- پیشگیری از احتقان پستان با استفاده از سینه بندهای مناسب، کیسه یخ یا داروی ضد درد خوراکی در صورت داشتن درد

۵- افسردگی و اختلالات روحی: مطالعات نشان داده اند که تاثیر مرگ جنین، در مادر با حالت شوک، خشم، احساس پوچی و درماندگی، افسردگی، احساس گناه و ایجاد احساس منفی در زندگی، وجود علائم اضطراب، اختلال استرس بعد از حادثه و مشکلات زناشویی همراه است. همچنین کیفیت زندگی در مادران با تجربه مرگ جنین کاهش می یابد. بنابراین شناسایی موقعیت، مدیریت هیجان، اطمینان بخشی و حمایت از طرف خانواده و کادر بهداشت و درمان از مهمات می باشد.

۶- خونریزی: خونریزی رحمی نگران کننده یا خونریزی نامنظم یا طولانی در اکثر موارد از پسرفت غیرطبیعی محل جفت بدلیل باقی ماندن بخشی از جفت یا عفونت رحم ناشی می شود.

۷- انجام ورزشهای کف لگن به منظور کاستن از شیوع و شدت بی اختیاری ادرار: خود حاملگی و نه روند زایمان بر روی عضلات کف لگن کشش وارد می کند.

۸- ورزش و تمرین جهت بازگشت ساختمان عضلات شل شده شکم به وضعیت طبیعی، ورزش های تقویت گردش خون، ورزش های کف پا، کشش پاها، تنفس عمیق، چرخش لگن، ورزش های ثبات تنه

۹- جلوگیری از حاملگی: تخمک گذاری ممکن است حتی ۲ هفته پس از ختم زود هنگام حاملگی از سر گرفته شود. بنابراین باید بلافاصله پس از سقط روش موثر جلوگیری از حاملگی آغاز شود.

۱۰- رژیم غذایی: محدودیت خاصی وجود ندارد. توصیه می شود بمدت سه ماه مصرف مکمل آهن و مولتی ویتامین را ادامه دهند.

۱۱- ایمونیزاسیون: اگر قبلاً در برابر سرخجه یا سرخک مصون نشده اند زمان خوبی برای دریافت واکسن مذکور می باشد. دوز یادآور دیفتتری-کزاز نیز تلقیح شود (Cunningham et al., 2014).

۱۲- نزدیکی جنسی: بعد از ۲ هفته بر اساس تمایل و راحتی می توان نزدیکی جنسی را از سر گرفت، البته قواعد مبتنی بر شواهد وجود ندارد. نزدیکی جنسی بسیار زود هنگام بدلیل کاهش لغزندگی واژن ممکن است ناخوشایند و دردناک باشد. پارگی های واژن و فرج سبب کاهش واکنش ارگاسمی این اعضا می گردند. بهبود زخم معمولاً ۲ هفته زمان می برد اما ممکن است ۴ ماه نیز به طول انجامد تا محل جوش خوردن زخم آنقدر حالت الاستیکی پیدا کند که نزدیکی راحت و بدون مشکل انجام پذیرد. اغلب توصیه می شود پیش از آغاز فعالیتهای جنسی ۴-۶ هفته صبر کنند (Flink-Bochacki et al., 2018).



برای شرکت کنندگان بخوانید

هدف از این جلسه علمی کردن دانش شما در خصوص بارداری سالم و تعارض در تصمیم گیری می باشد
در این مرحله حضور فعال شرکت کنندگان را با پرسش در خصوص دانش آنها بطلبید:
به نظر شما:

باروری سالم چیست؟ بهترین زمان بارداری بعد از سقط چه زمانی است؟

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی بارداری سالم یعنی برنامه ریزی زوجین برای دستیابی به اهداف بارداری بصورت آگاهانه ومسئولانه وآزادانه که بمنظور ارتقای تندرستی و بهزیستی خانواده انجام میگردد.در ضمن باید توجه داشت که بارداری سالم به معنای تحدید (محدود کردن) موالید نیست. مردم باید بتوانند آزاد وآگاه درباره زمان و فواصل و دفعات بارداری و تعداد فرزندان تصمیم بگیرند. از طرف دیگر داشتن آگاهی و دسترسی به روشهای متنوع و سالم و اثربخش و بی خطر پیشگیری از بارداری و برخورداری از سلامت دوران بارداری و زایمان ایمن از حقوق اولیه خانواده هاست.

هدف از برنامه باروری سالم کنترل جمعیت نیست بلکه بارداری در زمان مناسب، با شرایط مناسب، و پیشگیری از بروز بارداریهای پرخطر و ناخواسته و تامین سلامت مادران و کودکان است. (Hogue, 2016)

از شرکت کنندگان بپرسید :

به نظر شما امکان بارداری بعد از ختم بارداری زودهنگام چگونه است؟

تخمک گذاری ممکن است حتی ۲ هفته پس از ختم زود هنگام حاملگی از سر گرفته شود. چندین مطالعه نشان داده است که فاصله کمتر از ۶ ماه بین حاملگی های ترم نتایج ضعیف بارداری را به همراه خواهد داشت. البته داشتن آمادگی طبی و احساسی در اقدام برای حاملگی بعدی بسیار مهم است. حتی وجود برخی موارد پزشکی مثل سن بالا یا داشتن سابقه ای از قدرت باروری ضعیف ممکن است از حاملگی سریع تر حمایت کند. همچنین از نظر عاطفی دوره غم و اندوه در همه زنان یکسان نیست، بنابراین توصیه پزشکان جهت اقدام به حاملگی آینده بر اساس شرایط فرد متفاوت می باشد.

پیشگیری از حاملگی پس از سقط

باید بلافاصله پس از سقط روش موثر جلوگیری از حاملگی آغاز شود. در زنانی که تمایل به بارداری مجدد دارند، اقدام سریعتر احتمالاً بهتر از به تاخیر انداختن حاملگی است. اگر چه زمان دقیقی برای بارداری مجدد بعد از سقط وجود ندارد اما در موارد حامله شدن در عرض ۶ ماه پس از سقط، در مقایسه با حاملگی های حاصل پس از ۶ ماه، پیامدهای بارداری بهتر بوده اند. بعضی از مطالعات فاصله کمتر از ۳ ماه را برای اقدام به حاملگی بعدی با کمترین خطر احتمال دوباره سقط گزارش کرده اند. البته بهتر است زمانی که آمادگی جسمی و احساسی لازم بدست آمد اقدام به بارداری مجدد کرد. در هر حال برنامه تنظیم خانواده بر اساس شرایط ویژه هر شخص ارائه میشود (Sundermann et al., 2017b).

برای شرکت کنندگان بخوانید :

آنچه در تصمیم گیری ما را آزار می دهد **تعارض** بین انتخاب هاست .تعارض پدیده ای است که آثار مثبت و منفی روی عملکرد افراد دارد، استفاده صحیح و موثر از تعارض موجب بهبود و ارتقا سلامت روان افراد می شود.
از شرکت کنندگان پرسید:

از نظر شما تعارض به چه معناست؟

برای شرکت کنندگان بخوانید:

تعارض به معنای ناسازگاری و عدم توافق در خصوص یک تصمیم می باشد. تعارض زمانی به وجود می آید که فرد به بیش از یک اصل یا ارزش پایبند است .تعارض کیفیت تصمیم گیری را تحت تاثیر قرار می دهد. تعارض همیشه منفی و مخرب نیست گاهی تعارض ها موجب افزایش سلامت و رسیدن به اهداف بزرگی می شود پس قرار نیست از هر تعارضی اجتناب یا فرار کنیم.



سه نوع تعارض وجود دارد:

گرایش_گرایش / گرایش_اجتناب / اجتناب_اجتناب

تعارض گرایش_گرایش: در این تعارض فرد از میان دو موقعیتی که پیش روی خود فرض میکند باید یکی را برگزیند که در این حالت فرد به هر نتیجه ای که دست یابد برای او رضایت بخش است

تعارض گرایش_اجتناب: فرد مجبور است در خصوص تصمیمی که هم میتواند پیامد مثبت و هم پیامد منفی داشته باشد تصمیم گیری کند.

تعارض اجتناب_اجتناب: فرد دست کم از بین دو موقعیت ناخوشایند به ناچار یکی را انتخاب می کند که در هر صورت نتیجه منفی به دنبال خواهد داشت.

بهتر است راه های حل مشکل را از میان سه دسته انتخاب برگزینیم:

راه حل ایده آل من: اشاره به راه حلی دارد که در آن فرد بر اساس باورهای ذهنی و خیالی خود برنامه ریزی میکند اما امکان عملیاتی بودن آن در واقعیت وجود نداشته باشد یا شاید نتیجه پیش بینی شده حاصل نشود.

راه حل قابل قبول: راه حلی است که با در نظر گرفتن همه جوانب یک تصمیم انتخاب می شود. که در آن پیش بینی آینده، روابط بین فردی، روابط عاطفی و تصور منطقی گنجانده شده است که اغلب این راه حل ها به کمک مشارکت دیگر اعضای خانواده به دست می آید.

راه حل غیر قابل قبول: اغلب شامل تصمیمات هیجانی و لحظه ای می باشد که به منظور کاهش سریع استرس انجام می شود که اغلب نتایج مورد انتظار حاصل نمی شود (جزایری، ۱۳۷۷).

با توجه به راههای گفته شده شما فکر می کنید شیوه کنارآمدنتان با تعارض شبیه به کدامیک از موارد گفته شده می باشد؟ در خصوص آن و عواقبش بحث کنید.

انتخاب بهترین راه حل با مشورت پیدا خواهد شد.

به منظور غلبه بر تردید به نظر میرسد بهتر است در ابتدا منشا مشکلات را شناسایی کنیم. لازم است بدانیم که ذهن به سه دسته ذهن هیجانی، ذهن خردمند، ذهن سلیم تقسیم می شود :

□ **ذهن هیجانی** همان هیجانات مثبت و منفی هستند که همواره احساسات ما را تحت تاثیر خود قرار داده و ما را دچار پریشانی و غمگینی میکند. که اگر تحت تاثیر این احساس تصمیمی گرفته شود، نتایج مطلوبی حاصل نمی شود. آنچه در مورد خودآگاهی آموختیم میتواند مانع خوبی برای جلوگیری از این نوع تصمیم گیری باشد.

□ **ذهن خردمند** تصویر برجسته ای از زندگی ما را ملاحظه می کند و یادآور می شود که در صورتی که بخواهیم مطابق انگیزه های تخریب گر ناشی از هیجان عمل کنیم از چه عواقب و نتایجی رنج خواهیم برد. به منظور تقویت این مهارت کفایت پاسخ احساسات هیجانی خود را با فکر منطقی روی یک کاغذ بدهیم. اینگونه که در پاسخ به : "نمیتونم از پس اوضاع بر بیام، ایندفعه با هر دفعه فرق داره" بگوییم: الان آنقدر پریشونم که نمیتونم درست فکر کنم، باید اول خودمو جمع و جور کنم تا بعدا بتونم تصمیم بگیرم _ خودم بهم ریخته تر از اونى هستم که بخوام تصمیم درستی بگیرم، بهتره از کسی کمک بگیرم...

□ **ذهن سلیم** بررسی میکند که چه پیش آمدی در ذهن هیجانی در حال رخ دادن است و ذهن منطقی در رابطه با موقعیت و نگرانی ها چه باید بگوید. استفاده از ذهن سلیم یک مهارت است و به کار بستن آن نیازمند تمرین است. ما چگونگی تمرین استفاده از ذهن سلیم در ۶ گام را برای شما توضیح میدهم:

گام اول: محتوی ذهن هیجانی را مشاهده و توصیف کنید. (با تمرین نوشتن روی کاغذ)

گام دوم: آنچه را ذهن منطقی می گوید یادداشت کنید.

گام سوم: پیشنهادات ذهن سلیم را یادداشت کنید.

گام چهارم: درمورد نحوه رویارویی با موقعیت به صلاح خود تصمیم بگیرید.

گام پنجم: یک نقشه برای حل مشکل طراحی کنید.

گام ششم: طبق برنامه ریزی و نقشه تهیه شده عمل کنید و پیش بروید. (حجازی، ۱۳۹۱)

ردیف	گام اول	گام دوم	گام سوم	گام چهارم	گام پنجم	گام ششم
	مشاهده و توصیف محتوای ذهن هیجانی	یادداشت آنچه ذهن منطقی میگوید	یادداشت پیشنهاد ذهن سلیم	تصمیم گیری به صلاح خود در مورد نحوه رویارویی با موقعیت	طراحی یک نقشه برای حل مشکل	عمل طبق برنامه ریزی و نقشه
	همسرم منو درک نمیکنه	البته اون همیشه نسبت به اتفاقات اینطوری واکنش نشون میده	همسرم خیلی تو داره و به خاطر اینکه من ناراحت نشم همیشه احساساتش رو پنهان میکنه	سعی میکنم مثل همیشه شیوه بیان احساسش رو بپذیرم	ازش می خوام که با من در مورد احساساتش حرف بزنه چون اینکار منو خیلی آروم می کنه	اجرا طبق گام پنجم



پیامدهای مثبت حضور فرزند

از دیدگاه اسلام وجود فرزند عاملی برای افزایش رضایت خاطر والدین و تحکیم پیوند زناشویی است. اسلام گذشته از یادآوری ارزش ها و منافع دنیوی فرزندان برای والدین، بر ارزش های معنوی و اخروی فرزندان از جمله پاداش اخروی تولیدمثل و پاداش هایی که در نتیجه کارهای نیک فرزند برای پدر و مادر منظور می گردد تاکید بسیار نموده است.

* باعث تداوم حیات خانواده: حضور فرزند در خانواده عامل گذشت، فداکاری و ایجاد امید و انگیزه برای تغییرنگرش و حل اختلافات بین افراد در خانواده ها می باشد. خود محوری تبدیل به خانواده محوری می شود.

*عامل حرمت و ارزشمندی خانواده: فرزندان به عنوان سرمایه های اجتماعی و اقتصادی برای یک خانواده می باشند که به چارچوب خانواده استحکام می بخشند.

*حس مفید بودن: تجربه ای احساسی و هیجانی که فرد در ارتباط با دیگران از آنها دریافت میکند. احساس وابستگی خود به دیگری و وابستگی دیگری به خود این احساس را تقویت میکند.

*باعث پیوند اجتماعی: حضور فرزندان همواره باعث پیوند والدین با گروه هایی می شود که شاید هرگز با آنها برخوردی نداشته و یا اینکه سالهاست از آن گروه ها فاصله گرفته مثل گروه آموزشی در دوران مدرسه، دوستانی از گروه های متفاوت، شغل هایی در رسته های گوناگون که همین عامل پویایی و سرزندگی والدین می باشد.

*زمینه ساز رشد توانمندی های والدین: والدین با توجه به مراحل مختلف رشدی مرحله به مرحله فرزندان را همراهی میکنند که همین عاملی برای به روز ماندن والدین در جامعه می باشد.

*عامل نشاط والدین: بالا رفتن سن در همه افراد باعث محدود شدن پاره ای فعالیت های اجتماعی و فردی می شود که همین جریان طبیعی عمر در صورت ادامه دار شدن می تواند موجبات افسردگی، ناامیدی و بی انگیزگی را برای ادامه زندگی فراهم نماید.

*توسعه اقتصادی و برکت در خانواده: نیازهای افراد در طول زمان دستخوش تغییر می شود که این تغییر پس از سن جوانی و میانسالی معمولاً سیری نزولی را به خود میگیرد به طوریکه سطح توقعات کاهش می یابد و دایره انتخابات محدودتر می شود که حضور فرزندان با سیر افزایشی که در نیازها دارند تا به استقلال کامل برسند تلاش والدین را برای تامین نیازهای فرزندان و ارتقاء سطح زندگی بیشتر و همواره باعث پیشرفت خانواده می شود.

• پیامدهای فقدان فرزند

امروزه در کنار افزایش سن ازدواج، یکی از مسائل جدی تر دیگری که جامعه با آن مواجه است تمایل زوج به فرزندآوری کمتر، نبود فرزند و یا تاخیر انداختن آن است.

بی‌فرزند‌ی پدیده جدیدی نیست اما بافت و ماهیت جمعیت‌شناسی آن تغییر یافته است. امروزه علت نداشتن فرزند علاوه بر ناباروری، نتیجه موانع بیرونی مختلف و تغییر در نگرش و اولویت‌های زندگی افراد نیز هست.

مطالعات نشان می‌دهد برای زنان، مناسب‌ترین زمان برای فرزندآوری، سنین بین ۲۵ تا ۳۵ سالگی است، به تأخیر انداختن فرزندآوری به احتمال زیاد ممکن است به مخاطره انداختن سلامت مادر و فرزند منجر شود و حتی ممکن است بعد از مدتی زن قادر به فرزندآوری نباشد و فرصت باروری‌اش پایان یافته باشد. در نتیجه به تأخیر انداختن بارداری احتمال میزان بروز بی‌فرزند‌ی غیر عمدی را افزایش می‌دهد.

* کاهش فرزندآوری علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت و از آن طریق تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت داشته، بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد داشت.

* کاهش مستمر فرزندآوری، به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج و به طرف سالخوردگی سوق می‌دهد.

* کیفیت زندگی والدین را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد: تجربه زندگی تکراری و کسل‌کننده، بهانه‌گیری و اختلافات زناشویی حاصل این موقعیت می‌باشد.

* حساسیت به رفتارهای یکدیگر: ریز شدن در رفتارهایی که پیرامون افراد همیشه در حال رخ دادن است که به واسطه خلوت بیش از اندازه این زوج‌ها، تکراری و آزاردهنده به نظر می‌رسد.

* احساس خشم ناخودآگاه نسبت به یکدیگر: خشم‌های فروخورده و بخشیده نشده از جانب شرکای زندگی و اینکه یکی از دو نفر در احساسات منفی مقصر اصلی شمرده شود به مرور زمان ایجاد احساس خشم می‌کند.

* شکاف ارتباطی بین زوجین: وجود حس خودمحوری در افراد به مرور زمان آنها را تنهاتر و ناتوان‌تر در روابط جمعی موفق می‌کند.

* احساس کمبود، نارضایتی از یکدیگر، اضطراب و استرس: اینها احساسات ناخوشایندی هستند که به صورت مبهم تجربه می‌شود.

*احساس تنهایی و از دست دادن: خانواده های کوچک اغلب درگیر حس نگرانی در مورد از هم پاشیدگی هستند و گاهی این خانواده ها با از دست دادن تنها یک عضو معنای خود را از دست می دهند. این حس در افراد ایجاد عدم امنیت و آرامش روانی میکند.

*از دست دادن احساسات زنانه و مردانه: بخشی از نقش زنانه و مردانه با نقش پدری و مادری کامل میشود که گاهی این حس هرگز تجربه نمی شود و به عنوان پرونده ای باز اما بلا تکلیف در زندگی فرد باقی می ماند (قزوینیان، ۱۳۹۳)

پمفلت آموزشی مرتبط با این جلسه را در اختیار شرکت کنندگان قرار دهید.

جلسه چهارم: تعیین هدف، توجه به ارزشهای فردی و آموزش مهارت تصمیم گیری، اقدام به بارداری مجدد و دلبستگی به جنین

هدف از برگزاری این جلسه ، شناسایی نیازها و شناخت خود و دلبستگی به جنین و مدیریت شرایط خود به منظور پیشگیری از مشکلات بعدی، کمک به انتخابی آگاهانه در خصوص فرزندآوری و اتخاذ تصمیم آگاهانه برای بارداری مجدد می باشد که توسط آشنایی با شیوه های مهارت تصمیم گیری توضیح داده خواهد شد. لازم به توضیح است که مهارت مورد بحث در همه ابعاد زندگی شما موثر و کارآمد خواهد بود.

آیا تا کنون فکر کرده اید که چه چیزی باعث می شود اوضاع بهم بریزد؟ من چگونه میتوانم اوضاع را تحت کنترل خودم بگیرم؟ آیا من نقشی در مشکلات زندگی ام دارم؟ آیا من میتوانم برای کنار آمدن با سختی های زندگی ام تلاشی کنم؟



• انواع تصمیم گیری

تصمیم گیری عجولانه یا تکانشی: تصمیم گیری که به صورت ناگهانی و بدون تحلیل و بررسی دقیق انجام می شوند و معمولا فرد توضیح مشخصی برای آنها ندارد.

تصمیم گیری اجتنابی: زمانی که فرد در شرایط تصمیم گیری قرار می گیرد اما به بهانه ضعیف انگاشتن خود از اینکار یا فرار میکند و یا آنرا به دست زمان می سپارد.

تصمیم گیری احساسی: در این حالت هیجانها و حالات درونی مان جلو می افتد و بدون دخالت منطق و صرفا بر اساس ندای احساسی دل تصمیم گرفته می شود که در آن نشانی از آینده نگری وجود ندارد.

تصمیم گیری مطیعانه خواسته ها و اهداف خود را نادیده گرفتن و دادن این اجازه به دیگران به جای من تصمیم بگیرند.

تصمیم گیری عقلانی یا منطقی: سالم ترین و بهترین نوع تصمیم گیری می باشد چون فرد سعی میکند بر اساس فکر و منطق جلو برود و پس از کسب اطلاعات کافی و سبک و سنگین کردن موقعیت تصمیم بگیرد.



مراحل تصمیم گیری

- مواجه شدن با یک تصمیم

برای اینکه هدف تصمیم‌تان را به درستی بشناسید، می‌توانید این چند سؤال را از خودتان بپرسید:
مشکل دقیقاً چیست؟

چرا باید این مشکل حل شود؟

چه کسانی تحت تأثیر این مشکل قرار می‌گیرند؟

آیا برای حل مشکل زمان خاصی وجود دارد؟

- خلق حق انتخابها و جمع آوری اطلاعات درباره آنها

بهتر است در این رابطه اطلاعات کامل را از طریق درمانگران، مشاوران و اطرافیان آگاه کسب کرده سپس از نظرات و ایده‌های اطرافیان به کمک تکنیک بارش فکر بهره‌مند و هر یک را مورد بررسی قرار دهید.

- ارزیابی پیامدهای پیش‌بینی شده حق انتخابها

هریک از راه‌های پیشنهادی را در دو ستون ارزیابی مثبت و منفی مورد بررسی قرار دهید و به ارزیابی خود نمره دهید. سپس روشهایی که نمره بیشتری را کسب کرده‌اند را در اولویت قرار دهید.
متعهد کردن خود به یک تصمیم

تلاش کنید با در نظر گرفتن منافع خود و دیگر اعضا ذینفع در این تصمیم راه حل مناسب را انتخاب کنید و به استناد دلایل بررسی شده در چک لیستتان نسبت به انجام آن متعهد و ثابت قدم باشید.

- طرح ریزی برای چگونگی اجرای تصمیم

امکانات موجود مهمترین بخش از تصمیم‌گیری می‌باشد و اینکه آیا تصمیم قابلیت عملیاتی شدن دارد یا نه؟ اگر بله مراحل آن را با هدف رسیدن به تصمیم درست و منطقی شناسایی و روی کاغذ بیاورید.



- **اجرای تصمیم**

سعی کنید به تک تک مراحل تصمیم متعهد بمانید

- **ارزیابی پیامدهای واقعی اجرای تصمیم**

نتیجه حاصل از این نوع تصمیم گیری را ارزیابی کنید تا در صورت حصول موفقیت به این روش ادامه دهید (حجازی، ۱۳۹۱).

همواره به منظور حل مشکلات و داشتن بهترین انتخاب از مشورت و نظرات اطرافیان بهرمنند شوید

از شرکت کنندگان بپرسید:

با توجه به محتوای جلسات قبلی ، برنامه شما برای بارداری بعدی چیست؟

هدف شما از فرزندآوری چیست؟

آیا این یک تصمیم منطقی و بر اساس یک تصمیم خانوادگی است؟

پس از شنیدن نظرات شرکت کنندگان محتوی آموزشی زیر را توضیح دهید:

یک رفتار حاصل عمل طرح ریزی شده است و عمل طرح ریزی شده نیز به وسیله نگرش فرد نسبت به رفتار تعیین می شود. منطبق با این تفکر، رفتار باروری فرد توسط سه عامل تحت تاثیر قرار می گیرد که عبارت اند از: نگرش فرد در خصوص داشتن فرزند بر اساس ارزیابی او از هزینه ها و منافع ادراک شده از والد بودن، هنجار ذهنی در خصوص اشتیاق و تمایل به داشتن فرزند در میان دوستان و اعضای خانواده، و احساس فرد از توانایی خود در خصوص رفتار باروری.



اولین عامل مهم در شکل گیری قصد باروری نگرش فرد است. در نتیجه شناسایی و توجه به عوامل تقویت کننده و تضعیف کننده نگرش به باروری بسیار مهم است. نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری پیش شرط داشتن قصد مثبت برای فرزندآوری است. نگرش فرد عموماً نتیجه ارزیابی او از هزینه های عاطفی و مالی داشتن فرزند در قبال منافع مختلفی است که با داشتن فرزند به دست خواهد آورد (Baezzat et al., 2017).

قبل از اقدام جهت بارداری مجدد:

- * در صورت بهینه سازی کنترل قند خون و فشار خون قبل از حاملگی بسیاری از عوارض بیماری قابل پیشگیری هستند.
- * در زنان مبتلا به صرع مشاوره با پزشک قبل از اقدام به بارداری و در صورت امکان کنترل تشنج با استفاده از درمان تک دارویی بسیار مهم است.
- * بروز رسانی مصون سازی در برابر دیفتری و کزاز، آنفلوانزا، هپاتیت ب، در شرایط ایده آل باید بین مصون سازی با واکسن های ویروس زنده مثل سرخک و سرخجه و تلاش برای حامله شدن یک ماه یا بیشتر فاصله باشد.
- * مصرف اسید فولیک از ۳ ماه قبل از بارداری از بسیاری از خطرات پیشگیری می کند.
- * در نژاد پرخطر یا در مناطق آندمیک، مشاوره و سایر راهکارهای پیشگیرانه سبب کاهش ۸۰ درصد میزان بروز موارد جدید تالاسمی ها و کم خونی ها خواهد شد.
- * غربالگری و درمان بیماریهای منتقله جنسی و انجام تست غربالگری سرطان دهانه رحم پیش از بارداری توصیه می شود.
- * حاملگی با یک شاخص توده بدنی مناسب: محاسبه نسبت وزن به مجذور قد (BMI) و در صورت مساوی یا بیشتر بودن از 25 kg/m^2 مشاوره در مورد رژیم غذایی، بررسی از نظر دیابت و سندرم متابولیک، توجه به

کاهش وزن قبل از حامله شدن، و در صورت مساوی یا کمتر بودن از 18.5 kg/m^2 بررسی از نظر اختلالات غذا خوردن. رژیم غذایی با محدودیت کالری دریافتی در دوران حاملگی مورد توافق همه محققان نیست ولی زنان چاق باید با مشاوره با متخصص تغذیه مقدار شکر دریافتی را کاهش دهند، مقدار پروتئین دریافتی را کنترل کنند و میوه و سبزیجات بیشتری مصرف کنند و در طول حاملگی سطح فعالیت مناسبی را حفظ کنند .

* ترک سیگار قبل از بارداری

* مشاوره با پزشک در صورت داشتن بیماری قلبی عروقی، فشارخون مزمن، آسم، بیماری کلیوی، بیماری گوارشی، بیماری تیروئید، و سایر بیماری ها و بهینه سازی وضعیت بیماری قبل از حاملگی و توجه به مصرف داروها.

* دقت به تماس های محیطی با مواد مضر و خطرناک مثل سرب و جیوه.

* غربالگری از نظر مصونیت در برابر سرخجه، بیماری تیروئید، افسردگی، خشونت خانگی و غربالگری افراد پرخطر از نظر هپاتیت C ، سوزاک، سیفلیس، کلامیدیا، ایدز، تالاسمی، بیماری سلول داسی (Cunningham et al., 2014).



نحوه اداره حاملگی بعدی به دنبال مرده زایی:

۱- ویزیت قبل از بارداری یا اولین ویزیت پره ناتال (شرح حال کامل، بررسی و پیگیری مرده زایی قبلی، تعیین خطر عود، ترک استعمال دخانیات، کاهش وزن در زنان چاق فقط قبل از حاملگی، مشاوره ژنتیک

در صورت وجود اختلالات ژنتیکی خانوادگی، غربالگری دیابت، پیگیری ترومبوفیلی ها در صورت وجود اندیکاسیون، حمایت و اطمینان بخشی

برای اداره زنانی که دارای عوامل خطر اصلاح پذیر مرده زایی مانند هیپرتانسیون یا وضعیت کنترل دیابت هستند، استفاده از راهکارهای اختصاصی ضرورت دارد.

۲- سه ماهه اول حاملگی (سونوگرافی برای تعیین سن حاملگی، غربالگری سه ماهه اول، حمایت و اطمینان بخشی)

۳- سه ماهه دوم حاملگی (بررسی سونوگرافیک آناتومی جنین در هفته های ۲۰-۱۸ حاملگی، غربالگری سرم مادر (تست چهارگانه) و یا در صورت انجام غربالگری سه ماهه اول فقط بررسی آلفا فیتوپروتئین، حمایت و اطمینان بخشی

چون حدود نیمی از موارد مرگ جنین با محدودیت رشد جنین در ارتباط هستند، باید بررسی سونوگرافیک آناتومی جنین از نیمه حاملگی آغاز شود. سپس از هفته ۲۸ حاملگی، بررسیهای سریال رشد صورت می گیرد.

۴- سه ماهه سوم حاملگی (غربالگری سونوگرافیک از نظر محدودیت رشد جنین پس از هفته ۲۸ حاملگی، شمارش حرکات جنین از هفته ۲۸ حاملگی، نظارت قبل از زایمان بر جنین از هفته ۳۲ حاملگی یا ۲-۱ هفته زودتر از موعد مرده زایی قبلی، حمایت و اطمینان بخشی)

۵- وضعیت خوابیدن مادر: بعضی از مطالعات اپیدمیولوژی نشان داده است که وضعیت طاق باز ممکن است با تاثیر فشار وزن رحم روی ورید اجوف تحتانی باعث کاهش خونرسانی به رحم شده و افزایش خطر مرده زایی را بدنبال داشته باشد.

۶- اجتناب از برداشتن بار بیش از ۲۰ کیلوگرم، و کار شبانه

۷- هنگام زایمان (القای انتخابی زایمان در ۳۹ هفته، زایمان قبل از ۳۹ هفتگی فقط در صورت تائید بلوغ ریه جنین با آمنیوسنتز)

۸- پیشگویی کننده های بیوشیمیایی خطر مرده زایی:

پروتئین آ پلاسمای همراه با حاملگی: (PAPP-A) سطح پایین این پروتئین تولید شده توسط جفت، در تریمستر اول حاملگی می تواند به دلیل اختلال عملکرد جفت باشد، لذا در این صورت مانیتورینگ بیشتر این زنان لازم است. پروتئین جنینی آلفا: (AFP) سطح بالای این پروتئین جنینی در سرم مادر در تریمستر دوم حاملگی میتواند پیشگویی کننده مرده زایی باشد اما بیشتر در فقدان های با سن حاملگی فوق العاده زودرس گزارش شده است. همچنین بعضی پروتئین های آنژیوژنیک موجود در گردش خون مادر و استروژن های ادرار

مادر می تواند پیشگویی کننده پره اکلامپسی، محدودیت رشد جنینی و مرده زایی باشد. تست های بیوشیمیایی همراه با اولترا سوند به عنوان ابزار غربالگری برای مرده زایی دارای پتانسیل بیشتری خواهند بود. اما فعلا هیچ کدام پتانسیل کافی برای پیشگویی ندارند.

مرده زایی عمدتا در حاملگیهای ترم رخ می دهد. نظارت قبل از زایمان در زنان دارای سابقه مرده زایی که از سایر جهات سالم هستند، باید در هفته ۳۲ حاملگی یا بعد از آن آغاز شود. البته این رویکرد سبب افزایش میزان زایمان زودرس می شود. زایمان در هفته ۳۹ از طریق القا زایمان یا سزارین (در صورت عدم اجازه القا) توصیه می شود (Sundermann et al., 2017b).

از شرکت کنندگان بپرسید: چقدر با مفهوم دلبستگی به جنین آشنایی دارید؟ چقدر این حس در شما وجود داشت؟ تجربه خود را بیان کنید.

فرآیند بارداری و دلبستگی به جنین

بارداری یکی از رویدادهای مهم و تاثیر گذار در زندگی زنان بوده و از لحاظ روان شناختی وسیله ای برای خودشکوفایی آنان تلقی می شود.

بارداری و رابطه اولیه بین مادر و جنین قبل از تولد، دلبستگی مادر به جنین نامیده می شود که در واقع یک تصور انتزاعی مادر از جنین است و به توانایی شناختی و احساسی مادر در رابطه با تصور وجود یک انسان دیگر اطلاق می شود.

دلبستگی هیجانی به فرزند، از ابتدای بارداری شروع شده و تحت تاثیر تصاویر ذهنی مادر از جنین در سه ماهه دوم حاملگی به اوج خود می رسد. دلبستگی بین مادر و جنین برای ادامه بقا ضروری است. دلبستگی مادر و جنین تحت تاثیر مسائلی مانند ارتباط در خانواده، حمایت و پذیرش حاملگی، تصویر ذهنی مادر از خود، سابقه حاملگی قبلی، مشکلات مامایی و طبی دوران بارداری و حاملگی ناخواسته قرار می گیرد. اضطراب زیاد در دوران بارداری باعث اختلال در این رابطه و دلبستگی می شود (Azogh et al., 2018). سابقه مرگ جنین یا نوزاد میتواند اختلالات روحی طول کشیده و مقاومت روحی و روانی در تطابق موفق با حاملگی بعدی را بدنبال داشته باشد و مادر دچار موضع گیری در ابراز احساسات به جنین بعدی شده و دلبستگی کمتری از خود نشان دهد، در حالی که با افزایش دلبستگی مادر به جنین، مادر تمایل بیشتری به اعمال رفتارهای بهداشتی در طی بارداری، مانند ترک مصرف سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبتهای دوران بارداری، شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان و تمایل به شناخت جنین پیدا می کند که این رفتارها پیامد رضایت بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد را بدنبال خواهد داشت. لذا تقویت دلبستگی مادر و جنین

اهمیت ویژه ای دارد. در واقع با دلبستگی در دوران بارداری زن باردار با جنین خود، تجربه های احساسی، عاطفی و ارتباط متقابل داشته و هویت مادری را برای خود گسترش می دهد (Taavoni et al., 2008).

ارائه پمفلت آموزشی

سپس از شرکت کنندگان بخواهید اگر سوالی در خصوص محتوی آموزشی دارند آنرا در گروه مطرح نمایند.

گام چهارم توانمندسازی ارزشیابی (طی دو مرحله فرایند و نهایی) میباشد که پژوهشگر طی جلسات و در ابتدای هر جلسه به ارزشیابی فرایند (بررسی میزان گوش دادن، توجه، فراگیری، علاقه و مشارکت ذهنی) می پردازد و در نهایت ارزشیابی نهایی ۶ هفته پس از اتمام مداخله با تکمیل مجدد پرسشنامه ها انجام میشود.

منابع:

- ۱- شهرام محمدخانی. مهارت خودآگاهی و همدلی. انتشارات دانژه. سال ۱۳۸۵
- ۲- فیلیپا دیویس. ترجمه شهرزاد فتوحی. غلبه بر فشارهای زندگی. انتشارات به تدبیر. ۱۳۸۶
- ۳- ملانی گوردن شیتز. ترجمه شیرین ایزدی. رفتاردرمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجانها و رفتارهای ناشی از آن. انتشارات ارجمند. آبان ۱۳۹۴
- ۴- جزایری سید احمد. مهارتهای مدیریت تعارض. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، پروتال جامع علوم انسانی. مجله تدبیر. شماره ۸۶. ۱۳۷۷
- ۵- استرنبرگ رابرت. ترجمه الهه حجازی. روانشناسی شناختی. انتشارات سمت. تابستان ۱۳۹۱
- ۶- مجموعه آموزشی باروری سالم: لیلیا قزوینیان - مهتاب فیروزنیا - معصومه فرشید مقدم، تحت نظارت دکتر مریم خاکبازان پاییز ۱۳۹۳

