

Effects of Empowerment on the Attitudes toward Fertility and Childbearing in Women with Failed Pregnancies: A Clinical Trial

Mozhgan Zarei Salehabadi¹, Masoomeh Kheirkhah², Nazanin Esmaeili³, Shima Haghani⁴

Abstract

Background & Aims: Failed pregnancy is a destructive and common experience associated with physical, psychological, and cognitive complications, including a negative self-image, doubts about one's fertility, considering the body to be inefficient, and feeling of failure in playing the feminine role and fulfilling the feminine identity adequately, which are manifested through reduced sexual activity and unwillingness to become pregnant again. In addition, the lack of sexual drive causes communicational tensions between parents. Therefore, a failed pregnancy affects the approach and attitude toward parenting, and since attitude is the foremost factor in the development of reproductive behavior, changing attitudes toward childbearing decreases fertility. Repeated pregnancy positively influences the stress caused by a failed pregnancy despite a sense of doubt and hesitation in the parents. After fetal loss, the majority of women need consultations and follow-ups regarding the causes of the incident, estimated risk of future pregnancy, and prevention of recurrence, while they may not be presented with the opportunity and receive no training, and the lack of awareness leads to concerns about the recurrence of the incident, unwillingness for another pregnancy, and even the attempt to conceive inappropriately. Therefore, the provision of an educational, care, and support program for these women with an emphasis on their experience of a failed pregnancy is paramount. Knowledge-based empowerment interventions promote the knowledge of fertility, self-efficacy, self-esteem, and self-control, thereby improving social communication, reducing negative emotions, and creating the right attitude to life experiences; in relation to failed pregnancies, such interventions have not been performed in Iran. The present study aimed to evaluate the impact of empowerment on women with a history of failed pregnancies.

Materials & Methods: This clinical trial was conducted on 80 women with a history of failed pregnancies who were admitted to Shahid Akbarabadi Hospital in Tehran, Iran within the past 3-6 weeks for the termination of pregnancy during January-May 2020. The inclusion criteria were the age of 18-40 years, basic literacy, no medical prohibition for pregnancy, no children, absence of mental disorders, no pregnancy after a failed pregnancy, history of failed pregnancies up to the maximum of two cases, no history of infertility, and intentional failed pregnancy. The exclusion criteria were stressful events during the study, absence in more than one training session, and pregnancy during the study. The names of eligible subjects were extracted from the hospital medical records unit continuously until the completion of the sample size. The women were invited to participate via phone. After obtaining written informed consent from all the subjects, they were assigned to two groups of intervention and control with four random blocks, and each sample was assigned a specific code. In the intervention group, empowerment training was performed based on the steps of threat perception, problem-solving, training participation, and evaluation in four training sessions and group discussions for four consecutive weeks at Akbarabadi Medical Training Center. Before and six weeks after the intervention, data were collected using Soderberg's attitudes toward fertility and childbearing scale, which was completed by both groups. Data analysis was performed in SPSS version 16 using independent and paired t-test, analysis of covariance (ANCOVA), Chi-square, and Fisher's exact test, and the P-value of less than 0.05 was considered significant.

¹. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Nursing Care Research Center (NCRC), Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 09124787691
Email: kheirkhah.m@iums.ac.ir

³. Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Results: The intervention and control groups had no significant differences in terms of the mean age of the women and their spouses, women's age upon marriage, duration of marriage, women's age in the first pregnancy, fetal age, education level, occupation status of the spouses, cause of the failed pregnancy, gender of the expired fetus, method of pregnancy termination, and current method of contraception ($P>0.05$). Before the intervention, no significant differences were observed in the mean scores of attitude toward the fertility and childbearing of the women and all the subscales, with the exception of fertility required for the fulfillment of prerequisites ($P=0.032$) between the intervention and control groups ($P>0.05$). Six weeks after the intervention, the results of independent t-test and ANCOVA indicated significant differences in the mean scores of attitude toward fertility, female fertility, and all the subscales between the study groups ($P<0.001$), and the scores of the intervention group were significantly higher compared to the control group. In addition, the results of paired t-test showed significant differences in the mean scores of attitude toward fertility, childbearing, and all the subscales in the intervention group after the intervention as the scores were higher compared to before the intervention ($P<0.001$), while the difference was not considered significant in the control group ($P>0.05$). The results of independent t-test also indicated that the increase in the scores of attitude toward pregnancy, childbearing, and all the subscales was more significant in the intervention group compared to the control group six weeks after the intervention than before the intervention ($P<0.001$).

Conclusion: The present study aimed to assess the effects of empowerment on the attitudes toward fertility and childbearing in the women with a history of failed pregnancies. According to the results, the mean total score and mean scores of the subscales of attitudes toward fertility and childbearing were significantly higher in the intervention group after the empowerment training compared to the control group, indicating that the implementation of an empowerment program with the aim of increasing knowledge, motivation, self-esteem, and self-efficacy results in self-control, preventive behaviors, and improved attitudes, which in turn positively influence the promotion of health and quality of life. Although pregnancy could be a pleasurable experience for the mother and family, the awareness of loss and feelings of shock, sadness, anger, and rejection cause tremendous ambiguity and concerns about the consequences of future pregnancies, while also causing negative attitudes toward fertility and childbearing, which may lead to immediate attempts for repeated pregnancy without considering the challenges of a terminated pregnancy and recurrence of failed pregnancy or the unreasonable delay of the next pregnancy regardless of the time limit of female fertility. Therefore, psychological support and training along with physical care by knowledgeable experts could be effective by empowering these vulnerable women through providing correct information to eliminate misconceptions, which in turn enhances healthy fertility by improving the attitudes toward fertility and childbearing. Since midwives have more interaction with these women as one of the most effective healthcare team members, they could use our findings to take effective steps toward improving this crisis and finding proper solutions.

Keywords: Empowerment, Attitude, Fertility, Stillbirth, Miscarriage

Conflict of Interest: No

How to Cite: Zarei Salehabadi M, Kheirkhah M, Esmaeili N, Haghani SH. Effects of Empowerment on the Attitudes toward Fertility and Childbearing in Women with Failed Pregnancies: A Clinical Trial. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(125):55-69.

Received: 11 May 2020

Accepted: 11 Aug 2020

تأثیر توانمندسازی بر نگرش به باروری و فرزندآوری زنان با حاملگی نافرجام: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

مژگان زارعی صالح آبادی^۱، معصومه خیرخواه^۲، نازنین اسماعیلی^۳، شمیم حقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بارداری نافرجام تجربه‌ای مخرب و شایع با عوارض جسمی، روانی و شناختی می‌باشد که بر رویکرد و نگرش والدین به والدشدن تأثیر دارد. توانمندسازی با ارتقاء دانش باروری، خودکارآمدی، عزت نفس و خودکنترلی سعی در بهبود نگرش به باروری و فرزندآوری زنان با حاملگی نافرجام دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر توانمندسازی بر نگرش به باروری و فرزندآوری زنان با سابقه بارداری نافرجام طراحی گردید.

روش بررسی: کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی از دی ۱۳۹۸ تا اردیبهشت ۱۳۹۹ بر روی ۸۰ زن با حاملگی نافرجام که با بلوک تصادفی چهار تایی به گروه‌های کنترل و مداخله تخصیص داده شدند در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد. برای گروه مداخله، جلسات آموزشی مبتنی بر گام‌های توانمندسازی (درک تهدید، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی، ارزشیابی) برگزار شد. قبل و ۶ هفته پس از مداخله مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری (Soderberg (AFCS)، توسط دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با SPSS نسخه ۱۶ با آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، آنالیز کوواریانس، مجذور کای و دقیق فیشر انجام شد. ($P < 0/05$ معنی‌دار گزارش شد).

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش به باروری و فرزندآوری گروه کنترل قبل و بعد از مداخله و گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله تفاوت نداشتند. در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار بود. بعد از مداخله، میانگین نمره گروه مداخله، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری کلی: حمایت روانی و آموزش به موازات مراقبت جسمی، توسط فردی آگاه و متخصص می‌تواند با توانمندسازی این زنان آسیب‌پذیر از طریق ارائه اطلاعات صحیح و اصلاح باورهای نادرست مؤثر بوده و با بهبود نگرش به باروری و فرزندآوری باروری سالم را به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی، نگرش، باروری، مرده‌زایی، سقط خودبخودی

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۹/۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۵/۲۱

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

به ختم ناخواسته بارداری یا از بین رفتن محصول حاملگی، از شروع حاملگی تا تولد، حاملگی نافرجام اطلاق می‌شود^(۱)، که تجربه‌ای متأثر کننده و شایع همراه با تنش روحی- روانی می‌باشد^(۲). سالانه دو میلیون زن به خاطر از دست دادن جنین متأثر می‌شوند^(۳). از هر شش حاملگی شناخته شده یک مورد منجر به سقط و از هر ۲۰۰ تولد یک مورد منجر به مرده زایی می‌شود. سالانه تقریباً ۲۰۰۰ ختم حاملگی به دلیل آنومالی‌های جنینی اتفاق می‌افتد و بیش از ۱۰۰۰۰ حاملگی خارج از رحمی تشخیص داده می‌شود^(۴).

حاملگی نافرجام بویژه برای کسانی که نسبت به آن آگاهی ندارند شوک آور است^(۵). سقط یا مرده زایی با علائم روانی، مثل افسردگی، اضطراب، حس شکست و گناه، و انزوای اجتماعی همراه می‌باشد^(۶). یکی از عوارض حاملگی از دست رفته تغییر تصویر ذهنی از خود به عنوان فردی ناتوان در باروری است که این حس ارتباط نزدیکی با اعتماد به نفس دارد^(۷،۸). این زنان پس از فقدان، نسبت به توانایی باروری خود دچار تردید می‌شوند^(۹). Burden بیان نمود که آنها، پس از فقدان جنین بدن خود را ناکارآمد پنداشته، احساس شکست در ایفای نقش و عدم کفایت هویت زنانگی را بیان می‌کنند و با کاهش فعالیت جنسی تمایلی به تجربه مجدد بارداری ندارند^(۱). واکنش‌های عاطفی و احساسی به فقدان، مسائل جنسی، کنترل حاملگی و بارداری مجدد با یکدیگر تداخل داشته و موجب آشفتگی می‌شود، چرا که از سرگیری روابط جنسی یادآور ضایعه حاملگی نافرجام می‌باشد. از طرفی تمایل برای بارداری وجود دارد و از طرفی از بارداری مجدد وحشت دارند. این یادآوری و درگیری‌های ذهنی و کاهش تمایل جنسی باعث تنش‌های جنسی و سایر تنش‌های ارتباطی بین زوجین می‌شود^(۱۰). بنابراین حاملگی نافرجام رویکرد و نگرش والدین به والد شدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۶).

براساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده (Theory of Planned Behavior)، نگرش، اولین عامل در شکل

گیری رفتار باروری است^(۱۱). نگرش حالتی درونی است که بر رفتار و ارزش‌های منتخب اثر می‌گذارد^(۱۲). رفتار باروری تحت تأثیر نگرش به فرزندآوری، هنجار ذهنی تمایل به فرزند، و احساس فرد از توانایی خود در رفتار باروری می‌باشد. نگرش مثبت به فرزندآوری پیش شرط قصد فرزندآوری است^(۱۳). نگرش به باروری و فرزندآوری، زمان والد شدن را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۱۴). تغییر نگرش به فرزندآوری مهم‌ترین علت کاهش نرخ باروری است^(۱۵). برخی جامعه‌شناسان تغییر نگرش به فرزندآوری را مهم‌ترین علت کاهش باروری و کوچک شدن بعد خانوار در دهه‌های اخیر می‌دانند^(۱۶).

باروری یکی از اجزای تعیین رشد جمعیت می‌باشد^(۱۷). میزان باروری کلی (Total Fertility Rate) در سراسر جهان در حال کاهش بوده چرا که تمایل به فرزندآوری با نگرش زوجین ارتباط عمیقی دارد^(۱۸). کاهش باروری از مسایل اجتماعی است که جامعه ایران نیز با آن روبرو است^(۱۹). به طور کلی حاملگی مجدد اثری مثبت بر فشار روانی بدنبال حاملگی از دست رفته دارد^(۲۰) اما تردید و دودلی در زوجین با تجربه فقدان، بدلیل ترس از دست دادن مجدد بارداری وجود دارد. حاملگی جدید احساسات همراه با از دست دادن و دلبستگی به جنین مرده را زنده می‌کند و سطح بالاتری از اختلالات روانی، در زنان حامله، پس از تجربه فقدان، نسبت به زنان حامله بدون این تجربه، وجود دارد^(۲۱). بسیاری از این زنان پس از فقدان نیاز به پیگیری و بحث راجع به علت فقدان، ابهامات و تخمین احتمال وجود خطر برای حاملگی آینده را دارند، ولی بیشتر آنها به دلیل نداشتن دسترسی به این موقعیت اضطراب بیشتری را گزارش می‌کنند^(۱). الله دادیان و همکاران بیان کردند که اغلب این مادران جهت آماده شدن برای حاملگی بعدی و پیشگیری از وقوع مجدد این اتفاق آموزشی ندیده بودند و فقدان آگاهی سبب نگران شدن آنها از تکرار حادثه شد^(۲۲). زنان پس از فقدان بارداری به دلیل دریافت نکردن آموزش بعد از ترخیص از بیمارستان، اطلاعاتی از تغییرات جسمی و روانی پس از زایمان نداشتند و این ناآگاهی

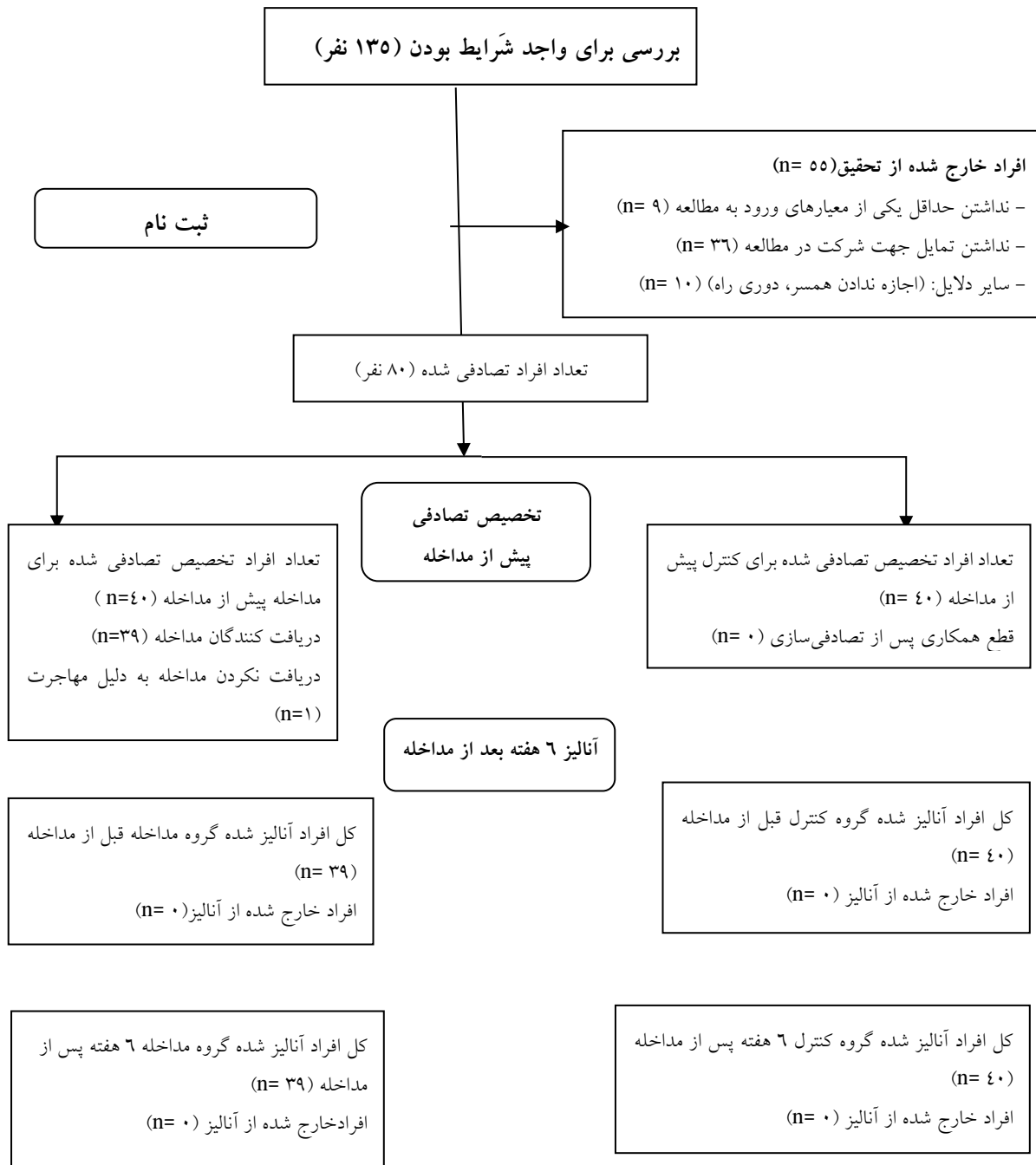
به اهداف سلامت باروری را ممکن می‌سازد^(۲۲). الگوی توانمندسازی الحانی الگویی ایرانی است^(۲۸)، که هدف اصلی آن توانمندسازی خانواده به منظور ارتقاء سطح سلامت است^(۲۹). در این مدل عضو فعال خانواده در تمامی مراحل کار مشارکت دارد^(۳۰). این مدل مراحل تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی را به عنوان یک راهکار عملی در ارتقاء بهداشت مطرح می‌نماید^(۳۱). بهبودی مقدم و همکاران با اجرای برنامه توانمندسازی بر اساس مدل الحانی^(۳۲)، سبب ارتقا کیفیت زندگی زنان HIV مثبت شدند^(۳۳). مداخلات توانمندسازی مبتنی بر دانش، ارتباطات اجتماعی را ارتقا، احساسات منفی را کاهش و باعث بهبود نگرش به تجربیات زندگی می‌شود^(۳۴). تاکنون به مسئله توانمندسازی زنان با سابقه حاملگی نافرجم در کشور پرداخته نشده است. با استناد به شرح وظایف ماما در حمایت عاطفی و روانی زن و خانواده، و آموزش و مشاوره (شرح وظایف ماما- وزارت بهداشت، ۱۳۹۴) و با توجه به دسترسی زنان به ماما بر آن شدیم تا با بکارگیری الگوی توانمندسازی بر اساس گام های چهارگانه^(۳۰) الگوی توانمندسازی این زنان در ایجاد نگرش صحیح به باروری را طراحی و اجرا نماییم. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر توانمندسازی بر نگرش به باروری و فرزندآوری زنان با سابقه بارداری نافرجم انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد که بر روی ۸۰ زنی که به دلیل ختم حاملگی نا فرجام در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی از دی ۱۳۹۸ تا اردیبهشت ۱۳۹۹ بستری شده و ۶-۳ هفته از وقوع این حادثه گذشته بوده انجام شد (نمودار شماره ۱).

شدت داغیدگی آنها را بیشتر کرده بود^(۲۲) Burden و همکاران عوامل مسبب مشکلات روانی ناشی از فقدان را، حمایت ضعیف خانواده و اجتماع، باردار نشدن مجدد، نداشتن فرزند دیگر، فقدان اعتماد به نفس و خودکارآمدی، تکرار حاملگی‌های از دست رفته، اندوه طولانی، نادیده گرفته شدن از طرف مراقبین سلامت و سابقه ناباروری بیان کردند^(۶). بنابراین ارائه یک برنامه آموزشی، مراقبتی و حمایتی، با تأکید بر تجربیات پیشین زن از حاملگی نافرجم، حمایت جهت بازگشت به زندگی عادی و تمرکز بر نگرانی از نتیجه بارداری آتی بسیار مهم می‌باشد^(۲۳). مراقبت، نظارت، مدیریت، آموزش و حمایت در فاصله بین دو حاملگی منجر به بحث راجع به ابهامات، روشن شدن مسائل، ایجاد اطمینان دوباره و احساس توانایی در تصمیم گیری می‌شود. با وجود نیاز والدین با سابقه فقدان، به داشتن ملاقات با مراقبین سلامت و کسب اطلاعات، پس از ترخیص از بیمارستان، برنامه مناسبی جهت پیگیری، مراقبت و حمایت این مادران آسیب دیده وجود ندارد^(۲۴). ارائه اطلاعات صحیح و آموزش‌های ضروری از طرف مراقبین سلامت، مسئله مهمی برای این مادران است و فقدان احتمال حاملگی نافرجم راجعه را افزایش می‌دهد^(۲۲).

یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت توانمندسازی جهت ارتقا سلامت است^(۲۵). توجه به سلامت روان زنان پس از تجربه فقدان به منظور بهینه سازی سلامت مادر و نسل آینده است^(۱). آموزش با تبادل اطلاعات منشأ قدرت شده و منجر به توانمندسازی افراد می‌شود^(۲۶). در آموزش بهداشت بحث گروهی روشی کارساز در گروه‌های با علائق و مشکلات مشترک می‌باشد^(۲۷). توجه به اینکه بهداشت باروری تضمین کننده سلامت جامعه است، بهبود کیفیت خدمات به زنان با سابقه حاملگی نافرجم دستیابی



نمودار شماره ۱: مطالعه بررسی تاثیر آموزش توانمندسازی برنگرش به باروری و فرزندآوری زنان با سابقه حاملگی نافرجام

از یک جلسه آموزشی، و باردار شدن در حین مطالعه بود. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان (۰/۹۵) و توان آزمون (۰/۸۰) و با در نظر گرفتن اندازه اثر کوهن در حد متوسط بر متغیر نگرش به باروری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل (E.S=۰/۰۵)، پس از مقدار گذاری در فرمول، حداقل حجم نمونه در هر گروه ۳۲ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود شامل سن ۴۰-۱۸ سال، سواد خواندن و نوشتن، تأهل، نداشتن ممنوعیت پزشکی جهت بارداری، نداشتن فرزند، نداشتن بیماری روانی، باردار نشدن پس از فقدان، سابقه فقدان تا حداکثر دو مورد، نداشتن سابقه ناباروری، خواسته بودن حاملگی از دست رفته و معیارهای خروج شامل پیشامد تنش زا در حین مطالعه، غیبت در بیش

مکان ملاقات در لیست قرار دهد. به این ترتیب نمونه‌ها بدون اطلاع خودشان و پژوهشگر و کاملاً تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار می‌گرفتند. سپس نمونه‌ها همراه با لیست تخصیص به پژوهشگر تحویل داده می‌شدند. در آغاز به شرکت کنندگان در طرح اطمینان داده می‌شد که تمامی اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. در این مطالعه یک نفر به دلیل مهاجرت و شرکت نکردن در جلسات آموزشی از گروه مداخله خارج گردید.

محتوای آموزشی با استفاده از کتب مرجع تهیه و روایی آن به تأیید پنج نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران رسید. در گروه مداخله توانمندسازی بر اساس گام‌های (درک تهدید، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی، ارزشیابی) در قالب چهار جلسه آموزشی و بحث گروهی ۹۰ دقیقه‌ای طی بهار هفته متوالی در چهار گروه ۸-۱۲ نفره، با نمایش اسلاید و پرسش و پاسخ، در اتاق آموزش زایمان فیزیولوژیک مرکز آموزشی درمانی اکبرآبادی اجرا شد (جدول شماره ۱).

که با احتساب ریزش (۲۵٪) حجم نمونه در هر گروه ۴۰ نفر برآورد گردید. سپس اسامی واجدین معیارهای ورود از واحد مدارک پزشکی بیمارستان به طور مستمر استخراج و شرکت کنندگان پس از توضیح اهداف مطالعه و محتوای آموزشی، به صورت تلفنی جهت شرکت در مطالعه دعوت شدند و پس از اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه و آزادانه از همه نمونه‌ها در بدو ورود، با بلوک‌های تصادفی چهارتایی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند و به هر نمونه یک کد اختصاصی تعلق گرفت. ابتدا به لیست بلوک‌ها اعداد ۱ تا ۶ اختصاص داده شد، سپس یکی از همکاران غیر درگیر در پژوهش از بین اعداد ۱ تا ۶ به طور تصادفی ۲۰ بار این اعداد را انتخاب کرد و ترتیب شماره بلوک‌ها مشخص و لیست کامل تخصیص (از ۱ تا ۸۰) جهت دو گروه مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) مشخص گردید. در روز مراجعه مدعوین، هر بار، لیست تخصیص آماده شده در اختیار همکار غیر درگیر در طرح (منشی درمانگاه) قرار داده می‌شد تا اسامی نمونه‌ها را به ترتیب ورود به

جدول شماره ۱: برنامه جلسات آموزشی گروه مداخله

جلسات	فهرست مطالب آموزشی بر اساس گام‌های توانمندسازی
۱	معرفه، بیان اهداف پژوهش، تعریف حاملگی نافرجام و شیوع آن، کمک به تخلیه هیجانی مادران از طریق شرح واقعه از زبان خود زنان و به اشتراک گذاشتن تجربه فقدان و بیان باورهای ناکارآمد و تضعیف کننده (درک تهدید ارائه خلاصه‌ای از مطالب آموزشی جلسه در قالب پمفلت (مشارکت آموزشی))
۲	افزایش آگاهی در باره مرگ جنین و علل آن، پذیرش واقعیت و متعاقب آگاهی، افزایش درک از واقعه (درک تهدید)، راه‌های اصلاح خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد، مدیریت احساسات، پذیرش واقعیت، نگرش و مراحل تغییر و بهبود نگرش، تمرین واکنش‌های منطقی و افکار جایگزین در مواجهه با باورهای ناکارآمد (مشکل گشایی) ارائه خلاصه‌ای از مطالب آموزشی جلسه در قالب پمفلت (مشارکت آموزشی)
۳	راهکارهای کنترل شرایط جسمانی و روانی، روش‌های خود مراقبتی (روش‌های موقت پیشگیری از بارداری، زمان شروع روابط جنسی، تأکید بر مصرف مکمل‌ها و بهداشت فردی) و بحث گروهی با هدف برانگیختگی و فعال نمودن اعضای گروه در بیان مشکل و تقویت خودکارآمدی و خودکنترلی و راهبردهای مقابله‌ای (حمایت اجتماعی)، شرح فرآیند باروری، تصمیم‌گیری و شک و تردید در تصمیم‌گیری (مشکل گشایی) ارائه خلاصه‌ای از مطالب آموزشی جلسه در قالب پمفلت (مشارکت آموزشی)
۴	تعیین هدف، توجه به ارزش‌های فردی، خواسته‌ها، خودآگاهی، آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری، یافتن راه حل توسط خود زنان و کمک به تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه با معرفی گزینه‌های انتخابی موجود و نکات مثبت و منفی هر انتخاب (مشکل گشایی) دل‌بستگی مادر به جنین، فرآیند باروری و باروری سالم و پیامد مثبت حضور فرزند، اقدامات لازم پیش از بارداری مجدد، ارتقای انگیزه جهت اقدامات لازم و پیشگیری با آگاه‌سازی (حمایت اطلاعاتی) ارائه خلاصه‌ای از مطالب آموزشی جلسه در قالب پمفلت (مشارکت آموزشی)

شامل: گویه‌های ۱۱، ۲۰، ۲۱، ۲۵ می‌باشد که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) نمره گذاری می‌شود. گویه‌های ۱۰ تا ۲۱ و ۲۵ نمره دهی به صورت معکوس است. دامنه جمع نمره‌های گویه‌ها از ۲۳ تا ۱۱۵ است. نمره بالاتر نشانه نگرش مثبت‌تر به باروری است. این مقیاس توسط باعزت و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹۲ بومی و پایایی آن تأیید شد^(۱۱). همچنین Miyata و همکاران نسخه ژاپنی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۱۱ تأیید کردند^(۳۳). روایی محتوای ابزارها توسط پنج نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ایران مجدداً تأیید شد. همچنین برای کل ابزار نگرش به باروری و فرزندآوری، همبستگی درونی سؤالها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲۸، ۰/۷۶۳ برای زیر مقیاس فرزند به عنوان رکن زندگی، ۰/۷۵۷ برای زیر مقیاس موکول کردن باروری به آینده، ۰/۶۶۶ برای فرزند به عنوان مانع و ۰/۸۵۶ برای باروری مستلزم تحقق پیش زمینه‌ها بدست آمد. تکرارپذیری به روش ضریب همبستگی پیرسون برای کل ابزار ۰/۹۳۷ و زیر مقیاس‌های فرزند به عنوان رکن زندگی ۰/۹۶۶، موکول کردن باروری به آینده ۰/۸۰۱، فرزند به عنوان مانع ۰/۹۸۱ و باروری مستلزم تحقق پیش زمینه‌ها ۰/۷۹۹ بدست آمد.

این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1397.1327 تصویب شد و با کد TCTR20191226001 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی تایلد به ثبت رسید. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی مانند جداول فراوانی، شاخص‌های عددی و آمار استنباطی مانند آزمون‌های آماری فیشر، کای دو، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز کوواریانس صورت گرفت و سطح معنی‌داری در این پژوهش $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

خلاصه‌ای از مطالب بحث شده هر جلسه در قالب پمفلت در انتهای هر جلسه به شرکت کنندگان ارائه شد. جهت ترغیب نمونه‌ها به شرکت متوالی در جلسات در زمان‌های مشخص، پژوهشگر هر هفته با پیگیری تلفنی و بیان مکرر اهداف پژوهشی و توجیه شرکت کنندگان احتمال حضور نیافتن را کم نمود. برخی از نمونه‌ها جهت پیگیری خدمات پاراکلینیکی مربوط به حاملگی از دست رفته ملزم به مراجعه به بیمارستان بودند و سعی می‌کردند مراجعاتشان حتی المقدور هماهنگ با روزهای آموزش توانمندسازی باشد.

به منظور اجرای گام چهارم الگو (ارزشیابی) پژوهشگر طی جلسات به ارزشیابی فرآیند از طریق طرح پرسش‌های شفاهی از مطالب بیان شده می‌پرداخت و ارزشیابی نهایی شش هفته پس از اتمام مداخله با تکمیل مجدد پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری انجام شد. در حین مطالعه هیچ مداخله‌ای در گروه کنترل صورت نگرفت و پس از ارزشیابی نهایی به منظور رعایت اخلاق در پژوهش مطالب آموزشی در قالب پمفلت‌هایی در اختیار گروه کنترل قرار داده شد.

ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات فردی- باروری و نسخه فارسی مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری Soderberg^(۳۵) بود. پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سئوالاتی در مورد سن، تحصیلات، شغل زوجین، وضعیت اقتصادی، سن ازدواج زن، طول مدت ازدواج، سن زن هنگام اولین بارداری، علت حاملگی نافرجام، سن و جنسیت جنین از دست رفته، روش ختم بارداری، روش فعلی پیشگیری از بارداری بود. مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری Soderberg^(۳۵) متشکل از چهار زیر مقیاس و ۲۳ گویه بود. زیرمقیاس اول، فرزند به عنوان رکن زندگی شامل: گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۲۳، ۲۷، زیرمقیاس دوم، فرزند به عنوان مانع شامل: گویه‌های ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۲۹ و ۳۰، زیرمقیاس سوم، موکول کردن باروری به آینده شامل: گویه‌های ۱۰، ۱۲، ۱۳ و ۱۴، زیرمقیاس چهارم، باروری مستلزم تحقق پیش زمینه‌ها

یافته‌ها

سال)، سن بارداری ($7/84 \pm 11/35$ هفته)، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال زوجین، وضعیت اقتصادی، علت حاملگی نافرجام، جنس جنین از دست رفته، روش ختم بارداری و روش فعلی پیشگیری از بارداری تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند ($P > 0/05$) (جدول شماره ۲ و ۳).

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از نظر میانگین سن زنان مورد پژوهش ($5/84 \pm 30$ سال)، سن همسران ($5/44 \pm 33/46$ سال)، سن ازدواج زنان ($6/35 \pm 26/44$ سال)، طول مدت ازدواج ($2/74 \pm 3/60$ سال)، سن زن هنگام اولین بارداری ($5/83 \pm 28/55$ سال)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان مورد مطالعه و همسرانشان در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	متغیر		مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)
	مداخله	کنترل		
*p=0/529	ابتدایی و راهنمایی	۱۱ (۲۸/۲)	۱۶ (۴۰)	
	تحصیلات زن	۱۹ (۴۸/۷)	۱۷ (۴۲/۵)	
	دانشگاهی	۹ (۲۳/۱)	۷ (۱۷/۵)	
	کل	۳۹ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	
**p=0/481	خانه دار	۳۴ (۸۷/۲)	۳۷ (۹۲/۵)	
	وضعیت اشتغال زن	۵ (۱۲/۸)	۳ (۷/۵)	
	شاغل	۳۹ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	
	کل	۳۹ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	
*p=0/142	ابتدایی و راهنمایی	۱۱ (۲۸/۲)	۱۹ (۴۷/۵)	
	تحصیلات همسر	۱۸ (۴۶/۲)	۱۶ (۴۰)	
	دانشگاهی	۱۰ (۲۵/۶)	۵ (۱۲/۵)	
	کل	۳۹ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	
*p=0/192	کارگر	۱۰ (۲۵/۶)	۱۶ (۴۰)	
	وضعیت اشتغال همسر	۹ (۲۳/۱)	۴ (۱۰)	
	کارمند	۲۰ (۵۱/۳)	۲۰ (۵۰)	
	آزاد	۳۹ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	
*p=0/858	مطلوب	۹ (۲۳/۱)	۸ (۲۰)	
	وضعیت اقتصادی	۲۳ (۵۹)	۲۶ (۶۵)	
	نسبتا مطلوب	۷ (۱۷/۹)	۶ (۱۵)	
	نامطلوب	۳۹ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	

*آزمون کای دو **آزمون دقیق فیشر

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مشخصات بارداری زنان با حاملگی نافرجام در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	متغیر	
** p = ۰/۴۰۰	۲۱ (۵۲/۵)	۱۹ (۴۸/۷)	سقط	علت از دست رفتن حاملگی
	۶ (۱۵)	۸ (۲۰/۵)	مرده زایی	
	۳ (۷/۵)	۰ (۰)	ناهنجاری جنین	
	۱۰ (۲۵)	۱۲ (۳۰/۸)	حاملگی خارج از رحم	
	۴۰ (۱۰۰)	۳۹ (۱۰۰)	کل	
* p = ۰/۹۹۸	۵ (۱۲/۹)	۵ (۱۲/۸)	دختر	جنس جنین از دست رفته
	۶ (۱۵)	۶ (۱۵/۴)	پسر	
	۲۹ (۷۲/۵)	۲۸ (۷۱/۸)	نامشخص	
	۴۰ (۱۰۰)	۳۹ (۱۰۰)	کل	
** p = ۰/۵۶۰	۳۱ (۷۷/۵)	۲۷ (۶۲/۲)	طبیعی (دفع از واژن)	روش ختم بارداری
	۱ (۲/۵)	۳ (۷/۷)	جراحی (برش روی شکم)	
	۸ (۲۰)	۹ (۲۳/۱)	دارویی (متوترکسات)	
	۴۰ (۱۰۰)	۳۹ (۱۰۰)	کل	
** p = ۰/۹۱۳	۵ (۱۲/۵)	۵ (۱۲/۸)	کاندوم	روش پیشگیری از بارداری
	۲ (۵)	۲ (۵/۱)	قرص	
	۲۹ (۷۲/۵)	۳۰ (۷۶/۹)	طبیعی	
	۴ (۱۰)	۲ (۵/۱)	بدون روش	
	۴۰ (۱۰۰)	۳۹ (۱۰۰)	کل	

*آزمون کای دو **آزمون دقیق فیشر

معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتیجه آزمون تی زوجی نشان داد که نگرش به باروری و فرزندآوری و چهار زیر مقیاس آن در گروه مداخله شش هفته بعد از مداخله به طور معنی داری بالاتر از قبل از مداخله بوده ($P < ۰/۰۰۱$)، اما در گروه کنترل قبل و شش هفته بعد از مداخله تفاوت معنی دار آماری نداشت ($> ۰/۰۰۵$) (P) (جدول شماره ۴).

یافته‌ها نشان داد در گروه مداخله افزایش نمرات نگرش به باروری و فرزندآوری و همه زیر مقیاس‌های آن شش هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به صورت معنی داری از کنترل بیشتر بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۵).

میانگین نمره نگرش به باروری و فرزندآوری و سه زیر مقیاس فرزند به عنوان رکن زندگی، موکول کردن باروری به آینده، و فرزند به عنوان مانع، قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی دار آماری نداشت ($P > ۰/۰۰۵$)، ولی بعد از مداخله این اختلاف معنی دار بوده ($P < ۰/۰۰۵$) به صورتی که میانگین نمرات در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود. لازم به ذکر است قبل از مداخله زیر مقیاس بارداری مستلزم تحقق پیش زمینه‌ها، در دو گروه تفاوت معنی دار آماری داشت ($P = ۰/۰۳$) بنابراین برای مقایسه بعد از مداخله از آنالیز کوواریانس با کنترل نمره قبل از مداخله استفاده شد. نتیجه آنالیز کوواریانس نشان داد که میانگین نمره کسب شده در گروه مداخله به طور

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمره نگرش به باروری و فرزندآوری زنان مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		نگرش به باروری و فرزندآوری
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$p = ۰/۳۷۱$	$۲۵/۰۲ \pm ۴/۹۰$	$۲۶/۱۵ \pm ۶/۱۷$	قبل از مداخله	فرزند به عنوان رکن	
$p < ۰/۰۰۱$	$۲۴/۶۷ \pm ۴/۹۴$	$۳۳/۸۲ \pm ۷/۳۶$	بعد از مداخله	زندگی	
	$p = ۰/۱۷۷$	$p < ۰/۰۰۱$	آزمون تی زوجی		
$p = ۰/۸۷۰$	$۱۳/۳۷ \pm ۳/۶۲$	$۱۳/۲۳ \pm ۴/۱۵$	قبل از مداخله	موکول کردن باروری به	
$p < ۰/۰۰۱$	$۱۳/۰۲ \pm ۳/۸۰$	$۱۹/۷۹ \pm ۴/۱۳$	بعد از مداخله	آینده	
	$p = ۰/۱۱۴$	$p < ۰/۰۰۱$	آزمون تی زوجی		
$p = ۰/۶۴۴$	$۱/۱۵ \pm ۴/۰۰$	$۱۴/۶۹ \pm ۴/۷۴$	قبل از مداخله	فرزند به عنوان مانع	
$p < ۰/۰۰۱$	$۱۵/۲۰ \pm ۴/۲۷$	$۲۲/۳۸ \pm ۴/۹۷$	بعد از مداخله		
	$p = ۰/۷۹۳$	$p < ۰/۰۰۱$	آزمون تی زوجی		
$p = ۰/۰۳۲$	$۹/۱۰ \pm ۳/۶۵$	$۷/۳۸ \pm ۳/۳۰$	قبل از مداخله	باروری مستلزم تحقق	
$p < ۰/۰۰۱$	$۹/۱۰ \pm ۳/۷۹$	$۱۳/۵۶ \pm ۳/۰۷$	بعد از مداخله	پیش زمینه ها*	
	$p = ۰/۹۹۹$	$p < ۰/۰۰۱$	آزمون تی زوجی		
$p = ۰/۷۲۶$	$۶۲/۶۵ \pm ۱۴/۲۱$	$۶۱/۴۶ \pm ۱۵/۸۴$	قبل از مداخله	کل	
$p < ۰/۰۰۱$	$۶۲ \pm ۱۴/۹۹$	$۸۹/۵۶ \pm ۱۷/۴۰$	بعد از مداخله		
	$p = ۰/۲۲۲$	$p < ۰/۰۰۱$	آزمون تی زوجی		

*آنالیز کوواریانس

جدول شماره ۵: شاخص‌های عددی تغییرات نگرش به باروری و فرزندآوری در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		تغییرات نگرش به باروری و فرزندآوری
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < ۰/۰۰۱$	$۱/۶۱$	$-۰/۳۵$	$۸/۳۲$	$۷/۶۶$	فرزند به عنوان رکن زندگی
$p < ۰/۰۰۱$	$۱/۳۶$	$-۰/۳۵$	$۵/۰۸$	$۶/۵۶$	موکول کردن باروری به آینده
$p < ۰/۰۰۱$	$۱/۱۹$	$۰/۰۵$	$۵/۸۴$	$۷/۶۹$	فرزند به عنوان مانع
$p < ۰/۰۰۱$	$۱/۰۳$	$۰/۰۰$	$۴/۲۴$	$۶/۱۷$	باروری مستلزم تحقق پیش زمینه‌ها
$p < ۰/۰۰۱$	$۳/۳۰$	$-۰/۶۵$	$۲۱/۵۲$	$۲۸/۱۰$	کل

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر توانمندسازی بر نگرش به باروری و فرزندآوری زنان با سابقه حاملگی نافرجم انجام شد، یافته‌ها نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی با اهداف افزایش آگاهی، انگیزه، عزت نفس و خودکار آمدی، به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه و بهبود نگرش به باروری و فرزندآوری زنان با سابقه حاملگی نافرجم منجر می‌شود.

با وجود تأثیر نگرش به باروری و فرزندآوری بر رفتار باروری حتی در زنان با سابقه حاملگی نافرجم، مداخله‌ای با هدف بهبود نگرش این زنان یافت نشد بنابراین به مطالعاتی که بر تأثیر مداخلات بر سایر جنبه‌های این نوع حاملگی پرداخته است اشاره می‌شود. براساس یافته‌های الله دادیان و همکاران بسیاری از زنان ایرانی با سابقه مرده زایی ارجاع داده شده به مراکز سلامت استان اصفهان، از فقدان آموزش لازم جهت سازگاری با رویداد و بهبود سلامتی شکایت داشته و معتقد بودند که در

زن، سهیم شدن در احساساتش و پذیرفته شدنش از طرف ماما و کمک به بهبودی و استقلال فرد از طریق دادن اطلاعات راجع به سقط و علل آن، پیش آگهی برای حاملگی بعدی و مواجهه با خطر سقط انجام دادند. در این مداخله ماما با کمک به درک موقعیت باعث تسهیل روند اندوه شده و بر تجربیات خود زن از چیزی که از دست داده و سهیم شدن در آن، برگشت به زندگی عادی و کاهش نگرانی در مورد حاملگی بعدی تأکید می‌کند و اجازه می‌دهد بیمار از نظر احساسی خودش را پیدا، آماده و درمان کند^(۳۳). نویدیان و سراوانی، چند روز پس از مرده زایی با انجام مشاوره شناختی رفتاری، نتیجه گرفتند که مشاوره، علاوه بر کاهش علائم اندوه، به گذر سریع‌تر از این دوران و پیشگیری از اندوه عارضه‌دار کمک می‌کند. بنابراین گنجاندن مداخلات روانی در سیستم مراقبت مادران ضروری است^(۳۹).

در مطالعه حاضر نیز سعی شد با تشویق زنان به بیان واقعه و به اشتراک گذاشتن تجربه فقدان در گروه، ضمن کمک به تخلیه هیجانی و کشف باورهای ناکارآمد با دادن اطلاعات صحیح جهت ارتقاء شناخت و اصلاح خطاهای شناختی، و ارائه راهبردها به منظور مدیریت احساسات و شرایط، و معرفی گزینه‌های انتخابی موجود با حمایت اطلاعاتی و اجتماعی سبب ارتقاء توانایی و آگاهی، افزایش عزت نفس و خودکارآمدی، و خودکنترلی شده و نگرش بهتری نسبت به باروری و فرزندآوری پیدا کنند.

از نظر بسیاری از زنان، فرزندآوری یک مرحله مهم از زندگی زن‌شویی است^(۴۰). نگرش مثبت به فرزند احتمال فرزنددار شدن را افزایش و اعتقاد به تأثیر منفی فرزند بر آزادی احتمال تمایل به باروری را کاهش می‌دهد^(۴۱). در رابطه با نگرش به والد شدن بسیاری از دانشجویان پسر و دختر دامنارکی فرزند را عامل تکامل شخصیت می‌دانند ولی برای زنان داشتن فرزند مهم‌تر است. همچنین بیشتر تمایلات به فرزندآوری بعد از دوره کاهش توانایی بیولوژی باروری زنان است و این نشانه دانش کم باروری و نیاز به مداخلات آموزشی می‌باشد^(۴۲). در پژوهش حاضر در طول

صورت دریافت نیازهای آموزشی، آسان‌تر با تجربه از دست دادن حاملگی تطابق پیدا می‌کنند^(۳۲). برخی از مادران بستری در یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به دلیل مرگ پری ناتال بیان کردند که در مواجهه با مرگ پری ناتال با خود توجیه سازی، خود کنترلی و واقع بین بودن سعی در فراموش کردن آن می‌کنند تا به بارداری آینده امیدوار باشند و در پیمودن این فرآیند نیاز به درک شدن دارند. همچنین ارائه خدمات آموزشی، تسکینی و حمایتی طی شدن این فرآیند را تسهیل می‌کند^(۳۷). دو تم اصلی استخراج شده از مصاحبه Meany و همکاران با ۱۰ مادر و ۵ پدر ایرلندی با سابقه مرده زایی، پیرامون نگرانی‌های والدین درباره حاملگی پس از مرده زایی، آرزو برای حاملگی آینده همراه با ترس از دست دادن دوباره حاملگی، پاسخ‌های اجتماعی غیر مؤثر، تضاد خواسته های والدین، متارکه و انتظارات مراقبت آینده، اطمینان دوباره به رهنمودها، حمایت‌های طبی و مراقبت تخصصی مناسب بود. این والدین در کنار تجربه شوک، نابآوری، پریشانی، احساس گناه، غم و شکست بدنبال فقدان، به پتانسیل حاملگی‌های بعدی و مراقبت‌های لازم می‌اندیشند. بر طبق این مطالعه نیازهای پیچیده این والدین اهمیت یک رویکرد چند بعدی شامل مراقبت‌های بهداشتی و روانی و احساسی را مطرح می‌نماید^(۳۸). در مصاحبه Lee و همکاران با زنان بریتانیایی با سابقه مرده زایی فاکتورهای مؤثر بر نگرش و تصمیم‌گیری زنان برای بارداری پس از فقدان، آرزوی مادر شدن، محترم شمردن خاطره بچه از دست رفته و ارزیابی توانایی خود برای مواجه شدن با تکرار حاملگی از دست رفته بود که مراقبین سلامت باید ارزیابی دقیقی از افکار و دلایل شخصی تمایل زنان به حاملگی بعدی پس از مرده زایی را داشته باشند و بر طبق آن از آنها حمایت کنند^(۴۱).

در راستای پژوهش ما گلمکانی و همکاران در سال برنامه مراقبتی حمایتی را برای زنان بستری به دلیل سقط در شهر مشهد، به صورت انفرادی، مبتنی بر تئوری Swanson و شامل سه مرحله: بیان تجربه شخصی از سقط از زبان خود

امکان این که برخی از نمونه‌ها مطالب آموزشی ارائه شده در جلسات توانمندسازی را به همسران و خانواده‌ها منتقل کرده و آنها توانسته باشند بر نگرش نمونه‌ها تأثیر بگذارند وجود داشت که این موضوع خارج از کنترل ما بود. برخی از زنان پس از گذشت ۶-۳ هفته از فقدان بدلیل نداشتن دسترسی به موقع به شنونده‌ای مشتاق، آگاه و کاردان جهت بیان احساساتشان و کسب اطلاعات و حمایت، بی‌انگیزه شده و سعی در کتمان احساسات واقعی خود داشتند، بنابراین شروع آموزش توانمندسازی زوجین، از اولین لحظات آگاهی آنها از فقدان، توسط کادر درمانی متبحر در کنار ارائه خدمات مراقبتی و درمانی می‌تواند نتیجه بهتری داشته باشد. همچنین با توجه به انجام این مطالعه در یک مرکز و با تعداد محدود نمونه به نظر می‌رسد که تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

برنامه آموزشی حمایتی توانمندسازی زنان با سابقه حاملگی نافرجام می‌تواند با حمایت و ارتقاء سطح آگاهی، آنها را در پذیرش واقعه، یافتن راهبردهای مقابله‌ای جهت سازش، مدیریت شرایط توانمند ساخته و در نهایت منجر به بهبود نگرش به باروری و فرزندآوری شود.

تعارض منافع: تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی و طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۱۴۲۳۳-۱-۳-۹۸ می‌باشد که از تحصیلات تکمیلی و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید اکبر آبادی و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می‌گردد.

آموزش سعی شد ضمن دادن آگاهی در رابطه با حاملگی از دست رفته و علل وقوع آن، به محدودیت دوران توانایی باروری زنان و عوارض سن بالای زوجین در زمان بارداری شدن و فواید فرزندآوری در خانواده و پیامدهای نداشتن فرزند پرداخته شود و با اشاره به فرزندپروری سالم نگرش مثبت به فرزندآوری ایجاد شود. چرا که نگاه زنان به فرزند به عنوان مانع یا عامل پیشرفت، بر نگرش آنها به فرزندآوری تأثیرگذار است.

یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر نگرش به فرزندآوری عامل اقتصادی است که نسبت به دیگر عوامل، تأثیر منفی بیشتری بر نگرش افراد به فرزندآوری دارد^(۴۳)، در حالی که در مطالعه ما، بعد از مداخله، اهمیت عامل ثبات اقتصادی که یکی از گویه‌های پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری است به عنوان یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر نگرش به باروری و فرزندآوری اهمیت خود را از دست داد.

در این مطالعه پیامد اولیه مورد انتظار تأثیر مثبت توانمندسازی بر نگرش به فرزندآوری بود. در مطالعات بعدی بهتر است پیامد ثانویه مورد انتظار باروری سالم باشد که دوره پیگیری طولانی‌تری لازم است. همچنین شرکت نکردن مردان به همراه همسرانشان در جلسات توانمندسازی مشکلاتی را برای شرکت مستمر زنان در جلسات بوجود آورد. از جمله برخی از مردان به علت دوری راه تمایل چندانی به حضور همسرانشان در تمامی جلسات نداشتند که پژوهشگر برای جبران این مشکل از طریق تماس تلفنی مکرر و هفتگی با نمونه‌ها و همسران آنها، تأکید بر پیوسته بودن مطالب آموزشی جلسات، و بازگویی هدف مطالعه، آنها را جهت شرکت در جلسات تشویق می‌کرد. در صورت حضور زوجین در جلسات توانمندسازی، علاوه بر ارائه حمایت اطلاعاتی و اجتماعی به مردان و سهیم شدن آنها در حل مشکل به بهبود نگرش آنها کمک خواهد شد و توصیه به انجام مطالعه مشابه به صورت خانواده محور با حضور زوجین می‌شود. همچنین

References

1. Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. *Curr Psych Rep*. 2016;18(3):31.
2. Simwaka AN, De Kok B, Chilemba W. Women's perceptions of nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. *Malawi medical journal*. 2014;26(1):8-11.
3. Côté-Arsenault D, Donato KL. Restrained expectations in late pregnancy following loss. *J Obst, Gynecol Neon Nurs*. 2007;36(6):550-7.
4. Littlemore J, Turner S. Metaphors in communication about pregnancy loss. *Metaphor Soc World*. 2020;10(1):45-75.
5. Bardos J, Hercz D, Friedenthal J, Missmer SA, Williams Z. A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstet Gynecol*. 2015;125(6):1313.
6. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AE, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride—a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):1-9.
7. Gray K, Lassance A. Grieving reproductive loss: The healing process. *Routledge*; 2018 26.
8. Gray K, Lassance A, Fletcher M. Grieving reproductive loss: the healing process. *The Canadian Nurse*. 2003;99(6):14.
9. Marshall JE, Raynor MD. Myles' Textbook for Midwives E-Book. Elsevier Health Sciences; 2014 Sep 5.
10. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR. Maternity and Women's Health Care-E-Book. 10th ed Elsevier Health Sciences; 2014:316-36.
11. Baezzat F, Marzbani Y, Ahmadi Ghazlojeg A, Karimi A, Azarnioshan B. A study of psychometric properties of Persian version of attitudes toward fertility and childbearing scale. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;15(1):37-47. [Persian]
12. Bohner G, Wänke M. The psychology of attitudes and persuasion. Public Opinion and Criminal Justice. Cullompton: Willan Publishing. 2009: 2-3.
13. Aizen I, Klobas J. Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. *Demog Res*. 2013;29:203-32.
14. Barber JS, Yarger JE, Gatny HH. Black-white differences in attitudes toward childbearing. Michigan: University of Michigan, institute for social research. 2011:726.
15. Mayer B, Trommsdorff G. Adolescents' value of children and their intentions to have children: a cross-cultural and multilevel analysis. *J Cross-Cult Psychol*. 2010;41(5-6):671-89.
16. Rostami S. The Research of Relation between Social-Economic Status of Women in Tehran with the Manifestation of Second Demographic Transition. *National Academy of Managerial Staff of Culture and Arts Herald*. 2018(3).
17. Fayyad HN. Fertility in Iraq: Trends, evolution and influential factors. Arab Center for Research & Policy Studies.; 2012.
18. Mathews TJ, Hamilton BE. Total fertility rates by state and race and Hispanic origin: United States, 2017.
19. Enayat H, Parnian L. The study of cultural globalization and tendency to fertility. *Sociology Of Women (Journal Of Woman And Society)*. 2013 , 4(2):109-36. [Persian]
20. Fockler ME, Ladhani NN, Watson J, Barrett JF. Pregnancy subsequent to stillbirth: medical and psychosocial aspects of care. *In Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2017; 22 (3):186-92.
21. Lee L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Women's decision making and experience of subsequent pregnancy following stillbirth. *Journal of midwifery & women's health*. 2013;58(4):431-9.
22. Allahdadian M, Irajpour AR. Educational Interventions Strategy to Promote the Health of Women Experienced Stillbirth. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2019;29(1):1-7. [Persian]
23. Golmakani N, Ahmadi M, Asgharipour N, Esmaeli H. The Effect of Supportive care program on women's Bereavement with early Miscarriage. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;20(8):33-41. [Persian]
24. Siassakos D, Jackson S, Gleeson K, Chebsey C, Ellis A, Storey C. All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG: An Int J Obst Gynaecol*. 2018;125(2):160-70.

25. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting, Geneva, Switzerland, 30 January-1 February, 2008. [12 May 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43975/9789241597142_eng.pdf.
26. Spencer G. Young people and health: Towards a new conceptual framework for understanding empowerment. *Health*. 2014;18(1):3-22.
27. Fumagalli LP, Radaelli G, Lettieri E, Masella C. Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*. 2015;119(3):384-94.
28. Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. *Journal of Nursing Education*. 2014;3(2):27-40. [Persian]
29. Mahmmodirad GH, Mohali F, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2013;2(4):128-36.
30. Alhani F. Design and evaluation of family-centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia. Tehran: Tarbiat Modarres University. 2003.
31. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2013;10(2):44-53. [Persian]
32. Alhani F, Sh N, Kimiagar M, Kazemnezhad A, Heidarnia A. Designing of family based empowering model and evaluation of its effect on prevention of iron deficiency anemia in teenager girls. *Pejouhandeh Journal*. 2003;8(4):283-9. [Persian]
33. Moghadam ZB, Rezaei E, Sharifi B, Nejat S, Saeieh SE, Khiaban MO. The effect of empowerment and educational programs on the quality of life in Iranian women with HIV. *J Int Assoc Provid AIDS Care (JIAPAC)*. 2018;17:2325958218759681.
34. Mander R. Loss and bereavement in childbearing. *Routledge*; 2007 Apr 11.
35. Söderberg M, Lundgren I, Christensson K, Hildingsson I. Attitudes toward fertility and childbearing scale: an assessment of a new instrument for women who are not yet mothers in Sweden. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):1-8.
36. Miyata M, Matsukawa T, Suzuki Y, Yokoyama K, Takeda S. Psychometric Properties of Japanese Version of the Attitudes towards Fertility and Childbearing Scale (AFCS). *J Adv Med Med Res*. 2017 26:1-12.
37. Mohaddesi H, Feizi A, Ozgoli G, Saki K, Saei Gharenaz M. Experiences of mothers' compatibility with perinatal mortality: A qualitative study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(20):19-29. [Persian]
38. Meaney S, Everard CM, Gallagher S, O'Donoghue K. Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expectations*. 2017;20(4):555-62.
39. Navidian A, Saravani Z. Impact of cognitive behavioral-based counseling on grief symptoms severity in mothers after stillbirth. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2018;12(1):1-7. [Persian]
40. Kordzanganeh J, Mohamadian H. Psychometric Assessment of the Validity of the Iranian Version of Attitude Toward Fertility and Childbearing Inventory in Women Without a History of Pregnancy in the South of Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2019;17(1):83-94. [Persian]
41. Graham M, Smith C, Shield M. Women's attitudes towards children and motherhood: A predictor of future childlessness?. *J soc incl*. 2015;6(2):5-18.
42. Sørensen NO, Marcussen S, Backhausen MG, Juhl M, Schmidt L, Tydén T, Hegaard HK. Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reproductive Health*. 2016;13(1):146.
43. Mosavi SF, Ghafelebashi MS. Attitudes to childbearing among families in the city of Ghazvin, Iran. *J Women Family Stud*. 2013;1(2):111-34. [Persian]