

Counseling in unplanned pregnancy

Dr. Mehrabi

PhD in Reproductive Health

Assistant Professor

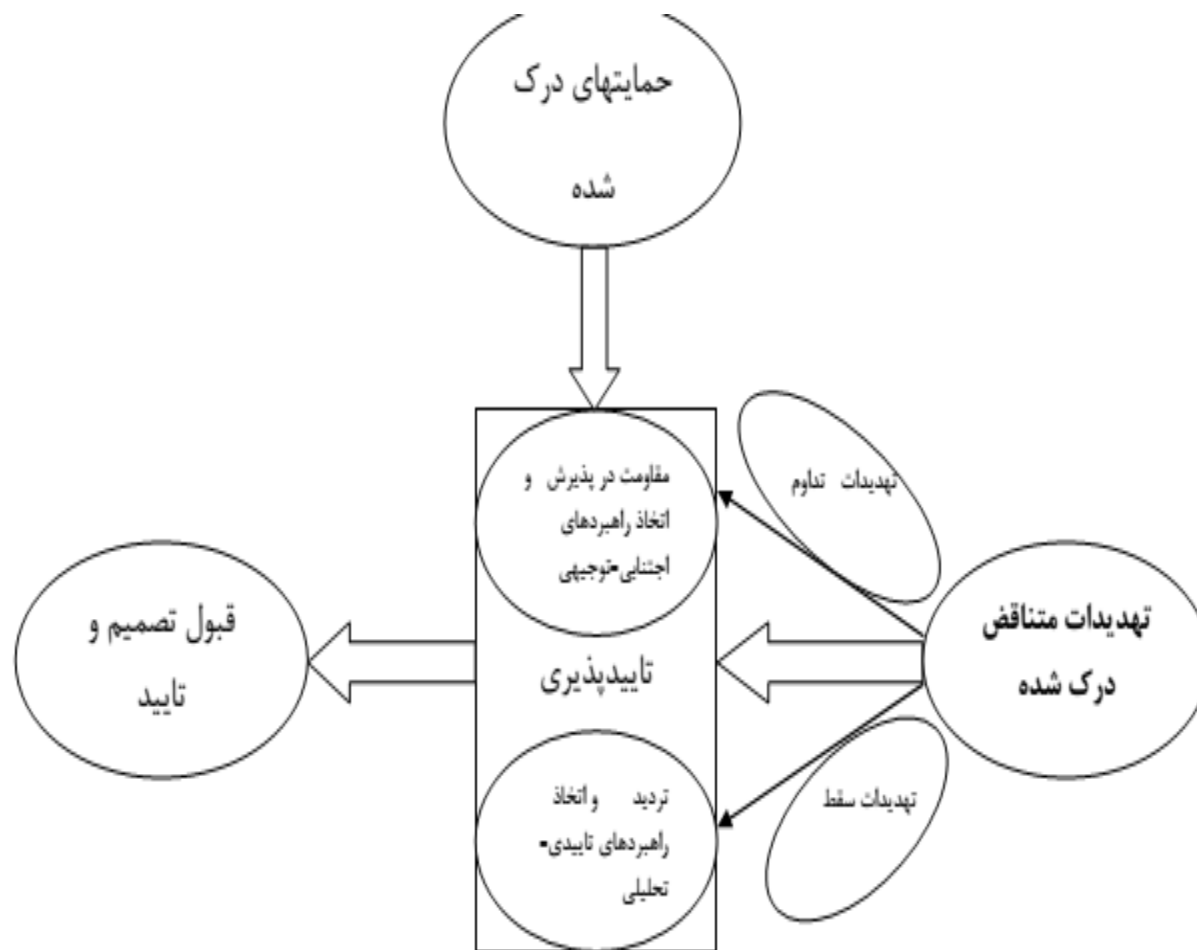
Tabriz University of Medical Sciences

Unplanned pregnancy

- **Unwanted**
- **Mistime**

Abortion related Paradigmes

- Pro-choice
- Prolife





4-2-2-1. ناباوری و دگرگونی خلقی - عاطفی

مرحله تشخیص بارداری بدون برنامه از بحرانی ترین مراحل مواجهه می‌باشد. با توجه به اینکه وقوع بارداری، سریع و ناگهانی بوده و زوجین آمادگی برخورد با این واقعه را ندارند، بعد از شنیدن تشخیص بارداری دچار شوک، ناباوری و انکار می‌شوند. این واقعه غیرمنتظره، بلافاصله نگرش منفی و احساسات ناخوشایند زنان را برمی‌انگیزد؛ بطوری‌که واکنش اولیه اکثر زنان بدنبال مواجهه گریه و ناراحتی است. در ادامه این روند، اضطراب و نگرانی تمام وجود زنان را فرا می‌گیرد و ترس و نگرانی از نتیجه بارداری، ذهن زنان را مشوش می‌نماید. بسته به شدت تهدیدات درک شده ناشی از تداوم بارداری، شدت و مدت واکنش های منفی افراد نیز متفاوت است؛ بطوری‌که در پاره‌ای از موارد، تعادل روحی روانی زنان بهم خورده، حساس، زودرنج و یا پرخاشگر شده و حتی درجاتی از افسردگی نیز در آنان بروز می‌کند. مشارکت کننده شماره 17 در این باره می‌گوید:

"خیلی افسرده شده بودم. خیلی برام سخت می‌اومد. نه حرف می‌زدم، نه می‌خندیدم. 1 ماه افسرده شدم. اشتها به غذا نداشتم. به بچه‌ها نمی‌تونستم برسم. شوهرم تا می‌خواست یه چیزی بگه قهر می‌کردم." (تداوم)

- ریشه‌یابی و جستجوی مقصر از دیگر واکنش‌های شایع زنان بدن‌بال مواجهه می‌باشد که در صورت مقصر و سهل‌انگار دانستن خود در وقوع بارداری، با افسوس و ملامت خود همراه بوده و در صورت مقصر قلمداد کردن همسر، روابط کلامی و جنسی زوج مختل می‌گردد. در این راستا، تعدادی از مشارکت‌کنندگان، حالتی از عدم کنترل بر خود و ناشکری به درگاه الهی را نیز گزارش می‌کردند.
- مشارکت‌کننده شماره 4 چنین می‌گوید:

"می‌گفتم آخه چرا باید من بچه دار بشم؟ من که لوله بندی کرده بودم. ناشکری می‌کردم. می‌گفتم: خدایا چرا دادی؟ چرا منو اینجوری بیچاره کردی؟ من چه گناهی به درگاهت کرده بودم که منو این مدلی گرفتار کردی؟" (تداوم)

عدم آمادگی جهت بارداری از یکسو و منفی‌نگری و شدت بالای تهدیدات درک شده نسبت به بارداری ناخواسته و تداوم آن از سوی دیگر، مقاومت زنان نسبت به پذیرش بارداری را برمی‌انگیزد. مقاومت اولیه در پذیرش بارداری برنامه ریزی نشده در اکثر زنان؛ اعم از سقط کرده و تداوم به درجات مختلف اظهار و بیان می‌شود؛ در این مرحله، اغلب زنان راهبردهای اجتنابی از قبیل مخفی‌سازی بارداری و تلاش و جستجوی راهکار برای سقط را بکار می‌گیرند. "احساس عدم آمادگی"، "عدم پذیرش اولیه و تلاش جهت سقط" همراه با "مخفی‌سازی بارداری" ابعاد مختلف مقاومت در پذیرش را نشان می‌دهند.

عدم آمادگی روحی، ذهنی و اقتصادی سه بعد مهم احساس عدم آمادگی برای پذیرش مسولیت والدی می‌باشند که در بیانات مشارکت کنندگان به کرات آمده است. عدم آمادگی روحی منجر به اعتماد به نفس پایین، القاء حس ناتوانی و عدم خودباوری جهت تداوم بارداری می‌شود. مصاحبه شونده شماره 13 چنین می‌گوید:

"من پام رو توی یه کفش کردم که اصلاً نمیخام؛ دلایلش این بود که هنوز آماده نبودم مادر بشم؛ آمادگی از نظر ذهنی، اقتصادی. فکر می‌کردم مسولیت خیلی سنگینه." (سقط کرده)

عدم پذیرش اولیه فرزند ناخواسته، واکنش معمول اکثر مشارکت کنندگان بهای حل و گریز از تهدیدات درک شده ناشی از بارداری و تداوم آن می‌باشد. در این میان، زنان دارای شدت بالای تهدیدات درک شده نسبت به تداوم بارداری، مقاومت بیشتری در برابر پذیرش آن نشان می‌دهند؛ بطوری که مشارکت کننده شماره 11 می‌گوید:

"با خودم می‌گفتم که بچه است؛ بمونه شاید خوشم بیاد ولی بعدش سریع مقابله می‌کردم با این افکار که نه! زود کات می‌کردم که اصلاً از این فکرها نکنم. می‌گفتم تمام برنامه‌هام برای (کارشناسی) ارشد بهم می‌ریزه." (سقط کرده)

زنان در این مرحله بر اثر شدت تهدید، عجزولانه تصمیم به سقط گرفته و گاهاً حتی بدون مشورت با دیگران، تا مراحل آن را پیش می‌برند. در این میان، احساس خنثی یا منفی نسبت به جنین، شروع تلاش‌های اولیه زنان جهت سقط را بلااستفاده از روش‌های سنتی و یا روش‌های طبی در دسترس تسهیل می‌کند. بسته به آگاهی، تجارب ذهنی و قبلی و دسترسی، روش‌های بکار گرفته شده توسط زنان جهت سقط متفاوت می‌باشد؛ بعنوان مثال شرکت کننده شماره 10 می‌گوید:

"سنگین و اینها برمی‌داشتم. طناب می‌رفتم که این بچه بیفته، این هم بیفت نبود." (دیپلم، تداوم)

مخفی سازی بارداری یکی دیگر از رایج ترین راهبردهای اتخاذ شده توسط زنان در راستای مقاومت در پذیرش می باشد. اکثر زنان متمایل به سقط در مراحل اولیه بارداری، جهت مقابله با ترس ناشی از مخالفت و ممانعت نزدیکان از سقط، سعی به مخفی سازی بارداری حتی از مادر خود می‌نمایند. مشارکت کننده شماره 1 چنین می‌گوید:

"از مشکلاتم یکی این بود که از همه قایم می‌کردم، ترس از اینکه اطرافیان بدونن و زارن من سقط کنم." (سقط کرده)

در راستای توجیه‌سازی اعتقادی سقط، حتی بسیاری از زنان به عدم دمیده شدن روح به جنین استناد می‌کنند. در این میان، عده‌ای از زنان رویه منطقی‌تری را در پیش گرفته و به جستجوی نظر و تاییدات مهم می‌پردازند. مثلاً عده‌ای به مشاوره مذهبی و جستجوی تاییدات مذهبی سقط می‌پردازند. جستجوی نظر و تایید اطرافیان و مشاوره های حرفه‌ای با مراقبین سلامت از دیگر روش‌های بکار گرفته شده توسط زنان می‌باشند. یکی دیگر از راهبردهای بکار گرفته شده توسط زنان در هر دو گروه سقط کرده و تداوم برای خروج از تردید و سردرگمی و رسیدن به تصمیم، ارزیابی پیامدهای پیش رو و تحلیل منافع و مضار سقط و تداوم و یا مقایسه تهدیدات درک

3-2-2-4. تردید و تزلزل در تصمیم‌گیری

تردید و دودلی، در مراحل مختلف مواجهه با بارداری بدون برنامه پدیدار شده و تا مرحله بعد از تصمیم به اشکال مختلف بروز و نوسان دارد. اکثر زنان، بدنبال عدم پذیرش اولیه و تمایل به سقط، مردد شده و به مرور زمان، با تشدید تهدید و تعارضات ناشی از سقط، حالاتی از افت مقاومت و دودلی در آنها پدیدار می‌شود. در این میان، عده‌ای نیز از همان اول بعلت تهدیدات متناقض درک شده، دچار سردرگمی و عدم قدرت تصمیم‌گیری شده و بر سر انتخاب سقط و تداوم مردد می‌مانند. افت مقاومت و دودلی، تعارضات درونی و راهبردهای حل تعارضات، ابعاد مختلف این طبقه را تشکیل می‌دهند.

درجه تردید زنان از افت خفیف در مقاومت تا رسیدن به مرحله دودلی متغیر می‌باشد. شایع‌ترین علت ایجاد تردید و دودلی در زنان، تهدیدات ناشی از سقط می‌باشد. علاوه بر تهدیدات ناشی از سقط، گذشت زمان به تنهایی نیز از شدت مقاومت زنان می‌کاهد. مصاحبه شونده شماره 5 در این رابطه چنین می‌گوید:

"هر چی، هر روز که می‌گذشت من نسبت به سقط کردن شل می‌شدم؛ مثلاً آدم یه تصمیمی می‌گیره، بعد هر چی زمان می‌گذره، شل می‌شه. یواش یواش بی‌همچین حالتی. اون اثر زمان هستش. مال من هم همینجوری شده بود" (سقط کرده)

عدم خودباوری و احساس ناکارآمدی در عملی کردن سقط، یکی دیگر از ابعاد تعارضات درونی را شکل می‌دهد که منجر به سردرگمی

و تزلزل در مقاومت می‌شود. مشارکت کننده شماره ۱ چنین می‌گوید:

"بعد از اینکه از قرص‌ها جواب نگرفتم و هر بار که سونو می‌کردن می‌گفتن هنوز هست و از جاش تکون نخورده، باز تو اون مرحله هم فکر کردم که بمونه؛ آدم بی‌کم‌دچار تردید می‌شه." (سقط کرده)

در راستای توجیه‌سازی اعتقادی سقط، حتی بسیاری از زنان به عدم دمیده شدن روح به جنین استناد می‌کنند. در این میان، عده‌ای از زنان رویه منطقی‌تری را در پیش گرفته و به جستجوی نظر و تاییدات مهم می‌پردازند. مثلاً عده‌ای به مشاوره مذهبی و جستجوی تاییدات مذهبی سقط می‌پردازند. جستجوی نظر و تایید اطرافیان و مشاوره های حرفه‌ای با مراقبین سلامت از دیگر روش‌های بکار گرفته شده توسط زنان می‌باشند. یکی دیگر از راهبردهای بکار گرفته شده توسط زنان در هر دو گروه سقط کرده و تداوم برای خروج از تردید و سردرگمی و رسیدن به تصمیم، ارزیابی پیامدهای پیش رو و تحلیل منافع و مضار سقط و تداوم و یا مقایسه تهدیدات درک



3 2 4. حمایت‌های درک شده

طی رویکرد مقاومتی، بسیاری از زنان تا جستجوی راهکار برای سقط پیش می‌روند، اما به دلیل عدم تایید خانواده و عدم حمایت‌های قانونی و درمانی در عملی سازی سقط، سرانجام حاملگی را می‌پذیرند. بدین ترتیب در جریان مقاومت و توجیه‌سازی شکننده، تایید یا عدم تایید افراد مهم (همسر، مادر، کودکان و کارکنان تیم سلامت) بر تصمیم زنان، تاثیر متفاوتی دارد. در کل "نظر، تایید و حمایت-های خانواده"، "سرعت و میزان دسترسی به خدمات سقط" توأم با "عملکرد مشاوره‌ای، تاییدات و حمایت‌های کارکنان تیم سلامت"، همگی در سوگیری تصمیم نهایی زنان، نقش تعیین کننده‌ای دارند.

4-2-3-2. نقش کارکنان تیم سلامت

کارکنان تیم سلامت بعنوان یکی از منابع حمایتی مددجویان از اهمیت بسزایی در شکل گیری تصمیم برخوردارند. پزشکان عمومی، متخصصین زنان و رادیولوژیست ها، ماماها، کارکنان بهداشت خانواده، مسولین داروخانه ها و تزریقاتی ها از جمله افرادی هستند که زوجین بلافاصله بعد از مواجهه با بارداری، با آنان در رابطه با سقط مشاوره نموده و تقاضای کمک می نمایند؛ بطوری که اکثراً پس از همسر، دومین منبع مشاوره و مراجعه زنان می باشند. آنان از سه بعد مشاوره های علمی، تاییدات و حمایت های مذهبی-عقیدتی و حمایت های اطلاعاتی و عملی در سوق تصمیم نهایی مددجویان، نقش ایفا می نمایند. در کل کارکنان تیم سلامت، در جریان مقاومت در پذیرش بارداری، بعنوان عامل مداخله گر عمل نموده و نقش دوگانه تضعیف و تقویت کننده دارند.

یک بعد از نقش حمایتی کارکنان تیم سلامت، به تاییدات و حمایت های مذهبی آنان مربوط می شود. از آنجا که کارکنان و مراقبین سلامت بعنوان افراد ذی صلاح، نقش و جایگاه مهمی در مشاوره های زوج ایفا می نمایند، لذا هشدارهای آگاهی دهنده آنها از وضعیت و مرحله رشد جنین یکی از عوامل مهم بیدارکننده مددجویان خودباخته می باشد که همراه با عدم حمایت اطلاعاتی و عملی در راستای سقط، بعنوان بازدارنده سقط عمل نموده و منجر به تداوم بارداری می شود و بالعکس؛ بطوری که مشارکت کننده شماره ۵ می گوید:

"اون چیزی که روی من خیلی اثر گذاشت، حرف دکتر رادیولوژیست بود . موقعی که از تخت بلند می شدم. گفتم: من از اینکه میخام سقط کنم، احساس گناه می کنم. گفتم: دخترم گناه اونه که بچه ای که نمی تونی بزرگ کنی رو بدنیا بیاری. می تونم بگم این برای من، بعد از نظر شوهرم، مهمترین تسهیل کننده بود احساس گناه منو، اون حرف رادیولوژیست برطرف کرد (سقط کرده)

بعد دیگر حمایت کارکنان تیم سلامت، حمایت‌های عقیدتی آنان می‌باشد که متاثر از دیدگاه فرزندآوری آنان بوده و خواسته و ناخواسته بر نحوه برخورد آنان با مددجویان تاثیر می‌گذارد؛ مثلاً نگرش منفی مراقبین سلامت نسبت به فرزندآوری که در نحوه مشاوره آنها انعکاس می‌یابد، به تاییدپذیری تصمیم به سقط مددجویان کمک می‌نماید. بالعکس، نگرش مثبت آنان به کودک و فرزندآوری در سوق‌دهی تصمیم به تداوم نقش دارد؛ بطوری‌که مصاحبه شونده شماره 4 می‌گوید:

"گفتم بنار بینم دکتر چی میگه؟ گفتم: من دو تا بچه دارم نمی‌خام پرونده باز کنم، می‌خام سقط کنم. گفت: چرا؟ دو تا بچه مگه چیه؟ خدا خواسته داده، حالا سعی کن بچه‌ات صحیح و سالم بدنیا بیاد اصلاً بین خدا چقدر تو رو دوست داره که بعد از 6 سال، به تو هدیه دوباره داده. حرف‌های دکتر، خیلی موثر بود. خیلی به من امید داد. با تشویقش، دیگه دلم به ادمه بارداری قرص شد" (تداوم)

بعد دیگر حمایتی کارکنان تیم سلامت، به نحوه مشاوره های علمی آنان مربوط می شود مثلاً نقش کارکنان سلامت در راهنمایی صحیح، دادن امید و رفع نگرانی زوج در رابطه با ترس از پیامدهای منفی مادری و نوزادی، بسیار مهم و قابل توجه می باشد. بر عکس روند و رویداد فوق، عدم رعایت اصول مشاوره و عدم همدلی لازم کارکنان سلامت در درک نگرانی های زوج نسبت به احتمال ناهنجاری جنین و ارائه توضیحات ناکافی و غیرقانع کننده به آنها، بعنوان عوامل ایاتروژنیک سوق دهنده سقط عمل می کند.

سرعت و توان دسترسی به خدمات سقط

دسترسی و عدم دسترسی به خدمات سقط نقش دوگانه ایفا می نمایند؛ بطوری که هم نقش حمایتی تضعیف کننده و هم تقویت کننده دارند. مشارکت کننده شماره 17 در این رابطه چنین می گوید:

"فکر می کردم اونجوری راحت؛ من میرم، میگویند بفرما سقط کن. دکتر گفت: من اصلاً سقط نمی کنم. گفتم پس راهنماییم کن. گفت: نه خانوم من اصلاً سقط نمی کنم؛ الان هم بخاطر حرف رهبر شرایط فرق کرده؛ جای دیگه هم بری، متخصص ها اصلاً قبول نمی کنن. باید بری پیش افراد کارنا بلد؛ اونها هم سرت به بلایی میارن، دیگه منم ترسیدم." (تلاوم)

تاخیر دسترسی به خدمات سقط و داشتن فرصت فکری مناسب یکی از مواردی است که احتمال انصراف زنان از سقط و متمایل شدن آنان به تداوم را افزایش می دهد. برعکس روند فوق، سهولت دسترسی به خدمات سقط، منجر به تعجیل در عملی سازی سقط می شود؛ به عبارت دیگر، زنان وقتی شرایط سقط را آسان، کم هزینه و ایمن پیدا می کنند خیلی راحت از سقط حرف زده و تصمیم می گیرند. مشارکت کننده شماره 2 در این رابطه می گوید:

"شوهرم تو پیشگیری رعایت نمیکنه ؛ منم که کم مونده به یائسگیم ، دیگه میگم برا چی برم عمل (توبکتومی). الان، هر بار که احساس میکنم تاخیر دارم، دیگه آزمایش نمیدم؛ سریع دو تا میزوپروستول میخورم." (لیسانس، دارنده سقطهای مکرر)

محدودیت‌های اجتماعی سقط

- تابوی اجتماعی سقط و عدم حمایت اجتماعی باعث موانع قانونی سقط، بعنوان بازدارنده سقط عمل می‌نمود.
- شرکت کننده شماره ۱۱ چنین میگوید:
- "گه گذاری این خط قرمزی که جامعه می‌ذاره، باعث میشه که آدم بتونه درست فکر کنه چون اون لحظه قدرت تصمیم گیری ازت گرفته میشه. بخاطر اینکه اون لحظه فقط داشتم به موقعیت کاریم فکر می‌کردم، به خودم فکر می‌کردم. فکر می‌کنم یه خودخواهی محض بود."

تعارضات بعد از تداوم

- عوامل مداخله گر در پذیرش بارداری از یکسو و دستاوردهای مثبت و منفی تداوم بارداری از سوی دیگر، منجر به تناقضات احساسی- واکنشی بعد از تداوم بارداری می گردند.
- "مقاومت خاموش بدنبال پذیرش بارداری" و "تناقضات احساسی" دو بعد تعارضات بعد از تداوم را نشان می دهند. در اکثر مواقع، دعا و امید به سقط خودبخود یا مرگ داخل رحمی جنین و یا تلاشهای غیرتهاجمی جهت سقط، علی رغم تصمیم به ادامه بارداری تا مدت ها همچنان وجود داشت؛

مشارکت کننده شماره ۷ نیز چنین مگفته است
سه ماه شبها عمداً دمر می خوابیدم، می گفتم بزار فشار بیاد هر
وقت نصف شب بیدار می شدم یادم میفتاد، دمر می خوابیدم که فشار
بیاد و بیفته. دخترم از رو شکمم اینور اونور می رفت، می گفتم باشه
بهتر، بزار بیفته تا دو سه روز قبل که رفتم سونوگرافی؛ پروب
سونوگرافی رو که دکتر می چرخوند، این دست و پاشو تگون می داد
خیلی دلم براش سوخت گفتم ببین من چقدر ظالمم؟ اون یه
موجود بی دفاع، نمی تونه که از خودش دفاع کنه. اون موقع من تا
صبح دمر میخابم که بهش فشار بیاد و بیفته؛ دیگه از اون به بعد
دیگه نه، دمر نخوابیدم. (فوق دیپلم، ۴۲ ساله، دارا ی سه فرزند)

یک بعد دیگر مقاومت خاموش بعد از پذیرش بارداری به بی‌توجهی و عدم رسیدگی تغذیه‌ای و مراقبتی مادر باردار برمی‌گردد. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ در این رابطه چنین گفته است:

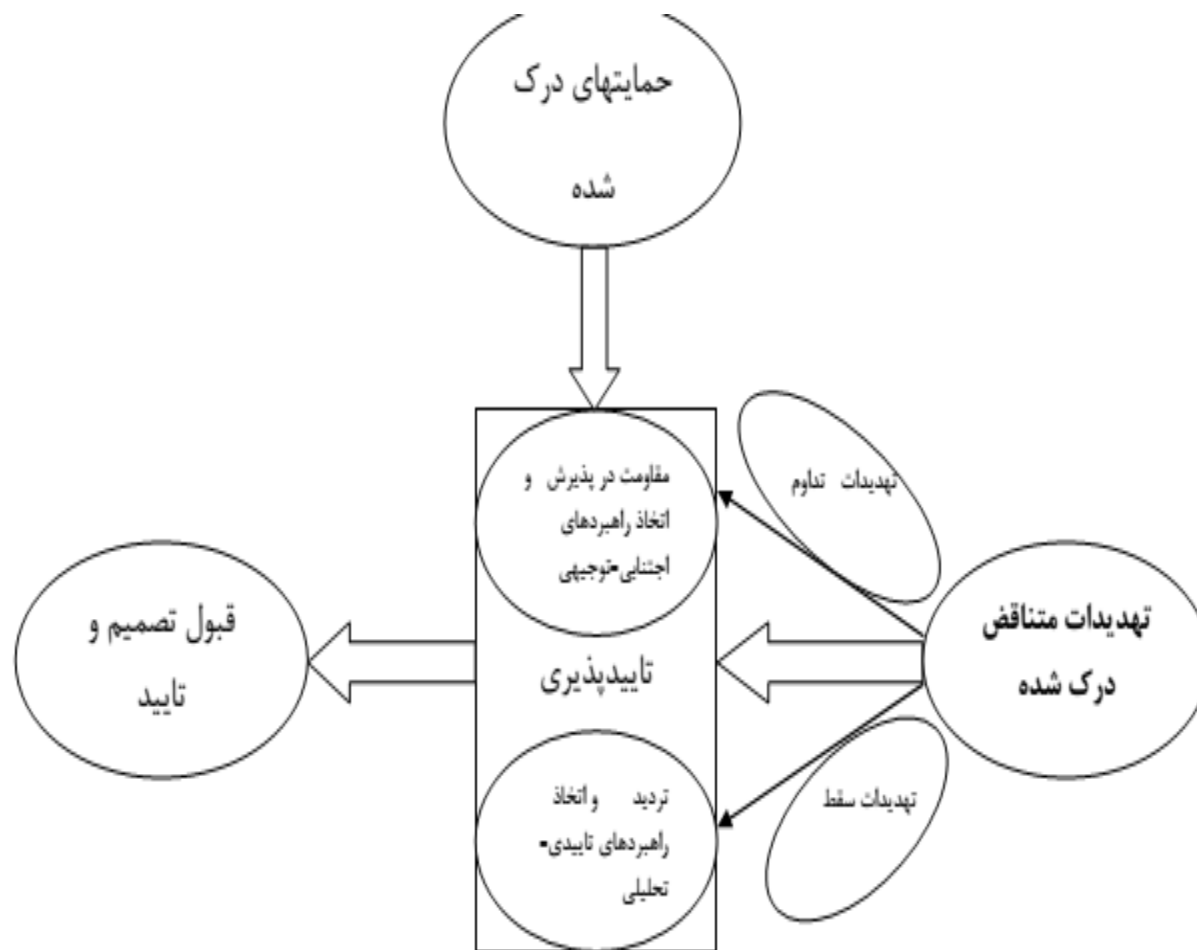
«دیدم قلب دارم، دیگه کوتاه اومدم یعنی دیگه فکر سقطو نکردم ولی خوب، پذیرشه هنوز در من کامل نشده بود پذیرفته بودم نگاهش دارم ولی اون رسیدگی که به لحاظ باید میشد و نمی‌کردم خیلی فعالیتیم بالا بود اصلاً انکار نه انکار بچه تو شکممه همینم باعث شد زایمان زودرس بکنم.» (کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

در راستای تناقضات احساسی، مشارکت‌کنندگان اغلب از خستگی و افسردگی پریناتال (افسردگی دوران بارداری و افسردگی بعد از زایمان) شاکی بودند؛ مثلاً شرکت‌کننده شماره ۱۱ درباره افسردگی بعد از زایمان خود چنین گفته است:

احساس می‌کنم که اون شادایی سابق رو ندارم. من خیلی شاد و شارژ بودم ولی الان زود بدخلق میشم. خیلی زود رنج شدم؛ خیلی سریع عصبانی میشم می‌دونین چرا؟ چون زود خسته میشم چون این منم که باید دو تا بچه کوچیک رو حمایت کنم و این جسم و روح منه که آسیب می‌بینه. وقتی جسم آدم خسته است، ناخودآگاه دردهای جسمی، ذهن و فکرت رو هم خسته می‌کنه و باعث میشه شما رفتار مناسبو نشون ندی. افسردام؛ تو خودمم، حوصله هیچکس رو ندارم. حال ندارم همه می‌فهمن (کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

از سوی دیگر، دستاوردهای مثبت تداوم از قبیل جور شدن جنسی کودکان، موجبات تایید و رضایت از تصمیم را فراهم می‌آورد. در این زمینه مصاحبه شونده شماره ۱۱ چنین گفته است:

اون کامل شدن پذیرش که مصمم بشم رو کجا بدست آوردم؟ هفته ۲۵ ام یعنی از وقتی فهمیدم دختره؛ خیلی خوشحال شدم و از اون موقع دیگه رفتارم، کلاً عوض شده؛ دقیقاً از هفته ۲۵ به بعد بود که من رو وزن‌گیری این بچه فکر کردم و دیگه به خورده حرکتی رخ داد در من. وقتی فهمیدم دختره، به جورهایی شرمنده (خدا) شدم چون خیلی دوست داشتم جنسشون جور شم* (کارشناس ارشد، ۳۲ ساله، دارای یک پسر)

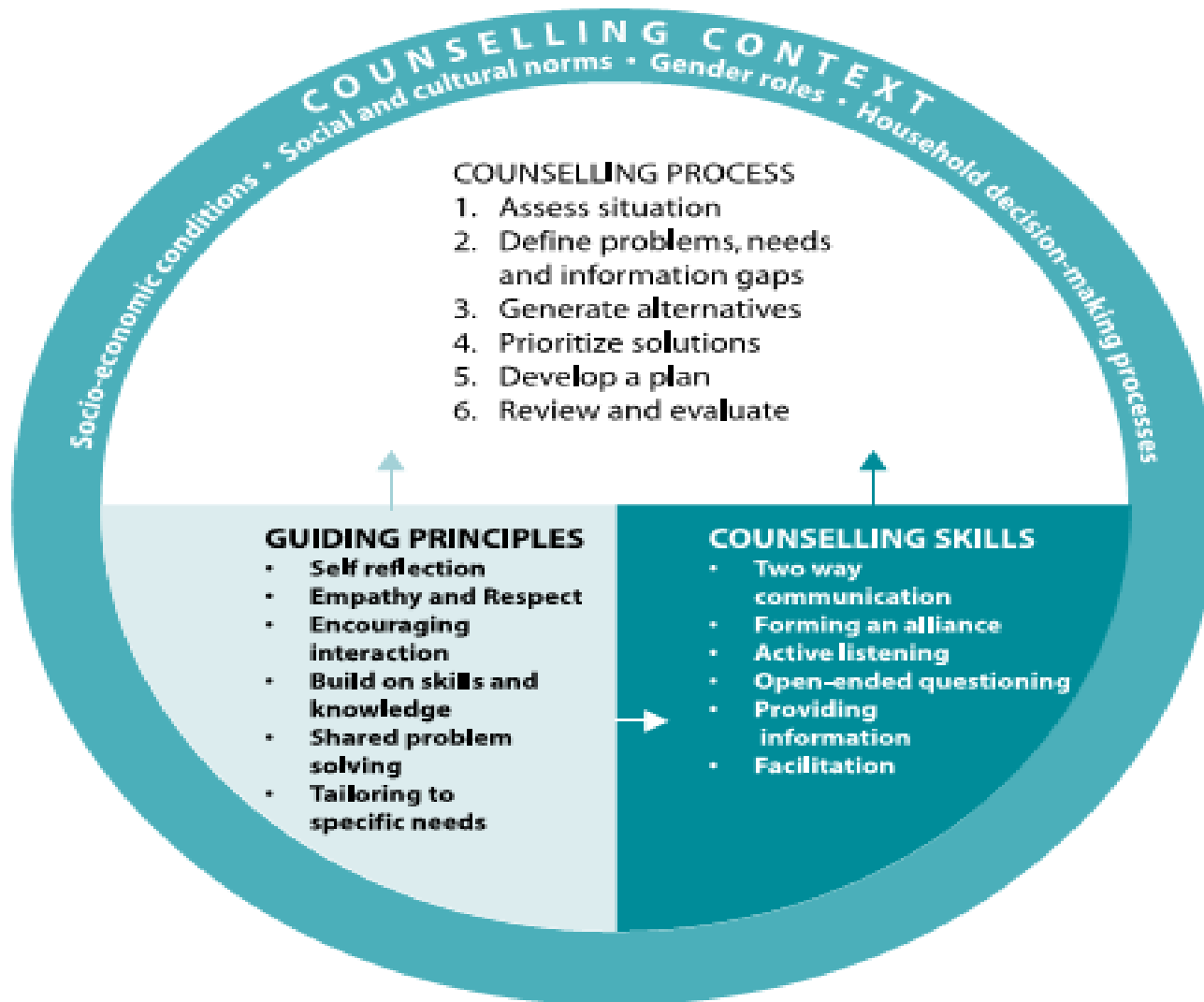




- Physicians can approach counseling with a sympathetic,
- nonthreatening tone,
- realizing that unintended pregnancy causes stress and anxiety for many women.

- A neutral question like, “How do you feel about the pregnancy?”

- Inquiring about a patient's **social support system** can identify women who may need additional resources.
- Women can be asked **who knows about the pregnancy**, what **the reactions have been**, and whom **they may tell in the future**.



PREGNANCY OPTIONS COUNSELING POINTS FOR THE AMBIVALENT PATIENT

1. **CLARIFY** the facts – the actual timing of pregnancy and possibility that the patient may not need to decide today.
2. **NORMALIZE** feelings of ambivalence.
3. **ACKNOWLEDGE** common feelings such as shame, disappointment, guilt and regret.
4. **REFRAME** the situation – she may be making the most responsible decision by NOT continuing the pregnancy.
5. **REASSURE AND ENCOURAGE** her to trust and respect herself and her decision.

HELPFUL EXERCISE FOR AMBIVALENT PATIENTS

Day 1

Have the patient spend one day writing a list of all her positive and negative feelings about keeping the pregnancy.

Day 2

Encourage the patient to spend the day with her ambivalent feelings, not making any decisions.

Day 3

Have the patient spend one day writing a list of all her positive and negative feelings about not keeping the pregnancy.

Day 4

Make a follow-up appointment with the patient.

(Often, one recurrent theme or feeling will emerge to help her make a decision.)

- پیامدهای منفی مادری و نوزادی گزارش شده بدنبال تداوم بارداری ناخواسته در این مطالعه، ضرورت مداخلات در راستای پیشگیری اولیه با جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته و اتخاذ روش‌های پیشگیری ثانویه از طریق بسته مراقبتی ویژه دوران بارداری برای مادران دارای بارداری ناخواسته شامل مشاوره‌های حمایتی، توجه به سلامت روان مادران در بارداری و پس از زایمان، مراقبت در منزل و حتی تدارک بسته‌های کمک تغذیه-ای در موارد لزوم را نشان می‌دهد.



خلاصه نحوه مشاوره

- بیان احساسات و واکنشهای مربوط به بارداری فعلی
- درخواست از مشارکت کنندگان به منظور لیست نمودن نگرانی ها و تهدیدات درک شده در رابطه با بارداری فعلی
- ارزیابی اطلاعات مددجو و ارائه اطلاعات صحیح
- تقویت احساسات و باورهای مثبت جهت سازگاری با بارداری و جایگزین کردن آنها با تفکرات منفی (لمس شکم و حرف زدن با جنین، تغذیه و مراقبت مناسب دوره بارداری)