

تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی بر میزان دلبستگی مادر به جنین در مادران نخست باردار مراجعه کننده به مراکز منتخب بارداری شهر شیراز - ۱۳۸۹

منیره طوسی^۱، مرضیه اکبرزاده^{۲*}، دکتر فرخنده شریف^۳، دکتر نجف زارع^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. استاد گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۴. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۶

خلاصه

مقدمه: دلبستگی بین مادر و کودک یکی از زیباترین و شگفت انگیزترین پدیده هاست که مدت ها پیش از تولد کودک به وجود می آید. مادری که در طی بارداری به جنین خود دلبستگی پیدا می کند، آماده است تا پس از زایمان ارتباط لذت بخشی با نوزاد خود برقرار کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی بر میزان دلبستگی مادر به جنین در مادران نخست باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۸۴ زن نخست باردار مراجعه کننده به دو بیمارستان حافظ و شوشتری شهر شیراز انجام شد. افراد به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شامل فرم اطلاعات فردی و بارداری و پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین بود. برای گروه آزمایش علاوه بر مراقبت های معمول بارداری، چهار جلسه دو ساعته کلاس های آموزش رفتارهای دلبستگی طی یک ماه (هفته ای یکبار) برگزار شد و فرم های ثبت رفتارهای دلبستگی به مادران به شکل هفتگی داده شد. گروه کنترل فقط مراقبت های معمول بارداری دریافت نمودند. نمره دلبستگی مادر به جنین قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های کای دو و تی مستقل تی زوجی انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره دلبستگی مادر به جنین قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $۶۰/۸ \pm ۴/۶$ و $۶۰/۲ \pm ۴/۵$ بود که از نظر آماری معنی داری نبود ($P=0/۵۴۴$). در حالی که این میانگین بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $۶۴/۶ \pm ۳/۵$ و $۶۱/۱ \pm ۵/۱$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P<0/۰۰۰۱$). نتیجه گیری: آموزش رفتارهای دلبستگی باعث افزایش میزان دلبستگی مادر به جنین می شود. لذا می توان در طول دوران بارداری به مادران آموزش داد تا با انجام کار ساده ای چون لمس شکم در تحکیم روابط عاطفی بین خود و نوزادشان بکوشند.

کلمات کلیدی: آموزش، دلبستگی مادر به جنین، رفتارهای دلبستگی، زنان نخست باردار

* نویسنده مسئول مکاتبات: مرضیه اکبرزاده، بیمارستان نمازی، دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. موبایل: ۰۹۱۷۷۱۵۰۲۳۴؛ فاکس: ۰۶۴۷۴۲۵۲-۰۷۱۱؛ پست الکترونیک: akbarzadehmarzieh@yahoo.com

مقدمه

دلبستگی بین مادر و کودک یکی از زیباترین و شگفت‌انگیزترین پدیده‌هاست که مدت‌ها پیش از تولد کودک به وجود می‌آید. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که دلبستگی رابطه‌ای عاطفی و هیجانی است (۱). دلبستگی رابطه‌ای گرم، صمیمانه و پایا بین مادر و کودک است و می‌توان آن را پدیده‌ای شگفت‌انگیز و منحصر به فرد به شمار آورد (۲، ۳). رابطه اولیه بین مادر و جنین در زمان قبل از تولد تحت عنوان دلبستگی مادر با جنین توصیف شده است. بر اساس شواهد موجود، دلبستگی بین مادر و جنین در طول بارداری رشد کرده و در رفتارهای مادران منعکس می‌شود (۴). در همین زمینه مولر دلبستگی پیش‌تولدی را تعریف کرد و آن را به عنوان ارتباط عاطفی منحصر به فردی که بین مادر و جنین او به وجود می‌آید، توصیف کرد (۵). پبلیت معتقد است که این دلبستگی از ابتدای بارداری ایجاد شده و به تدریج بیشتر می‌شود، به گونه‌ای که در سه ماهه سوم بارداری به اوج خود رسیده و تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۶).

ارتباط بین مادر و کودک مدت‌ها پیش از تولد برقرار می‌شود و جنین در سه ماه سوم بارداری حساسیت زیادی از نظر عاطفی یا جسمانی نسبت به مادر پیدا می‌کند. در این مرحله جنین دست‌های مادر را هنگامی که به شکم خود ضربه می‌زند لمس می‌کند و با این رفتارهاست که پیوند مادر و کودک قبل از تولد شکوفا می‌شود (۷). دلبستگی بین مادر و جنین یکی از موارد خاص است که در طول بارداری به صورت رفتارهای گوناگونی مانند صحبت کردن با جنین، لمس و نوازش شکم و تشخیص قرارگیری جنین قابل مشاهده است و نقش مهمی در پذیرش نقش مادری و رشد و تکامل کودک بر عهده دارد، این دلبستگی برای زنده ماندن و رشد کودک لازم بوده و اثر آن در تمام طول زندگی احساس می‌شود (۸). تجربه دلبستگی مادر به جنین پیش از تولد نقش بسیار مهمی در تکمیل نقش مراقبتی حمایتی و توجه مادر به نوزاد در بعد از زایمان ایفا می‌کند (۹). دلبستگی مادر به کودک مدت‌ها

پیش از تولد و زمانی که مادر شروع به شکل‌دهی تصور ذهنی از کودک می‌کند و میل به حمایت از او را در ذهن می‌پروراند، شروع می‌شود (۱۰). افزایش دلبستگی مادر به جنین و تأثیر آن در بهبود روان مادر، باعث ایجاد تمایل و انگیزه بیشتر به انجام رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند ترک سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت‌های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر شده که کلیه این رفتارها منجر به پیامد رضایت بخش بارداری و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد می‌شود (۱۱، ۱۲).

محققین معتقدند که زن باردار با صحبت کردن و توجه به حرکات جنین خود، با وی ارتباط دارد و ممکن است سعی کند تا با تغییر کار و فعالیتش، حرکات جنین را تحریک یا متوقف سازد. احساس حرکات جنین نیز توسط مادر، رابطه بین مادر و جنین را افزایش می‌دهد و ممکن است اثر مثبت بر دلبستگی داشته باشد، زیرا بعد از احساس حرکت، جنین برای مادر ملموس‌تر به نظر می‌رسد (۱۳). فرایند دلبستگی عاطفی به تدریج و همزمان با توسعه دلبستگی مادر به جنین شروع به شکل‌گیری می‌کند و انگیزه به دست آوردن صلاحیت و رضایت در نقش مادری را در بعد از زایمان ایجاد می‌کند (۱۴). دلبستگی مادر و جنین می‌تواند تحت تأثیر مسایلی چون ارتباط در خانواده، پذیرش بارداری، تصویر ذهنی مادر از خود، وضعیت روانی مادر، مشکلات مامایی و طبی دوران بارداری و بارداری ناخواسته قرار گیرد (۱۱). مادرانی که دلبستگی کمتری به جنین دارند، رفتارهای بهداشتی کمتر و میزان بالاتری از اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند، که این مشکلات می‌تواند منجر به عوارض نامطلوب بارداری شود (۱۵). همچنین افزایش دلبستگی می‌تواند منجر به افزایش علاقه مادر به جنین و بهبود رفتارهای بهداشتی شود (۱۶). احساس حرکت جنین توسط مادر می‌تواند به طور غیر مستقیم نشانه سلامت جنین باشد و شمارش حرکت جنین می‌تواند علاوه بر تأثیر بر دلبستگی، هشداریه جهت خطرات بارداری باشد

(محاسبه حجم نمونه برای مقایسه دو میانگین) استفاده شد.

دیگر ابزار مورد استفاده پرسشنامه استاندارد شده دلبستگی مادر با جنین کرانلی بود که این پرسشنامه در ابتدا توسط کرانلی به کار گرفته شده و اعتماد و اعتبار آن سنجیده شد. این پرسشنامه توسط خرم رودی در ایران ترجمه شده و روایی آن به روش روایی محتوا و پایایی آن با آزمون-آزمون مجدد و با ضریب همبستگی ($r=0/85$) مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه رفتار مادر با جنین را از ۵ جنبه بررسی می کند: ۱- پذیرش نقش مادری (شامل ۴ عبارت) ۲- ارتباط متقابل با جنین (شامل ۵ عبارت) ۳- نسبت دادن خصوصیتی به جنین (شامل ۶ عبارت) ۴- تمایز بین خود و جنین (شامل ۴ عبارت) ۵- از خود گذشته‌گی (شامل ۵ عبارت). از زنان درخواست شد که بر اساس احساس خود، برای هر عبارت بین یک تا ۳ امتیاز (بلی ۳، نمی دانم ۲، خیرا ۱) قائل شوند. بدین ترتیب حداقل امتیاز کسب شده ۲۴ و حداکثر امتیاز ۷۲ می باشد که میانگین و انحراف معیار رفتارها محاسبه می شود. در ابتدا افراد در صورت داشتن مشخصات بارداری، پرسشنامه دلبستگی دریافت کردند و با جلب رضایت کتبی مبنی بر همکاری، وارد مطالعه شدند. مادران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش به ۲ دسته ۲۱ نفره تقسیم شدند و به طور مجزا، هر گروه در برنامه آموزشی که شامل ۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای در طی ۴ هفته (هفته ای یک جلسه در روزهای شنبه) و در سه ماهه سوم بارداری می شد، شرکت کردند. در تمام مراحل مطالعه، آموزش کلیه گروه ها بر عهده پژوهشگر بود. گروه آزمایش علاوه بر مراقبت های معمولی در زمان های مشخص شده، آموزش های لازم در مورد رفتارهای دلبستگی را نیز دریافت کردند. در جلسه اول، آموزش هایی در مورد تغییرات آناتومی، فیزیولوژی و هورمونی در بارداری و تأثیر این تغییرات بر جسم و روان مادر باردار و راهکارهایی جهت تطابق بیشتر با تغییرات بارداری مانند روش های غیر دارویی از جمله رفتارهای مربوط به دلبستگی مادر با جنین، و

(۱۷). با توجه به کاربردهای گوناگون این روش و این که آموزش دادن به زنان نخست زا به دلیل عدم تجربه قبلی بارداری، جزء مراقبت های نوین مامایی است و آموزش رفتارهای دلبستگی یک روش درمانی غیرتهاجمی و غیر دارویی مناسب برای بهبود وضعیت دلبستگی مادر می باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی بر میزان دلبستگی مادر به جنین در مادران نخست باردار مراجعه کننده به مراکز منتخب بارداری شهر شیراز انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۸۴ زن نخست باردار مراجعه کننده به درمانگاه های بارداری دو بیمارستان حافظ و شوشتری شهر شیراز انجام شد. حجم نمونه با توجه به مشاوره آماری برای هر گروه ۳۶ نفر برآورد شد که با احتساب ریزش احتمالی در حین مطالعه این تعداد به ۴۴ نفر در هر گروه افزایش یافت. در طول مطالعه ۲ نفر از گروه کنترل و ۲ نفر از گروه آزمون به دلایل مختلف خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۸۴ نفر انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به این صورت که پژوهشگر یک روز در میان به مراکز منتخب مراجعه کرده و زنان نخست بارداری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند را انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه قرار داد. برای انتخاب اولین گروه قرعه کشی صورت گرفت. به این صورت که نفر اول در گروه آموزش رفتارهای دلبستگی و نفر بعدی در گروه کنترل قرار گرفت و به همین ترتیب همه نمونه های دو گروه تکمیل شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: نخست زا بودن، حاملگی تک قلو، داشتن سن بین ۳۵-۱۸ سال، حداقل سواد راهنمایی، سن بارداری بین ۳۵-۳۲ هفته، نداشتن مشکل مامایی و نداشتن حاملگی خواسته بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: سابقه ناراحتی قلبی، بیماری روانی شدید و یا ابتلاء به عوارض بارداری مانند خونریزی، دیابت، فشار خون و زایمان زودرس بود. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول

فواید افزایش دلبستگی در بارداری و چگونگی انجام رفتارهای دلبستگی مورد نظر داده شد و به اجرای عملی رفتار دلبستگی مانند لمس شکم و شناخت جنین پرداخته شد.

در جلسه دوم، مادران اطلاعاتی در مورد رشد و نمو جنین در ماه های مختلف بارداری، تأثیر تغذیه و مراقبت بارداری در سلامت مادر و جنین، دلبستگی مادر با جنین و فواید آن بر سلامت خود و جنین به دست آوردند و اجرای عملی رفتار دلبستگی (شامل شمارش حرکات جنین و ثبت آن، تصور شکل ظاهری جنین به شکل مثبت) انجام شد.

برنامه آموزشی جلسه سوم شامل علائم و نشانه های خطر در بارداری و راه های برخورد و درمان آن ها و چگونگی شکل گیری دلبستگی مادر با جنین و زمان شروع دلبستگی و علائم آن بود، سپس اجرای عملی رفتار دلبستگی شامل صحبت کردن با جنین، نامیدن جنین با نام مستعار، نگاه کردن به شکم و توجه به حرکت جنین آموزش داده شد.

در جلسه چهارم نحوه تمرکز بر جنین و شناخت آن به عنوان یک موجود مستقل و همچنین آشنایی با فرایند زایمان و مراحل آن و مراقبت های پس از زایمان و فواید استفاده از شیر مادر آموزش داده شد و در انتها انجام عملی رفتار دلبستگی شامل لمس جنین از روی شکم و حدس زدن قرارگیری اعضاء آن، شمارش حرکت جنین، آرام کردن جنین با لمس شکم، تصور در آغوش گرفتن و شیر دادن به او آموزش داده شد (۲۱-۱۹). برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت و فقط مراقبت های معمولی را دریافت نمودند. حوادث بزرگ مانند اتفاقات جسمی و روحی شدید در طول

مطالعه مورد بررسی قرار می گرفت، اما بیماری ها و استرس های کوچک زندگی روزمره، قابل اندازه گیری نبود که می توان آن را به عنوان محدودیت پژوهش مطرح کرد. اگر چه سعی شد با انتخاب مادران همگن از لحاظ وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سایر عوامل فردی این اختلافات فردی را به حداقل رساند و با انتخاب مادران همگن، عوامل مداخله گر مانند سن و درآمد را کنترل کرد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) صورت گرفت، آنالیز نهایی بر روی ۸۴ مادر باردار (۴۲ نفر در گروه آزمایش و ۴۲ نفر در گروه کنترل) صورت گرفت. برای بیان مشخصات افراد مورد مطالعه از آمار توصیفی شامل جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو، جهت مقایسه دو گروه در مراحل مختلف از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه هر یک از گروه ها در دو مرحله قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد. در تمام آزمون ها $p < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی شد.

یافته ها

میانگین سن زنان در گروه آزمایش $24/6 \pm 3/8$ سال و در گروه کنترل $23/2 \pm 4/3$ سال بود. میانگین مدت ازدواج افراد در گروه آزمایش $2/7 \pm 1/6$ سال و در گروه کنترل $2/8 \pm 2/4$ سال بود. دو گروه از نظر متغیرهایی نظیر سن، سطح تحصیلات، مدت ازدواج، متوسط درآمد، رضایت از همسر، جنسیت جنین و وضعیت مسکن همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع زنان نخست باردار بر حسب شاخص های جمعیت شناختی به تفکیک گروه در بیمارستان شوشتری و حافظ

شیراز در سال ۱۳۸۹

شاخص	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	آزمون آماری
تحصیلات تعداد (درصد)	۹ (۲۱/۴)	۱۸ (۴۲/۹)	
راهنمایی	۲۷ (۶۴/۳)	۲۱ (۵۰)	Df=۳
دبیرستان ودیلم	۶ (۱۴/۳)	۳ (۷/۱)	p=۰/۰۸
دانشگاهی			
وضعیت مسکن تعداد (درصد)	۷ (۱۶/۷)	۱۵ (۳۵/۷)	
شخصی	۳۵ (۸۳/۳)	۲۷ (۶۴/۳)	Df=۱
استیجاری			p=۰/۰۸
رضایت از همسر تعداد (درصد)	۴۱ (۹۷/۶)	۳۷ (۸۸/۱)	
دارد	۱ (۲/۴)	۵ (۱۱/۹)	Df=۱
ندارد			p=۰/۰۹۰
جنس جنین تعداد (درصد)	۱۹ (۴۵/۲)	۱۸ (۴۲/۹)	
پسر	۱۹ (۴۵/۲)	۲۰ (۴۷/۶)	Df=۲
دختر	۴ (۹/۶)	۴ (۹/۵)	p=۰/۹۷۴
نامشخص			
متوسط در آمد تعداد (درصد)	۲۴ (۵۷/۱)	۲۷ (۶۴/۳)	
کمتر از ۳ میلیون ریال	۱۸ (۴۲/۹)	۱۵ (۳۵/۷)	Df=۲
بیشتر از ۳ میلیون ریال			p=۰/۰۹۷
شغل تعداد (درصد)	۵ (۱۱/۹)	۲ (۴/۸)	
شاغل	۳۷ (۸۸/۱)	۴۰ (۹۵/۲)	Df=۱
خانه دار			p=۰/۲۳۶
سن	۲۴/۶±۳/۸	۲۳/۲±۴/۳	آزمون تی مستقل
(میانگین±انحراف معیار)			Df=۸۲
			p=۰/۱۲۴

تفاوت معنی دار بود ($p < 0/01$). همچنین بر اساس آزمون تی زوجی، میانگین نمره دلبستگی در شروع و پایان مطالعه در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت ($p = 0/444$). در حالی که این تفاوت در گروه آزمایش معنی دار بوده است ($p < 0/01$). میانگین دلبستگی مادر با جنین قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس آزمون تی اختلاف معنی داری نداشت (جدول ۲).

میانگین نمره دلبستگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش به ترتیب $60/8 \pm 4/6$ و $64/6 \pm 3/5$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی داری بود ($p < 0/01$). این میانگین در گروه کنترل به ترتیب $60/2 \pm 4/5$ و $61/1 \pm 5/1$ بود که تفاوت معنی داری نداشت ($p = 0/444$). بر اساس آزمون تی مستقل، میانگین نمره دلبستگی در دو گروه در شروع مطالعه تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p = 0/544$). اما پس از مطالعه این

جدول ۲- مقایسه میانگین دل بستگی زنان نخست باردار در دو گروه آزمایش و کنترل در بیمارستان شوشتری و حافظ شیراز در سال ۱۳۸۹

گروه	قبل از مطالعه انحراف معیار \pm میانگین	بعد از مطالعه انحراف معیار \pm میانگین	اختلاف قبل و بعد انحراف معیار \pm میانگین	نتایج آزمون (تی زوجی)
آزمایش	۶۰/۸ \pm ۴/۶	۶۴/۶ \pm ۳/۵	۳/۷ \pm ۴/۱	t = -۵/۹ df=۴۱ p<۰/۰۰۱
کنترل	۶۰/۲ \pm ۴/۵	۶۱/۱ \pm ۵/۱	۰/۸ \pm ۷	t = -۰/۷ df=۴۱ p=۰/۴۴۴
نتایج آزمون (تی مستقل)	t=۰/۶۰۹ df=۸۲ p=۰/۵۴۴	t=۳/۶ df=۸۲ p<۰/۰۰۱	t=-۲/۳ df=۸۲ p=۰/۰۲۳	

در جنبه ۱ (تعامل با جنین) و جنبه ۴ (نسبت دادن خصوصياتی به جنین) و جنبه ۵ (از خود گذشتگی)، اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود داشته است (به ترتیب $p=۰/۰۳۳$ ، $p=۰/۰۰۴$ ، $p=۰/۰۰۱$). از نظر کل رفتارهای دل بستگی مادر به جنین نیز بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$) و در واقع آموزش رفتارهای دل بستگی باعث افزایش دل بستگی مادر به جنین در گروه آزمایش شد (جدول ۳).

نتایج مطالعه نشان داد که در شروع مطالعه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر رفتارهای دل بستگی با جنین اختلافی نداشتند که این یکسانی در مورد هر کدام از پنج جنبه از رفتارها به طور جداگانه و همچنین کل رفتارها صادق بود. یک ماه پس از شروع مطالعه، مقایسه کل رفتارهای دل بستگی مادر به جنین و جنبه های مختلف آن نشان داد که میانگین همه جنبه های دل بستگی مادر به جنین در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. نتایج آزمون آماری تی نشان داد که

جدول ۳- مقایسه میانگین جنبه های دل بستگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل در بیمارستان شوشتری و حافظ شیراز در سال ۱۳۸۹

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	اختلاف قبل و بعد انحراف معیار \pm میانگین	کنترل (مراقبت مرسوم) انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی داری
تعامل با جنین (جنبه ۱)	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۴/۴ \pm ۱/۱	۱۴/۱ \pm ۱/۲	p= ۰/۲۵۴
پذیرش نقش مادری (جنبه ۲)	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۰/۴ \pm ۱/۴	۱۰/۳ \pm ۱/۵	p= ۰/۰۳۳
تمایز بین خود و جنین (جنبه ۳)	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۰/۰ \pm ۱/۴	۱۰/۳ \pm ۱/۰	p= ۰/۹۴۱
نسبت دادن خصوصياتی به جنین (جنبه ۴)	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۰/۴ \pm ۰/۹	۱۰/۱ \pm ۱/۲	p= ۰/۳۴۵
از خود گذشتگی (جنبه ۵)	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۵/۵ \pm ۱/۵	۱۵/۶ \pm ۱/۷	p= ۰/۲۴۷
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۶/۵ \pm ۱/۵	۱۵/۴ \pm ۱/۷	p= ۰/۱۹۱
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۰/۶ \pm ۱/۹	۹/۹ \pm ۱/۶	p= ۰/۶۵۸
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۱۲/۲ \pm ۱/۷	۱۰/۹ \pm ۱/۸	p= ۰/۰۰۴
	قبل از مداخله	بعد از مداخله			p= ۰/۰۵۱
	قبل از مداخله	بعد از مداخله			p= ۰/۰۰۱

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که میزان دلبستگی پس از به کار بردن رفتارهای دلبستگی در گروه آزمایش افزایش داشته، در حالی که در گروه کنترل افزایش دلبستگی معنی دار نبوده است ($p=0/444$) برنامه های آموزشی دوران بارداری به روش های مختلف با آموزش مسائل مورد نیاز زنان باردار از جمله آموزش رفتارهای دلبستگی می تواند راه حل مناسبی جهت رفع مشکلات دوران بارداری باشد. افزایش آگاهی و آمادگی مادران در دوران بارداری این امکان را به آنان می دهد که این مرحله از زندگی را با عوارض کمتر و خوشایندتر طی کنند. از این رو بارداری فرصتی مناسب برای آموزش به زنان باردار به منظور آگاهی یافتن از مزایای آموزش ها و داشتن سبک زندگی سالم تر فراهم می کند (۲۲). از جمله این آموزش ها، آموزش رفتارهای دلبستگی است که به میزان زیادی در افزایش رضایت دوران بارداری و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد مؤثرند (۱). در مطالعه حاضر در گروه آزمایش افزایش در سه جنبه دلبستگی مشاهده شد. این تغییر در میزان دلبستگی و جنبه های آن ناشی از تأثیر آموزش مؤثر در دوران بارداری است، زیرا آموزش های دوران بارداری فرصت بسیار مناسبی را جهت آموزش و همچنین ارتقاء سلامت زنان باردار فراهم می سازد (۲۳). نتایج بسیاری از مطالعات نشان داده اند که دلبستگی به جنین رابطه نزدیکی با وضعیت عاطفی مادر، تمایل به سقط و حتی رابطه مادر با کودک در بعد از زایمان دارد (۲۴) همچنین مشخص شده است که بارداری های پر خطر در مادر با دلبستگی مادر ارتباط دارد (۲۵). احتمالاً دلبستگی قبل از تولد با رفتارهای حمایتی مادر ارتباطی مستقیم دارد.

دلبستگی مادر تسهیل کننده احساسات شخصی در دوران بارداری است، وقتی مادر احساس کند که سلامتی خود و جنین را می تواند کنترل کند، رفتارهای حمایتی و رابطه دلبستگی بهتری با جنین خود خواهد داشت (۲۶). محققین نشان داده اند زنانی که باور دارند که رفتارشان تأثیر کمی بر سلامت جنین دارد رفتارهای خود را کمتر تغییر می دهند (۲۷، ۲۸). کنترل اضطراب در بارداری که برای حفظ سلامت روانی مادر ضروری

است با دلبستگی مادر ارتباط مستقیمی دارد. مادران با دلبستگی زیاد خود را قادر به حفظ سلامت جنین می بینند اما مادران با دلبستگی کم در طی بارداری مشکلات زیادی دارند و بیشتر بر نقش کنترل بیرونی توسط دیگران تأکید دارند و خود را قادر به حفظ سلامت جنین نمی دانند (۲۹). تنسلی و همکاران (۱۹۹۳) طی مطالعه ای نشان دادند که افزایش دلبستگی در بارداری با استفاده از مواد، الکل، کشیدن سیگار و میل به سقط ارتباطی منفی دارد (۳۰). همانطور که به نظر می رسد آموزش دلبستگی باعث می شود که الگوی دلبستگی قوی تری حاصل شده و باعث افزایش قابل توجه مراقبت مادر از بارداری و جنین می شود. در واقع دلبستگی باعث تغییرات رفتاری در مادر و افزایش اعتماد به نفس و کاهش اضطراب مادر می شود. بنابراین آموزش این رفتارها در طی بارداری ضروری به نظر می رسد. مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که آموزش و انجام برخی رفتارهای دلبستگی باعث افزایش میزان دلبستگی مادر و کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان مادر شده و رابطه مطلوب بین مادر و شیر خوار را ارتقاء می بخشد (۲۱). چانگ و همکاران (۲۰۰۴) طی مطالعه ای که در زمینه تأثیر آموزش های خاص از جمله دلبستگی در دوران بارداری بر دلبستگی مادر و جنین انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که گروه آزمایش، دلبستگی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند (۳۱). ناگاتا و همکاران نیز نشان دادند که بین دلبستگی دوران بارداری و نفاس و دلبستگی یک سال بعد از زایمان ارتباط معنی داری وجود دارد، در نتیجه مسائل و مشکلات مربوط به دلبستگی این دوران سبب عوارض منفی در روابط مادر و کودک در آینده می شود (۳۲). مطالعه کیم و همکاران که به بررسی تأثیر برخی مداخلات دلبستگی مانند لمس جنین بر رفتارهای دلبستگی مادر پرداخته است، بعد از مداخله تفاوت معنی داری در میزان دلبستگی دو گروه مشاهده نشد (۲۰). نتایج مطالعه حاضر با نتایج اغلب مطالعات فوق همخوانی دارد. اما نتایج این مطالعات از نظر میزان اثر با مطالعه حاضر متفاوت است که این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت آموزش ها، مکان، مدت زمان و یا زمان شروع

ویژه پرستاران و ماماها و همچنین والدین، قبل از تولد نوزاد می توان در جهت ارتقاء روابط والدین با نوزاد اقدامات اساسی را به عمل آورد. در صورت تثبیت این نوع رفتارها در مادران می توان امید داشت که در آینده افراد جامعه از بهداشت روانی مناسب تری برخوردار باشند و ناهنجاری های رفتاری در سنین بالاتر کاهش یابد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می شود پرستاران و سایر اعضاء گروه بهداشت و درمان که به هر ترتیبی با مادر در ارتباط هستند، این تکنیک ساده، ارزان و لذت بخش را به عنوان جزئی از مراقبت های دوران پری ناتال به مادران آموزش دهند تا با دستیابی به نتایج آن، گامی هر چند کوتاه در جهت سلامت مادر و کودک برداشته شود و پیشنهاد می شود تحقیقاتی در زمینه دل بستگی مادران چندزا یا مادران با سابقه سقط در جهت افزایش دل بستگی این گروه انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان نامه دانشجویی به شماره (۸۹۵۰۹۹) می باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی شیراز، به جهت همکاری بی دریغ تشکر و قدردانی می شود.

آموزش ها در بارداری باشد. سازوکارهای احتمالی مطرح در افزایش میزان دل بستگی در اثر انجام رفتارهای دل بستگی این است که مداخلات آموزشی مؤثر در بارداری می تواند نقش بسزایی در کاهش اختلالات روانی و اضطراب و همچنین ارتقاء سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد (۳۳). خصوصیت دیگر مطالعه حاضر این بود که آموزش گروهی باعث استفاده مادران از تجارب همدیگر (البته با کنترل مربی و مسئول آموزش بوده) می شد و با توجه به شیوه آموزشی و انجام تمرینات گروهی به نظر می رسد این مسئله در افزایش دل بستگی مؤثر باشد. این مسئله در مطالعه گرفت و همکاران نیز ذکر شده است (۳۴). به نظر می رسد که آموزش رفتارهای دل بستگی بتواند به عنوان یک روش آسان، ارزان و غیر تهاجمی برای افزایش دل بستگی به ویژه در زنان نخست زا مورد استفاده قرار گیرد و زنان باردار به انجام این رفتارها تشویق شده و مراحل بارداری و زایمان را با خطرات کمتری تجربه نمایند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می رسد آموزش رفتارهای دل بستگی به عنوان یکی از آموزش های نوین مامایی بتواند باعث افزایش دل بستگی مادر به جنین شود. همچنین با آموزش این رفتارها به کارکنان بهداشتی به

منابع

1. Lindren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and Health practices in pregnancy. *Res Nurs Health* 2001 Jun;24(3):203-17.
2. Damato EG. Maternal-fetal attachment in twin pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000 Nov-Dec;29(6):598-605.
3. Verhulst JMF. Relational problem. In: Sadok BA, Sadok VA. *Comprehensive text book of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia:Williams and Wilkins;2000:1888.
4. Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery* 2010 Apr; 26(2):e1-9.
5. Muller ME. Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation . *J Obstet Gynecol Nurs* 1996 Feb;25(2):161-6.
6. Pillitteri A. *Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family*. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2003:201-26.
7. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity & women's health care*. 9th ed. St Louis:Mosby;2007.
8. Facello D. Maternal/fetal attachment: associations among family relationships, maternal health practices, and antenatal attachment. *South Online J Nurs Res* 2008;8(2):131-2.
9. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *J Reprod Infant Psychol* 2002;20(4):253-66.
10. Doan HM, Zimmerman A. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *J Prenat Perinat Health*. 2003;18(2):109-29.

11. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *J Nurs Scholarsh* 2002;34(4):339-45.
12. Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004 Nov-Dec;33(6):765-73.
13. May KA, Malmeister LR. *Maternal & neonatal nursing*. 3rd ed. Philadelphia:Lippincott;1994.
14. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud* 2009 May;46(5):708-15.
15. Alhusen JL. A literature update on maternal fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 May-Jun;37(3):315-28.
16. Debra C F. Maternal/fetal attachment: associations among family relationships, maternal health practices, and antenatal attachment. *South Online J Nurs Res* 2008;8(2):131-2.
17. Saastad E, Ahlberg T, Froen JF. Low maternal awareness of fetal movement is associated with small for gestational age infants. *J Midwifery Womens Health* 2008 Jul-Aug;53(4):345-52.
18. Khoramrody R. [The effect of mothers touch on maternal foetal attachment] [Theses in Persian]. Tehran:Iran University of Medical Sciences;2000.
19. Chang SB, Kang HC. Changes of maternal-fetal attachment and self efficacy for delivery after the taekyo-perspective prenatal class. *J Korean Acad Womens Health Nurs* 2001 Mar;7(1):1-17.
20. Kim JS, Cho KJ. The Effect of Mother-fetus Interaction Promotion Program of Talking and Tactile Stimulation on Maternal-fetal Attachment.korean j child health nurs.2004;10(2):153-164.
21. Abasi E, Tafasoli M, Hasanabady H, Esmali H. [The effect of behavioral attachment training on mental health in primipar mother at third trimester pregnancy] [Thesis in Persian]. Mashhad:Mashhad University of Medical Sciences;2008.
22. Pagnini DL, Reichman NE. Psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's Health Start program. *Fam Plann Perspect* 2000 Mar-Apr;32(2):56-64.
23. Watterson A, Thomson P, Malcolm C, Shepherd A, McIntosh C. Integrating environmental health into nursing and midwifery practice. *J Adv Nurs* 2005 Mar;49(6):665-74.
24. Coleman PK. Induced abortion and increased risk of substance abuse: a review of the evidence. *Curren Women's Health Review*. 2005;1(1):21-34.
25. Shieh C, K ravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung J Med Sci* 2001 Sep;17(9):448-54.
26. Turriff-Jonasson SI. Use of prenatal testing, emotional attachment to fetus and fetal health locus of control. A Thesis submitted to the college of graduate studies and research master degree in the Department of Psychology University of Saskatchewan;2004.
27. Cannella BL. Maternal-fetal attachment: an integrative review. *J Adv Nurs* 2005 Apr;50(1):60-68.
28. Sandbrook SP, Adamson-Macedo EN. Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. *Neuro Endocrinol Lett* 2004 Dec;25(Suppl 1):169-82.
29. Sandbrook S.P, Adamson Macedo E.N . Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. *Neuroendocrinology Journal* .2004;25 (1): 169-182.
30. Tinsley BJ, Trupin SR, Owens L, Boyum LA. The significance of women's pregnancy-related locus of control beliefs for adherence prenatal health regimes and pregnancy outcomes. *J Reprod Infant Psychol* 1993;11(2):97-102.
31. Chang S, Park S, Chung C. Effect of Taekyo-focused prenatal education on maternal-fetal attachment and self-efficacy related to childbirth. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004 Dec;34(8):1409-15.
32. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Honjo S. Depression in mother and maternal attachment--results from a follow-up study at 1years postpartum. *Psychopathology* 2003 May-Jun;36(3):142-51.
33. Scotf JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 9th ed. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
34. Griffith JM, Sorenson JR, Bowling JM, Jennings-Grant T Assessment of an interactive computer-basedpatient prenatal genetic screening and testing education tool. *Health Educ Behav* 2005 Oct; 32(5): 613-26.