

مقایسه دلبستگی مادر به جنین و اضطراب بارداری

در زنان رحم جایگزین و زنان با بارداری نرمال

فاطمه قلیچی^{۱*}، دکتر رسول روشن^۲، دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، تهران، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شاهد تهران، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۴

خلاصه

مقدمه: در دنیای امروز، روش‌های متعددی برای درمان ناباروری در پزشکی وجود دارد، استفاده از رحم جایگزین یکی از روش‌های جدید می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه دلبستگی مادر به جنین و اضطراب در دوران بارداری زنان داوطلب رحم جایگزین با زنان با بارداری نرمال انجام شد.

روش کار: این مطالعه پس رویدادی در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۰ زن با بارداری رحم جایگزین در مراکز ناباروری شهر تهران انجام شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فردی، پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی (MFAS) و پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس DASS21 صورت گرفت. میزان دلبستگی مادر به جنین و اضطراب بر اساس پرسشنامه‌ها تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون آماری لوین و تی تست انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان با بارداری رحم جایگزین $۸۶/۰۶ \pm ۱۵/۱۲$ و در زنان با بارداری نرمال $۹۵/۹۳ \pm ۸/۵۲$ بود ($p \leq ۰/۰۵$) میانگین اضطراب در زنان با بارداری رحم جایگزین $۶/۸ \pm ۳/۴۷$ و در زنان با بارداری نرمال $۶ \pm ۴/۳۱$ بود که تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: دلبستگی مادر به جنین در مادران رحم جایگزین کمتر از مادران نرمال است، اما سطح اضطراب در مادران رحم جایگزین بیشتر از مادران با بارداری نرمال نیست.

کلمات کلیدی: اضطراب، دلبستگی مادر به جنین، رحم جایگزین

* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه قلیچی؛ دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۶-۳۴۶۴۵۷۴۲؛ پست الکترونیک:

mghelichi92@gmail.com

مقدمه

بارداری و مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود (۱) و یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های نقش جنسیتی زنان است (۲). متأسفانه زوجینی هستند که به صورت طبیعی نمی‌توانند فرزندى داشته باشند. تخمین زده شده که از هر ۷ زوج، یک زوج تجربه نازایی دارد. این افراد نیازمند استفاده از "فن‌آوری‌های کمک باروری" هستند. یکی از جدیدترین روش‌های درمان، رحم جایگزین یا مادر قراردادی است. در واقع مادر جایگزین به فردی گفته می‌شود که جنینی را برای دیگری حمل می‌کند (۳).

مولر (۱۹۹۳) دل‌بستگی پیش تولدی را به عنوان ارتباط عاطفی منحصر به فرد یاد کرد که بین مادر و جنین او به وجود می‌آید (۴). دل‌بستگی به جنین از نظر کرانلی درگیر شدن در اعمالی است که نشان دهنده تعامل و پیوند با فرزند به دنیا نیامده است (۵). بر اساس این تئوری، دل‌بستگی در ۷ مرحله شامل: برنامه‌ریزی برای حاملگی، تطابق با بارداری، پذیرفتن بارداری، احساس حرکات جنین، شناختن جنین به عنوان یک فرد واحد، تولد نوزاد و مشاهده و لمس نوزاد ایجاد می‌شود (۶). دل‌بستگی مادر به جنین موجب افزایش رفتارهای بهداشتی توسط مادر می‌شود. وی این رفتارها را شامل ترک سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت‌های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌داند که در نهایت این رفتارها منجر به پیامد رضایت‌بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد و همچنین تقبل مسئولیت مادری می‌شود (۷). دل‌بستگی از ابتدای بارداری ایجاد و به تدریج بیشتر می‌شود؛ به طوری که در سه ماهه سوم به اوج خود می‌رسد تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۸). دل‌بستگی مادر به جنین واقعی، قدرتمند و شروع آن با بارداری است (۹). فاستر (۱۹۹۶) بیان می‌کند که دل‌بستگی مادر به جنین پیش‌بینی کننده نگرش و انجام وظایف مادر پس از وضع حمل، تعاملات مادر و نوزاد و الگوی دل‌بستگی پس از تولد می‌باشد (۱۰). رفتارهای دل‌بستگی مادر به جنین نقش مهمی در

پذیرش هویت والدی، ارتباط آینده مادر و نوزاد و رشد و تکامل کودک ایفا می‌کند (۱۱).

مطالعات بودکس (۲۰۱۱) نشان داد که بارداری، یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی زنان به شمار می‌رود که زنان در این دوران در معرض شرایط جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگاری قرار می‌گیرند و نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد. از این رو یک فرصت منحصر به فرد برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری محسوب می‌شوند، فراهم می‌شود (۱۲). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) اضطراب و افسردگی را شایع‌ترین علائم خطرزا در زمان بارداری عنوان کرد که برای نوزاد آسیب جدی شناخته شده‌ای را ایجاد می‌کند (۱۳). میزان اضطراب در زنان باردار در سه ماهه اول بالا است، در سه ماهه دوم کاهش می‌یابد، اما در سه ماهه سوم بارداری و با نزدیک شدن به زمان زایمان دوباره به سطح اولیه بر می‌گردد. شیوع اضطراب در سه ماهه سوم بارداری نسبت به سه ماهه اول و دوم بارداری بیشتر است (۱۴). دلایل مختلفی برای اضطراب در زمان بارداری وجود دارد که مهم‌ترین آنها نگرانی راجع به سلامت نوزاد است. دو مورد مهم ناهنجاری جنین و بیماری‌های مادرزادی، باعث ایجاد اضطراب در مادران باردار می‌شود (۱۵). ریسک فاکتورهای مهم برای افسردگی پس از زایمان شامل سابقه افسردگی، اضطراب، افسردگی دوران بارداری، وقایع استرس‌زای زندگی، عدم حمایت اجتماعی و عزت نفس پایین زنان می‌باشد (۱۶). پویکتوس (۲۰۰۶) بیان می‌کند تغییرات اضطرابی در سه ماهه سوم بیشتر است و شامل بی‌اشتهایی و تپش قلب می‌باشد (۱۷).

در مطالعه مولر و همکاران (۲۰۰۲) این‌گونه بیان می‌شود که سطوح بالای اضطراب و استرس با افزایش احتمال زایمان پیش از موعد، تولد نوزاد کم وزن، سقط خود به خود و ناهنجاری‌های نوزاد همراه است (۱۸). رحمان (۲۰۰۷) معتقد است که سطح بالای کورتیزول خود تحت تأثیر اضطراب و تنش مادر است با خطرات و آسیب‌های روانی و اختلالات روان‌شناختی و رشد کم نوزاد نشان داده می‌شود (۱۹).

با توجه به افزایش داوطلبان انجام عمل جایگزینی رحم در ایران، انجام مطالعه در این حوزه ضروری می‌باشد. با توجه به مطالعات اندکی که در زمینه دلبستگی مادر به جنین و اضطراب در زمان بارداری در زنان رحم جایگزین انجام گرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی دلبستگی مادر به جنین و اضطراب بارداری در زنان رحم جایگزین و مقایسه آن با مادران نرمال انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع پس رویدادی است که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۴ انجام شد. پژوهشگر در ابتدا با تعدادی از زنان متقاضی رحم صحبت کرد و توانست همکاری ۳۰ نفر را برای پاسخ به پرسشنامه داشته باشد (بر همین اساس حجم نمونه انتخاب شد). تعداد (۳۰ داوطلب) از زنان با بارداری نرمال بر اساس معیارهای ورود به پژوهش را انتخاب کرد و پرسشنامه‌ها توسط آنان تکمیل شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. برای تمام واحدهای پژوهش، توضیحات لازم مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات داده شد. پس از رضایت شفاهی این زنان، پرسشنامه‌ها بدون حضور پژوهشگر تکمیل شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تابعیت ایرانی، سن بین ۲۰-۳۵ سال، داشتن حداقل سواد برای تکمیل پرسشنامه‌ها، عدم بیماری‌های مزمن جسمی و روانی و گذشتن حداقل دو سال از زمان آخرین زایمان بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مشخصات فردی، دلبستگی مادر به جنین کرانلی و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS21 بود.

مؤلفه‌های مندرج در پرسشنامه اطلاعات فردی شامل: سن، میزان تحصیلات، متأهل و یا مجرد (مطلقه و یا همسر فوت شده)، تعداد فرزندان، فاصله زمانی از آخرین بارداری، وجود بیماری جسمی و روانی (منظور از بیماری جسمی، بیماری‌های مزمن و یا معلولیت است و بیمار روانی نیز به این معناست که فرد در یک‌سال گذشته تحت درمان سرپایی و یا بستری در مراکز روان پزشکی نبوده است) بود.

پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی (۱۹۸۱) توسط خرم‌رودی ترجمه شده و توسط احدی (۱۳۸۵)،

خرم‌رودی (۱۳۸۷) و عباسی و همکاران (۱۳۸۷) مورد استفاده قرار گرفته است (۹). پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی دارای ۲۴ عبارت است. این پرسشنامه، رفتارهای دلبستگی مادر با جنین را از ۵ جنبه: پذیرش نقش مادری (۴ عبارت)، تعامل با جنین (۵ عبارت)، نسبت دادن خصوصیتی به جنین (۶ عبارت)، تمایز بین خود و جنین (۴ عبارت) و از خودگذشتگی (۵ عبارت) مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت بوده (قطعاً بلی امتیاز ۵، بلی امتیاز ۴، مطمئن نیستم امتیاز ۳، خیر امتیاز ۲، قطعاً خیر امتیاز ۱)، به جز بند ۲۲ که نمره‌گذاری عکس می‌شود یعنی (قطعاً بلی امتیاز ۱، بلی امتیاز ۲، مطمئن نیستم امتیاز ۳، خیر امتیاز ۴، قطعاً خیر امتیاز ۵)، بدین ترتیب حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر امتیاز ۱۲۰ بود. روایی مقیاس دلبستگی مادر به جنین کرانلی از طریق روایی محتوا و پایایی آن از طریق فرمول کرانباخ ۰/۸۳ تأیید شد (۲۰).

مقیاس استاندارد افسردگی، اضطراب و استرس، یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس است که توسط لووی بند (۱۹۹۵) طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است که در آن برای اندازه‌گیری هر کدام از علائم افسردگی، اضطراب و استرس از ۷ پرسش و به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت استفاده می‌شود که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به‌دست می‌آید و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، زیاد و خیلی زیاد است. کمترین امتیاز مربوط به هر پرسش، صفر و بیشترین نمره ۳ است. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی آن در مطالعه شریفی‌راد و همکاران (۱۳۹۲) با آلفای ۰/۸۲ تأیید شد. در مطالعه حاضر، پایایی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های افسردگی ۰/۹۱، اضطراب ۰/۸۴ و استرس ۰/۸۴ به‌دست آمد و در حد قابل قبولی است (۲۱).

مادران به‌دلیل عدم آگاهی از اهمیت پژوهش، ممکن بود که به پاسخگویی بی‌تفاوت باشند. پژوهشگر با بیان

شاخص‌های توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار انجام شد. جهت بررسی میانگین دلبستگی مادر به جنین و اضطراب از آزمون لوین و تی تست استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ زن پس از تولد نوزادشان انتخاب شدند که ۳۰ نفر از آنها بارداری جایگزین را انجام داده بودند. بر اساس پرسشنامه فردی (جدول ۱)، میانگین سن زنان رحم جایگزین $27/2 \pm 2/7$ سال و زنان بارداری نرمال $27/1 \pm 7/8$ سال بود.

اهمیت انجام این پژوهش برای مادران بالاضح داوطلبان رحم جایگزین، سعی در به حداقل رساندن این مشکل داشت. پاسخ صادقانه به پرسشنامه‌ها تحت کنترل پژوهشگر نبود، مبنای این مطالعه پاسخ صادقانه افراد به پرسشنامه‌ها بود. سعی فراوان مبنی بر همتایی دو گروه از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل شد (جدول ۱)، ولی با توجه به این مسئله که زنان رحم جایگزین اغلب در شرایط اقتصادی و اجتماعی پایین جامعه هستند، پژوهشگر نتوانست این همگنی را به طور کامل انجام دهد. این موارد از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و روش‌های آماری توصیفی نظیر

جدول ۱- اطلاعات توصیفی و ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها

مقیاس‌ها	زنان رحم جایگزین		زنان با بارداری نرمال	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
طبقات سنی (سال)				
۲۰-۲۵	۸	۲۶/۶	۵	۱۶/۶
۲۵-۳۰	۱۹	۶۳/۳	۱۷	۵۶/۶
۳۰-۳۵	۳	۱۰	۸	۲۶/۶
سوم راهنمایی	۱۷	۵۶/۶	۰	۰
تحصیلات				
زیر دیپلم	۸	۲۶/۶	۲	۶/۶
دیپلم	۴	۱۳/۳	۱۶	۵۳/۳
دانشگاهی	۱	۳/۳	۱۲	۴۰
تعداد فرزندان				
یک	۱۹	۶۳/۳	۱۱	۳۶/۶
دو	۱۱	۳۶/۶	۱۷	۵۶/۶
سه یا بیشتر	۰	۰	۲	۶/۶
وضعیت تأهل				
متأهل	۲۲	۷۳/۳	۳۰	۱۰۰
مجرد (مطلقه- فوت)	۸	۲۶/۶	۰	۰

بارداری نرمال و $73/3\%$ از زنان رحم جایگزین متأهل بودند. بررسی همگنی واریانس دو گروه با استفاده از آزمون لیون در (جدول ۲) آمده است که با توجه سطح معنی‌داری بیشتر از $0/05$ ، جهت بررسی فرضیه‌ها از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده شد.

از نظر سطح تحصیلات، $83/2\%$ زنان رحم جایگزین تحصیلات کمتر از دیپلم و $93/3\%$ زنان با بارداری نرمال تحصیلات دیپلم و بالاتر را داشتند. $63/3\%$ تعداد فرزند در زنان رحم جایگزین یک فرزند و $56/6\%$ زنان با بارداری نرمال دو فرزند داشتند. 100% از زنان

جدول ۲- بررسی همگنی واریانس دو گروه با استفاده از آزمون لیون

دلبستگی	آماره لیون	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معنی‌داری
دلبستگی	۵/۴۸۲	۱	۵۸	۰/۲۳
اضطراب	۰/۵۷۹	۱	۵۸	۰/۴۵۰

میانگین نمره دل‌بستگی در زنان رحم جایگزین $95/93 \pm 8/52$ بود که از نظر آماری معنی‌دار بود $(p=0/03)$ (جدول ۳).

جدول ۳- آزمون تی تست بین دو گروه زنان با بارداری نرمال و رحم جایگزین در مقیاس کرانلی

مقیاس‌ها	میانگین		انحراف معیار		اختلاف میانگین	T	df	سطح معناداری
	عادی	رحم جایگزین	عادی	رحم جایگزین				
همبستگی کرانلی	۹۵/۹۳	۸۶/۰۶	۸/۵۲	۱۵/۱۲	۹/۸۶	۳/۱۱	۵۸	۰/۰۰۳

بر اساس نتایج میانگین خرده مقیاس‌ها بر اساس حیطه‌های ۵ گانه در جدول ۴، در زنان رحم جایگزین نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین کمترین نمره و تعامل با جنین بیشترین نمره و در زنان با بارداری نرمال پذیرش نقش مادری کمترین نمره و تمایز مادر با جنین بیشترین نمره را به خود اختصاص داد. در تمام خرده مقیاس‌ها نمره مادران با بارداری نرمال بیشتر از مادران رحم جایگزین بود (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره رفتارها در زیر گروه‌ها دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی

مقیاس	تعامل با جنین	نسبت دادن خصوصیات	از خود گذشتگی	تمایز مادر با جنین	پذیرش نقش مادری
میانگین رحم جایگزین	۳/۸	۳/۳	۳/۷	۳/۷	۳/۶
میانگین بارداری نرمال	۴/۰۴	۴	۳/۹	۴/۲	۳/۸

همچنین میانگین اضطراب در زنان با بارداری نرمال $6 \pm 4/31$ و در زنان رحم جایگزین $6/8 \pm 3/47$ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود $(p=0/43)$ (جدول ۵). در این جدول میانگین‌های دو گروه نمونه در خرده مقیاس‌های آزمون DASS با استفاده از آزمون مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل با یکدیگر مقایسه شد. بر

اساس نتایج آزمون فوق در جدول ۵، بین زنان با بارداری عادی و زنان با بارداری رحم جایگزین در میزان اضطراب هیچگونه تفاوت معناداری مشاهده نشد $(p \geq 0/05)$. البته این گفته بیانگر یکسان بودن دو گروه در این زمینه نیست، بلکه نشان می‌دهد که تفاوت موجود از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۵- جدول آزمون تی تست بین دو گروه زنان با بارداری عادی و رحم جایگزین در مقیاس DASS

مقیاس‌ها	میانگین		انحراف معیار		اختلاف میانگین	t	df	سطح معناداری
	عادی	رحم جایگزین	عادی	رحم جایگزین				
افسردگی	۶/۵۳	۵/۷	۵/۱۸	۴/۹۴	۰/۸۳	۰/۶۳	۵۸	۰/۵۲
اضطراب	۶	۶/۸	۴/۳۱	۳/۴۷	-۰/۱۸	-۰/۷۹	۵۸	۰/۴۳
استرس	۹/۵	۱۰/۲۳	۴/۸۳	۵/۲۱	-۰/۷۳	-۰/۵۶	۵۸	۰/۵۷

در مطالعه حاضر میانگین نمره اضطراب بر اساس پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS در مادران رحم جایگزین $6/8 \pm 3/47$ و در زنان با بارداری نرمال $6 \pm 4/31$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود $(p=0/43)$.

پژوهش‌های انجام شده در ایران در رابطه با موضوع رحم جایگزین بسیار اندک است. شاید این افراد را بتوان با

بحث

در مطالعه حاضر، میانگین نمره دل‌بستگی مادر به جنین در زنان با بارداری نرمال $95/93 \pm 8/52$ و در زنان با بارداری جایگزین $86/06 \pm 15/12$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود $(p=0/03)$ ، در نتیجه دل‌بستگی مادران نرمال بیشتر از دل‌بستگی مادران رحم جایگزین به نوزاد بود.

با توجه به پژوهش‌های ذکر شده دلبستگی بین زنان رحم جایگزین و جنین کمتر از زنان با بارداری نرمال می‌باشد.

زنان با بارداری رحم جایگزین با مشکلات بسیار زیاد اقتصادی و خانوادگی مواجه هستند. پذیرش بارداری با این شرایط، روشی برای کسب درآمد محسوب می‌شود تا بتوانند پاره‌ای از مشکلات اقتصادی خانواده‌شان را حل کنند. از سوی دیگر جنینی که این زنان حمل می‌کنند، برای خانواده متقاضی بسیار مهم است و در نتیجه تمام آزمایشات پاراکلینیکی را برای آگاهی از سلامت جنین انجام می‌دهند و در ایران، وضع حمل در بیمارستانی مجهز انجام می‌شود، بنابراین آنها نگرانی بابت سلامتی جنین ندارند. این دلایل می‌تواند بیان کند که چرا این زنان اضطراب بیشتری نسبت به زنان نرمال ندارند.

پارکر و ریام (۱۹۹۰) مشاهده کردند که با نزدیک شدن به انتهای دوران بارداری و وضع حمل، اضطراب بیشتر می‌شود و در زمان تحویل بالاترین اضطراب وجود دارد (۲۶) که با نتایج مطالعه اسپنکل لورنسیا و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی داشت (۲۸). مطالعه تیاجی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که مادران رحم جایگزین دلبستگی کمتری به جنین، اضطراب و افسردگی بیشتری را در دوران بارداری و پس از زایمان را تجربه می‌کنند (۲۹).

در مطالعه حاضر میانگین افسردگی و اضطراب زنان رحم جایگزین بالاتر از میانگین اضطراب زنان با بارداری نرمال بود که با مطالعه‌ای که درانستيو لونا (۲۰۱۴) انجام شد، همخوانی نداشت (۳۰). برخی روان‌شناسان مشاوره را برای زنان رحم جایگزین ضروری می‌دانند.

تاکنون مطالعات محدودی در خصوص دلبستگی مادر به جنین و اضطراب زنان با بارداری جایگزین در ایران انجام شده است. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در مراکز مختلف نابرووری در شهرستان‌ها انجام شود تا بتوان به این گروه از افراد جامعه کمک کرد تا بارداری و مشکلات جسمی و روان‌شناختی پس از زایمان را با آسیب کمتر بگذرانند. از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه دلبستگی مادر به جنین و اضطراب بارداری

مادران نوزاد مرده مقایسه کرد. البته این قیاس نیز صحیح نیست؛ چراکه مدارکی در دست است که توضیح می‌دهد زنان رحم جایگزین حمایت اجتماعی لازم را در زمان بارداری دریافت نمی‌کنند، زیرا نگرش عموم جامعه به این موضوع منفی است و این دلیل آسیب‌پذیری بیشتر آنها می‌باشد. از دست دادن نوزاد، پس از تولد و مرگ نوزاد همراه با مراسم و تشریفات خاص برگزار می‌شود و این مراسم و حمایت‌های اجتماعی، مادر را در این پذیرش مرگ نوزاد کمک می‌کند، ولی در زمان تحویل نوزاد به والدین قانونی، مادر دچار سوگ می‌شود که حمایت خانواده و جامعه را ندارد و این سوگ، فردی می‌باشد (۲۲).

در ایران مطالعه مستقیم با موضوع دلبستگی مادر به نوزاد بر روی زنان رحم جایگزین انجام نشده است، در نتیجه همخوانی با موضوع را نمی‌توان انجام داد و نتایج حاصل از تحقیقات در مورد مرگ جنین و نوزاد مورد بررسی قرار می‌گیرد. در مطالعه مهران و همکاران (۲۰۱۲) میانگین رفتارهای دلبستگی مادر و جنین در زنان نخست باردار $(71/2 \pm 11/75)$ بیشتر از زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد $(68/95 \pm 9/20)$ بود که بر اساس آزمون تی مستقل، این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (۲۳). در مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۲) میزان دلبستگی در زنانی که سابقه از دست دادن جنین داشتند و گروه بدون این تجربه تفاوت معناداری نداشت (۲۴). در مطالعه صادقی صاحب زاد و همکاران (۲۰۱۴) میانگین نمره دلبستگی مادران با سابقه مرگ جنین $64 \pm 18/05$ بود. در این مطالعه بین حمایت اجتماعی و دلبستگی مادر به جنین ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت (۶) که نتایج تمام این مطالعات با مطالعه کاندون و همکاران (۱۹۹۷) همخوانی داشت (۲۵). مطالعه فیشر و همکاران (۱۹۹۱) در مورد دلبستگی نشان داد که مادر صاحب رحم کمتر به جنین خود دلبسته شده و متعاقب تحویل کودک نیز کمتر دچار آزرده‌گی می‌شود (۲۶). تیو (۲۰۰۷) گزارش کرد که زن رحم جایگزین لازم است که خود تصمیم گرفته و کمتر دلبسته جنین شوند و در این صورت آسان‌تر نوزاد را تحویل والدین می‌دهد (۲۷).

در ایران انجام نشده است، نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه است. لازم در سایر شهرها و با تعداد بیشتر نمونه این بررسی صورت گیرد.

نتیجه گیری

دلبستگی مادر به جنین در زنان با بارداری رحم جایگزین کمتر از سایر مادران است، چراکه این افراد با توجه به اینکه می‌دانند جنینی که در رحم خود پرورش می‌دهند متعلق به آن‌ها نمی‌باشد و بر اساس توافق باید به خانواده متقاضی تحویل دهند، از ابتدا سعی می‌کنند، کمتر دلبسته شوند. از سوی دیگر آزمایشات پاراکلینیکی متعددی در طول بارداری انجام می‌دهند و سلامت جنین تأیید می‌شود و همچنین با توجه به عدم تعلق جنین به آنها، زنان داوطلب رحم جایگزین اضطراب

بیشتری را نسبت به مادران نرمال تجربه نمی‌کنند. با توجه به تمامی نتایج فوق زنان داوطلب رحم جایگزین نیازمند مشاوره‌های دقیق روان‌شناسی هستند تا کمترین آسیب را پس از زایمان و تحویل نوزاد به خانواده متقاضی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین‌وسیله از سرکار خانم مرضیه مرادی که بدون کمک‌ها و راهنمایی ایشان این پژوهش به سرانجام نمی‌رسید و همچنین از زحمات خانم معصومه احمدی، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Tarshizi M, Sharif Zadeh GH. Maternal -fetal attachment and its related factors in pregnant women referred to health centers of Birjand, Iran, 2013. Iran J of Medical Science University of Birjand, 2013;20(3),279-287. (Persian).
2. Sadeghi HR, Malek Ahmadi H, Abdollahi A. Phenomenological Experiences of the Requesting Mother for Renting Wombs. J of Family Research, 10(40), 401-421 [persian]
3. Van den Akker OB. Surrogate motherhood: a critical perspective. Expert Rev Obstet Gynecol 2010; 5(1):5-7.
4. Sadeghi MS, Mazaheri A. Attachment styles in mother with and or without abortion. J Reprod Infertil 2007; 8(1):60-9. (Persian).
5. Abbasi E, Tahmasbi H, Hasani S, Nasiri TG. Comparison of maternal and paternal fetal attachment in couples referred to health care centers in Sari. J Family Health 2012; 1(2):13-8. (Persian).
6. Sadeghi Sahebzad E, Baghdari N, Khairkhan M. The relationship between marital satisfaction and social support with maternal fetal attachment in pregnancy women with a history of baby loss. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(106):16-22. (Persian).
7. Taavoni S, Ahadi M, Gangi T, Hosseini F. Comparison of maternal fetal attachment between primigravidas and multigravidas women with past history of fetal or neonatal death. Iran J Nurs 2008; 21(53):53-61. (Persian).
8. Toosi M, Akbarzadeh M, Sharif F, Zareh N. The Effect of Training Attachment Behaviors on Maternal-Fetal Attachment in Primipara Mothers Visiting Selected Obstetric-Clinics of Shiraz -2010. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 15(5):15-23. (Persian).
9. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Takami GN. Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. Life Science J 2012; 9(1):68-75. (Persian).
10. Taffazoli M, Montakhab Asadi M, Aminyazdi SA, Taghi Shakeri M. The Relationship between Maternal-Fetal Attachment and Mother -Infant Attachment Behaviors in Primiparous Women Referring to Mashhad Healty Care Centers. J of Midwifery Reproductive Health. 2015. 3(20) 318-327
11. Jamshidi manesh M, Astoreki L, Behbodi Moghadam Z, Taghi Zade Z, Haghani H. Maternal -Fetal Attachment and related factors. J nursing and Midwifery Medical Sciences Tehran. 2012. 18(5). 22-45. [persian]
12. Sadeghi N, Aziai S, Molaiezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(122):8-15. (Persian).
13. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Burger H, Berger MY. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. BMC Psychiatry 2015; 15(1):292.
14. Babanazari I, Kafi SM. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. Iranian Journal of Psychology. 2008. 14(2). 206-213 [persian]

15. Kannenberg K, Weichert J, Rody A, Banz-Jansen C. Treatment-associated anxiety among pregnant women and their partners: what is the influence of sex, parity, age and education? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2016; 76(7):809-13.
16. Ikeda M, Hayashi M, Kamibeppu K. The experience of postpartum depression among mothers with withdrawn attachment style during pregnancy and the first postnatal month. *Open J Depr* 2015; 4(4):61.
17. Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. Comparison of attachment and relaxation training effects on anxiety in third trimester and postpartum depression among primipara women. *Hayat* 2013; 19(1):76-88. (Persian).
18. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *J Hayat* 2011; 17(3):69-79. (Persian).
19. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of learning attachment behaviors on anxiety and maternal fetal attachment in first pregnant women. *Evid Based Care* 2011; 1(1):21-34. (Persian)
20. Tarshizi M Different aspect Maternal-fetal Attachment and associated factors in pregnant women referred to Health Centers in Birjand 1391- Iran *J Obstet Gynecol Infertility*-16(72) –P13-21[persian]
21. Seyed Ahmadi Nejad FS, Golmakani N, Shakeri MT. Effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety, and stress of primigravid women. *Evid Based Care* 2015; 5(1):67-76. (Persian).
22. Kalkidan A. Birth mothers experience after relinquishment. [Doctoral Dissertation]. Ethiopia: Addis Ababa University, the School of Social Work; 2011.
23. Mehran P, Simir M, Shams G, Nasiri N. Fetal attachment in pregnancy women with or without fetus or neonatal death. *Sci Res J Nurs Midwifery* 2012; 22(79):53-61. (Persian).
24. Abbasi E, Tafazoli M. The Effect of training attachment behaviors on primipara maternal fetal attachment. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2009; 17(12):35-45. (Persian).
25. Condon JT, Corkindale C. The Coorelate of antenatal attachment in pregnant women. *BrJ Med Psychology* 1997.70(pt4),359-372
26. Ven den Akker OB.A-Psychological trait and state characteristics. social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*.2007.22(8).P2287-2295
27. Tieu M. Oh Baby Baby: the problem of surrogacy. *Bioeth Res Notes* 2007; 19(1):1-9.
28. Lorenceau ES, Mazzucca L, Tisseron S, Pizitz TD. A cross-cultural study on surrogate mother's empathy and maternal-foetal attachment. *Women Birth* 2015; 28(2):154-9.
29. Tyagi P, Singh AK, Tomar S, Kumar N, Singh NK, Singh R, et al. Surrogacy-does it affect physiology of bonding between surrogate mother-fetus and biological mother-new born? *Int J Health Sci Res* 2015; 5(3):321-3.
30. The Iona Institute. The ethical case against surrogate motherhood. What we can learn from the Law of Other European Countries. Dublin: The Iona Institute; 2014.