

# ابعاد مختلف رفتارهای دلبستگی مادر به جنین و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر بیرجند سال ۱۳۹۱

## مرضیه ترشیزی

مری گروه مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۲

### خلاصه

**مقدمه:** دلبستگی قبل از تولد، نقش مهمی در سلامت مادر، جنین و سازگاری مثبت با مفهوم مادری ایفا می کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد مختلف رفتارهای دلبستگی مادر- جنین و برخی عوامل مرتبط با آن انجام شد. **روش کار:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۴۱ زن باردار به روش نمونه گیری چند مرحله ای انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه های اطلاعات فردی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و پرسشنامه دلبستگی مادر - جنین کرانلی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) و آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، توکی و همبستگی پیرسون انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین نمره دلبستگی مادر - جنین  $9/23 \pm 9/63$  بود. دلبستگی مادر - جنین (نمره کلی و برخی از زیر گروه ها) با سطح تحصیلات و شغل (مادر و همسر) و رضایت زناشویی ارتباط آماری معناداری داشت ( $p < 0/05$ ). همچنین بین برخی از زیر گروه ها با سن بارداری، تعداد بارداری و نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته) ارتباط معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). ارتباط معناداری بین دلبستگی مادر- جنین (نمره کلی و زیر گروه ها) با سن مادر، سابقه سقط و مرده زایی، بارداری پرخطر، وضعیت مسکن و کفایت درآمد وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). همچنین بین دلبستگی مادر - جنین با رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی همبستگی ضعیف و معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). **نتیجه گیری:** در این مطالعه برخی ویژگی های فردی و پری ناتال مانند تحصیلات والدین، تعداد و سن بارداری، با دلبستگی مادر- جنین (نمره کلی و برخی از زیر گروه ها) ارتباط داشتند.

**کلمات کلیدی:** بارداری، جنین، دلبستگی، مادر

## مقدمه

دوران بارداری، یکی از مهم ترین مراحل زندگی زنان است. اگرچه این دوره برای اکثر زنان، یک دوره مسرت بخش است اما اغلب، یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی محسوب می شود (۱). در واقع این دوران، حاصل تغییرات و سازگاری های فیزیولوژیکی و انطباق های روانشناختی بوده و مستلزم توجهات ویژه می باشد (۲). به نظر می رسد برقراری ارتباط عاطفی با جنین، بخشی از مراحل تطابق با نقش مادری است (۳). دلبستگی به جنین، یکی از مسائل بسیار مهم در تجربه بارداری است؛ به گونه ای که احساسات و حساسیت مادر نسبت به جنین در طول بارداری به دنبال تغییرات روانی و فیزیولوژیکی افزایش می یابد (۴). ارتباط مادر و کودک متولد نشده تحت عنوان "دلبستگی مادر- جنین" توسط محققین زیادی همچون کرانلی، کاندون و مولر توصیف شده است (۵). این ارتباط عاطفی که در طول بارداری شکل می گیرد، بعد از زایمان با تماس چشمی، بویایی و لمسی مادر و نوزاد ارتقاء می یابد (۶، ۷). کرانلی، رفتارهای دلبستگی مادر به جنین را از ابعاد گوناگون مورد بررسی قرار داد و آن ها را به ۵ زیر گروه: تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین، نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین، از خودگذشتگی و پذیرش نقش والدی تقسیم کرد و رفتارهایی نظیر صحبت کردن با جنین، صدا کردن جنین و لمس شکم جهت احساس حرکات جنین را جزئی از این رفتارها بیان کرد (۸). مولر و پیلیت معتقدند که این دلبستگی از ابتدای بارداری ایجاد شده و به تدریج افزایش می شود؛ به گونه ای که در سه ماهه دوم این دلبستگی به اوج خود رسیده و تا بعد از زایمان ادامه می یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری، نقش مهمی دارد (۹، ۱۰).

فرآیند دلبستگی عاطفی، به تدریج و همزمان با توسعه دلبستگی مادر به جنین شروع به شکل گیری کرده و انگیزه به دست آوردن صلاحیت و رضایت در نقش مادری را در بعد از زایمان ایجاد می کند (۱۱). مطالعات نشان داده اند که دلبستگی به جنین، ارتباط نزدیکی با تعارضات عاطفی مادر، رابطه مادر- کودک و

رابطه با دیگران دارد (۱۲). با افزایش دلبستگی مادر به جنین، مادر تمایل بیشتری به اعمال رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند: ترک مصرف سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت های دوران بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، افزایش دلبستگی مادر و نوزاد و افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر پیدا می کند که تمام این رفتارها منجر به پیامد رضایت بخش بارداری و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد می شود (۱۳، ۱۴).

به نظر می رسد که دلبستگی مادر به جنین عامل پیش بینی کننده چگونگی نگرش و عملکرد نقش مادری بعد از زایمان، تعامل شیرخوار- مادر و الگوهای دلبستگی بعد از تولد می باشد (۱۵). دلبستگی مادر و جنین می تواند تحت تأثیر مسائلی نظیر حمایت اجتماعی، وضعیت روانی، سن بارداری، سن مادر، تعداد زایمان، وضعیت زناشویی، میزان درآمد، سطح تحصیلات و بارداری پرخطر قرار گیرد (۱۱). همزمان با پیشرفت بارداری، تغییرات متنوعی در رفتار بسیاری از مادران ایجاد می شود. عواملی نظیر رضایت از زندگی ممکن است بر توانایی مادر جهت ایجاد دلبستگی به جنین تأثیر بگذارد. مطالعه مالتبای و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد افرادی که رضایت بیشتری از زندگی دارند، از سبک های مقابله ای مؤثرتر و مناسب تری استفاده می کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق تری را تجربه می کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. همچنین دریافتند که عدم رضایت از زندگی با سطوح پایین سلامت، نشانه های افسردگی، مشکلات شخصیتی و رفتارهای نامناسب بهداشتی ارتباط دارد (۱۶). همچنین مادرانی که سطوح پایین تری از دلبستگی دارند، سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را گزارش می کنند که این مشکلات می تواند منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوب بارداری شود (۱۷).

رفتارهای دلبستگی در فرهنگ های مختلف، متفاوت می باشد. گاهی یک زمینه اعتقادی و فرهنگی ممکن است نفوذ شدیدی بر چگونگی فعالیت مادران در نقشی که می خواهند در بارداری بگیرند، داشته باشد. در ایران مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است. با توجه به اهمیت موضوع و نقش مهم آن در رفتار والدی که در

زایی، بارداری پرخطر (دیابت، فشار خون بالا و بیماری های داخلی جراحی) و یک سؤال در مورد میزان رضایت از روابط زنان با همسرانشان (کاملاً راضی، تا حدودی راضی، ناراضی) بود.

پرسشنامه دلبستگی مادر - 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)، تمایز بین خود و جنین (۴ عبارت) و از خود گذشتگی (۵ عبارت) مورد بررسی قرار می دهد. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت بوده (قطعاً بلی "امتیاز ۵"، بلی "امتیاز ۴"، مطمئن نیستم "امتیاز ۳"، خیر "امتیاز ۲"، قطعاً خیر "امتیاز ۱")؛ بدین ترتیب حداقل امتیاز کسب شده، ۲۴ و حداکثر امتیاز ۱۲۰ بود. روایی مقیاس دلبستگی مادر- جنین کرانلی از طریق روایی محتوا و پایایی آن از طریق فرمول کربناخ (۰/۸۳) تأیید شد (۲).

مقیاس رضایت از زندگی، توسط دینر و همکاران (۱۹۸۵) تهیه شده و دارای ۵ عبارت می باشد که مؤلفه شناخت بهزیستی ذهنی را به وسیله مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) می سنجد. دامنه تغییرات نمرات در این مقیاس از ۳۵- ۵ می باشد و نمره بالاتر، نشان دهنده بالا بودن رضایت از زندگی است. دینر و همکاران، ضریب همبستگی بازآزمایی این مقیاس را در بین دانشجویان، ۸۲ درصد و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۸۷ درصد گزارش کردند. بیانی و همکاران (۲۰۰۷)، این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار آن را از طریق بازآزمایی، ۶۹ درصد گزارش کردند (۱۸).

پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی کاسیدی<sup>۱</sup> که توسط کاسیدی در سال ۱۹۸۵ در انگلستان ساخته شد، یکی از آزمون های سنجش میزان حمایت اجتماعی درک شده توسط فرد است. این پرسشنامه شامل ۷ سؤال است و حاوی عباراتی پیرامون حمایت از طرف خانواده و حمایت اجتماعی به طور کلی می باشد. پاسخ ها به صورت بلی، مطمئن نیستم و خیر با نمره بندی صفر تا ۲ است که

تربیت کودک مؤثر است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد مختلف رفتارهای دلبستگی مادر به جنین و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۴۱ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بیرجند انجام شد. نمونه گیری به روش چند مرحله ای تصادفی شده انجام شد. ابتدا شهر بیرجند بر اساس وضعیت جغرافیایی، به ۴ منطقه مشابه تقسیم شد و مراکز بهداشتی شهر بیرجند در داخل این طبقات قرار گرفتند، سپس از هر طبقه، یک مرکز بهداشتی به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. حجم نمونه در هر مرکز، متناسب با جمعیت زنان باردار تحت پوشش، به صورت تصادفی سیستماتیک بر اساس لیست زنان باردار ثبت شده در دفتر مراقبت ممتد زنان باردار انتخاب شدند.

پس از کسب مجوزهای لازم جهت انجام مطالعه و پس از ارائه توضیحاتی به افراد در مورد هدف مطالعه، به مادران باردار اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. پس از اخذ رضایت شفاهی، پرسشنامه ها در اختیار زنان باردار قرار گرفت و در محیطی آرام، بدون حضور پرسشگر به روش خود گزارش دهی تکمیل شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن ملیت ایرانی، حداقل سواد ابتدایی، سن بارداری بیشتر از ۱۴ هفته، عدم سابقه اختلالات شدید روانی طی یک سال گذشته، نداشتن سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر، عدم وجود استرس های شدید در یک سال اخیر (بیماری جدی مادر یا همسر، فوت یکی از اقوام درجه یک، مهاجرت) و زندگی با همسر (تنها همسر شوهرش بوده و تصمیم به جدایی نداشته باشد) بود. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه های مشخصات فردی، دلبستگی مادر - جنین کرانلی و رضایت از زندگی بود. پرسشنامه مشخصات فردی شامل سه بخش: اطلاعات فردی (سن، میزان تحصیلات و شغل مادر و همسر، میزان کفایت درآمد، وضعیت مسکن (شخصی، استیجاری، سازمانی)، مشخصات بارداری (سن بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط و مرده

<sup>1</sup> Perceived Social Support

کمترین امتیاز، صفر و بیشترین امتیاز، ۱۴ می باشد. پایایی این مقیاس در ایران توسط کرکه آبادی (۱۳۷۶) به روش پایایی هم ارز با ( $p < 0/001$ ,  $r = 0/9$ ) تأیید شد (۱۹). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) و با روش آمار توصیفی و آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، توکی و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگراف - اسمیرنوف استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه، میانگین سن زنان باردار  $26/96 \pm 5/2$  سال و میانگین سن بارداری آنان  $30/01 \pm 6/3$  هفته بود. اکثر مادران ( $48/1$ ) نخست باردار، ۲۱۹ نفر ( $90/9$ )

بدون سابقه سقط، ۲۳۹ نفر ( $99/2$ ) بدون سابقه مرده زایی، ۲۱۶ نفر ( $89/6$ ) دارای بارداری کم خطر و ۲۰۹ نفر ( $86/7$ ) دارای بارداری خواسته بودند. اکثر مادران ( $44/4$ ) تحصیلات دیپلم داشته و خانه دار ( $85/1$ ) بودند. ۹۵ نفر ( $39/4$ ) از پدران دیپلم و ۱۵۱ نفر ( $62/2$ ) شغل آزاد داشتند. ۱۹۸ نفر ( $82/2$ ) از خانواده ها، درآمدشان در حد کفاف بود و ۱۷۴ نفر ( $72/2$ ) دارای منزل استیجاری بودند. همچنین ۱۸۵ نفر ( $76/7$ ) از زنان اظهار داشتند که از روابط با همسرشان کاملاً راضی هستند.

میانگین نمره کلی دلبستگی مادر- جنین  $90/63 \pm 9/23$  و رضایت از زندگی  $29/28 \pm 4/80$  بود. میانگین نمره حیطة های ۵ گانه ابزار رفتارهای دلبستگی به جنین در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- تعیین حیطة های رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بیرجند

حیطة های رفتارهای دلبستگی مادر به جنین	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات
تعامل با جنین	۱۸/۰۲	۳/۰۲	۵-۲۵
تمایز بین خود و جنین	۱۵/۶۶	۲/۱۷	۴-۲۰
پذیرش نقش والدی	۱۵/۲۳	۱/۹۰	۴-۲۰
نسبت دادن خصوصیتی خاص به جنین	۲۱/۵۵	۳/۵۳	۶-۳۰
از خودگذشتگی	۱۹/۸۷	۲/۲۸	۵-۲۵
نمره کلی	۹۰/۶۳		

همچنین میانگین حیطة های ۵ گانه بر اساس تعداد سوالات هر حیطة، استاندارد شد و بدین ترتیب حیطة از خودگذشتگی، بیشترین نمره و نسبت دادن خصوصیتی خاص به جنین، کمترین نمره را به خود اختصاص داد. همچنین ارتباط برخی متغیرها با نمره حیطة های دلبستگی مادر- جنین مورد بررسی قرار گرفت.

رابطه نمره کلی و حیطة های مختلف دلبستگی مادر و جنین با متغیرهای تعداد بارداری، سن بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، شغل و تحصیلات مادر و همسرش و رضایت زناشویی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- مقایسه میانگین رفتارهای دلبستگی بر حسب برخی از متغیرها

متغیر	فراروانی		تعامل با جنین		تمایز بین خود و جنین		پذیرش نقش مادر		نسبت دادن خصوصیتی به جنین		از خود گذشتگی		کل رفتارهای دلبستگی				
	تعداد	درصد	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار			
تعداد بارداری	نخست باردار	۱۱۶	۴۸/۱	۱۷/۹۹±۲/۹۳	۱۵/۹۷±۲/۰۷	۱۵/۴۱±۱/۹۳	۲۱/۸۱±۳/۲۷	۱۹/۹۵±۲/۴۵	۹۱/۱۵±۹/۱۹	۱۱۶	۴۸/۱	۱۷/۹۹±۲/۹۳	۱۵/۹۷±۲/۰۷	۱۵/۴۱±۱/۹۳	۲۱/۸۱±۳/۲۷	۱۹/۹۵±۲/۴۵	۹۱/۱۵±۹/۱۹
	چندزا	۱۲۵	۵۱/۹	۱۸/۰۵±۳/۱۲	۱۵/۳۷±۲/۲۴	۱۵/۶۳±۱/۸۸	۲۱/۳۰±۳/۷۶	۱۹/۷۹±۲/۱۲	۹۰/۱۵±۹/۲۸	۱۲۵	۵۱/۹	۱۸/۰۵±۳/۱۲	۱۵/۳۷±۲/۲۴	۱۵/۶۳±۱/۸۸	۲۱/۳۰±۳/۷۶	۱۹/۷۹±۲/۱۲	۹۰/۱۵±۹/۲۸
	سطح معنی داری			۰/۸۸	۰/۰۳	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۵۷	۰/۴۰								
سن بارداری	سه ماهه دوم	۸۸	۳۶/۵	۱۷/۳۶±۲/۹۵	۱۵/۳۷±۲/۱۳	۱۵/۲۱±۱/۸۹	۲۱/۵۹±۳/۵۷	۱۹/۸۶±۲/۵۲	۸۸/۴۱±۹/۳۲	۸۸	۳۶/۵	۱۷/۳۶±۲/۹۵	۱۵/۳۷±۲/۱۳	۱۵/۲۱±۱/۸۹	۲۱/۵۹±۳/۵۷	۱۹/۸۶±۲/۵۲	۸۸/۴۱±۹/۳۲
	سه ماهه سوم	۱۵۳	۶۳/۵	۱۸/۳۹±۲/۱۸	۱۵/۸۳±۲/۱۹	۱۵/۲۰±۱/۸۹	۲۱/۵۲±۳/۵۲	۱۹/۸۷±۲/۱۴	۹۱/۳۳±۹/۱۳	۱۵۳	۶۳/۵	۱۸/۳۹±۲/۱۸	۱۵/۸۳±۲/۱۹	۱۵/۲۰±۱/۸۹	۲۱/۵۲±۳/۵۲	۱۹/۸۷±۲/۱۴	۹۱/۳۳±۹/۱۳
	سطح معنی داری			۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۸۷	۰/۹۶	۰/۱۲								
وضعیت بارداری	خواسته	۲۰۹	۸۶/۷	۱۸/۰۲±۲/۹۷	۱۵/۷۶±۲/۱۴	۱۵/۵۲±۱/۷۷	۲۱/۶۶±۳/۴۵	۱۹/۹۵±۲/۱۷	۹۰/۹۷±۸/۹۱	۲۰۹	۸۶/۷	۱۸/۰۲±۲/۹۷	۱۵/۷۶±۲/۱۴	۱۵/۵۲±۱/۷۷	۲۱/۶۶±۳/۴۵	۱۹/۹۵±۲/۱۷	۹۰/۹۷±۸/۹۱
	ناخواسته	۳۲	۱۳/۳	۱۷/۹۱±۳/۴۰	۱۵/۰۰±۲/۳۰	۱۵/۵۹±۲/۶۳	۲۰/۷۸±۳/۹۶	۱۹/۱۲±۲/۸۱	۸۸/۴۱±۱۱/۰۲	۳۲	۱۳/۳	۱۷/۹۱±۳/۴۰	۱۵/۰۰±۲/۳۰	۱۵/۵۹±۲/۶۳	۲۰/۷۸±۳/۹۶	۱۹/۱۲±۲/۸۱	۸۸/۴۱±۱۱/۰۲
	سطح معنی داری			۰/۸۱	۰/۰۶	۰/۸۷	۰/۱۸	۰/۰۴	۰/۱۴								
شغل مادر	خانه دار	۳۰۵	۱۴/۹	۱۷/۹۶±۲/۹۱	۱۵/۵۹±۲/۱۹	۱۵/۴۷±۱/۹۳	۲۱/۳±۳/۴۵	۱۹/۷۹±۲/۳۲	۹۰/۱۴±۸/۹۷	۳۰۵	۱۴/۹	۱۷/۹۶±۲/۹۱	۱۵/۵۹±۲/۱۹	۱۵/۴۷±۱/۹۳	۲۱/۳±۳/۴۵	۱۹/۷۹±۲/۳۲	۹۰/۱۴±۸/۹۷
	شاغل	۳۶	۸۵/۱	۱۸/۳۶±۳/۶۵	۱۶/۰۵±۲/۰۸	۱۵/۸۳±۱/۷۵	۲۲/۸۶±۳/۷۵	۲۰/۷۹±۳/۹۶	۹۲/۴۴±۱۰/۳۱	۳۶	۸۵/۱	۱۸/۳۶±۳/۶۵	۱۶/۰۵±۲/۰۸	۱۵/۸۳±۱/۷۵	۲۲/۸۶±۳/۷۵	۲۰/۷۹±۳/۹۶	۹۲/۴۴±۱۰/۳۱
	سطح معنی داری			۰/۴۶	۰/۲۴	۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۴								
تحصیلات مادر	ابتدایی	۲۸	۱۱/۶	۱۶/۵۳±۲/۳۵	۱۴/۶۷±۱/۹۴	۱۴/۹۲±۱/۲۷	۱۹/۳۹±۳/۹۴	۱۸/۸۹±۱/۸۱	۸۴/۴۳±۷/۰۳	۲۸	۱۱/۶	۱۶/۵۳±۲/۳۵	۱۴/۶۷±۱/۹۴	۱۴/۹۲±۱/۲۷	۱۹/۳۹±۳/۹۴	۱۸/۸۹±۱/۸۱	۸۴/۴۳±۷/۰۳
	سیکل	۳۶	۱۴/۹	۱۸/۰۸±۲/۶۲	۱۵/۳۸±۲/۰۷	۱۵/۱۹±۲/۱۱	۲۱/۰۵±۳/۶۴	۱۹/۴۷±۲/۰۱	۸۹/۱۹±۸/۴۹	۳۶	۱۴/۹	۱۸/۰۸±۲/۶۲	۱۵/۳۸±۲/۰۷	۱۵/۱۹±۲/۱۱	۲۱/۰۵±۳/۶۴	۱۹/۴۷±۲/۰۱	۸۹/۱۹±۸/۴۹
	دیپلم	۱۰۷	۴۴/۴	۱۷/۸۹±۳/۰۷	۱۵/۷۳±۲/۱۶	۱۵/۶۵±۱/۹۱	۲۱/۳۲±۳/۰۳	۱۹/۸۹±۲/۴	۹۰/۴۰±۸/۹۵	۱۰۷	۴۴/۴	۱۷/۸۹±۳/۰۷	۱۵/۷۳±۲/۱۶	۱۵/۶۵±۱/۹۱	۲۱/۳۲±۳/۰۳	۱۹/۸۹±۲/۴	۹۰/۴۰±۸/۹۵
تحصیلات پدر	دانشگاهی	۷۰	۲۹/۰	۱۸/۰۲±۳/۳۱	۱۶/۱۰±۲/۲۳	۱۵/۷۴±۱/۹۰	۲۳/۱۵±۳/۴۲	۲۰/۴۲±۲/۰۰	۹۴/۲۰±۹/۲۳	۷۰	۲۹/۰	۱۸/۰۲±۳/۳۱	۱۶/۱۰±۲/۲۳	۱۵/۷۴±۱/۹۰	۲۳/۱۵±۳/۴۲	۲۰/۴۲±۲/۰۰	۹۴/۲۰±۹/۲۳
	دیپلم	۳۶	۱۴/۹	۱۸/۰۸±۲/۶۲	۱۵/۳۸±۲/۰۷	۱۵/۱۹±۲/۱۱	۲۱/۰۵±۳/۶۴	۱۹/۴۷±۲/۰۱	۸۹/۱۹±۸/۴۹	۳۶	۱۴/۹	۱۸/۰۸±۲/۶۲	۱۵/۳۸±۲/۰۷	۱۵/۱۹±۲/۱۱	۲۱/۰۵±۳/۶۴	۱۹/۴۷±۲/۰۱	۸۹/۱۹±۸/۴۹
	سطح معنی داری			۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰								
شغل پدر	کارمند	۱۵۱	۶۲/۶	۱۸/۴۱±۳/۱۲	۱۵/۸۶±۲/۲۴	۱۵/۷۱±۱/۸۹	۲۲/۲۸±۳/۵۲	۲۰/۲۳±۲/۱۹	۹۲/۵۱±۹/۲۴	۱۵۱	۶۲/۶	۱۸/۴۱±۳/۱۲	۱۵/۸۶±۲/۲۴	۱۵/۷۱±۱/۸۹	۲۲/۲۸±۳/۵۲	۲۰/۲۳±۲/۱۹	۹۲/۵۱±۹/۲۴
	آزاد	۹۰	۳۷/۳	۱۷/۷۹±۲/۹۵	۱۵/۵۴±۲/۱۳	۱۵/۴۱±۱/۹۱	۲۱/۱۰±۳/۴۸	۱۹/۶۵±۲/۳۰	۸۹/۵۱±۹/۰۷	۹۰	۳۷/۳	۱۷/۷۹±۲/۹۵	۱۵/۵۴±۲/۱۳	۱۵/۴۱±۱/۹۱	۲۱/۱۰±۳/۴۸	۱۹/۶۵±۲/۳۰	۸۹/۵۱±۹/۰۷
	سطح معنی داری			۰/۱۲	۰/۳۶	۰/۳۵	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۱								
تحصیلات پدر	ابتدایی	۲۴	۱۰/۰	۱۷/۰۰±۳/۰۵	۱۵/۴۵±۲/۱۷	۱۵/۷۵±۲/۰۴	۲۰/۳۷±۴/۵۴	۱۹/۵۸±۲/۰۶	۸۸/۱۷±۱۰/۰۲	۲۴	۱۰/۰	۱۷/۰۰±۳/۰۵	۱۵/۴۵±۲/۱۷	۱۵/۷۵±۲/۰۴	۲۰/۳۷±۴/۵۴	۱۹/۵۸±۲/۰۶	۸۸/۱۷±۱۰/۰۲
	سیکل	۵۴	۲۲/۴	۱۸/۰۳±۳/۱۳	۱۵/۱۵±۲/۱۱	۱۵/۳۳±۲/۲۹	۲۰/۹۶±۳/۵۵	۱۹/۶۱±۲/۹۶	۸۹/۰۹±۱۰/۱۸	۵۴	۲۲/۴	۱۸/۰۳±۳/۱۳	۱۵/۱۵±۲/۱۱	۱۵/۳۳±۲/۲۹	۲۰/۹۶±۳/۵۵	۱۹/۶۱±۲/۹۶	۸۹/۰۹±۱۰/۱۸
	دیپلم	۹۵	۳۹/۴	۱۷/۸۴±۲/۸۷	۱۵/۶۸±۲/۱۵	۱۵/۵۲±۱/۶۶	۲۱/۴۳±۳/۰۳	۱۹/۸۱±۲/۰۳	۹۰/۳۰±۸/۵۳	۹۵	۳۹/۴	۱۷/۸۴±۲/۸۷	۱۵/۶۸±۲/۱۵	۱۵/۵۲±۱/۶۶	۲۱/۴۳±۳/۰۳	۱۹/۸۱±۲/۰۳	۹۰/۳۰±۸/۵۳
رضایت زناشویی	دانشگاهی	۶۸	۲۸/۲	۱۸/۶۲±۳/۰۹	۱۶/۱۱±۲/۲۰	۱۵/۵۸±۱/۸۵	۲۲/۵۹±۳/۵۸	۲۰/۲۶±۲/۰۴	۹۳/۱۷±۸/۷۱	۶۸	۲۸/۲	۱۸/۶۲±۳/۰۹	۱۶/۱۱±۲/۲۰	۱۵/۵۸±۱/۸۵	۲۲/۵۹±۳/۵۸	۲۰/۲۶±۲/۰۴	۹۳/۱۷±۸/۷۱
	دیپلم	۹۵	۳۹/۴	۱۷/۸۴±۲/۸۷	۱۵/۶۸±۲/۱۵	۱۵/۵۲±۱/۶۶	۲۱/۴۳±۳/۰۳	۱۹/۸۱±۲/۰۳	۹۰/۳۰±۸/۵۳	۹۵	۳۹/۴	۱۷/۸۴±۲/۸۷	۱۵/۶۸±۲/۱۵	۱۵/۵۲±۱/۶۶	۲۱/۴۳±۳/۰۳	۱۹/۸۱±۲/۰۳	۹۰/۳۰±۸/۵۳
	سطح معنی داری			۰/۱۳	۰/۱	۰/۸۱	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۰۳								
رضایت زناشویی	کاملاً راضی	۱۸۵	۷۶/۷	۱۸/۱۶±۲/۸۸	۱۵/۷۶±۲/۱۴	۱۵/۶۶±۱/۷۹	۲۱/۷۳±۳/۳۸	۲۰/۰۵±۱/۹۷	۹۱/۳۷±۸/۶۳	۱۸۵	۷۶/۷	۱۸/۱۶±۲/۸۸	۱۵/۷۶±۲/۱۴	۱۵/۶۶±۱/۷۹	۲۱/۷۳±۳/۳۸	۲۰/۰۵±۱/۹۷	۹۱/۳۷±۸/۶۳
	تا حدودی راضی	۵۶	۲۳/۳	۱۷/۵۳±۳/۴۵	۱۵/۰۹±۲/۳۷	۱۵/۰۹±۲/۱۸	۲۰/۹۲±۳/۹۵	۱۹/۲۷±۳/۰۴	۸۸/۱۸±۶/۴۴	۵۶	۲۳/۳	۱۷/۵۳±۳/۴۵	۱۵/۰۹±۲/۳۷	۱۵/۰۹±۲/۱۸	۲۰/۹۲±۳/۹۵	۱۹/۲۷±۳/۰۴	۸۸/۱۸±۶/۴۴
	سطح معنی داری			۰/۱۸	۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۰۲								

تحصیلات دیپلم، بیشتر از ابتدایی ( $p=0/009$ ) و در مادران با تحصیلات دانشگاهی، بیشتر از سایرین بود. میانگین نمره کلی دلبستگی در زنانی که همسرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند، بیشتر از کسانی بود که همسرشان تحصیلات ابتدایی ( $p=0/02$ )، سیکل ( $p=0/01$ ) و دیپلم ( $p=0/04$ ) داشتند (جدول ۲). نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با رفتارهای دلبستگی با تحصیلات پدر نشان داد که در حیطه نسبت دادن خصوصیتی خاص به جنین، مادرانی که همسرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند نسبت به افراد با سطح تحصیلات ابتدایی، وضعیت بهتری داشتند ( $p=0/04$ )، اما در سایر حیطه ها، تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p>0/05$ ).

آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با رفتارهای دلبستگی با تحصیلات مادر نشان داد که مادران با تحصیلات دانشگاهی، وضعیت بهتری نسبت به مادران با تحصیلات ابتدایی در حیطه های تعامل با جنین ( $p=0/01$ )، تمایز بین خود و جنین ( $p=0/013$ ) و از خودگذشتگی ( $p=0/013$ ) دارند. همچنین در حیطه نسبت دادن خصوصیتی خاص به جنین، مادران با سطح تحصیلات دانشگاهی، وضعیت بهتری نسبت به مادران با تحصیلات ابتدایی ( $p=0/013$ )، سیکل ( $p=0/027$ ) و دیپلم ( $p=0/027$ ) داشتند. نمره کلی دلبستگی مادر- جنین، با بالا رفتن سطح تحصیلات مادر افزایش داشت که بر اساس آزمون توکی، نمره کلی دلبستگی مادر- جنین در مادران با سطح

بین دل‌بستگی مادر و جنین (نمره کل و حیطه های مختلف آن) و متغیرهای سن مادر، محل سکونت و میزان درآمد، کم خطر یا پرخطر بودن بارداری، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ).

همچنین آزمون همبستگی پیرسون بین دل‌بستگی مادر و جنین با رضایت از زندگی ( $r = 0.15$ ،  $p = 0.01$ ) و حمایت اجتماعی ( $r = 0.22$ ،  $p < 0.001$ ) همبستگی معنادار و ضعیفی نشان داد.

## بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره دل‌بستگی مادر - جنین  $90.63 \pm 9.23$  بود. در مطالعه تعاونی و همکاران (۲۰۰۸)، میانگین نمره دل‌بستگی مادر - جنین در زنان نخست باردار  $92.58 \pm 7.92$  گزارش شد (۲). اما در مطالعه جمشیدی منش و همکاران (۲۰۱۲)، میانگین نمره دل‌بستگی مادر - جنین  $84.72 \pm 16.72$  بود (۲۰). دلیل تفاوت نمره دل‌بستگی مادر - جنین در مطالعه حاضر با مطالعه جمشیدی منش، می تواند ناشی از این باشد که در مطالعه آنها، دو سؤال از پرسشنامه کرانلی حذف شده بود.

در این مطالعه، میانگین نمره رضایت از زندگی در زنان باردار  $29.28 \pm 4.80$  بود. در مطالعه عسگری و همکاران (۲۰۱۱)، میانگین نمره رضایت از زندگی در زنان،  $25.16 \pm 6.05$  گزارش شد (۲۱). البته مطالعه عسگری بر روی زنان غیر باردار انجام شد که این می تواند دلیل تفاوت دو مطالعه باشد که مطالعه حاضر بر روی گروهی از زنان با شرایط ویژه انجام گرفت.

در مطالعه حاضر، همبستگی ضعیف و معناداری بین رضایت از زندگی و دل‌بستگی مادر - جنین وجود داشت. از آنجایی که تاکنون مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است، در مورد تأثیر این متغیر، نیاز به بررسی های بیشتری وجود دارد. علی رغم جستجو در سایت های مختلف، مطالعاتی که به بررسی ارتباط مشخصات بارداری و فردی با حیطه های مختلف رفتارهای دل‌بستگی مادر - جنین پرداخته باشند، یافت نشد، از این رو امکان مقایسه تأثیر مشخصات و سوابق بارداری بر

روی حیطه های مختلف رفتارهای دل‌بستگی مادر - جنین با سایر مطالعات وجود نداشت.

در مطالعه حاضر، زنان نخست باردار فقط در رفتارهای حیطه تمایز بین خود و جنین با زنان چندزا تفاوت معناداری داشتند. رفتارهای این حیطه در ارتباط با انتظار تولد فرزند و تصور مراقبت و شیردهی وی می باشد. لذا می توان گفت که زنان چندزا به دلیل داشتن تجربه قبلی، کمتر به اینگونه رفتارها می پردازند. در مطالعه حاضر اگرچه نمره کلی دل‌بستگی مادر - جنین در زنان نخست باردار بیشتر از سایر زنان بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. اما در مطالعه استونسوز و همکاران (۲۰۱۰)، نمره دل‌بستگی مادر - جنین در زنان نخست باردار بیشتر بود (۵). همچنین در مطالعه لینگرن (۲۰۰۱)، بین سن مادر و دل‌بستگی مادر - جنین همبستگی منفی وجود داشت (۱۴) که این عدم همخوانی می تواند به دلیل تفاوت های فرهنگی در جوامع مورد مطالعه باشد.

از دیگر یافته های مطالعه حاضر این بود که دل‌بستگی مادر - جنین (نمره کل و حیطه های مختلف آن)، ارتباطی با سابقه سقط نداشت که با نتایج مطالعه جمشیدی منش و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی داشت (۲۰). در مطالعه مهران و همکاران (۲۰۱۳) نیز بین سابقه مرده زایی و سقط با میانگین نمره کلی دل‌بستگی مادر - جنین، ارتباطی وجود نداشت و فقط در حیطه تمایز بین خود و جنین تفاوت معناداری وجود داشت (۲۲). اما در مطالعه تعاونی و همکاران (۲۰۰۸) بین سابقه مرده زایی و سقط با میانگین نمره کلی دل‌بستگی مادر - جنین و تمامی حیطه ها ارتباط وجود داشت؛ به گونه ای که کسانی که سابقه مرده زایی و سقط داشتند در طی بارداری بعدی، دل‌بستگی کمتری به جنین داشتند (۲). احتمالاً این عدم همخوانی می تواند به دلیل کم بودن زنان با سابقه سقط جنین و مرده زایی در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه مهران و تعاونی باشد. در مطالعه حاضر میانگین نمره کلی دل‌بستگی مادر - جنین بر حسب خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، تفاوت معنی داری نداشت. اما نمره حیطه از خودگذشتگی در مادرانی که تمایل به بارداری داشتند،

بیشتر بود. رفتارهای حیطة از خودگذشتگی شامل: تغذیه مناسب و رفتارهای مراقبتی از خود در طی بارداری می باشد و به نظر می رسد که زنان با بارداری ناخواسته، انگیزه کمتری برای مراقبت از خود در دوران بارداری دارند. نتایج مطالعات مختلف نیز نشان داده اند که زنان با بارداری ناخواسته به منظور دریافت مراقبت دوران بارداری، کمتر مراجعه می کنند (۲۳). ارسالن اوزکان و همکار (۲۰۱۰) نیز میزان وزن گیری و تغذیه ناکافی دوران بارداری را در زنان با بارداری ناخواسته گزارش کردند (۲۴). این یافته ها با نتایج مطالعه اوسسا و همکاران (۲۰۱۱)، استونسوز و همکاران (۲۰۱۰) و جمشیدی منش و همکاران (۲۰۱۲) مغایرت داشت (۵، ۲۰، ۲۵). در مطالعات آنان، نمره کلی دلبستگی مادر - جنین در بارداری های برنامه ریزی شده، بیشتر از بارداری های بدون برنامه بود که می تواند به دلیل حجم کم زنان با بارداری ناخواسته در مطالعه حاضر باشد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که رفتارهای دو حیطة نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین و تعامل با جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری، اختلاف آماری معناداری دارد. دو حیطة نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین و تعامل با جنین به یکدیگر وابسته می باشند و شامل صحبت کردن با جنین، خواندن شعر و قصه برای او و غیره می باشد، این رفتارها زمانی اتفاق می افتد که جنین برای والدین، به عنوان موجودی مستقل، دارای قوه تفکر و توانایی شنیدن باشد.

در این مطالعه بین نمره کل دلبستگی مادر - جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری اختلاف آماری معناداری وجود نداشت. اما در مطالعه جمشیدی منش و همکاران (۲۰۱۲) با افزایش سن بارداری، نمره کل دلبستگی مادر - جنین به طور معناداری افزایش داشت (۲۰). از دلایل احتمالی این عدم همخوانی می توان به اختلاف حجم نمونه در این دو مطالعه اشاره کرد. در این مطالعه بین نمره کلی و رفتارهای حیطة های مختلف دلبستگی مادر - جنین در بارداری پر خطر و بارداری کم خطر تفاوت معنی داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه استونسوز و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی داشت (۵).

در مطالعه حاضر میانگین نمره کلی دلبستگی و حیطة نسبت دادن خصوصیتی به جنین در مادران شاغل بیشتر از مادران خانه دار بود. در مطالعه اوسسا نیز دلبستگی مادر - جنین در مادران شاغل بیشتر از مادران خانه دار بود (۲۵) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. اما در مطالعه جمشیدی منش و همکاران (۲۰۱۲) مادران خانه دار، بیشترین نمره دلبستگی را کسب کردند (۲۰). اگر چه انتظار می رود حجم زیاد مسئولیت های زنان شاغل در منزل و محیط کار، دلبستگی مادر - جنین را تحت تأثیر قرار دهد، شاید وجود شرایطی مانند مسافت کم بین محل زندگی و محل کار در شهر بیرجند و ایاب و ذهاب آسان زنان شاغل، داشتن استقلال مالی و در نتیجه دریافت بهتر مراقبت های دوران بارداری، باعث افزایش دلبستگی مادر - جنین در زنان شاغل شده باشد، اما مسافت طولانی بین محل زندگی و کار در کلان شهر تهران، باعث دشواری بیشتر کار بیرون از خانه شده تا جایی که ممکن است مادران، خود و جنین را فراموش کنند؛ به خصوص در مشاغل صنعتی همراه با درآمد اندک کارگری که ترک محل کار برای دریافت مراقبت های بارداری نیز دشوار می باشد.

همچنین در مطالعه حاضر میانگین نمره کلی دلبستگی و حیطة نسبت دادن خصوصیتی به جنین در زنانی که همسرانشان کارمند بودند، بیشتر از افراد با شغل آزاد بود. شاید در شهرهای کوچک، کارمندان به دلیل تک شغل بودن، می توانند مدت زمان بیشتری را با همسرشان سپری کنند که باعث تحمل بهتر بارداری توسط زنان و افزایش دلبستگی به جنین می شود.

در این مطالعه، در مورد ارتباط دلبستگی مادر - جنین با متغیرهای تحصیلات مادر و پدر، تفاوت معنی داری مشاهده شد؛ به گونه ای که میانگین نمره کلی دلبستگی و حیطة نسبت دادن خصوصیتی به جنین در پدران و مادرانی که سطح تحصیلات دانشگاهی داشتند، بیشتر از کسانی بود که سطح تحصیلات پایین تر داشتند که با نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۰) که در رابطه با تأثیر سطح تحصیلات مادر بر روی میانگین دلبستگی مادر - جنین بود، همخوانی داشت (۲۶). استونسوز و همکاران (۲۰۱۰) نیز به نتایج مشابه مطالعه حاضر، در

رابطه با سطح تحصیلات مادر و همسرانشان دل‌بستگی مادر- جنین دست یافتند (۵). در حالی که ویلسون و همکاران (۲۰۰۰) به عدم وجود ارتباط بین دل‌بستگی مادر- جنین با سطح تحصیلات مادر اشاره کردند (۲۷). به نظر می‌رسد مادران با تحصیلات دانشگاهی، آگاهی و مطالعه بیشتری در مورد مسائل دوران بارداری و رشد و تکامل جنین دارند که خود می‌تواند باعث افزایش دل‌بستگی شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره کلی و حیطة های مختلف دل‌بستگی مادر- جنین با سن مادر ارتباطی وجود ندارد که با نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۰) و اوسسا و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۲۵، ۲۶)، اما در مطالعه استونسوز، همبستگی منفی و معناداری بین دل‌بستگی مادر- جنین و سن مادر وجود داشت (۵). در مطالعه جمشیدی منش و همکاران، بین سن مادر و رفتارهای دل‌بستگی به جنین، همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت (۲۰). در مطالعه حاضر بین دل‌بستگی مادر- جنین با رضایت زناشویی ارتباط وجود داشت. نمره کلی دل‌بستگی و حیطة پذیرش نقش مادری در مادرانی که از روابط خود با همسرشان کاملاً راضی بودند، بیشتر از زنانی بود که اصلاً از همسرشان راضی نبودند. در مطالعه عباسی نیز بین دل‌بستگی مادر- جنین و علاقه به همسر، همبستگی وجود داشت (۲۶). در مطالعه حاضر ارتباط ضعیف و معنی داری بین حمایت اجتماعی و دل‌بستگی مادر- جنین مشاهده شد. در مطالعه عباسی نیز ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی و دل‌بستگی مادر- جنین مشاهده شد (۲۶).

در مطالعه حاضر بین دل‌بستگی مادر- جنین با میزان درآمد خانواده و وضعیت مسکن، ارتباطی وجود نداشت که در این زمینه با مطالعه عباسی و همکاران (۲۶) همخوانی داشت. در حالی که در مطالعه اوسسا، دل‌بستگی مادر- جنین در زنانی که از نظر اقتصادی مستقل بودند، به طور معناداری بیشتر از زنانی بود که از لحاظ اقتصادی وابسته بودند (۲۵) که علت عدم

همخوانی را می‌توان به تفاوت در جامعه پژوهش و فرهنگ نسبت داد.

به طور کلی تاکنون مطالعات محدودی در خصوص رفتارهای دل‌بستگی مادر به جنین در ایران صورت گرفته و در این مطالعات به بررسی عوامل تأثیرگذار بر ابعاد آن پرداخته نشده است. از آنجایی که هر فرهنگی در مورد حوادث مهم زندگی مانند بارداری و زایمان دارای نظام اعتقادی خاص خود است، به نظر می‌رسد این ابعاد در فرهنگ های مختلف متفاوت باشد، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در اقوام و فرهنگ های مختلف انجام شود. همچنین در مطالعه حاضر مادران باردار، مراقبت های معمول بارداری را دریافت می‌کردند و هیچ گونه کلاس آموزشی در رابطه با رفتارهای افزایش دهنده میزان دل‌بستگی مادر- جنین نداشتند. بنابراین توصیه می‌شود در مطالعات آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد و مقایسه ای بین زنان باردار مراجعه کننده به مراکز دولتی، خصوصی و شرکت کنندگان در کلاس های آمادگی زایمان فیزیولوژیک صورت گیرد.

### نتیجه گیری

در این مطالعه برخی ویژگی های فردی و پری ناتال مانند تحصیلات والدین، تعداد و سن بارداری، با دل‌بستگی مادر- جنین (نمره کلی و برخی از زیر گروه ها) ارتباط داشتند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند به شماره قرارداد ۸۰۴ می باشد. بدین وسیله از حمایت ها همکاری های ارزنده معاونت پژوهشی دانشگاه و همچنین از تمام زنان باردار که با حوصله به سؤالات این پژوهش پاسخ دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.



1. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001 Jun;9(6):988-93.
2. Taavoni S, Ahadi M, Ganji T, Hosseini F. [Comparison of aternal fetal attachment between primgravidas and multigravidas women with past history of fetal or neonatal death] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2008;21(53):53-62.
3. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(3):226-32.
4. Saastad E, Israel P, Ahlborg T, Gunnes N, FrØen JF. Fetal movement counting--effects on maternal-fetal attachment: a multicenter randomized controlled trial. *Birth* 2011 Dec;38(4):282-93.
5. 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.
6. Sadeghi MA, Mazaheri A. [Attachment styles in mothers with or without abortions] [Article in Persian]. *Med J Reprod Infertil* 2007;8(1):60-9.
7. Nematbakhsh F, Kordi M, Sahebi A, Esmaeili H. [The effect of mother- infant skin to skin contact on mother's attachment] [Article in Persian]. *J Fundament Mental Health* 2007;9(33-34):25-32.
8. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res* 1981 Sep-Oct;30(5):281-4.
9. Muller ME. Development if the prenatal attachment inventory. *West Nurs Res* 1993 Apr;15(2):199-215.
10. Pillite A. *Maternal and child health nursing*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia:J.B. Lippincott;2003:201-26.
11. 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.
12. Coleman PK. Induced abortion and increased risk of substance abuse: a review of the evidence. *Curr Womens Health Rev* 2005;1:21-34.
13. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a women experience of pregnancy and implications for the process of care. *J Reprod Infant Psychol* 2002;20(4):253-66.
14. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health* 2001 Jun;24(3):203-17.
15. Siddiqui A, Hagglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Hum Dev* 2000 Jul;59(1):13-25.
16. Maltaby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol* 2004 Nov;95(Pt 4):411-28.
17. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 May-Jun;37(3):315-28.
18. Baiani AA, Koochaki AM, Goodarzi H. [Reliability and validity of satisfaction with life scale] [Article in Persian]. *J Iran Psychol* 2007;3(11):35-7.
19. Karkehabadi M. [A comparative survey of the degree of depression in occupying and housewife mothers in Mashhad City] [Thesis in Persian]. Mashhad:Mashhad University of Medical Sciences;1995.
20. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Haghani H. [Maternal-fetal attachment and its associated factors] [Article in Persian]. *Hayat* 2012;18(5):33-45.
21. Asghari P, Gholamreza P, Azarkish M. [A comparatives study of martial commitment, sexual satisfaction and life satisfaction between employed and unemployed women in Dezful city] [Article in Persian]. *Though Behav* 2011;6(21):53-60.
22. Mehran P, Simbar M, Shams J, Ramezani-Tehrani F, Nasiri N. History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. *Women Birth* 2013 Sep;26(3):185-9.
23. Simbar M, Khajehpoor M, Jannesari Sh, Alavi Majd H. [Comparing the health status of women with wanted and unwanted pregnancy] [Article in Persian]. *J Gorgan Univ Med Sci* 2012;14 (1):113-20.
24. Arslan Ozkan I, Mete S. Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery* 2010 Jun;26(3):338-47.
25. Ossa X, Bustos L, Fernandez L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery* 2012 Oct28(5):e689-96.
26. Abasi E, Tafazoli M, Esmaeili H. [The effect of fetal movement counting on primipara maternal fetal attachment] [Article in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2010;20(77):53-60.
27. Wilson ME, White MA, Cobb B, Curry R, Greene D, Popovich D. Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *J Adv Nurs* 2000 Jan;31(1):204-10.