

بررسی ارتباط بین رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی با دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد

الهه صادقی صاحب زاد^۱، نسرین باغداری^{۲*}، معصومه خیرخواه^۳

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۱

خلاصه

مقدمه: دلبستگی مادر به جنین نشانه کارآمدی مادر در مراقبت از نوزاد و دلبستگی مادر به شیرخوار در دوره بعد از زایمان می باشد. این مسئله به ویژه در زنان با سابقه مرگ جنین یا نوزاد بسیار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی با دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۸۰ زن باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی، حمایت اجتماعی کاسدی و رضایت زناشویی ناتان ایچ بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه میانگین نمره دلبستگی مادر به جنین $۱۸/۰۵ \pm ۶۴$ بود. بین رضایت زناشویی و دلبستگی مادر به جنین ($p < ۰/۰۰۱$) و همچنین بین حمایت اجتماعی و دلبستگی مادر به جنین همبستگی مستقیم وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: با افزایش حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی، میزان دلبستگی مادر به جنین افزایش می یابد.

کلمات کلیدی: حمایت اجتماعی، دلبستگی مادر به جنین، رضایت زناشویی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نسرین باغداری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۳۲۵۶۱۸۳ ؛ پست الکترونیک: baghdarin@mums.ac.ir

مقدمه

دلبستگی مادر به جنین، بیانگر ارتباط عاطفی بین مادر و جنین و پیش بینی کننده سلامت آنان و همچنین نشان دهنده کارآمدی مادر در مراقبت از نوزاد و دلبستگی مادر به شیرخوار در دوره پس از زایمان می باشد (۱، ۲). با افزایش دلبستگی مادر به جنین، مادر تمایل بیش تری به انجام رفتارهای بهداشتی مانند ترک سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت های دوران بارداری و شرکت در کلاس های آمادگی جهت زایمان پیدا می کند (۳). نظریه دلبستگی، عام ترین نظریه برای تبیین رفتار والد کودک به شمار می رود (۱). بر اساس این تئوری، دلبستگی بعد از زایمان شکل نمی گیرد، بلکه دلبستگی در ۷ مرحله شامل: برنامه ریزی 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 می شود (۴). به موازات رشد و تکامل جنین، مادر از لحاظ روانی و عاطفی رشد کرده و احساس و رفتارهای غریزی از خود ابراز می کند و ارتباط خود را با جنین به عنوان مادر تثبیت می کند (۵). ارتباط مادر و جنین، چگونگی رابطه مادر و شیرخوار را در سال اول زندگی شکل می دهد (۶). بسیاری از مطالعات نشان داده اند که دلبستگی مادر به جنین، ارتباط نزدیکی با تعارضات عاطفی مادر و چگونگی رابطه او با دیگران دارد (۷). یکی از عوامل تأثیرگذار بر دلبستگی مادر به جنین، سابقه مرگ جنین یا نوزاد می باشد (۸). برخلاف تصور عامه که گمان می کنند مادر بلافاصله پس از مرگ جنین یا نوزاد، غم از دست دادن او را فراموش می کند؛ علائم روانی شدید آن می تواند تا ۱۲ ماه به طول انجامیده و به این دلیل پزشکان توصیه می کنند که تا ۶ تا ۱۲ ماه بعد از سقط، بارداری صورت نگیرد. با این حال اثرات این سوگ ممکن است سال ها و حتی ده ها سال به طول انجامد. بنابراین ترس از سقط جنین مجدد و یا مرگ نوزاد باعث اضطراب و استرس در بارداری بعدی خواهد شد (۸-۱۰). این ترس و اضطراب بر ارتباط مادر و جنین اثرگذار بوده و باعث کاهش دلبستگی مادر به

جنین خواهد شد (۲، ۱۱). از جمله عواملی که بر دلبستگی مادر به جنین تأثیرگذار است می توان به حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی اشاره کرد (۱۲). ارجمندنیا و همکاران (۲۰۱۳) رضایت زناشویی را به عنوان عامل تضمین کننده سلامت روانی زن بیان کردند (۱۳). همچنین حمایت اجتماعی از طریق مقابله با شرایط استرس زای زندگی، باعث افزایش دلبستگی مادر به جنین می شود (۱۴).

روابط زناشویی و حمایت اجتماعی مطلوب، نقش مهمی در افزایش دلبستگی مادر به جنین دارد، زیرا مادران تمایل دارند جنین خود را تحت حمایت پدر و اجتماع دانسته و به نوعی آینده وی را تضمین بدانند. اعمال خشونت از طرف شوهر نسبت به همسر نیز از جمله عواملی است که می تواند منجر به پایین آمدن کیفیت زناشویی شده و دلبستگی را کاهش دهد. با این وجود کاندون و همکاران (۱۹۹۷) بیان کردند که بین دلبستگی مادر به جنین و حمایت اجتماعی ارتباطی وجود ندارد (۱۵). به گفته کمپیون (۲۰۱۳) دلبستگی مادر به جنین می تواند تحت تأثیر مسائل دیگری نظیر وضعیت روانی، سن بارداری، سن مادر، تعداد زایمان، درآمد، تحصیلات و حاملگی پرخطر قرار گیرد (۱۶). در مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۰۳) بین سن و تحصیلات مادر و دلبستگی مادر به جنین ارتباط معنی داری مشاهده شد، اما بین حمایت اجتماعی و دلبستگی مادر به جنین ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۷). لذا با توجه به اهمیت موضوع و نتایج ضد و نقیض مطالعات مختلف، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی با دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شد.

روش کار

این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۸۰ زن باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد به روش نمونه گیری خوشه ای (چندمرحله ای) انجام شد. ابتدا مراکز پنجگانه بهداشت شهرستان مشهد به عنوان طبقات و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش آن ها به عنوان

خوشه ها در نظر گرفته شد. در مرحله دوم متناسب با تعداد مراکز تحت پوشش، تعدادی خوشه (شامل ۶ مرکز بهداشتی درمانی دانش آموز، شهید قدسی، صحرایی، سیلو، فارابی، امیرالمومنین) به روش قرعه کشی انتخاب شد. در مرحله بعد، نمونه گیری در هر خوشه متناسب با حجم جمعیت تحت پوشش آن ها انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ زن باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. سپس حجم نمونه بر اساس ضریب همبستگی به دست آمده ($r=0/465$) بین رضایت زناشویی و دل بستگی و بر اساس فرمول همبستگی با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰، ۱۸۰ نفر محاسبه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تسلط به زبان فارسی، رضایت کتبی، سواد خواندن و نوشتن، سن بین ۱۸-۳۵ سال و سن بارداری ۲۰-۱۴ هفته و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه بیماری طبی از قبیل دیابت، فشار خون، داشتن اختلاف خانوادگی شدید، اعتیاد به مواد مخدر، نازایی، وجود بحران روحی از قبیل جدایی، مرگ بستگان و یا ناهنجاری مادرزادی در اعضاء درجه یک فامیل و گذشتن حداکثر ۵ سال از سابقه مرگ جنین یا نوزاد بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم مشخصات فردی (شامل اطلاعات فردی و اطلاعات بارداری)، پرسشنامه دل بستگی مادر به جنین کرانلی، پرسشنامه حمایت اجتماعی اصلاح شده کاسدی و پرسشنامه رضایت زناشویی ناتان ایچ بود.

پرسشنامه کرانلی شامل ۲۴ عبارت می باشد که حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ و امتیاز بیش تر نشان دهنده دل بستگی بیش تر است. پرسشنامه حمایت اجتماعی کاسدی اصلاح شده مشتمل بر ۷ سؤال بوده و پاسخ ها به صورت کلی، مطمئن نیستم و خیر با نمره بندی صفر تا ۲ می باشد. کمترین امتیاز کلی صفر و بیش ترین امتیاز ۱۴ است که به صورت حمایت اجتماعی ضعیف (۰-۴)، متوسط (۵-۹) و خوب (۱۰-۱۴) می باشد، و مقیاس خشنودی اصلاح شده آزرین ناتان ایچ که مشتمل بر ۸ سؤال با طیف از کاملاً ناخشنود (۱) تا کاملاً خشنود (۱۰) می باشد. کمترین امتیاز کل این مقیاس ۸ و بیش ترین امتیاز ۸۰ است و به صورت

خشنودی زناشویی ضعیف (۴۳-۵۷)، متوسط (۵۸-۶۹) و بالا (۷۰-۸۰) می باشد.

روایی پرسشنامه دل بستگی مادر به جنین کرانلی توسط عباسی و همکاران (۱۳۸۳)، روایی مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی توسط کاسدی (۲۰۰۳) در خارج از کشور و توسط کرکه آبادی (۱۳۷۷) و سیف زاده (۱۳۸۷) در ایران (۱۷، ۱۸ و ۱۹) و روایی مقیاس خشنودی زناشویی آزرین ناتان ایچ در ایران توسط سهرابی و بیرشک (۱۳۶۷) و در مشهد توسط حیدری (۱۳۸۴) مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱ و ۲۰). پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی کاسدی به روش پایایی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرانباخ با $r=0/94$ ، پرسشنامه رضایت زناشویی با $r=0/84$ و دل بستگی با $r=0/89$ تأیید شد.

روش گردآوری داده ها بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز از مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد و بیان اهداف مطالعه و روش کار و همچنین کسب رضایت نامه آگاهانه و کتبی از افراد مورد مطالعه و ارائه توضیحاتی در مورد نحوه پاسخ دهی به سؤالات پرسشنامه، پرسشنامه ها را جهت تکمیل در اختیار آنان قرار می داد. لازم به ذکر است که تکمیل پرسشنامه ها به طور میانگین ۳۰ دقیقه به طول می انجامید.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی نرمال از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت مقایسه میانگین متغیرهای چند گروهی، متغیرهای کمی نرمال و کیفی چند حالتی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه حداقل سن مادران ۲۳ سال و حداکثر سن آنان ۳۴ سال با میانگین $26/51 \pm 3/82$ سال بود. حداقل سن بارداری فعلی افراد ۱۴ هفته و حداکثر سن بارداری، ۲۰ هفته با میانگین $18/45 \pm 2/32$ هفته بود. اکثر زنان (۴۳٪) خانه دار و دارای سواد در حد

دل‌بستگی با حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معناداری داشت ($r=0/562, p<0/05$)؛ به عبارتی هر چه میزان حمایت اجتماعی بالاتر باشد، دل‌بستگی نیز بیشتر است. همچنین بر اساس این آزمون مشخص شد که رضایت زناشویی ارتباط مستقیم و معناداری با دل‌بستگی دارد ($r=0/925, p<0/05$) (جدول ۱).

راهنمایی (۰/۴۹) بودند. میانگین نمره دل‌بستگی مادر به جنین $64 \pm 11/05$ بود. سطح حمایت اجتماعی در ۶۳ نفر (۰/۳۵) از زنان باردار مطلوب، در ۹۰ نفر (۰/۵۰) متوسط و در ۲۷ نفر (۰/۱۵) ضعیف بود. سطح رضایت زناشویی در ۸۱ نفر (۰/۴۵) مطلوب، ۶۳ نفر (۰/۳۵) متوسط و در ۵۴ نفر (۰/۳۰) ضعیف بود. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، میانگین نمره کلی

جدول ۱- همبستگی خطی بین دل‌بستگی مادر- جنین و حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی و تحصیلات مادر

متغیر	دل‌بستگی	
	R	P
رضایت زناشویی	۰/۹۲۵	۰/۰
حمایت اجتماعی	۰/۵۶۲	۰/۰۰۲
تحصیلات مادر	۰/۲۹۰	۰/۰۸۲

نشان داد که بالاترین نمره میانگین حمایت اجتماعی در طبقه اقتصادی و اجتماعی خوب (۷۳/۱) و پس از آن در طبقه اقتصادی اجتماعی متوسط (۶۶/۵۲) و ضعیف (۶۱/۸۰) وجود دارد. این ارتباط در مورد نمره رضایت زناشویی مشاهده نشد ($F=1/55, p=0/214$) (جدول ۲).

بر اساس آزمون آنالیز واریانس، میانگین نمره دل‌بستگی در بین طبقات مختلف اقتصادی اجتماعی تفاوت معناداری نداشت ($F=1/43, p=0/244$) (جدول ۲). با این حال آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین حمایت اجتماعی بر حسب طبقات مختلف اقتصادی اجتماعی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($F=71/32, p<0/001$) (جدول ۲). آزمون پست هوک

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره دل‌بستگی، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی بر حسب طبقه اقتصادی اجتماعی

وضعیت اقتصادی اجتماعی	دل‌بستگی		رضایت زناشویی		حمایت اجتماعی	
	متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	f	P	F	p
ضعیف		۵۸/۱ \pm ۲/۰	۶۶/۶ \pm ۴/۴		۶۱/۸ \pm ۸/۷	
متوسط		۶۶/۴ \pm ۶/۵	۶۸/۶ \pm ۵/۶	۱/۴۳	۶۶/۵۲ \pm ۶/۵	۷۱/۳۲
خوب		۶۸/۳ \pm ۶/۱	۶۹/۱ \pm ۷/۳	۰/۲۴۴	۷۳/۱ \pm ۵/۱	۰/۰۰۱

مقادیر به صورت انحراف معیار \pm میانگین درصد تغییرات نشان داده شده‌اند. مقایسه بین طبقات مختلف اقتصادی اجتماعی به وسیله آزمون آنالیز واریانس یک طرفه انجام شده است.

نشان داد که بیشترین میانگین نمره حمایت اجتماعی در مادران با تحصیلات دانشگاهی (۶۷/۰) و بیشترین میانگین نمره رضایت زناشویی در مادران با تحصیلات دانشگاهی (۷۵/۶۰) وجود دارد. همچنین بین سطح تحصیلات و میانگین نمره دل‌بستگی تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($F=0/48, p=0/62$) (جدول ۲).

بر اساس آزمون آنالیز واریانس، بین رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات مادر ارتباط معنی داری وجود داشت؛ بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات، میزان رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی افزایش می‌یافت (به ترتیب $F=34/00, p<0/001$ و $F=3/48, p=0/033$) (جدول ۲). آزمون پست هوک

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره دل‌بستگی، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی بر حسب تحصیلات

متغیر		دل‌بستگی		رضایت زناشویی		حمایت اجتماعی	
سطح تحصیلات		میانگین و انحراف معیار	F	میانگین و انحراف معیار	f	میانگین و انحراف معیار	P
ابتدایی	۵۶/۱±۲,۴			۶۱/۰±۱۲/۶		۶۷/۶±۸/۰	
راهنمایی	۵۸/۳±۱/۸	۰/۴۸	۰/۶۲	۷۰/۰±۵/۸	۳۴/۰۰	۶۳/۷±۱۱/۷	۰/۰۳۳
دیپلم	۶۴/۳±۰/۶			۷۳/۲±۵/۳		۶۴/۲±۳/۲	
دانشگاهی	۶۵/۰±۰/۸			۷۵/۶±۶/۷		۶۷/۰±۳/۸	

مقادیر به صورت انحراف معیار± میانگین درصد تغییرات نشان داده شده‌اند. مقایسه بین طبقات مختلف اقتصادی اجتماعی به وسیله آزمون آنالیز واریانس یک طرفه انجام شده است.

بحث

در این مطالعه میانگین نمره دل‌بستگی مادر به جنین $64 \pm 18/05$ و در مطالعه تعاونی و همکاران (۲۰۰۸) $83/78/6 \pm 6$ بود (۳). به نظر می‌رسد تفاوت در نتایج به دست آمده به دلیل تفاوت در زمان نمونه‌گیری باشد که در مطالعه تعاونی، نمونه‌گیری در سه ماهه سوم بارداری انجام شد. مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سن بارداری، میزان دل‌بستگی مادر به جنین افزایش می‌یابد. همچنین در مطالعه تعاونی و همکاران (۲۰۰۸)، مادران با سابقه تنها یک مرگ جنین یا نوزاد شرکت داده شدند، در حالی که در مطالعه حاضر مادران با سابقه مرگ جنین یا نوزاد متعدد شرکت داده شدند که این مسئله به نوبه خود می‌تواند بر دل‌بستگی مادر به جنین تأثیرگذار باشد (۳).

مطالعه حاضر نشان داد بین حمایت اجتماعی و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد؛ به گونه‌ای که مادران با نمره حمایت اجتماعی بالاتر، نمره دل‌بستگی مادر به جنین بالاتری داشتند که با نتایج مطالعه کاندون و همکاران (۱۹۹۷) همخوانی داشت (۱۵). اما کونیاک و همکاران (۱۹۹۸) گزارش کردند بین حمایت اجتماعی و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط معناداری وجود ندارد (۲۲). در مطالعه حاضر نیز بین رضایت زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط معناداری وجود داشت که این ارتباط می‌تواند به دلیل نقش بارز همسر در حمایت از زن باردار باشد. در مطالعه ترشیزی و همکاران (۲۰۱۴) و عباسی و همکاران (۲۰۰۳) نیز بین دل‌بستگی مادر به جنین و علاقه به همسر ارتباط معناداری وجود داشت (۷ و ۱۲).

در این زمینه بلوم گزارش کرد که بین دل‌بستگی مادر به جنین و علاقه به همسر همبستگی وجود دارد (۲۳). در مطالعه حاضر بین میزان دل‌بستگی در طبقات مختلف اقتصادی اجتماعی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت که با نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی داشت (۷). در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات مادر، دل‌بستگی مادر به جنین افزایش می‌یافت اما این ارتباط معنادار نبود. در این رابطه مطالعه کایلی (۲۰۰۲) نشان داد اگرچه بین تحصیلات مادر و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط آماری معناداری وجود دارد، اما این ارتباط ضعیف می‌باشد ($r=0/14, p<0/05$) (۹). مولر (۱۹۹۳) نیز گزارش کرد بین تحصیلات مادر و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط وجود دارد (۲۳)، اما نتایج مطالعه ویتو (۱۹۸۶) و بلوم (۱۹۹۵) نشان داد که بین دل‌بستگی مادر به جنین و تحصیلات ارتباطی وجود ندارد (۲۴ و ۲۵).

در مطالعه حاضر بین نمره رضایت زناشویی در طبقات اقتصادی اجتماعی مختلف تفاوت معناداری مشاهده نشد که با مطالعه بگ و ول و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۲۶). اما در مطالعه مطالعه هسلی و همکاران (۲۰۰۶) بین رضایت زناشویی و طبقه اقتصادی اجتماعی ارتباط مستقیم دیده شد به این صورت که با افزایش سطح اقتصادی اجتماعی زوجین نمره رضایت زناشویی در مادر باردار افزایش می‌یافت (۲۷). که این تفاوت شاید ناشی از اختلافات فرهنگی و زمان نمونه‌گیری باشد. مطالعه مرکز در شرایط غیر بارداری انجام گرفت. در دوران بارداری توجه همسر به زن باردار افزایش می‌یابد و این توجه می‌تواند افزایش رضایت زناشویی را به

نتیجه گیری

با افزایش حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی، میزان دلبستگی مادر به جنین افزایش می یابد. این یافته ها لزوم توجه بیش تر به روابط بین زوجین و وضعیت خانواده در جهت افزایش حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی به منظور تأمین دلبستگی مادر به جنین را نشان می دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بوده و بدون دخالت حامی مالی در روند تحقیق انجام گرفت. بدین وسیله از حمایت های مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همچنین ریاست محترم مراکز بهداشت شماره ۱، ۲، ۳ و ۴ شهرستان مشهد که ما را در انجام این طرح یاری کردند و همچنین صبر و حوصله و همراهی مشارکت کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

دنبال داشته باشد. در مطالعه حاضر نمره حمایت اجتماعی در طبقات مختلف اقتصادی تفاوت معنی داری داشت. در مطالعه سیف زاده و همکاران (۲۰۰۸) نیز بین سطح اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی از سالمندان ارتباط معنی دار وجود داشت ($p < 0.05$) (۱۹). در مطالعه حاضر نمره رضایت زناشویی در طبقات مختلف تحصیلی تفاوت معناداری نداشت؛ اگرچه در زنان با تحصیلات بالاتر بیش تر بود که از این نظر با مطالعه آقاییوسفی و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی نداشت. مطالعه آقاییوسفی نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میزان رضایت زناشویی کاهش می یابد (۲۸). در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و حمایت اجتماعی، ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شد. اما در مطالعه طل و همکاران (۲۰۱۱) از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده بیماران دیابتی استفاده شد طراحی این پرسشنامه و عبارات آن به گونه ای است که دانش پیرامون بیماری دیابت بیش از سطح تحصیلات حائز اهمیت است (۲۹).

منابع

- Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri AR, Khoshabi K, Mazaheri MA, Karimlou M. [Effectiveness of attachment based therapy on reduction of symptoms of separation anxiety disorder] [Article in Persian], Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009 ;14(4):380-8.
- Weis K, Lederman RP. Prenatal spousal military deployment and maternal prenatal adaptation as predictor of postpartum maternal-infant attachment. South J Nurs Res Soc 2010 Sep;10(3): 114-120.
- Tavoni S, Ahadi M, Ganji T, Hossieni F. [Comparison of maternal fetal attachment between primigravidas and multigravidas women with pas history of fetal or neonatal death. Iran J Nurs 2008;21(53):53-62.
- Robinson M, Baker L, Nackerud L. The relationaship of attachment theory and perinatal loss. Death Stud 1999 Apr-May;23(3):257-70.
- McFarland J, Salisbary AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester B. Major depressive disorder durning pregnancy and emotional attachment to the fetus. Arch Womens Ment Health 2011 Oct;14(5):425-34.
- Saastad E, Isreal P, Ahlborg T, Gunnes W, Froen JF. Fetal movment counting--effect on maternal-fetal attachment: a multicenter randomized controlled trial. Birth 2011 Dec;38(4):282-93.
- Abasii A. [Effect of fetal maternal attachment behavior educating on mental health of pregnant women in the third trimester of pregnancy] [Thesis in Persian]. Mashhad:Mashad University of Medical Sciences;2003.
- Tsartsara E, Johnson MP. The impact of miscarriage on woman pregnancy- specific anxiety and feeling of prenatal-fetal attachment during the subsequent pregnancy: an exploratory follow-up study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2006 Sep;27(3):173-82.
- Caelli K, Downie J, Letendre A. Parents' experiences of midwife- managed care following the loos of baby in previos pregnancy. J Adv Nurs 2002 Jul;39(2):127-36.
- Barr P. Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 mounths after perinatal bereavement. J Perinat Med 2009;34(3):202-11.
- Reid H, Power M, Cheshire K. Factors influencing antenatal depression, anxiety and strees. Br J Midwifery 2009 Aug 6;17(8):501-8.
- Torshezi M. [Different aspect of mother to child attachment behavior and some related factors in the women that refer to Birjand health center]. Science magazine of birjand medical sciences [Article in Persian]. 2013;72:13-27.

13. Arjmandniya A, Afroz GH, Nami M. [Comparison of stress and marital satisfaction and perceived social support in parents of mental retard children and normal children on Golestan].especial training magazine. [Article in Persian]. 2013;3:116.
14. Nasseh M, Ghazinour M, Joghatayi M, Nojomi M, Richter J. [A Farsi version of the social support questionniere] [Article in Persian]. J Soc Welfare 2011;11(4):251-66
15. Condon JT, Corkindale C. The correlate of antenatal attachment in pregnant women. Br J Med Psychol 1997 Dec;70(Pt 4):359-72.
16. Campion B. Maternal-fetal attachment and the culture of life one: an examination of maternal fetal attachment. Bioeth Matters Enj Bioeth 2013;12(2):1-4.
17. Cassidy T. Problem solving style. Research 2003;54(4). 353-5
18. Karkeabadi M. [Comparative study on depression in working mothers and housewives Mashhad] [Thesis in Persian]. Mashhad:Mahhad University of Medical Sciences;1998:83.
19. Seyfzade A. [Social,financial and population deteriorate in aging] [Article in Persian]. J Soc Sci 2008;63-64:127-62.
20. Sohrabi H. Recognize and treatment of marital conflict.. Cultural services anistitue Rsa. 1sted. Tehran; 1988.2-21
21. Heidari P. [Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety in women with primary infertility treatments with IUF] [Thesis in Persian]. Mashhad:Mahhad University of Medical Sciences;2001.
22. .Koniak-Griffin D, Verzemnieks I. Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. Issues Comprpdiatr nurs 1991;14:121-3
23. Muller ME. Development if the prenatal attachment inventory. West J Nurs Res.1993; 15(2): 199-215
24. Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behavior in pregnant adolescents. Nursing Research, 44, 284-289
25. Vito KO. The development of maternal- fetal attachment and association of selected variables . Dissertation Abstract international, 47,998-B. Washington, DC: the catholic university of Amrica 1986
26. Bagwel E. Factor in fluencing marital satisfaction with a specific focus on depression [dissertation]. Mishigan:2006
27. Heseley J. Marital satisfaction among newly married couple: associations with religiosity and romantic attachment style [dissertation]. Texas.2006
28. Aghayosefi AR, Moradi K, Safari N, Ghazi Sh, Amiri F. [The study of relationship between marital satisfaction and physical problems during pregnancy and the related factord in pregnant women in Khorramabad city] [Article in Persian]. Yaft-E 2001;13(1):121-31.
29. Tol A, Mjlesi F, Rahimi A, Shojaeiizadeh D, Mohebi B. [Determinate relation between precieve social support and relenant factor with HbA1C in type 1 diabetic patients] [Article in Persian]. J Hospital 2011;10(4):53-9.

