

تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین بر سلامت روان مادران نخست باردار در سه ماهه سوم بارداری

علیه عباسی^۱، مهین تفضلی^۲، دکتر حبیب الله اسماعیلی^۳، دکتر حسین حسن آبادی^۴

^۱ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

^۲ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴ استادیار روانشناسی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

نشانی نویسنده مسؤول: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه پرستاری مامایی، علیه عباسی

E-mail: elieh_abasi@yahoo.com

وصول: ۸۷/۱/۱۷، اصلاح: ۸۷/۲/۳۰، پذیرش: ۸۷/۶/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روان مادر طی دوران بارداری بر رشد جنین و متعاقب آن بر سلامت کودک تأثیر بسیار مهمی دارد. بنابراین استفاده از روش‌های مختلف جهت ارتقاء سلامت روان نقش مؤثری در کاهش مشکلات مادر و کودک خواهد داشت. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین بر سلامت روان مادران نخست باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع مداخله‌ای می‌باشد که بر روی ۸۳ نفر مادر باردار واجد شرایط انجام شد که از جمعیت آماری زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و به طور تصادفی بین دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده شامل فرم مصاحبه، پرسشنامه دلبستگی مادر- جنین کرانلی و سلامت عمومی (GHQ) بوده است. برای گروه مورد، کلاس‌های آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین برگزار شد و گروه شاهد، مراقبت‌های معمول بارداری دریافت نمودند. نمره سلامت روان و دلبستگی مادر- جنین قبل و بعد از مداخله در دو گروه سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مجذور کای، فیشر، من ویتنی و تی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره سلامت روان قبل از مداخله در گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($p=0/51$). میانگین نمره سلامت روان بعد از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشته است ($P<0/001$). همچنین میانگین نمره دلبستگی بعد از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشته است ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: نتیجه پژوهش نشان می‌دهد که آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین می‌تواند موجب افزایش دلبستگی و سلامت روان مادر گردد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۵/ شماره ۲/ صص ۱۰۹-۱۰۴).

واژه‌های کلیدی: آموزش؛ رفتارهای دلبستگی مادر- جنین؛ سلامت روان مادر؛ سه ماهه سوم بارداری.

مقدمه

بارداری علیرغم ایجاد احساس خوشایند، اغلب یک دوره استرس‌زای جسمی و روانی به شمار می‌آید (۱). بنابراین امکان بروز حالت‌های روان رنجوری مثل افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است که سلامت روان مادران را به خطر می‌اندازد (۲). میزان اضطراب در مراحل مختلف بارداری حدود ۱۵-۱۳ درصد گزارش شده است (۳). شیوع علائم افسردگی نیز در سه ماهه سوم بارداری ۱۷ درصد برآورد شده است (۴). در یکی از پژوهش‌های گذشته، اضطراب در ۱۸/۴ درصد، افسردگی در ۱۰ درصد، اختلال عملکرد در ۴۶/۹ درصد و اختلال جسمانی در ۳۸/۸ درصد از زنان باردار دیده شده است (۵). مشکلات و اختلالات روانی موجب کاهش سطح سلامت روان مادر در بارداری شده است که به نوبه خود منجر به ایجاد تهوع و استفراغ در اوایل بارداری، محدودیت رشد جنین و عواقب ناخوشایند در زایمان می‌گردد (۶-۸).

جهت برطرف نمودن این مشکلات می‌توان از روش‌های مختلفی مانند برنامه‌های حمایتی و آموزشی، انجام مداخلاتی جهت تعدیل و مقابله با استرس‌های دوران بارداری استفاده کرد (۲). یکی از این مداخلات که به مادر کمک می‌کند تا راه‌های مقابله با استرس را بیابد، روش‌های مختلف افزایش دلبستگی مادر- جنین می‌باشد (۹). این نوع دلبستگی بر اساس تصاویر ذهنی مادر از جنین شکل می‌گیرد (۱۰). مادرانی که سطوح پایین‌تری از دلبستگی مادر- جنین دارند، افسردگی و اضطراب بالاتری دارند که موجب کاهش سلامت روان می‌گردد (۱۱). اما در تحقیقی دیگر ذکر شده است که بین افسردگی و دلبستگی مادر- جنین ارتباطی وجود ندارد (۸). همچنین کلی می‌نویسد: مادرانی که دلبستگی بالاتری دارند، رفتارهای بهداشتی بیشتری گزارش می‌نمایند که موجب افزایش سلامت مادر می‌گردد (۱۲). از جمله راه‌های افزایش دلبستگی، آموزش رفتارهای دلبستگی است

که موجب می‌شود احساس مادر تحریک شده و اعمالی انجام دهد که موجب افزایش تعامل مادر- جنین می‌گردد. نظر به این‌که در سال‌های اخیر توجهی خاص و وسیع به سلامت روان مادر در قالب رابطه مادر با فرزند شده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین بر سلامت روان مادران نخست باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای است که نمونه آن را ۸۳ مادر نخست باردار واجد شرایط تشکیل می‌داد و مهم-ترین این شرایط عبارت بودند از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، سواد بالای سوم راهنمایی، نخست باردار بودن، سن بارداری بین ۳۲-۲۸ هفته، نداشتن مشکل مامایی و نداشتن سابقه مشکلات روانی. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم مصاحبه، پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸-GHQ) جهت تعیین نمره سلامت روان، پرسشنامه دلبستگی مادر- جنین کرانلی جهت بررسی نمره دلبستگی و فرم حمایت اجتماعی برای تعیین نمره حمایت اجتماعی بوده است. جهت تعیین روایی فرم‌های مصاحبه از روایی محتوی استفاده شد. روایی فرم حمایت اجتماعی توسط رفیعی در سال ۱۳۸۱ تأیید شده است. روایی پرسشنامه سلامت عمومی نیز توسط پالاهانگ و یعقوبی (۱۳۷۴) تأیید شده است. همچنین روایی مقیاس دلبستگی مادر- جنین کرانلی از طریق روایی محتوی تأیید شد. پایایی فرم‌های مصاحبه با استفاده از روش آزمون مجدد ($r=0/9$)، مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از روش پایایی هم ارز ($r=0/9$) و مقیاس دلبستگی مادر- جنین از طریق فرمول کرانباخ (۸۰ درصد) تأیید شد.

نمونه‌گیری از نوع مبتنی بر هدف بود و به‌طور تصادفی سه مرکز بهداشتی به گروه شاهد و سه مرکز به گروه مورد اختصاص یافتند. برای گروه مورد چهار جلسه دوساعته هفته‌ای یک‌بار طی یک ماه کلاس آموزش

واحدهای پژوهش در گروه مورد ۲۴/۱۳ ± ۳/۷ سال و در گروه شاهد ۲۴/۱ ± ۴/۴ سال بوده است. دو گروه از نظر سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، وضعیت مسکن، متوسط درآمد، علاقه به همسر و رضایت زناشویی همگن بودند.

میانگین سن بارداری در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب ۲۹/۶ ± ۱/۵ سال و ۲۹/۵ ± ۱/۶ سال بود. افراد مورد مطالعه بر حسب خواسته بودن بارداری، انجام سونوگرافی، تعداد دفعات انجام سونوگرافی، پیش بینی شدن جنس جنین، نوع جنس پیش بینی شد و حمایت اجتماعی در دو گروه همگن بودند. میانگین نمره سلامت روان قبل و بعد از مطالعه در گروه مورد ۱۷/۶ ± ۴/۲ و در گروه شاهد ۱۴/۸ ± ۳/۶ و ۱۷/۸ ± ۳/۶ و ۱۸/۳ ± ۳/۳ بوده است.

میانگین نمره سلامت روان در شروع و پایان مطالعه در گروه شاهد براساس آزمون تی زوج تفاوت معناداری داشته به طوری که واحدهای پژوهش وضعیت سلامت بدتری نسبت به قبل پیدا کرده اند ($p=0/001$). همچنین میانگین نمره سلامت روان در شروع و پایان مطالعه در گروه مورد براساس آزمون تی زوج تفاوت معنی داری داشت به طوری که واحدهای پژوهش وضعیت سلامت بهتری نسبت به قبل پیدا کرده اند ($p<0/001$). میانگین اختلاف قبل و بعد سلامت روان در دو گروه مورد و شاهد نیز بر اساس آزمون تی تفاوت معنی دار داشته است ($P<0/001$) (جدول ۱).

میانگین نمره دل بستگی قبل و بعد مطالعه در گروه مورد ۳/۵۲ ± ۰/۵ و ۳/۹۶ ± ۰/۳۸ و در گروه شاهد

رفتارهای دل بستگی مادر- جنین تشکیل شد. در جلسه اول در مورد مفاهیم دل بستگی، دل بستگی مادر- جنین، فواید دل بستگی و نحوه انجام رفتارهای دل بستگی مورد نظر آموزش داده شد. این رفتارها شامل شمارش حرکات جنین و ثبت آن، تصور شکل ظاهری جنین به شکل مثبت، صحبت کردن با جنین، تصور خود در حال شیر دادن به کودک و لمس شکم بوده است. در ضمن فرم ثبت این رفتارها به مادران داده شد تا به شکل هفتگی آن را تکمیل نمایند. در جلسات بعدی در مورد نحوه انجام این رفتارها بحث می شد. برای گروه شاهد مداخله ای صورت نگرفت و مادران به شکل معمول دو هفته یک بار جهت مراقبت بارداری مراجعه می نمودند. پس از اتمام مداخله، دو گروه مجدداً پرسشنامه های دل بستگی مادر- جنین و سلامت عمومی را تکمیل نمودند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS11 صورت گرفت. برای بیان مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. جهت بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای، فیشر و من ویتنی استفاده شد. جهت مقایسه دو گروه در مراحل مختلف از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه هر یک از گروه ها در دو مرحله مختلف از آزمون تی مزدوج استفاده شد. در تمام آزمون های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ مد نظر بوده است.

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره سلامت روان مادر قبل و بعد از مداخله و اختلاف آن به تفکیک گروه

گروه	زمان	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه	اختلاف قبل و بعد	نتیجه آزمون t زوج
شاهد		۱۷/۸ ± ۳/۶	۱۸/۳ ± ۳	۰/۴۱ ± ۰/۷۶	p = ۰/۰۰۱
مورد		۱۷/۶ ± ۴/۲	۱۴/۸ ± ۴	-۲/۸ ± ۲/۲	p < ۰/۰۰۱
نتیجه آزمون T مستقل		p = ۰/۷۸	p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	

۳/۴۵±۰/۴۳ و ۳/۴۲±۰/۴۱ بوده است. میانگین نمره دلبستگی در شروع مطالعه در دو گروه براساس آزمون تی تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p = ۰/۵۱$). اما بعد از مطالعه این تفاوت معنی دار بوده است ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمره دلبستگی در شروع و پایان مطالعه در گروه شاهد بر اساس آزمون تی زوج تفاوت معناداری نداشت، در حالی که این تفاوت در گروه مورد معنی دار بوده است. میانگین اختلاف قبل و بعد دلبستگی مادر- جنین در دو گروه مورد و شاهد بر اساس آزمون تی تفاوت معنی داری داشت (جدول ۲).

کاندون و کورکیندال در تحقیقشان تحت عنوان "ارتباطات دلبستگی مادر- جنین" ذکر کرده‌اند که مادرانی که دلبستگی کمتری دارند، سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (۱۱). همچنین نتیجه مطالعه گافنی نیز با عنوان ارتباط دلبستگی مادر- جنین با اضطراب و خودپنداره نشان می‌دهد که دلبستگی با اضطراب وضعیتی ارتباط معکوس دارد (۱۴). میکولینسر و فلوریان (۱۹۹۹) نشان دادند که در سه ماهه اول بارداری دلبستگی به جنین به‌طور معنی‌داری با سلامت روان ($P < ۰/۰۱$) و $r(۲۸) = ۰/۴۷$ و زجر ($p < ۰/۰۱$) و $r(۲۸) = - ۰/۵۳$ ارتباط دارد. مادرانی که در سه ماهه

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره دلبستگی مادر- جنین قبل و بعد از مداخله و اختلاف آن به تفکیک گروه

گروه	زمان	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه	اختلاف قبل و بعد	نتیجه آزمون t زوج
مورد		۳/۵۲ ± ۰/۵	۳/۹۶ ± ۰/۳۸	۰/۴۴ ± ۰/۲۸	$p = ۰/۰۰۱$
شاهد		۳/۴۵ ± ۰/۴۳	۳/۴۲ ± ۰/۴۱	۰/۴۴ ± ۰/۱۳	$p < ۰/۱۴$
نتیجه آزمون T مستقل		$p = ۰/۱۵۲$	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	

بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میزان دلبستگی بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. همچنین میانگین اختلاف قبل و بعد از مداخله دلبستگی مادر- جنین در دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد. در مطالعه کونیاک نیز، اختلاف قبل و بعد از مداخله دلبستگی در دو گروه معنی دار بوده است. در مطالعه ماگدی و همکاران نیز میزان دلبستگی بعد از مداخله (شمارش حرکات جنین توسط مادر به مدت یک ماه) در گروه مورد و شاهد معنی دار بوده است (۱۳).

در این تحقیقات نیز مانند پژوهش حاضر، میزان دلبستگی بعد از مداخله افزایش یافته است. بنابر اظهارات ماگدی، این افزایش را می‌توان مربوط به این دانست که انجام رفتارهایی مانند شمارش حرکت جنین، مادر را درگیر اعمالی می‌کند که موجب تحریک احساسات مادر و تعامل با جنین می‌گردد.

اول دلبستگی بالاتری به جنینشان دارند از سلامت روان بهتری برخوردار بوده و فشار کمتری را تجربه می‌کنند (۱۵).

در پژوهش حاضر نیز یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p < ۰/۰۰۱$). نمره سلامت روان در گروه مورد کاهش پیدا کرده است، یعنی مادر از سطح سلامت بهتری برخوردار شده است که از طریق افزایش دلبستگی مادر- جنین ایجاد شده است. بدین معنی که افزایش دلبستگی منجر به ایجاد صمیمیت و هیجان خوشایند و پایداری شده است که در افزایش سلامت روان بسیار حائز اهمیت است. طبق نظریه جان بولبی دلبسته بودن به یک فرد، امنیت روانی انسان را بالا می‌برد. همچنین طبق نظر سولچنی، زمانی می‌توان استرس را کاهش داد که بتوان مرکز توجه را از فعالیت‌ها و مشکلات روزانه تغییر داده و منحرف کرد و فکر کردن در

مورد جنین و انجام رفتارهای دلبستگی می‌تواند چنین شرایطی را مهیا کند که موجب آرامش مادر گردد. بنابراین، انجام این رفتارها علاوه بر این که توجه فرد را از مسائل نگران‌کننده منحرف کرده و بر جنین متمرکز می‌نماید، نوعی مراقبه متعالی نیز به شمار می‌آید که تکرار روزانه آن موجب توقف افکار ناخواسته و کاهش فعالیت دستگاه اتونومیک می‌گردد (۹).

اکثر مطالعات در زمینه دلبستگی وجود ارتباط دلبستگی مادر- جنین و اضطراب، استرس، افسردگی و مشکلات جسمانی را نشان داده است به طوری که هر چه دلبستگی بالاتر باشد، اضطراب، استرس و افسردگی کمتر است و هر چه این مشکلات کمتر باشد، سطح سلامت روان مادر بالاتر خواهد بود. از طرفی، مطالعات نشان می‌دهد که انجام رفتارهای دلبستگی در دوران بارداری موجب افزایش میزان دلبستگی مادر- جنین می‌گردد. بنابراین، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که افزایش میزان دلبستگی مادر- جنین از راه‌های مختلف می‌تواند موجب ارتقاء سطح سلامت روان مادر گردد که با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش، فرضیه‌های پژوهش تأیید شدند و نشان داده شد که آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین موجب افزایش میزان دلبستگی مادر- جنین شده و از این طریق موجب

افزایش سطح سلامت روانی مادر می‌گردد. با توجه به این که سلامت روان مادر بر سلامت جنین و سلامت کودک تأثیر زیادی دارد، ارتقاء سلامت روان مادر می‌تواند در حفظ سلامت جامعه نقش مؤثری داشته باشد. نتایج این پژوهش می‌تواند با ارتقاء سلامت روان مادر در دوران بارداری سلامت آینده جامعه را تضمین نماید. با ارائه نتایج این تحقیق به کارکنان بهداشتی، پزشکان و به‌خصوص ماماها که در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری به مادران در مراکز بهداشتی درمانی نقش بسزایی دارند، سبب ترویج آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین شده و با تشویق مادران به انجام آن، موجب افزایش سطح سلامت جسمی و روانی مادران و به دنبال آن موجب افزایش سلامت کودک آینده و کاهش هزینه‌های درمان می‌گردد. با توجه به این که در کشور ما مطالعاتی گسترده در زمینه دلبستگی مادر- جنین انجام نشده است، این مطالعه می‌تواند سرآغازی جهت تحقیقات گسترده‌تر در آینده باشد. در پایان جهت انجام پژوهش‌های آینده موضوعات زیر پیشنهاد می‌شود:

- ۱- تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین بر سلامت روان مادر در سه ماهه اول و دوم بارداری
- ۲- مقایسه میزان دلبستگی مادر- جنین در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری.

منابع

- ۱- معین زهرا. «بهداشت روانی مادران در دوران بارداری». چاپ اول؛ انتشارات معاونت فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۸۰، صفحات ۱ تا ۴۰.
- ۲- فروزنده نسرين، دل آرام معصومه، دریس فاطمه. «وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد». فصلنامه باروری و ناباروری. بهار ۱۳۸۲، صفحات ۱۴۶ تا ۱۵۵.
- ۳- فیروزی محبوبه. «بررسی عوامل تنش زای بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های قبل از تولد مشهد». پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی، دانشکده پرستاری- مامائی مشهد. ۱۳۷۷.
4. Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Prenatal depression: A randomized controlled trial of antenatal education intervention for primiparas. Birth. 2001; 28 (1): 28-35.
- ۵- اسماعیلی ریحانه، آقائی منور. «بررسی عوامل مرتبط با وضعیت روانی براساس آزمون GHQ در زنان باردار». همایش سراسری ارتقاء سلامت زنان. دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۸۳.
6. Haas JS, Meneses V, McCormick MC. Outcomes and health status of socially disadvantaged women during

- pregnancy. *J Women Health Gend Based Med*. 1999; 8(4): 547-53.
- ۷- بحری بینا باج نرجس. «بررسی تأثیر حمایت روانی، فیزیکی و آموزشی طی لیبر بر شدت درد زایمان خانم های نخست باردار». پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی . دانشکده پرستاری- مامائی مشهد. ۱۳۷۹.
8. Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, et al. "Antenatal Depression and maternal Fetal attachment. *Psychopathology*, 2003; 36(6): 304-11.
 9. Joanne E, Solchany. Promoting maternal mental health during pregnancy. First edition. 2001. NCAST. P: 3-300.
 10. Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL. *Maternal- child Nursing care*. 1998; Mosby St. Louis, pp. 158-160.
 11. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol*. 1997; 70(pt 4): 359-72.
 12. Kelly Lindgren. Relationships among maternal- Fetal attachment, prenatal Depression and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health*. 2001; 24(3): 203-17.
 13. Mikhail MS, Freda MC, Merkatz RB, Polizzoto R, Mazloom E, Merkatz IR. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *Am J Obstet Gynecol*. 1991; 165(4 pt 1): 988-91
 14. Gaffney KF. Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Matern Child Nurs J*. 1986;15(2):91-101
 15. Mikulincer M, Florian V. Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy. *Journal of social and clinical psychology*. 1999; 18(3):255-76.