مقاله اصیل پژوهشی

دلبستگی مادر– جنین و عوامل مرتبط با آن، در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر بیرجند در سال ۱۳۹۱

مرضیه ترشیزی[۱]، غلامرضا شریف‌زاده[۲]

چکیده

زمینه و هدف: دلبستگی مادر و جنین، نقش مهمی در سلامت مادر باردار و جنین دارد. با توجه به تفاوت‌های اقتصادی، فرهنگی و قومی این منطقه با سایر نقاط کشور، این پژوهش به‌منظور بررسی میزان دلبستگی مادر– جنین و عوامل مرتبط با آن، در مادران باردار شهر بیرجند در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی– تحلیلی، بر روی ۲۴۱ نفر از زنان باردار، به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شد. ابزارهای سنجش مورد استفاده، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و پرسشنامه دلبستگی مادر- جنین کرانلی بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۶/۵) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن زنان باردار ۵/۲±۲۶/۹۶ سال و سن بارداری آنان ۶/۳±۳۰/۰۱ هفته بود. میانگین نمره دلبستگی مادر– جنین در این پژوهش ۰/۳۸±۳/۷۷ بود. دلبستگی مادر– جنین، با تحصیلات و شغل (تحصیلات و شغل مادر و همسر) و رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی، ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P<0/05$) اما ارتباط معنی‌داری با متغیرهای تعداد بارداری، نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته)، سن بارداری، سابقه سقط، سابقه مرده‌زایی، سابقه حاملگی پرخطر، سن مادر، وضعیت مسکن و میزان کفایت درآمد نداشت.

نتیجه‌گیری: برخی از ویژگی‌های دموگرافیک و پری‌ناتال در دوران بارداری، با دلبستگی مادر–جنین مرتبط بودند که توجه به آنها توسط ماماهای مراکز بهداشتی و درمانی، می تواند نقش مهمی در ارتقای رفتارهای دلبستگی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی، دلبستگی مادر-جنین، بارداری

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۲۰ (۳): ۲۷۹-۲۸۷.

دریافت: ۱۳۹۱/۰۵/۲۸ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۱۲

[۱] نویسنده مسؤول، مربی، عضو مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
آدرس: بیرجند– خیابان غفاری– دانشگاه علوم پزشکی بیرجند– دانشکده پرستاری و مامایی– گروه مامایی
تلفن: ۰۵۶۱-۸۸۲۵۳۴۲ پست الکترونیکی: m3torshizi@bums.ac.ir
[۲] مربی، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

مقدمه

حاملگی و مادرشدن، از وقایع لذّت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود (۱). زنان در طی بارداری، متحمّل تغییرات ناخواسته زیادی می‌شوند که این تغییرات، نیازهای جسمی و روحی آنان را دگرگون می‌کند (۲). در واقع این دوران، حاصل تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی بوده و مستلزم توجّهات ویژه می‌باشد (۱). به نظر می‌رسد برقراری ارتباط عاطفی با جنین، بخشی از مراحل تطابق با نقش مادری است (۳). دلبستگی مادر- جنین، واژه‌ای است که برای توصیف ارتباط عاطفی مادر با جنینش به‌کار می‌رود. این ارتباط عاطفی، در طول دوره بارداری افزایش می‌یابد و در احساسات، ادراکات و رفتارهای وی نمود پیدا می‌کند (۴).

این ارتباط عاطفی که در طول بارداری شکل می‌گیرد، بعد از زایمان، با تماس چشمی، بویایی و لمسی مادر و نوزاد ارتقا می‌یابد (۵، ۶). Ustunsoz می‌نویسد: ارتباط مادر و کودک متولدنشده، تحت عنوان دلبستگی مادر- جنین توسط محققین زیادی همچون Cranley، Condon و Muller توصیف شده است (۷). Muller و Pillite معتقدند که این دلبستگی، از ابتدای بارداری ایجاد شده و به‌تدریج بیشتر می‌شود؛ به‌طوری‌که در سه ماهه دوم به اوج خود رسیده و تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفّق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۸، ۹).

فرایند دلبستگی عاطفی، به‌تدریج و همزمان با توسعه دلبستگی مادر به جنین، شروع به شکل‌گیری می‌کند و انگیزه به‌دست‌آوردن صلاحیت و رضایت در نقش مادری را در بعد از زایمان ایجاد می‌کند (۱۰).

بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که دلبستگی به جنین، رابطه نزدیک با تعارضات عاطفی مادر، رابطه مادر- کودک و رابطه با دیگران دارد (۱۱). دلبستگی مادر و جنین، می‌تواند تحت تأثیر مسائلی همچون: حمایت اجتماعی، وضعیت روانی، سنّ بارداری، سنّ مادر، تعداد زایمان، وضعیت زناشویی، درآمد، تحصیلات و حاملگی پرخطر قرار گیرد (۱۰). با افزایش دلبستگی مادر و جنین، مادر تمایل بیشتری به اعمال رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند: ترک مصرف سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت‌های دوران بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، افزایش دلبستگی مادر و نوزاد و افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر پیدا می‌کند که کلّیه این رفتارها، منجر به پیامد رضایت‌بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌شود (۱۲، ۱۳).

شواهدی وجود دارد که ظهور دلبستگی مادر به جنین، عامل پیش‌بینی‌کننده چگونگی نگرش و عملکرد مادری بعد از زایمان، تعامل شیرخوار- مادر و الگوهای دلبستگی بعد از تولد می‌باشد. مادرانی که دلبستگی بالاتری دارند، تعاملشان با شیرخوار نیز بیشتر شده که به نوبه خود می‌تواند تأثیر زیادی در تعامل هیجانی، شناختی و اجتماعی کودک داشته باشد (۱۴). همچنین مادرانی که سطوح پایین‌تری از دلبستگی دارند، سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی گزارش می‌نمایند که این مشکلات می‌تواند منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوب بارداری گردد (۱۵).

با توجه به اینکه دوران جنینی، از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل هر فرد بوده و کیفیّت دلبستگی مادر به جنین در این دوران می‌تواند تأثیر به‌سزایی بر آینده روانی- اجتماعی فرد داشته باشد و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و قومی، این مطالعه با هدف تعیین دلبستگی مادر-جنین و عوامل مرتبط با آن انجام گردید.

روش تحقیق

این پژوهش توصیفی- تحلیلی، به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی‌شده، بر روی ۲۴۱ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بیرجند در تابستان ۱۳۹۱ انجام شد؛ بدین ترتیب که ابتدا شهر بیرجند، بر اساس وضعیت جغرافیایی، به چهار منطقه مشابه تقسیم و

پایگاه‌های بهداشتی شهر بیرجند، در داخل این طبقات قرار گرفت وسپس از هر طبقه، یک پایگاه بهداشتی به‌صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. حجم نمونه در هر پایگاه، متناسب با جمعیت زنان باردار تحت پوشش به‌صورت تصادفی سیستماتیک از روی دفتر مراقبت زنان باردار انتخاب شد.

در پایگاه‌های انتخاب‌شده، از مادران باردار انتخاب‌شده، طی مدت چهار ماه از اردیبهشت لغایت مردادماه ۱۳۹۱ اطلاعات جمع‌آوری گردید.

ضمن کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش، به مادران اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند. پرسشنامه‌ها پس از اخذ رضایت شفاهی، در اختیار زنان باردار قرار گرفت و در محیطی آرام بدون حضور پرسشگر، به روش خودگزارش‌دهی تکمیل گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن ملیّت ایرانی، حداقل سواد ابتدایی، احساس حرکت جنین، عدم سابقه اختلالات شدید روانی در طی سال گذشته، نداشتن سوء مصرف و اعتیاد به موادّ مخدر، عدم وجود استرس‌های شدید در یک سال اخیر (بیماری جدّی 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.

ابزارهای سنجش مورد استفاده شامل: پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه حمایت اجتماعی و پرسشنامه دلبستگی مادر–جنین کرانلی بود.

پرسشنامه مشخصات فردی شامل سه بخش: اطلاعات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل مادر و همسر، میزان کفایت درآمد، وضعیت مسکن (شخصی، استیجاری،سازمانی))، مشخصات بارداری (سنّ بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط و مرده‌زایی و زمان احساس حرکت جنین توسط مادر به هفته) و یک سؤال در مورد میزان رضایت از روابط زنان با همسرانشان (کاملاً راضی، تا حدودی راضی، ناراضی) بود.

مدت‌زمان احساس حرکت جنین، با کسر زمان اولین احساس حرکت جنین توسط مادر (به هفته) از سنّ بارداری (به هفته) محاسبه گردید؛ همچنین حاملگی‌های همراه با دیابت، فشار خون بالا و بیماری‌های داخلی- جراحی نیز به عنوان حاملگی‌های پرخطر در نظر گرفته شد.

پرسشنامه دلبستگی مادر- جنین کرانلی دارای ۲۴ عبارت بود که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده بودند (قطعاً بلی "۵"، بلی "۴"، مطمئن نیستم "۳"،خیر "۲"، قطعاً خیر "۱"). فقط در مورد عبارت بیست و دوم، نمره‌گذاری برعکس انجام شد (قطعاً بلی "۱"، بلی "۲"، مطمئن نیستم "۳"، خیر "۴"، قطعاً خیر "۵"). میانگین نمرات، با تقسیم جمع نمرات بر تعداد عبارات به دست آمد؛ بدین ترتیب حداقل امتیاز کسب‌شده ۱ و حداکثر ۵ بود. روایی مقیاس دلبستگی مادر–جنین کرانلی، از طریق روایی محتوی توسط صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با آلفای کرنباخ (۸۰ درصد) برآورد گردید (۱۶).

پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی Cassidy، شامل هفت سؤال می‌باشد که حاوی عباراتی پیرامون حمایت از طرف خانواده و حمایت اجتماعی است. پاسخ‌ها به‌صورت بلی، مطمئن نیستم و خیر، با نمره‌بندی صفر تا دو است که کمترین امتیاز، صفر و بیشترین امتیاز ۱۴ می‌باشد و به‌صورت حمایت اجتماعی ضعیف ۰–۴، متوسط ۵– ۹ و خوب ۱۰– ۱۴ تقسیم‌بندی شدند. پایایی این مقیاس در ایران توسط کرکه‌آبادی (۱۳۷۶) به روش پایایی هم‌ارز با P<۰/۰۰۰۱ و r=۰/۹، تأیید گردیده است (۱۷).

پس از اینکه با آزمون کولموگراف‌اسمیرنوف، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها تأیید شد، داده‌ها با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، توکی و ضریب همبستگی پیرسون، در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶/۵) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سن زنان باردار ۵/۲±۲۶/۹۶ سال و میانگین سن بارداری آنان ۶/۳±۳۰/۰۱ هفته بود و اکثر ماداران ۴۸/۱٪ (۱۱۶ نفر) حاملگی اول، ۵۲/۷٪ (۱۲۷ نفر) بدون فرزند زنده، ۹۰/۹٪ (۲۱۹ نفر) بدون سابقه سقط، ۹۹/۲ (۲۳۹ نفر) بدون سابقه مرده‌زایی، ۸۹/۶٪ (۲۱۶ نفر) دارای حاملگی کم‌خطر و ۸۶/۷ (۲۰۹ نفر) دارای بارداری خواسته بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در پژوهش برحسب سابقه مامایی

متغیر		تعداد n=۲۴۱	درصد
	اول	۱۱۶	۴۸/۱
	دوم	۷۷	۳۲/۰
	سوم و بیشتر	۴۸	۱۹/۹
	صفر	۱۲۷	۵۲/۷
	۱	۷۸	۳۲/۴
ده	۲	۲۷	۱۱/۲
	۳	۹	۳/۷
	دارد	۲۲	۹/۱
ط	ندارد	۲۱۹	۹۰/۹
	دارد	۲	۰/۸
ی	ندارد	۲۳۹	۹۹/۲
	ندارد	۲۱۶	۸۹/۶
	دیابت	۱۱	۴/۶
	فشار خون بالا	۸	۳/۳
	بیماری‌های داخلی-جراحی	۶	۲/۵
ی	خواسته	۲۰۹	۸۶/۷
	ناخواسته	۳۲	۱۳/۳

۴۴/۴٪ (۱۰۷نفر) ماداران دیپلم و ۸۵/۱٪ (۲۰۵ نفر) خانه‌دار بودند. ۳۹/۴٪ (۹۵ نفر) پدران دیپلم و ۶۲/۲٪ (۱۵۱ نفر) شغل آزاد داشتند. ۸۲/۲٪ (۱۹۸ نفر) خانواده‌ها درآمدشان را در حدّ کفاف ذکر کردند و ۷۲/۲٪ (۱۷۴ نفر) دارای منزل استیجاری بودند؛ همچنین ۷۶/۸ درصد (۱۸۵ نفر) از زنان اظهار داشتند که رضایت زیادی از روابط با همسرشان دارند (جدول۲) . از نظر حمایت اجتماعی، ۳۶ نفر (۱۴/۹٪) حمایت اجتماعی متوسط و ۲۰۵ نفر (۸۵/۱٪) حمایت اجتماعی خوب داشتند.

میانگین نمره دلبستگی مادر-جنین ۰/۳۸±۳/۷۷ بود؛ همچنین ارتباط برخی از متغیرها با نمره دلبستگی مادر-جنین مورد بررسی قرار گرفت.

بر اساس نتایج آزمون تی، اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره دلبستگی برحسب شغل مادر (P=۰/۰۴) و همسر (P=۰/۰۱۴) مشاهده گردید (جدول۲).

نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد، با بالارفتن سطح تحصیلات مادر، دلبستگی مادر-جنین افزایش می‌یابد که بر اساس آزمون توکی، دلبستگی مادر-جنین در مادران با تحصیلات دیپلم بیشتر از ابتدایی (P=۰/۰۰۹) و در مادران با تحصیلات دانشگاهی بیشتر از سایرین بود؛ همچنین میانگین نمره دلبستگی در زنانی که همسرشان تحصیلات دانشگاهی دارند، بیشتر از ابتدایی (P=۰/۰۲)، سیکل (P=۰/۰۱) و دیپلم (P=۰/۰۴) بود (جدول ۲).

آزمون تی نشان داد، بین دلبستگی مادر-جنین و میزان رضایت از روابط با همسر، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد و دلبستگی، در زنانی که از روابط خود با همسرشان کاملاً راضی بودند، بیشتر از زنانی بود که تا حدودی راضی بودند (P=۰/۰۱)(جدول ۲).

همچنین دلبستگی مادر-جنین در زنانی که حمایت اجتماعی آنان در حدّ خوب بود، به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (P=۰/۰۰۹).

میانگین نمره دلبستگی مادر-جنین بر حسب متغیرهای سن مادر، تعداد بارداری، خواسته یا ناخواسته‌بودن بارداری، سابقه سقط و مرده‌زایی، پرخطر یا کم‌خطربودن بارداری، وضعیت مسکن و میزان درآمد خانواده، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت.

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره دلبستگی مادر-جنین برحسب متغیرهای مورد مطالعه تحصیلات و شغل (مادر و همسر)

متغیر		نمره دلبستگی مادر-جنین				سطح معنی‌داری
		میانگین	انحراف‌معیار	تعداد نمونه	درصد	
تحصیلات مادر	ابتدایی	۳/۵۱	۰/۲۹	۲۸	۱۱/۶	<۰/۰۰۱
	سیکل	۳/۷۱	۰/۳۵	۳۶	۱۴/۹	
	دیپلم	۳/۷۶	۰/۳۷	۱۰۷	۴۴/۴	
	دانشگاهی	۳/۸۶	۰/۶۲	۷۰	۲۹/۰	
شغل مادر	خانه دار	۳/۷۵۵	۰/۳۷	۲۰۵	۱۴/۹	=۰/۰۴
	شاغل	۳/۸۹	۰/۴۲	۳۶	۸۵/۱	
تحصیلات پدر	ابتدایی	۳/۶۷	۰/۴۱	۲۴	۱۰/۰	=۰/۰۳۶
	سیکل	۳/۷۱	۰/۴۲	۵۴	۲۲/۴	
	دیپلم	۳/۷۶	۰/۳۵	۹۵	۳۹/۴	
	دانشگاهی	۳/۸۸	۰/۳۶	۶۸	۲۸/۲	
شغل پدر	آزاد	۳/۷۲	۰/۳۷	۱۵۱	۶۲/۶	=۰/۰۱۴
	کارمند	۳/۸۵	۰/۳۸	۹۰	۳۷/۳	
وضعیت مسکن	شخصی	۳/۸۱	۰/۳۷	۵۵	۲۲/۸	=۰/۶۸۶
	استیجاری	۳/۷۶	۰/۳۸	۱۷۴	۷۲/۲	
	سازمانی	۳/۷۷	۰/۴۷	۱۲	۵/۰	
میزان کفایت درآمد	کمتر از حد کفاف	۳/۷۶	۰/۴۴	۳۹	۱۶/۲	=۰/۷۹
	در حد کفاف و بیشتر	۳/۷۷	۰/۳۷	۲۰۲	۸۳/۹	
میزان رضایت از رابطه با همسر	کاملا راضی	۳/۸۰	۰/۳۶	۱۸۵	۷۶/۷	=۰/۰۲
	تا حدودی راضی	۳/۶۷	۰/۴۴	۵۶	۲۳/۳	
حمایت اجتماعی	متوسط	۳/۵۷	۰/۴۱	۳۶	۱۴/۹	=۰/۰۰۱
	خوب	۳/۸۱	۰/۳۷	۲۰۵	۸۵/۱	

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین دلبستگی مادر- جنین با مدت زمان احساس حرکت جنین توسط مادر، همبستگی مثبت و ضعیفی وجود دارد (r=۰/۱۶، P=۰/۰۱).

بحث

دلبستگی مادر- جنین رویدادی است که به‌طور طبیعی رخ می‌دهد و قبل از تولد آغاز می‌شود. در این مطالعه، دلبستگی مادر – جنین و ارتباط آن با برخی از متغیرهای دموگرافیک و پری ناتال مورد بررسی قرار گرفته است.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین نمره دلبستگی مادر- جنین ۰/۳۸±۳/۷۷ بود. در مطالعه عباسی و همکاران، میانگین نمره دلبستگی مادر-جنین ۰/۵±۳/۵۲ گزارش شده است (۱۶). شاید دلیل تفاوت نمره دلبستگی مادر- جنین در مطالعه حاضر با مطالعه عباسی این باشد که مطالعه آنها، فقط بر روی زنان باردار در سه ماهه دوم انجام شده، ولی پژوهش حاضر بر روی زنان باردار سه ماهه دوم و سوم صورت گرفته است.

Lindgren و همکاران، نمره دلبستگی مادر-جنین را ۳/۷۷ در زنان باردار (۱۳) و Ustunsoz و همکاران ۳/۷۵ ذکر کردند (۷) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه McFarland و همکاران، میانگین نمره دلبستگی مادر- جنین ۰/۰۷± ۴/۳۳ بود (۱۸). این مطالعه، بر روی زنان در سه ماهه سوم بارداری صورت گرفته و دلیل مغایرت یافته‌های آنان با نتایج مطالعه ما، علاوه بر سن

بارداری واحدهای پژوهش، می‌تواند به‌علت تفاوت در امکانات بهداشتی و آموزشی منطقه مورد مطالعه با مطالعه مشابه باشد.

اگر چه در این مطالعه، نمره دلبستگی مادر- جنین در زنان نخست‌باردار بیشتر از سایر زنان بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. اما در مطالعه Ustunsoz و همکاران، نمره دلبستگی مادر- جنین در زنان نخست‌باردار بیشتر بود (۷)؛ همچنین در مطالعه Lindgren، بین سن مادر و دلبستگی مادر- جنین همبستگی منفی وجود داشت (۱۳) که این عدم همخوانی می‌تواند به‌علت تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مورد پژوهش باشد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که دلبستگی مادر-جنین، ارتباطی با سابقه سقط نداشت، اما در مطالعه تعاونی و همکاران، بین سابقه مرده‌زایی و سقط با میانگین نمره دلبستگی مادر- جنین رابطه وجود داشت؛ به‌صورتی‌که کسانی که سابقه مرده‌زایی و سقط داشتند، در طی حاملگی بعدی، دلبستگی کمتری به جنین داشتند (۱۹). احتمالاً این عدم همخوانی می‌تواند به‌علت کم‌بودن زنان با سابقه سقط جنین و مرده‌زایی در پژوهش ما باشد.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره دلبستگی مادر- جنین، بر حسب خواسته یا ناخواسته‌بودن بارداری تفاوت معنی‌داری نداشت. در مطالعه Ossa و همکاران، دلبستگی مادر- جنین در زنان با بارداری خواسته، به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان با بارداری ناخواسته بود (۲۰)؛ همچنین در مطالعه Ustunsoz و همکاران نمره دلبستگی مادر- جنین در بارداری‌های برنامه‌ریزی‌شده بیشتر از بارداری‌های بدون برنامه بود (۷). دلیل این تفاوت می‌تواند تفاوت فرهنگی، مذهبی و حجم کم زنان با حاملگی ناخواسته در مطالعه ما باشد. به علت داشتن باورهای مذهبی در این مطالعه، تمایل به سقط و تنفّر از فرزند در موارد حاملگی ناخواسته بسیار اندک می‌باشد.

نتایج نشان داد، دلبستگی مادر- جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری، اختلاف آماری معنی‌داری ندارد. از آنجایی که سایر مطالعات در سه ماهه سوم بارداری انجام شده‌اند، امکان مقایسه وجود نداشت.

در این مطالعه تفاوت معنی‌داری بین دلبستگی مادر- جنین در حاملگی پرخطر و حاملگی کم‌خطر مشاهده نشد. نتایج مطالعه Ustunsoz و همکاران، با یافته‌های این مطالعه همخوانی داشت (۷).

در مورد ارتباط دلبستگی مادر- جنین با متغیرهای تحصیلات و شغل مادر و تحصیلات و شغل پدر تفاوت معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که میانگین دلبستگی در پدران و مادرانی که سطح تحصیلات دانشگاهی داشتند بیشتر از کسانی بود که سطح تحصیلات پایین‌تر داشتند و همچنین میانگین دلبستگی در مادران شاغل بیشتر از مادران خانه‌دار بود و در زنانی که همسرانشان کارمند بودند، بیشتر از زنان با شغل آزاد بود.

این یافته‌ها با یافته‌های عباسی و همکاران در رابطه با تأثیر سطح تحصیلات مادر بر روی میانگین دلبستگی مادر- جنین مطابقت دارد (۱۶)؛ درحالی‌که Wilson و همکاران به عدم وجود ارتباط بین دلبستگی مادر- جنین با سطح تحصیلات مادر اشاره می‌نمایند (۲۱).

Ustunsoz و همکاران نیز به نتایج مشابه مطالعه حاضر در رابطه با سطح تحصیلات مادر و همسرانشان و دلبستگی مادر-جنین دست یافتند، اما در مطالعه آنان، بین دلبستگی مادر-جنین با شغل مادر و پدر ارتباطی وجود نداشت (۷). ولی در مطالعه Ossa، دلبستگی مادر-جنین در مادران شاغل بیشتر از مادران خانه‌دار بود (۲۰) که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

مادران با تحصیلات دانشگاهی، آگاهی و مطالعه بیشتری نسبت به مسایل دوران بارداری و رشد و تکامل جنین دارند که خود می‌تواند سبب افزایش دلبستگی گردد.

نتایج نشان داد، بین دلبستگی مادر-جنین با سن مادر ارتباطی وجود ندارد که با یافته‌های عباسی (۱۶) و Ossa (۲۰) همخوانی دارد، اما در مطالعه Ustunsoz، همبستگی منفی و معنی‌داری بین دلبستگی مادر-جنین و سن مادر

بیافت شد (۷).

در این مطالعه بین دلبستگی مادر- جنین با رضایت زناشویی ارتباط وجود داشت. نمره دلبستگی 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 (۱۶).

در این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و دلبستگی مادر- جنین مشاهده شد. عباسی نیز ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و دلبستگی مادر- جنین گزارش کرد (۱۶).

در این مطالعه بین دلبستگی مادر-جنین با میزان درآمد و وضعیت مسکن ارتباطی دیده نشد که در این زمینه، با مطالعه عباسی (۱۶) همخوان است؛ درحالی‌که در مطالعه Ossa دلبستگی مادر-جنین در زنانی که از نظر اقتصادی مستقل بودند، به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنانی بود که از لحاظ اقتصادی وابسته بودند (۲۰) که علت عدم همخوانی را می‌توان به تفاوت در جامعه پژوهش و فرهنگ نسبت داد.

در مطالعه ما، مادران باردار، مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت می‌نمودند و هیچ‌گونه کلاس آموزشی در رابطه با رفتارهای افزایش‌دهنده میزان دلبستگی مادر-جنین نداشتند؛ بنابراین توصیه می‌شود، در مطالعات آتی این موضوع مورد توجه قرار گیرد و مقایسه‌ای بین زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز دولتی، خصوصی و شرکت‌کنندگان در کلاس‌های آمادگی زایمان فیزیولوژیک صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

از آنجایی‌که در این مطالعه برخی از ویژگی‌های دموگرافیک و پری‌ناتال در دوران بارداری با دلبستگی مادر- جنین ارتباط داشتند، توجه به آنها می‌تواند زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی آموزشی و بهداشتی در جهت ارتقای دلبستگی مادر- جنین در این افراد و بهبود سلامت مادران و پیامد پری‌ناتال در نوزادان باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند به شماره قرارداد ۷۰۸ می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌ها و همکاری‌های ارزنده معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه تقدیر و تشکر به عمل می آید؛ همچنین از کلیه زنان باردار که با حوصله به سؤالات این پژوهش پاسخ دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- Simpson KR, Creehan PA. Perinatal Nursing. 4th ed. UK: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

2- Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. Translate by: Ghazijahani B, Zonuzi A, Bahrami N. Tehran: Golban Publishers; 2007. [Persian]

3- Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh. 2004; 36(3): 226-32.

4- Salisbury A, Law K, LaGasse L, Lester B. MSJAMA. Maternal-fetal attachment. JAMA. 2003; 289(13): 1701.

5- Sadeghi MS, Mazaheri A. Attachment styles in mothers with or without abortions. J Reprod Infertil. 2007; 8(1):60-9. [Persian]

6- Nematbakhsh F, Kordi M, Sahebi A, Esmaeeli H. The effect of mother – infant skin to skin contact on mother's attachment. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007; 9(33-34): 25-32. [Persian]

7- 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.

8- Muller ME. Development if the prenatal attachment inventory. West J Nurs Res.1993; 15(2): 199-215.

9- Pillite A. Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.

10- 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; 46(5): 708-15.

11- Coleman PK. Induced abortion and increased risk of substance abuse: A review of the evidence. current women Health Review.2005; 1(1): 21-34.

12- 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 Psyc. 2002; 20(4): 253-66.

13- Lindgren K .Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. Res Nurs Health. 2001; 24(3): 203-17.

14- Siddiqui A, Hägglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? Early Hum Dev. 2000, 59(1): 13-25.

15- Alhusen JL. A literature update on maternal -fetal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 37(3): 315-28.

16- Abasi E, Tafazoli M, Esmaeili H .The Effect of Fetal Movement Counting on Primipara Maternal Fetal Attachment. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2010; 20(77): 53-60. [Persian]

17- Karkeh Abadi M. A comparative survey of the degree of depression in occupying and housewife mothers in Mashhad City, 1995 [dissertation]. [Mashhad]: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical sciences; 1996.pp: 136. [Persian]

18- McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. Arch Womens Ment Health. 2011; 14(5): 425-34.

19- Taavoni S, Ahadi M, Ganji T, Hosseini F . Comparison of Maternal Fetal Attachment between Primgravidas and Multigravidas Women with Past History of Fetal or Neonatal Death. Iran Journal of Nursing. 2008; 21(53): 53-61. [Persian]

20- Ossa X, Bustos L, Fernandez L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. Midwifery. 2012; 28(5): e689-96.

21- Wilson ME, White MA, Cobb B, Curry R, Greene D, Popovich D. Family dynamics, parental–fetal attachment and infant temperament. J Adv Nurs. 2000; 31(1): 204-10.

Abstract *Original Article*

Maternal -fetal attachment and associated factors in pregnant women referred to Birjand health centers (2012)

Marzieh Torshizi[1], Gholamreza Sharifzadeh[2]

Background and Aim: Maternal- fetal attachment (MFA) plays an important role in the health of pregnant women and their unborn babies. The purpose of the present study was to compare MFA in pregnant women regarding specific factors influencing maternal– fetal attachment.

Materials and Methods: This cross sectional study was conducted on 241 pregnant women in 2012. The necessary data was collected using "personal demographics", "social support", and "maternal fetal attachment" scales. Spearman correlation coefficient, t-test for independent groups, ANOVA, and Tukey test were applied for data analyses.

Results: It was found that mean age of pregnant women was 26.96±5.2 years, their gestational age was 30.01±6.3 weeks, and .MFA was 3.77±0.38. There was a significant relationship between MFA and mother's education level and occupation, those of the husband and marital satisfaction; and social support ($P<0.05$). There was not any significant relationship between MFA and maternal age, wanted or unwanted pregnancy, pregnancy age, abortion and stillbirth history, pregnancy risk status, housing status, and income sufficiency.

Conclusion: Some of demographic and prenatal variables influence MFA. Prenatal midwives can have an important role in promoting such attachment behaviors.

Key Words: Attachment, Maternal-Fetal Attachment, Pregnancy

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013; 20 (3): 279-287.

Received: August 18, 2012 Accepted: September 3, 2013

[1] *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran m3torshizi@bums.ac.ir*

[2] *Instructor, member of The Research Center of Effective Social Factors on Health, Health Department, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.*