

مقایسه رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با و بدون سابقه مرگ جنین یا نوزاد

پگاه مهران^۱، معصومه سیمبر^{۲*}، جمال شمس^۳، نویده نصیری^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شعبه بین‌الملل، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، توجه بسیاری به سلامت روانی مادر در رابطه با انطباق مادر و کودک در دوران بارداری و بعد از زایمان معطوف شده است. این مطالعه با هدف مقایسه رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با و بدون سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای، بر روی ۱۰۰ زن در دو گروه، شامل ۵۰ زن باردار شکم اول بدون سابقه مرگ جنین یا نوزاد و ۵۰ زن باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام گرفت. افراد شرکت‌کننده در مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بخش مراقبت‌های دوران بارداری مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و باروری و نسخه فارسی پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی (MFAS) بود. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال در ۵ گروه تمایز بین خود و جنین، ارتباط متقابل با جنین، نسبت دادن خصوصیتی به جنین، از خود گذشتگی و پذیرش نقش مادری می‌باشد که به روش خود گزارش دهی تکمیل شد. اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ها قبل از استفاده تایید گردید. اطلاعات با اس پی اس نسخه ۱۳ و آزمون‌های آماری T تست، من ویتنی، کای اسکور، همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک تحلیل گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۰۰ زن با میانگین سنی $4/46 \pm 26/07$ سال و با میانگین سن بارداری $33/65 \pm 3/83$ هفته شرکت کردند. تفاوت معنی‌داری در میانگین کل نمره رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست‌حامله ($71/22 \pm 11/75$ درصد) و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد ($68/95 \pm 9/20$ درصد) وجود نداشت ($P=0/05$). اما نمره زیر گروه رفتارهای تمایز بین خود و جنین در مادران بدون سابقه مرگ جنین یا نوزاد به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P=0/01$). تفاوت معنی‌داری بین دو گروه زنان باردار در مورد سایر زیرگروه رفتارهای دلبستگی وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد با زنان نخست‌حامله در کل تفاوتی ندارد. اما زنان با سابقه مرگ جنین و نوزاد در مقایسه با زنان باردار بدون سابقه، رفتارهای ضعیف‌تری در تمایز بین خود و جنین نشان می‌دهند.

کلیدواژه‌ها: حاملگی، مرگ جنین، مرگ نوزاد، دلبستگی مادر به جنین

مقدمه

حاملگی و مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود. این دوران حاصل تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی بوده و مستلزم توجهات ویژه می‌باشد (Ahadi, 2007). این فرایند که اغلب سبب شادمانی والدین می‌شود می‌تواند برای برخی از زنان تنش‌زا باشد. این تنش به ویژه در زنانی که در بارداری‌های پیشین دچار مشکلاتی از قبیل سقط، مرگ جنین یا نوزاد بوده‌اند بیشتر است (Armstrong, 2002). مرگ فرزند معمولاً تجربه هیجانی شدیدتری از مرگ یک فرد بالغ ایجاد می‌کند. سوگی

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه سیمبر، خ ولی عصر، بالاتر از میر داماد، تقاطع ولی عصر و اتوبان نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، مرکز تحقیقات مادری ایمن، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
آدرس پست الکترونیکی: msimbar@yahoo.com

مشکلات مامایی و طبی دوران بارداری و حاملگی ناخواسته قرار گیرد (Salisbury و همکاران، ۲۰۰۳). Armstrong در (سال ۲۰۰۲ مطالعه‌ای بر روی ۱۰۳ زن باردار در آمریکا انجام داد و دریافت که میزان افزایش خطر بارداری بر دلبستگی مادر به جنین موثر نیست. Tsartsar و Johnson نیز در سال ۲۰۰۶ در پژوهش‌های خود به نتایج مشابهی رسیدند. در حالی که احدی و همکاران در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای بر روی ۱۲۰ زن باردار در شهر مشهد نشان داد که زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد از رفتارهای دلبستگی ضعیفتری برخوردار هستند.

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ مرگ جنین در ایران در سال ۱۳۸۹ به میزان ۱۷ در هزار تولد زنده و مرگ نوزاد (از تولد تا روز ۲۸ زندگی) ۲۰ در هزار تولد زنده می باشد. میزان مرگ دیررس جنینی در ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۰۵ به میزان ۶.۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده می باشد (Ustunsoz و همکاران، ۲۰۰۹). تعاونی (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۴۱۰ تولد، مرگ و میر جنین و نوزاد در روز اول تولد را ۲/۲۹ درصد گزارش نمود.

مرگ جنین و نوزاد به دلیل ایجاد اختلالات روحی و روانی در مادر و چالش‌های عاطفی در والدین، معضل مهمی است (Lindgrn، ۲۰۰۱) در سال‌های اخیر، توجهات بسیاری به سلامت روانی مادر در رابطه با انطباق مادر و کودک نه تنها در دوران بعد از زایمان، بلکه در دوران بارداری معطوف شده است. درک اهمیت ارتباط مادر به جنین برای رشد و سلامت روانی کودک باعث شده تا نگاه‌ها به سوی دلبستگی مادر و جنین معطوف شود (Yarcheski و همکاران، ۲۰۰۹). لذا تقویت دلبستگی مادر به جنین از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار است.

با توجه به تناقضات موجود در مورد رفتارهای دلبستگی مادران با سابقه مرگ جنین و نوزاد و با توجه به اینکه دلبستگی مادر به جنین می‌تواند تحت تاثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی هر کشور باشد (Hotti، ۲۰۰۵) این مطالعه در صدد است تا به مقایسه رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد در مراجعین مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بپردازد. با عنایت به اهمیت نقش ماما در فرآیند مشاوره‌ای، آموزشی، حمایتی و مراقبتی حوالی تولد، یافته‌های این مطالعه می‌تواند گامی برای ارتقای خدمات مامایی در جهت افزایش بهبود سامت مادران باشد.

که به دنبال مرگ جنین و نوزاد پیش می‌آید، پیچیده و منحصر به فرد بوده، حس شکست جسمی، از دست دادن اعتماد به نفس، از بین رفتن امید و آرزوهای آینده را به دنبال دارد (Mahlangu & Arsenault، ۱۹۹۹). اختلالات روانی ناشی از مرگ جنین یا نوزاد ممکن است تا حاملگی بعدی ادامه یابد (Armstrong، ۲۰۰۲). تجربه مرگ جنین یا نوزاد ممکن است باعث ایجاد مقاومت روحی و روانی در پذیرش حاملگی جدید شده و مادر را در ابراز برخی احساسات و تمایلاتش نسبت به جنین فعلی دچار موضع‌گیری نماید (Armstrong، ۲۰۰۴).

Armstrong (۲۰۰۴) معتقد است که دلبستگی رابطه‌ای عاطفی و هیجانی است. در طی حاملگی طیف وسیعی از دلبستگی به صورت رفتارهای گوناگونی مانند صحبت کردن با جنین، لمس و نوازش شکم و... قابل مشاهده است که برای اولین بار در ابتدای حاملگی و یا در حین سونوگرافی اولیه و یا با احساس اولین حرکت جنین آغاز می‌گردد و به تدریج با افزایش سن بارداری و افزایش حرکات جنین بیشتر می‌شود (Ahadi، ۲۰۰۷). سپس، در سه ماهه سوم به اوج خود رسیده و تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (Salisbury و همکاران، ۲۰۰۳).

Lindgrn (۲۰۰۱) عنوان می‌کند که دلبستگی مادر به جنین موجب افزایش رفتارهای بهداشتی توسط مادر می‌گردد. وی این رفتارهای بهداشتی را شامل ترک مصرف سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت‌های دوران بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌داند؛ که در نهایت این رفتارها منجر به پیامد رضایت بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد و همچنین افزایش تقبل مسئولیت مادری می‌شود (Lindgrn، ۲۰۰۱).

کرانلی اعتقاد دارد دلبستگی مادر به جنین محدوده‌ای از رفتارهای مادر است که نشانگر عکس‌العمل و محبت او نسبت به کودک یا جنین متولد نشده باشد، که بتدریج در طی بارداری بیشتر می‌شود (Ustunsoz و همکاران، ۲۰۰۹). این رفتارها شامل پنج زیر گروه: تمایز بین خود و جنین، ارتباط متقابل با جنین، نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین، از خود گذشتگی و پذیرش نقش مادری هستند. (Cranley، ۱۹۸۱)

دلبستگی مادر به جنین می‌تواند تحت تاثیر مسایلی همچون ارتباط در خانواده، حمایت و پذیرش حاملگی، تصویر ذهنی مادر از خود، همچنین عواملی مانند سابقه حاملگی قبلی،

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقایسه ای بود که بر روی دو گروه زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. نمونه گیری از تاریخ ۸۹/۵/۱۵ الی ۸۹/۱۱/۱۵، در دو مرکز مراقبت های دوران بارداری مهدیه و شهدای تجریش که بیشترین مراجعه کننده را داشتند انجام گرفت.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از شعبه بین المللی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دو مرکز وابسته به این دانشگاه را انتخاب کرد که مراقبت های پیش از زایمان را ارائه می دادند و بیشترین مراجعه کننده را دارا بودند. سپس نمونه گیری به صورت در دسترس برای هر یک از گروه های مورد مطالعه انجام گرفت.

نمونه های پژوهش شامل ۱۰۰ زن باردار در طول سه ماهه سوم بارداری با حاملگی خواسته، سن بین ۱۸-۴۰ سال، دارای ملیت ایرانی، دارای حداقل تحصیلات در حد ابتدایی و ساکن شهر تهران بودند. ۵۰ نفر از این زنان سابقه مرگ جنین یا نوزاد (تا ۲۸ روزگی) و فاقد فرزند زنده بودند و ۵۰ نفر دیگر نیز نخست حامله بودند. معیار های ورود به مطالعه شامل عدم سابقه بیماری طبی در دوران بارداری از قبیل دیابت بارداری، فشارخون فشارخون، چندقلویی، جفت سرراهی، اولیگوهایدرامینوس، پره اکلامپسی، پلی هیدرامینوس، خونریزی، پارگی کیسه آب و عدم حرکت جنین بود. همچنین، نمونه ها فاقد اختلاف خانوادگی شدید، اعتیاد به مواد مخدر، سابقه نازایی مادر، بحران روحی از قبیل جدایی از همسر، مرگ بستگان و یا سابقه ناهنجاری مادرزادی در اعضای درجه یک فامیل بودند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک باروری شامل سوالاتی از قبیل تعداد حاملگی، زایمان، سقط، مرگ جنین یا نوزاد و همچنین پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی (Maternal-Fetal Attachment Scale-Cranley 1981) بودند. پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی شامل ۲۴ عبارت در قالب پنج زیر گروه است. پاسخ دهی به آن به صورت لیکرت ۵ گزینه ای شامل (هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب (۴)، همیشه (۵)) بود. در مورد عبارت ۲۲ نمره دهی به صورت معکوس بود. حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده که امتیاز

بیشتر نمایانگر دلبستگی بیشتر بود. جهت محاسبه کردن نمره کل دلبستگی مادر به جنین نمرات به درصد تبدیل شد.

اعتبار ابزار ابتدا از طریق بررسی اعتبار صوری توسط ۵ زن باردار تأیید گردید. جهت بررسی اعتبار محتوا، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و بارداری و پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین پس از تصحیح و تأیید اساتید محترم راهنما و مشاور در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی گروه مامایی و بهداشت باروری قرار داده شد و بر اساس نظرات و پیشنهادات آنان اصلاح و تأیید شد. لازم به ذکر است که پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین توسط خرم رودی (۱۳۸۷)، احدی (۱۳۸۵) و عباسی و همکاران (۱۳۸۷) مورد استفاده قرار گرفته است.

همچنین جهت تعیین پایایی پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی در این مطالعه از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از افراد واجد شرایط پژوهش تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد البته لازم به ذکر است که در مطالعات قبلی، پایایی پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ توسط عباسی و همکاران (۱۳۸۷) و احدی (۱۳۸۵) به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۳ بدست آمده بود.

تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۳ انجام شد. در این پژوهش روش های آماری توصیفی و همچنین آزمون کای اسکور و آزمون تی مستقل، کولموگروف اسمیرونوف، من ویتنی، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک استفاده شدند. جهت محاسبه کردن نمره کل دلبستگی مادر به جنین نمرات به درصد تبدیل شد.

یافته ها

در این مطالعه ۱۰۰ زن با میانگین سنی $26/07 \pm 4/46$ سال و با میانگین سن بارداری $33/65 \pm 3/83$ هفته شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سن گروه زنان نخست حامله $24/89 \pm 4/22$ سال و میانگین و انحراف معیار سن زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد $27/26 \pm 4/7$ سال بود که از نظر سن مادر در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P=0/009$). حداقل سن حاملگی فعلی نمونه های مورد مطالعه ۲۸ و حداکثر ۴۰ هفته بوده که بیشترین فراوانی در هر دو گروه، مربوط به گروه سنی ۳۶-۴۰ هفته بود. میانگین

سن حاملگی فعلی در زنان نخست حامله $34/60 \pm 3/90$ هفته و در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد $32/7 \pm 3/76$ هفته بود. دوگروه مورد مطالعه از نظر سن حاملگی فعلی اختلاف معنی داری داشتند ($P=0/015$).

اکثریت زنان در دو گروه مورد مطالعه خانه دار و دارای سواد در حد دبیرستانی و با وضعیت اقتصادی در حد متوسط بودند. ۶۷ درصد زنان در گروه با سابقه مرگ جنین یا نوزاد بارداری دوم و ۳۳ درصد آنان بارداری سوم را تجربه می کردند و در حال حاضر فاقد فرزند زنده بودند. توزیع فراوانی زنان باردار با سابقه مرگ جنین و یا نوزاد به تفکیک سابقه بارداری، زایمان، سقط، سابقه نوزاد و یا جنین در جدول ۱ نشان داده شده است. همچنین یافته ها نشان داد که در ارتباط با ۲۴ عبارت رفتارهای دلبستگی مادر به جنین، تنها دو عبارت، " انتظار می کشم که ببینم بچه ام چه شکلی است" و " خودم را در حال مراقبت از بچه ام تصور می کنم" تفاوت معنی داری بین دوگروه مورد مطالعه وجود دارد ($P<0/05$). به طوری که در زنان نخست حامله این رفتارهای دلبستگی مادر به جنین بیشتر بود (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان باردار با سابقه مرگ جنین و یا نوزاد به تفکیک سابقه بارداری، زایمان، سقط، مرگ نوزاد و یا جنین

فراوانی	تعداد	در صد	سابقه
تعداد حاملگی	۲	۳۳	۶۶
	۳	۱۷	۳۴
تعداد زایمان	۱	۴۶	۹۲
	۲	۴	۸
سابقه تعداد سقط	۰	۳۶	۷۲
	۱	۱۴	۲۸
سابقه تعداد مرگ نوزاد	۰	۳۸	۷۶
	۱	۱۲	۲۴
سابقه تعداد مرگ جنین	۰	۱۱	۲۲
	۱	۳۷	۷۴
	۲	۲	۴

همکاران...

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره رفتارها در زیر گروه های دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد

گروه زنان رفتارهای دلبستگی مادر به جنین	زنان نخست حامله بدون سابقه				زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد		آزمون تی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
با بچه ای که در شکم دارم حرف می زنم	۳/۹۶	۰/۸۵۶	۳/۸۶	۰/۹۸	۰/۵۹۰	۰/۹۸	P=۰/۵۹۰
به نظرم می رسد بچه ام لگد می زند و حرکت می کند تا به من بگوید وقت غذا است	۴/۴۱	۱/۲۵	۳/۹۶	۰/۹۴	۰/۴۸	۰/۹۴	P=۰/۴۸
شکم را با انگشت فشار می دهم تا او هم جواب دهد و لگد بزند	۳/۴۰	۱/۴۸	۳/۴۶	۱/۵۵	۰/۸۴۴	۱/۵۵	P=۰/۸۴۴
موقعی که بچه زیاد لگد می زند روی شکم دست می کشم تا او را آرام کنم	۴/۲۰	۱/۳۷	۴/۲۶	۱/۰۸	۰/۸۰۹	۱/۰۸	P=۰/۸۰۹
از روی شکم به پاهای بچه دست می زنم و حرکت می دهم	۱/۷۴	۱/۲۵	۱/۶۲	۱/۱	۰/۶۱۳	۱/۱	P=۰/۶۱۳
بچه ای را که در شکم دارم با لقب با اسم مستعار صدا می کنم	۳/۹۴	۱/۳۴	۳/۶۲	۱/۲۹	۰/۲۲۸	۱/۲۹	P=۰/۲۲۸
برای اسم دختر تصمیم گرفته ام	۳/۱۲	۱/۸۱	۲/۹۴	۱/۷	۰/۶۱۱	۱/۷	P=۰/۶۱۱
برای اسم پسر تصمیم گرفته ام	۳/۷۲	۱/۷۰	۳/۴۲	۱/۷۶	۰/۳۸۹	۱/۷۶	P=۰/۳۸۹
من مشتاقم بدانم که آیا بچه ای که در شکم دارم صداها را می شنود.	۴/۴۸	۰/۸۶	۴/۴	۰/۹۸	۰/۶۶۸	۰/۹۸	P=۰/۶۶۸
از اینکه بچه ام در داخل شکم فکر و احساس دارد تعجب می کنم	۳/۵۰	۱/۴۱	۳/۴۶	۱/۵۱	۰/۸۹۲	۱/۵۱	P=۰/۸۹۲
می توانم تشخیص بدهم که بچه داخل شکم سکسکه می کند	۲/۵۰	۱/۶۴	۲/۵۴	۱/۵۸	۰/۹۰۲	۱/۵۸	P=۰/۹۰۲
احساس می کنم بارداری ارزش هر دردسری را دارد	۳/۷۶	۱/۱۷	۴/۰۶	۱/۲۸	۰/۲۲۵	۱/۲۸	P=۰/۲۲۵
برای اینکه سالم بدانم کارهای انجام می دهم که اگر باردار نبودم انجام نمی دادم	۴/۳۴	۱/۰۴	۴/۲۶	۱/۱۳	۰/۷۱۵	۱/۱۳	P=۰/۷۱۵
گوشت و سبزیجات می خورم تا مطمئن باشم که بچه ام تغذیه خوبی دارد.	۴/۵۲	۱/۸۳	۴/۵۴	۰/۷۶	۰/۹۰۱	۰/۷۶	P=۰/۹۰۱
احساس می کنم اندامم زشت شده است	۲/۹۲	۱/۳۶	۲/۴۸	۱/۲۴	۰/۰۹۶	۱/۲۴	P=۰/۰۹۶
انجام برخی از کارها را کنار گذاشته ام به خاطر اینکه می خواهم به بچه ام کمک کنم	۴/۲۲	۰/۹۵	۴/۳۶	۰/۸	۰/۴۲۹	۰/۸	P=۰/۴۲۹
خودم را مجسم می کنم که دارم به بچه ام شیر می دهم	۳/۸۶	۱/۲۷	۳/۷۲	۰/۹۴	۰/۵۳۵	۰/۹۴	P=۰/۵۳۵
خودم را در حال مراقبت از بچه تصور می کنم	۴/۳۲	۰/۸۱	۳/۶	۱/۰۸	۰/۰	۱/۰۸	P=۰/۰
با بی صبری منتظر هستم که بتوانم بچه ام را بغل بگیرم	4/72	۰/۸۳	۴/۸۴	۰/۴۲	۰/۳۶۶	۰/۴۲	P=۰/۳۶۶
سعی می کنم مجسم کنم بچه ام چه شکلی خواهد بود	4/40	۰/۸۸	۴/۳۶	۱	۰/۸۳۳	۱	P=۰/۸۳۳
از دیدن شکم زمانی که بچه از داخل لگد می زند لذت می برم	4/62	۰/۷۷۹	۴/۵۶	۰/۸۶	۰/۷۱۶	۰/۸۶	P=۰/۷۱۶
انتظار می کشم که ببینم بچه ام چه شکلی است	4/82	۰/۵۶	۴/۴۸	۰/۹۳	۰/۰۲۹	۰/۹۳	P=۰/۰۲۹
من مشتاقم بدانم که آیا بچه ای که در شکم دارم صداها را می شنود.	4/48	۰/۸۶	۴/۴	۰/۹۸	۰/۶۶۸	۰/۹۸	P=۰/۶۶۸
از حرکات بچه ام می توانم بخوبی حدس بزنم که چه شخصیتی خواهد داشت	2/96	۱/۲۴	۳/۰۲	۱/۲۵	۰/۸۱۱	۱/۲۵	P=۰/۸۱۱

تأثیر دلبستگی جنین بر رفتارهای مادر

از خود گذشتگی

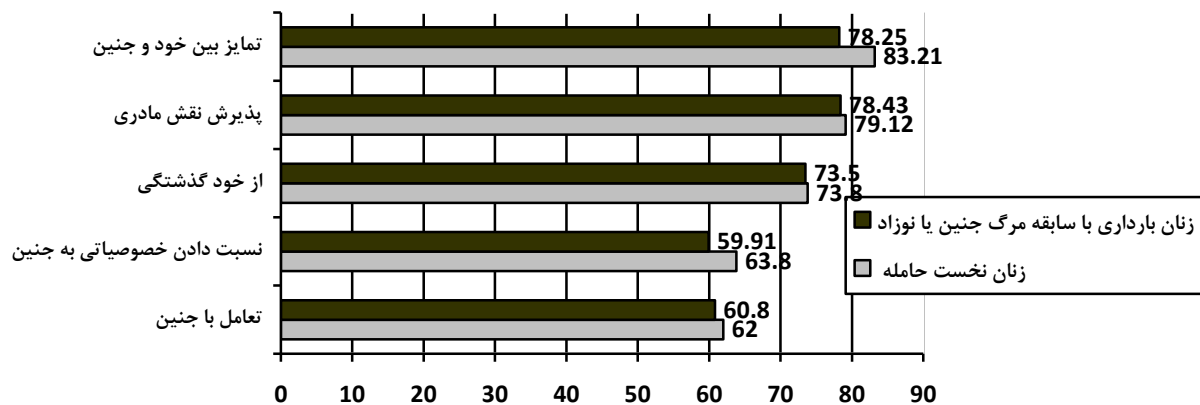
تأثیر دلبستگی جنین بر رفتارهای مادر

تأثیر دلبستگی جنین بر رفتارهای مادر

شد و در زنان نخست حامله میانگین نمره بیشتر بوده است.
(P=۰/۰۱۶). (نمودار ۱).

در رابطه با زیر گروه های دلبستگی مادر به جنین در دو گروه مورد مطالعه، میانگین و انحراف معیار زیر گروه "تمایز بین خود و جنین"، تفاوت معنی داری بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده

نمودار ۱: مقایسه میانگین زیر گروه های رفتاری در دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد



باشد (Ustunsoz, ۲۰۰۷, Ahadi و همکاران ۲۰۰۹). تفاوت در نتایج این پژوهش‌های می‌تواند برخاسته از تفاوت‌های فرهنگی و نژادی و یا میزان حمایت‌های اجتماعی باشد که نشان داده شده بر رفتارهای دلبستگی مادر به جنین موثر باشد (Cannula, ۲۰۰۵ & Alhusen ۲۰۰۸). دلبستگی مادر به جنین پیش‌نیازی بر تطابق با نقش مادری و ارتباط مادر و نوزاد است (Bryan, ۲۰۰۰, Fuller, ۱۹۹۰).

در این مطالعه سن بارداری و سن زنان در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند. به همین دلیل ارتباط بین سابقه مرگ جنین و نوزاد با میزان دلبستگی با حذف اثر این دو مخدوش‌کننده احتمالی بررسی شد و مجدداً عدم ارتباط معنی‌دار بین سابقه مرگ جنین و نوزاد با میزان دلبستگی تایید گردید. همچنین در این مطالعه بین سن مادر و میزان دلبستگی مادر به جنین همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد؛ زیرا در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، به هر صورت سن مادر نسبت به سن زنان نخست حامله بیشتر است. چون حاملگی فعلی آنان حاصل دومین و یا سومین بارداری آنها بود. بعلاوه بین سن حاملگی فعلی و میزان دلبستگی مادر به جنین همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. در زنان با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، بارداری پرخطر است و در نتیجه زودتر برای انجام زایمان مراجعه می‌کنند و سن بارداری کمتری را نشان می‌دهند که باز قابل انتظار بود. در یک متاآنالیز بر روی ۱۴ مطالعه نشان داده شد که دلبستگی مادر به جنین ارتباطی با سابقه مرگ جنین و نوزاد ندارد. اما سن بارداری دارای اثری متوسط بر میزان دلبستگی است و با افزایش سن بارداری میزان دلبستگی افزایش می‌یابد. در این مطالعه ۱۰ عامل پیش‌بینی‌کننده (اضطراب، افسردگی، خواسته بودن بارداری، سن، عزت نفس، مذهب، تعداد زایمان، وضعیت تاهل، درآمد و آموزش) مطرح شد که دارای اثری ضعیف بر میزان دلبستگی

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین کل نمره دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله $71/2 \pm 11/75$ درصد و میانگین کل نمره دلبستگی مادر به جنین در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد $68/95 \pm 9/20$ درصد بود و بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری از نظر رفتارهای دلبستگی مادر به جنین بین دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت.

با توجه به اینکه دو گروه از نظر سن و سن بارداری تفاوت معنی‌داری داشتند، آنالیز رگرسیون با کنترل دو متغیر سن و سن بارداری انجام گرفت و این آزمون آماری نیز نشان داد که دلبستگی مادر به جنین با حذف اثر این دو عامل باز هم تفاوت آماری معنی‌داری در دو گروه ندارند ($P < 0/0168$). بررسی همبستگی سن و سن بارداری با میزان دلبستگی مادر به جنین با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نیز ارتباط معنی‌داری را بین این دو متغیر با میزان دلبستگی مادر به جنین نشان‌داد (Pearson correlation; $r=0.11$, $r=0.08$ respectively, $p>0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین کل نمره دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد تفاوت معنی‌داری ندارد. به عبارت دیگر زنانی که سابقه مرگ جنین یا نوزاد داشتند در طی حاملگی بعدی رفتار دلبستگی متفاوتی با جنین خویش بروز نمی‌دهند. این یافته‌ها با پژوهش Honjo و همکاران ۲۰۰۳ در ژاپن بر روی ۲۱۶ زن باردار انجام شد و همچنین با پژوهش Ustunsoz و همکاران (۲۰۰۹) در ترکیه که بر روی ۱۴۴ زن باردار انجام شد مطابقت دارد، هر چند مطالعات دیگر نشان داد که نمره رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله بیشتر از زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد می‌باشد.

همکاران...

زن در آن به سر می برد بر رفتارهای دلبستگی مادر به جنین می تواند موثر باشد (Kübler-Ross, ۱۹۷۲; Kübler-Ross, ۲۰۰۷, Kessler)

پژوهشگران بر اساس نتایج خود پیشنهاد می کنند که برنامه های بازآموزی برای ماماها و کلیه دست اندرکاران مراقبت های دوران بارداری تلاش در جهت افزایش دلبستگی مادر به جنین صورت گیرد. ماماها می توانند حمایت های لازم را از طریق آموزش، مشاوره، کمک به حل مسایل و سایر مداخلات و ارائه حمایت اجتماعی به تطابق با حادثه مرگ جنین و نوزاد کمک کنند (Dipietro, ۲۰۱۰; Kwon & Bang, ۲۰۱۱).

همچنین به دلیل اهمیت کمک به زنان باردار در تطبیق جسمی و روانی با حاملگی، توصیه می شود که با ارائه برنامه های آموزشی، راهنمایی و مشاوره ای جهت زنان باردار با تجربه مرگ جنین یا نوزاد و بستگان آن ها به این گروه توجه ویژه شود.

به نظر می رسد که شرایط روحی و روانی واحد های مورد پژوهش در زمان تکمیل پرسشنامه می توانست بر نحوه پاسخگویی آنان به سوالات تاثیر بگذارد که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود و از محدودیت های این پژوهش محسوب می شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم پگاه مهران دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی و به راهنمایی خانم دکتر معصومه سیمبر در دانشگاه علوم پزشکی خدماتی بهداشتی درمانی شهید بهشتی شعبه بین الملل می باشد که بدین وسیله از همکاری معاونت پژوهشی شعبه بین الملل که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می نمایم.

مادر به جنین بودند (Yarcheski, ۲۰۰۹). در این مطالعه سن بارداری نیز ارتباطی با میزان دلبستگی نشان نداد زیرا نمونه های این پژوهش را زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری تشکیل می دادند.

در زیرگروه های رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست حامله زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، یافته ها نشان داد که گرچه در هر دو گروه زنان باردار، میانگین امتیاز زیر گروه "تمایز بین خود و جنین" از دیگر زیر گروه- های رفتارهای دلبستگی بیشتر است ولیکن میانگین امتیاز این زیر گروه در دو گروه زنان باردار تفاوت معنی داری دارد، به طوری که در زنان نخست حامله میانگین امتیاز بیشتر بود. چنانچه Geller (۲۰۰۴) می نویسد: برخی از زنان باردار که تجربه مرگ جنین یا نوزاد دارند در طی بارداری دچار ترس و اضطراب می گردند که بیشتر ممکن است ناشی از نگرانی از وضعیت سلامت جنین باشد، به طوری که این ترس و اضطراب در طی سه ماهه سوم بارداری بیشتر می شود و خارج از کنترل فرد به نظر می رسد. همچنین یافته های پژوهش نشان داد که از ۲۴ عبارت مربوط به رفتارهای دلبستگی، دو عبارت "انتظار می کشم که ببینم بچه ام چه شکلی است" و "خودم را در حال مراقبت از بچه تصور می کنم" در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری دارند ($P < 0.001$). این در حالی است که Armstrong (۲۰۰۴) اظهار می دارد که برخی زنان بارداری که سابقه مرگ جنین یا نوزاد دارند، گاهی در مقابل تمایلات و احساسات خود نسبت به جنین فعلی موضع گیری کرده و در برخی از رفتارهای عاطفی با جنین خود دچار چالش می شوند. در واقع سوگواری بعد از مرگ جنین و نوزاد مادر باید ۵ مرحله انکار این واقعیت، عصبانیت که چرا این اتفاق برای او رخ داده است، افسوس که شاید می توانست آن را به تعویق بیندازد، افسردگی که مرگ جنین یا نوزاد را باور می کند و پذیرش واقعیت را باید سپری کند. بنابراین، مرحله ای از سوگواری که

REFERENCES

- Abbasi A Tafazoli M Esmaili H Hosein Abadi (2008). [Effects of education on maternal metal attachment behaviors and mental health of primigravid women]. The Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2, 104-109.
- Ahadi M (2007).[Comparison of Anxiety and Maternal fetal Attachment between couple Primgravidas and Multigravidas Women with Past History of Fetal or Neonatal Death].(MSc thesis).Iran University of Medical Sciences.
- Alhusen J (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing. 37(3) 315-28.
- Armstrong D Hutti M (1998). Pregnancy after perinatal loss. The relationship between anxiety and - prenatal attachment. Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing. 27 (2) 183-1 89.
- Armstrong D (2002). Emotional Distress and Prenatal Attachment in. Journal of Nursing Scholarship. 34 (4) 339-345.
- Armstrong D (2004). Impact of perinatal loss on subsequent pregnancies. Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing. 33 (6) 765-773.

همکاران...

- Arsenault D Mahlangu N (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: womens experiences. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 28 (3) 274-82
- Bryan A (2000). Enhancing parent-child interaction with a prenatal couple intervention. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 25 (3) 139-145.
- Cannula B (2005). Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (1) 60-68.
- Cranley M (1981). Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During pregnancy. *Journal of Nursing Research*. 27 (2) 183-189.
- Dipietro J (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant and Child Development*. 19 (1) 27-38.
- Fuller J (1990). Early patterns of maternal attachment. *Health Care for Women International*. 1 (4) 433-446.
- Geller P (2004). Pregnancy as a stressful life event. *CNS Spectrum*. 9 (3) 188-197.
- Honjo S et al (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *International Journal of Psychopathology*. 36 (6) 304-311.
- Hotti M (2005). Social and profetional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 34(5) 630-638.
- Khoramroudi R (2009). [Effects of touching fetus on maternal fetal attachment behaviors]. Master thesis. Faculty of Nursing and Midwifery. Iran Medical Science University.
- Kübler-Ross E Wessler S Aioli LV (1972). On Death and Dying. *JAMA*. 221 (2) 174-17.
- Kübler-Ross E Kessler D (2007). On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. Scribner T. First Edition edition. New York.
- Kwon M Bang K (2011). [Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth]. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 41(2) 276-83.
- Lindgrn K (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing Health*. 24 (3) 203-217.
- LoBiondo-Wood G (2006). *Nursing research: method and critical appraisal for evidence-based practice*. Sixth edition. Mosby.
- Salisbury A Law K Lagasse L (2003). Maternal – fetal attachment. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*. 289 (13) 1701.
- Taavoni S (2002). Correlation study between mother Age and Gravidity with two type of Death (IUFD and Neonatal Death). CD of proceeding book. 26th ed. Congress of Internatioal Confederation of Midwives (ICM) Austria Vienna
- Tsartsara E Johnson M (2006). The Impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 27: 173 – 182.
- Ustunsoz A et al (2010). Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*. 23:1010-1023.
- World Health Organization (2010). Islamic Republic of Iran, Health status Indicators, available on line: http://www.whoiran.org/Country_Profile_Iran_FA.htm.
- Yarcheski A (2009). Meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*. 46 (5) 708-15.

A comparative study on Maternal Fetal Attachment behaviors of women with and without history of perinatal loss

Pegah Mehran¹, Masumeh Simbar^{2*}, Jamal Shams³, Navideh Nasiri⁴

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Science, International Branch

2. Department of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Science, International Branch

3. Associate professor in Reproductive Health, Department of Reproductive Health, Shahid Beheshti Medical Science University. Tehran, Iran

4. Department of Psychology, Emam Hosein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Science

5. Department of Statistics, Shahid Beheshti University of Medical Science

***Corresponding Author:** Masoomah Simbar, Associate professor in Reproductive Health, Department of Reproductive Health, Shahid Beheshti Medical Science University. Tehran, Iran. Email: msimbar@sbmu.ac.ir

Abstract

Background: Maternal mental health and motherhood adaption behaviors during pregnancy have been paid much attention during recent years. This study aims to compare maternal fetal attachment behaviors of women with and without history of perinatal loss

Material and Methods: This was a comparative study on 100 women in two groups of 50 women with and without history of perinatal loss. The participants were recruited using a convenience method of sampling, from prenatal care services affiliated to Shahid Behesti University of Medical Sciences. Tools for data collection included a questionnaire with demographic- and fertility- related questions as well as the Persian version of Cranly's MFA questionnaire. The MFAS scale included 24 questions in 5 groups including role-taking, differentiation of self from fetus, interaction with fetus, attribution of characteristics to fetus, and giving of self. Data was analyzed by SPSS 13 and using t, ANOVA, regression, Chi square, Pearson correlation and Mann Whitney tests.

Results: One hundred women aged 26.07 ± 4.46 years (Mean $\pm$ SD), with 33.65 ± 3.83 weeks gestational age participated in the study. Finding showed that total mean score for MFA of women with history perinatal loss (68.95 ± 9.20 Percent) is not significantly different from the mean score of primigravid women without such a history (71.22 ± 11.75 Percent) ($p < 0.05$). Primigravid women without history of perinatal loss had a significantly higher score for the behaviors related to "differentiation of self from fetus" comparing to women with history of perinatal loss. But, two groups were not different regarding to other groups of MFA behaviors ($p < 0.05$).

Conclusion: Maternal-fetal attachment behaviors of women with and without history of perinatal loss were not different. However women with the history of perinatal loss shows lower scores for behaviors related to differentiation of self from fetus.

Key word: Pregnancy, perinatal loss, Maternal Fetal Attachment