

مقایسه رفتارهای دلبستگی مادر و جنین در زنان نخست حامله و با سابقه

مرگ جنین یا نوزاد

*سیمین تعاونی^۱ مینا احدی^۲ طاهره گنجی^۳ فاطمه حسینی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: اگر چه حاملگی و مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان بوده، سابقه مرگ جنین یا نوزاد در زنان باردار می‌تواند بر تطابق موفق با حاملگی جدید تأثیر بگذارد و فرآیندهای روانشناختی مهمی چون دلبستگی مادر و جنین را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف تعیین رفتارهای دلبستگی در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد و مقایسه آن با زنان نخست حامله انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه مقایسه‌ای دوگروهی، با استفاده از نمونه‌گیری مرحله‌ای و انتخابی، تعداد ۱۲۰ زن باردار ایرانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، با سواد، سن بین ۲۰-۴۰ سال که در سه ماهه سوم یک بارداری خواسته بودند انتخاب شدند. نمونه‌ها را ۴۰ زن باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد (فاقد فرزند زنده) و ۸۰ زن نخست حامله تشکیل می‌دادند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه دلبستگی مادر و جنین کرانلی (MFAS) بود که به روش خودگزارش دهی تکمیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در رابطه با پنج زیر گروه رفتارهای دلبستگی، تفاوت معنی‌داری بین زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین و نوزاد وجود داشته، به نحوی که میانگین امتیاز همه زیر گروه‌های رفتارهای دلبستگی در زنان نخست حامله بیشتر بوده است. همچنین میانگین کل رفتارهای دلبستگی مادر و جنین در زنان نخست حامله بیشتر از گروه دوم بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P = 0/000$).

نتیجه گیری: با توجه به کاهش دلبستگی مادر و جنین در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، نیاز به برنامه‌ریزی‌های آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی بیشتری برای این گروه آسیب پذیر وجود دارد. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند مطالعه مشابهی در سه ماهه اول و دوم بارداری، همچنین در دوره بعد از زایمان و بر روی مراجعین به سایر مراکز صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: حاملگی - مرگ جنین - مرگ نوزاد - دلبستگی مادر و جنین

تاریخ دریافت: ۸۶/۴/۳۱ تاریخ پذیرش: ۸۷/۳/۲۱

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی گروه مامایی، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

حاملگی و مادر شدن از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود. این دوران حاصل تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی بوده و مستلزم توجهات ویژه می‌باشد.^(۱) این فرآیند که اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می‌شود برای برخی از زنان می‌تواند تنش‌زا باشد. این تنش بویژه در زنانی که در بارداری‌های پیشین دچار مشکلاتی از قبیل سقط، مرگ جنین یا نوزاد بوده‌اند بیشتر است.^(۲)

مرگ فرزند معمولاً تجربه هیجانی شدیدتری نسبت به مرگ یک فرد بالغ ایجاد می‌کند. سوگی 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.^(۳) اختلالات روحی ناشی از مرگ جنین یا نوزاد ممکن است تا حاملگی بعدی ادامه یابد.^(۳) تجربه مرگ جنین یا نوزاد ممکن است باعث ایجاد مقاومت روحی و روانی در پذیرش حاملگی جدید شده و مادر را دچار موضع گیری در ابراز احساسات و تمایلاتش نسبت به جنین فعلی نماید، به طوری که رفتارهای دلبستگی کمتری را از خود نشان دهد.^(۴،۳)

بسیاری از صاحب نظران معتقدند که دلبستگی رابطه‌ای عاطفی و هیجانی است.^(۶،۵) Pillite و Muller معتقدند که این دلبستگی از ابتدای بارداری ایجاد و به تدریج بیشتر می‌شود، به طوری که 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.^(۸،۷) 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 ممکن است در ابتدای حاملگی و یا در حین سونوگرافی اولیه و یا در حین احساس اولین حرکت جنین آغاز گردد و به تدریج با افزایش سن بارداری و افزایش حرکات جنین بیشتر شود.^(۹)

Cranley رفتارهای دلبستگی مادر و جنین را 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 ذکر می‌کند.^(۱۰)

دلبستگی مادر و جنین می‌تواند تحت تأثیر مسایلی همچون ارتباط در خانواده، حمایت و پذیرش حاملگی، تصویر ذهنی مادر از خود، همچنین عواملی مانند سابقه حاملگی قبلی، مشکلات مامایی و طبی دوران بارداری و حاملگی ناخواسته قرار گیرد.^(۹،۶)

شدت رفتارهای دلبستگی با سابقه حاملگی قبلی ارتباط مستقیم دارد^(۶) و در افرادی که سابقه سقط، مرگ جنین و یا مرگ نوزاد دارند این فرآیند ممکن است با تأخیر آغاز گردد و حتی گاهی ممکن است به زمان زایمان موکول شود.^(۹)

Armstrong در سال ۲۰۰۲ مطالعه‌ای بر روی ۱۰۳ زن باردار در آمریکا انجام داد و دریافت که زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد از رفتارهای دلبستگی کمتری برخوردار هستند.^(۳) همچنین Armstrong و Hutti در سال ۱۹۹۸ طی انجام تحقیقات خود به نتایج مشابهی رسیدند.^(۱۱) متأسفانه بنا به گزارش WHO شیوع مرگ جنین یا نوزاد در ایران کم نمی‌باشد^(۴،۳)، چنانچه تعاونی (۲۰۰۲) طی پژوهشی که در یکی از مراکز آموزشی درمانی فعال دانشگاه علوم پزشکی ایران بر روی ۱۰۴۱۰ تولد انجام داده بود مرگ و میر جنین و نوزاد در روز اول تولد را ۲/۲۹ درصد گزارش نموده^(۱۲) و تعاونی و عاظمی خواه میزان مرگ و میر نوزاد در هر

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقایسه‌ای بوده که بر روی دو گروه زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۴ انجام گرفته است. روش نمونه‌گیری مرحله‌ای و انتخابی بوده. به این صورت که پس از کسب مجوز از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و مشهد، در هر یک از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر مشهد دو مرکز بهداشتی درمانی که بیشترین مراجعه‌کننده را دارا بودند، جمعاً ۱۰ مرکز انتخاب شده و سپس با مراجعه به این مراکز بهداشتی درمانی نمونه‌گیری به صورت مستمر در تمام ایام هفته به جز روزهای تعطیل از شروع ساعت اداری لغایت پایان آن برای هر یک از گروه‌های زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شد.

نمونه‌های پژوهش شامل ۱۲۰ زن باردار در طول سه ماهه سوم بارداری با حاملگی خواسته، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، دارای ملیت ایرانی، باسواد و ساکن شهر مشهد بودند. ۴۰ نفر از این زنان سابقه مرگ جنین یا نوزاد داشته و فاقد فرزند زنده و ۸۰ نفر دیگر نخست حامله بودند. جهت کنترل عوامل مداخله‌گر، کلیه نمونه‌ها از افرادی که سابقه بیماری طبی از قبیل دیابت، فشارخون و... نداشته و فاقد اختلاف خانوادگی شدید، اعتیاد به موادمخدر، نازایی، وجود بحران روحی از قبیل جدایی، مرگ بستگان و یا ناهنجاری مادرزادی در اعضای درجه یک فامیل بودند، انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات فردی (شامل اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات بارداری) و پرسشنامه دلبستگی مادر و جنین

تولد زنده در ایران را در سال ۲۰۰۴، ۳۲ مورد ذکر نموده‌اند.^(۱۳) این موضوع به دلیل ایجاد اختلالات روحی و روانی در مادر و چالش‌های عاطفی در والدین و حتی جدایی آن‌ها، معضل با اهمیتی بوده است. از سوی دیگر 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 کلیه این رفتارها منجر به پیامد رضایت بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌شود^(۳-۵)، لذا تقویت دلبستگی مادر و جنین از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به این که ماما فردی است که در طی بارداری بیشترین فرصت را برای ارتباط با زن باردار دارد و با عنایت به اهمیت نقش مشاوره‌ای آموزشی، حمایتی و اجرایی ماما در ارائه مراقبت‌های صحیح جسمی و روحی دوران بارداری و پس از زایمان و توانایی ارائه حمایت‌های تخصصی و حرفه‌ای مانند آموزش، تشویق، حل مسئله، مشاوره و دیگر راه‌های مداخله‌ای به زنان با سابقه مرگ جنین پژوهشگران بر آن شدند تا در زمینه رفتارهای دلبستگی مادر و جنین با هدف تعیین و مقایسه این رفتارها در دو گروه زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد مطالعه‌ای بر روی مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام دهند تا با اطلاعاتی که در این رابطه به دست می‌آید بتوان پیشنهادات و برنامه‌ریزی‌های لازم آموزشی، حمایتی و مشاوره‌ای در جهت ارتقای سطح سلامت مادران و نوزادان ارائه نمود.^(۱۴،۹)

پرسشنامه Cranley شامل ۲۴ عبارت است که در قالب پنج زیر گروه: تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین، پذیرش نقش مادری، نسبت دادن خصوصیتی به جنین و از خود گذشتگی، مطرح می‌گردد. پاسخ‌دهی به آن به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده (قطعاً خیر(۱)، خیر(۲)، نمی‌دانم(۳)، بلی(۴)، قطعاً بلی(۵))، که دارای حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده است. امتیاز بیشتر نمایانگر دلبستگی بیشتر می‌باشد.

کرانلی (Maternal Fetal Attachment Scale- Cranley1981) بوده است. علاوه بر کسب مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش، ضمن رعایت خلوت مددجویان با قراری ارتباط مناسب و توجیه اهداف پژوهش، حفظ و محرمانه بودن اطلاعات، از داوطلبین شرکت در امر پژوهش رضایت نامه کتبی دریافت شد. سپس پرسشنامه‌ها بدون قید نام به روش خودگزارش‌دهی تکمیل گردید.

جدول شماره ۱- مقایسه دو گروه بر حسب میانگین امتیاز زیرگروه‌های رفتارهای دلبستگی، مشهد، ۱۳۸۵

آزمون تی- مستقل	زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد		زنان نخست حامله		گروه زنان زیر گروه‌های رفتارهای دلبستگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=۳/۵۷۵ P=x/۰۰۱	۳/۴۶	۱۵/۱۸	۲/۸۳	۱۷/۲۹	تعامل باجنین
t=۳/۳۵۷ P=x/۰۰۱	۲/۵۳	۱۵/۲۰	۲/۰۰	۱۶/۶۳	تمایز بین خودوجنین
t=۳/۸۳۳ P=x/۰۰۰	۲/۴۲	۱۵/۶۰	۱/۷۷	۱۷/۰۹	پذیرش نقش مادری
t=۴/۰۱۵ P=* /۰۰۰	۲/۳۵	۱۹/۷۵	۲/۷۵	۲۱/۸۶	نسبت دادن خصوصیتی خاص به جنین
t=۳/۹۷۰ P=* /۰۰۰	۲/۳۵	۱۷/۹۵	۲/۲۶	۱۹/۷۱	ازخودگذشتگی

x تفاوت معنی دار است.

یافته‌ها

حداقل سن مادران در این پژوهش ۲۰ سال و حداکثر ۳۴ سال بود. بیشترین درصد در هر دو گروه، مربوط به گروه سنی ۲۴-۲۰ سال بود (زنان نخست حامله ۶۷/۵ درصد، زنان حامله با سابقه مرگ جنین یا نوزاد ۶۰ درصد). میانگین سنی گروه نخست حامله $23/44 \pm 3/08$ و میانگین سنی گروه دوم $24/28 \pm 3/23$ بود. حداقل سن حاملگی فعلی نمونه‌های مطالعه ۲۸ و حداکثر ۳۹ هفته بوده که

روایی ابزار از طریق اعتبار ظاهری و سپس اعتبار محتوا و پایایی ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ تأیید گردید (۸۳ درصد). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای بیان مشخصات واحدهای پژوهش از جداول توزیع فراوانی و آمار توصیفی استفاده گردید. جهت تعیین همگونی نمونه‌ها از آزمون کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و جهت تعیین تفاوت دلبستگی بین دو گروه علاوه بر آزمون‌های توصیفی از آزمون تی مستقل استفاده شد.

بیشترین فراوانی در هر دو گروه، مربوط به گروه سن حاملگی ۲۸-۳۱ هفته بود (زنان نخست حامله ۴۰ درصد و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد ۴۷/۵ درصد). همچنین میانگین سن حاملگی فعلی در زنان نخست حامله $32/71 \pm 3/31$ و در گروه دوم $31/9 \pm 2/8$ هفته بود. اکثریت زنان خانه‌دار و دارای سواد در حد دیپلم و با وضعیت اقتصادی متوسط جدول شماره ۲- مقایسه دو گروه بر حسب میانگین امتیاز برخی عبارات دلبستگی مادر و جنین (که تفاوت معنی داری داشتند).

مشهد، ۱۳۸۵

عبارات دلبستگی	گروه‌ها	نخست حامله		زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد		آزمون t مستقل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شکم را با انگشت فشار میدهم (سیخونک می‌کنم) تا او هم جواب دهد و لگد بزند.	۳/۲۶	۱/۲۳۰	۲/۶۰	۱/۱۹۴	۲/۸۰۹	$P=0/006$
با بی‌صبری منتظر هستم که بتوانم بچه ام را بغل بگیرم.	۴/۷۵	۰/۴۳۶	۴/۲۵	۰/۸۹۹	۳/۳۲۸	$P=0/002$
سعی می‌کنم مجسم کنم بچه ام چه شکلی خواهد بود.	۴/۳۱	۰/۷۶۵	۳/۷۵	۱/۰۳۲	۳/۳۸۹	$P=0/001$
موقعی که بچه زیاد لگد می‌زند، روی شکم دست می‌کشم تا او را آرام کنم.	۴/۱۱	۱/۰۱۹	۳/۵۸	۱/۰۵۹	۲/۶۸۹	$P=0/008$
می‌توانم تشخیص بدهم که بچه داخل شکم سگسکه می‌کند.	۲/۵۴	۰/۹۲۷	۲/۰۸	۰/۸۵۹	۲/۶۳۹	$P=0/009$
احساس می‌کنم اندامم زشت شده است.	۲/۷۶	۱/۲۳۵	۲/۳۰	۱/۱۱۴	۱/۹۹۶	$P=0/048$
از روی شکم پاهای بچه را می‌گیرم تا به این‌طرف و آن‌طرف حرکت دهد.	۲/۱۵	۰/۸۸۷	۱/۷۵	۰/۸۴۰	۲/۳۶۹	$P=0/019$
مشتاقم بدانم که آیا بچه ای که در شکم دارم صداها را می‌شنود.	۴/۳۵	۰/۷۳۱	۳/۸۸	۰/۹۱۱	۳/۰۸۵	$P=0/003$
گوشت و سبزیجات می‌خورم تا مطمئن باشم بچه ام تغذیه خوبی دارد.	۴/۵۱	۰/۵۲۸	۴/۱۳	۰/۷۵۷	۳/۲۶۵	$P=0/001$

رابطه با زیر گروه‌های دلبستگی مادر و جنین در دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی‌داری در هر پنج زیر گروه مشاهده گردید، به طوری که میانگین امتیاز همه زیر گروه‌ها، در زنان نخست حامله بیشتر بود (جدول

یافته‌ها نشان داد که در ارتباط با ۲۴ عبارت رفتارهای دلبستگی مادر و جنین، صرفاً ۹ عبارت بین دو گروه تفاوت معنی‌دار داشته به طوری که در زنان نخست حامله رفتارهای دلبستگی مادر و جنین بیشتر بود. در

جنین در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، یافته‌ها نشان داد گرچه در هر دو گروه زنان باردار، میانگین امتیاز زیر گروه «نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین» از دیگر زیر گروه‌های رفتارهای دلبستگی بیشتر بود، ولیکن میانگین امتیاز این دو زیر گروه در دو گروه زنان باردار تفاوت معنی‌دار داشته ($P=0/000$)، به طوری که در زنان نخست حامله میانگین امتیاز بیشتر بوده است (جدول شماره ۱).

در ادامه مقایسه زیر گروه‌های رفتارهای دلبستگی در دو گروه زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، آزمون آماری تی مستقل، تفاوت معنی‌داری را در میانگین هر پنج زیر گروه رفتارهای دلبستگی نشان داد ($P < 0/001$)، به طوری که در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد میانگین امتیاز هر پنج زیر گروه رفتارهای دلبستگی از زنان نخست حامله کمتر بود، که خود نشانگر وجود تفاوت در قسمت‌های اصلی و متفاوت دلبستگی می‌باشد، لذا به نظر می‌رسد که طبق نظریه Arsenault زنان بارداری که سابقه مرگ جنین یا نوزاد دارند، چون در مقابل تمایلات و احساسات نسبت به جنین فعلی خود موضع‌گیری کرده و مقاومت نشان می‌دهند، نهایتاً دلبستگی کمتری را نشان می‌دهند.^(۱۶) در همین رابطه Bennet و Brown اظهار می‌دارند، زنانی که در بارداری‌های پیشین خود، مشکلاتی از قبیل مرگ جنین یا نوزاد داشته‌اند، ممکن است در طی حاملگی بعدی و حتی تا پس از زایمان، بروز رفتارهای دلبستگی تا انتهای بارداری به تعویق افتد.^(۹) همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که از ۲۴ عبارت مربوط به رفتارهای دلبستگی، میانگین امتیاز همه عبارات در زنان نخست حامله بیش از زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد بود، اگرچه آزمون آماری تی مستقل صرفاً تفاوت معنی‌دار را در میانگین امتیاز

شماره ۱). میانگین رفتارهای دلبستگی مادر و جنین در گروه نخست حامله ($92/58 \pm 7/92$) بیشتر از زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد ($83/68 \pm 8/98$) بوده و براساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P=0/000$) (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

رفتارهای دلبستگی به میزان زیادی در پیامد رضایت بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد مؤثرند.^(۵) تجربه مرگ جنین یا نوزاد می‌تواند از جمله موارد خطر برای تطابق روانشناختی با بارداری شمرده شده و ممکن است این افراد در مقابل احساس مادر خود مقاومت کنند و بدین ترتیب بروز رفتارهای دلبستگی در زنان باردار متفاوت باشد.^(۹،۶۵)

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای دلبستگی در زنان نخست حامله با زنان بارداری که سابقه مرگ جنین یا نوزاد دارند، متفاوت بوده است، به طوری که میانگین امتیاز کسب شده این رفتارها در زنان نخست حامله بیشتر بود ($P=0/000$). به عبارت دیگر کسانی که سابقه مرگ جنین یا نوزاد داشتند در طی حاملگی بعدی دلبستگی کمتری با جنین به دنیا نیامده خویش دارا بودند (جدول شماره ۳). این یافته‌ها با پژوهش Armstrong که در سال ۲۰۰۲ در آمریکا بر روی ۱۰۳ زن باردار انجام شده بود^(۳) و همچنین با پژوهش Hutti و Armstrong که در آمریکا سال ۱۹۹۸ بر روی ۳۱ زن باردار انجام شده بود، مطابقت دارد، گرچه Honjo و همکاران در تحقیقی که در ژاپن بر روی ۲۱۶ زن باردار انجام دادند، تفاوت معنی‌داری را در رفتارهای دلبستگی زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد و دیگر زنان باردار مشاهده نکرده بودند.^(۱۵) در مقایسه زیر گروه‌های رفتارهای دلبستگی مادر و

مقایسه تأثیر برنامه‌های آموزشی و حمایتی بر افزایش رفتارهای دلبستگی زنان نخست حامله و زنان با سابقه مرگ جنین و نوزاد صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش، طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران (کد: ۳۴۳/پ) است. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، همچنین معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت همکاری‌های بی دریغ تشکر و قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

- 1- Simpson KR, Creehan PA. Perinatal Nursing. 2nd ed. UK: Lippincott; 2001. P.115-120.
- 2- Arsenault DC, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 1999. 28(3):274-82.
- 3- Armstrong D. Emotional Distress and prenatal Attachment in pregnancy after perinatal loss. J Nurs Scholars; 2002. 34(4):339-345.
- 4- Armstrong D. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 2004. 33(6): 765-773.
- 5- Lindgrn K. Relationships Among Maternal-Fetal Attachment, prenatal Depression and Health practices in pregnancy. Res Nurs Health; 2001. 24: 203-217.
- 6- Salisbury A, Law K, Lagasse L, Lester B. Maternal- Fetal Attachment. JAMA; 2003. 289: 1701.
- 7- Muller ME. Prenatal and posnatal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 1996. 25(2):161-166.

۱۵ عبارت نشان داد ($P < 0/05$) (جدول شماره ۲). با توجه به اهمیت موضوع و ضرورت وجود آموزش ضمن خدمت، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های بازآموزی برای ماماها و کلیه دست اندرکاران مراقبت‌های دوران بارداری تلاش در جهت افزایش دلبستگی مادر و جنین صورت گیرد تا تأثیرات مثبت ناشی از آن در زنان باردار به ویژه گروه آسیب‌پذیر، موجب ارتقای سلامت روانی گردد.

همچنین به دلیل اهمیت کمک به زنان باردار در تطبیق جسمی و روحی با حاملگی، پیشنهاد می‌شود که با ارائه برنامه‌های آموزشی، راهنمایی و مشاوره‌ای جهت مادران باردار در طی بارداری به ویژه زنان باردار با تجربه مرگ جنین یا نوزاد، به این گروه توجه ویژه شده و با تشکیل گروه‌های حمایتی و ارائه برنامه‌های لازم برای این گروه از زنان باردار و همچنین بستگان آنها، در طی دوران بارداری بعدی نیز، مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

از آنجا که پژوهش حاضر بر روی زنان بارداری که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه، به صورت طولی در هر یک از سه ماه‌های بارداری، و دوره بعد از زایمان در زنان با شرایط پژوهش فوق انجام شده و سپس نتایج مقایسه گردد. همچنین پژوهشی مشابه در زنان چندزا جهت مقایسه نتایج می‌تواند تصویر روشن تری از موضوع ارائه دهد.

پژوهش حاضر در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر مراکز ارائه مراقبت مادران اعم از دولتی، خیریه، خصوصی جهت مقایسه نتایج و امکان تعمیم یافته‌ها صورت گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود تحقیق مداخله‌ای با عنوان

8- Pillite A. Maternal and child health nursing. 4th ed. UK: Lippincott; 2003. P. 201-226.

9- Bennet V, Brown LK. Myles text book for midwives. UK: Lippincott; 1999. P.651-662.

10- Cranley M. Development of a tool for the measurement of maternal fetal attachment during pregnancy. J Nurs Res; 1981. 30. P. 281-284.

11- Armstrong D, Hutti M. Preynancy After Perinatal Loss: the relationship between Anxiety and prenatal Attachment. J Obstet Gaynecol Neonatal Nurs; 1998. 27(2):183- 189.

12- Taavoni S. Correlation study between mothers Age and Gravidity with two type of Death (IUFD and Neonatal Death). CD of proceeding book. 26th ed. Terrinial Congress of Hnternational Confedration of Midwives (ICM) Austria Vienna. Apr; 2002.

13- Taavoni S, Azemikhah A. Stillbirth and neonatal death in Iran: challenges and strategies, 3rd ed. Annual Conference of the International Still Birth alliance (ISA 2007) Conference Hand book. UK: Birmingham; 29 Sep- 2 Oct 2007.P.35.

14- Hutti M. Social and professional support needs of families after perinatal loss. J Obstet Gaynecol Neonatal Nurs; 2005. 34(5): 630-638.

15- Honjo S, Arai Sh, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, et al.. Antenatal Depression and Maternal Fetal Attachment. Int J Psychopath; 2003. 36 (6):304-317.

16- Arsenault D, Mahlangu N. Impact of Perinatal Loss on the Subsequent Pregnancy and self: Women's Expoerience .J Obstet Gaynecol Neonatal Nurs; 1999. 28(3): 274-282.

Comparison of Maternal Fetal Attachment between Primgravidas and Multigravidas Women with Past History of Fetal or Neonatal Death

*S. Taavoni¹ MSc M. Ahadi² MSc T. Ganji³ MSc F. Hosseini⁴ MSc

Abstract

Background & Aim: Although pregnancy is one of the loveliest events in the developmental processes of a woman's life, history of previous fetal or neonatal death may have a negative effect on the adaptation of woman for her new pregnancy. It can also have a major influence on development of emotional distress in the attachment between mother and her fetus. This study has been done to assess and compare maternal fetal attachment of primgravidas and multigravidas women with past history of fetal or neonatal death which haven't had living child.

Material and Methods: One hundred and twenty literate Iranian pregnant volunteer women with the ages of 20-40 years were selected by non-randomized sampling method (sequential) during their 3rd trimester of planned current pregnancy. Forty samples didn't have living child, had past history of fetal or neonatal death and 80 samples were primgravidas. The tools of this study that filled in by samples had two main parts of "personal demographics" and "maternal fetal attachment scale" (MFAS).

Results: A statistically significant difference was found in 5 subscales of the MFAS between the primgravidas and multigravidas women with past history of fetal or neonatal death. The average score of every subscales of maternal fetal attachment in primgravidas women was higher in comparison with multigravidas women. The independent t-test also showed a statistically significant difference between average of total score of maternal fetal attachment between two groups ($P=0.000$).

Conclusion: Due to lesser maternal fetal attachment in the multigravidas women with past history of fetal or neonatal death it is necessary to plan supportive, educational, and counseling program for this vulnerable group. The researchers suggest replicating the study during the first and second trimester of pregnancy and postpartum period of women with past history of fetal or neonatal death and also, in clients referred to the other clinics.

Key Words: Pregnancy_ Neonatal death_ Fetal death_ Maternal fetal attachment

Submitted for Publication: 22 Jul 2007

Accepted for Publication: 10 June 2008

¹ Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding author) E-mail: staavoni@iums.ac.ir

² Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.

³ Senior Lecturer in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.

⁴ Senior Lecturer in Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services.