

## تأثیر برنامه آموزش مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی بر دلبستگی مادر-جنین

محمدعلی مظاهری<sup>۳</sup>  
عباس پسندیده<sup>۶</sup>

\*علیرضا مرادی<sup>۲</sup>  
عباسعلی الهیاری<sup>۵</sup>

فرشته حقیقت<sup>۱</sup>  
صدیقه حنطوش زاده<sup>۴</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت نقش دلبستگی مادر-جنین در دوران بارداری و تأثیر آن بر پیامدهای سلامت مادر و نوزاد، هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش آموزش مادری ذهن آگاهانه و مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی بر دلبستگی مادر-جنین بود. روش بررسی: نمونه مورد بررسی شامل ۳۶ زن باردار نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشت و متخصصین زنان و زایمان شهر اصفهان بود که در سه ماهه دوم بارداری قرار داشتند و به شیوه داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه مداخله و دو گروه کنترل قرار داده شدند. کلیه شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و دلبستگی مادر-جنین پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که دلبستگی مادر-جنین در سه گروه به طور معناداری متفاوت است ( $F = 5/8, P = 0/008$ )؛ به طوری که در گروه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر رویکرد ایرانی-اسلامی میانگین نمره دلبستگی بیشتر از سایر گروه‌ها بود ( $\bar{X}_1 = 104/9, \bar{X}_2 = 97/09, \bar{X}_3 = 95/00$ ). نتیجه گیری کلی: با توجه به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش مادری ذهن آگاهانه بر دلبستگی مادر-جنین، توصیه می‌شود پرداختن به این نوع مداخلات روانشناختی در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری مورد توجه مراکز بهداشتی و متخصصین ذیربط قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** دوران مادری، ذهن آگاهی، ایرانی-اسلامی، دلبستگی، مادر-جنین

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۳۰

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. استاد، عضو هیات علمی گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۹۳۶۹۶۱۹۸۳۹ Email: moradi90@yahoo.com
۳. دانشیار، عضو هیات علمی گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، عضو هیات علمی گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. استادیار، عضو هیات علمی گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۶. استادیار، عضو هیات علمی دانشکده علوم حدیث، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

## مقدمه

مطرح شده است. با این وجود، تعداد اندکی از آن‌ها تأثیر این نوع برنامه مراقبتی پیش از تولد را بر میزان دل‌بستگی مادر- جنین مورد بررسی قرار داده اند<sup>(۱۹-۲۰)</sup>. برای مثال Cohen<sup>(۲۰)</sup> در پژوهش خود نشان داد خود-غمخواری پیش از تولد و ذهن‌آگاهی با هم واریانس قابل توجهی از دل‌بستگی پیش از تولد را پیش‌بینی کرده اند که همچنین مرتبط با دل‌بستگی پس از تولد نیز بوده است.

اثر مثبت معنویت بر عوامل روانشناختی نیز اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته<sup>(۲۱)</sup>؛ به طوری که آن‌ها گزارش کردند تجارب معنوی با عوامل روانی-اجتماعی<sup>(۲۲)</sup>، افسردگی و اضطراب<sup>(۲۳)</sup>، رفتارهای بهداشتی مناسب<sup>(۲۴)</sup> و سلامت جسمانی و روانی<sup>(۲۵-۲۷)</sup> رابطه دارد. با توجه به اهمیت نقش معنویت، هفتی<sup>(۲۸)</sup> به ارائه مدل جدیدی در توسعه مدل Engel<sup>(۲۹)</sup> در اهمیت ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی می‌پردازد و بعد چهارمی را به نام مذهب و معنویت در ارتباط متقابل با این سه بعد قرار می‌دهد و در پروتکل درمانی در نظر گرفتن هر ۴ بعد را دارای اهمیت می‌داند.

همچنین اخیراً روان‌شناسی بالینی فرهنگی تلاش خود را بر محور بررسی تأثیر عوامل فرهنگی در پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و درمان آن‌ها معطوف کرده است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که فرهنگ (نژاد، قومیت، مذهب و غیره) هر جامعه علاوه بر اثرگذاری در شکل‌گیری و پدیدآیی یک اختلال<sup>(۳۰-۳۱)</sup>، این احتمال را نیز تقویت می‌کند که نوع درمان هم می‌تواند متأثر از این پدیده باشد. از این رو مدل‌های نظری خاصی در این زمینه مطرح شده است که به دنبال تحقق عملی آن در عرصه درمان است. برای مثال مدل مفهوم‌سازی اجتماعی- ساختی از فرهنگ با راهنمای چند فرهنگی (American Psychological Association) AP که بر تجربیات فرهنگی محور تأکید دارد هم‌مسو است. از طریق راهنماهای چند فرهنگی، روان‌شناسان ترغیب می‌شوند یک ذره‌بین فرهنگی (Cultural lens) را به عنوان یک مرکز ثقل حرفه‌ای بکار برند. در تجربیات

در سطح جهانی، وجه مشترک تمام مادران باردار در دوران بارداری، صرف نظر از زمینه‌های فرهنگی، قومی، و تجارب متنوع و منحصر به فردشان این است که تمایل دارند با کودک متولد نشده خود ارتباط برقرار کنند<sup>(۱)</sup>. پژوهش‌ها نشان داده اند که توانایی مادر برای هماهنگ بودن، تنظیم و به طور مناسب پاسخ دادن به یک نوزاد، پیامدهای تحولی و ارتباطی مهمی دارد<sup>(۳۲)</sup>. برای مثال از آنجایی که مادران افسرده در نگاه کردن به نوزاد و پاسخ به اداهای او بی‌تفاوت هستند و تعامل ناکارآمدی با کودکشان دارند، نوزادان آنها نیز کمتر راضی به نظر می‌رسند، در طول تغذیه کمتر بازی می‌کنند و بیشتر خواب‌آلود و ناآرام هستند<sup>(۲)</sup>.

دل‌بستگی مادر جنین، به میزان درگیر شدن مادر در رفتارهای مراقبت و تعامل با جنینش اطلاق می‌شود<sup>(۴)</sup> که به عنوان یک پیش‌بینی کننده مهم در ارتقای رابطه مادر و کودک شناخته شده<sup>(۵)</sup> و به عنوان یک عامل تأثیرگذار در سلامت مادر و نوزاد، مورد توجه برخی پژوهشگران قرار گرفته است<sup>(۶,۷,۸)</sup>. به عنوان نمونه، Alhusen<sup>(۸)</sup> در پژوهش خود نشان داد دل‌بستگی مادر- جنین با تمرین‌های سلامت مادر در دوران بارداری و پیامدهای نوزادان مرتبط است؛ وی همچنین رابطه قوی بین سلامت عاطفی مادر و دل‌بستگی مادر- جنین را گزارش کرده است.

بیش از سه دهه است که ذهن‌آگاهی که به عنوان "فضاوت نکردن، هشیار بودن در لحظه حال، افزایش خودآگاهی و توانایی بازشناسی تجارب به منظور جلوگیری از عکس‌العمل‌های عادی توصیف می‌شود"<sup>(۹,۱۰)</sup>، شواهد تجربی قابل توجهی دریافت کرده و اخیراً به عنوان یک عامل کمک کننده مهم در سلامت رابطه مادر-کودک شناخته شده و مباحثی پیرامون سودمندی‌های بالقوه آن در دوران بارداری<sup>(۱۱-۱۶)</sup>، تأثیر تمرینات ذهن‌آگاهی والدین بر رفتار کودکان<sup>(۱۷-۱۸)</sup> و تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی به تازه مادران و نوزادانشان<sup>(۱۲)</sup>

به بررسی اثربخشی آن بر دلبستگی مادر- جنین که یکی از شاخص‌های بسیار مهم و مرتبط با سلامت روان در دوران بارداری است بپردازد. بنابراین، به طور کلی هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش آموزش مادری ذهن آگاهانه و مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر دلبستگی مادر- جنین است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران بارداری که نوزاد اولشان را باردار هستند و در سه ماهه دوم بارداری قرار دارند و به منظور مراقبت‌های دوران بارداری به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر اصفهان و خانه‌های بهداشت این استان مراجعه کرده‌اند تشکیل می‌دهد. نمونه مورد بررسی شامل ۳۶ نفر از مادران واجد شرایط بود که به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه مداخله و دو گروه کنترل جایگزین شدند (در هر گروه ۱۲ نفر). حجم گروه نمونه با توجه به فرمول محاسبه  $n$  برای متغیرهای پیوسته با آلفای ۰/۰۵ و آزمون یک سویه برابر با ۱۱ نفر محاسبه شد که با رعایت افت آزمودنی ۱۳ نفر برای هر گروه تعیین گردید. از جمله معیارهای ورود آزمودنی‌ها در این مطالعه اولین بارداری، نداشتن سابقه سقط جنین و نداشتن مشکلات حاد روان پزشکی، و از جمله معیارهای خروج داشتن مشکلات حاد بارداری نظیر خون‌ریزی و بارداری با ریسک بالا بود. در گروه مداخله برنامه مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی و در گروه کنترل یک مادری ذهن آگاهانه کلاسیک ارائه گردید و گروه کنترل دو نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

به منظور اجرای این پژوهش، پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه معرفی‌نامه‌های مورد نیاز توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس صادر شده و پس از دریافت مجوز از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به منظور

فرهنگ‌محور، روان‌شناسان تشخیص می‌دهند که همه افراد، توسط محیط‌های مختلف شامل زمینه‌های تاریخی، بوم‌شناختی، سیاسی، اجتماعی، و تربیتی متأثر می‌شوند. برای مثال رویکرد فرهنگی محور تأیید می‌کند که ممکن است رفتار توسط فرهنگ گروه‌هایی که فرد به آن تعلق دارد و قالب‌های فرهنگی نظیر برجسب‌های گروهی شکل گیرد<sup>(۳۲)</sup>. از این رو شکل‌گیری و ظهور مدل‌های درمانی مختلف متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف محصول چنین نگاهی به حل مشکلات است. چنین نگاهی هنگامی اهمیت مضاعف پیدا می‌کند که پذیرفته شود رویکرد زیستی، روانی اجتماعی جای خود را به مدل زیستی، روانی اجتماعی و معنوی داده است<sup>(۲۸)</sup>. درمان‌های شناختی-رفتاری بویژه درمان‌های موج سوم بیش از سایر مدل‌های درمانی تحت تأثیر چنین رویکردی است.

با توجه به این که در فرهنگ ایرانی که قالب آن بر پایه دین اسلام است در ارتباط با روابط زوجین برای فرزنددار شدن، تغذیه مادر در دوران بارداری، راهکارهایی برای کاهش استرس و اضطراب و روابط بین‌فردی در این دوران و تأثیر خلق و خوی مادر توصیه و سفارش‌های بسیاری در منابع معتبر دینی همچون بحار الأنوار<sup>(۳۳)</sup>، وسایل الشیعه<sup>(۳۴)</sup>، و اصول کافی<sup>(۳۵)</sup> شده است و همچنین کتاب‌های متعددی از جمله کتابی بنام ریحانه بهشتی<sup>(۳۶)</sup> که به طور کامل به موضوع بارداری پرداخته و مفاتیح الحیاه<sup>(۳۷)</sup> که بخشی از آن در رابطه با دوران بارداری است به چاپ رسیده و در دسترس عموم مردم قرار دارد؛ لذا بسیاری از زنان باردار این اصول را تا حد امکان در دوران بارداری رعایت می‌کنند و به آن اعتقاد دارند. بر همین اساس، با در نظر گرفتن این ساختار فرهنگی و غنای آن از یک سو و با توجه به سودمندی‌های ذهن‌آگاهی که قبلاً به آن پرداخته شد، پژوهش حاضر بر آن است تا برخی از این توصیه‌ها و مفاهیم را با برنامه آموزشی مادری ذهن‌آگاهانه که توسط Astin و Vieten<sup>(۱۲)</sup> طراحی و ارائه شده است تلفیق و

به آموزش و در جلسات آخر وزن بیشتری به بحث و تمرین داده شده است. در این دوره آموزشی جزوه‌ها و کارت‌هایی به منظور تشویق شرکت‌کنندگان برای انجام تمرین‌ها طراحی شده که در انتهای هر جلسه همراه با تکالیف و برگه ثبت روزانه به آنها داده می‌شد و بایستی در ابتدای جلسه بعد ثبت روزانه خود را تحویل می‌دادند. نسخه ایرانی- اسلامی مادری ذهن آگاهانه نیز با حفظ چارچوب اصلی برنامه آموزشی و با هدف بومی کردن و غنا بخشیدن به آن توسط محقق طراحی گردید. بر همین اساس ابتدا با استفاده از مصاحبه و تحلیل محتوا مولفه‌های فرهنگی استخراج و سپس با استفاده از نظر متخصصین و استناد به منابع معتبر اسلامی، بخش‌های آموزشی برنامه بازنگری و غنی‌تر شده و به انتهای مدیتیشن‌ها دعا و نیایش همراه با شکرگذاری افزوده شد. همچنین به منظور بارور کردن بعد معنوی در مادران باردار علاوه بر جزوه‌های برنامه کلاسیک، تکالیف و تمریناتی مبنی بر تلفیق ذهن آگاهی و توصیه‌های دینی همراه با سی‌دی و کارت‌های مختلف طراحی و در اختیارشان قرار داده شد. تکمیل برگه ثبت روزانه هر جلسه در این گروه نیز الزامی بود و بایستی ابتدای هر جلسه آن را تحویل می‌دادند. هر دو برنامه آموزشی در هشت جلسه دو ساعته توسط محقق به همراه یک کارشناس ارشد بالینی و یک کارشناس روانشناسی در یک کلینیک خصوصی مشاوره و روانشناسی اجرا گردید و قبل و بعد از اجرای مداخلات پرسشنامه دلبستگی مادر جنین توسط مادران تکمیل شد.

ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس دلبستگی مادر- جنین بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی توسط محققان و به منظور دستیابی به برخی اطلاعات و سوابق شخصی مادر باردار طراحی و اجرا شد. این فرم شامل سه بخش اصلی است که بخش اول در بر گیرنده اطلاعات فردی پدر و مادر نظیر سن، تحصیلات و شغل، مدت ازدواج، سابقه بیماری‌های جسمانی و روانشناختی، سابقه مصرف

اجرای پژوهش در کلیه مراکز بهداشت شماره یک و دو استان اصفهان به کلیه مراکز مراجعه شده و آگهی مربوط به دوره آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت. در نهایت نمونه گیری انجام و افراد به صورت تصادفی منظم در یک گروه مداخله و دو گروه کنترل جایگزین شدند؛ بدین صورت که هر کدام از آزمودنی‌ها به ترتیب اضافه شدن به گروه نمونه در گروه یک (مادری ذهن آگاهانه کلاسیک، گروه دو (مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی) و گروه سه (گروه کنترل) جایگزین شدند. و پس از امضای رضایت‌نامه کتبی، برنامه‌های آموزشی بر روی داوطلبین اجرا گردید. برنامه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک که توسط Astin و Vieten<sup>(۱۲)</sup> با هدف کاهش استرس و بهبود خلق در دوران بارداری طراحی شده، مبتنی بر این تئوری است که آموزش می‌تواند منجر به افزایش ذهن آگاهی و در نهایت کاهش استرس مرتبط با موقعیت‌های پزشکی مزمن شود. این برنامه شامل سه رویکرد برای به کارگیری ذهن آگاهی می‌باشد: ۱- ذهن آگاهی از افکار و احساسات از طریق آگاهی تنفس و تمرینات مراقبه‌ای، ۲- ذهن آگاهی نسبت به بدن از طریق یوگای هدایت شده، و ۳- ارائه مفاهیم روانشناختی مرتبط با ذهن آگاهی همچون پذیرش و پرورش یک خود مشاهده‌گر که هر کدام از این عوامل تقریباً یک سوم مداخله را در بر می‌گیرد. عوامل انطباق‌یافته مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی با جامعه هدف نیز شامل: ۱. آگاهی از جنین در حال رشد و شکم در طول مدیتیشن اسکن بدن؛ ۲. استفاده از مثال‌ها و انجام تمرینات توصیفی مرتبط با دوران بارداری و اوایل زایمان همچون ذهن آگاهی درباره درد یا مسایل مربوط به خواب در طول بارداری، اضطراب زایمان یا کنار آمدن با یک نوزاد نا آرام؛ و ۳. در بر گرفتن وسیع‌تر تمرینات برای قدم زدن و حرکت کردن هوشیارانه و شکل‌های مختلف حرکت ذهن آگاهانه مانند یوگای پیش از تولد که برای زنان باردار طراحی شده است. این برنامه تقریباً شامل بخش‌های برابر آموزش، بحث و تمرین می‌باشد که در جلسات اول وزن بیشتری

## یافته ها

با توجه به اینکه در طول اجرای برنامه یک نفر از گروه مداخله و یک نفر از گروه کنترل یک به دلیل مشکلات پزشکی و نیاز به استراحت، قادر به ادامه نبودند، و همچنین دو نفر از گروه کنترل دو به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه ها حذف شدند، در نهایت به طور کلی ۳۲ نفر به عنوان گروه نمونه وارد تحلیل شدند (گروه کلاسیک  $n=11$ ، گروه ایرانی - اسلامی  $n=11$ ، و گروه کنترل  $n=10$ ). اطلاعات دموگرافیک مربوط به گروه نمونه در جدول ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی نمونه پژوهش ( $n=32$ )

شاخص ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
سن (سال)	۲۶/۳	۳/۹	۱۸	۳۴
مدت ازدواج (سال و ماه)	۳/۷	۲/۳	۰/۸	۱۱/۵
شاخص ها	فراوانی	درصد فراوانی		
تحصیلات				
دیپلم	۸	۲۵/۰		
فوق دیپلم	۶	۱۸/۸		
کارشناسی	۱۲	۳۷/۵		
کارشناسی ارشد	۶	۱۸/۸		
شغل				
بیکار	۲۳	۷۱/۹		
شاغل	۹	۲۸/۱		
وضعیت اقتصادی				
پایین	۰	۰/۰		
متوسط	۲۱	۶۵/۶		
بالا	۱۱	۳۴/۴		
برنامه ریزی برای بارداری				
بله	۳۰	۹۳/۷		
خیر	۲	۶/۳		
توافق برای بارداری				
خواسته مادر	۲	۶/۳		
خواسته پدر	۰	۰		
خواسته هر دو	۳۰	۹۳/۷		

سیگار، الکل، قلیان و مواد مخدر و از این قبیل است. بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به دوران بارداری نظیر سن بارداری، سابقه سقط جنین، تمایل برای باردار شدن، سابقه ناباروری و غیره و بخش سوم مربوط به مذهب و فعالیت های مذهبی نظیر، میزان مذهبی بودن، خواندن نماز، دعا، عمل به توصیه های اسلامی در زمینه بارداری و ... می باشد.

مقیاس دلبستگی مادر- جنین MFAS (the Maternal-Fetal Attachment Scale) (۴۱) اولین ابزار توسعه یافته برای اندازه گیری دلبستگی مادر- جنین در زنان باردار است. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت می باشد و پاسخ دهی به عبارت های آن به صورت لیکرت ۵ گزینه ای شامل قطعاً بلی (۵)، بلی (۴)، مطمئن نیستم (۳)، خیر (۲) و واقعاً خیر (۱) و در مورد عبارت ۲۲ نمره گذاری به صورت معکوس می باشد. حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده و امتیاز بیشتر نمایانگر دلبستگی بیشتر می باشد.

این مقیاس، یکی از ابزارهایی است که در ارزیابی دلبستگی مادر- جنین بسیار مورد استفاده قرار می گیرد و در جمعیت های مختلف از قبیل نمونه های فرهنگی مختلف و بزرگسالان با سطح اقتصادی اجتماعی پایین استفاده شده است (۴۱-۳۸). روایی محتوایی این ابزار توسط یک متخصص ارزیابی شد و یک مطالعه که MFA را در اقلیت های نژادی بررسی کرده بود شاخص روایی محتوا را ۹۱ برآورد کرد (۳۸). در مطالعه Alhusen (۴۸) آلفای کرونباخ بدست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۸ بود. در ایران نیز این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است. تعاونی و همکاران [۴۲] ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ و عباسی و همکاران (۴۳) ۰/۸۰ و در مطالعه ای دیگر (۴۴) ۰/۸۴ و جمشیدی منش و همکاران (۴۵) برای فرم ۲۲ سوالی ۰/۸۳ گزارش کرده اند. داده های بدست آمده نیز با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و از طریق تحلیل کوواریانس (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفت.

اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه دل‌بستگی مادر- جنین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به دل‌بستگی مادر- جنین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۳۲)**

گروهها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی	۹۶/۰۰	۷/۴۸	۱۰۴/۹	۴/۵۹
گروه کنترل ۱	۸۸/۶۳	۱۱/۲۹	۹۷/۰۹	۱۰/۱۶
گروه کنترل ۲	۹۲/۵	۶/۹۹	۹۵/۰۰	۶/۷۱

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین نمره دل‌بستگی مادر- جنین در گروه مداخله نسبت به دو گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون بیشتر است، لذا به منظور بررسی معناداری این تفاوت از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) یک طرفه استفاده شده است؛ در همین راستا ابتدا مفروضه‌های این مدل (برابری واریانس‌ها و نرمال بودن) بررسی و بکارگیری این روش تایید شد. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ قابل مشاهده است.

**جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود دل‌بستگی مادر- جنین (n=۳۲)**

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
۹۱۳/۶۴۶	۱	۹۱۳/۶۴۶	۳۴/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
۳۰۶/۱۹۹	۲	۱۵۳/۰۹۹	۵/۸۲۳	۰/۰۰۸	۰/۲۹۴	۰/۸۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات دل‌بستگی مادر- جنین در سه گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون که معنی دار بوده است، بین میانگین تعدیل شده نمره دل‌بستگی مادر- جنین بر حسب عضویت گروهی، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0/008$ ) توان آماری گزارش

شده نیز حدود ۰/۸ می‌باشد. به عبارتی دیگر علیرغم تأثیر معنادار پیش‌آزمون در نمرات آزمون نهایی، شیوه‌های مختلف مداخله توانسته است تفاوت معناداری پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در متغیر وابسته ایجاد کند. به منظور تعیین تفاوت بین روش‌های درمانگری مختلف از مقایسه‌های زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج مقایسه‌های زوجی دل‌بستگی مادر- جنین گروه مداخله و گروههای کنترل ۱ و ۲**

گروه	گروه	تفاوت میانگین	معناداری
مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی	گروه کنترل ۱	-۳/۱۵	۰/۱۸۶
	کنترل ۲	۷/۶۹	۰/۰۰۲
گروه کنترل ۱	کنترل ۲	۴/۵۴	۰/۰۵۶

نتایج مربوط به مقایسه‌های زوجی نیز نشان می‌دهد بین آموزش مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی با گروه کنترل ۲ (بدون مداخله) تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه

به میانگین‌ها نمرات دل‌بستگی مادر- جنین در گروه ایرانی- اسلامی به طور معنادار افزایش داشته که نشان دهنده تأثیر این برنامه آموزشی بر این گروه است

( $P=0/002$ ). اما بین گروه مداخله و گروه کنترل ۱ (مادری ذهن آگاهانه کلاسیک) تفاوت معناداری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر حاکی از آن بود که نمرات دلبستگی مادر- جنین در سه گروه تفاوت معناداری دارد و با بررسی مقایسه‌های زوجی مشخص شد که گروه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی- اسلامی فقط با گروه کنترل ۲ (بدون مداخله) تفاوت معناداری دارد و بین گروه کنترل ۱ (مادری ذهن آگاهانه کلاسیک) و گروه کنترل ۲ هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد.

با توجه به معناداری تفاوت بین گروه آموزش مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی- اسلامی و گروه کنترل ۲ می‌توان نتیجه گرفت که تلفیق فرهنگ و توصیه‌های دینی در برنامه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک، اثربخشی این برنامه را به طور معنادار در مادران ایرانی افزایش داده و این یافته همسو با تحقیقات گذشته مبنی بر تأثیر فرهنگ هر جامعه در شکل‌گیری و پدیدآیی یک اختلال (شامل نشانه‌ها، علایم و جنبه‌های مختلف شناختی، هیجانی، و غیره) و متعاقباً نوع درمان آن است (۳۰-۳۱) و همچنین در راستای تأیید الگوی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی (۲۸) نیز می‌باشد که نشان دهنده تأثیر این برنامه به طور همزمان، بر ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی مادر و ارتباط او با کودک متولد نشده‌اش، می‌باشد که منجر به افزایش اثربخشی آن بر میزان دلبستگی مادر- جنین شده است.

اما یافته‌های بدست آمده در زمینه عدم تفاوت بین گروه کنترل ۱ (مادری ذهن آگاهانه کلاسیک) با گروه کنترل ۲ (بدون مداخله) برخلاف نتایج تحقیقات گذشته بود (۲۰-۱۹) به طوری که Muzik و همکاران (۱۹) در پژوهش خود نشان داد که یوگای مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر دلبستگی مادر- جنین تأثیرگذار باشد و در گزارش خود

ادعان نمودند که بعد از ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای یوگای ذهن آگاهانه بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد و این نشان دهنده اثربخشی این برنامه بر میزان دلبستگی مادران به کودکان متولد نشده شان است که برخلاف نتیجه پژوهش حاضر می‌باشد.

شاید در تبیین این یافته از یک زاویه، بتوان به این نکته اشاره کرده که تمامی مادران شرکت کننده از نظر شاخص‌های سلامت در وضعیت عادی و غیر بالینی بودند و این پژوهش با هدف ارتقای سطح سلامت آن‌ها انجام گرفته بود. نزدیک بودن میانگین‌ها در سه گروه را شاید بتوان قابل توجیه دانست و تفاوت معنادار دلبستگی مادر- جنین در گروه مبتنی بر فرهنگ ایرانی- اسلامی می‌تواند به احتمال قوی نشان دهنده غنای این برنامه آموزشی و منطبق بودن آن با نیازهای افراد نمونه باشد.

به طور کلی در تبیین نتایج گزارش شده، می‌توان به اهمیت نقش منابع حمایتی درونی و بیرونی اشاره داشت؛ به طوری که پژوهش‌ها نشان داده‌اند کیفیت منابع حمایت درونی مادر برای مثال خودآگاهی (Self-awareness)، تنظیم هیجانی و بازشناسی نیازها (Recognition of needs) به عنوان یک عامل مهم در ارتقای سلامت رابطه مادر- نوزاد مطرح شده است (۴۸-۴۶) و یکی از حوزه‌های امیدوارکننده در رابطه با افزایش این منبع حمایتی درونی، ذهن آگاهی است که در عمل نشان دهنده افزایش تنظیم هیجانی و کاهش استرس‌های روانشناختی و اختلالات خلقی و به طور کلی اضطراب و استرس می‌باشد (۹،۴۹،۵۰).

از طرفی دیگر، با در نظر گرفتن اهمیت نقش فرهنگ ایرانی- اسلامی و تلفیق معنویت و توصیه‌های دینی سفارش شده در دوران بارداری و مشارکت دادن کودک در تمامی تمرینات از همان ابتدا، به این برنامه آموزشی غنای بیشتری داده شده و به عبارتی منبع حمایتی بیرونی مادر یعنی مذهب و فرهنگ او نیز توسعه یافته و به همین دلیل تأثیر این مداخله را بیشتر از نوع کلاسیک آن کرده است؛ به طوری که در واقع مذهب با ایجاد یک فضای حمایتی و «منبع وحدت یافتگی اجتماعی» برای فرد، بر

**تقدیر و تشکر**

این پایان نامه بخشی از رساله دکتری نویسنده اول است که در شورای پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس به شماره ۶۲/۳۱۲۸، و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه به شماره ۵۲د/۸۵۲ به ثبت رسیده و با حمایت دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. ضمن تشکر از مسئولین و اساتید محترم دانشگاه تربیت مدرس، از دکتر کتایون طلوعه متخصص زنان و زایمان شهر اصفهان و همچنین کلیه مراکز خانه بهداشت شهر اصفهان که در زمینه اجرای این پژوهش و معرفی زنان باردار واجد شرایط با اینجانب صمیمانه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

سلامت او تاثیر به سزایی داشته و این در حالیست که حمایت معنوی و مذهبی نیز مانند سایر اشکال حمایت اجتماعی می‌تواند منبع ارزشمندی برای عزت نفس، همیاری و کمک باشد. در این صورت این حمایت به افراد در مقابل استرس و رویدادهای ناخوشایند زندگی و اعمال بهترین رویه ممکن یاری می‌رساند<sup>(۵)</sup>.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد برنامه آموزش مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی- اسلامی می‌تواند دلبستگی مادر- جنین را که یکی از شاخص‌های مهم سلامت مادر- کودک شناخته شده افزایش دهد. لذا ضرورت پرداختن به چنین دوره‌هایی در کنار مراقبت‌های پزشکی می‌تواند در ارتقای سلامت مادر- کودک که یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی جوامع محسوب می‌شود سودمند باشد.

**فهرست منابع**

- 1- Lingeswaran A, Bindu H. Validation of Tamil Version of Cranley's 24-Item Maternal-Fetal Attachment Scale in Indian Pregnant Women. *J Obstet Gynecol India*. 2012;62(6):630-4.
- 2- Field T. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behav Dev*. 2011;34(1):1-14.
- 3- Snyder R, Shapiro S, & Treleaven T. Attachment theory and mindfulness. *J Child Family Studies*, 2011;21(5):709-17.
- 4- Ruschel P, Zielinsky P, Grings C, Pimentel J, Azevedo L, Paniagua R, et al. Maternal-fetal attachment and prenatal diagnosis of heart disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;174:70-5.
- 5- Maas AJB, Vreeswijk CM, Braeken J, Vingerhoets AJ, van Bakel HJ. Determinants of maternal fetal attachment in women from a community-based sample. *J Reprod Infant Psychol*. 2014;32(1):5-24.
- 6- Facello DC. Maternal/fetal attachment: associations among family relationships, maternal health practices, and antenatal attachment: ProQuest. Unpublished PhD. thesis, West Virginia University, 2008.
- 7- Mason Zachary S. The Role of Maternal Attachment: Its Effects on Postpartum Depression and Infant Social-emotional Development. Unpublished PhD. Thesis, Yeshiva University, New York, 2009.
- 8- Alhusen JL. Maternal-fetal attachment and neonatal outcomes: The role of emotional health and intimate partner violence in a sample of low income African American women. Unpublished PhD. Thesis, Johns Hopkins University. 2011.
- 9- Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*. 2007;1(2):105-15.
- 10- Orzech KM, Shapiro SL, Brown KW, McKay M. Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *J Posit Psychol*. 2009;4(3):212-22.
- 11- Beddoe AE. Mindfulness-based yoga during pregnancy: a pilot study examining relationships between stress, anxiety, sleep, and pain. Unpublished PhD. Thesis, University of California, San Francisco, 2007.



- 12- Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Women's Ment Health*. 2008;11(1):67-74.
- 13- Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):190-202.
- 14- Krongold KS. Mindfulness-based prenatal care and postnatal mother-infant relationships: California Institute Of Integral Studies; 2011.
- 15- Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Arch Women's Ment Health*. 2012;15(2):139-43.
- 16- Sivak K. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Pregnant Women with Previous Difficult Postpartum Mood: A Mixed Methods Exploratory Study. Unpublished MA. Thesis, BA, University of British Columbia, 2013.
- 17- Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Fisher BC, Wahler RG, Mcaleavey K, et al. Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. *J Emot Behav Disord*. 2006;14(3):169-77.
- 18- Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Singh J, Curtis WJ, Wahler RG, et al. Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification*. 2007;31(6):749-71.
- 19- Muzik M, Hamilton SE, Rosenblum KL, Waxler E, Hadi Z. Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. *Complement Ther Clin Pract*. 2012;18(4):235-40.
- 20- Sawyer Cohen J. Mindfulness and self-compassion in the transition to motherhood: a prospective study of postnatal mood and attachment. Unpublished PhD. Thesis. Columbia University, 2010.
- 21- Chung K-Y. Moderation Effects of Spirituality on Stress and Health. Unpublished PhD. Thesis, Arizona State University, 2010.
- 22- Dalmid SG, Robertson B, Carrion MM, Thompso W, Erskin N, Scrugg N, Palomequ FS, & Sniderma M. Spirituality, religiousness, psychosocial factors, and maternal-infant outcomes in Latina mother. *South Online J Nurs Res*, 2010;10(3):1-19.
- 23- Boelens PA, Reeves RR, Replogle WH, Koenig HG. The effect of prayer on depression and anxiety: maintenance of positive influence one year after prayer intervention. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(1):85-98.
- 24- Park CL, Edmondson D, Hale-Smith A, & Blank TO. Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle? *J Behav Med*, 2009;32(6): 582-91.
- 25- Cohen D, Yoon DP, & Johnstone B. Differentiating the Impact of Spiritual Experiences, Religious Practices, and Congregational Support on the Mental Health of Individuals With Heterogeneous Medical Disorders. *International J Psychology Religion*, 2009;19(2): 121-138.
- 26- Campbell JD, Yoon DP, & Johnstone B. Determining Relationships Between Physical Health and Spiritual Experience, Religious Practices, and Congregational Support in a Heterogeneous Medical Sample. *J Relig Health*, 2010;49(1): 3-17.
- 27- Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? *J Womens Health (Larchmt)*, 2008;17(5): 745-55.
- 28- Hefti R. Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*. 2011;2(4):611-27.
- 29- Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalifé S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Women's Ment Health*. 2010;13(3):249-57.
- 30- Jobson L. Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: The development of the 'threat to the conceptual self' model. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(4):368-81.
- 31- Jobson L, Moradi AR, Rahimi-Movaghar V, Conway MA, Dalgleish T. Culture and the Remembering of Trauma. *Clin Psychological Sci*. 2014;2(6):696-713.

- 32- American Psychological Association. Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 2003; 58: 377-402.
- 33- Majlesi MB. [BeharolAnvar; translate by AbolHasan Mosavi Hamedani]. Tehran, 1982. Persian.
- 34- Hore Ameli MH. [Vasaelo Shiee]. Pub: Islamiye, 1967. Persian.
- 35- Koleini-Razi MY. [Osoul Kafi; translate by Javad Mostafavi]. Tehran, 1990. Persian.
- 36- Mikhbor S. [Reihane Beheshti ya Farzand Saleh]. Pub: Nouroz Zahra, Ghom, 2003. Persian.
- 37- Javadi-Amoli A. [Mafatihol Hayat] . Pub: Asra, Ghom, 2013. Persian
- 38- Ahern NR, Ruland JP. Maternal-fetal attachment in African-American and Hispanic-American women. *J Perinat Educ*. 2003;12(4):27.
- 39- Lindgren K. A Comparison of Pregnancy Health Practices of Women in Inner-City and Small Urban Communities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(3):313-21.
- 40- Hart R, McMahan C. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Arch Women's Ment Health*. 2006;9(6):329-37.
- 41- Shieh C, Kravitz M. Severity of Drug Use, Initiation of Prenatal Care, and Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Marijuana and Cocaine/Heroin Users. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):499-508.
- 42- 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]. *I J N*. 2008;21(53):53-61. Persian.
- 43- Abasi E, Tafazzoli M, Esmaily H, Hasanabadi H. [The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health]. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2013;43(5):815-20. Persian.
- 44- Abasi E, Tahmasebi H, Hasani S, Nasiri-Takami GR. [Comparison of maternal and paternal fetal attachment in couples referred to HealthCare Centers in Sari]. *J Family Health*, 2012; 1(2): 13-18. Persian
- 45- Jamshidimanesh M, Astaraki L, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Haghani H. [Maternal-fetal attachment and its associated factors]. *Hayat*. 2012;18(5):33-45. Persian
- 46- Rhodes JM. Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can Help You Raise Children Who Thrive. *J Prenat Perinat Psychol Health*. 2004;19(1):83.
- 47- Snyder R, Shapiro S, Treleaven D. Attachment theory and mindfulness. *J Child Fam Stud*. 2012;21(5):709-17.
- 48- Bialy L. Impact of stress and negative mood on mother and child: Attachment, child development and intervention. *Diss Abstr Int*. 2006;67(05):104B.
- 49- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*, 1985; 8(2): 163-90.
- 50- Speca M, Carlson LE, Mackenzie MJ, Angen M. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) as an intervention for cancer patients. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. 2006:239-61.
- 51- Zadoosh S, Doust HN, Kalantari M, Tabatabaee SR. [Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavior Group Therapy with Religious Advice and Classic Cognitive-Behavior Group Therapy on the Quality of Marital Relationship of Women]. *Journal of Family Research*. 2011;7(1): 55-68. Persian.

## The Effect of Iranian-Islamic Mindful Motherhood Training on Maternal-fetal Attachment

Haghighat F., PhD<sup>1</sup>  
Hantoushzade Z., PhD<sup>4</sup>

\*Moradi AR., PhD<sup>2</sup>  
Allahyari AA., PhD<sup>5</sup>

Mazaheri MA., PhD<sup>3</sup>  
Pasandide A., PhD<sup>6</sup>

### Abstract

**Background & Aim:** Given the importance of maternal-fetal attachment in pregnancy period and its long-term influence on the health of mother and infant, the aim of this study was comparing the effectiveness of two methods of conventional mindful motherhood training and Islamic-Iranian based mindful motherhood training on maternal-fetal attachment.

**Material & Methods:** The sample consisted of 36 Primgravid pregnant mothers in their 3<sup>rd</sup> trimester referring to the health centers and gynecologists in the city of Isfahan. They participated voluntarily and then were randomly assigned to two experimental and one control groups. All the participants responded to the Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS) before and after the intervention. Data was analyzed by ANCOVA using SPSS-PC (v. 16).

**Results:** The findings showed that mother-fetus attachment was significantly different among the three groups ( $F=5/8$ ,  $P=0/008$ ) and the mean score of Islamic-Iranian based mindful motherhood group was higher than two other groups ( $\bar{x}_1= 104.9$ ,  $\bar{x}_2= 97.09$ ,  $\bar{x}_3= 95.00$ ).

**Conclusion:** Regarding the effectiveness of mindful motherhood training on maternal-fetal attachment, it is suggested that health care professionals consider these interventions along other conventional care methods.

**Key words:** Motherhood, Mindfulness, Iranian-Islamic, Attachment, Maternal- Fetal.

Received: 19 Nov 2014

Accepted: 19 Feb 2015

---

<sup>1</sup> Doctoral student, Department of psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Professor, Department of psychology, Faculty of Humanities, Kharazmi University, Tehran, Iran. (\*Corresponding author). Tel: +98 09369619839 Email: moradi90@yahoo.com

<sup>3</sup> Associate professor, Department of psychology, Faculty of Ethics Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

<sup>6</sup> Assistant professor, Faculty of Hadis Sciences, Quran & Hadis University, Qom, Iran.