

## مقاله‌ی پژوهشی

## مقایسه‌ی تاثیر آموزش رفتارهای دلبستگی با تن آرامی بر دلبستگی مادر با جنین و نوزاد در مادران نخست‌باردار

## خلاصه

**مقدمه:** این تحقیق با هدف مقایسه‌ی تاثیر آموزش رفتارهای دلبستگی و آموزش با تن آرامی بر دلبستگی مادر با جنین و نوزاد در مادران نخست‌باردار انجام شده است.

**روش کار:** در این کارآزمایی بالینی، ۱۲۶ خانم نخست‌باردار از جمعیت آماری زنان باردار مراجعه‌کننده به دو بیمارستان حافظ و شوشتری شیراز در سال ۱۳۸۹ به روش نمونه‌گیری آسان مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه ۴۲ نفری تحت آموزش تن آرامی، رفتارهای دلبستگی و گروه شاهد تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی و بارداری، پرسش‌نامه‌ی دلبستگی مادر با جنین کرانلی و برگه‌ی مشاهده‌ی رفتار دلبستگی مادر و نوزاد اوانت بود. برای گروه‌های آزمون، چهار جلسه‌ی دو ساعته‌ی آموزش رفتارهای دلبستگی و یا تن آرامی برگزار شد. گروه شاهد فقط مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت نمودند. نمره‌ی دلبستگی مادر با جنین، قبل از مداخله و در پایان ۱ ماه مداخله و پس از زایمان، در هر سه گروه، سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های مجذور خی، تحلیل واریانس، تی مستقل و تی زوجی و با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی دلبستگی قبل از مداخله در سه گروه، اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P=0/738$ ) ولی بعد از مداخله، در سه گروه اختلاف معنی‌داری نشان داد ( $P=0/003$ ). افزایش نمره‌ی دلبستگی در دو گروه آزمون بعد از مداخله، معنی‌دار بوده است ( $P<0/001$ )، ولی در گروه شاهد این اختلاف بعد از مداخله معنی‌دار نبوده است.

**نتیجه‌گیری:** آموزش رفتارهای دلبستگی و تن آرامی موجب افزایش دلبستگی مادر به جنین و نوزاد می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** تن آرامی، جنین، دلبستگی، مادر، نوزاد

منیره طوسی

کارشناسی ارشد مامایی، مربی گروه مامایی،  
دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

\*مرضیه اکبرزاده

کارشناسی ارشد مامایی، مربی گروه مامایی،  
مرکز تحقیقات مراقبت‌های روان جامعه‌نگر  
دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

نجف زارع

دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات  
ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز،  
ایران

فرخنده شریف

استاد گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت-  
های روان جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی  
شیراز، شیراز، ایران

\*مؤلف مسئول:

بیمارستان نمازی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی

حضرت فاطمه (س)، شیراز

akbarzadehmarzieh@yahoo.com

تلفن: ۰۷۱۱۶۴۷۴۲۵۰

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۷

تاریخ تایید: ۹۲/۷/۲۳

## پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه بوده و با تایید کمیته‌ی پژوهشی و حمایت مالی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، سیاست‌گذاری می‌گردد.

## Original Article

### Comparison of the effects of attachment behavior and relaxation training on maternal fetal attachment and infant in prime pregnant women

---

#### Abstract

**Introduction:** This study aimed to compare the effect of attachment behavior with relaxation training on maternal fetal attachment and infant prime pregnant.

**Materials and Methods:** This clinical trial was conducted on 126 pregnant prime gravida women. The participants consisted of pregnant women who referred to Hafiz and Shushtari hospitals in Shiraz. The method of sampling was simple sample into three groups: 42 patients were selected randomly and divided into three groups of relaxation training, attachment training and control. The instruments used included a form for demographic information, maternal fetal attachment (Cranly) questionnaire, and maternal neonatal (Avant) questionnaire. Experimental groups underwent four two-hour sessions of training courses on attachment behaviors during childbirth and relaxation. The control group received usual care during their pregnancy. Maternal fetal attachment scores were calculated before and at the end of the first three months in the three groups. Also, maternal attachment to the baby was measured through Avant sheet. The statistical software SPSS version 17 was used to analyze the data. Chi-square, T- test, and paired test were applied.

**Results:** The mean attachment score in three groups before the intervention was not significantly different ( $P=0.738$ ) but the mean scores after the intervention were significantly different in the three ( $P=0.003$ ). Increase in the attachment scores, after the intervention was significant among the groups ( $P=0.001$ ). But the difference in the control group after the intervention was not significant.

**Conclusion:** Education attachment behaviors and relaxation increase the attachment of the mother to the fetus and infant.

**Keywords:** Attachment, Fetus, Infant, Mother, Relaxation

---

*Monireh Toosi*

M.Sc. in midwifery, Instructor of midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

*\*Marzieh Akbarzadeh*

M.Sc. in midwifery, Instructor of midwifery, Community Based Psychiatric Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

*Najaf Zare*

Associate professor, Department of biostatistics, Infertility Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

*Farkhondeh Sharif*

Professor of nursing, Community Based Psychiatric Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**\*Corresponding Author:**

Namazi hospital, Holy Fatemeh faculty of nursing and midwifery, Shiraz, Iran  
akbarzadehmarzieh@yahoo.com  
Tel: +987116474250  
Received: Apr. 27, 2013  
Accepted: Oct. 15, 2013

---

#### Acknowledgement:

This study was extracted from dissertation and approved and financially supported by Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences. This research and the authors have no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Compare the effects of attachment behavior with relaxation training on maternal fetal attachment and infant in prime pregnant women. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 16(2): 142-9.

**مقدمه**

رفتارهای مادرانه‌ی بیشتری دارند که به نوبه‌ی خود می‌تواند بر سلامت مادر موثر باشد. از طرفی دلبستگی مادر با جنین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای ارتباط اولیه‌ی مادر و شیرخوار باشد و موجب ایجاد اعتماد به نفس بیشتر در ایفای نقش مادری و سازگاری بهتر مادر با شرایط بعد زایمان و پاسخ مثبت به رفتارهای شیرخوار گردد (۱۰). در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که افزایش آگاهی و مهارت در دوران بارداری باعث آمادگی خانم باردار برای زایمان، ارتقای سلامت وی و جلوگیری از مرگ و میر و عوارض دوران بارداری می‌شود. این آموزش‌ها می‌تواند تاثیرات مثبتی بر دلبستگی و توجه نوزاد و سلامتی وی داشته باشد، اگر چه عوامل متعددی بر روی این آموزش‌ها اثر می‌گذارند (۱۱). یکی از موثرترین راه‌های مقابله با تنش و ایجاد آرامش بر افزایش دلبستگی مادر، استفاده از روش‌های غیر دارویی می‌باشد. مطالعات نشان داده است که تن آرامی موجب آرامش و کاهش اضطراب می‌گردد. با توجه به نتایج به دست آمده از انجام تن آرامی در بارداری می‌توان آن را به عنوان یک فرصت مناسب برای آرامش فکر و ذهن و تمرکز حواس بر روی جنین و تصویرسازی مثبت نسبت به بارداری و افزایش رابطه‌ی دلبستگی مادر و جنین آزمود و به عنوان یک راهکار مناسب به کار برد. تن آرامی و تصویرسازی از جنین در طی حاملگی می‌تواند احساسات مادر باردار را نسبت به کودک متولد نشده، تقویت و به تطابق مادری با نقش خود کمک نماید. به علاوه سازگاری مثبت، افزایش یافته و به سلامت عمومی زن باردار و پیوند عاطفی مادر و جنین کمک می‌کند. تن آرامی موجب افزایش ترشح هورمون اندورفین یا هورمون ضد درد و کاهش ترشح هورمون آدرنالین می‌شود (۱۲). انجام صحیح تن آرامی، گردش خون فرد را بهبود می‌بخشد و تنش، اضطراب و افسردگی را با ایجاد نگرش مثبت‌تر و بهبود عملکرد مغزی، کاهش می‌دهد. آرام‌سازی، انرژی سلولی و اطمینان افراد را از طریق تسکین اضطراب آن‌ها، افزایش می‌دهد (۱۳). فیلد<sup>۴</sup> و همکاران معتقدند به کارگیری برنامه‌ی تن آرامی توسط کادر

بخشی از تکامل طبیعی نوزاد به تعامل بین مادر و نوزاد بستگی دارد که آن‌ها را از طریق واکنش‌های روانی و فیزیولوژیک به هم ارتباط می‌دهد. واکنش‌های عاطفی مادر و نوزاد، حکایت از فرایند پیچیده‌ای به نام دلبستگی است که در رشد و نمو نوزاد نقش اساسی دارد (۱). پیوند عاطفی بین مادر و کودک یکی از زیباترین ارتباطات و پدیده‌ای منحصر به فرد است (۲) و دلبستگی، رابطه‌ای گرم و پایا بین مادر و کودک است که تعامل آن‌ها را تسهیل می‌کند. پیوند، همان رابطه‌ی عاطفی مادر و نوزاد است که یک‌طرفه بوده و بلافاصله بعد زایمان شکل می‌گیرد. دلبستگی الگویی رو به تغییر است و ارتباط عاطفی شکل گرفته در طول بارداری، بعد زایمان با تماس چشمی، بویایی و لمسی مادر و نوزاد ارتقا می‌یابد (۳). مولر<sup>۱</sup> و پیلیت<sup>۲</sup> معتقدند که این دلبستگی از ابتدای بارداری ایجاد و به تدریج افزایش می‌یابد به طوری که در سه ماه سوم به اوج رسیده و تا بعد زایمان ادامه یافته، در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۴، ۵). در همین زمینه، مولر، دلبستگی پیش‌تولد را تعریف و از آن به عنوان ارتباط عاطفی منحصر به فردی یاد کرد که بین مادر و جنینش پدید می‌آید (۶). کرانلی<sup>۳</sup> اعتقاد دارد که تغییر در کیفیت رابطه‌ی مادر با کودک، قبل تولد شروع می‌شود (۷). در کودکان با مشکلات رفتاری، احساسی، بی‌اختیاری ادرار و افت تحصیلی، معمولاً بین آن‌ها و مادران در بارداری و بعد تولد، دلبستگی و روابط مهرآمیز وجود ندارد و این الگو در رفتار بزرگسالی آنان با کودک‌شان تکرار می‌شود (۸). افزایش دلبستگی مادر با جنین با تاثیر در بهبود روان مادر، سبب تمایل بیشتر وی به رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند ترک سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه‌ی مراقبت‌های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر شده و تمام این رفتارها سبب پیامد رضایت‌بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌گردد (۹). مادران تحت مداخلات آموزشی،

<sup>۴</sup>Field<sup>۱</sup>Muller  
<sup>۲</sup>Pillitte  
<sup>۳</sup>Cranley

پرستاری اثرات سودمندی در دوران بارداری داشته و این مداخلات می‌تواند برای بهبود پیامدهای زایمان برای زنان به خصوص زنان با اضطراب بالا به کار رود (۱۴). با توجه به تاثیرات فراوان آموزش‌های دوران بارداری بر دلبستگی مادر با جنین و نوزاد و نقش آن‌ها در سلامت مادران، پژوهشگر بر آن شد تا تاثیر تن‌آرامی و آموزش‌های دلبستگی را بر دلبستگی مادر با جنین و نوزاد در زنان نخست‌زا بررسی نماید.

### روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی است که در آن تاثیر آموزش‌های رفتارهای دلبستگی و تن‌آرامی بر میزان دلبستگی مادر با جنین و نوزاد، بررسی شده است. جامعه‌ی پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به دو بیمارستان شوشتری و حافظ شهر شیراز و گروه‌های مورد مطالعه در این پژوهش را ۱۲۶ نفر مادر باردار مراجعه‌کننده به این دو مرکز، تشکیل دادند که تمام این مادران دارای شرایط ذیل جهت ورود به مطالعه بودند: بارداری نخست، داشتن سن بین ۱۸-۳۵ سال، حداقل سواد راهنمایی، سن بارداری بین ۳۵-۳۲ هفته، نداشتن مشکل مامایی، تک‌قل و حاملگی خواسته، بودند. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری آسان مبتنی بر هدف، انتخاب و به طور مساوی در سه گروه آموزش تن‌آرامی، آموزش دلبستگی و شاهد قرار گرفتند. در ابتدا پژوهشگر به صورت مستمر و روزانه (به جز روزهای تعطیل) به دو مرکز منتخب جهت انتخاب نمونه‌های پژوهش مراجعه کرد. در ابتدا به افراد در صورت داشتن مشخصات بارداری، پرسش‌نامه‌ی دلبستگی مادر با جنین کرانلی<sup>۱</sup> جهت تعیین نمره‌ی دلبستگی مادر داده شد. در هر مرکز منتخب (بیمارستان‌های شوشتری و حافظ شیراز) ۶۳ نفر از افراد واجد شرایط، انتخاب شده و به روش تصادفی سیستماتیک در ۳ گروه ۲۱ نفره قرار گرفتند. روش انتخاب گروه‌ها با استفاده از قرعه‌کشی انجام شد و در هر مرکز، نفر اول به صورت تصادفی در گروه آموزش تن‌آرامی، نفر دوم در گروه آموزش رفتارهای دلبستگی و نفر سوم در گروه شاهد قرار گرفتند و نمونه‌گیری به همین ترتیب ادامه یافت تا تعداد نمونه‌ها در هر دو مرکز، کامل شد. ابزار مورد

استفاده در این پژوهش فرم مصاحبه (شامل اطلاعات فردی و بارداری)، پرسش‌نامه‌ی دلبستگی مادر با جنین کرانلی و برگه‌ی مشاهده‌ی رفتار دلبستگی مادر به نوزاد، بوده است. در پرسش‌نامه‌ی دلبستگی مادر با جنین کرانلی، رفتار مادر با جنین از ۵ جنبه بررسی می‌شود که شامل پذیرش نقش مادری (۴ عبارت)، ارتباط متقابل با جنین (۵ عبارت)، نسبت دادن خصوصیات به جنین (شامل ۶ عبارت)، تمایز بین خود و جنین (۴ عبارت) و از خود گذشته‌گی (۵ عبارت) است. پرسشنامه استاندارد شده دلبستگی مادر با جنین کرانلی بود که این پرسشنامه در ابتدا توسط کرانلی بکار گرفته شده و اعتماد و اعتبار آن به تایید رسیده است (۱۶). این پرسشنامه توسط خرم رودی در ایران ترجمه شده و روایی آن به روش روایی محتوا و پایایی آن با آزمون - آزمون مجدد و با ضریب همبستگی ( $r=0/85$ ) مورد تایید قرار گرفته است (۱۷).

جهت سنجش رفتارهای دلبستگی مادر با نوزاد از برگه‌ی مشاهده‌ی اوانت<sup>۲</sup> استفاده شد. این برگه (۴ گروه رفتارهای دلبستگی مادر با نوزاد که شامل رفتارهای مهرآمیز، رفتارهای حفظ نزدیکی - رفتارهای مراقبتی و توجه مادر به نوزاد) را بررسی می‌کند. رفتارها در مورد هر مادر برای ۱۵ دقیقه مشاهده می‌شود، ۳۰ ثانیه‌ی اول هر دقیقه را پژوهشگر به مشاهده‌ی رفتارها و ۳۰ ثانیه‌ی دوم را به ثبت آن‌ها می‌پردازد. به این ترتیب حداکثر رفتار مشاهده شده در ۱۵ دقیقه، ۱۵ بار است. از آن جایی که در مجموع ۱۱ رفتار برای ۱۵ دقیقه مشاهده می‌شود، حداکثر امتیاز کسب شده برای هر واحد مورد پژوهش ۱۶۵ می‌باشد. این چک لیست در ابتدا توسط Avant به کار رفته و روایی و پایایی آن سنجیده شده است (۱۸). در ایران نیز وکیلان و همکاران در مطالعه خود این ابزار را ترجمه کرده و روایی و پایایی آن را به دست آورده اند (۱۹).

برای گروه آموزش دلبستگی علاوه بر مراقبت‌های روتین، طی ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و در طول ۴ هفته (هر هفته یک جلسه) در زمان‌های مشخص شده، آموزش رفتارهای دلبستگی داده شد. آموزش‌های داده شده شامل تغییرات آناتومی، فیزیولوژی و هورمونی در بارداری و تاثیر این تغییرات بر جسم

<sup>2</sup>Questionnaire Avant

<sup>2</sup>Fetal Attachment Scale Cranley

نمی‌کشد، این روش را می‌توان در حالت درازکش یا نشسته بر روی صندلی انجام داد (۲۰).

به منظور اطمینان از انجام تن‌آرامی توسط زنان باردار در منزل، به آن‌ها چک‌لیست ثبت انجام تمرین در منزل داده شد و از مادران خواسته شد که حداقل روزی یک بار تمرین را انجام داده و در چک‌لیست مربوطه ثبت نمایند. در شروع جلسه‌ی بعدی پس از دریافت چک‌لیست، مطالب آموزشی هفته‌ی قبل مرور و به سئوالات افراد پاسخ داده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ و آمار توصیفی شامل جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار انجام شد و جهت بررسی همگنی سه گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون مجذور خی و تحلیل واریانس استفاده شد. جهت مقایسه‌ی گروه‌ها در مراحل مختلف از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه هر یک در دو مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله، از آزمون تی زوجی استفاده شد. در تمام آزمون‌های انجام شده، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مدنظر بوده است.

### نتایج

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که اکثر افراد، میانگین سنی  $24/28 \pm 4/4$  سال داشتند و  $92/2$  درصد زنان مورد مطالعه، خانه‌دار و  $7/8$  درصد ایشان شاغل بودند. میانگین طول مدت ازدواج زنان  $2/7 \pm 1/9$  سال بوده است. از نظر وضعیت مسکن نیز  $54/8$  درصد دارای مسکن شخصی و  $45/2$  درصد دارای مسکن استیجاری بودند.  $91/2$  درصد دارای روابط رضایت‌بخش با همسر و  $8/8$  درصد دارای رضایت متوسط از همسر بودند. سه گروه از نظر سن، تحصیلات، مدت ازدواج، متوسط درآمد، رضایت از همسر، جنس جنین و وضعیت مسکن، همگن بوده‌اند (جدول ۱). آزمون تی، اختلاف معنی‌داری در نمره‌ی دلبستگی سه گروه، قبل از مداخله نشان نداد لذا سه گروه از این نظر همگن بودند ( $P=0/738$ ) ولی اختلاف نمره‌ی دلبستگی بین سه گروه، یک ماه پس از ورود به مطالعه، معنی‌دار بوده است ( $P=0/003$ ) (جدول ۲).

آزمون تی زوجی از نظر میانگین رفتارهای دلبستگی مادر و جنین، یک ماه پس از ورود به تحقیق نشان داد که در دو گروه تحت تن‌آرامی و آموزش رفتارهای دلبستگی، اختلاف معنی‌داری در نمره‌ی قبل و بعد از مداخله وجود داشته است و

و روان مادر باردار، آشنایی با روش‌های غیر دارویی کاهش اضطراب از جمله آموزش رفتارهای دلبستگی مادر با جنین، چگونگی شکل‌گیری دلبستگی مادر با جنین و زمان شروع دلبستگی و علایم آن، نحوه‌ی تمرکز بر جنین و شناخت جنین به عنوان یک موجود مستقل، چگونگی انجام رفتارهای دلبستگی مورد نظر، داده شد و به اجرای عملی رفتار دلبستگی شامل لمس شکم، شناخت جنین، شمارش حرکات جنین و ثبت آن، تصور شکل ظاهری جنین به شکل مثبت، لمس جنین از روی شکم و حدس قرارگیری اعضای آن، شمارش حرکت جنین، آرام کردن جنین با لمس شکم، تصور در آغوش گرفتن و شیر دادن به او پرداخته شد.

در انتهای جلسات، چارت‌های مربوط به انجام عملی رفتار دلبستگی در منزل به مادران داده و بر انجام روزانه‌ی رفتارها در منزل و ثبت در چارت تاکید گردید. چارت در جلسه‌ی بعد از مادران تحویل گرفته شد. در صورت قرار گرفتن فرد در گروه آموزش تن‌آرامی، آموزش‌ها طی ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و در طول ۴ هفته (هر هفته یک جلسه) در زمان‌های مشخص داده شد که شامل تغییرات آناتومی و فیزیولوژی و هورمونی در بارداری، تاثیر تغییرات بارداری بر جسم و روان مادر باردار، راهکارهایی جهت تطابق بیشتر با تغییرات بارداری (تغذیه‌ی مناسب، بهداشت فردی، سلامت و بهداشت روان)، آشنایی با رشد و نمو جنین در ماه‌های مختلف بارداری، تاثیر تن‌آرامی بر کاهش اضطراب در بارداری و سلامت جسم و روان مادر، بهبود خواب و تغذیه‌ی مادر و دلبستگی مادر به جنین، در فرایند زایمان و لزوم انجام تن‌آرامی در مراحل زایمان و تاثیر آن در بهبودی بعد از زایمان و شیردهی و کاهش افسردگی بعد از زایمان توضیح داده شد.

در انتهای جلسات انجام عملی تن‌آرامی به روش بنسون<sup>۱</sup> انجام گردید. این روش تن‌آرامی بسیار آسان و بی‌خطر در بارداری است و عدم آسیب‌رسانی آن در مادران باردار نیز توسط متخصص زنان و روان پرستار از قبل، تایید گردید. امکان یادگیری این روش برای هر فردی آسان است و مدت انجام آن از نوک پا تا پیشانی، بیش از ۱۰-۲۰ دقیقه طول

<sup>۱</sup>Benson

بعد از ورود به تحقیق، نمره دلبستگی، افزایش یافته است (معنی داری مشاهده نگردیده است ( $P=0/444$ ) (جدول ۲).  
( $P<0/001$ )، اما در گروه شاهد در قبل و بعد از پذیرش، اختلاف

**جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای فردی**

معنی داری	شاهد		دلبستگی		تن آرامی		متغیرهای فردی	گروه متغیرها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۷۸	۴۲/۹	۱۸	۲۱/۴	۹	۱۴/۳	۶	راهنمایی	میزان تحصیلات
	۵۰	۲۱	۶۴/۳	۲۷	۶۱/۹	۲۶	دبیرستان و دیپلم	
	۷/۱	۳	۱۴/۳	۶	۲۳/۸	۱۰	دانشگاهی	
۰/۸۶۹	۴۲/۹	۱۸	۴۵/۲	۱۹	۵۲/۴	۲۲	پسر	جنس جنین
	۴۷/۶	۲۰	۴۲/۹	۱۸	۳۱	۱۳	دختر	
	۹/۵	۴	۹/۵	۴	۱۶/۶	۷	نامشخص	
۰/۲۴۱	۴/۸	۲	۱۱/۹	۵	۱۱/۹	۵	شاغل	شغل
	۹۵/۲	۴۰	۸۸/۸	۳۷	۸۸/۱	۳۷	خانه دار	

از نظر جنبه‌های مختلف دلبستگی بین سه گروه در ابتدای مطالعه، اختلاف معنی داری مشاهده نشد (جدول ۳) اما پس از مداخله در جنبه‌های نسبت دادن خصوصیتی به جنین ( $P=0/016$ ) و از خودگذشتگی ( $P=0/003$ ) تفاوت معنی داری بین سه گروه مشاهده شده است (جدول ۳). یافته‌ها نشان داد که میانگین کل رفتارهای دلبستگی مادر و نوزاد، در گروه‌های تن آرامی ( $11/1 \pm 1/1$ ) و دلبستگی ( $10/1 \pm 1/1$ ) و شاهد ( $11/5 \pm 1/5$ ) بوده است.

**جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره دلبستگی مادر با جنین قبل و بعد از مداخله و اختلاف آن به تفکیک گروه**

معنی داری	اختلاف قبل و بعد (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	بعد از مداخله (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	قبل از مداخله (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	گروه
<0/001	۲/۵ $\pm$ ۳/۴	۶۲/۶ $\pm$ ۴/۹	۶۰/۱ $\pm$ ۴/۷	تن آرامی
<0/001	۳/۷ $\pm$ ۴/۱	۶۴/۶ $\pm$ ۳/۵	۶۰/۸ $\pm$ ۴/۶	دلبستگی
0/444	۷ $\pm$ ۰/۸	۶۱/۱ $\pm$ ۵/۱	۶۰/۲ $\pm$ ۴/۵۶	شاهد
	۰/۰۳۵	۰/۰۰۳	۰/۷۳۸	معنی داری

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که در کل رفتارهای دلبستگی مادر به نوزاد بین گروه‌ها اختلاف معنی داری وجود داشته است ( $P<0/001$ ). جنبه‌های مختلف رفتارها علاوه بر کل رفتارها در سه گروه مقایسه شدند.

**جدول ۳- میانگین و انحراف معیار جنبه‌های مختلف رفتارهای دلبستگی مادر و جنین یک ماه بعد از مداخله در سه گروه زنان باردار**

معنی داری	شاهد		دلبستگی		تن آرامی		گروه‌ها رفتارهای دلبستگی
	(انحراف معیار $\pm$ میانگین)	(انحراف معیار $\pm$ میانگین)	(انحراف معیار $\pm$ میانگین)	(انحراف معیار $\pm$ میانگین)	(انحراف معیار $\pm$ میانگین)	(انحراف معیار $\pm$ میانگین)	
۰/۱۰	۱۴/۲ $\pm$ ۱/۳	۱۴/۷ $\pm$ ۰/۷	۱۴/۴ $\pm$ ۱/۹	تعامل با جنین			
۰/۴۶	۱۰/۵ $\pm$ ۱/۶	۱۰/۸ $\pm$ ۱/۱	۱۰/۹ $\pm$ ۱/۴	پذیرش نقش مادری			
۰/۳۳	۱۰/۱ $\pm$ ۱/۲	۱۰/۴ $\pm$ ۰/۹	۱۰/۱ $\pm$ ۱/۳	تمایز بین خود و جنین			
۰/۰۲	۱۵/۳ $\pm$ ۱/۷	۱۶/۵ $\pm$ ۱/۵	۱۵/۹ $\pm$ ۱/۷	نسبت دادن خصوصیتی به جنین			
۰/۰۰۳	۱۰/۹ $\pm$ ۱/۸	۱۲/۲ $\pm$ ۱/۷	۱۱/۴ $\pm$ ۱/۸	از خودگذشتگی			

آزمون آماری تحلیل واریانس اختلاف معنی داری را در رفتارهای مهرآمیز ( $P<0/001$ )، رفتارهای حفظ نزدیکی ( $P<0/001$ )، توجه مادر به نوزاد ( $P<0/001$ ) در سه گروه در اولین شیردهی نشان داد. هم‌چنین میانگین کل رفتارهای دلبستگی بین سه گروه در اولین شیردهی معنی دار بود ( $P<0/001$ ) (جدول ۴).

**جدول ۴- میانگین و انحراف معیار هر یک از جنبه‌های مختلف رفتارهای دلبستگی مادر و نوزاد در اولین شیردهی در سه گروه زنان**

معنی داری	شاهد (انحراف معیار± میانگین)	دلبستگی (انحراف معیار± میانگین)	تن آرامی (انحراف معیار± میانگین)	گروه‌ها
				رفتارهای دلبستگی مادر با نوزاد
<۰/۰۰۱	۱۳/۲±۵/۶	۲۵/۱±۷/۹	۲۲±۶/۶	رفتارهای مهرآمیز (احساسی)
<۰/۰۰۱	۴۱/۶±۴/۷	۴۴/۸±۱/۴	۴۴/۲±۲/۳	رفتارهای حفظ نزدیکی (مجاورتی)
۰/۰۸۹	۳/۷±۲/۶	۴/۵±۲/۴	۵/۱±۳/۸	رفتارهای مراقبتی
<۰/۰۰۱	۷/۳±۲/۹	۱۱/۵±۲/۹	۹/۸±۳/۳	توجه مادر به نوزاد
<۰/۰۰۱	۶۵/۸±۱۵/۵	۸۵/۹±۱۴/۶	۸۱/۱±۱۶	کل رفتارهای دلبستگی

**بحث**

همکاران طی پژوهشی نشان دادند که آموزش در دوره‌ی بارداری می‌تواند تاثیر مثبت بر دلبستگی مادر با جنین بگذارد (۲۷). تاثیر آموزش در دوران بارداری انکارناپذیر می‌باشد و آموزش‌هایی با هدف افزایش حساسیت مادران نسبت به فعالیت‌های جنین مانند حرکت جنین می‌تواند موجب افزایش دلبستگی مادر با جنین گردد (۲۸). همان طور که تحقیقات نشان داده است که برخی از مداخلات آموزشی، ارتباط و دلبستگی بین مادر و بچه به دنیا نیامده را افزایش می‌دهد (۲۹). مراقبت‌های قبل از تولد فرصت خوبی جهت ارزیابی دلبستگی مادر با جنین و انجام مداخلاتی جهت افزایش آن است (۳۰). بنا بر مطالعات، افزایش آگاهی و مهارت در مادران در طی بارداری در کوتاه‌مدت باعث افزایش اعتماد به نفس آن‌ها، دانش آن‌ها در مورد بارداری و تصمیم‌گیری بعدی در آن‌ها می‌شود که در درازمدت، باعث کاهش عوارض ناشی از تولد نوزاد کم‌وزن و اعمال این آگاهی‌ها و رفتارها در حاملگی‌های بعدی می‌شود (۳۱). از میان این برنامه‌های آموزشی، تن آرامی یکی از مهم‌ترین مداخلات غیر دارویی هستند که برای تطابق بهتر با بارداری و مشکلات آن به کار می‌رود. زیرا این مداخلات از طریق هیپوتالاموس بر روی عصب پاراسمپاتیکی اثر می‌گذارند و باعث کاهش مواردی مانند مقادیر ضربان قلب، فشارخون، متابولیسم بدن، سرعت تنفس و مصرف اکسیژن، آرامش و تسکین درد می‌شوند.

تن آرامی از جمله عمومی‌ترین درمان‌های طب مکمل مورد استفاده در پرستاری است که اجرای آن آسان، بی‌خطر، غیر تهاجمی و نسبتاً ارزان است (۳۲). فیلد و همکاران معتقدند به کارگیری برنامه‌ی تن آرامی توسط کادر پرستاری و مامایی، اثرات سودمندی در دوران بارداری داشته و می‌تواند برای

وقایع دلبستگی نه تنها بین مادر و کودک و دوره‌ی بعد از تولد است، بلکه از ارتباط مادر با جنین در دوران بارداری شروع می‌شود (۱۵). دلبستگی به فرزند از زمانی که زن بارداری خود را می‌پذیرد، شروع می‌شود و در طی ۳ ماه سوم این احساس عشق و علاقه و وابستگی به اوج خود می‌رسد. این دلبستگی بعد از بارداری به پایان نمی‌رسد بلکه بعد از زایمان هم ادامه می‌یابد (۲۱). بلوم<sup>۱</sup> چگونگی و کیفیت ارتباط بین مادر و نوزاد به دلبستگی مادر به جنینی که در حال شکل‌گیری است، بستگی دارد وی معتقد است که دلبستگی دوران بارداری می‌تواند دلبستگی ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان را پیشگویی نماید (۲۲). دلبستگی دوران بارداری تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با وظایف مادری نقش مهمی دارد. زنانی که در دوران بارداری روابط عاطفی زیادی با جنین خود داشته‌اند، پس از زایمان هم ارتباط بیشتری با نوزاد خود برقرار می‌کنند (۲۳). کارتر<sup>۲</sup> هم نشان داد که لمس شکم برای تشخیص اعضای مختلف جنین و برقراری ارتباط بیشتر مادر با جنین توسط زنان باردار حاملگی اول، موجب افزایش نیازهای دلبستگی بین مادر و نوزاد می‌شود (۲۴). ارتباط عاطفی مادر و کودک که در طول حاملگی به تدریج ایجاد می‌شود با تولد نوزاد و تبادل برخوردهایی از نوع تماس‌های چشمی، پوستی و صدای مادر شکوفا می‌شود (۲۵). نتیجه‌ی پژوهش کلی<sup>۳</sup> نیز نشان می‌دهد، دلبستگی مادر با جنین ارتباط مثبتی با آموزش‌های بهداشتی دارد (۲۶). بلینی<sup>۴</sup> و

<sup>1</sup>Bloom<sup>2</sup>Carter<sup>3</sup>Kelly<sup>4</sup>Bellieni

دلبستگی مادر با جنین و نوزاد تاثیر به‌سزایی داشته است. نظر به این که زنان در دوران بارداری از اختلالات اضطرابی و مشکلات روحی رنج می‌برند و این اختلالات می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات زیادی از جمله عدم علاقه و دلبستگی نسبت به جنین و نوزاد آینده باشد، توصیه می‌شود در این دوران علاوه بر مراقبت‌های معمول بارداری، برنامه‌های مدون آموزشی مانند تن‌آرامی و آموزش رفتارهای دلبستگی تنظیم شود تا بتوان با این آموزش‌ها میزان دلبستگی مادر را افزایش داده و به بهبود سلامت روان مادران کمک کرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج کلی این پژوهش نشان داد خانواده‌هایی که از اهرم آزار عاطفی و هم‌چنین غفلت و بی‌توجهی در مورد کودکان خود، بیشتر استفاده کرده‌اند، فرزندان آنها از میزان شفقت بر خود و سلامت روان کمتر و پایین‌تری در بزرگسالی برخوردار بوده‌اند. به همین دلیل می‌توان با افزایش آگاهی و آموزش‌های لازم به والدین از بروز ناهنجاری‌ها در جامعه، جلوگیری کرد و در پرورش افراد سالم به خانواده‌ها کمک نمود.

بهبود پیامدهای زیان‌مان برای زنان به خصوص زنان با اضطراب بالا به کار رود (۱۴). در تحقیق حاضر آموزش‌های تن‌آرامی و دلبستگی باعث افزایش دلبستگی مادر با جنین شده‌اند، علاوه بر این در طول بارداری، مادران باردار تمایل به تغییر رفتار و انجام رفتارهای بهداشتی دارند، به خصوص زمانی که باور کنند این رفتارها وضعیت سلامتی جنین‌شان را بهبود می‌بخشد (۳۳). روش‌های تن‌آرامی در بسیاری موقعیت‌ها مثل درد، تولد نوزاد، اضطراب و بی‌خوابی نیز موثر شناخته شده است و سبب می‌شود شخص، قدرت کنترل احساسات و رفتارهایش را به دست آورد (۳۴). این تمرینات، اضطراب و ناراحتی‌های جزئی و شایع دوران بارداری را تسکین می‌دهد (۱۲).

یکی از دلایل بی‌خوابی و یا اختلال خواب در این دوران اضطراب است (۳۴). تن‌آرامی باعث کاهش اضطراب و تنش، منجر به بی‌خوابی می‌گردد و از طرفی تن‌آرامی به خواب رفتن را نیز تسهیل کرده و موجب کاهش اضطراب و تنش‌های روحی و جسمی شده است (۳۵، ۳۶). یافته‌های این مطالعه مشخص کرد که آموزش‌های دلبستگی و تن‌آرامی بر

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

### References

1. Mohammadkhani P, Mohammadi M, Nazari M, Salavati M. [Preparation, validity and reliability of self-report measures of child abuse (CASRS) students in Iran]. International journal of the Islamic Republic of Iran 2003; 17(1): 26-38. (Persian)
2. Ghavam A. [Characteristics of psychological, behavioral, social, and sexual abuse: victims]. Proceeding at the conference of Iranian children and adolescents, 1997: 88-93. (Persian)
3. Mohammadkhani P, Delavar A, Mohammadi MR. [Quality of life and general health of the parents of abused children]. National journal of psychiatry and clinical psychology 2001; 5: 37-47. (Persian)
4. Norouzi F. [Child abuse and neglect background check on students 14-18 years old Tehran]. MS. Dissertation. Tehran Psychiatric Institute, 1993: 55-8. (Persian)
5. Ohadi B. [Human sexuality. Posted by Sadegh Hedayat]. 8<sup>th</sup> ed. Tehran: Sadegh Hedayat Publishing; 2006: 285-6. (Persian)



6. Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003; 2: 223-50.
7. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Selfcompassion and adaptive psychological functioning. *J Pers* 2007; 41: 139-54.
8. Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence Vict* 2002; 17: 639-53.
9. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* 2007; 41: 908-16.
10. Anzhdani E, Ghorbani N, Farahani H, Hatami J. [Moderating role of self-compassion, self-cohesion, self-esteem and awareness of the negative emotions associated with the experience of unpleasant events]. MA. Dissertation. Tehran University, Faculty of psychology and educational sciences, 2010: 60-150. (Persian)
11. Sadock BJ, Sadock VA. [Synopsis of psychiatry]. Rafiee H, Sobhanian Kh. (translators). Tehran: Arjmand; 2003: 1, 28-9. (Persian)
12. Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, Susan Nolen-Hoeksema. [Hilgard psychology]. Rafiee H, Samiei M, Arjmand M. (translators). 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Arjmand; 2001: 126-7. (Persian)
- Baird C. Development of risk assessment indices for the Alaska Department of Health and Social Services. In: Tataro T. (editor). Validation research in CPS risk assessment: Three recent studies. Occasional Monograph Series No.2. Washington DC. American Public Welfare Association; 1988: 84-142.
13. Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self Identity* 2007; 4: 263-87.
14. Vettese LC, Dyer CE, Wing LL, Christine W. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *Int J Ment Health Addiction* 2011; 9(5): 480-91.
15. Ghorbani N, Watson PJ, Zhuo C, Norballa F. Self-compassion in Iranian muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *Int J Psychol Relig* 2012; 22: 106-18.
16. Brody GH, Forehand R. Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *J Consult Clin Psychol* 2007; 54: 237-40.
17. Zuravin SJ. Child abuse, child neglect and maternal depression; Is there a connection? In: National Centre on Child Abuse and Neglect (ed) Child neglect monograph. Proceedings form a symposium. Washington, DC: Clearinghouse on Child Abuse and Neglect; 1988: 40-55.
18. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 245-70.
19. Coohy C. The role of friends, in-laws, and other kin in father- perpetrated child physical abuse. *Child Welfare* 2000; 79(4): 373-402.
20. Harter SL, Taylor TL. Parental alcoholism, child abuse, and adult adjustment. *J Subst Abuse* 2000; 11: 31-44.
21. Abbaszadeh M, Saadati M, Kasbogar H. [Domestic violence against psychological (sociological study of married women in the city of Tabriz)]. *Social security studies* 2010; 24: 61-90. (Persian)
22. Mikaeli L, Zamanloo Kh. [Prevalence study of child abuse and projected through depression and anxiety, parental attachment styles and mental health of adolescents]. *Journal of psychology of exceptional individuals* 2012; 2(5): 146-66. (Persian)
23. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol* 2008; 39: 267-85.
24. Mirkheshti H. [Examine the relationship between marital satisfaction and mental health]. MS. Dissertation. Rudhen: University of Rudhen, Faculty of psychology; 1996: 120-1. (Persian)
25. Hooman A. [Standardization of GHQ]. Tehran: Tehran University; 1998: 27. (Persian)

26. Tanakaa M, Wekerleb C, Schmuckc ML, Paglia-Boakd A. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 887-98.
27. Neff KD, McGeehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity* 2010; 9: 225-240.
28. Bahrami Ehsan H. Tahbaz Hosseinzadeh S. [Compare abuse, mental health and religious orientation in normal and runaways in Tehran]. *Journal of psychology and educational sciences* 2006; 1: 143-57. (Persian)
29. Abedi A, Lali M. [The relationship between parental history of abuse in childhood and depression in adulthood outpatient counseling center in Isfahan]. *Psychological studies* 2006; 4(4): 38-51. (Persian)
30. Springer K, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 517-30.
31. Mancini C, Van Ameringen M, McMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(5): 309-14.
32. Martsof DS. Childhood maltreatment and mental and physical health in Haitian adults. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(4): 293-9.

