

## ارزیابی اثربخشی مداخلات روانشناختی خانواده محور بر رضامندی زوجیت در مادران باردار و وزن تولد نوزادان

منصوره فضیلتی<sup>۱</sup>، غلامعلی افروز<sup>۲</sup>، احمد علی پور<sup>۳</sup>، صدیقه حنطوش زاده<sup>۴</sup>

۱. دانش آموخته دکتری تخصصی روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران، ۲. استاد ممتاز دانشگاه تهران، ۳. استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، ۴. دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۴/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۰۲)

### Efficacy of family-based psychological interventions on marital satisfaction of pregnant mothers and their infants' birth weight

Mansoorah Fazilati<sup>1</sup>, \*Gholam Ali Afrooz<sup>2</sup>, Ahmad Alipour<sup>3</sup>, Sedigheh Hantooshzadeh<sup>4</sup>

1. The graduate of psychology and education of exceptional children ph.D, Science and Research Branch, Islamic Azad university, Tehran, Iran, 2. Distinguished Professor of Tehran university, 3. Professor of Psychology in Payame Noor, 4. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received: Jul. 21, 2016- Accepted: Aug. 24, 2017)

#### Abstract

**Introduction:** The aim of the present study was to investigate the efficacy of family-oriented psychological interventions on marital satisfaction of pregnant mothers as well as their infant's birth weight. **Method:** population of this quasi-experimental comprised all pregnant women which were in their first quarterly of gestation and came to Madaen Hospital for gestation cares. 30 pregnant mother were chosen by convenient sampling and assigned to experimental and control groups. All of mothers completed Afrooz Marital Satisfaction Scale as pre- and post-test and also the weight of their infants was measured after birth. Experimental group underwent family-oriented psychological interventions for 16 consecutive sessions once a week. **Results:** Data analysis by ANCOVA and MANCOVA showed that family-oriented psychological interventions would improve marital satisfaction of pregnant mothers ( $p < .05$ ), as well as their infants' birth weight ( $p < .05$ ). **Conclusion:** These findings suggest the importance of implementation of family-oriented psychological interventions in gestation period and having educational programs to enhance psychological characteristics of pregnant women as well as increasing infants' birth weight.

**keywords:** marital satisfaction, infant's birth weight, family-oriented psychological interventions.

#### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی کارآمدی مداخلات روانشناختی خانواده محور بر رضامندی زوجیت مادران باردار و وزن تولد نوزادان آنها بود. روش: در این پژوهش شبه آزمایشی جامعه آماری را کلیه زنان باردار تشکیل دادند که در سه ماه اول بارداری بوده و برای مراقبت‌های دوران بارداری به بیمارستان مدائن مراجعه نمودند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ مادر برای گروه مداخله و گواه انتخاب شدند. کلیه مادران مقیاس رضامندی زوجیت افروز را بعنوان پیش-آزمون و پس-آزمون تکمیل کردند و وزن نوزاد آنها نیز پس از تولد اندازه‌گیری شد. برای گروه مداخله، ۱۶ جلسه پی در پی مداخلات روانشناختی خانواده محور بصورت هفته ای یکبار اجرا شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از ANCOVA و MANCOVA نشان داد که مداخلات روانشناختی خانواده محور موجب بهبود رضامندی زوجیت زنان باردار ( $p < .05$ ) و همچنین وزن تولد نوزادان آنها ( $p < .05$ ) شده است. نتیجه‌گیری: نظر به نتایج پژوهش، توجه به آموزش مداخلات روانشناختی خانواده محور در دوران بارداری و داشتن برنامه‌های آموزشی در راستای بهبود ویژگی‌های روانی زنان باردار و افزایش وزن تولد نوزاد ضرورت می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** رضامندی زوجیت، وزن هنگام تولد نوزاد، مداخلات روانشناختی خانواده محور.

## مقدمه

داشتن فرزند سالم از ابعاد مختلف زیستی، روانی و اجتماعی یکی از مهمترین اهداف بشر بوده و بشر در طول تاریخ برای دستیابی به این هدف به اقدامات مختلفی متوسل شده است. همراه با پیشرفت علم به ویژه علم پزشکی و روانشناسی و انجام تحقیقات علمی، روش‌های نوینی جهت داشتن فرزندان سالم‌تر ارائه شده است. در بررسی رگه‌های اصلی علل بسیاری از آسیب‌پذیری‌های زیستی، شناختی و عاطفی-روانی، وزن کم هنگام تولد نوزاد مورد توجه است. وزن تولد<sup>۱</sup> شاخصی بسیار مهم برای ارزیابی سلامت فرد تازه متولد شده محسوب می‌شود (ناسرین، کبیر، فرسل و ادبرگ، ۲۰۱۰؛ وانگا، فنگ و تسو، ۲۰۱۴) که در نهایت سلامت همه افراد جامعه را به دنبال دارد (سمبا، بلوم و اسکریمشو، ۲۰۰۱). وزن تولد اشاره به وزن نوزاد در اولین ساعت پس از تولد دارد که پیش‌بینی‌کننده مهمی برای سلامت جسمانی، عصب-روانشناختی و شناختی نوزاد است (آشتکار، کولکارنی، سداوارته و آشتکار، ۲۰۱۰).

تقسیم بندی نوزادان بر مبنای وزن هنگام تولد بر اساس توانایی‌ها و امکانات رشته پزشکی در ارائه خدمت به نوزادان تغییر کرده است. در سال ۱۹۶۰ نوزادان به دو گروه وزنی تقسیم شدند؛ طبیعی و کم وزن. نوزادان با وزن طبیعی شامل نوزادان با وزن تولد بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم است (چارنیگو، چسنت، لوبیانکو و کربی، ۲۰۱۰). کم وزنی هنگام تولد در مورد آن دسته از نوزادان به کار می‌رود که با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می‌شوند (لی و چانگ، ۲۰۰۵؛ برناب، سوریانو، البلاجو و همکاران، ۲۰۰۴).

با پیشرفت در مراقبت از نوزادان در دهه های ۷۰ و ۸۰ سده بیستم میلادی که منجر به زنده ماندن نوزادان با وزن کم شد، گروه نوزادان خیلی کم وزن نیز بر دسته بندی فوق افزوده شد که شامل نوزادانی با وزن هنگام تولد، کمتر از ۱۵۰۰ گرم است (ریسیو، سالیوان و کوهن، ۲۰۱۰). در سال های پایانی قرن بیستم این تقسیم بندی با اصلاح و گسترش همراه شد، به این ترتیب که نوزادان ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ گرم را خیلی کم وزن و نوزادانی که وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم داشتند بیش از حد کم وزن نامیدند (چارنیگو و همکاران، ۲۰۱۰؛ تمپل، رینولدز و آریتاگا، ۲۰۱۰). بر طبق بررسی‌های انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO)، از میان متولدین جهان در سال ۲۰۰۹، حدود ۳۰ میلیون نفر از کودکان با وزن کم متولد شده-اند که این تعداد حدود ۲۴ درصد کل متولدین را تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر در سطح جهانی از هر پنج نوزاد یک نوزاد با وزن کم متولد می‌شود که بیش از ۹۰ درصد آمار فوق مربوط به کشورهای در حال توسعه است (آکین، کامرت، توران و همکاران، ۲۰۱۰؛ الیزابت، کریشان و ویجی کومار، ۲۰۰۸؛ احسان پور، جوانمردی، عبدیزدان و ملبوسی‌زاده، ۱۳۸۴)؛ در ایران نوزادان با وزن کم هنگام تولد حدود ۱۰ درصد از نوزادان را شامل می‌گردند (مسیبی، فخرایی و موحدیان، ۱۳۸۳؛ اقبالیان، ۱۳۸۶).

وزن کم تولد علت ۶۰ درصد مرگ نوزادان در هفته اول زندگی است؛ از طرف دیگر، وزن کم تولد مهم‌ترین عاملی است که بر مرگ و میر و بیماری‌های دوره نوزادی و کودکی تاثیر می‌گذارد (وینگ‌ساختون و یوشیدا، ۲۰۱۰؛ اونی‌ریوکا، ۲۰۱۱). شواهد حاکی از آن است که نوزادان با وزن کم هنگام

1. birth weight

تولد ۴۰ برابر بیشتر از نوزادان با وزن عادی دچار بیماری و مرگ می‌شوند (موتایا، ۲۰۰۹؛ رفعتی، برنا، اخوی‌راد و فلاح، ۲۰۰۵). چنانچه این نوزادان زنده بمانند، در معرض آسیب‌هایی نظیر سوء‌تغذیه، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های قلبی، مشکلات عصبی - تحولی نظیر فلج مغزی و نقایص جسمانی قرار می‌گیرند. علاوه بر این، وزن کم تولد رشد عصبی، جسمانی و روانی کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (ناسرین و همکاران، ۲۰۱۰؛ وینگ‌ساختون و یوشیدا، ۲۰۱۰) و در سنین کودکی موجب آسیب جدی در حیطه های شناختی، هیجانی، رفتاری و مشکلات تحصیلی (تمپل و همکاران، ۲۰۱۰) می‌شود. کم وزنی با فراوانی ناتوانی‌های مختلف نظیر عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی یادگیری، مشکلات بینایی، مشکلات حرکتی و فلج مغزی ارتباط دارد. به عبارت ساده‌تر، مهم ترین خطر کم وزنی هنگام تولد بروز مشکلاتی است که کودکان را در حوزه استثنایی قرار می‌دهد. در حقیقت، تمام متغیرهایی که به نوعی می‌توانند با کم وزنی نوزادان به هنگام تولد در ارتباط باشند، پلی به سوی بدل ساختن نوزاد به فردی استثنایی محسوب می‌شوند (افروز، ۱۳۸۶ الف و ب). افزون بر این، این کودکان در سنین بزرگسالی در معرض خطر ابتلا به دیابت، اختلالات روده‌ای - معده - ای، بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته، اختلالات تنفسی و اختلالات متابولیکی قرار دارند (موتایا، ۲۰۰۹). وجود نوزادان کم وزن، جدای از تاثیر بر سلامت خود نوزاد، بر وضعیت سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی خانواده نیز تاثیرات ژرفی می‌گذارد. والدین این‌گونه کودکان بطور معمول در مورد ابتلا فرزند خود به عوارض طولانی مدت، دست نیافتن به رشد و

تکامل طبیعی و بطور کلی در مورد وضعیت سلامت و طبیعی بودن وی دچار نگرانی و اضطراب هستند (آهلوند، کلارک، هیل و ثالانگ، ۲۰۰۹).

بنابراین با توجه به عوارض و پیامدهای آسیب‌زایی که در ارتباط با پدیده کم وزنی هنگام تولد گفته شد، بررسی این پدیده و متغیرهای مرتبط با آن جهت تبیین این مسئله و طراحی اقدامات لازم به منظور کاهش آمار نوزادان با وزن کم هنگام تولد و پیشگیری از معلولیت و عوارض ثانوی آن ضروری به نظر می‌رسد.

در این میان وضعیت سلامت روان مادر از جمله متغیرهایی است که با وزن هنگام تولد نوزاد در ارتباط است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد حالات روان‌شناختی مادر در طی دوران بارداری با رشد جنین و سن حاملگی و وزن هنگام تولد نوزاد در ارتباط است (پاور و شالکین، ۲۰۰۵). در دهه گذشته عوامل روان‌شناختی مرتبط با وزن کم تولد مورد بررسی قرار گرفته است (ناسرین و همکاران، ۲۰۱۰) و نشان داده شد که افسردگی (چن و لین، ۲۰۱۱)، استرس (روندو، ۲۰۰۷؛ نانسا‌آمانکرا، لاجاک، هاسی و همکاران، ۲۰۱۰؛ روندو، فریرا، نگوییرا و همکاران، ۲۰۰۶؛ دودک شریبر، ۲۰۰۴؛ کای، ۲۰۰۹) و اضطراب (کای، ۲۰۰۹) در دوران بارداری با وزن کم تولد رابطه معنادار دارد. نارضایتی زناشویی یکی از علل اصلی اختلالات هیجانی مادر در دوران بارداری است که به نظر می‌رسد، می‌تواند سلامت روان مادر و به تبع آن وزن هنگام تولد نوزاد را تحت تاثیر قرار دهد. به اعتقاد افروز (۱۳۸۵) رضامندی زوجیت<sup>۱</sup> رضامندی متقابل زن و شوهر از جاذبه های روانی - جنسی

1. marital satisfaction

بنابراین انتظار می‌رود مداخلات روانشناختی خانواده محور بتواند به واسطه آموزش مهارت‌های مورد نیاز در زمینه افزایش سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی از جمله مهارت‌های شناختی و رفتاری جهت مدیریت روابط، تصمیم‌گیری و حل مسئله، کنترل خشم و مدیریت استرس به افزایش رضامندی زوجیت منتهی شود.

بنابراین همانگونه که قبلاً اشاره شد پدیده کم وزنی هنگام تولد به واسطه پیامدهای گسترده و اثرات مخرب بر سلامتی فردی و جامعه و نیز تحمیل هزینه‌های هنگفت بهداشتی و مراقبتی به موضوعی مهم در زمینه بهداشت عمومی بدل شده است که لزوم پرداختن به این پدیده مهم و عوامل مرتبط با آن را مشخص می‌کند. همچنین به نظر می‌رسد عوامل روانشناختی مادر همچون شادکامی و رضامندی زوجیت بر عوامل زیستی موثر بر وزن تولد (تغذیه مادر، تحرک مادر و ...) تأثیرگذارند این در صورتی است که بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه شناسایی عوامل موثر بر کم وزنی در ایران نشان می‌دهد که اکثر پژوهش‌ها با دید پزشکی و پیراپزشکی در گروه‌های علوم پزشکی و تغذیه کشور انجام شده و از عوامل روانشناختی مهم از قبیل رضامندی زوجیت تا حد زیادی چشم پوشی شده است. لذا این پژوهش بر آن است تا اثربخشی مداخلات روانشناختی خانواده محور را در افزایش رضامندی زوجیت مادران باردار و وزن هنگام تولد نوزادانشان مورد بررسی قرار دهد.

یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش و امنیت روانی در زندگی مشترک" است. رضامندی زوجیت یکی از عوامل محافظتی برای سازگاری مثبت در موقعیتهای پرتنش می‌باشد. میزان بالای رضامندی زوجیت با سطح پایین‌تر افسردگی، استرس، و بهبود کارایی در ارتباط است (کرش، هدوات، هیوسرکرام و وارفیلد، ۲۰۰۶). البته تأثیر فرایندهای روانشناختی مادر بر رشد و سلامتی جنین بسیار گسترده و فراگیر است. چرا که فضای درون رحمی پیوسته از هیجان‌ها و وضعیت روانی مادر تأثیر می‌پذیرد. این امر علت بسیاری از تفاوت‌های خلقی و رشدی در نوزادان است. متأسفانه دانش موجود در زمینه ساز و کارهایی که مسبب اثرگذاری تغییرات روانشناختی مادر بر رشد و سلامت جنین می‌شود بسیار ناچیز است، در حالی که درک چنین ساز و کارهایی برای تحول روش‌های درمانی و مداخله‌ای دارای اهمیت بالینی مهمی است (مولوی، موحدی و بنگر، ۱۳۸۸).

مداخله آموزشی خانواده محور به معنای ارائه اطلاعات به خانواده‌ها درباره مسایل مختلف و یا اختلالات روانی و روش‌های پیشگیری، مقابله و مواجهه با آنها است. هدف اصلی در مداخلات آموزشی خانواده محور ارتقاء نگرش و تغییر رفتار اعضای خانواده بویژه همسران است (سیلوا، توماس، کاتانو و آراگاک، ۲۰۰۶). در سطح فردی، هدف این مداخلات ایجاد حالت‌های روانشناختی مثبت است. در سطح خانوادگی نیز هدف اصلی، افزایش سطح تحمل و نیز دانش چگونه مواجهه و پاسخدهی عقلانی و مبتنی بر روابط عاطفی بین همسران می‌باشد (قاسم زاده نساچی، پیوسته‌گر، حسینیان و همکاران، ۱۳۸۹).

## روش

تمامی این زنان باردار نیز یک جلسه آموزشی و توجیهی برگزار شد.

## ابزار

۱) پرسشنامه رضامندی زوجیت (افروز، ۱۳۸۴): ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز فرم کوتاه ۵۱ سوالی است. این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز (۱۳۸۴) طراحی و سپس توسط افروز و قدرتی (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است. پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده که عبارتند از رضامندی عاطفی، رضامندی تعاملی، رضامندی نگرشی، رضامندی رفتاری، رضامندی حمایتی-اجتماعی، رضامندی هم-اندیشی، رضامندی مشکل‌گشایی (حل مسئله)، رضامندی منشی (شخصیتی)، رضامندی فرزندپروری و رضامندی مطلوب اندیشی. ضریب اعتبار کل مقیاس رضامندی زوجیت افروز به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شده است که آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۵ نشان دهنده اعتبار کل مقیاس بوده است. روایی همزمان نمرات زوجین در این مقیاس با نمرات آنها در پرسشنامه «رضامندی زناشویی انریچ» معنادار بوده است. مقیاس ساخته شده، بر اساس رویکرد ازدواج سالم، رویکرد شناختی-اجتماعی و تجارب بالینی در زمینه رضامندی زوجیت در بستر فرهنگ اسلامی-ایرانی ساخته شده و مناسب موقعیت‌های پژوهشی و بالینی است.

۲) بسته آموزشی مداخله: مداخله آموزش خانواده شامل سه بخش بود: بخش اول بسته آموزشی تدارک دیده شده توسط پژوهشگر بود که بصورت مجموعه آموزش‌های روانشناختی شامل مداخلات رفتاری-

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان باردار ساکن شهر تهران بود که در آبان ماه سال ۱۳۹۳ خورشیدی در سه ماهه اول بارداری قرار داشته و برای مراقبت‌های حین دوران بارداری به بیمارستان مدائن مراجعه کردند. گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند بدین صورت که از میان زنانی که برای مراقبت بارداری به بیمارستان مدائن مراجعه کرده بودند، تعداد ۳۵ نفر که در سه ماهه اول بارداری بوده و در تست سونوگرافی، احتمال تولد نوزاد کم وزن را داشتند و تمایل به شرکت در پژوهش را از خود نشان دادند، با توجه به معیارهای ورود (شامل برخوردار از سلامت عمومی، سن ۲۰ تا ۲۵ سال و زندگی با همسر) انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نظر برای مطالعه حاضر ۳۰ نفر در نظر گرفته شده بود که بصورت تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه معادل ۱۵ نفره مداخله و گواه تخصیص یابند، اما به دلیل ریزش احتمالی ۳۵ نفر وارد پژوهش شدند که ۳۰ نفر در پژوهش تا انتهای فعالیت همکاری نمودند. طرح این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با گروه گواه است. گروه نمونه یکبار پیش از آغاز آموزش و یکبار پس از اتمام آموزش به گروه مداخله (شامل ۱۶ جلسه هفتگی) مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و مقیاس رضامندی زوجیت را تکمیل کردند. همچنین در مرحله دوم اطلاعات مربوط به کودک نیز ثبت شد. به تمامی مادران گروه مداخله تا پایان بارداری هم در جلسات آموزشی و هم پس از اتمام آموزش، هفته ای یک بار جزوهای یک صفحه‌ای مشتمل بر نکات مرتبط با بارداری و سلامت جسمانی و روانی ارائه شد. برای همسران

جهت بررسی معناداری تفاوت رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن در دو گروه مداخله و گواه پس از بررسی مفروضه‌ها از جمله نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون و همسانی ماتریس‌های کوواریانس با استفاده از آزمون باکس از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری استفاده شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های رضامندی زوجیت از طریق آزمون هتلینگ برای گروه ( $F_{۴-۱۰} = ۵/۴۹, p < ۰/۰۵, P_2 = ۰/۵۴$ ) نشان داد که در حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به همین ترتیب برای مشخص شدن معناداری هر یک از مؤلفه‌ها و نمره کل رضامندی زوجیت، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری اجرا شد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری ارائه شده در جدول ۷ حاکی از آن است که گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه، پس از شرکت در مداخله، در نمره کل رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن، پس از کنترل تفاوت اولیه، نمرات بیشتری دریافت نموده است ( $p < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر افزایش میانگین نمرات رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن در پس آزمون برای گروه مداخله به واسطه مداخلات روانشناختی خانواده محور، از نظر آماری معنادار است. بنابراین این فرضیه پژوهش که «مداخلات روانشناختی خانواده محور موجب افزایش رضامندی زوجیت در مادران باردار می‌شود» تأیید می‌شود.

شناختی و اطلاعات نظری و علمی راجع به دوره بارداری، نحوه برخورد با همسر، و راهکارهای افزایش سلامت روان در ۱۶ هفته برای زنان باردار شرکت کننده در پژوهش بود که در بازه زمانی ماه سوم تا هفتم برگزار شد (جدول ۱). منابع مورد استفاده در این بخش شامل اجسی و گنکوز (۲۰۱۱)، بودفمن و همکاران (۲۰۱۱)، جی و همکاران (۲۰۱۱)، ویلیامز-باکوم، و همکاران (۲۰۱۰)، براملهوس و همکاران (۲۰۱۰)، گوردون و باکم (۲۰۰۹)، افروز (۱۳۹۳)، و کلینکه (۲۰۰۲؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۴) بودند. بخش دوم مشتمل بر یک جلسه آموزشی بود که برای همسران شرکت کنندگان برگزار شد. بخش سوم جزواتی آموزشی بودند که تا زمان وضع حمل بصورت هفتگی در اختیار شرکت کنندگان در پژوهش و همسران آنها قرار گرفت.

#### یافته ها

در این بخش ابتدا اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن مادران باردار و همسرانشان و سن ازدواج هر یک از آنها (جدول ۲)، میزان تحصیلات پدر و مادر و نوع ازدواج‌شان (جدول ۳)، جنسیت، ترتیب و فصل تولد نوزادان (جدول ۴) ارائه شده است.

در جدول ۵ و ۶ به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش شامل رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن و وزن هنگام تولد نوزاد در دو گروه مداخله و گواه ارائه شده است.

جدول ۱. مشروح جلسات مداخله آموزشی

هفته	محتوا
اول	آشنایی با گروه
	ارایه اهداف جلسات آموزشی
دوم	پخش فیلم مراحل رشد جنین
سوم	وزن نوزاد
	رضامندی زوجین
	سلامت روان
	پیشگیری از معلولیت ها
چهارم	شناسایی سیستم زناشویی خود
	مقابله با اختلافات زناشویی
پنجم	مهارت ارتباط موثر و گوش دادن
ششم	مهارت تفکر نقاد
	مهارت تفکر خلاق
هفتم	مدیریت استرس
	آموزش و تمرین آرامیدگی عضلانی
هشتم	نمایش فیلم "مغز"
	آنچه در ذهن مادر باردار می‌گذرد: سه ماه اول، سه ماه دوم، سه ماه سوم
	نکات مهم دوران بارداری
نهم	مهارت خودآگاهی
دهم	چگونه کودکی هوشمند داشته باشیم
یازدهم	مدیریت زمان
دوازدهم	راهبرهای مقابله‌ای
سیزدهم	مهارت کنترل خشم
چهاردهم	حل مساله و تصمیم گیری
پانزدهم	اهمیت دوران بارداری از دیدگاه اسلام
شانزدهم	اضطراب و افسردگی دوران بارداری و راه‌های مقابله با آن

جدول ۲. مشخصات توصیفی سن مادر و پدر

متغیر	کوچکترین	بزرگترین	میانگین	انحراف استاندارد
سن مادر	۲۰	۴۰	۳۰/۶۶	۴/۵۲
سن ازدواج مادر	۱۳	۳۶	۲۴/۶۲	۴/۲۹
سن پدر	۲۴	۵۹	۳۵/۴۳	۷/۱۴
سن ازدواج پدر	۲۱	۴۸	۲۸/۵۸	۴/۵۴

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای تحصیلات پدر و مادر و نوع ازدواج

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تراکمی
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۳	۱۰	۱۰
	دیپلم	۵	۱۶/۷	۲۶/۷
	فوق دیپلم	۲	۶/۷	۳۳/۴
	لیسانس	۱۴	۴۶/۷	۸۰/۱
تحصیلات مادر	بالتر	۶	۲۰	۱۰۰
	زیر دیپلم	۶	۲۰	۲۰
	دیپلم	۷	۲۳/۳	۴۳/۳
	فوق دیپلم	۴	۱۳/۳	۵۶/۶
نوع ازدواج	لیسانس	۱۰	۳۳/۳	۹۰
	بالتر	۳	۱۰	۱۰۰
	غیرخویشاوند	۲۴	۸۰	۸۰
	خویشاوند	۶	۲۰	۱۰۰

جدول ۴. مشخصات توصیفی متغیرهای فصل تولد، جنسیت و ترتیب تولد نوزاد

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تراکمی
فصل تولد	بهار	۱۰۲	۲۰/۵	۲۰/۵
	تابستان	۱۷۳	۳۴/۷	۵۵/۲
	پاییز	۹۶	۱۹/۳	۷۴/۵
	زمستان	۱۲۷	۲۵/۵	۱۰۰
جنسیت نوزاد	پسر	۲۶۸	۵۳/۸	۵۳/۸
	دختر	۲۳۰	۴۶/۲	۱۰۰
ترتیب تولد	اول	۲۹۶	۵۹/۴	۵۹/۴
	دوم	۱۷۸	۳۵/۷	۹۵/۱
	سوم	۲۴	۴/۸	۱۰۰



جدول ۵. مشخصات توصیفی متغیر رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن در گروه مداخله و گواه

متغیر		گروه		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
رضامندی زوجیت	مداخله	۱۶۷/۶۳	۲۰/۵۵	۱۹۰/۳۷	۹/۳۵		
	گواه	۱۶۷/۴۹	۲۳/۳۴	۱۶۴/۰۹	۲۴/۳۸		
رضامندی عاطفی	مداخله	۱۹/۴۵	۲/۸۳	۲۱/۳۲	۲/۰۵		
	گواه	۱۹/۳۵	۲/۸۲	۱۹/۱۹	۳/۴۲		
رضامندی تعاملی	مداخله	۱۷/۵۵	۳/۵۳	۲۱/۲۲	۱/۷۳		
	گواه	۱۸	۳/۱۵	۱۸/۴۵	۳/۷۲		
رضامندی نگرشی	مداخله	۲۴/۳۷	۳/۵۹	۲۶/۵۱	۱/۳۴		
	گواه	۲۴/۵۲	۷/۰۱	۲۳/۱۲	۳/۵۵		
رضامندی رفتاری	مداخله	۳۲/۹۶	۴/۷۱	۳۸/۹۹	۷/۴۲		
	گواه	۳۳/۵۱	۴/۴۱	۳۳/۲۵	۵/۲۸		
رضامندی حمایتی	مداخله	۱۷/۲۱	۲/۵۵	۱۸/۶۶	۱/۴۸		
	گواه	۱۶/۸۳	۲/۵۹	۱۶/۳۵	۲/۸۸		
رضامندی هم‌اندیشی	مداخله	۹/۹۰	۱/۶۰	۱۱/۴۲	۰/۷۹		
	گواه	۹/۵۷	۱/۷۱	۹/۳۲	۲/۰۴		
رضامندی مشکل‌گشایی	مداخله	۱۲/۴۹	۱/۵۷	۱۵/۱۴	۰/۸۹		
	گواه	۱۲/۷۶	۱/۷۰	۱۲/۷۷	۱/۹۳		
رضامندی منشی (شخصیتی)	مداخله	۹/۳۳	۱/۹۳	۱۰/۸۹	۰/۹۹		
	گواه	۹/۳۹	۱/۷۱	۹/۳۹	۱/۹۶		
رضامندی فرزندپروری	مداخله	۱۰/۲۸	۱/۳۱	۱۱/۲۷	۰/۷۲		
	گواه	۹/۹۱	۱/۳۶	۹/۲۳	۱/۷۸		
رضامندی مطلوب‌اندیشی	مداخله	۱۴/۰۹	۱/۸۰	۱۴/۹۵	۰/۹۳		
	گواه	۱۳/۶۵	۲/۰۱	۱۳	۲/۴۵		

جدول ۶. مشخصات توصیفی متغیر وزن تولد نوزاد در گروه مداخله و گواه

گروه	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
مداخله	۲۷۵۰	۳۶۵۰	۳۳۳۲	۱۸۵/۹۲
گواه	۲۶۹۰	۳۳۵۰	۳۱۸۰/۵۴	۲۳۰/۵۶

منصوره فضیلتی و همکاران: ارزیابی اثربخشی مداخلات روانشناختی خانواده محور بر رضامندی زوجیت در...

برای پاسخدهی به فرضیه مربوط به افزایش وزن تولد نوزادان بر اثر ارائه مداخلات روانشناختی خانواده محور به مادران باردار با توجه به وجود دو گروه مداخله و گواه و تنها یک مرحله اندازه گیری پس از بررسی مفروضه ها از جمله نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف و همگنی واریانس ها براساس آزمون لون، از آزمون  $t$  برای مقایسه دو گروه مستقل استفاده شد.

نتایج آزمون  $t$  نشان می دهد که تفاوت وزن تولد نوزادان در دو گروه مداخله و گواه ( $t=3/978$ ،  $p<0/05$ ) معنادار است. بنابراین مداخلات روانشناختی خانواده محور در گروه مداخله باعث افزایش معنادار وزن نوزادان نسبت به گروه گواه شده است.

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری

متغیر	SS	df	MS	F	Sig	$\eta^2 P$
نمره کل رضامندی زوجیت	۶۹۸۱/۰۹	۱	۶۹۸۱/۰۹	۱۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۶۶
رضامندی عاطفی	۵۳/۹۹	۱	۵۳/۹۹	۱۳/۱۹	۰/۰۱	۰/۶۹
رضامندی تعاملی	۶۹/۷۸	۱	۶۹/۷۸	۱۸/۳۶	۰/۰۱	۰/۷۵
رضامندی نگرشی	۱۰۷/۲۳	۱	۱۰۷/۲۳	۱۱/۹۹	۰/۰۱	۰/۶۸
رضامندی رفتاری	۳۸۳/۲۱	۱	۳۸۳/۲۱	۱۰/۷۹	۰/۰۱	۰/۶۶
رضامندی حمایتی-اجتماعی	۳۷/۹۵	۱	۳۷/۹۵	۲۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۶۸
رضامندی هم اندیشی	۴۳/۸۲	۱	۴۳/۸۲	۳۵/۸۶	۰/۰۱	۰/۹۰
رضامندی مشکل گشایی	۶۲/۳۴	۱	۶۲/۳۴	۱۲/۹۰	۰/۰۱	۰/۶۹
رضامندی منشی	۲۴/۲۹	۱	۲۴/۲۹	۲۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۸۴
رضامندی فرزند پروری	۴۱/۲۹	۱	۴۱/۲۹	۱۱/۲۶	۰/۰۱	۰/۶۷
رضامندی مطلوب اندیشی	۳۴/۶۹	۱	۳۴/۶۹	۲۷/۶۷	۰/۰۱	۰/۸۴

جدول ۸. نتایج آزمون  $t$  مستقل برای مقایسه وزن تولد نوزادان در دو گروه

متغیر	t	Sig
وزن تولد	۳/۹۷۸	۰/۰۱

## نتیجه گیری و بحث

نتایج پژوهش حاکی از آن است که مداخلات روانشناختی خانواده محور منجر به بهبود رضامندی زوجیت در مادران نوزادان شده است. از نتایج همسو با یافته این پژوهش می‌توان به پژوهش‌های الماسی و همکاران (۲۰۱۳)، نظری، خانی و دولتشاهی (۱۳۹۰)، رحمانی، شفیع‌آبادی، موتابی و کیامنش (۱۳۹۰)، آگاه، جان‌بزرگی و غفاری (۱۳۹۳) اشاره کرد که اثربخشی مداخلات روانشناختی را بر افزایش رضامندی زناشویی تأیید کرده‌اند. فشارهای روانی دوران بارداری، چه بر اثر فشارهای درون خانوادگی باشد و چه ناشی از منابع بیرونی، می‌تواند بر سلامت مادر و جنین اثرات منفی بگذارد؛ همچنین باید در نظر داشت که تنش‌ها و استرس‌های روانشناختی، منبعی مهم برای کاهش رضایت زناشویی محسوب می‌شوند بنابراین انتظار می‌رود که مداخلات روانشناختی با بهبود بهداشت روانی، کنترل استرس و فشارهای روانی و کاهش مشکلات تعاملی والدین، افزایش رضامندی زوجیت را بدنبال داشته باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات روانشناختی خانواده محور منجر به افزایش وزن نوزادان متولد شده می‌شود. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که حالات روانی مادر در دوران بارداری بر سلامت جنین تأثیر می‌گذارد (تگتوف و همکاران، ۲۰۱۱؛ بورس‌دورف، ۲۰۰۵؛ گیلمن، ۲۰۰۲؛ موسسه ملی سلامت، ۲۰۰۳؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶). از نتایج بدست آمده با توجه به پژوهش‌های گسترده می‌توان چنین نتیجه گرفت که احتمالاً کیفیت ارتباطی مطلوب و افزایش رضامندی با کاهش تنش و فشارهای روانی و در نتیجه با فراهم کردن حالات

روانی مطلوب برای مادران، تأثیر بسزایی بر وزن نوزادان به هنگام تولد دارد. از طرفی پژوهش‌های دیگر به مسائل بهداشتی در کاهش وزن نوزادان اشاره دارند که از آن جمله مطالعه نوبیل، رافائل، التومار و پابویا (۲۰۰۷)، هوکاما و بینز (۲۰۰۹)، توروس-آرولا، کنستانتینو-کاساس، فلورس-هرناندز و همکاران (۲۰۰۵) و موتایا (۲۰۰۹) به تغذیه ناکافی دوران بارداری؛ مطالعه حسینی، قوامی، سلیم‌زاده و افتخار (۲۰۰۹)، کولیر و هوگو (۲۰۰۷)، نوبیل و همکاران (۲۰۰۷)، ریمه، راتنرا، ریمه و همکاران (۲۰۰۶)، لی و چانگ (۲۰۰۵) و هوکاما و بینز (۲۰۰۹) به استعمال سیگار؛ مطالعه هوکاما و بینز (۲۰۰۹)، تبچارون، پینجارون، سوانراث و کریساناپین (۲۰۰۹)، چن، لین و لیو (۲۰۱۰)، لی و چانگ (۲۰۰۵) و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹) به سن مادران در هنگام بارداری؛ مطالعه دارمستات، کومار، یاداو و همکاران (۲۰۰۸)، بالاجی، سانکار و ناندانگیا (۲۰۱۰) و WHO (۲۰۰۹) به فاصله بین تولد فرزندان؛ مطالعه کولیر و هوگو (۲۰۰۷)، حسینی و همکاران (۲۰۰۹)، هلرستت، پریه، لاندو و همکاران (۱۹۹۸) به بارداری‌های ناخواسته؛ مطالعه برومیکر، گلام، بارچ، گفین و همکاران (۲۰۰۴)، کالکارنی و کاریان (۱۹۹۰)، مگنوس، برگ و بی‌جرکدال (۱۹۸۵) به ازدواج‌های خویشاوندی و مطالعه مورای، اوریلی، بتس و همکاران (۲۰۰۰)، لاناری، سیلوستری و روسی (۲۰۰۹)، چودک، فلش، دیویچ و شالو (۲۰۰۹)، التر، اویار و کاواک (۲۰۰۴) به ترتیب تولد، اشاره کرده‌اند که این عوامل می‌توانند بر وزن نوزادان هنگام تولد تأثیرگذار باشند. بنابراین، به نظر می‌رسد وجود آگاهی در مورد دوران بارداری و عوامل خطر مربوط به این دوره می‌تواند با تحریک رفتارهای سالم، رعایت مسائل بهداشتی و کاهش

رفتارهای مضر در مادران، بر رشد بهینه جنین در دوره بارداری تاثیر مثبت داشته باشد و موجب حفظ سلامت زنان باردار و بدنبال آن تولد نوزاد با وزن طبیعی شود. لذا با توجه به اینکه افزایش آگاهی مادران در زمینه های ذکر شده در بسته آموزشی این پژوهش لحاظ شده است، یافته مذکور قابل توجیه است. همچنین از عوامل تبیین کننده این یافته می توان به اصلاح نگرش والدین علی الخصوص مادر در برنامه های آموزشی اشاره کرد؛ نگرش والدین نسبت به بارداری به دو قسمت بارداری برنامه ریزی شده و بارداری بدون برنامه ریزی تقسیم می شود (کیلی، بیرچارد و دیکینسون و همکاران، ۲۰۰۴)، در حالی که حاملگی برنامه ریزی شده واقعه ای خوشایند برای خانواده است، بارداری ناخواسته آثار نامطلوبی بر مادر، نوزاد و نهایتاً کل خانواده به جا می گذارد و نگرش والدین به بارداری و خواسته بودن آن پیش بینی کننده بسیار مهمی برای وزن تولد نوزاد است (کیلی و همکاران، ۲۰۰۴). به عبارت دیگر کم وزنی هنگام تولد یکی از پیامدهای حاملگی ناخواسته است (هامبرت، سیول، زولینگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ کیلی و همکاران، ۲۰۰۴؛ اگلستون، تسویی و کاتل چاک، ۲۰۰۲). لذا با توجه به آنچه گفته شده به نظر می رسد مداخله این پژوهش با استفاده از تکنیک های شناختی نگرش مادران نسبت به بارداری را تحت تاثیر قرار داده و از این رهگذر بر وزن هنگام تولد نوزادشان مؤثر بوده است. در بعد دیگر تبیین نتایج اینکه، ماهیت روانشناختی مداخلات خانواده محور، بهداشت روانی و سلامت عمومی والدین و خانواده را هدف قرار داده است که بهداشت روانی شیوه سازگاری آدمی با دنیاست؛ انسان هایی که موثر، شاد و راضی هستند، ثبات خلق دارند و از نظر

اجتماعی هشیارانه رفتار می کنند. به نظر می رسد حالات روان شناختی مادر در طی دوران بارداری با رشد جنین، سن حاملگی و وزن هنگام تولد نوزاد ارتباط دارد (پاور و شالکین، ۲۰۰۵). مطالعات اخیر پیشنهاد می کنند که افسردگی، اضطراب و استرس دوران بارداری به الگوهای رفتاری جنین شکل می دهند که در نهایت بر رشد رفتاری دوره نوزادی نیز تأثیر دارند. در دهه گذشته عوامل روان شناختی مرتبط با وزن کم تولد مورد بررسی قرار گرفته است (ناسرین و همکاران، ۲۰۱۰) و نشان داده شده که افسردگی (چن و لین، ۲۰۱۱) استرس (رونودو، ۲۰۰۷؛ نانسآمانکرا و همکاران، ۲۰۱۰؛ رونودو و همکاران، ۲۰۰۶؛ دودک شریبر، ۲۰۰۴؛ کای، ۲۰۰۹) و اضطراب (کای، ۲۰۰۹) دوران بارداری با وزن کم تولد رابطه معنادار دارد. بنابراین، انتظار می رود که مداخلات روانشناختی در ابعاد مختلف با افزایش آگاهی والدین، ارتقاء ویژگی های شناختی که دانش بیشتر در ارتباط با دوران حاملگی و رشد نوزاد را فراهم می آورد، بهبود ویژگی روانی و عاطفی والدین که مناسبات افزایش سلامت روانی را بدنبال دارد، زمینه و بستر را برای رشد جنین فراهم کرده و از این رهگذر افزایش وزن نوزاد را بدنبال داشته باشد. در واقع، می توان بیان داشت که احتمالاً مداخلات روانشناختی آموزشی خانواده محور با کاهش تنش های روانی و محیطی مادران باردار می توانند تجربه کمتر استرس را به دنبال داشته باشند و این کاهش استرس به معنای کاهش میزان فعالیت شاخه سمپاتیک دستگاه اعصاب خودمختار و کاهش هورمون های استرس در بدن مادر است؛ کاهش فعالیت شاخه سمپاتیک و کاهش سطح هورمون های استرس در بدن مادر منجر به بهبود

متابولیسم و فرایند تولید بافت و اندام در بدن جنین شده و به این ترتیب ذخایر غذایی و انرژی بیشتری در دسترس جنین بوده و در فرایند مورفوژنز تعداد و اندازه سلول‌ها بیشتر خواهد شد که نتیجه نهایی آن افزایش وزن نوزاد حین تولد است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به در دسترس بودن نمونه، محدودیت در حجم نمونه، عدم کنترل سایر متغیرهایی که می‌توانند وزن هنگام تولد را تحت تأثیر قرار دهند از جمله میزان تحرک و وضعیت تغذیه مادر، شغل مادر و غیره و اجرای برنامه آموزشی صرفاً روی مادران اشاره کرد لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت دستیابی به نتایج با اعتبار بیشتر این موارد در نظر گرفته شوند.



## منابع

- آگاه، ل.، جان‌بزرگی، م.، غفاری، ع. (۱۳۹۳).  
اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری گروهی بر  
افزایش رضامندی زناشویی زنان دارای تعارض  
زناشویی (با مقیاس اسلامی). *روانشناسی و دی‌ن*،  
۲(۲۶)، ۶۱-۸۰.
- رحمانی، م. ع.، شفیع‌آبادی، ع.، موتابی،  
ف.، کیامنش، ع. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی زوج  
درمانی گروهی رفتاری- شناختی و گروه‌درمانی  
شناختی- رفتاری بر میزان رضایت زناشویی و  
افسردگی جانبازان. *روانشناسی تربیتی*، ۲(۶)، ۴۷-  
۶۳.
- قاسم‌زاده نساجی، س.، پیوسته‌گر، م.، حسینیان،  
س.، موتابی، ف.، بنی‌هاشمی، س. (۱۳۸۹). اثربخشی  
مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و  
راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان، ۴ (۱)،  
۳۵-۴۳.
- کلینکه، ک. (۲۰۰۲). *مهارت‌های زندگی*. ترجمه  
محمدخانی، ش. ۱۳۸۴. چاپ ششم، جلد ۱. تهران:  
نشر اسپند هنر.
- مسیبی، ز.، فخرایی، ح.، موحدیان، الف.، ح.  
(۱۳۸۳). بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر تولد نوزادان  
کم وزن در بیمارستان مهدیه تهران به مدت یکسال.  
*فصلنامه علمی پژوهشی فیض (دانشگاه علوم  
پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان)*، ۳۰،  
۶۷-۶۵.
- احسان پور، س.، جوانمردی، ز.، عبدیزدان، ز.، و  
ملبوسی زاده، م. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه ای رشد  
کودکان با وزن تولد کم و طبیعی تا دو سالگی در  
مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *فصلنامه  
تحقیقات پرستاری و مامایی*، (۳۰)، ۳۵-۳۹.
- افروز، غ. (۱۳۸۶ الف). بررسی تحلیلی رابطه وزن  
نوزدان به هنگام تولد و فراوانی آسیب‌های زیستی،  
شناختی و حرکتی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*،  
۲(۲)، ۱۲۳-۱۳۱.
- افروز، غ. (۱۳۸۶ ب). *اصول و روش‌های  
پیشگیری از معلولیت*. تهران، ایران: انتشارات  
دانشگاه تهران.
- افروز، غ. (۱۳۸۵). مقایسه رضامندی زوجیت  
والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی.  
*مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۰، ۳۱۸-۳۳۶.
- افروز، غ.، قدرتی، م. (۱۳۹۰). *ساخت و  
هنجاریابی مقیاس رضایتمندی همسران افروز (فرم  
کوتاه)*. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشکده  
روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۱، ۳-۱۶.
- افروز، غ. (۱۳۹۳). *مبانی روان‌شناختی خانواده و  
رابطه زن و شوهر با تأکید بر حقوق عاطفی متقابل*.  
مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت.
- اقبالیان، ف. (۱۳۸۶). بررسی عوامل مرتبط با کم  
وزنی هنگام تولد. *مجله بیماری‌های کودکان ایران*،  
۱۷، ۲۳-۲۶.

- مولوی، ح.، موحدی، م.، بنگر، م. (۱۳۸۸). رابطه فشار روانی مادر در دوران بارداری با نمره آپگار و وضعیت بدنی نوزاد. *فصلنامه دانشگاه اصفهان*، ۷، ۲۱-۱۵.
- نظری، و.، خانی، پ.، دولتشاهی، ب. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده و زوج درمانی تلفیقی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۲)، ۱۶۹-۱۴۳.

## References

- Ahlond, S., Clarke, P., Hill, J., & Thalange, N. K. S. (2009). Post- traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 year's post-partum. *Arch Womens Med Health*, 12, 261-264.
- Akin, Y., Cömert, S., Turan, C., Ünal O., Piçak, A., Ger, L., & Telatar, B. (2010). Increasing low birth weight rates: deliveries in a tertiary hospital in Istanbul. *Iranian Journal of Pediatrics*. 20(3), 284-290.
- Almasi, A., & et al. (2013). Religious cognitive - behavior therapy (RCBT) on marital satisfaction OCD patients, *Procedia-social and behavioral sciences*, 84, p. 504-508.
- Ashtekar, S. V., Kulkarni, M. B., Sadavarte, V. S., Ashtekar, R. S. (2010). Analysis of birth weights of a rural hospital. *Indian Journal of Community Medicine*: 35(2), 252-255.
- Balaji, K., Sankar, S., & Nandagopa, B. (2010). Low birth weight of newborns: magnitude of the problem seen in a 100 bed hospital of a rural area in vellore district, Tamil Nadu (India). *Indian Journal of Community Medicine*, 35(2), 362-364.
- Bernabe, J. V., Soriano, T., Albaladejo, R., Juarranz, M., Calle, M., Mart nez, D., & Dom uez-Rojas, V. (2004). Risk factors for low birth weight: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 3° 15.
- Bromiker, R., Glam-Baruch, M., Gofin, R., Hammerman, C., & Amitai, Y. (2004). Association of parental consanguinity with congenital malformations among Arab newborns in Jerusalem. *Clinical Genetics*. 66, 63° 66.
- Charnigo, R., Chesnut, L. W. T., LoBianco, T., & Kirby, R. S. (2010). Thinking outside the curve, part II: modeling fetal-infant mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(44), 1-11.
- Chen, C. H., & Lin, H. C. (2011). Prenatal care and adverse pregnancy outcomes among women with depression: A nationwide population-based study. *Can J Psychiatry*, 56(5), 273-280.
- Chen, W. C., Lin, M. J., & Liu, J. T. (2010). Maternal age as a crucial factor between low birth weight and crime: Evidence from Taiwan's National data ° A research note. *Social Science Research*, 39, 1047-1058.
- Chodick, G., Flash, S., Deoitch, Y., & Shalev, V. (2009). Seasonality in birth weight: review of global patterns and

potential causes. *Human Biology*, 81(4), 463° 477.

- Collier, S. A., & Hogue, C. J. (2007). Modifiable risk factors for low birth weight and their effect on cerebral palsy and mental retardation. *Maternal Child Health J.*, 11, 65° 71.

- Darmstadt, G. L., Kumar, V., Yadav R., Shearer, J. C., Baqui, A. H., Awasthi, S., Singh, J.V., Mehrotra, H., Srivastava, K., Gupta, A., Sharma, A., Winch, P. J., & Santosham, M. (2008). Community perceptions of birth weight in rural Uttar Pradesh, India: implications for care of low-birth-weight infants. *Journal of Perinatology*, 28, 53° 60.

- Dudek-Shriber, L. (2004). Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 509° 520.

- Eggleston, E., Tsui, A., & Kotelchuck, M. (2002). *Unintended Pregnancy and low birth weight in Ecuador*. Department of Maternal and child Health, University of North Carolina at Chapel Hill, USA.

- Elizabeth, K. E., Krishnan, V., & Vijayakumar, T. (2008). Umbilical cord blood nutrients in low bright weight babies in relation to birth weight and gestational age. *Indian J Med Res.*, 128, 128-133.

- Elter, K., Ay, E., Uyar, E., & Kavak, Z., N. (2004). Exposure to low outdoor temperature in the midtrimester is associated with low birth weight. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44, 553° 557.

- Hellerstedt, W. L., Pirie, P. L., Lando, H. A., Curry, S. J., McBride, C. M., Grothaus, L. C., & Nelson, J. C. (1998).

Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. *Am J Public Health*. 88(4), 663° 666.

- Hokama, T. & Binns, C. (2009). Trends in the prevalence of low birth weight in Okinawa, Japan: a public health perspective. *Journal Compilation ActaPeadiatrica*, 98: 242-246.

- Hosseini, M., Ghavami, B., Salimzadeh, H., & Eftekhari, H. (2009). Low birth weight and its relation to unwanted pregnancies; A cohort Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 7(1), 23-32.

- Humbert, L., Saywell, R. M., Zollinger, T. W., Priest, C. F., Reger, M. K., & Kochhar, K. (2010). The Effect of Pregnancy Intention on Important Maternal Behaviors and Satisfaction with Care in a Socially and Economically At-Risk Population. *Matern Child Health J*, 13(3), 32-37.

- Kay, R. E. (2009). *Maternal Stress and Infant Outcomes: The Impact of perinatal anxiety on pregnancy and delivery outcomes*. A thesis submitted in partial fulfillment of the Requirements for the degree of Bachelor of Arts with Honors in Psychology in the University of Michigan.

- Keeley, R. D., Birchard, A., Dickinson, P., Steiner, J., Dickinson, L. M., Rymer S, et al. (2004). Parental attitudes about a pregnancy predict birth weight in a low-income population. *Ann Fam Med.*, 2, 145-149.

- Kersh, J., Hedvat, T. T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50: 883° 893.



- Kulkarni, M. L., & Kurian, M. (1990). Consanguinity and its effect on fetal growth and development: a south Indian study. *J Med Genet.* 27, 348° 352.
- Lanari, M., Silvestri, M., & Rossi, G. A. (2009). Respiratory syncytial virus risk factors in late preterm infants. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 22(S3), 102° 107.
- Li, Y. M., & Chang, T. K. (2005). Maternal Demographic and psychological factors associated with low birth weight in eastern TAIWAN. *Kaohsiung J Med Sci.*, 21, 502° 510.
- Magnus, P., Berg, K., Bjerkedal, T. (1985). Association of parental consanguinity with decreased birth weight and increased rate of early death and congenital malformations. *Clin Genet.*, 28, 335-342.
- Murray, L. J., O reilly J., Betts, N., Patterson, C., Davey, S., & Evans, A. E. (2000). Season and outdoor ambient temperature: effects on birth weight. *Obstetricians and Gynecologists*, 96(5), 689-694.
- Muthayya, S. (2009). Maternal nutrition & low birth weight - what is really important? *Indian J Med Res.*, 130, 600-608.
- Nasreen, H., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2010). Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: Results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*, 10, 1-8.
- Nkansah-Amankra, S., Luchok, KJ., Hussey, JR., Watkins, K., Liu, X.(2010). Effects of maternal stress on low birth weight and preterm birth outcomes across neighborhoods of South Carolina, 2000-2003. *Matern Child Health J*;14(2):215-26.
- Nobile, C. G. A., Raffaele, G., Altomare, C., & Pavia, M. (2007). Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. *BMC Public Health*, 7,192- 200
- Onyiriuka, A. N. (2011). Low-birth-weight infants in twin gestation. *Curr Pediatr Res.*, 15(1), 37-41.
- Power, M. L., & Schulkin, J. (2005). *Birth, Distress and Disease*. London, UK: Cambridge University Press; P 183.
- Rafati. S., Borna, H., Akhvirad, M. B., & Fallah, F. (2005). Maternal determinants of giving birth to low birth weight neonates. *Arch Iranian Med.*, 8(4), 277-281.
- Reime, B., Ratnera, P. A., Tomaselli-Reime, N., Kelly, A., Schuecking, B. A., & Wenzlaff, P. (2006). The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Social Science & Medicine.* 62, 1731-1744.
- Riccio, C. A., Sullivan, J. R., & Cohen, M. J. (2010). *Neuropsychological assessment and intervention for childhood and adolescent disorders*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; P 307.
- Rondó, P. (2007). Maternal stress / distress and low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction - A review. *Current Women's Health Reviews*, 3, 13-29.
- Rondo, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H., & Artes R. (2006). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation .

*European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 266° 272.

- Semba, R. D., Bloem, M. W., & Scrimshaw, N. S. (2001). *Nutrition and health in developing countries*. Humana Press Inc.; p 57.

- Silva, R., Thomas, M., Caetano, R., & Aragaki, C. (2006). Preventing low birth weight in Illinois: outcomes of the family case management program. *Matern Child Health J.*, 10, 481-488.

- Tabcharoen, C., Pinjaroen, S., Suwanrath, C., Krisanapan, O. (2009). Pregnancy outcome after age 40 and risk of low birth weight. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 29(5), 378° 383.

- Temple, J. A., Reynolds, A. J., Arteaga, I. (2010). Low Birth Weight, Preschool Education, and School Remediation. *Education and Urban Society*. 42(6), 705° 729.

- Torres-Arreola, L. P., Constantino-Casas, P., Flores- Hernández, S., Villa-Barragán, J. P., & Rendón-Macías, E. (2005). Socioeconomic factors and low birth weight in Mexico. *BMC Public Health*, 5(20), 1-7.

- Viengsakhone, L., & Yoshida, Y. (2010). Factors affecting low birth weight at four central hospitals in Vientiane, LAO PDR. *Nagoya J. Med. Sci.*, 72, 51-58.

- Wanga, P., Fang, L., & Tsou, K. (2014). The Growth of Very-low-birth-weight Infants at 5 Years Old in Taiwan. *Pediatrics and Neonatology*. 55, 114-119.

- World Health Organization (2006). *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system*. Geneva: World Health Organization.

- World health organization. (2009).

*Medical genetic services in developing countries: the ethical and social implications of genetic testing and screening*. Geneva: World Health Organization.

