

بررسی تأثیر شمارش حرکات جنین بر میزان دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶

مریم مسگرزاده^۱، سهیلا ربیعی پور^۲، سیما فرجی^۳*

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۴

چکیده

پیش زمینه و هدف: این مطالعه با هدف تعیین تأثیر شمارش حرکات جنین بر میزان دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست باردار انجام شد. **مواد و روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۱۰ زن نخست باردار، از مراجعین به مراکز درمانی تأمین اجتماعی ارومیه بصورت نمونه گیری در دسترس، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها سه پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت روان GHQ28 و پرسشنامه دلبستگی کرانلی بود. قبل از مداخله، پرسشنامه کرانلی و جمعیت شناختی برای هر دو گروه تکمیل شد. پس از آموزش شمارش حرکات جنین به گروه مداخله، فرم شمارش حرکات و روبان به آنان داده شد و خواسته شد بمدت دو هفته هر روز، حرکات جنین را شمرده و یادداشت کنند و روبان را گره بزنند. گروه کنترل از مراقبتهای معمول بارداری برخوردار شدند. پس از دو هفته فرم ثبت حرکات جنین و روبان از گروه مداخله تحویل گرفته شد و هر دو گروه مجدداً پرسشنامه کرانلی را تکمیل نمودند. میانگین نمرات دلبستگی مادر به جنین در دو گروه با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آزمون های تی زوجی، تی مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شد. **یافته ها:** میانگین و انحراف معیار نمره دلبستگی، قبل از مداخله در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $0/55 \pm 3/87$ و $0/48 \pm 3/93$ بوده که از لحاظ آماری معنی دار نبوده است ($p = 0/523$). در حالی که این میزان بعد از مداخله به ترتیب $0/54 \pm 3/84$ و $0/45 \pm 4/06$ بوده که از لحاظ آماری معنی دار بود ($p = 0/030$).

نتیجه گیری: شمارش حرکات جنین توسط مادر در طول بارداری موجب افزایش دلبستگی مادر به جنین می گردد. این امر بهداشت روانی و سلامت اجتماعی مادر و سلامت جنین را ارتقاء می بخشد.

واژه های کلیدی: شمارش حرکات جنین، دلبستگی مادر به جنین، زنان نخست باردار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره دهم، پیاپی ۱۲۳، ۱۳۹۸، ص ۸۱۷-۸۱۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۷۵۱۷۹

Email: email: simafaraji42@gmail.com

مقدمه

شعف کرده و به آرامش می رسد (۳). دلبستگی مادر به جنین معمولاً از ابتدای بارداری شروع می شود و بتدریج درطول حاملگی افزایش یافته و در سه ماهه سوم به اوج خود می رسد. نحوه دلبستگی مادر به جنین در دوران بارداری می تواند کیفیت این رابطه را در پس از زایمان، هنگام تعامل با نوزاد شیرخوار و در الگوی دلبستگی بعد از تولد، پیشگویی کند. به عبارت دیگر رفتارهای مادر با نوزاد نتیجه دلبستگی دوران بارداری است (۴۵). شیوع و شدت رفتارهای

فرآیند مادر شدن یکی از مهمترین وقایع لذت بخش و تکاملی زنان است. در این میان اصطلاح دلبستگی مادر به جنین^۱ که برای توصیف رابطه بین زن باردار و جنین او به کار می رود، یک عنصر کلیدی در حاملگی محسوب می شود (۱،۲). به عقیده بالبی^۲ دلبستگی ارتباط روانی پایدار بین دو انسان بوده که با افراد خاص در زندگی برقرار می شود و فرد هنگام تعامل با آنان احساس نشاط و

^۱ هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی، علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار دانشکده پرستاری مامایی، علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

¹ Maternal Fetal Attachment

² Bowlb

³ Saastad

دلبستگی در افراد مختلف متفاوت بوده و با پیشرفت سن حاملگی بخصوص پس از احساس اولین حرکات جنین در هفته‌های ۲۲-۱۸ بارداری، بیشتر می‌شود. زنانی که دلبستگی بیشتری دارند، تعامل بهتری با نوزاد خود داشته، میزان اضطراب و افسردگی کمتر و پیامد حاملگی بهتری خواهند داشت. این مادران در انجام اقدامات بهداشتی سالم‌تر از قبیل: تغذیه مناسب، خواب و استراحت کافی، ورزش مناسب، انجام مراقبت‌های بارداری بطور منظم، تمایل به شناخت جنین در طی بارداری، خرید وسایل و لباس‌های نوزاد، اجتناب از مصرف الکل و سیگار کوشا تر هستند. این عوامل مجموعاً می‌توانند در رشد ابعاد شخصیتی کودک مانند: ترغیب حس کنجکاوی، اجتماعی بودن، ایجاد استقلال و اعتماد بنفس و سلامت روان او تأثیر بسزایی داشته باشند (۴،۶). مطالعات نشان می‌دهند زنانی که حرکات جنین خود را در طول حاملگی می‌شمارند، اینکار علاوه بر خود مراقبتی و توجه به سلامت جنین، در جلوگیری از نتایج ناگوار حاملگی هم مؤثر بوده است. میزان پایین دلبستگی مادر به جنین می‌تواند از علل بدرفتاری انفعالی با جنین، عدم انجام به موقع مراقبت‌های بهداشتی و میزان بالای اضطراب و افسردگی باشد که منجر به ایجاد نتایج ناگوار حاملگی می‌گردند (۴). دلبستگی ناایمن میان مادر و نوزاد، تکامل عاطفی و ذهنی او را کاهش می‌دهد و باعث بروز رفتارهای پرخطرانه، تمایل به فرار از مدرسه و عدم توانایی در ایجاد ارتباطات طولانی مدت در او می‌شود (۷). عوامل متعددی بر روی دلبستگی مادر به جنین تأثیر دارند که از آن جمله می‌توان به عوامل دموگرافیک مانند: سن مادر، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، سن بارداری، وضعیت اقتصادی مانند: میزان درآمد، وضعیت مسکن، مسائل روانی- اجتماعی مانند: اعتماد بنفس، رضایت زناشویی، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، سازگاری، اضطراب و افسردگی، مسائل اعتقادی و فرهنگی مانند: داشتن اعتقادات خرافی، شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان و مسائل باروری مانند: تجربه حاملگی قبلی، حاملگی پرخطر، تعداد زایمان و جنس جنین اشاره کرد (۸، ۹). مادران دلبستگی عاطفی خود را به جنین با رفتارهایی مانند صحبت کردن با جنین، لمس جنین از روی شکم و توجه به حرکات جنین نشان می‌دهند و مداخلات می‌توانند ارتباطات بین مادر و جنین را افزایش داده و رفتارهای دلبستگی را، ارتقاء بخشند (۱). ارتقاء دلبستگی مادر به جنین در پذیرش نقش والدی، پیامد خوب حاملگی، ارتباط آینده مادر و کودک، رشد و تکامل کودک و ارتقای سلامت مادر و کودک، نقش مهمی را ایفا می‌کند (۹، ۱۰). همچنین افزایش دلبستگی مادر به جنین بر روی رفتار والدین پس از تولد تأثیر گذاشته و در تربیت کودک، مؤثر است (۱۱) از آن جاییکه مادر شدن نوعی بحران محسوب می‌شود و آماده کردن زن باردار جهت پذیرش نقش مادری یکی از

مسئولیت‌های مهم ماما می‌باشد، ایجاد دلبستگی مادر به جنین و حمایت‌های روانی از مادر و توجه به نیازهای روانشناختی او در طول مراقبت‌های بارداری بسیار مهم بنظر می‌رسد (۱۲). در مطالعه‌ای که سنستاد^۳ در مارس ۲۰۱۲ در نروژ در مورد تأثیر شمارش حرکات جنین انجام داد، بیان داشت که گروهی که شمارش حرکات جنین را در سه ماهه آخر بارداری انجام دادند استرس و اضطراب کمتری داشتند (۱۳) با توجه به اینکه در کشور مراقبت‌های روتین دوران بارداری اغلب، به شکل جسمانی بوده و به نیازهای روانشناختی زن باردار کمتر توجه می‌گردد (۹) و از آنجائیکه ثبت حرکات جنین توسط مادر یک رفتار دلبستگی آسان، غیرتهاجمی و بدون هزینه است، لذا مطالعه فوق با هدف تعیین تأثیر شمارش حرکات جنین بر روی میزان دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی به روش کارآزمایی بالینی است. این مطالعه بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد شماره IR.UMSU.REC.1396.172 و از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و واحدهای مربوطه جهت همکاری در طرح، انجام گرفت. نمونه‌های مورد مطالعه به تعداد ۱۱۰ نفر از میان زنان باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند. حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از توان آزمون به میزان ۹۰ درصد و سطح خطای ۵ درصد برای هر گروه ۴۳ نفر برآورد شد که با احتساب ریزش نمونه‌ها به میزان ۲۰ درصد، به ۵۵ نفر در هر گروه ارتقاء یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۳۵-۱۸ سال، حداقل داشتن سواد ابتدایی، آشنایی به زبان فارسی یا ترکی، ملیت ایرانی، بارداری نخست، نداشتن سابقه سقط و نازایی، حاملگی تک قلو، سن بارداری بین ۳۴-۲۸ هفته، کسب نمره روان کمتر از ۲۲ از پرسشنامه سلامت روان GHQ28، نداشتن خونریزی واژینال در بارداری فعلی، نداشتن فشارخون بارداری، نداشتن بیماری قلبی و دیابت، نداشتن سوء مصرف مواد و مصرف دخانیات، نداشتن سابقه مرگ عزیزان در شش ماه اخیر و نداشتن سابقه اختلالات روانی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز هرگونه مشکلات مامایی شامل خونریزی واژینال، افزایش فشارخون بارداری، بروز دیابت در حین بارداری، مرگ داخل رحمی جنین، پارگی زودرس کیسه آب و بروز استرس حاد در زندگی در طول مطالعه مثل مرگ عزیزان بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش سه پرسشنامه به شرح زیر بود: ۱- پرسشنامه مشخصات فردی

شامل: اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات بارداری که توسط محقق طراحی شده و شامل: سن مادر، میزان تحصیلات، وضعیت مسکن، میزان درآمد، سن بارداری، رضایت از جنس جنین، وضعیت اشتغال و رضایت زناشویی بود. ۲- پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی^۳ که دارای ۲۴ عبارت و پنج خرده مقیاس در سه بعد زیر می‌باشد: الف) بعد شناختی شامل: تمایز خود از جنین (۴ سؤال) و نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین (۶ سؤال) ب) بعد احساسی یا عاطفی: از خود گذشته‌گی یا فداکاری (۵ سؤال) ج) بعد رفتاری: تعامل با جنین (۴ سؤال) و پذیرش نقش مادری (۵ سؤال). پاسخ دهی پرسشنامه به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای به شکل: قطعاً خیر (۱)، خیر (۲)، مطمئن نیستم (۳)، بلی (۴)، قطعاً بلی (۵) می‌باشد. سؤال ۲۲ این پرسشنامه برعکس نمره دهی می‌شود و به شکل قطعاً خیر (۵)، خیر (۴)، مطمئن نیستم (۳)، بلی (۲) و قطعاً بلی (۱) بوده و حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر آن ۱۲۰ می‌باشد. میانگین نمره‌ها با تقسیم حاصل جمع نمره‌ها بر تعداد گزینه‌ها بدست آمد. امتیاز بیشتر نمایانگر دلبستگی بیشتر می‌باشد (۱۴). پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط مطالعات متعدد به تأیید رسیده است. این پرسشنامه در ایران توسط خرم رودی به فارسی ترجمه شده است که روایی آن به روش محتوا و پایایی آن با آزمون-آزمون مجدد و با ضریب همبستگی ($r = 0/85$) تأیید شده است (۱۵). ۳- پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28 که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ^۴ تهیه شده و دارای ۲۸ سؤال و چهار حیطه شامل: حیطه علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی (سؤالات ۷-۱)، حیطه اضطراب (سؤالات ۱۴-۸)، حیطه اختلال عملکرد اجتماعی (سؤالات ۲۱-۱۵) و حیطه افسردگی (سؤالات ۲۸-۲۲) می‌باشد. نمره دهی به این سؤالات بصورت لیکرت چهار گزینه‌ای (۰ - ۱ - ۲ - ۳) بوده و هر حیطه شامل ۷ سؤال است. حداکثر نمره در هر حیطه ۲۱ و در کل ۸۴ می‌باشد. نمرات بالاتر نشانگر سلامت روانی کمتر می‌باشد. نقطه برش پرسشنامه (حد مرز سلامت روان) بر اساس مطالعات مختلف ۲۲ در نظر گرفته شده است و لذا افرادی که نمره کمتر از ۲۲ کسب می‌کنند به عنوان افرادی که سلامت روان بهتری دارند محسوب می‌شوند. روایی این پرسشنامه در ایران توسط تقوی با آزمون موازی سنجیده شده و ضریب همبستگی دو آزمون ۵۵ و ضرایب همبستگی خرده مقیاسهای این پرسشنامه بین ۰/۸۷ - ۰/۷۲ بوده که نشانگر اعتبار بالای آن می‌باشد. آلفای محاسبه شده برای پایایی این پرسشنامه ۰/۹۰ می‌باشد (۱۶). جهت انجام نمونه‌گیری ابتدا افراد در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه پرسشنامه سلامت روان را تکمیل می‌نمودند. در

صورت کسب نمره مورد نظر، رضایت کتبی مبنی بر همکاری از آنان گرفته می‌شد. نمونه‌گیری بصورت در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی به گروه‌های کنترل و مداخله تقسیم شد. در طول مطالعه ۷ نفر از گروه کنترل و ۵ نفر از گروه مداخله بدلیل مرگ داخل رحمی، دیابتیک شدن، پارگی کیسه آب و عدم مراجعه، از مطالعه خارج شدند و مطالعه بر روی ۹۸ نفر باقیمانده انجام شد. در گروه مداخله جهت تعیین نمره دلبستگی ابتدا پرسشنامه کرانلی توسط کلیه شرکت کنندگان تکمیل شد و سپس یک عدد روبان و یک برگ فرم مخصوص ثبت حرکات جنین در اختیار هر یک از آنان قرار داده شد. نحوه شمارش و ثبت حرکات جنین بصورت فردی و چهره به چهره به آنان آموزش داده شد و از آنان درخواست شد که به مدت دو هفته روزانه اولین ده حرکت جنین خود را، شمرده و پس از یادداشت در فرم مخصوص، روبان را گره بزنند. البته در این اقدام تعداد حرکات جنین مدنظر نبوده و بلکه هدف صرفاً جلب توجه مادران به جنین بوده است. جهت یادآوری و اطمینان از انجام شمارش حرکات جنین و ثبت آن توسط مادر، محقق با شماره تلفن آنان یک بار در هفته در تماس بود. در گروه کنترل نیز پرسشنامه کرانلی توسط کلیه شرکت کنندگان تکمیل و مراقبتهای روتین بارداری ادامه یافت. پس از دو هفته فرم شمارش حرکات جنین و روبان از گروه مداخله تحویل گرفته شد و شرکت کنندگان در دو گروه کنترل و مداخله، پرسشنامه کرانلی را مجدداً تکمیل کردند. تجزیه تحلیل نهایی داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss انجام شد. برای بیان مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. جهت بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای استفاده شد. جهت مقایسه قبل و بعد هر یک از گروه‌ها از آزمون تی زوجی و جهت مقایسه دو گروه با هم از آزمون تی مستقل استفاده شد. در تمام آزمونها سطح معنی‌دار ۰/۰۵ مد نظر بود. لازم به ذکر است؛ که شرکت در طرح داوطلبانه بوده و افراد شرکت کننده جهت ادامه یا انصراف از حضور در طرح اختیار کامل داشته و همچنین قبل از شروع، رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از افراد کسب و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج بدست آمده میانگین و انحراف معیار سنی مادران در گروه کنترل برابر $3/60 \pm 26/85$ سال و در گروه مداخله برابر $4/16 \pm 24/30$ سال بوده ($p = < 0/002$) میانگین و انحراف

³ Cranley

⁴ Goldberg

معیار سن بارداری بر اساس هفته، در گروه کنترل برابر $2/06 \pm$ و در گروه مداخله برابر $2/52 \pm 30/99$ هفته بوده است ($p = < 0/775$). (جدول شماره ۱)

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار سن مادران و سن بارداری در دو گروه مداخله و کنترل زنان نخست باردار مراجعه‌کننده به مراکز

درمانی تأمین اجتماعی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶								
متغیر	میانگین	انحراف معیار	مداخله			کمترین	بیشترین	*P_value
			میانگین	انحراف معیار	کمترین			
سن مادر	۲۶/۸۵	۳/۶۰	۲۴/۳۰	۴/۱۶	۱۵	۳۱	۰/۰۰۰۲	
سن بارداری به هفته	۳۰/۸۵	۲/۰۶	۳۰/۹۹	۲/۵۲	۲۸	۳۴	۰/۷۷۵	

مشخصات دموگرافیک مربوط به دو گروه کنترل و مداخله در جدول ۲ آمده است. براساس نتایج جدول ۲، دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و سن بارداری با هم همگون بودند و فقط از نظر سن مادران و تحصیلات دو گروه باهم همگون نبودند. با استفاده از آزمون آماری رگرسیون قدم به قدم ۱ اثرات این دو عامل تعدیل گشت و معلوم شد و علیرغم تعدیل اثرات آنها، اختلاف نمره آزمون دلبستگی در بین دو گروه باز هم معنی‌دار بود. (جدول ۲)

جدول (۲): توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک زنان نخست باردار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهر ارومیه در سال

۱۳۹۶				
متغیر	میزان تحصیلات	گروه		آزمون آماری
		کنترل (درصد)	تعداد	
وضعیت اشتغال	زیر دیپلم	۶ (۱۲/۵)	۷ (۱۴/۰)	P_value = ۰/۰۱۸
	دیپلم	۶ (۱۲/۵)	۱۸ (۳۶/۰)	
	دانشگاهی	۳۶ (۷۵/۰)	۲۵ (۵۰/۰)	
	مجموع	۴۸ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	
وضعیت مسکن	خانه دار	۳۳ (۶۸/۸)	۳۶ (۷۲/۰)	P_value = ۰/۷۲۵
	شاغل	۱۵ (۳۱/۳)	۱۴ (۲۸/۰)	
	مجموع	۴۸ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	
وضعیت شخصی	شخصی	۲۰ (۴۲/۶)	۱۸ (۳۶/۰)	P_value=۰/۵۰۹
	استیجاری	۲۷ (۵۷/۴)	۳۲ (۶۴/۰)	
	مجموع	۴۸ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	
میزان درآمد	کافی	۲۳ (۵۲/۳)	۲۷ (۵۶/۳)	P_value=۰/۷۰۲
	ناکافی	۲۱ (۴۷/۷)	۲۱ (۴۳/۸)	
	مجموع	۴۴ (۱۰۰/۰)	۴۸ (۱۰۰/۰)	

رضایت از جنس جنین		
بله	۴۶ (۹۵/۸٪)	۴۸ (۹۶/۰٪)
خیر	۲ (۴/۲٪)	۲ (۴/۰٪)
مجموع	۴۸ (۱۰۰/۰٪)	۵۰ (۱۰۰/۰٪)
رضایت از زندگی زناشویی		
بله	۳۸ (۷۹/۲٪)	۳۳ (۶۶/۰٪)
خیر	۱ (۲/۱٪)	۸ (۱۶/۰٪)
تأخودی	۹ (۱۸/۸٪)	۹ (۱۸/۰٪)
مجموع	۴۸ (۱۰۰/۰٪)	۵۰ (۱۰۰/۰٪)
P_value=۰/۹۶۷		
P_value=۰/۰۵۶		

¹step by step

برای مقایسه میانگین خرده مقیاسها و نمره کل دلبستگی قبل و بعد از مداخله، در دو گروه کنترل و مداخله، از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که بین میانگین‌های نمره تمایز بین خود و جنین قبل از مداخله (p = ۰/۰۴۴) و بعد از مداخله (p = ۰/۰۰۰) از نظر آماری اختلاف معناداری وجود دارد. و در بقیه گروه‌ها اختلاف معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

جدول (۳): مقایسه میانگین خرده مقیاسها و نمره کل دلبستگی مادر به جنین قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل در زنان نخست باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶

خرده مقیاسهای پرسشنامه دلبستگی مادر به جنین کرانلی	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
	$\mu \pm SD$	$\mu \pm SD$	$\mu \pm SD$	$\mu \pm SD$
پذیرش نقش مادری	۴/۲۹ ± ۰/۶۹	۴/۲۹ ± ۰/۶۵	۰/۹۹۱	۰/۱۹۸
تمایز بین خود و جنین	۳/۶۸ ± ۰/۷۳	۳/۹۹ ± ۰/۷۴	۰/۰۴۴	۰/۰۰۰
تعامل با جنین	۳/۷۴ ± ۱/۰۱	۳/۷۰ ± ۰/۸۵	۰/۸۴۲	۰/۳۶۰
نسبت خصوصیات خاص به جنین	۳/۷۰ ± ۰/۷۱	۳/۷۴ ± ۰/۶۸	۰/۷۶۶	۰/۴۶۳
از خود گذشتگی	۴/۰۱ ± ۰/۵۹	۴/۱۰ ± ۰/۵۹	۰/۴۹۲	۰/۰۶۴
نمره کل دلبستگی مادر و جنین	۳/۸۷ ± ۰/۵۵	۳/۹۳ ± ۰/۴۸	۰/۵۲۳	۰/۰۳۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مطالعه، تعیین تأثیر شمارش حرکات جنین بر روی میزان دلبستگی مادر به جنین بود. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان دلبستگی مادر به جنین پس از مداخله (شمارش حرکات جنین)، در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. این یافته مبین تأثیر شمارش حرکات جنین بر روی میزان دلبستگی مادر به جنین می‌باشد که می‌تواند به علت ارتباط بیشتر مادر و جنین و تصویرسازی ذهنی قوی مادران در اثر مداخله باشد. یافته‌های این پژوهش

با مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۰) که در این زمینه مطالعه مشابهی را انجام داده‌اند همخوانی دارد. نتایج مطالعه عباسی و همکاران نشان از ارتقاء میزان دلبستگی مادر به جنین در اثر مداخله می‌باشد (۱۷). مطالعه صالحی که در زمینه تأثیر آموزش شمارش حرکات جنین از هفته ۲۸ - ۲۴ بارداری بر روی میزان دلبستگی مادر به جنین انجام شده، نشان می‌دهد که شروع انجام شمارش حرکات جنین از نیمه دوم بارداری موجب دلبستگی بیشتر مادر به جنین می‌شود که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۸). بیشتر

تحقیقات نشان می‌دهد مداخلاتی که در زمینه آموزش رفتارهای دلبستگی صورت گرفته موجب افزایش دلبستگی مادر به جنین شده است. از جمله مطالعات مرزوک^۱ و نبیل^۲ (۲۰۱۵)، عباسی (۲۰۱۲)، سادات مداحی (۲۰۱۶) که بر روی تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی انجام گرفته است، نشان می‌دهد که یادگیری این رفتارها موجب ارتقاء سلامت روان مادر، انجام اقدامات بهداشتی سالمتر، انجام مراقبتهای بارداری بطور منظم و دقیق، پیامد بارداری بهتر گردیده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است (۱۷، ۱۹، ۲۰). مطالعه چانگ^۳ و همکاران که با هدف بررسی تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی مادر به جنین انجام شد، و با مطالعه حاضر همخوانی دارد، نتایج این مطالعه نشان داد که با تشکیل کلاسهای دوران بارداری و تشویق مادران به انجام برخی رفتارهای تعاملی بین مادر و جنین مانند نوشتن نامه به جنین و ابراز علاقمندی به او، حساسیت و توجه مادران نسبت به جنین بیشتر شده و میزان دلبستگی را ارتقاء داده است (۲۱). همچنین نتایج مطالعه رینسی^۴ و نالینی^۵ که در آن میزان تأثیر شمارش حرکات جنین بر روی دلبستگی مادر به جنین و نگرانی مادر سنجیده شده است، با مطالعه حاضر همسو است و نتایج مطالعات فوق نشان می‌دهد که شمارش حرکات جنین بهترین وسیله جهت ارتقاء دلبستگی مادر به جنین و کاهش نگرانی وی می‌باشد (۲۰). احساس حرکات جنین توسط مادر می‌تواند به طور غیر مستقیم نشانه سلامت جنین باشد و شمارش حرکات جنین می‌تواند علاوه بر تأثیر بر روی میزان دلبستگی، هشداریه جهت خطرات بارداری باشد (۲۳). اما سئستاد در سال ۲۰۱۱ در مطالعاتی نشان داد که شمارش حرکات جنین بر روی دلبستگی مادر به جنین تأثیری ندارد که با نتیجه پژوهش حاضر متفاوت می‌باشد. این تفاوت احتمالاً می‌تواند ناشی از استفاده از پرسشنامه متفاوت برای سنجش میزان دلبستگی و تعداد حجم نمونه ویا تأثیر عوامل فرهنگی باشد (۲). نتایج تحقیقات فوق نشان می‌دهد که انجام رفتارهای دلبستگی مانند شمارش حرکات جنین، نه تنها به مادران کمک

می‌کند تا از نگرانی رها شوند، بلکه به آنها کمک می‌کند به جنین خود بیشتر توجه نمایند و این روش می‌تواند نوعی آرام سازی نیز محسوب شود. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که افزایش میزان دلبستگی مادر به جنین که شمارش حرکات جنین یکی از راههای آن است، بهداشت روانی و سلامت اجتماعی مادر و سلامت جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شمارش حرکات جنین موجب ارتقاء میزان دلبستگی مادر به جنین می‌شود و می‌تواند بعنوان روشی آسان، کم هزینه و غیرتهاجمی در جهت ایجاد و تحکیم دلبستگی مادر به جنین، کاهش اضطراب مادران و بهبود سلامت جسمی و روانی مادران باردار مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود کلیه مراقبین بهداشتی از شمارش حرکات جنین برای تقویت رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در طول مراقبتهای بارداری بهره برند. همچنین پیشنهاد می‌شود از این روش در حاملگی‌های ناخواسته جهت ارتقای کیفیت زندگی، حمایت بیشتر و کاهش استرس مادران افراد استفاده شود. در این مطالعه محدودیت‌هایی نیز وجود داشت که می‌توان به وجود تفاوت‌های فردی در احساس حرکت جنین اشاره کرد که تلاش شد با آموزش صحیح و اجرای شمارش حرکات جنین در حضور پژوهشگر، این مشکل برطرف شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان نامه دانشجویی می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند بویژه ریاست محترم بیمارستان امام رضا، مسئول محترم درمانگاه پره ناتال بیمارستان امام رضا و تمامی مادران بارداری که در اجرای طرح همکاری داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌شود.

References:

1. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of learning attachment behaviors on anxiety and maternal fetal attachment in first pregnant women. Evidence-based Care Journal 2011;1(1): 21-34.
2. Saastad E, Israel P, Ahlborg T, Gunnes N, Frøen JF. Fetal Movement Counting—Effects on Maternal-Fetal

Attachment: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Birth 2011;38(4): 282-93.

3. Bowlby J. Attachment and loss: Basic books; 1980.
4. Âbasi A, Tafazoli M, Esmaeili H. The effect of fetal movement counting on primipara maternal fetal attachment. J Mazandaran Univ Med Sci 2010;20(77): 53-60.

⁴ Rincy

⁵ Nalini

¹ Marzouk

² Nabil

³ Chang

5. Eichhorn N. Maternal Fetal Attachment: Can Acceptance of Fetal Sentience Impact the Maternal-Fetal Attachment Relationship? *J Prenat Perinat Psychol Health* 2012;27(1): 47-55.
6. Esawi A, Khalil A. Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World Appl Sci J* 2012;18(4): 462-71.
7. Taffazoli M, Aminyazdi SA, Shakeri MT. The relationship between maternal-fetal attachment and mother-infant attachment behaviors in primiparous women referring to Mashhad health care centers. *Journal of Midwifery & Reproductive health* 2015;3(2): 318-27.
8. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(3): 315-28.
9. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-fetal attachment and its associated factors. *Hayat* 2013;18(5): 33-45.
10. Maas AJB, de Cock ES, Vreeswijk CM, Vingerhoets AJ, van Bakel HJ. A longitudinal study on the maternal-fetal relationship and postnatal maternal sensitivity. *J Reprod Infant Psychol* 2016;34(2): 110-21.
11. Doan H, Zimmerman A. Prenatal attachment: A developmental model *Int J Prenatal Perinatal. Psychol Med* 2008;20: 20-8.
12. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, et al. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Hum Dev* 2014;90: S45-S6.
13. Saastad E, Winje BA, Israel P, Frøen JF. Fetal movement counting—maternal concern and experiences: a multicenter, randomized, controlled trial. *Birth* 2012;39(1): 10-20.
14. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res* 1981;30(5): 281-4.
15. Khoramrody R. The effect of mothers touch on maternal fetal attachment. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2000. (Persian)
16. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *J Psychol* 2002;5(4): 381-98.
17. Abasi E, Tafazzoli M, Esmaily H, Hasanabadi H. The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health. *Turk J Med Sci* 2013;43(5): 815-20.
18. Salehi K, Salehi Z, Shaali M. The Effect of Education of Fetal Movement Counting on Maternal-Fetal Attachment in the Pregnant Women: a Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Pediatr* 2017;5(4): 4699-4706 .Marzouk T, Nabil H. Effect of a Training Program about Maternal Fetal Attachment Skills on Prenatal Attachment among Primigravida Women. *AJOG* 015;17(4): 27.
19. Maddahi MS, Dolatian M. Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electron Physician* 2016;8(7): 2639-44.
20. Chang SB, Kim KY, Kim ES. Changes of maternal-fetal attachment and self efficacy for delivery after the taekyo-perspective prenatal class. *Korean J Women Health Nurs* 2001;7(1): 7-17.
21. Rincy K, Nalini S. Effect of fetal movement counting on prenatal attachment and maternal worries among primigravidae. *Asian J Nurs Educ Res* 2014;4(2): 224-7.
22. Saastad E, Winje BA, Israel P, Frøen JF. Fetal movement counting—maternal concern and experiences: a multicenter, randomized, controlled trial. *Birth* 2012;39(1): 10-20.

THE EFFECT OF FETAL MOVEMENT COUNTING ON THE MATERNAL-FETAL ATTACHMENT IN PRIMIPAROUS WOMEN REFERRED TO THE SOCIAL SECURITY THERAPEUTIC CENTERS OF URMIA IN 2017

Maryam Mesgarzadeh¹, Soheila Rabeipour², Sima Faraji^{*3}

Received: 02 Sep, 2019; Accepted: 25 Nov, 2019

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to examine the effect of fetal movement counting on the maternal-fetal attachment in primiparous women.

Materials & Methods: This semi-experimental study was conducted on 110 pregnant women which were selected by available sampling from primigravid pregnant women referred to the therapeutic centers of social security of Urmia in 2017: The demographic information, GHQ28 questionnaire, and Cranley's MFAS were used for data collection. Before the intervention, the demographic information and the Cranley's questionnaires were completed for both groups. After training the fetal movement counting to the intervention group, they all received fetal movement counting form and a ribbon. They were asked to count and record fetal movements every day for two weeks and tie the ribbon. The control group only received the routine care. The intervention group delivered the form and ribbon after two weeks. Both groups re-completed MFA questionnaire. The mean scores of MFA before and after intervention were compared between the two groups. Data were analyzed by SPSS 16.

Results: The mean score for MFA before the intervention was $3/93 \pm 0.48$ and $3/87 \pm 0.55$ in intervention and control groups, respectively. However, after the intervention, the mean score was $4/06 \pm 0.45$ and $3/84 \pm 0.54$ and they were statistically significant ($p=0.030$).

Conclusion: Counting fetal movements by the mother during pregnancy increases maternal attachment to the fetus. This promotes the mental health, social maternal health, and fetal health.

Keywords: fetal movement, maternal-fetal attachment, primipara

Address: Faculty of Nursing Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: +989144475179

Email: simafaraji42@gmail.com

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing Midwifery, Urmia Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Nursing Midwifery, Medical Sciences Urmia, Urmia, Iran

³ Master of Counseling in Midwifery, Urmia Nursing and Midwifery School, Urmia, Iran (Corresponding Author)