

## بررسی تأثیر مشاوره‌ی مبتنی بر حمایت خانواده بر استرس درک شده بعد از زایمان و پیوند مادر- کودک در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه

فاطمه مقدم تبریزی<sup>۱</sup>، حمیرا نورنژاد<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۲/۲۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** استرسی که مادر در دوران بعد از زایمان درک می‌کند، نه تنها سلامت مادران زایمان کرده را مختل می‌کند، بلکه باعث اختلال در پیوند مادر-کودک می‌شود. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی مبتنی بر حمایت خانواده بر استرس درک شده بعد از زایمان و پیوند مادر-کودک در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه<sup>۳</sup> طراحی گردید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که بر روی ۳۳۰ نفر از زنان نخست‌زا انجام شد. زنان به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله ( $n=165$ ) و کنترل ( $n=165$ ) تقسیم شدند. افراد گروه مداخله ۴-۶ جلسه مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده دریافت کردند و افراد گروه کنترل از مراقبت‌های معمول برخوردار شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه حمایت خانواده، پرسشنامه پیوند مادر-کودک و پرسشنامه استرس درک شده پس از زایمان بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان‌دهنده وجود اختلاف معنادار آماری در نمره کل استرس درک شده و ابعاد آن (خستگی، ارتباط با نوزاد، تغذیه نوزاد، ارتباط با بدن، برنامه‌های آینده، ارتباط با همسر) و نمره کل پیوند مادر-کودک و ابعاد آن (پیوند معیوب مادر-کودک، طرد و خشم، اضطراب مراقبت و خطر آزار کودک) پس از پایان مداخله در گروه مداخله می‌باشد ( $P<0/01$ ). اما اختلاف آماری معنی‌داری در گروه کنترل مشاهده نشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده باعث کاهش استرس درک شده و مشکلات پیوند مادر-کودک می‌شود. مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** استرس درک شده، دوران بعد از زایمان، حمایت خانواده، مشاوره، پیوند مادر-کودک

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دوم، پیاپی ۱۰۳، اردیبهشت ۱۳۹۷، ص ۱۰۹-۱۲۱

آدرس مکاتبه: ارومیه جاده نازلو دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۸۰۰ ۰۹۱۴۳۴۹

Email: H.nournezhad@gmail.com

### مقدمه

(۶، ۵). استرس نه تنها سلامت مادران زایمان کرده را مختل می‌کند بلکه باعث کاهش اعتمادبه‌نفس مادران و کاهش رضایت از نوزاد تازه به دنیا آمده می‌شود و باعث اختلال در پیوند<sup>۳</sup> مادر و کودک شده و سازگاری نقش مادری را کاهش می‌دهد (۱). ایجاد پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد یک فرآیند فوق‌العاده حساس در دوران پس از زایمان است (۲)، بنابراین یکی از فرآیندهای مهم در دوران پس از زایمان توسعه پیوند مادر و کودک می‌باشد (۳). پیوند احساسات عاطفی مادران و نگرش‌های دوست‌داشتنی نسبت به نوزاد می‌باشد که باعث ایجاد سیستم دل‌بستگی مؤثر می‌شود. دل‌بستگی رابطه‌ای

استرس پس از زایمان که ۲۰-۵ درصد مادران جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اختلالی است که کمتر تشخیص داده می‌شود و ممکن است به‌تدریج یا همراه با افسردگی رخ دهد (۴-۱). به‌علاوه زایمان تجربه مهمی در زندگی تمام زنان محسوب می‌شود که منجر به تغییرات مهم فیزیکی، و روانی در زنان می‌گردد (۳). تغییرات این دوره شامل برقراری ارتباط زن با نقش خود به‌عنوان مادر و آسیب‌پذیری‌های اجتماعی، روانی و تغییرات بدنی در وی می‌باشد، که ممکن است منجر به ایجاد مشکلات آشکار روانی در مادر شود

<sup>۱</sup> دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>3</sup> Bonding

و مشکلات پیوند مادر و کودک، هیچ برنامه مشاوره‌ای یا مداخله‌ای در جهت بهبود سلامت روانی زنان و بهبود پیوند مادر - کودک با محوریت خانواده در سیستم بهداشتی و مراقبت‌های آن در جهت کاهش استرس زنان تازه زایمان و کاهش مشکلات پیوند - مادر گنجانده نشده است. بنابراین، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده بر استرس درک شده و پیوند مادر و کودک در دوران بعد از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۵ طراحی و اجرا شد.

### مواد و روش کار

این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی با کد IRCT2017031720778N18 می‌باشد که در آن تأثیر مشاوره - ی مبتنی بر حمایت خانواده بر استرس درک شده پس از زایمان و پیوند مادر-کودک در زنان نخست زای مراجعه‌کننده به ۹ مرکز بهداشتی و درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۵ مورد مطالعه قرار گرفته است. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال، نخست زای تازه زایمان کرده بین هفته‌های ۶-۱، ساکن شهر ارومیه، آشنا به زبان فارسی، عدم سابقه بستری در بخش روان، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و نوشیدنی‌های الکلی، نداشتن هرگونه بیماری سیستمیک از قبیل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون، نداشتن تجربه حادثه استرس‌زای در ۶ ماه اخیر، اخذ نمره کمتر از ۲۳ از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و بستری به علت عوارض زایمان در بخش، ناهنجاری نوزاد، زایمان زودرس و عدم حاملگی ناخواسته. در این پژوهش، معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: بروز هرگونه حادثه استرس از قبیل فوت و ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج برای بیمار یا افراد درجه یک خانواده و تشخیص ابتلا به بیماری‌های روانی و اختلالات روان‌پزشکی از قبیل اختلال اضطرابی شدید و افسردگی پس از زایمان در طول مطالعه، نارضایتی و عدم علاقه‌مندی به ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه، در جلسات مشاوره توسط زن زایمان کرده، همسرش و یا خانواده‌اش بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه انجام‌شده توسط عثمان<sup>۲</sup> و همکاران در سال (۲۰۱۴) (۱۶) با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد ۱۳۲ نفر و با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش نمونه، ۱۶۵ نفر در هر گروه تعیین شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسشنامه پیوند مادر - کودک و پرسشنامه استرس درک شده می‌باشد.

گرم صمیمانه و پایا بین مادر و کودک می‌باشد که برای هر دو رضایت‌بخش بوده و تعامل مادر و نوزاد را تسهیل می‌کند(۴). تعامل مادر و کودک تأثیر عمیقی بر رفتار و کاهش اضطراب کودک دارد و اختلال در روابط مادر و کودک عامل اختلال روانی فرزند در سال‌های آتی می‌باشد(۵).

طبق مطالعه کیرنان<sup>۱</sup> زنانی که تازه مادر شده‌اند در روزهای اول، علیرغم اینکه هنوز از عوارض زایمان بهبود نیافته‌اند، باید نکاتی در مورد مراقبت از نوزاد بیاموزند، بنابراین مستعد داشتن احساساتی مثل تنهایی، اضطراب، استرس و افسردگی به علت تغییر سریع نقش، نیازهای نوزاد، خستگی و از دست دادن توان مبارزه با مشکلات هستند و همچنین مسائل به وجود آمده از تولد کودک مستلزم تغییرات مجدد عاطفی و رفتاری و ادراکی می‌باشد که ممکن است تولید استرس نماید (۶).

عوامل استرس‌زای شایع دوران پس از زایمان شامل، مشکلات شیردهی، مشکلات گوارشی، کم‌خوابی، مسئولیت مراقبت از نوزاد عفونت‌های ژنتیک، خونریزی‌های غیرطبیعی، مشکلات جنسی، درد محل اپی زیوتومی یا سزارین، کم‌درد و سردرد، احساس ضعف و خستگی، تغییرات هورمونی و عدم ارتباط با دوستان و بستگان و فقدان حمایت اجتماعی می‌باشد (۷-۹).

حمایت اجتماعی از جمله عوامل مؤثر در بهبود سلامت مادران در دوره بعد از زایمان می‌باشد که شامل حمایت از جانب اعضای خانواده، دوستان، همسایه‌ها، همکاران، اقوام، خویشاوندان و گروه‌درمانی می‌باشند که مادران را مورد حمایت روحی- روانی و همچنین اطلاعاتی قرار می‌دهند (۱۰). حمایت خانواده با ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر نه تنها منجر به ارتقای سلامت روانی کودک می‌شود، بلکه سبب افزایش مهارت مراقبت از نوزاد و افزایش اعتمادبه‌نفس در مادر نیز می‌گردد(۱۱) و هم‌چنین حمایت خانواده از مادران منجر به تقویت توانایی‌های مادران در سازگاری و مقابله با عوامل استرس‌زای جدید زندگی پس از زایمان شده و باعث بهبود و تقویت رابطه مادر و کودک می‌شود (۱۲، ۱۳). مطالعات مختلف همسر را به‌عنوان مهم‌ترین منبع حمایتی در بحران‌ها و شرایط تنش‌زای زندگی معرفی کرده است که در دوران بارداری و پس از زایمان نقش پررنگی را ایفا می‌کند (۱۴، ۱۵).

با توجه به آنچه گذشت می‌توان گفت زایمان و دوران بعد از زایمان دوره بسیار مهم در سلامت زنان محسوب می‌شود. علی‌رغم احتمال بروز مشکلات به وجود آمده بعد از زایمان و استرس ناشی از آن و تأثیر آن بر سلامت زنان و پیوند مادر - کودک و نقش قابل توجه حمایت خانواده در کاهش استرس درک شده بعد از زایمان

<sup>2</sup> Osma & etal

<sup>1</sup> Kiernan

است (۲۰). این مقیاس دارای ۲۵ سؤال با چهار مؤلفه: پیوند مادر- کودک معیوب (۱۲ سؤال مانند: آرزوی روزهایی را دارم که فرزندی نداشتم)، طرد و خشم (۷ سؤال مانند عاشق بغل کردن فرزندم هستم)، اضطراب مراقبت (۴ سؤال مانند: تنها راه‌حل را در این می‌بینم که کسی فرزندم را ببرد و بزرگ کند) و خطر آزار کودک (۲ سؤال مانند: احساس می‌کنم به فرزندم صدمه زده‌ام) است. این سؤالات بر اساس شش مقیاس لیکرت لیکرت از هرگز تا همیشه با نمره (۵-۰) امتیازبندی شده است. بنابراین دامنه نمرات آن صفر تا ۱۲۵ بوده و نمره بالا نشان‌دهنده مشکل در پیوند مادر- کودک است. نقطه برش مؤلفه پیوند معیوب ۱۲، مؤلفه طرد و خشم ۱۳، اضطراب مراقبت ۱۰، مؤلفه خطر آزار کودک ۳ و نقطه برش کل مقیاس ۳۸ در نظر گرفته شده است. افلاک سیر و جمالی (۲۱) روایی و پایایی این مقیاس را در ایران به دست آورده‌اند به طوری که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۵۲، ۰/۶۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۴ به ترتیب برای مؤلفه‌های پیوند معیوب، طرد و خشم، اضطراب مراقبت و خطر آزار کودک به دست آمده است و روایی آن با روش تحلیل عاملی مناسب بوده است. و همچنین در مطالعه گالشی و همکاران نیز آلفای کرونباخ برای کل ابزار برابر با ۰/۷۸ و برای مؤلفه‌های پیوند معیوب، طرد و خشم، اضطراب مراقبت و خطر آزار کودک به ترتیب برابر ۰/۵۳، ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۷۰ محاسبه شده است. استرس درک شده پس از زایمان با مقیاس استرس درک شده بعد از زایمان رازورل و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) اندازه‌گیری شد (۲۲). این ابزار حاوی ۲۷ سؤال برای سنجش میزان استرس درک شده مادران زایمان کرده بود که پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از بدون استرس (نمره ۱) تا استرس شدید (نمره ۵) بود. حداقل نمره کسب‌شده یک و حداکثر نمره ۱۳۵ محاسبه شد. این پرسشنامه دارای شش زیر مقیاس که شامل خستگی و اداره امور منزل (۵ سؤال)، ارتباط با نوزاد (۶ سؤال)، تغذیه نوزاد (۴ سؤال)، ارتباط با بدن (۵ سؤال)، برنامه‌های آینده در زندگی (۳ سؤال) و سؤالاتی در رابطه با همسر (۴ سؤال) می‌باشد. در مطالعه حاضر روایی پرسشنامه استرس درک شده به روش روایی محتوا تعیین شد. بدین‌صورت که این پرسشنامه بعد از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی آن در اختیار ده تن از افراد متخصص قرار گرفت و پس از کسب نظرات و پیشنهادات اصلاحی در ابزار نهایی لحاظ شد. بعلاوه شاخص روایی محتوا (CVR) و نسبت روایی محتوا (CVI) نیز برای این پرسشنامه محاسبه شد. که ضریب نسبی روایی

پرسشنامه دموگرافیک شامل فرم مشخصات فردی، اجتماعی از قبیل سن، سطح تحصیلات، نوع مسکن، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، طول مدت ازدواج، و اطلاعات بالینی که دربرگیرنده تعداد حاملگی، سابقه سقط قبلی، جنس جنین بود.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28)، این ابزار اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ تنظیم گردیده است که شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۸ سؤال می‌باشد و هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است که مربوط به علائم جسمانی و اضطراب و اختلال خواب و اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. نمره‌گذاری این ابزار به دو شکل سنتی و لیکرت صورت می‌گیرد که در این مطالعه نوع لیکرت با مقادیر (۰، ۱، ۲، ۳) استفاده شده است. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. دامنه نمره هر حیطه صفر تا ۲۱ بوده و نمره کل بین صفر تا ۸۴ قرار می‌گیرد. نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است و نمره برش ۲۳ افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد. نمره کمتر بهداشت روانی بهتر را نشان می‌دهد (۱۷).

پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده<sup>۱</sup> جهت ارزیابی میزان حمایت خانواده استفاده شد. این پرسشنامه را زیمت و همکاران<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۸ به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و دارای ۳ خرده مقیاس می‌باشد که شامل خرده مقیاس حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده (آیتم‌های ۳، ۴، ۸، ۱۱)، دوستان (آیتم‌های ۷، ۶، ۹، ۱۲) و افراد مهم زندگی (آیتم‌های ۱، ۲، ۵، ۱۰) را شامل می‌شود و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. نمره‌گذاری بدین‌صورت می‌باشد که به‌شدت مخالفم نمره ۱، مخالف نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، موافق نمره ۴ و به‌شدت موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. در این مطالعه از خرده مقیاس حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده برای سنجش میزان حمایت خانواده استفاده شد (۱۸). سلیمی و همکاران روایی و پایایی این مقیاس را در ایران به دست آورده‌اند، به طوری که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای هریک از ابعاد به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ و روایی آن با روش تحلیل عاملی مناسب بوده است (۱۹).

پرسشنامه پیوند مادر- کودک<sup>۳</sup> توسط براکینگتون<sup>۴</sup> و همکاران جهت تشخیص اولیه اختلال پیوند مادر- کودک ساخته شده

<sup>4</sup> Brockington & etal

<sup>5</sup> Razurel & etal

<sup>1</sup> MSPSS

<sup>2</sup> Zimet & etal

<sup>3</sup> Postpartum Bonding Questionnaire

محتوا (CVR) ۰/۳۷/۷۶ درصد و شاخص روایی محتوا (CVI) ۰/۳۳/۸۲ درصد برای این ابزار به دست آمد که میزان قابل قبولی می‌باشد. روش اجرای طرح بدین صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه و کمیته اخلاق و نیز معاونت بهداشتی، جهت انجام به محیط‌های پژوهشی منتخب مراجعه کرد. ابتدا لیست کلیه مراکز بهداشتی درمانی ارومیه، از مرکز بهداشت شهرستان ارومیه تهیه گردید. سپس مراکز بهداشتی درمانی شهری را با نظر کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان ارومیه بر اساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه گروه وضعیت اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی بالا، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی متوسط و وضعیت اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی پایین تقسیم‌بندی کرده و از هر گروه سه مرکز به طور تصادفی (قرعه‌کشی) از بین اسامی در هر سطح سه مرکز انتخاب شد.

با توجه به نسبت جمعیت تحت پوشش زنان نخست زای زایمان کرده‌ی مراکز بهداشتی درمانی، حجم نمونه از هر مرکز به صورت سهمیه‌بندی و بر اساس معیارهای ورود و خروج نمونه‌ها به صورت تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. به این صورت که ۲۷ نفر، از ۵۷ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی شماره ۶، ۲۸ نفر از ۶۲ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی البرز، ۲۳ نفر از ۵۱ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی جلیلی، ۲۱ نفر از ۴۷ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی صحیه، ۲۹ نفر از ۶۴ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی بهمن، ۲۱ نفر از ۴۵ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی ۱۵ خرداد، ۷۱ نفر از ۱۵۷ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی نیکخواه و ۶۶ نفر از ۱۴۷ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی شهدا، ۴۴ نفر از ۹۸ نفر واجد شرایط مرکز بهداشتی اقبال، به روش جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. سپس ۳۳۰ نفر زن نخست زای منتخب، به روش قرعه‌کشی به ۱۶۵ نفر در گروه مداخله و ۱۶۵ نفر در گروه کنترل اختصاص داده شدند.

پژوهشگر پس از مراجعه به مراکز مربوطه و هماهنگی لازم با مسئولین آن مراکز و پس از انتخاب نمونه طی تماس تلفنی ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و بعد از بیان اهداف و روش کار جهت همکاری در مطالعه دعوت به عمل می‌آمد. اولین ملاقات با زنان نخست زای در سه الی چهار روز بعد از زایمان که جهت غربالگری تیروئید مراجعه کرده بودند انجام گرفت و در صورت عدم مراجعه زانو طی تماس تلفنی وقت ملاقات گرفته‌شده و با اخذ رضایت زانو و خانواده وی مراجعه به منزل صورت می‌گرفت که در طی آن جهت جلب اعتماد و همکاری توضیحات لازم در جهت محرمانه بودن پاسخ‌ها داده می‌شد و از نمونه‌هایی که تمایل به همکاری داشتند با اخذ رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند. در ابتدا جهت غربالگری سلامت عمومی زنان از پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد. از بین ۴۷۴ نفر

که پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند در نهایت ۳۳۰ نفر که نمره کمتر از ۲۳ را در این پرسشنامه اخذ نموده بودند وارد مطالعه شدند. تعداد ۱۴۴ نفر نمره بیشتر از ۲۳ را اخذ نموده بودند که وارد مطالعه نشدند. در این راستا با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه در مجموع ۳۳۰ زن نخست زای (۱۶۵ نفر برای گروه مداخله و ۱۶۵ نفر برای گروه کنترل) به صورت تصادفی و از طریق کدگذاری و به شکل زوج و فرد (شماره‌ی زوج برای گروه مداخله و فرد برای گروه کنترل از طریق قرعه‌کشی) انتخاب شدند. در اولین جلسه گروه مداخله، پژوهشگر پس از توضیح مجدد اهداف تحقیق و روش کار از افراد مورد پژوهش در مورد لزوم حضور همسر و خانواده در جلسات مشاوره توضیح داد. زنان در گروه‌های ۱۰-۶ نفره در جلسات حضور داشتند مدت‌زمان هر جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه و هفتگی بود. مداخله در قالب بحث‌ها مشاوره‌های گروهی در صورت نیاز مشاوره‌های فردی با محتوای شناسایی عواملی که موجب استرس و نگرانی در زنان تازه زایمان کرده شده و ارائه راهکارهایی جهت کاهش استرس و نگرانی و بهبود رابطه بین مادر و کودک با تأکید بر حمایت خانواده انجام شد. (جدول شماره ۱) نحوه اداره جلسات به این ترتیب بود موضوعات توسط زنان و عضوی از خانواده که نقش غالب در امر مراقبت از زانو را داشت به بحث گذاشته می‌شد و تجربیات زنان و خانواده آنان در اختیار یکدیگر قرار می‌گرفت در این راستا پژوهشگر به عنوان تسهیل گر جلسات را هدایت می‌کرد. بعد از اتمام مداخله از هر دو گروه مداخله و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج باهم مقایسه شد. سپس جهت رعایت اخلاق محتوای مداخله در قالب جزوات آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. در نهایت از ۳۳۰ نفر حجم نمونه تعیین‌شده و واردشده در گروه مداخله ۱۶ نفر ریزش نمونه و در گروه کنترل ۲۰ نفر ریزش نمونه وجود داشت.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها برای مقایسه پیامدهای کمی بین گروه مداخله و کنترل از (آزمون ناپارامتری من ویتنی) استفاده شد. در مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه از آزمون کای اسکویر و در صورت نیاز آزمون دقیق فیشر استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۰ انجام شد.

## یافته‌ها

جدول شماره ۲: بیانگر مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی، باروری و حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده مادران زایمان کرده در دو گروه مداخله و کنترل می‌باشد. در این مطالعه دو گروه از نظر میانگین سن مادران ( $p=0/43$ )، سطح تحصیلات ( $p=0/39$ )، وضعیت اقتصادی ( $p=0/4$ )، وضعیت اشتغال ( $p=0/12$ )، سن همسر ( $p=0/97$ )، تحصیلات همسر ( $p=0/29$ )، وضعیت سکونت ( $p=0/4$ )، مدت ازدواج ( $p=0/91$ )

در میانگین نمره بعد خستگی، ارتباط با نوزاد، ارتباط با بدن، تغذیه نوزاد و برنامه‌های آینده، ارتباط با همسر و نمره کل استرس درک شده و بعد پیوند معیوب مادر-کودک، طرد و خشم، اضطراب مراقبت، خطر آزار کودک و نمره کل پیوند مادر-کودک قبل و پس از پایان مداخله در این گروه می‌باشد. ( $P < 0/001$ ) این بدین معناست که استفاده از مداخله توانسته است منجر به کاهش استرس درک شده بعد از زایمان و مشکلات پیوند مادر-کودک در گروه مداخله گردد. در گروه کنترل اختلاف معنادار آماری در جهت کاهش استرس درک شده بعد از زایمان و مشکلات پیوند مادر-کودک در نمونه‌ها مشاهده نشد (جدول ۴).

( $p = 0/56$ ) و حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده ( $p = 0/01$ ) همگن بودند. ولی از نظر میانگین رضایت از جنس جنین ( $p = 0/016$ ) همگن نبودند. نتایج مطالعه نشان داد که بر اساس آزمون من - ویتنی بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ میانگین نمرات ابعاد استرس درک شده و نمره کل استرس درک شده، نمرات ابعاد پیوند مادر-کودک و نمره کل پیوند مادر-کودک قبل از مداخله تفاوتی وجود نداشت. به عبارت دیگر قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل در ابعاد پرسشنامه وجود نداشت. ( $P > 0/05$ ) و دو گروه از نظر متغیرهای موردنظر همسان بودند (جدول ۳). نتایج آزمون من ویتنی نشان‌دهنده وجود اختلاف معنادار آماری

#### جدول (۱): موضوعات و استراتژی‌های به‌کاررفته در جلسات

جلسه	اهداف	راهکارهای ارائه‌شده	مدت جلسات
اول	تقویت مهارت‌های ارتباطی و بررسی آسیب‌های بعد از زایمان	-آشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر، افزایش مهارت‌های ارتباطی اعضای خانواده از قبیل گوش دادن، درگیر کردن اعضای خانواده در جهت حمایت از مادران تازه زایمان کرده و بررسی چالش‌های زخم اپیزیاتومی و مراقبت‌های لازم در قالب بحث در گروه‌های کوچک	۴۵-۶۰ دقیقه
دوم	فواید شیردهی و فن صحیح شیردهی، فرزند پروری	-تشریح و توضیح فواید تغذیه با شیر مادر، تلاش در جهت جستجوی حمایت خانواده در جهت تسهیل راهکارهای لازم جهت پایه‌گذاری یک شیردهی موفق، تمرینات عملی باهدف آموزش فن‌های صحیح شیردهی، مشاوره رفتارهای دل‌بستگی در جهت بهبود پیوند مادر-کودک از جمله در آغوش گرفتن نوزاد، برقرار کردن تماس پوستی با نوزاد، صحبت کردن با نوزاد و نگاه کردن به نوزاد، فرزند پروری و ارائه جزوه آموزشی	۴۵-۶۰ دقیقه
سوم	شیردهی و چالش‌های آن	-به بحث گذاشتن تجربیات مادران از نشانه‌های کافی بودن شیر مادر و ارائه راهکار از طرف محقق و سایر خانواده‌های حاضر در جلسه در قالب بررسی تکالیف خانگی، بررسی مشکلات شیردهی رایج از قبیل شقاق و احتقان پستان و راهکارهای مقابله با آن در قالب بحث‌های گروهی، ارائه جزوه آموزشی	۴۵-۶۰ دقیقه
چهارم	خستگی، اداره امورات منزل و تبیین برنامه‌های آینده	-نحوه مقابله با خستگی و احساس ضعف به‌عنوان یکی از عوارض بعد از زایمان و نقش اعضای خانواده در جهت به حداقل رساندن پیامدهای آن و ارائه راهکارهایی از نحوه کمک طلبیدن و جلب همکاری اعضای خانواده در راستای اداره امورات منزل در دوران نقاهت، ارائه راهکارهایی در جهت مدیریت امورات منزل، و درعین حال اشتغال در زمان برگشت به کار، به بحث گذاشتن برنامه‌ریزی برای آینده	۴۵-۶۰ دقیقه
پنجم	سلامت جسم و روان، تغییرات بدن و روابط با همسر	تشریح تغییرات در ایندکس توده بدن، بحث و بررسی نگرانی‌های تغییرات تصویر ذهنی از بدن، به بحث گذاشتن تغییرات روان در زائو با تأکید بر علائم غم زایمان، چگونگی مقابله با غم بعد از زایمان و تأثیر نقش حمایتی همسر و اعضای خانواده در تخفیف علائم، مشاوره فردی در صورت داشتن نگرانی از روابط جنسی، ارائه جزوه آموزشی	۴۵-۶۰ دقیقه
ششم	سلامت نوزاد و مراقبت از نوزاد	- تشریح و توضیح نوزاد سالم و علائم خطر در دوره نوزادی، آموزش نحوه مراقبت از نوزاد در قالب بحث در گروه‌های کوچک، آموزش استحمام نوزاد به شکل ایفای نقش، به بحث گذاشتن تجربیات حال حاضر مادران و ارائه راهکار از طرف محقق و سایر خانواده‌های حاضر در جلسه، ارائه جزوه آموزشی	۴۵-۶۰ دقیقه

**جدول (۲): مشخصات واحدهای پژوهش برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی، باروری و حمایت اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل**

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$X^2=2$	۵۷	۹۴	۵۵/۷۵	۹۲	۲۰-۲۴
$Df=4/8$	۲۷/۳۰	۴۵	۲۳/۶۳	۳۹	۲۵-۲۹
$\times P = 0/43$	۱۵/۷	۲۶	۲۰/۶	۳۴	۳۰-۳۴
$X^2=2$	۲۰	۳۳	۱۴/۵۴	۲۴	دارد
$Df=1$	۸۰	۱۳۲	۸۵/۴۵	۱۴۱	ندارد
$P = 0/18$					سابقه سقط
$X^2=1/26$	۹۱/۵	۱۵۱	۸۷/۳	۱۴۴	دارد
$Df=1$	۸/۵	۱۴	۱۲/۷	۲۱	ندارد
$\times P = 0/01$					رضایت از جنس جنین
$X^2=1/85$	۱۲/۷۲	۲۱	۱۵/۷۵	۲۶	زیر دیپلم
$Df=2$	۳۶/۳۶	۶۰	۲۹/۷	۴۹	دیپلم
$\times P = 0/39$	۵۰/۹	۸۴	۵۴/۵۴	۹۰	دانشگاهی
$X^2=1/84$	۲۳	۳۸	۱۸/۱۸	۳۰	دخل بیشتر از خرج
$Df=2$	۵۶/۳۷	۹۳	۵۸/۱۹	۹۶	دخل برابر خرج
$\times P = 0/4$	۲۰/۶	۳۴	۲۳/۶۳	۳۹	دخل کمتر از خرج
$X^2=2/57$	۲۰/۶	۳۴	۲۸	۴۶	شاغل
$Df=1$	۷۹/۴	۱۳۱	۷۱	۱۱۷	خانه‌دار
$\times P = 0/12$					وضعیت اشتغال
$X^2=0/5$	۱۶/۴	۲۷	۱۴/۵۴	۲۴	۲۰-۲۴
$Df=2$	۴۱/۲۱	۶۸	۴۳/۶۳	۷۲	۲۵-۲۹
$\times P = 0/97$	۲۸/۵	۴۷	۲۹/۹	۴۹	۳۰-۳۴
	۹	۱۵	۸/۴۸	۱۴	۳۵-۳۹
	۴/۸	۸	۳/۳۶	۶	بیشتر از ۴۰
$X^2=2/5$	۹	۱۵	۱۲/۱۲	۲۰	زیر دیپلم
$Df=2$	۴۳	۷۱	۳۵/۷۵	۵۹	دیپلم
$\times P = 0/29$	۴۸	۷۹	۵۲/۱۲	۸۶	دانشگاهی
$X^2=1/85$	۳۶/۴	۶۰	۴۰	۶۶	آزاد
$Df=3$	۳۲/۱۲	۵۳	۲۷/۸۷	۴۶	کارمند
$\times P = 0/016$	۱۸/۸	۳۱	۲۱/۲	۳۵	کارگر
	۱۲/۷	۲۱	۱۰/۹	۱۸	بیکار
$X^2=0/5$	۷۸/۸	۱۳۰	۸۲/۴	۱۳۶	مستأجر
$Df= P = 2$					وضعیت مسکن
$\times P = 0/4$	۲۱/۲	۳۵	۱۷/۶	۲۹	مالک
$**P = 0/91$		۳/۱۳±۱/۱۴		۳/۲۰±۱/۶۳	مدت ازدواج
					(میانگین ± انحراف معیار)
$**P = 0/56$		۱۲/۵۱±۵/۴۲		۱۲/۹۰±۵/۴۶	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده (میانگین ± انحراف معیار)

X بر اساس آزمون کای اسکویبر xx من ویتنی

**جدول (۳):** مقایسه میانگین نمرات هریک از ابعاد استرس درک شده بعد از زایمان و پیوند مادر-کودک قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل در زنان تازه زایمان کرده

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون (z)	P-value
خستگی (سؤال ۵) ۵-۲۵ امتیاز	گروه مداخله	۲۰/۷۶	۶/۱۴	۰/۳۴
	گروه کنترل	۲۰/۲۲	۶/۲۹	
ارتباط با نوزاد (سؤال ۶) ۶-۳۰ امتیاز	گروه مداخله	۲۱/۱۸	۷/۰۵	۰/۵
	گروه کنترل	۲۰/۶۸	۶/۹۹	
ارتباط با بدن (سؤال ۵) ۵-۲۵ امتیاز	گروه مداخله	۱۹/۵۳	۱/۱۲	۰/۰۶
	گروه کنترل	۱۸/۸۰	۴/۹۱	
تغذیه نوزاد (سؤال ۴) ۴-۲۰ امتیاز	گروه مداخله	۱۲/۲۰	۵/۶۵	۰/۸۴
	گروه کنترل	۱۲/۰۴	۵/۵۳	
برنامه‌های آینده (سؤال ۳) ۳-۱۵ امتیاز	گروه مداخله	۱۲/۴۳	۲/۲۷	۰/۵۵
	گروه کنترل	۱۱/۹۸	۲/۰۸	
ارتباط با همسر (سؤال ۴) ۴-۲۰ امتیاز	گروه مداخله	۱۶/۹۱	۰/۹۸	۰/۰۸
	گروه کنترل	۱۶/۲۵	۳/۴۵	
نمره کل استرس درک شده (سؤال ۲۷) ۱۳۵-۲۷ امتیاز	گروه مداخله	۱۰۱/۶۳	۱۳/۴۷	۰/۳۵
	گروه کنترل	۱۰۰/۱۶	۱۵/۸۸	
پیوند معیوب مادر-کودک (سؤال ۱۲) ۰-۶۰ امتیاز	گروه مداخله	۲۹/۰۲	۱۹/۴۶	۰/۶۱
	گروه کنترل	۳۰/۴۷	۱۹/۴۶	
طرد و خشم (سؤال ۷) ۰-۳۵ امتیاز	گروه مداخله	۱۸/۰۷	۱۱/۱۱	۰/۵۲
	گروه کنترل	۱۸/۹۸	۱۱/۵۶	
اضطراب مراقبت (سؤال ۴) ۰-۲۰ امتیاز	گروه مداخله	۱۰/۰۳	۶/۲۷	۰/۶۲
	گروه کنترل	۱۰/۴۶	۶/۵۳	
خطر آزار کودک (سؤال ۲) ۰-۱۰ امتیاز	گروه مداخله	۵/۴۷	۳/۱۶	۰/۶۴
	گروه کنترل	۵/۶۷	۱۶/۱۳	
نمره کل پیوند مادر-کودک (سؤال ۲۵) ۰-۱۲۵ امتیاز	گروه مداخله	۶۲/۶۱	۳۹/۲۶	۰/۵۵
	گروه کنترل	۶۵/۵۷	۳۸/۵۷	

×آزمون من ویتنی

**جدول (۴):** شماره. مقایسه میانگین نمرات استرس درک شده و پیوند مادر-کودک بعد از زایمان قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل در زنان تازه زایمان کرد

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره (z) آزمون	P-value
خستگی (سؤال ۵) ۵-۲۵ امتیاز	قبل از مداخله	۲۰/۷۶	۶/۱۴	۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۵/۰۸	۶/۷۵	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۲۰/۲۲	۶/۲۹	۰/۷۸
	بعد از مداخله	۲۰/۲۰	۶/۳۰	
ارتباط با نوزاد (سؤال ۶) ۶-۳۰ امتیاز	قبل از مداخله	۲۱/۱۸	۷/۰۵	۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۷/۷۷	۹/۵۳	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۲۰/۶۸	۶/۹۹	۰/۳۱
	بعد از مداخله	۲۰/۷۷	۶/۹۵	

متغیر	میانگین	انحراف معیار	(Z) آماره آزمون	P-value
ارتباط با بدن (۵ سؤال) ۵-امتیاز	قبل از مداخله	۱۹/۵۳	۱/۱۲	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۶/۰۹	۵/۸۵	
گروه مداخله	قبل از مداخله	۱۸/۸۰	۴/۹۱	×۰/۳۷
	بعد از مداخله	۱۸/۷۶	۵/۰۵	
تغذیه نوزاد (۴ سؤال) ۴-۲۰ امتیاز	قبل از مداخله	۱۲/۴۳	۲/۲۷	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۰/۶۱	۴/۰۵	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۱۲/۰۴	۵/۵۳	×۰/۱۹
	بعد از مداخله	۱۱/۹۹	۵/۶۱	
برنامه‌های آینده (۳ سؤال) ۳-۱۵ امتیاز	قبل از مداخله	۱۲/۴۳	۲/۲۷	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۸/۰۲	۲/۴۵	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۱۱/۹۸	۲/۰۸	×۰/۳۱
	بعد از مداخله	۱۱/۹۹	۲/۰۷	
ارتباط با همسر (۴ سؤال) ۴-۲۰ امتیاز	قبل از مداخله	۱۶/۹۱	۰/۹۸	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۳/۸۲	۱/۰۳	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۱۶/۲۵	۳/۴۵	×۰/۵۵
	بعد از مداخله	۱۶/۴۳	۳/۴۴	
نمره کل استرس درک شده (۲۷ سؤال) ۲۷-۱۳۵ امتیاز	قبل از مداخله	۱۰۱/۶۳	۱۳/۴۷	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۸۱/۴۰	۲۴/۸۲	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۱۰۰/۱۶	۱۵/۸۸	×۰/۶۸
	بعد از مداخله	۹۹/۹۷	۱۵/۳	
پیوند معیوب مادر- کودک (۱۲ سؤال) ۰-۶۰ امتیاز	قبل از مداخله	۲۹/۰۲	۱۹/۴۶	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۹/۱۷	۱۸/۰۴	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۳۰/۴۷	۱۹/۴۶	×۰/۶۸
	بعد از مداخله	۳۰/۴۹	۱۸/۲۶	
طرد و خشم (۷ سؤال) ۰-۳۵ امتیاز	قبل از مداخله	۱۸/۰۷	۱۱/۱۱	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۱/۹۵	۹/۸۶	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۱۸/۹۸	۱۱/۵۶	×۰/۸۷
	بعد از مداخله	۱۸/۹۸	۱۱/۴۸	
اضطراب مراقبت (۴ سؤال) ۰-۲۰ امتیاز	قبل از مداخله	۱۰/۰۳	۶/۲۷	×<۰/۰۱۰
	بعد از مداخله	۶/۷۷	۵/۷۰	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۱۰/۴۶	۶/۸۳	×۰/۹۶
	بعد از مداخله	۱۰/۴۲	۶/۴۶	
خطر آزار کودک (۲ سؤال) ۰-۱۰ امتیاز	قبل از مداخله	۵/۴۷	۳/۱۶	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۳/۲۷	۲/۹۰	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۵/۴۷	۳/۱۶	×۰/۹۵
	بعد از مداخله	۵/۶۷	۱۳/۳	
نمره کل پیوند مادر- کودک (۲۵ سؤال) ۰-۱۲۵ امتیاز	قبل از مداخله	۶۲/۶۱	۳۹/۲۶	×<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۴۱/۱۷	۳۳/۳۷	
گروه کنترل	قبل از مداخله	۶۵/۵۷	۳۸/۵۷	×۰/۶۳
	بعد از مداخله	۶۵/۵۳	۴۰/۵۹	

آزمون من ویتنی



## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی مبتنی بر حمایت خانواده بر استرس درک شده بعد از زایمان و پیوند مادر و کودک در زنان نخست زای انجام شد. نتایج حاضر نشان داد که ۴-۶ هفته پس از اتمام مداخله، استرس ادراک شده مادران و مشکلات پیوند مادر- کودک در گروه مداخله، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشته است. به بیان دیگر، میزان نمره استرس درک شده و همچنین میزان نمره پیوند مادر- کودک در آزمودنی‌هایی که تحت مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده قرار گرفتند، نسبت به آزمودنی‌هایی که این شیوه مداخله را دریافت نکرده‌اند، کاهش یافته است. این امر حاکی از اثر بخشی مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده بر کاهش استرس درک شده و مشکلات پیوند مادر- کودک در دوران پس از زایمان در زنان تازه زایمان کرده شده است. در راستای تأیید نتایج مطالعه حاضر، مطالعه عثمان و همکاران (۲۰۱۴) در کشور لبنان نشان داد که آموزش با یک فیلم ۲۰ دقیقه‌ای حمایتی در باره عوامل استرس‌زای پس از زایمان و یک خط تلفن حمایتی ۲۴ ساعته برای ارائه پاسخ قابل اعتماد فوری به نگرانی‌های مادران در دوره بعد از زایمان توسط مامای آموزش دیده یا والدین آموزش دیده، که قبلاً در موارد مربوط به موضوعات مراقبت طبیعی از نوزاد، تغذیه با شیر مادر، قولنج در نوزادان و افسردگی پس از زایمان آموزش دیده بودند باعث کاهش استرس ادراک شده مادران در دوره پس از زایمان می‌گردد (۲۳).

در مطالعه عزیز و همکاران باهدف تعیین تأثیر مشاوره بر مادران تازه زایمان کرده، نشان داد که مادرانی که پس از زایمان اقدامات مداخله‌ای نظیر مشاوره دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه شاهد به میزان کمتری دچار اضطراب و استرس شدند (۲۴). مطالعه ریدینگ<sup>۱</sup> و همکاران نیز تأثیر مثبت مشاوره به زنان در کاهش اضطراب پس از زایمان را نشان داده است (۲۵). هانس<sup>۲</sup> و همکاران تأثیر برنامه آموزشی را بر بهبود رابطه والد و کودک و کاهش تنیدگی‌های والدگری مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد که آموزش توانسته رابطه والد- کودک را بهبود بخشد و از تنیدگی‌های والدگری به‌طور قابل‌توجهی بکاهد (۲۶).

نتایج پژوهش استبرگ<sup>۳</sup> و همکاران نیز نشان داد مادرانی که در مراحل اولیه بچه داری دچار استرس شده بودند، پس از دریافت خدمات مشاوره‌ای میزان استرس آنها تا حد نرمال پایین آمده

بود (۲۶). نتایج پژوهش ژونگ<sup>۴</sup> و همکاران نشان داد آموزش و مشاوره‌ی مادران باعث افزایش نقش خودکارآمدی مادری و کاهش استرس آنان در امر مراقبت از نوزاد می‌شود (۲۷). استبرگ و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که آموزش در ارتباط با کودک باعث افزایش احساس رضایت و کارآمدی مادران جهت کنترل و تسلط بر رفتار خود و فرزندانشان شده و تنیدگی روابط والد-کودک را کاهش می‌دهد (۲۶). نتایج پژوهش پل<sup>۵</sup> و همکاران نشان داد که مشاوره و آموزش در کاهش استرس و اضطراب پس از زایمان و مراقبت از نوزاد بسیار مهم و تأثیرگذار بوده است (۲۸). کاهش استرس درک شده در حیطه ارتباط با نوزاد در گروه مداخله بعد از مشاوره مادران نخست زای با جلب حمایت خانواده در این پژوهش در همین راستا می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط بارلو و همکاران<sup>۶</sup> تحت عنوان "تأثیر برنامه آموزشی و حمایتی بر خودکارآمدی و بهزیستی روانی مادران دارای فرزند معلول" انجام شد نشان داده شد آموزش و حمایت از والدین خودکارآمدی آن‌ها را افزایش و میزان اضطراب و استرس آن‌ها را کاهش داده بود (۲۹)، که با نتایج مطالعه حاضر هم راستا می‌باشد. اما جامعه پژوهش با مطالعه حاضر تفاوت داشت؛ که از این نظر با مطالعه حاضر مغایرت دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در زمینه پیوند مادر- کودک در دوره بعد از زایمان، پس از اتمام مداخله نمرات مشکلات پیوند مادر- کودک در گروه مداخله، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشته است که در تأیید نتایج مطالعه حاضر، مطالعات بوربری و همکاران نشان داد که آموزش و انجام برخی رفتارهای دل‌بستگی باعث افزایش میزان دل‌بستگی مادر و کاهش اضطراب، استرس و بهبود سلامت روان مادر و نیز کاهش دردهای ناشی از زایمان شده و رابطه مطلوب بین مادر و شیر خوار را ارتقاء می‌بخشد (۳۰) و همچنین نتایج مطالعات پارسا و همکاران نیز حاکی از آن بود که مشاوره رفتارهای دل‌بستگی به مادران در طی مراقبت‌های پره ناتال می‌تواند ارتباط مادر- نوزاد را ارتقا دهد (۳۱) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعات غربی و همکاران نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های فرزند پروری باعث تقویت پیوند والدینی، کم شدن استرس ادراک شده والدین و بالا رفتن کیفیت زندگی مادران می‌گردد (۳۲). در این راستا تشکیل شدن به موقع پیوند مادر- کودک در ایجاد سلامت روانی مادر و کودک نقش اساسی داشته و علاوه بر آن مادرانی که در دوره پس از زایمان حمایت اجتماعی

<sup>4</sup> Zhong & etal.

<sup>5</sup> Paul & etal

<sup>6</sup> Barlow & etal

<sup>1</sup> Ryding & etal

<sup>2</sup> Hans & etal

<sup>3</sup> Ostberg & etal

حمایت خانواده در کاهش استرس درک شده بعد از زایمان و مشکلات پیوند مادر و کودک طراحی مداخلاتی مشابه پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد اخلاق IR.umsu.rec.1395.283 دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد. پژوهشگر و همکاران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ارومیه ابراز می‌دارند هم چنین از تمامی زنان تازه زایمان کرده و خانواده‌های آن‌ها که با عشق و شور فراوان در تمام مراحل تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References:

1. Simkin P. Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *J Perinat Educ* 2011;20(3):166-76.
2. Brockington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology* 2011;44(5):329-36.
3. Garcia-Esteve L, Torres A, Lasheras G, Palacios-Hernández B, Farré-Sender B, Subirà S, et al. Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(2):385-94.
4. Kitamura T, Takegata M, Haruna M, Yoshida K, Yamashita H, Murakami M, et al. The Mother-Infant Bonding Scale: factor structure and psychosocial correlates of parental bonding disorders in Japan. *J Child Fam Stud* 2015;24(2):393-401.
5. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *J Hayat* 2011;17(3):69-79.
6. Kiernan J. The experience of therapeutic touch in the lives of five postpartum women. *MCN: MCN Am J Matern Child Nurs* 2002;27(1):47-53.
7. McGovern P, Dowd B, Gjerdengen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med* 2006;4(2):159-67.
8. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001;97(6):988-93.
9. Waldenström U, Schytt E. A longitudinal study of women's memory of labour pain—from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG* 2009;116(4):577-83.
10. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol* 2011;35(1):20-8.
11. Bradford AB, Burningham KL, Sandberg JG, Johnson LN. The Association between the Parent-Child Relationship and Symptoms of

- Anxiety and Depression: The Roles of Attachment and Perceived Spouse Attachment Behaviors. *J Marital Fam Ther* 2017;43(2):291-307.
12. Gronowitz C, Henrysson H. Stress, social support and health status among postpartum women in an urban and a rural area of Thailand [Internet]. 2009 [cited 2018 Jul 15]. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-112357>
  13. Mann JR, Mannan J, Quiñones LA, Palmer AA, Torres M. Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39(6):645-57.
  14. Xie R-H, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol* 2009;19(9):637-43.
  15. Martell LK. Heading toward the new normal: a contemporary postpartum experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(5):496-506.
  16. Osman H, Saliba M, Chaaya M, Naasan G. Interventions to reduce postpartum stress in first-time mothers: a randomized-controlled trial. *BMC women's health* 2014;14(1):1.
  17. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine* 1979;9(1):139-45.
  18. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1990;55(3-4):610-7.
  19. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Internet connections in life: the role of perceived social support and loneliness in using internet. *Psychol Stud* 2009;5(3):81-102.
  20. Brockington I, Fraser C, Wilson D. The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006;9(5):233-42.
  21. Aflakseir A, Jamali S. Relationship between Mother-Child Bonding with Postpartum Depression among a Group of Mothers in Shiraz-Iran. *Preventive Care Nurs Midwifery J* 2014;3(2):61-9.
  22. Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, Antonietti JP, Sellenet C, Epiney M. Validation of the Postnatal Perceived Stress Inventory in a French Speaking Population of Primiparous Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013;42(6):685-96.
  23. Osman H, Saliba M, Chaaya M, Naasan G. Interventions to reduce postpartum stress in first-time mothers: a randomized-controlled trial. *BMC Women's health* 2014;14(1):125.
  24. Azizi M, Lamyian M, Faghihzade S, Nematollahzade M. The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women; a single blind randomized clinical trial. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2010;14(3).
  25. Ryding EL, Wirfelt E, WÄNGBORG IB, Sjögren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2007;86(7):814-20.
  26. Östberg M, Hagekull B. A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *J Clin Child psychol* 2000;29(4):615-25.
  27. Zhong J, Wang C, Li J, Liu J. Penn State Worry Questionnaire: structure and psychometric properties of the Chinese version. *J Zhejiang Univ-Sci B* 2009;10(3):211-8.
  28. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics* 2013;131(4):e1218-e24.
  29. Barlow J, Powell L, Gilchrist M. The influence of the training and support programme on the

- self-efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities: A controlled trial. *Complement Ther Clin Prac* 2006;12(1):55-63.
30. Boryri T, Navidian A, Kian R. The effect of training attachment behaviors on mother-child bonding after birth. *Int J Adv Biotechnol Res* 2016;7(3):1204-10.
31. Parsa P, Saiedzadeh N, Roshanai G, Masoumi SZ. The effect of training on maternal-fetal attachment (MFA) in nulliparous women: A randomized clinical trial. *Nasim Danesh* 2016; 24(1): 24-30. (Persian)
32. Gharibi H, Sheidai A, Rostami C. The Effectiveness of Parenting Skills Training on Attachment, Perceived Stress and Quality of Life in Mothers of Preschool Children. *J Health Care* 2017;18(4):292-305.
33. XIE RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust new zealand J Obstet Gynaecol* 2010;50(4):340-5.

## THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT BASED COUNSELLING ON POSTNATAL PERCEIVED STRESS AND MOTHER-CHILD BONDING IN NULLIPAROUS WOMEN TO HEALTH CENTERS IN URMIA IN 2016-2017

Fatemeh Moghaddam Tabrizi<sup>1</sup>, Homeira Nournezhad<sup>2\*</sup>

Received: 01 Jan, 2018; Accepted: 16 Mar, 2018

### Abstract

**Background & Aims:** Stress not only disrupts the health of mothers, but also disrupts the relationship between mother and child. This study was conducted to determine The Effect of Family Support Based Counselling on Postnatal Perceived Stress and mother-child bonding in Nulliparous Women Referred to Health Centers in Urmia in 2016-2017.

**Materials & Methods:** The randomized clinical trial study was conducted in 2016. A group of 330 nulliparous women randomly allocated in intervention (165) and control (165) groups. Data collection tools were personal information form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Postpartum Bonding Questionnaire and Postnatal Perceived Stress Inventory.

**Results:** The findings revealed a significant increase in total postpartum perceived stress and in it's all subscales including Fatigue, Relationship with baby, Relationship with body, Feeding the baby, Future plan, Relationshi with partner and in total mother-child bonding and in it's all subscales including general bonding difficulties, Threatened rejection, infant-focused anxiety and incipient abuse. But there is no significant difference after intervention in control group.

**Conclusion:** Consultation with newly delivered women, during postpartum period reduces the perceived stress and mother-child transplantation problems. Counseling based on family support is suggested.

**Key words:** Perceived Stress, Postpartum, Family Support, Consultation, Mother-child bonding

**Address:** Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +98 914 349 0800

**Email:** H.nournezhad@gmail.com

<sup>1</sup> Associate Professor in Nursing and Midwifery Department, Reproductive Health Research Center, Urmia University Of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Nursing and Midwifery Department, Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding author)