

The Effect of Supportive Couple-Centered Counselling on Perception of Support for Spouse and Maternal Attachment in Parturients Referring to Health Centers of Urmia University of Medical Sciences in 2018-19

Fatemeh Moghaddam Tabrizi¹, Zahra Khanzadeh*²

1. Associate Professor, Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
2. Master Student, Department of Midwifery, Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

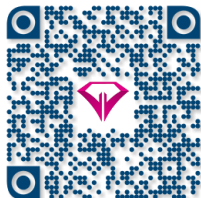
Article Info

Received: 2019/08/10;
Accepted: 2019/09/16;
Published Online: 2020/06/24

 [10.30699/sjnhmf.28.2.112](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.28.2.112)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: The postpartum period is a critical period for maternal and infant attachment formation and a stressful period for the mother due to physical and mental changes. The purpose of this study was to investigate the effect of couple-centered counseling on perceived spouse support and mother-infant attachment in parturient women referring to Urmia health centers in the years 2018-2019.

Methods: The randomized clinical trial study was conducted in 2018-2019 in Urmia city, Iran. A group of 108 nulliparous women randomly allocated in intervention (54) and control (54) groups. The intervention group received 6 sessions of intervention based on spouse intervention and the control group received routine care. Data collection tools were personal information form, Spousal Support Perceived Questionnaire, and Maternal Baglanma Olcegi Questionnaire. Kolmogorov-Smirnov test, independent t-test and paired t-test were used.

Results: Our results showed that the two groups were statistically similar in demographic features. According to the results, mean scores of perception of spouse support and attachment of mother and infant after counseling in intervention group were statistically significant compared with control group ($P < 0.05$). In the intervention group, there was a statistically significant difference between the mean scores of spouse support and maternal attachment with infant before and after the intervention ($P < 0.05$).

Conclusion: Couple-centered counseling enhances understanding of spouse support and mother-infant attachment; Despite the routine training methods, due to the very good effect and also the creation of a very good relationship between the couple, it is recommended as a safe and efficient method.

Keywords: Spousal support, Social support, Maternal attachment, Couple therapy, Pregnancy, Post-partum

Corresponding Information:

Zahra Khanzadeh, Midwifery Consultation Master Student, Student Research Center Affiliated to Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. Email: khanzadehza@yahoo.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Khanzadeh Z, Mogaddam Tabrizi F. The Effect of Supportive couple Counselling on Perceived Spouse's Support and Maternal Attachment in Parturients Referring to Health Centers of Urmia University of Medical Sciences in 2018-19. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2020; 28 (2):112-126

بررسی تأثیر مشاوره حمایت‌محور زوجین در درک حمایت از همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در زنان زایمان‌کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه در سال ۹۷-۹۸

فاطمه مقدم تبریزی^۱، زهرا خانزاده^{۲*}

۱. دانشیار، گروه مامایی، عضو هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
 ۲. گروه مامایی، دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۵/۱۹	مقدمه: دوران پس از زایمان دوره‌ای حساس برای شکل‌گیری دل‌بستگی مادر و نوزاد و دورانی پرتنش برای مادر به دلیل تغییرات جسمی و روحی است بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره حمایت‌محور زوجین بر درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در زنان زایمان‌کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵	روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بر روی ۱۰۸ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه انجام گرفت. نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل، هر گروه ۵۴ نفر تقسیم شدند. گروه مداخله ۶ جلسه مداخله مبتنی بر مداخله همسر دریافت کردند و افراد گروه کنترل از مراقبت‌های معمول برخوردار شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات فردی، پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و کودک و پرسش‌نامه حمایت همسر در دوران پس از زایمان بود. در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کلموگروف-اسمیرنوف، آزمون t مستقل و t زوجی استفاده شد.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۴/۰۴	یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. میانگین نمرات درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد بعد از مشاوره در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری با گروه کنترل داشت ($P < 0/05$) و در گروه مداخله میانگین نمرات درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر با نوزاد قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$).
نویسنده مسئول: زهرا خانزاده	نتیجه‌گیری: مشاوره حمایت‌محور زوجین سبب افزایش درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد می‌شود؛ علی‌رغم وجود روش‌های آموزشی روتین، به دلیل تأثیر بسیار خوب و هم‌چنین ایجاد ارتباط بسیار مناسب بین زوجین، به‌عنوان روشی ایمن و کارآمد توصیه می‌شود.
گروه مامایی، دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران	کلیدواژه‌ها: حمایت همسر، حمایت اجتماعی، دل‌بستگی مادر و نوزاد، مشاوره زوجین، بارداری، دوران پس از زایمان
پست الکترونیک: khanzadehza@yahoo.com	
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	
	

مقدمه

است [۵]. در واقع نحوه ارتباط یا دل‌بستگی انسان‌ها با والدین یا افراد مهم زندگی، نقش تعیین‌کننده‌ای در روابط صمیمانه عاطفی آنها در سال‌های بعدی زندگی‌شان دارد [۶]. دل‌بستگی مادر و نوزاد رابطه‌ای گرم، پویا و هیجانی بین مادر و نوزاد [۷] و از اجزای اصلی دستیابی به هویت مادری است [۸]. این رابطه عاطفی به تدریج و در طول زمان ایجاد می‌شود [۹]. این فرایند قبل از تولد کودک و هنگام اطلاع مادر از بارداری خود آغاز می‌شود و طی بارداری افزایش می‌یابد و تا پس از زایمان ادامه دارد [۱۰]. بر اساس نظریه John Bowlby، دل‌بستگی از نیازهای بنیادین انسان‌هاست که به

بارداری و به دنبال آن مادرشدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی در زندگی هر زن است [۱] که زنان را متحمل تغییرات ناخواسته‌ای می‌کند و این تغییرات نیازهای جسمی و روحی آنان را دگرگون می‌کند [۲]. یک زن هویت مادری خود را از طریق مادرشدن و تعریف جدید از خود و با به دست آوردن اعتماد به نفس و مهارت‌های جدید در رویارویی با چالش‌های مادرشدن به دست می‌آورد [۳]. برقراری ارتباط و دل‌بستگی با نوزاد تازه متولدشده از اولین و شاید مهم‌ترین چالش‌های مادرشدن است [۴]؛ زیرا توانایی برقراری روابط بین فردی و حفظ آن جهت بقا از ویژگی‌های اساسی انسان

پیوند هیجانی بین کودک در حال رشد و مراقبت‌کننده اطلاق می‌شود و برای رشد و بالندگی کودک اهمیت حیاتی دارد [۱۱]. دوران پس از زایمان با تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی بسیار مهمی که بر زندگی یک زن می‌گذارد، علی‌رغم احساس لذت مادرشدن ممکن است با مشکلاتی همراه شود [۱۲]. این وضعیت، وابستگی عاطفی مادر و نوزاد را کاهش می‌دهد [۱۳]؛ بنابراین لازم است به عواملی که سبب تشدید یا کاهش این موضوع می‌شود توجه کرد. یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کاهش مشکلات این دوره محیط زناشویی مناسب و برخورداری از حمایت عاطفی همسر است [۱۴]. حمایت از سوی اطرافیان که به صورت حمایت اجتماعی تعریف می‌شود عبارت است از درک در دسترس بودن افرادی که احساس می‌کنیم به ما اهمیت می‌دهند و هنگام بروز مشکل به ما کمک خواهند کرد و سبب می‌شود احساس خوبی داشته باشیم [۱۵]. حمایت اجتماعی به دو زیرگروه درک‌شده و دریافت‌شده طبقه‌بندی می‌شود حمایت اجتماعی درک‌شده انعکاس نظر افراد در مورد حمایت ارائه‌شده محسوب می‌شود که مفهوم کیفی ذهنی و قابل‌اندازه‌گیری است که در مورد رفتارهای سلامتی حمایت درک‌شده مهم‌تر از حمایت واقعی است؛ زیرا اگر منبع و نوع حمایت توسط فردی درک نشود، نمی‌توان از آن استفاده کرد [۱۶]. داشتن احساس حمایت از سوی همسر، نقش مثبتی بر مسائل تنش‌زا در زندگی دارد و در نتیجه بر بهداشت روان‌شناختی و فیزیکی نیز تأثیر مثبتی دارد [۱۷]. همسر یک زن، مهم‌ترین و نزدیک‌ترین فردی است که می‌تواند با درک درست موقعیت و شرایط حساس روحی و جسمی زن وی را در مقابله با مشکلات پیش‌آمده حمایت کند [۱۸]؛ به طوری که مادران تازه زایمان کرده همسر خود را اولین منبع حمایت خود می‌دانند و این حمایت در بیشتر موارد تأثیر بسیاری بر سلامت مادر در شرایط جدید دارد [۱۹]. در این راستا کمک به تعامل زوجین به منظور مقابله با چالش‌های پیش رو در دوران پس از زایمان از جمله عواملی است که در عملکرد و رابطه زوجین تأثیرگذار است. مشاوره زوجین با استفاده از تعامل و رابطه عاشقانه به زوج‌ها برای درک و حل مشکلات، نارضایتی و درگیری در رابطه کمک می‌کند [۲۰]. تحقیقات نشان داده است که زوج‌های تحت مشاوره، سطوح بالاتری از ارتباط [۲۱] و سازگاری زناشویی را نشان می‌دهند [۲۲]. همچنین همسرانی که در جلسات

مشاوره شرکت می‌کنند، روابط عاطفی بهبودیافته دارند و رضایتمندی آنها افزایش می‌یابد [۲۳]. بسیاری از رویکردهای مشاوره در زمینه مشاوره خانواده بر اهمیت حل مشکلات ارتباطی بر صمیمیت و سازگاری زوجین تأکید می‌کنند [۲۴]. رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف زناشویی دارند. همچنین با افزایش کیفیت روابط زوجین رضایت زناشویی نیز بیشتر می‌شود و با سلامت روانی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی هم‌بستگی دارد [۲۵، ۲۶]. براساس پژوهش Hadi ، Amani و Yoosefi مشاوره گروهی تأثیر مهمی در کاهش تعارض‌ها و آشفتگی‌های زناشویی و بهبود صمیمیت بین زوجین دارد و سبب بهبود کیفیت ارتباط زوجین و افزایش رضایت زناشویی می‌شود [۲۷]. رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت در مشاوره نتایج سریع‌تری برای مراجعان دارد؛ بنابراین برای آن دسته از مراجعانی که خواستار بهبودی سریع‌تر و رسیدن به وضعیت مطلوب هستند، بسیار سودمند است [۲۸]. مشاوره حمایت‌محور زوجین به‌عنوان یک رویکرد درمانی کوتاه‌مدت [۲۹] و با هدف کاهش تعارضات زوجین در دوران پس از زایمان با افزایش مهارت‌های ارتباطی زوجین و افزایش حمایت همسران از مادران تازه زایمان کرده در دوران پس از زایمان سعی در افزایش درک حمایت همسر توسط مادر و در نتیجه بهبود روابط زوجین، افزایش کیفیت سلامت روانی و جسمی مادران و دل‌بستگی مادر و نوزاد دارد [۳۰، ۲۹]. به نظر می‌رسد که استفاده از رویکردهای مشاوره‌ای کوتاه‌مدت برای حل تعارضات این دوران مفید باشد؛ زیرا سلامت روانی به‌عنوان یک ویژگی شخصی همواره با چگونگی ارتباط و تعامل زوجین ارتباط دارد. همچنین مدت‌زمان مشخصی به‌عنوان دوران پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. از سوی دیگر اهمیت و حساسیت این دوران در دل‌بستگی مادر با نوزاد، تأثیر مستقیم آن بر سلامت مادر و نوزاد و تأثیر کیفیت روابط بین همسران بر این دوران استفاده از این رویکرد را مدنظر قرار می‌دهد؛ بنابراین با توجه به نبود مشاوره‌ای در زمینه آموزش زوجین برای رویارویی با مشکلات این دوره در سیستم بهداشتی و مراقبت‌های آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره حمایت‌محور زوجین بر درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در سال ۹۸-۹۷ طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه کارآزمایی بالینی بود که در آن تأثیر مشاوره حمایت‌محور زوجین بر روی ۱۰۸ نفر از زنان زایمان‌کرده و نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه در سال ۹۸-۹۷ مطالعه شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان نخست‌زای تازه زایمان کرده (زایمان طبیعی) در هفته‌های ۱ تا ۶ بعد از زایمان، محدوده سنی ۲۵ تا ۳۰ سال، آشنا به زبان فارسی، ساکن شهر ارومیه، بستری‌نشدن در بخش روانی، استفاده‌نکردن از داروهای روان‌گردان و نوشیدنی‌های الکلی، نداشتن هرگونه بیماری سیستمیک از قبیل بیماری قلبی-عروقی، فشارخون بالا، دیابت، بستری به دلیل عوارض زایمان در بخش ناهنجاری نوزاد، زایمان زودرس و حاملگی ناخواسته، نداشتن تجربه حادثه استرس‌زا در ۶ ماه اخیر، شرکت نکردن در جلسه آموزشی دیگر و کسب نمره کمتر از ۲۳ از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ).

معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: بروز هرگونه حادثه استرس‌زا برای خانم‌های باردار یا افراد درجه یک خانواده آنها مانند فوت یا ابتلا به بیماری صعب‌العلاج در طول مطالعه، تشخیص ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی از قبیل اختلال اضطرابی شدید یا افسردگی پس از زایمان در طول مطالعه، نارضایتی و تمایل نداشتن به ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه زن باردار یا همسرش از شرکت در جلسات مربوط به مشاوره. در تعیین حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین \pm انحراف معیار در دو گروه براساس مطالعه پارسا و همکاران استفاده شد [۳۱]. میانگین در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $4/28 \pm 21/83$ و $4/10 \pm 19/58$ ، توان ۸۰ درصد و سطح خطای ۵ درصد و آزمون یک دامنه و احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه‌ها و حجم نمونه ۵۴ نفر در هر گروه محاسبه شد. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سلامت عمومی Goldberg، پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و نوزاد و پرسش‌نامه حمایت همسر پس از زایمان بود. پرسش‌نامه دموگرافیک شامل فرم مشخصات فردی، اجتماعی، از قبیل سن (زوجین) سطح تحصیلات (زوجین)، سابقه سقط، سابقه بیماری خاص، تاریخچه

پزشکی، بارداری همراه با برنامه‌ریزی، رضایت از جنس نوزاد، ناراحتی در ۶ ماه گذشته، رضایت از زندگی متأهلی و وضعیت محل سکونت بود. پرسش‌نامه مربوط به سلامت عمومی را که اولین بار Goldberg در سال ۱۹۷۲ تنظیم کرد، شامل ۴ خرده‌مقیاس و ۲۸ سؤال است و هر خرده‌مقیاس دارای ۷ سؤال مربوط به علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، 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. دامنه هر حیطه صفر تا ۲۱ و نمره کل بین صفر تا ۸۴ است. نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است و نمره برش ۲۳ افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد. پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و نوزاد مدل ترکیبی (MBO)^۱ ابزاری است که از مطالعه‌ای به روش متدولوژیکی و با هدف تعیین اعتبار و قابلیت اطمینان مقیاس دل‌بستگی مادران بر روی مادران دارای نوزاد ۱ ماهه و ۴ ماهه به دست آمده است. این مطالعه از نظر روش‌شناختی از مقیاس دل‌بستگی مادری مولر (MAI)^۲ اقتباس شده است که Kavlak و Sirin در سال ۲۰۰۹ در جامعه ترکیه به دلیل مطالعات محدود دل‌بستگی و نبود ابزار دل‌بستگی آن را آزمایش کرده‌اند [۳۲]. این مقیاس احساسات و رفتارهای مادرانه را که نشانگر عشق مادرانه است اندازه‌گیری می‌کند و سه زیر‌مقیاس دارد که شامل احساس پیوند با کودک (۹ سؤال)، آنالیز احساسات مادران (۸ سؤال) و شناسایی نوزاد درک نیازهای آن (۳ سؤال) است. همچنین دارای ۴ نوع مقیاس لیکرت است. هر سؤال شامل عبارات مستقیم است و در میان دو عبارت همیشه و هرگز طبقه‌بندی شده می‌شود. (A-همیشه، ۴ امتیاز)، (b-اغلب، ۳ امتیاز)، (c-گاهی، ۲ امتیاز)، (d-هرگز، ۱ امتیاز). نمره کلی از جمع تمام سؤالات به دست می‌آید؛ به طوری که کمترین نمره ۲۶ و بالاترین نمره ۱۰۴ است. بالاترین نمره نشان می‌دهد دل‌بستگی مادر با نوزادش بالاست. این مطالعه دو بار در مادران زایمان‌کرده انجام شده است. یک‌بار ۱ ماه بعد از زایمان (مادران دارای نوزاد ۱ ماهه) و یک‌بار هم ۴ ماه بعد از زایمان (مادران دارای نوزاد ۴ ماهه). ضریب آلفای کرونباخ از کل مقیاس به دست آمده در هر دو مرحله به اندازه کافی بالا بود. در نتیجه تجزیه و تحلیل مورد، ضریب آلفا در

1. Maternal Baglanma Olcegi

2. Maternal Attachment Inventory

استفاده شود. در این مطالعه روایی پرسش‌نامه حمایت همسر در دوران پس از زایمان و روایی پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و نوزاد مدل ترکی به روش روایی محتوا تعیین شد؛ بدین‌صورت که این پرسش‌نامه‌ها بعد از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی برای پرسش‌نامه حمایت همسر و اصل ترکی برای پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و نوزاد در اختیار ۱۰ متخصص قرار گرفت و پس از کسب نظرات و پیشنهادهای اصلاحی در ابزار نهایی در نظر گرفته شد. همچنین شاخص روایی محتوا (CVR) و نسبت روایی محتوا (CVI) نیز برای این پرسش‌نامه‌ها محاسبه شد. ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) برای پرسش‌نامه درک حمایت همسر در دوران پس از زایمان ۷۰ درصد و برای پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و نوزاد ۷۶ درصد است. شاخص روایی محتوا (CVI) برای پرسش‌نامه درک حمایت همسر در دوران پس از زایمان ۸۱ درصد و برای پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و نوزاد ۸۲/۳۳ درصد به دست آمد که میزان قابل‌قبولی است. روش اجرای طرح به این صورت بود که ابتدا فهرست همه مراکز بهداشتی درمانی ارومیه، از مرکز بهداشت شهرستان ارومیه تهیه شد. سپس مراکز بهداشتی درمانی شهری با نظر کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان ارومیه براساس 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 شد و از هر گروه سه مرکز به‌طور تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب شدند. با توجه به نسبت جمعیت تحت پوشش زنان نخست‌زای زایمان‌کرده مراکز بهداشتی درمانی، حجم نمونه از هر مرکز به‌صورت سهمیه‌بندی و براساس معیارهای ورود و خروج نمونه‌ها به‌صورت تصادفی بر مبنای جدول اعداد تصادفی انتخاب شد (مرکز شماره ۶ با مراجعان دارای سطح فرهنگی و اقتصادی بالا با ۱۷ نفر نمونه، مرکز صحیه با مراجعان دارای سطح فرهنگی و اقتصادی متوسط با ۱۷ نفر نمونه و مرکز شهدا با مراجعان دارای سطح فرهنگی و اقتصادی پایین با ۲۰ نفر نمونه). پس از مراجعه به مراکز مربوط و هماهنگی لازم با مسئولان آن مراکز و پس از انتخاب نمونه‌ها طی تماس تلفنی ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و بعد از بیان اهداف و روش کار، برای همکاری در مطالعه دعوت به عمل آمد. در ابتدا برای

خروجی برای هر مورد در ۱ ماهگی و ۴ ماهگی افزایش نداشت که از نظر قابلیت اطمینان از موارد مثبت ارزیابی است. ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس دل‌بستگی مادران ۰/۷۷ برای ۱ ماه بعد از تولد و ۰/۸۲ برای ۴ ماه بعد از تولد محاسبه شد و در هر دو زمان کار بسیار بالا بود. براساس نتایج، دو قسمت مقیاس با یکدیگر سازگار و قابلیت اطمینان بالایی دارند. همچنین ضریب اطمینان داخلی در مقیاس به‌ترتیب ۰/۷۷ یک ماه بعد از زایمان و ۰/۸۲ در ماه چهارم بعد از زایمان به دست آمده است. پایایی قوام درونی نیز بالا بود.

پرسش‌نامه حمایت همسر در دوران پس از زایمان (PPSS)^۳ پرسش‌نامه‌ای است که Brown, Dennis و Brennenstuhl در سال ۲۰۱۷ در کانادا، با هدف توسعه و آزمودن روان‌سنجی یک ابزار برای درک حمایت همسر در دوران پس از زایمان و با استفاده از یک مدل نظری روابط اجتماعی^۴ و عناصر عملکردی حمایت اجتماعی^۵ ارائه کردند [۳۳]. این پرسش‌نامه ۳ زیر مقیاس دارد که شامل حیطه‌های عاطفی (۱۱ سؤال)، اطلاعاتی (۵ سؤال) و ابزاری یا وسیله (۴ سؤال) است. همچنین دارای ۲۰ سؤال و مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت است؛ به‌طوری‌که امتیاز ۱ برای شدیداً مخالف و امتیاز ۴ برای شدیداً موافقم در نظر گرفته شده است. نمرات، بین ۲۵ تا ۱۰۰ است و بالاترین نمره بیانگر دریافت بالاترین حمایت اختصاصی همسر در دوران پس از زایمان است. در این مطالعه میانگین نمرات سنجیده خواهد شد. برای تعیین شاخص اعتبار محتوا، پرسش‌نامه حمایت همسر در بعد از زایمان به ۴ کارشناس تحویل داده شد و بعد از بررسی، روایی پرسش‌نامه با استفاده از شاخص اعتبار محتوا ۸۲ درصد تعیین شد که نشانگر توافق نظر در سطح بالا بین کارشناسان بود. شاخص ثبات داخلی با استفاده از آلفای کرونباخ و بعد از آنالیز آماری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ محاسبه شد. شاخص ثبات داخلی بسیار بالا و ۰/۷۰ بود. آلفا و قابلیت اطمینان پرسش‌نامه نیز ۰/۹۸ محاسبه شد. بررسی‌های آماری نشان داد که نمره کلی پرسش‌نامه در هفته‌های ۴ و ۸ بعد از زایمان به‌طور مثبتی با حمایت همسر در هفته‌های ۱ و ۴ بعد از زایمان ارتباط دارد و نتیجه‌گیری شد که پرسش‌نامه حمایت همسر در بعد از زایمان یک مقیاس معتبر با قابلیت اطمینان بالاست که می‌تواند در مداخلات مربوط به مشکلات دوران پس از زایمان به‌خوبی

5. Functional Elements of Social Relationships

3. Postpartum Partner Support Scale

4. Theoretical Model of Social Relationship

حمایت همسر خود و ارائه راهکارهایی برای انجام حمایت بیشتر و ملموس‌تر همسران و افزایش ارتباط مادران با نوزادان انجام شد. در پایان هر جلسه محتوای آموزشی مربوط به همان جلسه در اختیار زوجین قرار گرفت. محتوای جلسات برگرفته از مطالعه Will و Shinar بود که در تهیه پرسش‌نامه حمایت همسر در دوران بعد از زایمان توسط Dennis و همکاران در کانادا در سال ۲۰۱۷ استفاده شده بود [۳۴]. نحوه اداره جلسات به این صورت بود که زنان یا مشاور درباره موضوعات و نیازها بحث می‌کردند و دیدگاه‌ها و پاسخ‌های مادران و همسرانشان به اشتراک گذاشته می‌شد. مشاور نیز نقش تسهیلگر جلسه را داشت و سعی می‌کرد با همکاری خود شرکت‌کنندگان راه‌کارهای مناسبی برای هر موضوع مطرح شده ارائه کند. هم‌زمان گروه کنترل تنها مراقبت‌های روتین را دریافت کرد. یک ماه بعد از برگزاری ۶ جلسه مشاوره برای گروه مداخله، پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و کودک و پرسش‌نامه حمایت همسر پس از زایمان برای بررسی تغییر رفتار نمونه‌ها در هر دو گروه برای مادران تکمیل شد. محل برگزاری کلاس‌ها در مراکز بهداشتی درمانی منتخب به‌صورت گروه‌های ۶ زوج تا ۱۰ زوج بود. هر دو زوج در کلاس‌ها شرکت می‌کردند و پرسش‌نامه‌ها تنها توسط مادران تکمیل می‌شد تا تأثیر آموزش به همسران بر درک مادر از حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد بررسی شود. بعد از پایان کار و برای رعایت موازین اخلاقی محتوای آموزشی مربوط به گروه مداخله در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرونوف (k-s)، آزمون پارامتریک (نرمال) t مستقل و آزمون پارامتریک (نرمال) t زوجی (Paired-T-Test) استفاده شد.

غربالگری سلامت عمومی زنان از پرسش‌نامه سلامت عمومی Goldberg استفاده شد و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه با دریافت رضایت‌نامه، حداقل ۱۰۸ زن زایمان‌کرده به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی برای گروه کنترل ۵۴ نفر و برای گروه مداخله ۵۴ نفر در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه دموگرافیک، پرسش‌نامه حمایت همسر در دوران پس از زایمان و پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر و کودک، در هر گروه ابتدا به‌کمک زنان زایمان‌کرده در هر دو گروه تکمیل شد. افراد گروه مداخله نیز به‌صورت ۶ تا ۱۰ نفر زن زایمان‌کرده به همراه همسرانشان وارد برنامه شدند. قبل از شروع جلسات در گروه مداخله، پژوهشگر پس از توضیح مجدد اهداف تحقیق و روش کار از افراد مورد‌پژوهش درمورد لزوم حضور همسر در جلسات مشاوره توضیح داد. سپس برای گروه مداخله برنامه مشاوره‌ای به‌صورت ۶ جلسه (هر هفته یک جلسه) و به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه صورت گرفت (جدول شماره ۱). هدف از جلسات مشاوره آشناکردن همسران مادران تازه زایمان‌کرده با تغییرات جسمی و روحی مادر بعد از زایمان و نیاز او به حمایت از طرف همسر خود برای گذراندن دوران پس از زایمان و موفقیت در سازگاری با نقش جدید مادری و مراقبت از نوزاد خود بود. همچنین آموزش به زوجین با هدف بالابردن مهارت‌های ارتباطی زوجین برای حفظ صمیمیت آنها و ایجاد ارتباط بهتر بین آنها برای درک بهتر حمایت همسر از سوی مادر و افزایش دل‌بستگی بین مادر و نوزاد بود. مداخله در قالب بحث‌های مشاوره‌های گروهی و در صورت نیاز مشاوره‌های فردی و با محتوای آشنایی بیشتر همسران با وضعیت جدید مادر و نیاز مادر به

جدول ۱. برنامه جلسات مشاوره حمایت محور زوجین

اهداف	جلسات مشاوره	راهکارها
افزایش مهارت‌های ارتباطی و تقویت صمیمیت زوجین برای حمایت عاطفی	جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> آشنایی مشاور با زوج آشنایی با مشکلات جسمی مادر مانند زخم اپی‌زیاتومی و مراقبت از مادر فرصت‌دادن برای صحبت‌کردن درباره احساسات و بیان نگرانی‌ها سؤال‌کردن درباره احساس و نیازهای مادر و نشان‌دادن همدردی توجه به نیازهای عاطفی مادر شناخت تغییرات خلقی مادر نشان‌دادن درک متقابل و پذیرش این تغییرات و برداشت‌نکردن تمارض از تغییرات روحی و خلقی و مشکلات جسمی مادر ابراز کلامی احساسات و بیان اهمیت مادر برای همسر ابراز عشق و علاقه به مادر ارائه مطلب آموزشی

اهداف	راهکارها	جلسات مشاوره
<p>افزایش اعتماد به نفس مادر برای ایفای نقش مادری</p> <p>دادن حس احترام و ارزش به مادر</p> <p>افزایش دل‌بستگی با نوزاد و سازگاری با نقش مادری</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اهمیت دادن به مادر، تأیید توانایی‌های مادر در انجام وظایف مادرانه، تأکید بر جنبه مثبت مسائل، گوش کردن به صحبت‌های مادر در مورد نگرانی‌های مربوط به نگهداری از نوزاد، کمک به حل مشکلات مادر، تشویق و همراهی مادر در درخواست کمک از خانواده‌های طرفین، توجه به احساسات مادرانه و با ارزش دانستن آنها، قدردانی و تشکر از مادر به دلیل تولد نوزاد و مراقبت از نوزاد، تماس تلفنی از محل کار و جویاشدن حال مادر و نوزاد 	جلسه دوم
<p>حمایت ملموس و قابل درک، حمایت عملی و رفتاری و مادری، همراهی با مادر برای کمک به سازگاری با شرایط جدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در دسترس بودن و حضور به‌موقع و مورد نیاز در منزل، همراهی با مادر در مراقبت‌های نوزادی و دوره پس از زایمان و مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی، تأمین وسیله نقلیه و هزینه رفت‌وآمد به مراکز بهداشتی در صورت عدم امکان همراهی در تمام دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی تأمین تسهیلات رفاهی و تعمیر لوازم منزل در صورت نیاز، تهیه لوازم و مایحتاج نوزاد مادر و نوزاد، تهیه مواد غذایی مورد نیاز مادر زایمان کرده، تشویق مادر به شیردهی از پستان و فراهم کردن شرایط مناسب شیردهی، کمک به ایفای جدید نقش مادری و حفظ نقش همسری، برخورد منطقی در مورد روابط جنسی با توجه به شرایط جسمی مادر و به کار بردن راه‌های دیگر معاشقه برای برقراری صمیمیت جنسی، مشاوره فردی در صورت داشتن نگرانی از روابط جنسی، ارائه مطلب آموزشی 	جلسه سوم
<p>اداره کارهای منزل</p> <p>کمک به افزایش زمان استراحت و آرامش مادر</p>	<ul style="list-style-type: none"> • نحوه مقابله با خستگی و احساس ضعف به‌عنوان یکی از عوارض پس از زایمان و نحوه مقابله با آن و نقش همسر در جهت به حداقل رساندن پیامدهای آن • برخورد منطقی با کم‌کاری‌های امور خانه ناشی از ضعف و بی‌حالی هفته‌های اول پس از زایمان • راهکارهایی برای مدیریت کارهای منزل در مواردی مانند مساعدت در انجام کارهای خانه <ul style="list-style-type: none"> • کمک در آشپزی و نظافت • انجام خریدهای منزل • کمک به نگهداری از نوزاد • بحث کردن و ارائه راهکارهایی از نحوه کمک‌طلبیدن و جلب همکاری اعضای خانواده در راستای اداره کارهای منزل در دوران نقاهت برای دادن زمان بیشتر به مادر به‌منظور انجام امور شخصی و یافتن فرصت بیشتر برای ایجاد دل‌بستگی بیشتر با نوزاد و رسیدگی به کارهای نوزاد با آرامش و بدون نگرانی از انجام‌ندادن کارهای منزل • مدیریت رفت‌وآمد آشنایان و اقوام به منزل برای ایجاد آسایش و استراحت بیشتر مادر <ul style="list-style-type: none"> • ارائه مطلب آموزشی 	جلسه چهارم
<p>حمایت مشوقانه و راهنمایی شناختی برای کمک به کسب اطلاعات</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تشویق مادر به ادامه مراقبت از کودک و شیردهی • تشویق و دادن اطمینان به مادر که توانایی مراقبت از نوزادش را دارد. • کسب آگاهی و توصیه‌های مؤثر از مراقبان بهداشتی یا مطالعه درباره مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد و روش‌های صحیح شیردهی • کسب اطلاعات در مورد مشکلات و علایم خطر در دوران پس از زایمان • مراقبت‌های بهداشتی مربوط به مادر و نوزاد و انتقال آن به مادر • اطلاع از زمان‌های مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی به‌منظور انجام مراقبت‌های روتین مادر و نوزاد و آگاهی از اهمیت و یادآوری آنها • یادآوری و مساعدت در مصرف به‌موقع مکمل‌های دارویی و سایر داروهای تجویز شده • ارائه مطلب آموزشی 	جلسه پنجم

اهداف	راهکارها	جلسات مشاوره
همراهی با مادر در تمام مراحل پرورش نوزاد تقویت حس تعلق و پیوند عاطفی و دل‌بستگی	<ul style="list-style-type: none"> شناخت علائم سلامت نوزاد و علائم خطر توضیح و تشریح اهمیت مراقبت‌های روتین نوزاد آموزش مراقبت از نوزاد به صورت بحث در گروه‌های کوچک بحث در مورد ارتباط عاطفی پدر و نوزاد لزوم توجه عاطفی بیشتر همسر به مادر لزوم توجه مادران به همسر خود و غفلت نکردن در توجه به همسر خود به‌خاطر وجود نوزاد تأکید بر لزوم حضور فیزیکی پدر در منزل بیشتر از قبل و صرف زمان کمتر با دوستان در خارج از منزل ارائه مطلب آموزشی 	جلسه ششم

یافته‌ها

جدول ۲، مشخصات کمی (اطلاعات دموگرافیک) متغیرهای حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در دوران پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل را نشان می‌دهد. میانگین سنی فرد در گروه مداخله (۹۲ ± ۲۶/۹۴) بیشتر از میانگین سنی فرد در گروه کنترل (۸۴ ± ۲۵/۸۷) بود و میانگین سنی همسر در گروه مداخله (۲۶ ± ۳۴/۱۷) بیشتر از میانگین سنی فرد در گروه کنترل (۰۶ ± ۳۳/۴۶) است. همچنین مقدار (P=۰/۵۲) است. هر دو گروه از نظر میزان تحصیلات (P=۰/۵۱) همگن بودند و در حالت کلی دو گروه مورد بررسی از نظر ویژگی‌های

جمعیت‌شناختی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند و در واقع مقدار $P\text{-value} > 0.05$ است.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که براساس آزمون t زوجی بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمرات ابعاد حمایت همسر پس از زایمان و نمره کل حمایت همسر پس از زایمان، نمرات ابعاد دل‌بستگی مادر و نوزاد و نمره کل دل‌بستگی مادر و نوزاد 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 مورد نظر همسان بودند (جدول شماره ۳).

جدول ۲. مشخصات کمی متغیرهای حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
P=۰/۲۵	۲۵/۸۷ ± ۵/۸۴	۲۶/۹۴ ± ۷/۹۲			سن زنان
P=۰/۰۳	۳۳/۴۶ ± ۶/۰۶	۳۴/۱۷ ± ۸/۲۶			سن همسر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۲۵	۱۱/۱	۶	۱۳/۰	۷	بی‌سواد
	۲۰/۳۷	۱۱	۳۳/۳۳	۱۸	دیپلم- زیردیپلم
P=۰/۰۳	۶۸/۵	۳۷	۵۳/۷	۲۹	دانشگاهی
	۹/۲۵	۵	۹/۲۵	۵	بی‌سواد
P=۰/۰۳	۲۰/۳۷	۱۱	۳۳/۳۳	۱۸	دیپلم- زیردیپلم
	۷۰/۳۷	۳۸	۵۷/۴	۳۱	دانشگاهی
P=۰/۵۲	-	-	۱۱/۱۱	۶	بله
	۱۰۰	۵۴	۸۸/۸۸	۴۸	خیر
P=۰/۵۲	-	-	۱۸/۵۱	۱۰	دیابت
	۲۵/۹۲	۱۴	۲۰/۳۷	۱۱	آبریزش بارداری
	۳۷/۰۳	۲۰	۱۸/۵۱	۱۰	خونریزی
	۳۷/۰۳	۲۰	۴۲/۵۹	۲۳	هیچ‌کدام

P-value	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر	
	میانگین ± انحراف معیار		میانگین ± انحراف معیار			
P=۰/۵۳	۶۶/۶۶	۳۶	۶۸/۵۱	۳۷	بله	بارداری همراه با برنامه‌ریزی
	۳۳/۳۳	۱۸	۳۱/۴۸	۱۷	خیر	
P=۰/۵۱	۷۷/۷۷	۴۲	۱۰۰	۵۴	بله	رضایت از جنسیت نوزاد
	۲۲/۲۲	۱۲	-	-	خیر	
P=۰/۵۱	۷۷/۷۷	۴۲	۷۴/۰۷	۴۰	بله	ناراحتی در ۶ ماه گذشته
	۲۲/۲۲	۱۲	۲۵/۹۲	۱۴	خیر	
P=۰/۵۴	۵۷/۴	۳۱	۶۲/۹۶	۳۴	بله کاملاً راضی‌ام	رضایت از زندگی متأهلی
	۲۹/۶۲	۱۶	۳۷/۰۳	۲۰	تا حدودی راضی‌ام	
	۱۲/۹۶	۷	-	-	خیر راضی نیستم	
P=۰/۵۴	۸۸/۸۸	۴۸	۲۵/۹۲	۱۴	استیجاری	وضعیت محل سکونت
	-	-	۳۱/۴۸	۱۷	سازمانی	
	۱۱/۱۱	۶	۴۲/۵۹	۲۳	ملک شخصی	

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات حمایت از همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله

P-value	میانگین ± انحراف معیار	زیر مقیاس‌های حمایت همسر	متغیر
۰/۰۷۱	۲۲/۰۱ ± ۶/۶	گروه مداخله	حمایت عاطفی
	۲۰/۰۷ ± ۷/۱۷	گروه کنترل	
۰/۴۴۳	۱۰/۲۲ ± ۳/۱۱	گروه مداخله	حمایت ابزاری
	۱۰/۳۳ ± ۲/۸۴	گروه کنترل	
۰/۴۹۰	۹/۸۵ ± ۲/۷۷	گروه مداخله	حمایت اطلاعاتی
	۱۰/۱۸ ± ۲/۶۶	گروه کنترل	
۰/۱۸۹	۴۲/۰۹ ± ۱۱/۵۱	گروه مداخله	نمره کل حمایت همسر
	۴۰/۶۰ ± ۸/۹۴	گروه کنترل	
P-value	میانگین ± انحراف معیار	زیر مقیاس‌های دل‌بستگی مادر و نوزاد	متغیر
۰/۳۲۴	۱۸/۰۷ ± ۵/۲۲	گروه مداخله	احساس پیوند یا دل‌بستگی به نوزاد
	۱۶/۸۸ ± ۴/۶۲	گروه کنترل	
۰/۲۷۰	۱۶/۵۲ ± ۴/۸۶	گروه مداخله	آنالیز احساسات مادران
	۱۵/۳۹ ± ۴/۴۰	گروه کنترل	
۰/۵۲۱	۷/۴۱ ± ۲/۰۶	گروه مداخله	شناسایی نیازهای نوزاد
	۷/۵۲ ± ۲/۳۲	گروه کنترل	
۰/۷۱۸	۴۲/۰۱ ± ۱۱/۴۲	گروه مداخله	نمره کل دل‌بستگی مادر و نوزاد
	۳۹/۸۱ ± ۱۰/۵۲	گروه کنترل	

هم چنین، نتایج آزمون t زوجی نشان‌دهنده وجود اختلاف آماری در میانگین نمره بعد عاطفی، بعد اطلاعاتی و بعد ابزاری حمایت همسر پس از زایمان و نمره کل حمایت همسر، نمره بعد احساس پیوند با کودک، بعد آنالیز احساسات مادران، بعد شناسایی نوزاد و درک نیازهای آن و نمره کل دل‌بستگی مادر با نوزاد قبل و پس از پایان مداخله در این گروه است (جدول شماره ۴-۶).

این بدین معناست که استفاده از مداخله به افزایش حمایت همسر و درک آن توسط مادر و افزایش دل‌بستگی مادر و نوزاد منجر می‌شود. در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار آماری به‌منظور افزایش حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در نمونه‌ها دیده نشد (جدول ۴-۶).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات حمایت از همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله

متغیر	زیر مقیاس‌های متغیر حمایت از همسر	میانگین \pm انحراف معیار	آماره آزمون (T)	P-value
حمایت از همسر	حمایت عاطفی	گروه کنترل	۳۲/۳۳ \pm ۷/۸۲	۳/۱۲
		گروه مداخله	۳۷/۸۶ \pm ۵/۵	
	حمایت ابزاری	گروه کنترل	۱۴/۷ \pm ۳/۵۵	۲/۷۵
		گروه مداخله	۱۷/۲ \pm ۲/۵	
حمایت اطلاعاتی	گروه کنترل	۱۱/۷۶ \pm ۲/۸۴	۱/۴۳	
	گروه مداخله	۱۳/۷۶ \pm ۲/۰۰		
نمره کل متغیر حمایت از همسر	گروه کنترل	۴۵/۵۵ \pm ۱۴/۲۱	۷/۳	۰/۰۴
	گروه مداخله	۵۳/۳۴ \pm ۱۰/۰۰		

متغیر	زیر مقیاس‌های متغیر دل‌بستگی مادر و نوزاد	میانگین \pm انحراف معیار	آماره آزمون (T)	P-value
دل‌بستگی مادر و نوزاد	احساس پیوند یا دل‌بستگی به نوزاد	گروه کنترل	۳۰/۵۷ \pm ۳/۵۲	۲/۲۵
		گروه مداخله	۳۲/۲۳ \pm ۴/۲۱	
	آنالیز احساسات مادران	گروه کنترل	۲۷/۹۸ \pm ۲/۲۹	۴/۱۵
		گروه مداخله	۲۹/۹۶ \pm ۲/۶۲	
شناسایی نیازهای نوزاد	گروه کنترل	۹/۰۰ \pm ۰/۲	۳/۲۳	۰/۰۰
	گروه مداخله	۱۱/۹۴ \pm ۰/۹		
نمره کل متغیر دل‌بستگی مادر و نوزاد	گروه کنترل	۶۷/۵۵ \pm ۶/۰۱	۹/۶۳	۰/۰۳
	گروه مداخله	۷۴/۱۳ \pm ۷/۷۳		

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات کلی متغیرهای حمایت از همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	آماره	اختلاف میانگین \pm اختلاف انحراف معیار	P-value
حمایت از همسر	گروه مداخله قبل از مداخله	۴۲/۰۹ \pm ۱۱/۵۱	۰/۰۸۵
	گروه مداخله بعد از مداخله	۶۸/۹۱ \pm ۱۰/۰۱	
	گروه کنترل قبل از مداخله	۴۰/۶۰ \pm ۸/۹۴	$P < ۰/۰۰۱$
	گروه کنترل بعد از مداخله	۴۲/۱۵ \pm ۷/۹۹	$P < ۰/۰۰۱$

جدول ۶. مقایسه میانگین نمرات کلی متغیرهای دل‌بستگی مادر و نوزاد در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	آماره	اختلاف میانگین \pm اختلاف انحراف معیار	P-value
دل‌بستگی مادر و نوزاد	گروه مداخله قبل از مداخله	۴۲/۰۱ \pm ۱۱/۴۲	$P < ۰/۰۰۱$
	گروه مداخله بعد از مداخله	۷۰/۳۶ \pm ۵/۸۲	
	گروه کنترل قبل از مداخله	۳۹/۸۱ \pm ۱۰/۵۹	۰/۰۰
	گروه کنترل بعد از مداخله	۴۱/۲۶ \pm ۸/۹۶	۰/۰۰

بحث

هدف این مطالعه بررسی تأثیر مشاوره حمایت‌محور زوجین بر درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد بود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد میزان درک حمایت همسر و به‌دنبال آن دل‌بستگی مادر به نوزاد در گروه مداخله از گروه کنترل بعد از مداخله افزایش معنی‌داری داشته است ($P < 0/05$). همچنین میزان درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در گروه مداخله بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله نیز افزایش معنی‌داری داشته است ($P < 0/05$). براساس این مطالعه، میانگین کلی نمرات درک حمایت همسر و به‌دنبال آن دل‌بستگی مادر و نوزاد در زوج‌هایی که تحت مشاوره حمایت‌محور و آموزش قرار گرفته بودند، در مقایسه با قبل از انجام مشاوره و آموزش در مقایسه با زوج‌هایی که در میان آنها مشاوره و آموزش انجام نشده بود، افزایش معنی‌داری داشت؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه میانگین نمرات درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد در زنان تازه‌زایمان کرده که از حمایت‌های همسر خود برخوردارند، با گروه کنترل متفاوت است، تأیید می‌شود. این نتیجه بیانگر اهمیت برخوردار از حمایت همسر به‌عنوان مهم‌ترین فرد در زندگی یک زن، به‌ویژه در دوران حساس و پر‌مسئولیت پس از زایمان است. همچنین نشان‌دهنده نقش مؤثر مداخله حمایت‌محور زوجین بر افزایش درک حمایت همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد است؛ یعنی مشاوره با زوجین و ترغیب و آگاه‌سازی همسران به حمایت از مادران تازه‌زایمان کرده موجب افزایش حمایت از مادر از سوی همسر و به‌دنبال آن افزایش درک این حمایت از سوی مادر تازه‌زایمان کرده می‌شود. این مسئله تأثیر مثبتی بر سلامت روحی و روانی مادر دارد و موجب می‌شود مادر با شرایط جدید سازگاری بهتری داشته باشد و این خود تأثیر مهم و مثبتی بر دل‌بستگی مادر با نوزادش دارد. مطالعات نشان می‌دهد که برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی در دوران بارداری و پس از زایمان به زوجین می‌تواند راه‌حل مناسبی برای حل مشکلات این دوران باشد [۳۵]. در تأیید نتایج مطالعه حاضر در ابعاد سه‌گانه درک حمایت همسر (عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری) در این مطالعه در بعد عاطفی می‌توان به مطالعه Weis اشاره کرد که نتیجه گرفت در بعد عاطفی اطمینان‌بخشی یا دلگرمی‌دادن به فرد سبب درک حضور یک حامی در هنگام بروز مشکل می‌شود [۳۶]. از دیگر مطالعات همسو می‌توان به مطالعه McKee و همکاران اشاره کرد که نشان داد حضور

شریک زندگی در کنار زن باردار و شنیدن جملات مثبت از سوی شریک زندگی در مورد بارداری می‌تواند حمایت عاطفی کافی برای ادامه بارداری و دوران پس از زایمان را فراهم کند [۳۷]. براساس مطالعه Bost و همکاران، هر چقدر حجم دسترسی به منابع حمایتی بیشتر باشد، تنظیم نیازهای دوران پس از زایمان و دستیابی به نحوه تأمین آنها برای زنان آسان‌تر خواهد بود [۳۸]. در بعد ابزاری می‌توان به مطالعه Goyal، Lee و Gay اشاره کرد که نشان می‌دهد نبود حمایت در زمینه اقتصادی سبب بروز مشکلات عدیده و افسردگی پس از زایمان برای زنان تازه‌زایمان کرده می‌شود [۳۹]. مطالعه Khazaeian و همکاران نشان می‌دهد در میان ابعاد سه‌گانه حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری نقش مؤثرتری در سلامت و به‌ویژه سلامت روان دارد [۴۰]. این یافته‌ها ماهیت حمایت را روشن می‌کند و مؤثر بودن مداخلات بهبود حمایت را نشان می‌دهد. از دیگر مطالعاتی که اهمیت دریافت حمایت برای زنان را نشان می‌دهد، می‌توان به مطالعه Pillemer و Holtzer اشاره کرد که نشان می‌دهد نمرات تمام ابعاد دریافت حمایت شامل ابعاد عاطفی، اطلاعاتی و حمایت ملموس یا ابزاری به‌طور معنی‌داری بعد از مداخله افزایش داشته و در زنان بیشتر درک شده است [۴۱]. افزایش نمرات ابعاد حمایت همسر در این مطالعه نیز در همین راستا بوده است. از مطالعات ناهمسو در زمینه حمایت همسر می‌توان به مطالعه Bennett، Donnellan، Soulsby و همکاران اشاره کرد که نشان می‌دهد حمایت همسر و خانواده همیشه کافی نیست [۴۲]. همچنین در مطالعه Sabiha Yedirira بین حمایت ابزاری و اطلاعاتی که از ابعاد حمایت همسر هستند با رضایت زناشویی ارتباطی دیده نشد؛ درحالی‌که در همین مطالعه بین بعد عاطفی حمایت همسر و ابراز رضایت زناشویی ارتباط وجود داشت [۴۳]. از دیگر مطالعات ناهمسو می‌توان به مطالعه Reid و Taylor اشاره کرد که نشان داد حمایت برای تمام زنان سودمند است، اما برای مقابله با تنش‌های روانی بعد از زایمان ناکافی است [۴۴]. برای نخستین بار بالبی Bowlby واژه دل‌بستگی را در ارتباط با مادر و کودک به کار گرفت و دل‌بستگی را پیوند عاطفی پایداری که یک فرد با دیگری شکل می‌دهد، تعریف کرد [۴۵]. دل‌بستگی نوزاد با مادر اولین قدم در برقراری ارتباط با دیگران و تعیین‌کننده چگونگی ارتباط نوزاد با اطرافیان در آینده است. نوزادانی که از مراقبت مادر و ارتباط با او محروم می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که در آینده دچار مشکلات ارتباطی و رفتارهای پرخاشگرانه شوند [۴۶]. در

و ممکن است در افراد مختلف گزارش‌های متفاوتی ارائه شود؛ به عبارت دیگر، میزان درک حمایت و ابراز آن و همچنین بیان میزان دل‌بستگی و ابراز آن در افراد مختلف متفاوت است که این امر از کنترل پژوهشگر خارج بود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر تأثیر مثبت مشاوره حمایت‌محور زوجین بر افزایش حمایت همسر از مادر تازه‌زایمان کرده و افزایش دل‌بستگی مادر و نوزاد در زنان نخست‌زا را نشان می‌دهد. با استفاده از نتایج این مطالعه پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که کارکنان بهداشتی و سایر اعضای گروه بهداشت و درمان که با مادر ارتباط دارند، از این نوع مشاوره برای افزایش حمایت همسران از مادر تازه‌زایمان کرده و ارتقای بهداشت روان مادران و افزایش دل‌بستگی مادر با نوزاد تازه متولدشده به‌عنوان یک تکنیک ساده، ارزان و لذت‌بخش به‌منزله جزئی از مراقبت‌های دوران پس از زایمان استفاده کنند تا با دستیابی به نتایج آن، گامی در جهت سلامت مادر و کودک برداشته شود.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق Ir.umsu.rec.1397.275 به تاریخ ۱۳۹۷/۷/۹ است. محققان بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه، استادان و سایر کارکنان محترم دانشکده پرستاری، مامایی و نیز مراکز بهداشتی-درمانی منتخب شهر ارومیه برای همکاری بی‌دریغ و صمیمانه آنها تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

مطالعه حاضر دیده شد که احساس رضایت مادر از زندگی زناشویی و دریافت حمایت از همسر به‌عنوان مؤثرترین و نزدیک‌ترین فرد در زندگی مشترک در دوران پس از زایمان موجب آرامش خاطر مادر می‌شود و وی را در روند مراقبت از نوزاد خود موفق می‌کند. در نتیجه این امر دل‌بستگی مادر و نوزاد را افزایش می‌داد. در تأیید نتایج مطالعه حاضر در زمینه افزایش دل‌بستگی مادر و نوزاد بعد از مداخله می‌توان به مطالعه Jabraeili و همکاران اشاره کرد که نشان می‌دهد زمانی که مادر از حمایت کافی برخوردار باشد و مراقبت از نوزاد در بخش نوزادان، مراقبتی خانواده‌محور باشد، فرایند دل‌بستگی بین مادر و نوزاد به‌سرعت شکل می‌گیرد [۴۷]. همچنین مطالعه Ramsey، Gentzler و Black نشان می‌دهد که هرچه مادر به پاسخ‌های مثبت کودک خود بیشتر توجه داشته باشد، احتمال افزایش امنیت دل‌بستگی کودک بیشتر است [۴۸]. براساس مطالعه Van IJzendoorn و Bakermans-Kranenburg هرچه روابط احساسی مادر و تعامل او با نوزادش بیشتر روند رشد نوزاد بهتر خواهد بود [۴۹]. همچنین مطالعه Rubertsson و همکاران نشان می‌دهد استحکام رابطه مادر با نوزاد بر چگونگی مراقبت از نوزاد تأثیر می‌گذارد [۵۰]. براساس مطالعه Parsa و همکاران، مشاوره رفتارهای دل‌بستگی به مادران می‌تواند بر افزایش رفتارهای دل‌بستگی مؤثر باشد [۳۱]. Toosi نیز در مطالعه خود بیان کرد که آموزش رفتارهای دل‌بستگی و تن‌آرامی برای مادران نخست‌زا، به افزایش تعامل مادر با نوزاد در حیطه احساسی منجر می‌شود [۵۱]. از مطالعات ناهمسو می‌توان به مطالعه Serçekuş و Başkale اشاره کرد که نشان دادند آموزش والدین قبل از زایمان بر دل‌بستگی با نوزاد تأثیری ندارد [۵۲]. همچنین در مطالعه Côté و Arsenaault و همکاران مشخص شد که ارائه مراقبت‌های منزل‌محور تأثیری در افزایش دل‌بستگی مادر به جنین ندارد [۵۳]. از نقاط قوت این پژوهش حضور همسران در کنار مادران بود که سبب افزایش مشارکت مردان در مراقبت‌های پس از زایمان و افزایش آگاهی آنان از شرایط جدید همسر خود می‌شد و در نتیجه صمیمیت و علاقه‌مندی زوجین به ادامه شرکت در جلسات مشاوره را افزایش می‌داد. از محدودیت‌های این پژوهش بیان سطح حمایت درک‌شده توسط مشارکت‌کننده به صورت خود گزارش‌دهی بود. به این معنا که خود مشارکت‌کنندگان پرسشنامه را پر می‌کردند

Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2015;3(2):318-27.

1. 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.
2. Shafaie FS, Mirghafourvand M, Rahmati M, Nouri P, Bagherinia M. Association between psychological status with perceived social support in pregnant

- women referring to Tabriz health centers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018 Jun 18;31(12):1554-60. [DOI:10.1080/14767058.2017.1319934] [PMID]
3. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*. 2004 Sep;36(3):226-32. [DOI:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x] [PMID]
 4. Behrendt HF, Konrad K, Goecke TW, Fakhrabadi R, Herpertz-Dahlmann B, Firk C. Postnatal mother-to-infant attachment in subclinically depressed mothers: dyads at risk?. *Psychopathology*. 2016;49(4):269-76. [DOI:10.1159/000447597] [PMID]
 5. Madigan S, Moran G, Schuengel C, Pederson DR, Otten R. Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007 Oct;48(10):1042-50. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01805.x] [PMID]
 6. Khadivzadeh T, Karimi FZ, Tara F. Effects of early mother-neonate skin-to-skin contact on the duration of the third stage of labor: A randomized clinical trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;21(2):23-9.
 7. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *Journal of hayat*. 2011 Sep 15;17(3):69-79.
 8. Salehi K, Salehi Z, Sohrabi Z. A Comparison between the Effect of Education of Fetal Movement Counting during the Second and Third Trimesters on Maternal Fetal Attachment in First Time Pregnant Women. *Iran Journal of Nursing*. 2017 Dec;30(109):23-31. [DOI:10.29252/ijn.30.109.23]
 9. Kitamura T, Takegata M, Haruna M, Yoshida K, Yamashita H, Murakami M, Goto Y. The Mother-Infant Bonding Scale: factor structure and psychosocial correlates of parental bonding disorders in Japan. *Journal of child and family studies*. 2015 Feb 1;24(2):393-401. [DOI:10.1007/s10826-013-9849-4]
 10. Eswi A, Khalil A. Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World applied sciences journal*. 2012;18(4):462-71.
 11. Holmes J. Attachment theory. *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social Theory*. 2017 Nov 20:1-3. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118430873.est0235> [DOI:10.1002/9781118430873.est0235]
 12. Shah MK, Gee RE, Theall KP. Partner support and impact on birth outcomes among teen pregnancies in the United States. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2014 Feb 1;27(1):14-9. [DOI:10.1016/j.jpog.2013.08.002] [PMID] [PMCID]
 13. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2009 Mar 1;36(1):151-65. [DOI:10.1016/j.pop.2008.10.011] [PMID] [PMCID]
 14. Bahadoran P, Asefi F, Oreyzi H, Valiani M. The effect of participating in the labor preparation classes on maternal vitality and positive affect during the pregnancy and after the labor. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2010 Dec;15(Suppl1):331.
 15. Oakley A. *Social Support and Motherhood (Reissue): The Natural History of a Research Project*. Policy Press; 2018 Oct 31. [DOI:10.2307/j.ctv75d2wz]
 16. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*. 2009 Sep 1;19(9):637-43. [DOI:10.1016/j.annepidem.2009.03.008] [PMID]
 17. Cohen S. Social relationships and health. *American psychologist*. 2004 Nov;59(8):676. [DOI:10.1037/0003-066X.59.8.676] [PMID]
 18. Taghani R, Ashrafizaveh A, Soodkhori MG, Azmoude E, Tatari M. Marital satisfaction and its associated factors at reproductive age women referred to health centers. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019; 29;8:133. [DOI:10.4103/jehp.jehp_172_18] [PMID] [PMCID]
 19. doi: 10.4103/jehp.jehp_172_18.19. Thorp SR, Krause ED, Cukrowicz KC, Lynch TR. Postpartum partner support, demand-withdraw communication, and maternal stress. *Psychology of women quarterly*. 2004 Dec;28(4):362-9. [DOI:10.1111/j.1471-6402.2004.00153.x]
 20. Rohrbaugh MJ, Shoham V, Friedman H. Family consultation for couples coping with health problems: A social-cybernetic approach. *Oxford handbook of health psychology*. 2011:480-501. [DOI:10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0020]
 21. Marchand JF, Hock E. Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among married couples: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. *Family Relations*. 2000 Apr;49(2):201-6. [DOI:10.1111/j.1741-3729.2000.00201.x]
 22. Miri M, Aizadeh M, Moasheri N, Ataee M, Moodi M. The effects of relationship enrichment program on compatibility and marital satisfaction of infertile couples. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1):53-60.
 23. Butler MH, Stout JA, Gardner BC. Prayer as a conflict resolution ritual: Clinical implications of religious couples' report of relationship softening, healing perspective, and change responsibility.
 24. Mirzavand A, Riahi M, Mirzavand A, Malekitabar M. Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Married Couples' Burnout. *IRANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY AND BEHAVIORAL SCIENCES*. 2016 Jan 1;10(4). [DOI:10.17795/ijpbs-4983]
 25. Soleimani E, Khosravian BE. The effectiveness of group Logo therapy on marital satisfaction and psychological well-being of maladjusted couples. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2017 Jan 1;6(2):1-9.
 26. Lawrence E, Nysten K, Cobb RJ. Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*. 2007

- Jun;21(2):155. [[DOI:10.1037/0893-3200.21.2.155](https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.155)] [[PMID](#)]
27. Amani A, Hadi M, Yoosefi N. The Effectiveness of Adlerian Group Counseling on Marital Disturbance and Interpersonal Conflict of Couples. 2018; 8(2): 73-92.
28. Hajian A, Mohammadi S. The effect of training solution-focused couples therapy on dimensions of marital intimacy. 2013. [[DOI:10.12669/pjms.291\(Suppl\).3525](https://doi.org/10.12669/pjms.291(Suppl).3525)]
29. Karlsberg JA, Karlsberg RC. The affectionate bond: the goal of couple-centered therapy. Journal of Humanistic Psychology. 1994 Jan;34(1):132-41. [[DOI:10.1177/00221678940341008](https://doi.org/10.1177/00221678940341008)]
30. Branham SM, Harrison SH, Hirsch T. Expanding the design space for intimacy: supporting mutual reflection for local partners. In Proceedings of the Designing Interactive Systems Conference 2012 Jun 11 (pp. 220-223). [[DOI:10.1145/2317956.2317990](https://doi.org/10.1145/2317956.2317990)]
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. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2016 Jun 10;24(1):24-30. [[DOI:10.20286/nmj-24011](https://doi.org/10.20286/nmj-24011)]
32. Kavlak O, Şirin A. The Turkish version of maternal attachment inventory. Journal of Human Sciences. 2009 Jan 25;6(1):188-202.
33. Dennis CL, Brown HK, Brennenstuhl S. The Postpartum Partner Support Scale: Development, psychometric assessment, and predictive validity in a Canadian prospective cohort. Midwifery. 2017 Nov 1;54:18-24. [[DOI:10.1016/j.midw.2017.07.018](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.018)] [[PMID](#)]
34. Wills TA, Shinar O. Measuring perceived and received social support. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. 2000;4:86-135. [[DOI:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004](https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004)]
35. Guedeney A, Guedeney N, Wendland J, Burtchen N. Treatment-Mother-infant relationship psychotherapy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2014 Jan 1;28(1):135-45. [[DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.011](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.011)] [[PMID](#)]
36. Weis KL, Lederman RP, Walker KC, Chan W. Mentors offering maternal support reduces prenatal, pregnancy-specific anxiety in a sample of military women. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2017 Sep 1;46(5):669-85. [[DOI:10.1016/j.jogn.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.07.003)] [[PMID](#)]
37. McKee C, Stapleton P, Pidgeon A. Support during Pregnancy as an Influencing Factor on the Transition to Parenthood. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health. 2017 Dec 1;32(2):99-127.
38. Bost KK, Cox MJ, Burchinal MR, Payne C. Structural and supportive changes in couples' family and friendship networks across the transition to parenthood. Journal of Marriage and Family. 2002 May;64(2):517-31. [[DOI:10.1111/j.1741-3737.2002.00517.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00517.x)]
39. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers?. Women's Health Issues. 2010 Mar 1;20(2):96-104. [[DOI:10.1016/j.whi.2009.11.003](https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
40. Khazaeian S, Kariman N, Ebadi A, Nasiri M. The impact of social capital and social support on the health of female-headed households: A systematic review. Electronic physician. 2017 Dec;9(12):6027. [[DOI:10.19082/6027](https://doi.org/10.19082/6027)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
41. Pillemer SC, Holtzer R. The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. Aging & mental health. 2016 Jul 2;20(7):727-35. [[DOI:10.1080/13607863.2015.1033683](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1033683)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
42. Donnellan WJ, Bennett KM, Soulsby LK. Family close but friends closer: exploring social support and resilience in older spousal dementia carers. Aging & mental health. 2017 Nov 2;21(11):1222-8. [[DOI:10.1080/13607863.2016.1209734](https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1209734)] [[PMID](#)]
43. Yedirir S, Hamarta E. Emotional Expression and Spousal Support as Predictors of Marital Satisfaction: The Case of Turkey. Educational Sciences: Theory and Practice. 2015 Dec;15(6):1549-58.
44. Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. Social Science Research. 2015 Nov 1;54:246-62. [[DOI:10.1016/j.ssresearch.2015.08.009](https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009)] [[PMID](#)]
45. Bowlby J. The Bowlby-Ainsworth attachment theory. Behavioral and Brain Sciences. 1979 Dec;2(4):637-8. [[DOI:10.1017/S0140525X00064955](https://doi.org/10.1017/S0140525X00064955)]
46. Newman L, Sivaratnam C, Komiti A. Attachment and early brain development-neuroprotective interventions in infant-caregiver therapy. Translational Developmental Psychiatry. 2015 Jan 1;3(1):28647. [[DOI:10.3402/tdp.v3.28647](https://doi.org/10.3402/tdp.v3.28647)]
47. Jabraeili M. Neonatal Unit Culture in Mot Jabraeili M. Neonatal Unit Culture in Mothers' Participatory Care of Hospitalized Infants: A Focused Ethnographic Study (Doctoral dissertation, Tabriz University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery). hers' Participatory Care of Hospitalized Infants: A Focused Ethnographic Study: Tabriz University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery; 2018.
48. Gentzler AL, Ramsey MA, Black KR. Mothers' attachment styles and their children's self-reported security, as related to maternal socialization of children's positive affect regulation. Attachment & human development. 2015 Jul 4;17(4):376-98. [[DOI:10.1080/14616734.2015.1055507](https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1055507)] [[PMID](#)]
49. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachement sécurisé et désorganisé dans les familles et les orphelinats où il y a maltraitance. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. 2010:1-8.
50. Rubertsson C, Pallant JF, Sydsjö G, Haines HM, Hildingsson I. Maternal depressive symptoms have a

negative impact on prenatal attachment-findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2015 Mar 15;33(2):153-64.

[DOI:10.1080/02646838.2014.992009]

51. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Comparison of the effects of attachment behavior and relaxation training on maternal fetal attachment and infant in prime pregnant women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2014;16(62):142-9.
52. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*. 2016 Mar 1;34:166-72. [DOI:10.1016/j.midw.2015.11.016] [PMID]
53. Côté-Arsenault D, Schwartz K, Krowchuk H, McCoy TP. Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2014 May 1;39(3):177-86. [DOI:10.1097/NMC.000000000000024] [PMID]