

Effectiveness of Midwifery Counseling Using Cognitive Behavioral Approach in Maternal-Fetal Attachment among Pregnant Women with Unplanned Pregnancies

Somayeh Hoseini¹, Zahra Motaghi^{2,*} , Ali Mohammad Nazari², Shahrbanoo Goli³

¹ MSc in Midwifery Counseling, Student Research Committee, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery Counseling, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

³ Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

* **Corresponding Author:** Zahra Motaghi, Department of Midwifery Counseling, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. Email: zhrmotaghi@yahoo.com

Abstract

Received: 19.05.2020

Accepted: 13.08.2020

How to Cite this Article:

Hoseini S, Motaghi Z, Nazari AM, Goli S. Effectiveness of Midwifery Counseling Using Cognitive-Behavioral Approach in Maternal-Fetal Attachment among Pregnant Women with Unplanned Pregnancies. *Avicenna J Clin Med.* 2020; 27(2): 85-93. DOI: 10.21859/ajcm.27.2.85

Background and Objective: Unplanned pregnancies reduce the maternal role and decrease maternal-fetal attachment. The maternal-fetal attachment includes the thoughts, feelings, and behaviors that pregnant women express about their fetuses. The aim of this study was to determine the effect of midwifery counseling using a cognitive-behavioral approach on maternal-fetal attachment among women with unplanned pregnancies.

Materials and Methods: This randomized clinical trial was performed on 96 pregnant women with unplanned pregnancies referring to the health centers of Kazerun, Shiraz, Iran, in 2019 using convenience sampling with a randomized block design. The experimental group received four training sessions based on cognitive-behavioral counseling for 4 weeks. The control group received only the routine care program. At the baseline and immediately after the intervention, both groups completed the demographic and maternal-fetal attachment questionnaires. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics (i.e., the independent t-test and Chi-square test) by SPSS software (version 21).

Results: The obtained results of the present study showed no significant difference in the total scores of attachment ($P=0.886$) before the intervention between the two groups. However, after the intervention, a significant difference was observed in the mean of attachment ($P=0.001$) between the two groups indicating the effectiveness of cognitive-behavior therapy in the enhancement of maternal-fetal attachment.

Conclusion: Considering the effect of cognitive-behavioral training on the promotion of maternal-fetal attachment, it is recommended to integrate this type of educational intervention into the women's care program with unplanned pregnancies.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Maternal-Fetal Attachment, Unplanned Pregnancy

بررسی اثربخشی مشاوره مامایی با رویکرد شناختی-رفتاری بر دل‌بستگی مادر جنین در زنان باردار با بارداری ناخواسته

سمیه حسینی^۱، زهرا متقی^{۲*} , علی محمد نظری^۲، شهربانو گلی^۳

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
^۲ استادیار، گروه مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
^۳ استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا متقی، گروه مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
 ایمیل: zhrmotaghi@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: بارداری ناخواسته سبب کوتاهی نقش مادری و کاهش دل‌بستگی مادر-جنین می‌شود. دل‌بستگی مادر-جنین اندیشه‌ها، احساسات و رفتارهایی است که زنان باردار نسبت به جنین‌شان ابراز می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مامایی با رویکرد شناختی-رفتاری بر دل‌بستگی مادر-جنین در زنان با بارداری ناخواسته انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود که روی ۹۶ زن باردار با بارداری ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهرستان کازرون در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و به روش تصادفی بلوکی انجام شد. گروه آزمون چهار جلسه آموزشی را بر اساس رویکرد مشاوره شناختی-رفتاری دریافت کردند. گروه کنترل فقط مراقبت معمول بارداری را دریافت کردند. در شروع مداخله و بلافاصله بعد از مداخله هر دو گروه پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و دل‌بستگی مادر-جنین را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی (تی مستقل و کای اسکوئر) با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری در نمره کل دل‌بستگی مادر-جنین مشاهده نشد ($P=0/886$)، درحالی‌که بعد از اجرای مداخله بین میانگین‌های هر دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P<0/001$) که اثربخشی مشاوره شناختی-رفتاری را بر بهبود دل‌بستگی مادر-جنین نشان می‌دهد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر آموزش شناختی-رفتاری در ارتقای دل‌بستگی مادر به جنین، توصیه می‌شود این نوع مداخله آموزشی در برنامه مراقبتی زنان با بارداری ناخواسته ادغام شود.

واژگان کلیدی: بارداری ناخواسته، درمان شناختی-رفتاری، دل‌بستگی مادر-جنین

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۲۳

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

از بارداری‌ها در استرالیا ناخواسته هستند [۶]. در ایالات متحده آمریکا بارداری ناخواسته شایع است، تا جایی که حدود نیمی از بارداری‌ها ناخواسته هستند [۷]. در ایران شیوع بارداری ناخواسته ۳۰/۶ درصد گزارش شده است [۸]؛ بنابراین، حدود یک‌سوم از کل حاملگی‌ها در ایران برنامه‌ریزی نشده است که درصد قابل‌توجهی از این موارد در زنانی روی می‌دهد که روش پیشگیری مناسبی نداشته‌اند [۹].

زنان با بارداری ناخواسته انگیزه کمتری برای مراقبت از خود دارند که به کاهش کیفیت زندگی و سلامت جسمی در مادران با

بارداری ناخواسته نوعی از بارداری است که به خواست زن و شوهر یا هر دو نیست و قصد بارداری مجدد نداشته یا برای وقوع آن در آینده برنامه‌ریزی نکرده باشند، به طوری که وقوع بارداری فعلی ناخواسته یا بدموقع تلقی شود [۱، ۲]. تقریباً تمامی زنان در سن باروری در معرض بارداری ناخواسته هستند [۳] که بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی مادر و کودک اثر می‌گذارد [۴]. حدود ۴۰ درصد از کل بارداری‌ها در سراسر جهان ناخواسته هستند که از این تعداد ۵۰ درصد به سقط جنین عمدی و ۳۸ درصد با تولد برنامه‌ریزی نشده پایان می‌یابد [۵]. حدود ۳۰ درصد

لمس نوزاد ایجاد می‌شود [۱۸]؛ بنابراین، دل‌بستگی از ابتدای بارداری ایجاد می‌شود و به تدریج افزایش می‌یابد، به گونه‌ای که در سه ماهه دوم به اوج خود می‌رسد، تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد [۱۹]. آموزش برنامه دل‌بستگی پیش از زایمان و یادگیری تکنیک‌های دل‌بستگی، باعث افزایش دل‌بستگی پیش از زایمان و سلامت روان مادران در این دوره می‌شود. دل‌بستگی مادر-جنین پذیرش نقش مادری را در مادران تقویت می‌کند. تمرکز بر برقراری ارتباط عاطفی و احساسی مادر با جنین تأثیر مثبتی بر افزایش دل‌بستگی مادرانه در دوران بارداری دارد [۲۰].

آموزش و مشاوره مؤثر در دوران بارداری بر افزایش میزان دل‌بستگی مادر به جنین تأثیر دارد. مداخلات آموزشی رفتارهای دل‌بستگی می‌تواند راه‌حل مناسبی برای رفع مشکلات دوران بارداری باشد [۲۱]. صحبت کردن با جنین، صدا کردن جنین، لمس شکم برای احساس حرکات جنین [۱۵] و شمارش حرکات جنین به شکل منظم می‌تواند موجب افزایش دل‌بستگی مادر به جنین شود. آموزش در زمینه فیزیولوژی جنین و انجام برخی رفتارها مثل ماساژ روی شکم اثر مثبتی بر دل‌بستگی قبل از تولد دارد. آگاهی از جنین به‌عنوان موجودی مستقل و آگاهی از حرکت جنین مراحل روان‌شناختی دل‌بستگی به جنین را تسریع می‌کند. مادر باردار دل‌بسته به جنین سعی می‌کند با مراقبت‌های بهداشتی لازم از خود، خوب غذا خوردن، ترک الکل و افزایش تعامل با جنین مانند داشتن تصورات مثبت راجع به جنین، رفاه و سلامتی خود و فرزندش را تأمین کند [۲۲، ۲۳]. محتوای آموزشی، ارتباطات گروهی و تصویرسازی ذهنی درباره جنین و دریافت حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی در زنان باردار اهمیت زیادی بر سلامت روانی مادران و ارتباط سالم با جنین در دوران بارداری و پس از زایمان دارد [۲۴]. مداخلاتی که باعث بهبود رابطه مادر و جنین می‌شوند پیامدهای سودمندی در درازمدت دارند [۲۵].

اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر افزایش دل‌بستگی مادر به جنین در تحقیقاتی که صورت گرفته مشاهده شده است [۲۶]. از جمله این مداخلات استفاده از درمان شناختی-رفتاری است که تلفیقی از رویکرد شناختی و رفتاری محسوب می‌شود. در این درمان به بیمار کمک می‌شود الگوی تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف‌شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از جملات هدفمند و همچنین ارائه تکالیف رفتاری دقیق و سازمان‌یافته استفاده می‌شود [۲۷].

از طریق مشاوره شناختی-رفتاری فرد یاد می‌گیرد از پیش‌داوری و ارزیابی منفی پرهیز کند و در برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا در بارداری پاسخ هیجانی مطلوبی به آن‌ها دهد. مشاوره گروهی شناختی-رفتاری در افزایش عزت‌نفس زنان مؤثر است [۲۸]. اساس شیوه‌های شناختی-رفتاری تغییر فرایند متخصص

بارداری ناخواسته منجر می‌شود و با عوارضی چون آنمی، پره‌اکلامپسی، عفونت ادراری و دیابت بارداری همراه است [۱۰]. از سوی دیگر نگرانی از دست‌دادن فرصت‌های تحصیلی، شغلی و تغییرات زندگی که زنان با بارداری ناخواسته با آن روبه‌رو هستند از دلایل اصلی سقط جنین است. در نهایت بارداری ناخواسته اغلب به سقط جنین منجر می‌شود [۱۱]. مراقبت ناکافی، نارس بودن و افزایش مرگ در دوره نوزادی، کم‌توجهی به شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر و وزن کم هنگام تولد از پیامدهای منفی بارداری ناخواسته در نوزادان است [۱۲، ۱۳]. زنان با بارداری ناخواسته دچار فشارهای روحی و روانی شدیدی در بارداری می‌شوند. واکنش‌های روانی نظیر افسردگی، ترس، عصبانیت، گریه، شرم و پشیمانی در ماه‌های اول وجود دارد. کوتاهی در نقش مادری به‌صورت ناتوانی در رسیدگی به سایر کودکان، کوتاهی در نقش همسری و عدم رسیدگی کافی به خود در بارداری ناخواسته مشاهده می‌شود [۱۴].

نمره دل‌بستگی مادر-جنین در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده بیشتر از بارداری ناخواسته است. بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی به دلیل کمبود دل‌بستگی مادر و جنین، مراقبت ناکافی و تغذیه نامناسب در دوران بارداری سبب وضعیت ناسالم در مادر و کودک می‌شود [۸]. پژوهش جمشیدی‌منش و همکاران (۱۳۹۰) در تهران که با هدف تعیین رفتارهای دل‌بستگی مادر-جنین و عوامل مرتبط با آن انجام شد، نشان داد سن و تحصیلات بیشتر مادر و سن بارداری و تمایل به بارداری با رفتارهای دل‌بستگی بیشتری همراه است و بین تمایل به بارداری و دل‌بستگی مادر-جنین ارتباط معناداری وجود دارد. مادرانی که با برنامه‌ریزی باردار می‌شوند، انگیزه و تمایل بیشتری به مادر شدن دارند و تحمل بارداری برای آن‌ها آسان‌تر است و رفتارهای دل‌بستگی بیشتری را بروز می‌دهند [۱۵]. همچنین دوران بارداری می‌تواند به حدی استرس‌زا باشد که بیماری‌های روانی را برانگیزاند. اضطراب شدید در دوران بارداری بر دل‌بستگی مادر-جنین لطمه وارد می‌کند و توانایی مادر را در ایفای نقش مادری کاهش می‌دهد. ارتباط مادر و کودک قبل از تولد که تحت عنوان «دل‌بستگی مادر-جنین» توصیف شده است، می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد [۱۶].

والش به نقل از John Bowlby دل‌بستگی را پیوندی مشترک بین فرزند و والدین توصیف می‌کند که با آن کودک توسط فردی بزرگ‌تر و عاقل‌تر مراقبت می‌شود، ارتباط مادر و جنین با احساس عشق و محافظت توسعه می‌یابد و این ارتباط احساسی قوی با عنوان دل‌بستگی بیان می‌شود [۱۷]. در حقیقت نظریه دل‌بستگی عام‌ترین نظریه برای تبیین رفتار والد-کودک به شمار می‌رود. بر اساس این تئوری دل‌بستگی بعد از زایمان شکل نمی‌گیرد، بلکه در هفت مرحله شامل برنامه‌ریزی برای حاملگی، تطابق با بارداری، پذیرفتن بارداری، احساس حرکات جنین، شناختن جنین به‌عنوان یک فرد واحد، تولد نوزاد و مشاهده و

معیارهای ورود شامل ناخواسته‌بودن بارداری، مبتلانی‌بودن مادر به بیماری زمینه‌ای جسمی یا روانی تأییدشده توسط پزشک و روان‌پزشک، سن بارداری ۲۰ تا ۳۲ هفته، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، سن مادر ۱۸ تا ۳۵ سال و بارداری تک‌قلو بود. معیارهای خروج شامل تمایل‌نداشتن به همکاری و انصراف از ادامه پژوهش، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و شرکت‌نکردن در جلسات مداخله بود.

محتوای جلسات و چگونگی برگزاری آن‌ها تهیه شد [۳۴-۳۲] و به تأیید ۶ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی، مشاوره در خانواده و بهداشت باروری و مامایی رسید. پس از جمع‌بندی و اعمال نظرات کارشناسی، تیم پژوهش محتوای نهایی را طراحی کرد و پژوهشگر ارائه داد. بعد از گرفتن مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و ارائه به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، معرفی‌نامه معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز به مراکز بهداشتی درمانی شهر کازرون ارائه شد. سپس در تمامی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کازرون اسامی زنان باردار با بارداری ناخواسته نام‌نویسی شد. پس از گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه، شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به دو گروه اختصاص یافتند. به‌منظور کورسازی در پژوهش، پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه‌بندی افراد را شخص دیگری به‌جز پژوهشگران اصلی انجام داد و تحلیلگر آماری نیز از گروه افراد مطلع نبود؛ بنابراین، مطالعه به‌صورت دوسو کور انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک (سن، شغل، سطح تحصیلات، سن بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان، ترجیح جنس جنین، درآمد و طول مدت ازدواج) و پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر به جنین بود. برای طراحی پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر به جنین از پرسش‌نامه دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی استفاده شد. این پرسش‌نامه ۲۴ گویه و ۵ خرده‌مقیاس دارد که شامل ۱- تعامل با جنین (۵ عبارت)، ۲- تمایز بین خود و جنین (۴ عبارت)، ۳- پذیرش نقش مادر (۴ عبارت)، ۴- نسبت‌دادن خصوصیات خاص به جنین (۶ عبارت)، ۵- از خودگذشتگی (۵ عبارت) بود [۳۵]. پاسخ‌دهی به سؤالات به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای است. در ماده ۲۲ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. حداقل امتیاز کل ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ است. امتیاز بیشتر در این آزمون نمایانگر دل‌بستگی بیشتر است. پژوهش‌های متعددی در خارج از کشور پایایی این ابزار را تأیید کرده‌اند [۳۰]. در ایران نیز پایایی آن با ضریب همبستگی $r=0/85$ تأیید شده است [۳۶].

به‌منظور اجرای طرح پژوهشگران به درمانگاه‌های سعدی، شیخ، المهدی، بوالسحاق، شهید اسماعیلی و قدس شهرستان کازرون مراجعه کردند. با گرفتن اجازه از مسئولان درمانگاه و با همکاری کارکنان و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، اهداف پژوهش و روش اجرای مطالعه برای زنان باردار با حاملگی ناخواسته توضیح داده شد. پس از گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه و

روان‌شناس تنظیم شده بود. محتوای هر جلسه آموزشی در جدول ۱ بیان شده است.

در پایان جلسه دوم، کتابچه‌های آموزشی دل‌بستگی مادر به جنین، تن‌آرامی و ماساژ در بارداری و زایمان که بر اساس مقالات و کتب موجود تدوین شده و متخصصان بهداشت باروری و روان‌شناسی محتوای آن را تأیید کرده بودند در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. باین‌حال، گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند و فقط برای آنان مراقبت‌های معمول شناخت است. این نظریه توضیح می‌دهد که تجربه یک رفتار به‌تنهایی کافی نیست، بلکه تعبیر و تفسیر فرد از آن تجربه به اختلال روان‌شناختی منجر می‌شود. چنین روش‌هایی که برای تعدیل سوءدرک و سوءتعبیر حوادث مهم زندگی به کار می‌روند، درمان شناختی-رفتاری خوانده می‌شود [۲۹].

پژوهش آزوغ و همکاران درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دل‌بستگی مادر-جنین در زنان باردار با سابقه مرده‌زایی نشان داد درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در افزایش و ترمیم دل‌بستگی مادر-جنین در این زنان کمک‌کننده باشد. این درمان با کمک به برآوردن نیازهای روان‌شناختی و اطلاعاتی زنان باردار، آن‌ها را قادر می‌سازد از خود و جنین‌شان نه‌تنها طی بارداری، حتی پس از آن نیز مراقبت و محافظت کنند [۳۰]. رویکرد شناختی-رفتاری مداخله واقع‌بینانه و مؤثری برای پیشگیری از اختلالات رفتاری در زنان باردار است [۳۱].

با توجه به اثر مشاوره و آموزش قبل از تولد در بهبود دل‌بستگی مادر به جنین در زنان باردار [۹] و به سبب میزان زیاد حاملگی‌های ناخواسته در ایران که بر سلامت جسمانی و روانی مادران تأثیر می‌گذارد و به‌نوبه خود موجب کاهش دل‌بستگی مادر به جنین می‌شود [۸]، لزوم به‌کار بستن مداخلاتی مؤثر به‌خصوص توسط ماماها به‌عنوان افرادی اثرگذار در فرایند بارداری بارز است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره مامایی با رویکرد شناختی-رفتاری بر دل‌بستگی مادر-جنین در زنان با بارداری ناخواسته انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود که روی زنان باردار با بارداری ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کازرون از اردیبهشت‌ماه تا دی ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌گیری در گام اول به‌صورت در دسترس و در گام بعد برای اطمینان از تعداد برابر گروه‌ها، به روش بلوک‌بندی تصادفی انجام شد. در این پژوهش شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. حجم نمونه با توجه به پژوهش‌های پیشین [۳۰] و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/02$ ۴۳ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش احتمالی و به‌منظور افزایش توان آزمون‌ها، ۵۱ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. شکل ۱ نحوه ورود افراد به مطالعه و ریزش در هر گروه را نشان می‌دهد.

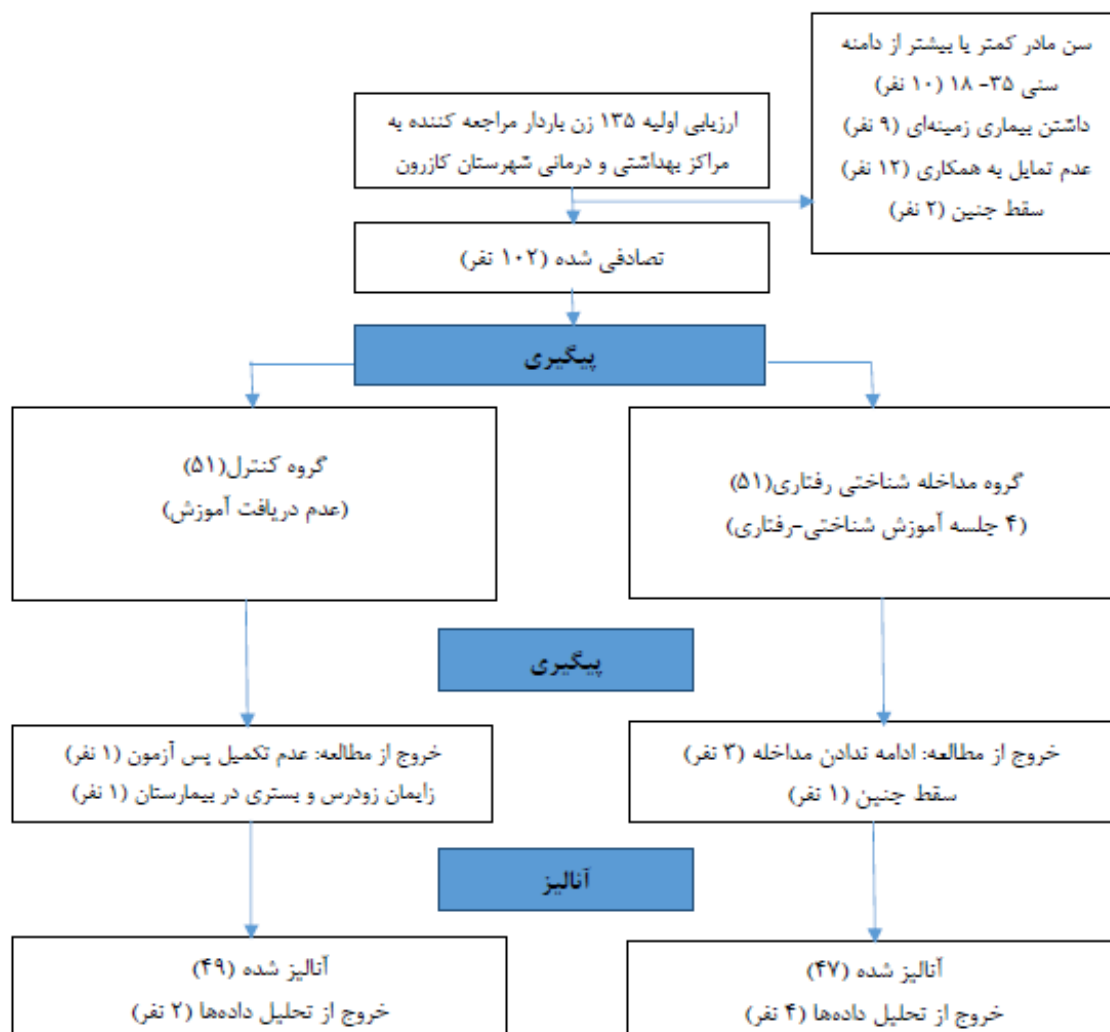
Archive of SID

آموزشی شرکت کردند. کلاس‌ها با عنوان «دل‌بستگی مادر به جنین» در قالب پاورپوینت و سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و بارش فکری برگزار شدند که با نظارت و هماهنگی یک متخصص روان‌شناس تنظیم شده بود. محتوای هر جلسه آموزشی در جدول ۱ بیان شده است.

تأکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات افراد شرکت‌کننده، نمونه‌گیری انجام شد. در مرحله بعد پرسش‌نامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده (مرحله قبل از اجرای مداخله) و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. در مرحله اجرا، گروه آزمون طی چهار جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته به‌صورت گروه‌های ۱۰ نفری در کلاس

جدول ۱: ساختار جلسات و محتوای برنامه آموزشی شناختی-رفتاری و دل‌بستگی مادر-جنین

جلسه	محتوای آموزشی
اول	هدف: ایجاد ارتباط و آموزش، خوشامدگویی، آشنایی با اعضا، بیان مدت و تعداد جلسات، بحث و تبادل نظر در این زمینه که افکار و احساسات پدیده‌های متفاوتی هستند و افکار احساس‌ها و رفتار را به وجود می‌آورد. آموزش مثلث شناختی (خود، جهان، دیگران) و آموزش بین شناخت رفتار، هیجان و پیامد، توضیح در زمینه بارداری ناخواسته و عوارض آن و مشاوره و تبادل نظر درباره بارداری ناخواسته، دل‌بستگی مادر به جنین و فواید آن برای مادران تشریح شد، ارائه تکلیف منزل به مادران (جدول فکر و احساس)
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور خلاصه مباحث قبلی، آموزش تکنیک A-B-C، تبیین تکنیک تمایز فکر از واقعیت، اهمیت تمایز فکر منفی از واقعیت‌های احتمالی، توضیح پیرامون سبک‌های پردازش شناختی توأم با خطا، بحث و تبادل نظر در زمینه باورهای غلط درباره بارداری و جنین و اصلاح آن‌ها، آموزش تمرکز بر جنین و شناخت جنین به‌عنوان یک موجود مستقل، شمارش حرکات جنین از روی شکم، لمس شکم توسط مادر و حدس وضعیت قرارگیری جنین، صحبت با جنین و نگاه کردن به شکم و توجه به حرکات آن، تصور به‌آغوش کشیدن جنین و شیردهی به او، تکلیف منزل (ارائه جدول A-B-C و چک‌لیست شمارش جنین)
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و مروری بر جلسات قبل، آموزش حل مسئله و آشنایی با مهارت حل مسئله، معرفی و آموزش تکنیک تن‌آرامی به مادران، تکلیف منزل
چهارم	شناخت باورهای ناکارآمد و یادگیری مقابله با آن‌ها، جمع‌بندی چهار جلسه، انجام پس‌آزمون



شکل ۱: جریان فرایند مطالعه؛ دیاگرام کانسورت

کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۹۶ زن باردار با بارداری ناخواسته شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها در گروه آزمون ۲۸/۱۲ و انحراف معیار ۵/۲۸ سال و در گروه کنترل ۳۰/۲۸ و انحراف معیار ۶/۱۲ سال بود. دو گروه از نظر متغیر فوق و سایر متغیرهای دموگرافیک همچون تحصیلات مادر، شغل مادر، ترجیح جنس جنین، سن بارداری، تعداد بارداری، مدت ازدواج و درآمد خانوار قبل از مداخله همگن بودند و آزمون آماری تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد ($P=0/05$) (جدول ۲).

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد متغیر وابسته در دو مرحله سنجش از توزیع نرمال پیروی می‌کند؛ بنابراین، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد (جدول ۳).

همچنین در گروه آزمون میانگین و انحراف معیار نمرات دل‌بستگی مادر-جنین بعد از مداخله و انجام آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P=0/001$). در گروه کنترل

در پایان جلسه دوم، کتابچه‌های آموزشی دل‌بستگی مادر به جنین، تن‌آرامی و ماساژ در بارداری و زایمان که بر اساس مقالات و کتب موجود تدوین شده و متخصصان بهداشت باروری و روان‌شناسی محتوای آن را تأیید کرده بودند در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. باین‌حال، گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند و فقط برای آنان مراقبت‌های معمول دوران بارداری انجام شد. بلافاصله پس از اتمام جلسات آموزشی، مجدداً پرسش‌نامه‌ها در اختیار گروه‌های قرار گرفت و پس از تکمیل، جمع‌آوری شد. برای رعایت اصول اخلاقی، در انتهای مطالعه کتابچه آموزشی تدوین‌شده در اختیار مادران گروه کنترل قرار گرفت و یک جلسه آموزش دل‌بستگی مادر نیز برای آنان برگزار شد.

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی مستقل و مربع کای) در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شدند. علاوه بر این، به منظور بررسی نرمال بودن متغیر وابسته در دو گروه آزمون و کنترل از آزمون

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک گروه آزمون و کنترل

P	گروه کنترل		گروه آزمون		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۷۳	۴۲/۸۵	۲۱	۴۶/۸۰	۲۲	۱۸-۲۵
	۳۸/۷۷	۱۹	۳۶/۱۷	۱۷	۲۶-۳۰
	۱۸/۳۶	۹	۱۷/۰۲	۸	۳۱-۳۵
	۲۸/۱۲		۲۸/۱۲		میانگین
	۶/۱۲		۵/۲۸		انحراف معیار
۰/۶۹	۳۰/۶۱	۱۵	۳۴/۰۴	۱۶	۲۰-۲۴
	۳۲/۶۵	۱۶	۲۹/۷۸	۱۴	۲۵-۲۸
	۳۶/۷۳	۱۸	۳۴/۰۴	۱۶	۲۹-۳۲
۰/۶۷	۴۴/۸۹	۲۲	۴۸/۹۳	۲۳	۱
	۳۶/۷۳	۱۸	۳۶/۱۷	۱۷	۲-۳
	۱۸/۳۶	۹	۱۴/۸۹	۷	۴-۵
۰/۷۸	۳۲/۶۵	۱۶	۲۹/۷۸	۱۴	۱-۵
		۱۷	۳۱/۹۱	۱۵	۶-۱۰
	۳۲/۶۵	۱۶	۳۸/۲۹	۱۸	۱۱-۱۵
۰/۶۷	۱۴/۳	۷	۸/۵	۴	زیر دیپلم
	۴۴/۹	۲۲	۴۶/۸	۲۲	دیپلم و فوق دیپلم
	۴۰/۸	۲۰	۴۴/۷	۲۱	لیسانس و بالاتر
۰/۵۳	۱۶/۳	۸	۲۱/۳	۱۰	بله
	۸۳/۷	۴۱	۷۸/۷	۳۷	خیر
۰/۸۲	۲۶/۵	۱۳	۲۱/۳	۱۰	دختر
	۲۴/۵	۱۲	۲۷/۷	۱۳	پسر
	۴۹	۲۴	۵۱/۱	۲۴	فرقی ندارد
۰/۷۱	۸۵/۷	۴۲	۸۳	۳۹	خانه‌دار
	۱۴/۳	۷	۱۷	۸	شاغل
۰/۶۴	۸۱/۶	۴۰	۸۵/۱	۴۰	در حد کفاف
	۱۸/۴	۹	۱۴/۹	۷	کمتر از حد کفاف

جدول ۳: نتایج تحلیل نرمال بودن متغیر وابسته در گروه آزمون و کنترل در مراحل سنجش

مرحله سنجش	گروه آزمون	گروه کنترل
	آزمون کولموگروف-اسمیرنف	P
قبل از مداخله	۰/۹۵	۰/۷۸
بعد از مداخله	۰/۹۸	۰/۷۷

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره دل‌بستگی مادر-جنین در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه آزمون	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
P=۰/۸۸۶	۱۰/۵۴	۸۸/۷۷	۱۱/۹۰	۸۸/۴۴
P<۰/۰۰۱	۱۰/۱۵	۸۵/۱۵۵۳	۱۰/۱۰	۹۹

نکته: دامنه نمرات دل‌بستگی مادر-جنین بین ۲۴ تا ۱۲۰ است.

زندگی فرد جریان دارد. به عبارت دیگر، در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که مداخلات شناختی-رفتاری با کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افکار منفی باعث بهبود دل‌بستگی در مادران باردار می‌شود.

با توجه به اینکه تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد از عوامل تأثیرگذار در ایجاد و نگهداری نگرانی و اضطراب هستند، مداخلات شناختی-رفتاری در این مادران توانست به بهبود بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها منجر شود [۴۰]. همچنین مداخلات شناختی-رفتاری با آموزش روند A-B-C باعث افزایش شناخت واقع‌بینانه از پیامد رفتار، بهبود سازگاری و به‌چالش کشیدن افکار منفی ناکارآمد درباره جنین، افزایش انعطاف‌پذیری نسبت به معیارهای خود و پیگیری اهداف شخصی می‌شود و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی مادران را افزایش می‌دهد و همین موضوع موجب بهبود دل‌بستگی مادر به جنین می‌شود [۳۹، ۴۰].

مداخله‌های شناختی-رفتاری با هدف قراردادن این تحریف‌های شناختی از قبیل بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، تفکر همه و هیچ و فاجعه‌پنداری و اصلاح آن‌ها توانست به افزایش دل‌بستگی مادر به جنین منجر شود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که رویکرد شناختی-رفتاری با توجه به رویه روانی-آموزشی‌ای که دارد، هیجان‌ها و خاطرات مثبت مادران را در بحث‌های آن‌ها برمی‌انگیزد و به آن‌ها توجه می‌کند. همچنین موضوعات مرتبط با مشکلات بارداری و تبعات منفی آن را با هدف یکپارچه‌سازی هیجانات مثبت و منفی بررسی می‌کند.

پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از ایران نیز با این یافته هم‌راستا هستند. Güney و همکاران در پژوهشی آزمایشی دریافتند شمارش حرکات جنین موجب افزایش میزان دل‌بستگی مادر به جنین می‌شود. مادر به فرزند خود دل‌بسته می‌شود و انگیزه مضاعفی برای مراقبت از خود و فرزندش می‌یابد [۳۸]. با وجود اینکه نوع جامعه و هدف متفاوت است، اما نتیجه بیشتر پژوهش‌های پیشین با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است.

میانگین و انحراف معیار نمرات دل‌بستگی مادر-جنین تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری بر دل‌بستگی مادر-جنین در زنان باردار با بارداری ناخواسته انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره دل‌بستگی مادر-جنین در مادران باردار با بارداری ناخواسته پس از مشاوره مامایی با رویکرد شناختی-رفتاری در گروه آزمون افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسو است. در آن پژوهش‌ها تأثیر آموزش شناختی-رفتاری بر مراقبت‌گری و افزایش دل‌بستگی مادر به جنین [۲۶]، اضطراب مادر در دوران بارداری [۲۹]، بهبود کیفیت زندگی مادران دارای تجربه سقط جنین [۳۷]، دل‌بستگی مادر و جنین [۹]، سازگاری با بارداری [۳۶]، حرکت جنین و دل‌بستگی مادر [۳۸] و دل‌بستگی مادر-جنین در بارداری‌های متوالی [۳۰] بررسی شده است.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش دل‌بستگی مادر-جنین را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این درمان به مادران کمک می‌کند نقاط قوت خود را شناسایی کنند. از طریق آموزش رابطه مستقیم بین شناخت، هیجان، رفتار و همچنین استفاده از تکنیک معرفی و توصیف مثبت خود و نیز توجه به توانمندی‌ها، راهی برای مادران باردار ترسیم شد تا تفکر جست‌وجوی شکست‌ها و ضعف‌ها را رها کنند. با توجه به اینکه مادرانی که ناخواسته باردار می‌شوند علائم اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند [۳۹] و با افکار و احساسات منفی دامنه افکار و اعمال خود را محدود می‌کنند، در درمان شناختی-رفتاری با شناساندن نقاط قوت و تجربه احساسات مثبت، این احساسات و افکار مورد آماج قرار می‌گیرند. احساسات مثبت باعث گسترش فوری افکار و اعمال مثبت در فرد می‌شود و افکار و اعمالی را در فرد توسعه می‌دهد که در

ساده‌ای دارد، در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان برای بهبود دل‌بستگی مادر و جنین در بارداری‌های ناخواسته استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد ۴۴۰ گرفته شده است. از معاونت پژوهشی دانشگاه و مادران بارداری که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

بین منافع نویسندگان و نتایج مطالعه هیچ‌گونه تعارضی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با شناسه IR.SHMU.REC.1397.225 تأییدیه دارد. همچنین با کد IRCT20180415039311N1 در سامانه کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شده است. ارائه توضیحات جامع قبل از نمونه‌گیری در زمینه مداخله، زمان پژوهش، روش کار، اهداف پژوهش، اطمینان از محرمانه‌بودن اطلاعات، امکان خروج در هر مرحله از پژوهش و گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در مطالعه حاضر بود.

سهم نویسندگان

نویسنده اول (پژوهشگر اصلی): نگارش پروپوزال، جمع‌آوری نمونه‌ها، بازنگری متون، تدوین مقدمه و نگارش مقاله ۴۰ درصد؛ نویسنده دوم (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، طراحی پروژه، تدوین نتایج و بحث و ویرایش مقاله ۳۰ درصد؛ نویسنده سوم (پژوهشگر اصلی): مشارکت در طراحی پروژه و مشاور روان‌شناسی طرح ۲۰ درصد؛ نویسنده چهارم (پژوهشگر همکار): تحلیلگر آماری و تدوین بخش روش‌شناسی ۱۰ درصد.

حمایت مالی

دانشگاه علوم پزشکی شاهرود منابع مالی این مطالعه را تأمین کرده است.

رویکرد شناختی-رفتاری به تمایز فکر منفی از واقعیت‌های احتمالی می‌پردازد و با شناسایی افکار منفی و جایگزین‌سازی افکار مثبت، به کاهش نشخوارهای فکری و فکری‌های منفی منجر می‌شود. علاوه بر این، افزایش آگاهی زنان باردار نسبت به بارداری و زایمان در کنار آموزش رفتارهای دل‌بستگی مانند صحبت کردن با جنین، شمارش حرکات جنین، لمس شکم، شناخت فیزیولوژی جنین و طرز قرارگیری او در رحم به افزایش دل‌بستگی مادر به جنین و کیفیت بارداری در زنان باردار کمک می‌کند. به‌عبارت‌دیگر، تکنیک‌های خاص مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری همچون تشریح خطاهای شناختی از جمله تفکر همه یا هیچ، فاجعه‌سازی، نادیده‌گرفتن جنبه‌های مثبت و تلفیق آن با رفتارهای دل‌بستگی محور از قبیل صحبت با جنین، لمس و نگاه کردن به شکم، شمارش حرکات جنین و پذیرش جنین به‌عنوان موجودی مستقل، به مشارکت فعال مادر در فرایند بارداری منجر می‌شود. درواقع، مشاوره شناختی-رفتاری با افزایش شناخت و خودآگاهی، احساس خودکارآمدی و قدرت تصمیم‌گیری مادران را بالا می‌برد و با تغییر در نگرش مادر موجب بهبود دل‌بستگی مادر به جنین می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه مشارکت نکردن همسران زنان باردار در برنامه‌های مشاوره شناختی-رفتاری بود؛ زیرا در دوران بارداری به سیستم حمایتی همسر نیاز است. محدودیت دیگر، شروع برنامه در نیمه دوم بارداری بود؛ زیرا بیشتر سقط‌ها در سه ماهه ابتدایی بارداری صورت می‌گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی روی زنان باردار با بارداری ناخواسته به‌صورت طولی در هر یک از دوره‌های سه‌ماهه و پس از زایمان انجام گیرد. دوره پیگیری دو ماهه پس از اتمام جلسات و دوره پس از زایمان برای بررسی عمیق‌تر اثربخشی شناختی-رفتاری پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

مشاوره مامایی با رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند موجب افزایش میزان دل‌بستگی مادر به جنین در زنان با بارداری‌های ناخواسته شود. با توجه به شیوع بالای بارداری‌های ناخواسته در ایران، پیشنهاد می‌شود مشاوره شناختی-رفتاری به‌عنوان رویکردی روانی-آموزشی که ساختارمند است و روند اجرای

REFERENCES

- Nourizadeh R, Mohammadi E, Simbar M. Women's coping with an unplanned pregnancy. *Payesh*. 2015;14(1):73-84. [Persian]
- Sayehmiri K, Ebtekar F, Zarei M, Gheshlagh RG. Prevalence of unwanted pregnancy among Iranian women: an updated meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):491. PMID: 31829158 DOI: 10.1186/s12884-019-2640-9
- Moeini M, Mokhtari N, Vafaei Z. Unwanted pregnancy after earthquake in bam city, Iran. *Pharmacophore*. 2018;9(2):80-4.
- Akbarzadeh M, Yazdanpanahi Z, Zarshenas L, Sharif F. The women's perceptions about unwanted pregnancy: a qualitative study in Iran. *Global J Health Sci*. 2016;8(5):189-96. PMID: 26652070 DOI: 10.5539/gjhs.v8n5p189
- Omani-Samani R, Ranjbaran M, Mohammadi M, Esmailzadeh A, Sepidarkish M, Maroufzadeh S, et al. Impact of unintended pregnancy on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynecol India*. 2019;69(2):136-41. PMID: 30956467 DOI: 10.1007/s13224-018-1125-5
- Mazza D, Bateson D, Frearson M, Goldstone P, Kovacs G, Baber R. Current barriers and potential strategies to increase the use of long-acting reversible contraception (LARC) to reduce the rate of unintended pregnancies in Australia: an expert roundtable discussion. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 2017;57(2):206-12. PMID: 28294293 DOI: 10.1111/ajo.12587
- Schwarz EB, Smith R, Steinauer J, Reeves MF, Caughey AB. Measuring the effects of unintended pregnancy on women's

- quality of life. *Contraception*. 2008;**78**(3):204-10. PMID: [18692610](#) DOI: [10.1016/j.contraception.2008.04.120](#)
8. Pakseresht S, Rasekh P, Leili EK. Physical health and maternal-fetal attachment among women: Planned versus unplanned pregnancy. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2018;**6**(3):335-41. DOI: [10.15296/ijwhr.2018.55](#)
 9. Ekrami F, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Babapour Kheiroddin J, Mirghafourvand M. Effect of counseling on maternal-fetal attachment in women with unplanned pregnancy: a randomized controlled trial. *J Reprod Infant Psychol*. 2020;**38**(2):151-65. PMID: [31274007](#) DOI: [10.1080/02646838.2019.1636943](#)
 10. Simbar M, Khajehpoor M, Jannesari SH, Alavi Majd H. Comparing the health status of women with wanted and unwanted pregnancy. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2012; **14**(1):113-20. [Persian]
 11. Jayaweera RT, Ngui FM, Hall KS, Gerds C. Women's experiences with unplanned pregnancy and abortion in Kenya: a qualitative study. *PLoS One*. 2018;**13**(1):e0191412. PMID: [29370220](#) DOI: [10.1371/journal.pone.0191412](#)
 12. Kasmaei P, Atrkar Roshan Z. Study of prevalence and some correlative factors with unwanted pregnancies. *J Guilan Univ Med Sci*. 2004;**12**(48):61-6. [Persian]
 13. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009;**79**(3):194-8. PMID: [19185672](#) DOI: [10.1016/j.contraception.2008.09.009](#)
 14. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. Experience of unplanned pregnancy in women attending to health centers of Mashhad, Iran: a phenomenological study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2014;**16**(87):15-23. [Persian]
 15. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Moghadam ZB, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-fetal attachment and its associated factors. *Hayat*. 2012;**18**(5):33-45. [Persian]
 16. Abasi A, Tafazoli M, Esmaili H. The effect of foetal movement counting on primipara maternal foetal attachment. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2010;**20**(77):53-60. [Persian]
 17. Walsh J. Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Arch Womens Ment Health*. 2010;**13**(5):449-51. PMID: [20217158](#) DOI: [10.1007/s00737-010-0152-8](#)
 18. Sadeghi Sahebzad E, Baghdari N, Kheirkhah M. The relationship between marital satisfaction and social support with maternal fetal attachment in pregnant women with a history of baby loss. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2014;**17**(106):16-22. [Persian]
 19. Torshizi M. Different dimensions of maternal-fetal attachment behaviors and associated factors in pregnant women referred to health centers of Birjand, Iran, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2013;**16**(72):13-21. [Persian]
 20. Hosseinian S, Yazdi SM, Alavinezhad S. The effectiveness of fetal attachment training program on maternal-fetal relationship and mental health of pregnant women. *J Child Mental Health*. 2016;**2**(4):75-87. [Persian]
 21. Parsa P, Saiedzadeh N, Roshanaei G, Masoumi SZ. The effect of training on maternal-fetal attachment (MFA) in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2016;**24**(1):24-30. DOI: [10.20286/nmj-24011](#)
 22. Delavari M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafurvand M. The relationship between maternal-fetal attachment and maternal self-efficacy in Iranian women: a prospective study. *J Reprod Infant Psychol*. 2018;**36**(3):302-11. PMID: [29558832](#) DOI: [10.1080/02646838.2018.1436753](#)
 23. 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*. 2011;**1**(1):21-34. [Persian]
 24. Sajjadi AS, Zaharakar K, Mohsenzadeh F, Karamnia M, Shokoohi YM, Alavinezhad S. Efficacy of maternal fetal attachment techniques on enhancing mother's attachment to the fetus. *Dev Psychol*. 2016;**12**(47):281-8. [Persian]
 25. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol*. 1997; **70**(4):359-72. PMID: [9429755](#) DOI: [10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x](#)
 26. Mosaiebi E, Sepehrian Azar F. Meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions and care practices on increasing mother-fetal and mother-infant attachment behavior. *J Child Mental Health*. 2018;**4**(4):104-16. [Persian]
 27. Safaralinezhad A, Oveisi S, Jourabchi Z. Effect of cognitive-behavioral group therapy on gestational depression: a clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2018;**21**(2):48-59. [Persian]
 28. Vakilian K, Poorjandaghi M, Khorsandi M. Effectiveness of cognitive group counseling to self-esteem in nulliparous women. *J Clin Nurs Midwifery*. 2018;**7**(1):67-74. [Persian]
 29. Khanzadeh A, Rostampour A, Nedaei N, Khosrojauid M. Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women. *J Nur Educ*. 2017;**5**(6):24-32.
 30. Azogh M, Shakiba M, Navidian A. The effect of cognitive behavioral training on maternal-fetal attachment in subsequent pregnancy following stillbirth. *Hayat*. 2018; **24**(1):71-83. [Persian]
 31. Ramezani S, Khosravi A, Motaghi Z, Hamidzadeh A, Mousavi SA. The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *J Reprod Infant Psychol*. 2017;**35**(2):172-82. PMID: [29517361](#) DOI: [10.1080/02646838.2016.1266470](#)
 32. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford; 2017.
 33. Green SM, Haber E, Frey BN, McCabe RE. Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2015;**18**(4):631-8. PMID: [25652951](#) DOI: [10.1007/s00737-015-0498-z](#)
 34. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *Hayat*. 2011;**17**(3):69-79. [Persian]
 35. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res*. 1981; **30**(5):281-4. PMID: [6912989](#)
 36. Arasteh A, Kharaghani R, Zenoozian S, Moloodi R, Jafari E. Effectiveness of midwifery counseling on adaptation to pregnancy, maternal-fetal attachment, and quality of life in unplanned pregnant women: a randomized controlled trial. *Int J Pediatr*. 2020;**8**(6):11435-48. DOI: [10.22038/IJP.2019.44410.3678](#)
 37. Mojahed S, Dafei M, Dehghani A, Shayegh Z. Evaluation of the effect of midwifery counseling with cognitive-behavioral approach on maternal-fetal attachment in the pregnant women with abortion history. *J Adv Pharmacy Educ Res*. 2019;**9**(S2):119-25.
 38. Güney E, Uçar T. Effect of the fetal movement count on maternal-fetal attachment. *Japan J Nurs Sci*. 2019;**16**(1):71-9. PMID: [29774647](#) DOI: [10.1111/jjns.12214](#)
 39. Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;**17**(8):2644. PMID: [32290590](#) DOI: [10.3390/ijerph17082644](#)
 40. McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS One*. 2019; **14**(7):e0220032. PMID: [31344070](#) DOI: [10.1371/journal.pone.0220032](#)