

پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک

مینا گالشی*، مژگان میرغفوروند**، فریبا علیزاده شرح‌آباد*، فوزیه صنعتی***

چکیده

زمینه و هدف: پیوند مادر-کودک بعد عاطفی رابطه مادر و نوزاد می‌باشد که بر رشد روانی نوزاد مؤثر است. مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک انجام گرفته است. **روش بررسی:** این مطالعه مقطعی در مورد ۲۷۰ مادر مراجعه‌کننده به ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز در هفته ۸ تا ۱۰ پس از زایمان در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های فردی-اجتماعی و مامایی، پیوند مادر-کودک، افسردگی ادینبرگ و اضطراب اشپیل‌برگر جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های پیرسون، تی‌مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS v.21 انجام گرفت. سطح معناداری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) نمره پیوند مادر-کودک 67.2 ± 8.4 از محدوده نمره قابل دستیابی ۱۲۵-۰ بود. ۸۵٪ دارای پیوند مادر و کودک مختل بودند. بیش‌ترین فراوانی اختلال مربوط به مؤلفه پیوند معیوب مادر و کودک و کم‌ترین فراوانی اختلال در مؤلفه اضطراب مراقبت بود. متغیرهای افسردگی، اضطراب آشکار و حاملگی ناخواسته از پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک بودند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که اضطراب، افسردگی و حاملگی ناخواسته از مؤلفه‌های مؤثر بر پیوند مادر و کودک هستند، لذا غربالگری مادران برای شناسایی و درمان به موقع اضطراب و افسردگی و همچنین کاهش میزان بروز حاملگی ناخواسته از طریق مشاوره‌های هدفمند تنظیم خانواده می‌تواند به بهبود پیوند مادر-کودک و در نتیجه به رشد و تکامل بهتر کودک کمک کند.

نویسنده مسئول:
مژگان میرغفوروند؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تبریز

e-mail:
mirghafourvand@
tbzmed.ac.ir

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، پیوند مادر-کودک، پس از زایمان

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۹۵

مقدمه

ایجاد پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار یک فرآیند فوق‌العاده حساس در دوران پس از زایمان است. پیوند مادر و کودک به ارتباط اولیه بین مادر و شیرخوار اطلاق می‌شود که مشخصه مهم آن واکنش عاطفی به طرف شیرخوار به ویژه در سال اول بعد از زایمان است (۱). پیوند مادر و کودک، احساسات

صمیمیت، ملایمت، محافظت و نگرانی مادر نسبت به سلامتی کودک بوده و با رفتارهای مادر شامل نگاه کردن، لبخند زدن، لمس کردن و صحبت کردن با کودک مشخص می‌شود (۲). در واقع پیوند مادر-کودک بعد عاطفی رابطه مادر و نوزاد است که از دوران حاملگی شکل می‌گیرد (۳) و بر سلامت روانی، اجتماعی و عاطفی کودک مؤثر است (۳-۵). تجربه یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر نه تنها منجر به ارتقای سلامت روانی کودک می‌شود،

* کارشناس ارشد مامایی

** استادیار گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

*** دانشجوی کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

بلکه سبب افزایش مهارت مراقبت از نوزاد و اعتماد به نفس در مادر نیز می‌شود (۶). این در حالی است که اختلال در تعامل مادر و کودک در دوران پس از زایمان تکامل کودک را تحت تأثیر قرار داده (۷) و عوارضی شامل نارسایی رشد، اختلالات روانی اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال شخصیتی اجتنابگر، بزه‌کاری، مشکلات درسی یا بهره‌هوشی مرزی در پی دارد (۵).

عوامل مختلفی ممکن است باعث اختلال در پیوند مادر-کودک شود (۸). پیوند مادر-کودک ممکن است تحت تأثیر عوامل مرتبط با نوزاد از جمله: تولد دیررس، مشکلات جسمانی و بی‌قراری، تغذیه با شیر مادر (۹) و نیز عوامل مرتبط با والدین به‌ویژه مادر مانند: سبک دلبستگی، شبکه حمایت اجتماعی، بیماری جسمانی، افسردگی، اضطراب پس از زایمان و سایر مشکلات روانی مادر قرار بگیرد (۱۰).

دوره بعد از زایمان، زمانی است که بیش‌ترین خطر برای بروز اختلالات خلقی وجود دارد (۱۱). از جمله این اختلالات می‌توان به افسردگی پس از زایمان اشاره کرد که اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می‌گذارد. اثرات فوری این اختلال ناتوانی مادر در انجام مراقبت مادرانه و خطر خودکشی و نوزادکشی می‌باشد (۱۲). Cunningham و همکاران معتقدند از آن جا که زن مبتلا به افسردگی ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها علامت‌دار باقی بماند، لذا افسردگی مادر می‌تواند کیفیت ارتباط مادر با کودک را تحت تأثیر قرار دهد و مادران افسرده

تعاملات اجتماعی کم‌تری دارند و با کودک خود کم‌تر بازی می‌کنند (۱۳). قبلاً تصور می‌شد که اختلالات در پیوند مادر-شیرخوار نشانه‌ای از افسردگی شدید در مادر است، اما شواهد پژوهشی نشان دادند که اختلال در پیوند مادر و شیرخوار در مادران غیرافسرده نیز دیده می‌شود و همچنین تمامی مادران افسرده نیز این اختلال را ندارند، مادران افسرده‌ای وجود دارند که پیوند خوب با شیرخوارشان برقرار می‌کنند، پس افسردگی عامل قطعی برای بروز اختلال در پیوند مادر و شیرخوار نیست (۱۴).

از دیگر اختلالات خلقی پس از زایمان، اضطراب بعد از زایمان است که شایع‌تر از افسردگی بعد از زایمان می‌باشد (۱۵). این اختلال ۲۰-۵٪ مادران جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶). اگر این اضطراب ادامه یابد می‌تواند به اختلالات اضطراب تبدیل شود که نسبتاً شایع است و در صورت تداوم می‌تواند خطر افسردگی بعد از زایمان را افزایش دهد (۱۷). براساس بررسی‌های انجام یافته توسط پژوهشگران، تنها یک مطالعه در ایران (شیراز) در زمینه ارتباط پیوند مادر و کودک با افسردگی پس از ایمن انجام گرفته است (۱۸) و در زمینه ارتباط اضطراب با پیوند مادر و کودک مطالعه‌ای در ایران انجام نگرفته و مطالعات انجام گرفته در این زمینه در سطح بین‌المللی نیز محدود است (۱۹ و ۲۰).

با توجه به این که شناسایی و حذف هر یک از عوامل زمینه‌ساز در پیوند معیوب مادر و کودک می‌تواند احتمال اختلال در رابطه والدین با کودک را کاهش داده و از اثرات

(عدد ۲) ضرب و در نتیجه حداقل تعداد نمونه مورد نیاز ۲۳۸ نفر برآورد شد. در این مطالعه ۲۷۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای بود، بدین صورت که نخست از بین کل مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر تبریز (۷۲ مرکز و پایگاه) یک چهارم، یعنی ۱۸ مرکز و پایگاه، به طور تصادفی و با استفاده از وب سایت www.random.org انتخاب شد. سپس لیست مادران دوران پس از زایمان که در هفته ۱۰-۸ بعد از زایمان قرار داشتند، براساس پرونده‌های بهداشتی در هر مرکز تهیه شد. تعداد زنان واجد شرایط در مراکز بهداشتی منتخب از ۱۵ تا ۳۶ نفر متغیر و تعداد کل آن‌ها ۵۴۳ نفر بود. سپس از لیست تهیه شده، تعداد نمونه لازم برای هر مرکز یا پایگاه به روش نسبی تعیین (از هر مرکز منتخب ۷ تا ۱۸ نفر) و به صورت تصادفی انتخاب شدند. لازم به ذکر است که توضیحات لازم به مادران در مورد مطالعه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات داده شد و رضایت آگاهانه کسب گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم سابقه افسردگی یا هر گونه اختلال روانی دیگر، حاملگی تک یا چندقلویی و مادران نولی‌پار یا مولتی‌پار بود و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بستری شدن مادر به علت عوارض بعد از زایمان، فوت یا بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، تشخیص افسردگی قبل از زایمان بنا به اظهار خود مادر و وقوع حوادث

جانبی آن پیش‌گیری کند و از آن‌جا که در حال حاضر خدمات ارایه شده به مادران در دوران پس از زایمان بیش‌تر معطوف به مراقبت‌های جسمانی می‌باشد. لذا شناسایی عوامل مستعدکننده اختلال در پیوند مادر-کودک به‌عنوان پیش‌گویی‌کننده و شناساندن آن به ارایه‌دهندگان خدمت در نظام بهداشتی-درمانی، در پیش‌گیری از این مشکل و کاهش عوارض آن کمک‌کننده خواهد بود و همچنین می‌توان با شناسایی این عوامل گامی در راستای بهبود پیوند مادر-کودک برداشت، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه را مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند.

برای تعیین حجم نمونه، اطلاعات اولیه از مطالعه افلاک سیر و جمالی (۱۸) براساس همبستگی بین متغیرهای خطر آزار کودک و افسردگی به دست آمد و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪، آزمون دو دنباله‌ای و با استفاده از نرم‌افزار G-Power حداقل حجم نمونه براساس همبستگی ۰/۳ (کمترین مقدار همبستگی موجود که معادل بیش‌ترین مقدار حجم نمونه می‌شود)، ۱۱۹ نفر به دست آمد. با توجه به طرح نمونه‌گیری چند مرحله‌ای این تعداد در اثر طرح

ناگوار مانند فوت یا بستری شدن یکی از اعضای خانواده و یا طلاق در طی سه ماه گذشته.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، فرم مشخصات فردی اجتماعی و مامایی، پرسشنامه پیوند مادر-کودک، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه اضطراب اشیپیل‌برگر بود که در هفته ۸-۱۰ بعد از زایمان تکمیل شد. پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی شامل سؤالاتی در مورد سن، سطح تحصیلات و شغل، سطح تحصیلات و شغل همسر، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، نوع حاملگی و زایمان، میزان حمایت دریافتی از جانب همسر و خانواده بود.

پرسشنامه پیوند مادر-کودک (Postpartum Bonding Questionnaire) توسط Brockington و همکاران جهت تشخیص اولیه اختلال پیوند مادر-کودک ساخته شده است. 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: احساس می‌کنم به فرزندم صدمه زده‌ام) و خطر آزار کودک (۲ سؤال مانند: احساس می‌کنم به فرزندم صدمه زده‌ام) است. این سؤالات براساس مقیاس لیکرت از هرگز تا همیشه با نمره ۰-۵ 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. در مطالعه افلاک سیر و جمالی (۱۸) روایی محتوا با استفاده از نظر اعضای هیأت علمی و پایایی آن با روش ضریب 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. در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل ابزار برابر با ۰/۸۷ و برای مؤلفه‌های پیوند معیوب، طرد و خشم، اضطراب مراقبت و خطر آزار کودک به ترتیب برابر ۰/۵۳، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ محاسبه شد.

پرسشنامه افسردگی ادینبورگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) توسط Cox و همکاران در سال ۱۹۷۸ تدوین و در سال ۱۹۹۴ مورد بازبینی قرار گرفته است. این ابزار دارای ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای است که در برخی سؤالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (۱، ۲ و ۴) و در برخی دیگر از شدت زیاد به کم (۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) مرتب شده‌اند. هر سؤال دارای امتیاز صفر تا سه و نمره کلی بین صفر تا سی، نوسان دارد. مادر پاسخ‌هایی را انتخاب می‌کند که طی هفته گذشته احساس کرده است. کسب نمره ۱۲ و بالاتر به منزله افسردگی مادران می‌باشد (۲۱). پایایی پرسشنامه افسردگی ادینبورگ توسط ابری اقدام در سال ۱۳۸۵ بررسی شده است. در این مطالعه مقیاس EPDS با نقطه برش ۱۱، پایایی ۰/۸۳ و ضریب روایی ۰/۶۶ آزمونی معتبر جهت تشخیص به هنگام

افسردگی در زنان پس از زایمان تعیین شد که از حساسیت ۰/۶۳ و ویژگی ۰/۸۵ برخوردار است (۲۲). آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اشپیل- برگر (Spielberger state- trait anxiety inventory) شامل ۴۰ سؤال خودگزارشی است که ۲۰ گزینه اول آن (حالت)، اضطراب آشکار و ۲۰ گزینه بعدی (صفت)، اضطراب پنهان را می‌سنجد. مقیاس اضطراب آشکار براساس مقیاس لیکرت از خیلی کم (۱)، کم (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) و مقیاس اضطراب پنهان براساس مقیاس لیکرت از تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، بیش‌تر اوقات (۳) و تقریباً همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. برای ماده‌های ۱ تا ۲۰ هر یک از فرم‌های حالت و صفت حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۰ نمره تعلق می‌گیرد. در هر دو مقیاس حالت و صفت، نمره ۲۰ تا ۴۰ به عنوان اضطراب خفیف، ۴۱ تا ۶۰ اضطراب متوسط و ۶۱ تا ۸۰ اضطراب شدید در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط بهروز مهram اعتبارسنجی شده و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۳). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای اضطراب آشکار ۰/۷۶ و برای اضطراب پنهان ۰/۷۶ بود.

این مطالعه دارای مجوز از کمیته اخلاق معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۹۳۱۱۴ می‌باشد. برای توصیف داده‌های مربوط به مشخصات فردی- اجتماعی، پیوند مادر- کودک، اضطراب و افسردگی از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) استفاده شد.

جهت تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر- کودک نخست از آزمون پیرسون جهت تعیین ارتباط پیوند مادر و کودک با افسردگی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان و از آزمون‌های تی-مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه جهت تعیین ارتباط مشخصات فردی- اجتماعی با نمره کل پیوند مادر و کودک استفاده گردید، سپس برای کنترل متغیرهای مخدوشگر و برآورد میزان تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل (افسردگی، اضطراب پنهان و آشکار و مشخصات فردی- اجتماعی) بر متغیر وابسته (پیوند مادر و کودک) و تبیین واریانس، آن دسته از متغیرهای مستقل که p -value آن‌ها در آزمون دو متغیره کم‌تر از ۰/۲ بود، وارد مدل رگرسیون خطی چند متغیره با راهبرد Backward شد. قبل از تحلیل چندمتغیره، پیش فرض‌های رگرسیون شامل نرمالیتی مانده‌ها، همگنی واریانس مانده‌ها، هم خطی، داده‌های پرت و استقلال مانده‌ها بررسی گردید. در این مطالعه از نرم‌افزار SPSS v.21 استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۷۰ شرکت‌کننده حضور یافتند و پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل کردند. مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس پیوند مادر- کودک $4/2 \pm 6/2$ از محدوده نمره قابل دستیابی ۰ تا ۱۲۵ بود. ۸۵/۲٪ از مادران دارای اختلال در پیوند مادر و کودک بودند.

بیش‌ترین فراوانی اختلال مربوط به مؤلفه پیوند معیوب مادر و کودک و کم‌ترین فراوانی اختلال در مؤلفه اضطراب مراقبت بود. ۴۳٪ از مادران مبتلا به افسردگی بودند و اکثریت مادران (۹۲/۶٪ و ۹۴/۴٪) به ترتیب دارای اضطراب آشکار متوسط و اضطراب پنهان متوسط بودند (جدول شماره ۲).

براساس آزمون آماری پیرسون، بین افسردگی پس از زایمان با پیوند مادر-کودک همبستگی معنادار مثبت قوی وجود داشت ($r=0/704$, $p<0/001$). همچنین بین پیوند مادر-کودک با اضطراب آشکار ($r=0/584$, $p<0/001$) و پنهان پس از زایمان ($r=0/534$, $p<0/001$) همبستگی معنادار مثبت نسبتاً قوی وجود داشت (جدول شماره ۳).

بین افسردگی، اضطراب آشکار و پنهان پس از زایمان و تمام مؤلفه‌های مادر-کودک شامل: پیوند معیوب مادر-کودک، طرد و خشم، اضطراب مراقبت و خطر آزار کودک همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت ($p<0/001$). بیش‌ترین میزان همبستگی بین افسردگی و مؤلفه طرد و خشم ($r=0/844$) و کم‌ترین میزان همبستگی بین اضطراب آشکار و

اضطراب مراقبت ($r=0/308$) بود (جدول شماره ۳).

براساس آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه و تی‌مستقل، ارتباط معناداری بین نمره کلی پیوند مادر-کودک با تحصیلات و شغل مادر، تحصیلات و شغل همسر، میزان درآمد، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، نوع زایمان، میزان حمایت همسر و حمایت اعضای خانواده وجود داشت ($p<0/05$). این متغیرها همراه با متغیرهای افسردگی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره با راهبرد Backward شدند، متغیرهای اضطراب پنهان، تحصیلات و شغل مادر، تحصیلات و شغل همسر، میزان درآمد، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، نوع زایمان، میزان حمایت همسر و حمایت اعضای خانواده از مدل خارج شدند و متغیرهای افسردگی، اضطراب آشکار، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در مدل باقی ماندند و ۵۱/۶٪ از واریانس در نمره کلی پیوند مادر و کودک را توضیح می‌دادند (جدول شماره ۴).

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی مادران مورد مطالعه از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر

تبریز در سال ۹۴-۱۳۹۳

| تعداد (درصد) | گروه‌ها | |
|--------------|--------------------------|--|
| ۲۷/۳ (۵/۱) | سن (سال)* | |
| ۶/۱ (۳/۹) | طول مدت ازدواج* | |
| ۶۵ (۲۴/۱) | راهنمایی | |
| ۵۶ (۲۰/۷) | دبیرستان | |
| ۱۱۱ (۴۱/۱) | دیپلم | |
| ۳۸ (۱۴/۱) | دانشگاهی | |
| ۲۵۳ (۹۳/۷) | خانه‌دار | |
| ۵۹ (۲۱/۹) | کافی | |
| ۱۸۳ (۶۷/۸) | نسبتاً کافی | |
| ۲۸ (۱۰/۴) | ناکافی | |
| ۱۲۷ (۴۷/۰) | ۱ | |
| ۱۰۲ (۳۷/۸) | ۲ | |
| ۴۱ (۱۵/۲) | ۳ و بیشتر | |
| ۱۱۵ (۴۲/۶) | ۱ | |
| ۹۱ (۳۳/۷) | ۲ | |
| ۶۴ (۲۳/۷) | ۳ و بیشتر | |
| ۵۰ (۱۸/۵) | سابقه سقط | |
| ۵۵ (۲۰/۴) | ناخواسته بودن بارداری | |
| ۱۱۲ (۴۱/۵) | زایمان واژینال | |
| ۳۱ (۱۱/۵) | کم | |
| ۱۱۷ (۴۳/۳) | زیاد | |
| ۱۲۲ (۴۵/۲) | خیلی زیاد | |
| ۱۷ (۶/۳) | کم | |
| ۱۴۱ (۵۲/۲) | زیاد | |
| ۱۱۲ (۳۴/۱) | خیلی زیاد | |
| ۲۶۳ (۹۷/۴) | داشتن رضایت از جنس نوزاد | |
| ۲۸ (۱۰/۴) | ابتدایی | |
| ۹۱ (۳۳/۷) | راهنمایی | |
| ۴۰ (۱۴/۸) | دبیرستان | |
| ۱۴۹ (۵۵/۲) | دیپلم | |
| ۳۰ (۱۱/۱) | دانشگاهی | |
| ۲۸ (۱۰/۴) | کارمند | |
| ۱۱۹ (۴۴/۰) | کارگر | |
| ۴۲ (۱۵/۶) | مغازه‌دار | |
| ۸۱ (۳۰/۰) | سایر † | |

متغیرهایی که با علامت ستاره مشخص شده‌اند، به جای تعداد (درصد)، میانگین (انحراف معیار) گزارش شده است.

† سایر شغل‌ها شامل راننده، دست‌فروش و ... بود.

جدول ۲- وضعیت پیوند مادر و کودک، افسردگی و اضطراب در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرتبریز در دوران پس از زایمان ($n=270$) سال ۹۴-۱۳۹۳

| متغیر | تعداد (درصد) |
|---|--------------|
| پیوند مادر- کودک (دامنه نمره: ۰-۱۲۵) | ۸/۴±۴۶/۲* |
| بدون اختلال (نمره: کمتر از ۳۸) | ۴۰ (۱۴/۸) |
| دارای اختلال (نمره: ۳۸ و بالاتر) | ۲۳۰ (۸۵/۲) |
| پیوند معیوب مادر- کودک (دامنه نمره: ۰-۶۰) | ۵/۷±۲۶/۹* |
| بدون اختلال (نمره: کمتر از ۱۲) | ۰ (۰) |
| دارای اختلال (نمره: ۱۲ و بالاتر) | ۲۷۰ (۱۰۰) |
| طرد و خشم (دامنه نمره: ۰-۳۵) | ۵/۷±۱۱/۱* |
| بدون اختلال (نمره: کمتر از ۱۳) | ۶۳/۲±۱۷۱ |
| دارای اختلال (نمره: ۱۳ و بالاتر) | ۹۹ (۳۶/۷) |
| اضطراب مراقبت (دامنه نمره: ۰-۲۰) | ۲/۲±۴/۶* |
| بدون اختلال (نمره: کمتر از ۱۰) | ۲۶۳ (۹۷/۴) |
| دارای اختلال (نمره: ۱۰ و بالاتر) | ۷ (۲/۶) |
| خطر آزار کودک (دامنه نمره: ۰-۱۰) | ۱/۴±۳/۴* |
| بدون اختلال (نمره: کمتر از ۳) | ۱۳۳ (۴۹/۳) |
| دارای اختلال (نمره: ۳ و بالاتر) | ۱۳۷ (۵۰/۷) |
| افسردگی (دامنه نمره: ۰-۳۰) | ۷/۴±۹/۷* |
| غیرافسرده (کمتر از ۱۲) | ۱۰۴ (۵۷/۰) |
| افسرده (۱۲ و بالاتر) | ۱۱۶ (۴۳/۰) |
| اضطراب آشکار (دامنه نمره: ۸۰-۲۰) | ۵/۲±۵۲/۲* |
| خفیف (۲۰-۴۰) | ۰ (۰) |
| متوسط (۶۰-۲۱) | ۲۵۰ (۹۲/۶) |
| شدید (۸۰-۶۱) | ۲۰ (۷/۶) |
| اضطراب پنهان (دامنه نمره: ۸۰-۲۰) | ۴/۸±۴۷/۲* |
| خفیف (۲۰-۴۰) | ۱۴ (۵/۲) |
| متوسط (۶۰-۲۱) | ۲۵۵ (۹۴/۴) |
| شدید (۸۰-۶۱) | ۱ (۰/۴) |

* مواردی که با علامت ستاره مشخص شده‌اند میانگین±انحراف معیار می‌باشند.

جدول ۳- همبستگی بین نمره مقیاس افسردگی و اضطراب پس از زایمان و نمره‌های مؤلفه‌های پیوند مادر- کودک درمادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز ($n=270$) سال ۹۴-۱۳۹۳

| متغیر | افسردگی (p) r | اضطراب آشکار (p) r | اضطراب پنهان (p) r |
|--------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| نمره کل پیوند مادر- کودک | ۰/۷۰۴ (<۰/۰۰۱) | ۰/۵۸۴ (<۰/۰۰۱) | ۰/۵۳۴ (<۰/۰۰۱) |
| پیوند معیوب مادر- کودک | ۰/۳۸۴ (<۰/۰۰۱) | ۰/۳۴۴ (<۰/۰۰۱) | ۰/۲۷۲ (<۰/۰۰۱) |
| طرد و خشم | ۰/۸۴۴ (<۰/۰۰۱) | ۰/۶۷۳ (<۰/۰۰۱) | ۰/۶۳۵ (<۰/۰۰۱) |
| اضطراب مراقبت | ۰/۳۰۸ (<۰/۰۰۱) | ۰/۲۲۴ (<۰/۰۰۱) | ۰/۲۴۸ (<۰/۰۰۱) |
| خطر آزار کودک | ۰/۶۰۰ (<۰/۰۰۱) | ۰/۳۹۸ (<۰/۰۰۱) | ۰/۴۱۷ (<۰/۰۰۱) |

جدول ۴- پیشگویی‌کننده‌های پیوند مادر-کودک در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز براساس رگرسیون خطی چندمتغیره ($n=270$)

| متغیر | B (CI 95%)* | p |
|-----------------|---------------------------------|--------|
| افسردگی | ۰/۶۵ (۰/۵ تا ۰/۸) | <۰/۰۰۱ |
| اضطراب آشکار | ۰/۲ (۰/۰ تا ۰/۴) | ۰/۰۱۴ |
| نوع حاملگی | | |
| ناخواسته (مرجع) | - | |
| خواسته | -۲/۶ (-۴/۵ تا -۰/۸) | <۰/۰۰۱ |
| | adjusted R ² = ۵۱/۶% | |

(95% Confidence Interval) *

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، اکثر مشارکت‌کنندگان اختلال در پیوند مادر و کودک داشتند. بیش‌ترین میزان اختلال در زیرمقیاس پیوند معیوب و کم‌ترین میزان اختلال در زیرمقیاس اضطراب مراقبت بود. در مطالعه افلاک سیر و جمالی در شیراز نیز بیش‌ترین میزان اختلال در زیرمقیاس پیوند معیوب گزارش شده است، اما فراوانی اختلال گزارش شده در مقیاس کلی نسبت به مطالعه حاضر کم‌تر است (۱۸). با توجه به نتایج حاصل باید گفت که تمامی ارایه‌دهندگان مراقبت که در فرایند زایمان درگیر هستند، باید فرایند پیوند مادر و کودک را با ارایه آموزش و انجام مداخلاتی در طی دوران پس از زایمان همانند تماس پوست به پوست نوزاد و مادر، شروع زودتر شیردهی، تماس چشمی و سایر حمایت‌های لازم بهبود بخشند.

در این مطالعه ۴۳٪ مشارکت‌کنندگان مبتلا به افسردگی بودند و اکثر آن‌ها (بیش از ۹۰٪) درجات متوسط اضطراب را تجربه می‌کردند. شیوع افسردگی در این مطالعه با سایر مطالعات انجام گرفته در شهر تبریز (محیط پژوهش این مطالعه)، تقریباً هم‌خوانی دارد (۲۴ و ۲۵). با توجه به این که شیوع افسردگی در

شهر تبریز نسبت به مطالعات انجام گرفته در شهرهای دیگر از قبیل کرمانشاه (۲۶) و قم (۲۷) بیش‌تر گزارش شده است، انجام مطالعات بیش‌تر در خصوص بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی مادران در دوران پس از زایمان در شهر تبریز پیشنهاد می‌شود.

براساس نتایج این مطالعه، افسردگی یکی از پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک است، به طوری که با افزایش نمره افسردگی اختلال در پیوند مادر و کودک نیز بیش‌تر می‌شود. در مطالعه افلاک سیر و جمالی در مادرانی که نمره افسردگی بالاتری داشتند اختلال در پیوند مادر و کودک نیز بیش‌تر بود (۱۸). Bener و همکاران در مطالعه‌ای در مراکز ارایه‌دهنده خدمات اولیه قطر نشان دادند که مادران دارای نشانه‌های افسردگی پس از زایمان پیوند عاطفی خوبی با نوزاد خود نداشتند (۲۸). O'Higgins و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که زنان با افسردگی پس از زایمان از ارتباط و پیوند کافی با نوزاد خود برخوردار نمی‌باشند که این مشکل می‌تواند تا یک‌سالگی کودک نیز ادامه داشته باشد (۲۹). Reck و Tronick در مطالعه خود بیان کردند که افسردگی پس از زایمان مادر اثرات

نامطلوبی بر روابط مادر- کودک دارد. همچنین آن‌ها اظهار داشتند که رابطه مثبتی بین مشکلات روحی و روانی مادر با اختلال در پیوند بین آنان وجود دارد (۱۲). با توجه به نتایج مطالعات یاد شده از آن جا که مادرانی که دچار افسردگی هستند، تعاملات مثبت کم‌تری با کودکان خود برقرار می‌کنند و چون کیفیت پیوند مادر- کودک بر سلامت روحی، روانی، اجتماعی و عاطفی کودک تأثیر می‌گذارد و ارتباط ضعیف بین مادر و کودک به تکامل شناختی کودک آسیب می‌رساند و حتی ممکن است باعث کاهش واضحی در بهره هوشی کودک شود (۳۰)، لذا غربالگری مادران از نظر افسردگی پس از زایمان در معاینه‌های معمول این دوران برای شناسایی و درمان زودرس و پیش‌گیری از اختلال در پیوند مادر و کودک ضروری است.

اضطراب یکی دیگر از پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک در مطالعه حاضر بود. به طوری که با افزایش نمره اضطراب، پیوند مادر و کودک نیز بدتر می‌شد. نتایج مطالعه در زمینه ارتباط اضطراب با پیوند مادر و کودک با نتایج مطالعات Dubber و همکاران (۱۹) و همچنین Tietz و همکاران (۲۰) هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه Dubber و همکاران در مورد ۸۰ زن نشان داد که ارتباط منفی بین اضطراب پس از زایمان و پیوند مادر و کودک وجود دارد (۱۹). همچنین Tietz و همکاران در مطالعه‌ای در آلمان درباره ۳۰ مادر مبتلا به اختلال اضطراب پس از زایمان و بدون افسردگی خفیف و شدید و ۴۸ مادر سالم، نشان دادند که مادران با اختلال اضطراب پس از زایمان، پیوند مادر و

کودک نامطلوبی در مقایسه با مادران سالم دارند (۲۰). نتایج مطالعه Ross و McLean در یک مرور سیستماتیک تحت عنوان اختلالات اضطرابی در دوران بارداری و پس از زایمان نشان داد که بین سطوح اضطراب مادر و پریشانی روانی آن‌ها با رفتار اولیه و مشکلات عاطفی فرزندان ارتباط وجود دارد (۱۵). براساس این نتایج، بررسی مادر از نظر کلیه اختلالات روانی خاص دوران پس از زایمان توصیه می‌شود.

ناخواسته بودن حاملگی یکی دیگر از پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر و کودک در این مطالعه بود، به طوری که مادرانی که حاملگی ناخواسته داشتند، وضعیت نامطلوبی از نظر پیوند مادر و کودک داشتند. Mercer گزارش کرده است که در حاملگی‌های ناخواسته و بدون برنامه، پیوند مادر و کودک به علت احساسات ترس، اضطراب و افسردگی به تأخیر می‌افتد (۳۱). Brockington و همکاران در یک مطالعه در مورد ۲۰۰ مادر گزارش کردند که حاملگی ناخواسته اثر منفی بر ارتباط مادر و شیرخوار دارد (۳۲). براساس این یافته می‌توان گفت که برای داشتن نسلی سالم از طریق بهبود پیوند مادر و کودک، بایستی میزان حاملگی‌های ناخواسته و بدون برنامه را در زنان سنین باروری به حداقل رساند و به نظر می‌رسد که یکی از مهم‌ترین راهکارها برای این امر، مشاوره هدفمند و مؤثر تنظیم خانواده باشد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که به دلیل ماهیت مقطعی آن، ارتباط‌های نشان داده شده بین پیوند مادر- کودک با اضطراب، افسردگی و مشخصات فردی-

داشتند، در ابعاد مختلف پیوند مادر- کودک نیز مشکل بیشتری داشتند. همچنین مادرانی که حاملگی ناخواسته داشتند، در دوران پس از زایمان پیوند نامطلوبی با کودک خود داشتند. با توجه به اثرات متعدد چند جانبه افسردگی و اضطراب پس از زایمان بر سلامت مادر و کودک، باید با تأمل بیشتری به این مسأله توجه کرد. چرا که در اغلب موارد افسردگی و اضطراب پس از زایمان در زنان تشخیص داده نمی‌شود و مورد غفلت قرار می‌گیرد، لذا این مادران درمانی دریافت نمی‌کنند که این امر ممکن است منجر به پایدار ماندن این اختلال در آنان شده و به‌صورت جدی ارتباط بین مادر و کودک و در نهایت رفاه جسمی و روانی کودک را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین مشاوره‌های هدفمند تنظیم خانواده برای کاهش میزان بروز حاملگی‌های ناخواسته و پیش‌گیری از پیامدهای نامطلوب آن توصیه می‌شود.

تشریح و قدردانی

بدین‌وسیله از مساعدت و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل حمایت همه جانبه از این پژوهش و همچنین مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز، کارکنان مراکز بهداشتی و شرکت‌کنندگان قدردانی می‌شود.

اجتماعی، الزاماً نشان‌دهنده رابطه علیتی نمی‌باشد. همچنین مطالعه حاضر، پیوند مادر- کودک، اضطراب و افسردگی پس از زایمان را در زنانی بررسی کرد که جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی- درمانی مراجعه کرده بودند و شامل زنانی که به هر دلیلی جهت گرفتن خدمات به مراکز بهداشتی- درمانی مراجعه نمی‌کنند، نمی‌باشد که ممکن است تعمیم‌پذیری مطالعه را کاهش دهد. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق سنجش میزان حمایت دریافتی از همسر و اعضای خانواده با یک سؤال محقق ساخته بود و از پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی استفاده نشده است، بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی ارتباط حمایت اجتماعی با پیوند مادر و کودک مورد بررسی قرار گیرد. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به نوع نمونه‌گیری مطالعه و استفاده از ابزارهای روا و پایا که در مطالعات گوناگونی در ایران استفاده شده‌اند، اشاره کرد. همچنین این مطالعه، اولین مطالعه‌ای است که با هدف تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند مادر- کودک در مادران پس از زایمان در ایران انجام گرفته است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، سایر پیش‌گویی‌کننده‌های پیوند در هر دو والدین و در جمعیت‌های دیگر بررسی شود. در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مادرانی که نمره افسردگی و اضطراب بالاتری

منابع

- 1 - Brockington I. Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*. 2011; 44(5): 329-36.
- 2 - Mellow T. Bonding experiences in mothers of infants with severe congenital heart disease. Ph.D Thesis in Clinical Psychology, University of London, 2014.

- 3 - Medina S, Magnuson S. Motherhood in the 21st century: implications for counselors. *J Couns Dev.* 2009; 87(1): 90-6.
- 4 - Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med.* 1985 Nov; 61(9): 771-791.
- 5 - Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics.* 1998 Nov; 102(5 Suppl E): 1244-6.
- 6 - Bowlby J. Attachment and loss. 2nd ed. New York: Basic Books; 1982.
- 7 - Pearson RM, Lightman SL, Evans J. Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother-infant relations after birth. *Arch Womens Ment Health.* 2011 Feb; 14(1): 23-31.
- 8 - van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch Womens Ment Health.* 2010 Oct; 13(5): 373-84.
- 9 - Stewart DE. Depression during Pregnancy. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1605-1611.
- 10 - Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev.* 2004 Jul-Aug; 75(4): 1085-97.
- 11 - Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004 Jan; 45(1): 26-35.
- 12 - Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry.* 2009; 17(2): 147-56.
- 13 - Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics.* 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. P. 1200-1230.
- 14 - Hernandez BP. Comparative study of the factors involved in the mother-infant bonding in women with and without postpartum depression. Ph.D Thesis, University of Barcelona, 2015.
- 15 - Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006 Aug; 67(8): 1285-98.
- 16 - Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Womens Health.* 2012; 4: 191-200.
- 17 - Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jul 6; (7): CD007559.
- 18 - Aflakseir A, Jamali S. [Relationship between mother-child bonding with postpartum depression among a group of mothers in Shiraz-Iran]. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM).* 2014; 3(2): 61-69. (Persian)

- 19 - Dubber S, Reck C, Muller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Apr; 18(2): 187-95.
- 20 - Tietz A, Zietlow AL, Reck C. Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Oct; 17(5): 433-42.
- 21 - Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993 Jul; 163: 27-31.
- 22 - Abry Aghdam N. [Study of situation of edinburg postnatal depression scale in Tabriz]. MD Thesis, Faculty of Medicine, Islamic Azad University of Tabriz, 2006. (Persian)
- 23 - Mahram B. [Validity of Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) in Mashhad city]. MSc. Thesis, Tehran, Allameh Tabatabaei University, 1994. (Persian)
- 24 - Sehati Shafaei F, Ranjbar Kouchaksaraei F, Ghoujzadeh M, Mohammad Rezaei ZH. [Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences (JAUMS)*. 2008; 8(1): 54-61. (Persian)
- 25 - Rouhi M, Heravi-Karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S, Shojaee M. [Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity]. *Journal of Health Promotion Management*. 2012; 1(4): 51-60. (Persian)
- 26 - Hosseini S, Naghibi A, Khademloo M. [Post partum depression and its relationship with some related factors]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2008; 10(2): 76-81. (Persian)
- 27 - Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. [Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom]. *Pajoohandeh Journal*. 2010; 15(2): 62-66. (Persian)
- 28 - Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Womens Health*. 2012; 4: 191-200.
- 29 - O'Higgins M, Roberts IS, Glover V, Taylor A. Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Oct; 16(5): 381-9.
- 30 - Fontaine KL. *Mental health nursing*. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2009. P. 240-256.
- 31 - Mercer J. *Understanding attachment: parenting, child care, and emotional development*. Westport, CT: Praeger Publishers; 2006.
- 32 - Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Sep; 9(5): 243-51.

Predictors of mother-child bonding

Mina Galeshi* (MSc.) - Mojgan Mirghafourvand** (Ph.D) - Fariba Alizadeh-Sharajabad* (MSc.)
- Favziye Sanaati*** (B.Sc).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2016
Accepted: Mar. 2016

Background & Aim: Mother-Child bonding is an emotional aspect of relationship between mother and baby that affects children's psychological development. This study was performed to determine the predictors of mother-child bonding.

Methods & Materials: This cross-sectional study was performed on 270 mothers 8 to 10 weeks postpartum referred to eighteen health centers of Tabriz, 2014-2015. Data were collected using the obstetric and socio-demographic characteristics questionnaire, the Postpartum Bonding Questionnaire, the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. The statistical tests including Pearson correlation, Independent t, one-way ANOVA and multivariate linear regression were used for data analysis through SPSS v.21. The significance level was considered as $P < 0.05$.

Results: The mean (SD) of mother-child bonding score was 46.2 ± 8.4 , with achievable scores range from 0 to 125. 85.2% of mothers had a mother-child bonding disorder. The most frequent disorder pertained to the dimension of impaired mother-child bonding and the least frequent disorder was anxiety about child care. Variables of depression, state anxiety and unwanted pregnancy were among the predictors of mother-child bonding.

Conclusion: The study shows that anxiety, depression, and unwanted pregnancy are the determinants affecting mother-child bonding. Thus, the screening of mothers for the early identification and treatment of anxiety and depression, and also the reduction of unwanted pregnancy rate using purposeful family planning counseling can improve the mother-child bonding, resulting in improved children's growth and development.

Key words: anxiety, depression, mother-child bonding, postpartum

Corresponding author:
Mojgan Mirghafourvand
e-mail:
mirghafourvand@tbzmed
.ac.ir

Please cite this article as:

- Galeshi M, Mirghafourvand M, Alizadeh-Sharajabad F, Sanaati F. [Predictors of mother-child bonding]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2016; 22(1): 13-26. (Persian)

* MSc. in Midwifery

** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*** MSc. Student in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran