

Effect of a Maternal Role Training Program on Postpartum Maternal Role Competence in Nulliparous Women with Unplanned Pregnancy

Masoumeh Kordi¹,
Maryam Fasanghari²,
Negar Asgharipour³,
Habibollah Esmaily⁴

¹ Assistant Professor, Department of Midwifery, Evidence Based Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² MSc Student in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioural Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Professor, Department of Biostatistics and Neonatal Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

(Received July 4, 2015 Accepted December 1, 2015)

Abstract

Background and purpose: Nulliparous women with unplanned pregnancy experience high levels of anxiety during pregnancy. Maternal anxiety endangers the mother-infant interaction and maternal role attainment. Current study aimed at determining the effect of a maternal role training program on postpartum maternal role competence in nulliparous women with unplanned pregnancy.

Materials and methods: This clinical trial was conducted in 67 nulliparous women at 33 gestational age attending the Health centers in Mashhad, 2014-2015. They were randomly divided into intervention and control groups. Data was collected using a demographic questionnaire, London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), Edinburgh Postnatal Depression Scale, Parenting Sense of Competence Scale, and General Impressions on Infant Temperament Questionnaire. The intervention group undergone training programs in groups of 4-7 during 4 sessions at gestational weeks 34, 35, and 36 and before discharge, while the control group received usual care. Maternal role competence was evaluated before the intervention and four weeks after delivery.

Results: The mean scores for maternal role competence after the intervention were 39.26 ± 4.598 and 35.91 ± 5.526 in intervention group and control group, respectively, indicating a significant difference between the two groups ($P = 0.009$).

Conclusion: Training the nulliparous women about maternal role during pregnancy and postpartum period could increase the maternal role competence in those with unplanned pregnancy.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2014060117948N1)

Keywords: unplanned, pregnancy, training, maternal behavior, psychological adaptation

تاثیر برنامه آموزش نقش مادری بر شایستگی نقش مادری پس از زایمان در زنان نخست زای با بارداری بدون برنامه

معصومه کردی^۱
مریم فسقوری^۲
نگار اصغری پور^۳
حبيب الله اسماعیلی^۴

چکیده

سابقه و هدف: زنان نخست زای با بارداری بدون برنامه، سطوح بالای اضطراب را طی بارداری تجربه می کنند. اضطراب مادر سبب به خطر افتادن تعامل مثبت مادر-نوزاد و دستیابی به نقش مادری می شود لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش نقش مادری بر شایستگی نقش مادری پس از زایمان در زنان نخست زای با بارداری بدون برنامه انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی روی ۶۷ زن نخست زای با سن حاملگی ۳۳ هفته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه های مشخصات فردی، لوندون (London)، افسردگی، اضطراب، استرس (Dass21)، افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، احساس والدین از شایستگی (PSOC)، پرسش نامه درک کلی مادر از خلق و خوی نوزادان بود. گروه مداخله برنامه آموزشی را به صورت گروه های ۴ تا ۷ نفره طی ۴ جلسه در هفته های ۳۴، ۳۵ و ۳۶ بارداری و آموزش انفرادی را بعد از زایمان و قبل از ترخیص از بیمارستان دریافت کردند و در گروه کنترل مراقبت معمول انجام شد. شایستگی نقش مادری قبل از مداخله و ۴ هفته پس از زایمان در دو گروه سنجیده شد.

یافته ها: میانگین نمره شایستگی نقش مادری پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله $4/598 \pm 39/26$ و در گروه کنترل $5/526 \pm 35/91$ بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/009$).

استنتاج: آموزش نقش مادری به زنان نخست زای با بارداری بدون برنامه در طول بارداری و دوره پس از زایمان منجر به افزایش شایستگی نقش مادری می شود.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT۲۰۱۴۰۶۰۱۱۷۹۴۸۱

واژه های کلیدی: بدون برنامه، بارداری، نقش مادری، آموزش، رفتار مادری، سازگاری روانی

مقدمه

بارداری بدون برنامه (بارداری های ناخواسته و بارداری های نابهنگام)، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی شایع در کشور است (۱). ۸۲ درصد از این بارداری ها در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد (۲).

E-mail: fasangharim911@mums.ac.ir

مؤلف مسئول: مریم فسقوری - مشهد: چهارراه دکتر، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی برشواهد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، گروه آموزشی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استادیار، گروه روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. استاد، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات نوزادان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

✉ تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۴/۱۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۹/۱۰

شیوع بارداری بدون برنامه در مطالعات مختلف در ایران ۳۵ تا ۴۲ درصد گزارش شده است که حدود ۱۹ درصد آن‌ها نابهنگام و ۱۶ درصد ناخواسته بوده‌اند (۳). براساس مطالعه Goto و همکاران در ژاپن، ۵۱/۲ درصد بارداری‌ها، بدون برنامه‌ریزی بودند (۴). در فرانسه و هلند بیش‌تر از یک سوم بارداری‌ها، برنامه‌ریزی نشده است (۵). تقریباً نیمی از بارداری‌ها در هر سال در ایالات متحده، بدون برنامه است (۶). زنان با بارداری بدون برنامه در معرض مشکلاتی از جمله تاخیر در انجام مراقبت‌های دوران بارداری، مشکلات روحی و روانی، اضطراب مادر در طول بارداری و پس‌از تولد و به خطر افتادن تعامل مثبت مادر-نوزاد و دستیابی به نقش مادری قرار دارند (۷). فرآیند مادر شدن از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان است (۸) ولی مادر شدن برای اولین بار می‌تواند استرس‌زا باشد و سطوح اضطراب را در زنان باردار افزایش دهد (۹).

Salmon و همکاران گزارش کردند که زایمان در زنان با بارداری بدون برنامه نسبت به زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده، بیش‌تر استرس‌زا است (۱۰). Cox و همکاران نشان دادند که مادران نخست‌زا با بارداری بدون برنامه، سطوح بالای اضطراب را نسبت به مادران با بارداری برنامه‌ریزی شده، تجربه می‌کنند (۱۱).

برخی محققان معتقدند اضطراب شدید در دوران بارداری بر ارتباط مادر و نوزاد صدمه وارد کرده و توانایی مادر را در ایفای نقش مادری کاهش می‌دهد (۱۲). بارداری بدون برنامه ممکن است رسیدن به نقش مادری را تا اواخر بارداری یا تا زمان زایمان به تاخیر بیندازد (۱۳).

Mercer و همکاران بیان کردند که اجزای اصلی نقش مادری شامل دلبستگی به نوزاد از طریق شناسایی نقش، تعامل با نوزاد، به دست آوردن شایستگی در رفتارهای مادری، بیان احساس لذت در تعاملات مادر-نوزاد است (۱۴). احساس شایستگی در نقش مادری بر کیفیت مراقبت از نوزاد و تعامل مادری و نوزادی اثر دارد (۱۵). Mercer و همکاران در مطالعه خود شایستگی

نقش مادری را انعکاسی از باور مادر در توانایی انجام موثر نقش مادری بیان کرده‌اند (۱۶). شایستگی نقش مادری زمانی توسعه پیدا می‌کند که مادران دانش و مهارت مراقبت از نوزاد را که برای نقش مادری لازم است، دارا باشند و زنانی که شایستگی در نقش مادری دارند با وظایف مراقبتی نوزاد و تفسیر رفتارهای نوزادانشان احساس راحتی می‌کنند که این مساله دستیابی به هویت مادری را تسهیل می‌کند (۱۷).

Deutsch و همکاران گزارش کردند زنانی که در بارداری خود را مادری توانا مجسم می‌کردند در دوره پس از زایمان با نقش مادری تطابق بهتر و شایستگی بیش‌تری در نقش مادری داشتند. هم‌چنین زنانی که اطلاعات بیش‌تری قبل از مادر شدن داشتند احتمالاً نقش مادری بهتری خواهند داشت (۱۸).

عواملی چون سن، اعتماد به نفس مادر، سطح تحصیلات، افسردگی، تعداد حاملگی، حمایت اجتماعی درک شده، اضطراب، وضعیت تاهل، ویژگی‌های شخصیتی مادر، تجربه زایمان، وضعیت سلامت و خلق و خوی نوزاد و حمایت اجتماعی از طرف همسر و اعضای خانواده و کارکنان بهداشتی بر شایستگی نقش مادری تأثیر دارند (۱۵) و فقدان شناخت و آمادگی لازم برای پذیرش نقش مادری مهم‌ترین علت برای عدم پذیرش نقش مادری در بارداری، ذکر شده است (۱۹). مطالعات نشان داده است که آموزش مادران نخست‌زا و دادن اطلاعات به آن‌ها در زمینه رفتارهای نوزادان می‌تواند اعتماد به نفس آن‌ها را افزایش دهد و به آن‌ها در نقش مادری کمک کند (۲۰). تعدادی از مطالعات نشان داده است که آموزش در دوران بارداری برای ایفای نقش مادری ناکافی است و بر مهارت‌های والدی تأثیری ندارد (۲۱-۲۳). Nichols نشان داد که حضور در کلاس‌های آموزشی در دوران بارداری تأثیری بر شایستگی نقش مادری و گذر به نقش مادری ندارد اما بر حمایت همسر تأثیر به‌سزایی دارد (۲۴). بر اساس مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، آماده

کردن زن باردار جهت پذیرش نقش مادری یکی از مسئولیت‌های مهم ماما است اما در کشور ایران اهم اقدامات دوران بارداری به مراقبت‌های جسمانی مادر محدود شده و کم‌تر به نیازهای روان‌شناختی وی توجه شده است (۲۵). با توجه به مطالعات محدود در زمینه شایستگی نقش مادری و عدم گزارش چنین مطالعه‌ای در ایران، هدف از مطالعه حاضر تعیین اثر برنامه آموزش نقش مادری بر شایستگی نقش مادری پس از زایمان در زنان نخست‌زا با بارداری بدون برنامه در مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی دو گروهه با آزمون قبل و بعد، از مردادماه ۱۳۹۳ تا فروردین ماه ۱۳۹۴ روی ۶۷ زن نخست‌زا با بارداری بدون برنامه با سن حاملگی ۳۳ هفته مراجعه کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی با ضریب اطمینان ۹۹ درصد و توان ۹۰ با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها ۳۲ نفر در هر گروه محاسبه گردید که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش نمونه، ۳۵ نفر در هر گروه تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از نخست‌زا بودن، کسب نمره ۰ تا ۳ از پرسش‌نامه لوندون، بارداری تک‌قلو، سن حاملگی ۳۳ هفته، زندگی با همسر و معیارهای خروج شامل زایمان پره‌ترم، نوزاد بیمار و ناهنجار، بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه به هر دلیل، مشکلات مامایی در حین بارداری و پس از زایمان، وزن نوزاد کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم، سابقه نازایی، تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی و روان‌شناسی، ابتلا به بیماری‌های طبی، عدم شرکت در جلسات آموزشی بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات فردی و زایمان-نوزاد، پرسش‌نامه لوندون (London) برای اندازه‌گیری بارداری بدون برنامه، افسردگی، اضطراب و استرس (21 dass)، پرسش‌نامه احساس والدین از شایستگی

پرسش‌نامه لوندون (London) دارای ۶ سوال است که استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، زمان بارداری، قصد و خواستن بارداری، ارتباط با شریک جنسی، آمادگی برای بارداری از زنان پرسیده می‌شود. هر سوال از صفر تا دو نمره بندی می‌شود. جمع نمرات بین صفر تا ۱۲ است. نمره ۰ تا ۳، به عنوان بارداری بدون برنامه محسوب می‌شود (۵).

پرسش‌نامه احساس والدین از شایستگی گیبود-والستون، مقیاسی با ۱۷ آیتم است که ۲ زیرمقیاس احساس رضایت (PSOC-S) و شایستگی در نقش والدینی (PSOC-E) را می‌سنجد. ۸ آیتم شایستگی نقش و ۹ آیتم رضایت از نقش والدینی مادر را ارزیابی می‌کند. هر آیتم توسط مقیاس ۶ نقطه‌ای لیکرت رتبه‌بندی می‌شود. محدوده نمره کل مقیاس ۱۷ تا ۱۰۲ است. محدوده نمرات زیرمقیاس شایستگی نقش ۸ تا ۴۸ است و نمره بیش‌تر نشان‌دهنده شایستگی بیش‌تر در نقش مادری است (۱۷).

پرسش‌نامه درک کلی از خلق و خوی نوزاد که نسخه کوتاه شده پرسش‌نامه خلق و خوی اولیه نوزاد (Early Infant Temperament Questionnaire (EITQ)) است. EITQ ۹ ویژگی خلق و خوی نوزاد (فعالیت، نظم عملکرد بدن، واکنش، سازش، شدت، خلق و خو، پافشاری، قابلیت گمراه شدن، آستانه تحریکات) را بررسی می‌کند و ویژگی‌های رفتار نوزادان بین ۱ تا ۴ ماهگی را ارزیابی می‌کند. نسخه کوتاه شده EITQ شامل ۱۰ سوال است. هر سوال نمره عددی بین ۱ تا ۶ را شامل می‌شود. محدوده نمرات بین ۱۰ تا ۶۰ است. نمره بالا نشان دهنده خلق و خوی سخت‌تر و نمره پایین‌تر نشان دهنده خلق و خوی آسان‌تر نوزاد است (۲۶).

روایی پرسش‌نامه لوندون، احساس والدین از شایستگی و درک کلی از خلق و خوی نوزاد به روش روایی محتوی تعیین شد بدین صورت که این پرسش‌نامه‌ها

پس از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار داده شد و بعد از بررسی و لحاظ نمودن اصلاحات لازم، ابزارهای نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

پایایی پرسش‌نامه‌های لوندون، احساس والدین از شایستگی و درک کلی از خلق و خوی نوزاد با استفاده از روش آلفا کرونباخ به ترتیب با $\alpha = 0/71$ ، $\alpha = 0/75$ ، $\alpha = 0/72$ تایید شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (Dass 21)، در غالب ۲۱ سوال می‌باشد که افسردگی، اضطراب و استرس هر یک با ۷ سوال مورد بررسی و سنجش قرار می‌گیرد. امتیازات برای هر عبارت با مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت از اصلاً تا خیلی زیاد (۰ تا نمره ۳) نمره گذاری شده است. نمره ۶ تا ۸ تا ۴ تا ۵، ۵ تا ۶ به ترتیب افسردگی، اضطراب و استرس خفیف و نمره بیش‌تر از ۱۰، ۱۴، ۱۷ به ترتیب افسردگی، اضطراب و استرس بسیار شدید است. روایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط ملاحادی (۱۳۸۹) و محمودی (۱۳۸۹) تایید شده و پایایی آن به روش آلفا کرونباخ $\alpha = 0/90$ تایید شد (۲۸، ۲۷).

مقیاس افسردگی ادینبورگ شامل ۱۰ سوال ۴ گزینه‌ای است که سوالات ۱، ۲، ۴، نمره ۰ تا ۳ و سوالات دیگر نمرات ۳ تا صفر را به خود اختصاص می‌دهند. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده در این مقیاس به ترتیب ۰ تا ۳۰ می‌باشد. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه منتظری و همکاران (۱۳۸۵) مورد تایید قرار گرفته است. در این مطالعه پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفا کرونباخ $\alpha = 0/91$ به تایید رسید (۲۹).

نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای، خوشه‌ای و در دسترس انجام شد. مراکز بهداشتی ۵ گانه شهر مشهد (مراکز بهداشت ۱، ۳، ۲، ۴، ۵) هر کدام به عنوان یک طبقه (در مجموع ۵ طبقه) در نظر گرفته شد و سپس مراکز بهداشتی - درمانی شهری تحت پوشش آن‌ها لیست شد. هر طبقه مجدداً براساس مناطق با بافت اجتماعی - اقتصادی مشابه، به طبقاتی تقسیم شده و با

استفاده از قرعه‌کشی، یک منطقه در هر طبقه به تصادف انتخاب شد و از لیست مراکز موجود در آن منطقه، به‌طور تصادفی ۲ مرکز بهداشتی به عنوان خوشه انتخاب شدند. روش تخصیص تصادفی بدین صورت بود که نام هر دو مرکز بهداشت بر روی دو برگه جداگانه نوشته شد و درون کیسه قرعه‌کشی قرار گرفت. سپس اولین برگه انتخاب شده به گروه مداخله و دومین برگه به گروه کنترل اختصاص یافت. با توجه به تعداد طبقات در مجموع ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی انتخاب شد. به زنان نخست‌زا با سن حاملگی ۳۳ هفته که بارداریشان را بدون برنامه اعلام می‌کردند، پرسش‌نامه لوندون داده شد و در صورت کسب نمره ۰ تا ۳، سایر شرایط ورود به مطالعه بررسی و در صورت دارا بودن تمام شرایط، اهداف پژوهش برای آنان توضیح و فرم رضایت آگاهانه توسط آن‌ها تکمیل شد. ابتدا شرکت‌کنندگان دو گروه پرسش‌نامه مشخصات فردی، پرسش‌نامه احساس والدین از شایستگی، پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب، استرس را تکمیل می‌کردند. برای گروه مداخله برنامه آموزشی طی سه جلسه در هفته‌های ۳۴، ۳۵ و ۳۶ بارداری در گروه‌های ۴ تا ۷ نفره و یک جلسه قبل از ترخیص از بیمارستان به صورت انفرادی برگزار شد. محتوای آموزشی جلسه اول (تجسم نقش مادری از طریق سی‌دی و آموزش رفتارهای دلبستگی به جنین)، جلسه دوم (آموزش رفتارهای دلبستگی به نوزاد و مراقبت‌های عمومی نوزاد)، جلسه سوم (شیردهی) و جلسه قبل از ترخیص از بیمارستان (آموزش مهارت‌های تعامل با نوزاد، مراقبت از نوزاد و شیردهی) بود. در پایان جلسه اول، بسته آموزشی (شامل کتابچه آموزشی مربوط به دلبستگی به جنین و نوزاد، مراقبت از نوزاد، شیردهی و سی‌دی آموزشی با محتوای تجسم نقش مادری) که توسط پژوهش‌گر تهیه شده بود، جهت استفاده در منزل به آن‌ها داده شد. محتوای آموزشی در هر سه جلسه در دوران بارداری به روش نمایش و با استفاده از ماکت ارائه شد. آموزش توسط پژوهشگر

درصد (۲۲ نفر) نوزاد دختر و ۸/۶ درصد (۳ نفر) و ۱۲/۵ درصد (۴ نفر) سابقه سقط داشتند. دو گروه از نظر تحصیلات، طبقه اجتماعی و اقتصادی، نوع زایمان، تجربه مراقبت از نوزاد دیگر قبل از زایمان، رتبه تولد، خلق و خوی نوزاد، حمایت همسر و سایر افراد، نمره افسردگی، اضطراب و استرس و اعتماد به نفس، تعداد روزهای کمک دیگران در مراقبت از نوزاد، و زمان اولین شیردهی به نوزاد همگن بودند (جدول شماره ۱). براساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمره شایستگی نقش مادری قبل از آموزش در دو گروه یکسان بود ($p=0/743$). نتایج همین آزمون ۴ هفته پس از زایمان نشان داد که میانگین نمرات شایستگی نقش مادری گروه مداخله به طور معنی داری بیش تر از گروه کنترل جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک، مامایی و روانی-اجتماعی مادران در دو گروه آموزش نقش مادری و کنترل

منبع	گروه		منبع
	کنترل (N=۳۳)	مداخله (N=۳۵)	
سطح معنی داری	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
			تحصیلات مادر
	۸(۲۵)	۴(۱۱/۴)	راهنمای و کم تر
***, ۰/۳۳۳	۱۴(۴۳/۸)	۱۹(۵۴/۳)	دیپستان و دیپلم
	۱۰(۳۱/۳)	۱۲(۳۴/۳)	دانشگاهی و بالاتر
			طبقه اجتماعی و اقتصادی
	۲۲(۶۸/۸)	۲۲(۶۲/۹)	۲
***, ۰/۷۱۰	۴(۱۲/۵)	۷(۲۰)	۳
	۶(۱۸/۸)	۶(۱۷/۱)	۴
			نوع زایمان
	۱۹(۵۹/۴)	۲۲(۶۲/۹)	طبیعی
***, ۰/۱۷۰	۱۳(۴۰/۶)	۱۳(۳۷/۱)	سزارین
			تجربه مراقبت از نوزاد دیگر قبل از زایمان
	۲۲(۶۸/۸)	۲۶(۷۴/۳)	بدون تجربه
***, ۰/۶۱۲	۶(۱۸/۸)	۶(۱۷/۱)	۱ بار تجربه
	۳(۹/۴)	۱(۲/۹)	۲ بار تجربه
	۱(۳/۱)	۲(۵/۷)	۳ بار تجربه و بیش تر
			رتبه تولد
	۱۳(۴۰/۶)	۱۳(۳۷/۱)	۱
***, ۰/۵۸۸	۷(۲۱/۹)	۵(۱۴/۳)	۲
	۱۲(۳۷/۵)	۱۷(۴۸/۶)	۳ و بالاتر
			انحراف معیار± میانگین
***, ۰/۸۰۴	۳۲/۴۷ ± ۴/۹۹۷	۳۲/۲۰ ± ۳/۷۹۵	خلق و خوی نوزاد
** , ۰/۴۶۵	۸/۰۶ ± ۲/۶۶۹	۸/۳۳ ± ۱/۶۶۶	حمایت همسر
** , ۰/۹۳۲	۸/۰۹ ± ۲/۴۸۰	۸/۲۶ ± ۲/۲۲۷	حمایت سایر افراد
** , ۰/۲۷۵	۱۶/۰۹ ± ۹/۷۱۰	۱۸/۶۳ ± ۹/۱۳۶	نمره افسردگی، اضطراب، استرس
* , ۰/۴۳۶	۶۵/۵۶ ± ۱۰/۷۰۱	۶۳/۶۹ ± ۸/۸۸۱	نمره اعتماد به نفس
** , ۰/۳۲۹	۱۴/۴۴ ± ۸/۱۷۵	۱۲/۲۹ ± ۵/۶۴۴	تعداد روزهای کمک دیگران در مراقبت از نوزاد
** , ۰/۸۵۹	۲/۰۶ ± ۰/۹۸۲	۲/۰۳ ± ۰/۹۹۱	زمان اولین شیردهی به نوزاد

* تی مستقل ** من ویتنی *** کای دو

داده می شد و طول مدت آموزش در هر جلسه در بارداری ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و قبل از ترخیص ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. بعد از آن پژوهش گر، هر هفته به مدت ۴ هفته با مادران گروه مداخله تماس تلفنی داشت و به سوالات آن ها در زمینه آموزش های داده شده و مشکلاتی که برای خود یا نوزادانشان به وجود آمده، پاسخگو بود. در گروه کنترل در هفته ۳۴، ۳۵ و ۳۶ حاملگی، مراقبت معمول انجام می شد و قبل از ترخیص از بیمارستان، پژوهش گر حضور می یافت و اطلاعات مربوط به زایمان را تکمیل می کرد. هر هفته به مدت ۴ هفته با آن ها تماس تلفنی داشته و پاسخگوی سوالات آنان بود. به گروه کنترل پس از پایان مطالعه، کتابچه آموزشی داده شد. در هفته چهارم پس از زایمان، مادران هر دو گروه، پرسش نامه احساس والدین از شایستگی، پرسش نامه افسردگی ادینبورگ، پرسش نامه درک کلی از خلق و خوی نوزادان را تکمیل نمودند. نتایج پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه مقایسه شد. با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی آزمون شد. تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، میانه، دامنه میان چارکی، توزیع فراوانی) و آزمون های تی مستقل، تی زوجی، کای، تست دقیق فیشرو من ویتنی انجام شد. سطح معنی داری در این مطالعه $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن مادران در گروه مداخله $24/03 \pm 4/6$ سال و در گروه کنترل $24/19 \pm 4$ سال بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/882$). براساس آزمون دقیق فیشر دو گروه از نظر شغل ($p=0/378$)، جنس نوزاد ($p=0/149$)، سابقه سقط ($p=0/701$) همگن بودند به طوری که در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $31/4$ درصد (۱۱ نفر) و $21/9$ درصد (۷ نفر) شاغل بودند و $51/4$ درصد (۱۸ نفر) و $68/8$

است ($p=0/009$). بررسی تغییرات میانگین نمرات شایستگی نقش مادری در طول مطالعه (قبل از آموزش و ۴ هفته پس از زایمان) توسط آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که میانگین تغییر نمرات شایستگی نقش مادری در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل بوده است ($p=0/008$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره شایستگی نقش مادری زنان نخست‌زا با بارداری بدون برنامه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه		نتیجه آزمون تی مستقل
	مداخله	کنترل	
	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	
قبل از آموزش	۳۳/۹۴ ± ۵/۳	۳۴/۴۷ ± ۷/۶	$t=-0/329$ $df=65$ $p=0/74$
۴ هفته پس از زایمان	۳۹/۲۶ ± ۴/۵	۳۵/۹۱ ± ۵/۵	$t=-2/70$ $df=65$ $p=0/009$
تغییرات میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش	۵/۳۱ ± ۵/۲	۱/۴۴ ± ۶/۳	$t=2$ $df=65$ $p=0/008$
نتیجه آزمون تی زوجی	$t=-6/02$ $df=34$ $p<0/001$	$t=-1/28$ $df=31$ $p=0/208$	

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که برنامه آموزش نقش مادری مبتنی بر تئوری Mercer، شایستگی نقش مادری در زنان نخست‌زا با بارداری بدون برنامه را افزایش داد. مطالعه آزموده و همکاران در مشهد نشان داد که دو جلسه آموزشی و یک مشاوره تلفنی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی بندورا منجر به افزایش معنی‌دار شایستگی مادری ۸ هفته پس از مداخله در زنان نخست‌زا می‌شود (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه آزموده و همکاران (۱۵) اکثریت جامعه مورد پژوهش (۷۲/۱ درصد) بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند و تمام جلسات آموزشی، پس از زایمان و بر مبنای تئوری خودکارآمدی بندورا ارائه شد. تئوری شناختی-اجتماعی

بندورا بر اعتماد به نفس افراد نسبت به توانایشان در انجام رفتاری که از آن‌ها خواسته می‌شود، اشاره دارد (۳۰) و Mercer هم اعتماد به نفس را جزء عاطفی نقش مادری بیان کرده است و معتقد است دستیابی به نقش مادری یک فرآیند شناختی-اجتماعی و قابل یادگیری است که از دوران بارداری شروع شده و تا ۴ ماه پس از زایمان ادامه می‌یابد (۳۱). جلسات آموزشی مطالعه حاضر چهار جلسه بود که سه جلسه آن در دوران بارداری و یک جلسه بعد از زایمان بود و شایستگی مادری ۴ هفته پس از زایمان سنجیده شد. مطالعه Ngai و همکاران در هنگ‌کنگ نشان داد، سه جلسه آموزش در بارداری بر اساس تئوری چاره‌جویی آموخته شده Rosenbaum (با تمرکز بر بازسازی شناختی، حل مساله و تقویت خودکارآمدی) بر شایستگی نقش مادری بلافاصله و ۶ هفته پس از زایمان تأثیری نداشت (۳۲). عدم هم‌خوانی با نتایج مطالعه حاضر ممکن است به دلیل تفاوت محتوا، زمان و شیوه آموزش باشد. در مطالعه آن‌ها آموزش با محتوای مهارت‌های مقابله با استرس و مشکلات والدینی، تکنیک‌های اصلاح افکار غیرمنطقی درباره نقش مادری و مراقبت از نوزاد، آموزش راه‌بردهای حل مساله و مهارت‌های تصمیم‌گیری در مشکلات مراقبتی نوزاد به شیوه سخنرانی و بحث در سه ماه دوم ارائه شد در حالی که در مطالعه حاضر مراقبت‌های عمومی نوزاد و دلبستگی به جنین و نوزاد به شیوه نمایش با ماکت آموزش داده شد. طبق اظهارات نویسندگان مقاله مذکور، یکی از علل عدم اثربخشی مداخله، بالاتر بودن میانگین نمره شایستگی نقش مادری زنان قبل از مداخله نسبت به مطالعات قبلی بود (۳۲).

Chislett و همکاران در مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر یادگیری تجربی در کانادا پرداختند، متوجه شدند ۶ تا ۸ جلسه آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری به پدران و مادران، سبب افزایش معنی‌دار شایستگی والدینی بلافاصله و دو ماه پس از مداخله نسبت به قبل از آن شد که با نتایج مطالعه حاضر

دیدگاه Mercer حمایت می‌کنند که هم گذشت زمان و هم به دست آوردن تجربه در افزایش شایستگی نقش مادری موثر است. عدم هم‌خوانی با نتایج مطالعه حاضر ممکن است به دلیل تفاوت در محتوای آموزش باشد. در مطالعه آن‌ها محتوای آموزش موانع و مهارت‌های ارتباطی، توسعه حمایت‌های اجتماعی، اطلاعاتی در مورد افسردگی و درگیری‌های بین فردی در دوره پس از زایمان بود که با تکنیک‌های طوفان فکری و ایفای نقش ارائه شد اما در مطالعه حاضر، رفتارهای دلبستگی و مراقبت‌های عمومی نوزاد به شیوه نمایش ارائه شد. یکی از شباهت‌های مطالعه Gao و همکاران (۳۵) با مطالعه حاضر، ابزار سنجش شایستگی نقش مادری بود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه که کنترل آن از عهده پژوهش‌گر خارج بود، بررسی ویژگی‌های شخصیتی مادر بود و این که شایستگی نقش مادری فقط ۴ هفته پس از زایمان انجام شد که می‌تواند در زمان‌های طولانی‌تری هم انجام شود.

از نقاط قوت این مطالعه این مساله بود که نمونه‌گیری از مراکز بهداشتی پنج‌گانه مشهد با طبقه اجتماعی-اقتصادی متنوع، مقایسه ۲ گروه کنترل و مداخله با بافت اجتماعی-اقتصادی مشابه انجام شد و در نتیجه می‌توان به قابلیت تعمیم بالا و حمایت مداوم پژوهش‌گر از جامعه مورد پژوهش اشاره کرد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش نقش مادری و حمایت مادران نخست‌زا با بارداری بدون برنامه در طول بارداری و دوره پس از زایمان منجر به افزایش شایستگی نقش مادری می‌شود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۳۰۶۳ و کد ثبت کارآزمایی بالینی IRCT2014060117948N1 می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. بدین وسیله از حمایت‌های معاونت

هم‌خوانی داشت (۳۳). از تفاوت‌های مطالعه Chislett و همکاران (۳۳) با مطالعه حاضر، جامعه و طرح پژوهش و ابزار سنجش شایستگی می‌باشد. مطالعه Chislett و همکاران (۳۳) یک گروه و بدون گروه کنترل بود و جامعه پژوهشی آنان، پدران و مادران با فرزندان بیش‌تر و کم‌تر از یک سال بود و ابزار سنجش شایستگی نقش، پرسش‌نامه احساس شایستگی والدینی اوهان-جانسون بود در حالی که مطالعه حاضر، دو گروه بود و در آن از پرسش‌نامه احساس شایستگی والدینی گیورد-والستون استفاده گردید. مطالعه خاکبازان و همکاران در تهران نشان داد، سه جلسه آموزش مراقبت از نوزاد (دو جلسه در بارداری و یک جلسه پس از زایمان) سبب افزایش شایستگی مادری ۶ و ۱۲ هفته پس از زایمان می‌شود که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۳۴). تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر، شیوه و محتوای آموزشی بود. محتوای مطالعه خاکبازان و همکاران (۳۴) مراقبت از خود و نوزاد و شیوه آموزش نمایش اسلاید، فیلم و سخنرانی بود در حالی که محتوای مطالعه حاضر، علاوه بر آموزش مراقبت از خود و نوزاد شامل تجسم نقش مادری، دلبستگی مادربه‌جنین و نوزاد به شیوه نمایش عملی نیز بود. در مطالعه خاکبازان و همکاران (۳۴) اکثریت جامعه پژوهش (۹۴ درصد در گروه مداخله و ۹۰ درصد در گروه کنترل) بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند و گروه کنترل هیچ مراقبت یا حمایتی از پژوهش‌گر دریافت نمی‌کردند اما در مطالعه حاضر، گروه کنترل ۳ مراقبت در بارداری و حمایت پژوهش‌گر را در روز زایمان و پس از آن دریافت کردند.

Gao و همکاران پس از انجام دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه روان‌درمانی بین فردی و یک جلسه مشاوره تلفنی در هفته دوم پس از زایمان در زنان نخست‌زای چینی متوجه شدند این مداخله تأثیری بر شایستگی نقش مادری ۶ هفته پس از زایمان نداشت اما اختلاف معناداری در نمره شایستگی نقش مادری ۳ ماه پس از زایمان در دو گروه ایجاد کرد (۳۵) که این یافته‌ها از

بهداشتی - درمانی شهر مشهد، تشکر و قدردانی می‌شود.

محترم پژوهشی و همکاری صمیمانه کارکنان مراکز

References

1. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. experience unplanned pregnancy in women health center in mashhad: Phenomenological study. The Iranian Journal of obstetrics, Gynecology and Infertility Mashhad University of Medical Sciences 2014; 16(87): 15-23 (Persian).
2. Promoting women's right to safe, legal abortion. For women, by women. Based in Queensland, Australia. 17 Sep 2013.
3. Hosseini M, Ghavami B, Salimzadeh H, Eftekhari Ardebili H. Low birth weight and Its association with unwanted pregnancies; A cohort study. Journal of Public Health and Institute of Health Research 2013; 7(1): 11-18 (Persian).
4. Goto A, Yasumura S, Rich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. Social Science and Medicine 2002; 54: 1065-1079.
5. Dreesen S, Matthijs K. An unexpected bun in the oven? An exploratory research on unplanned pregnancies. Annual Meeting of the Population Association of America. 15-17 April, 2010; USA. Session 69 Methodological and substantive issues in studies of unwanted fertility.
6. Meiksin R, Chang JC, Bhargava T, Arnold R, Dado D, Frankel R, et al. Now is the chance: patient-provider communication about unplanned pregnancy during the first prenatal visit. Patien Educ Couns 2010; 81(3): 462-467.
7. Wilkerson ML. Maternal Role Attainment among first-time mothers of full term infants and premature infants as a function of planned vs. unplanned pregnancy. PhD Thesis. USA, Texas University of Houston, Psychology School; 1996.
8. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of Learning attachment behaviors on anxiety and maternal fetal attachment in First Pregnant women. Journal of Care Based on Evidences of Nursing and Midwifery Mashhad university 2011; 1(1): 21-34 (Persian).
9. Phahuwatanakom W. The Relationships Between Social support, Maternal Employment, Postpartum Anxiety, and Maternal Role Competencies in Thai Primiparous Mothers. [PhD Thesis]. Washington, Washington University; 2003.
10. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. J Psychosom Res 1992; 36(4): 317-327.
11. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 1993; 163, 27-31.
12. Bazrafshan MR, Ghorbani Z. The Effect of Slow Stroke Back Massages on Anxiety among Primigravid Women. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences 2010; 16(1): 34-40 (Persian).
13. Attril B. The Assumption Of The Maternal Role: a Developmental process. Aust Midwifery 2002; 15(1): 21-25.
14. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. Nurs Reas 1985; 34(40): 198-204.

15. Azmoud Jerdovi E, Jaafarnejad F, Mazlom SR. Effect of self-efficacy-based training on maternal sense of competency of primiparous women in the infants care. *Journal of care based on evidences of Nursing and Midwifery Mashhad University* 2014; 4(12): 7-14
16. Mercer RT. The relationship of age and other variables to gratification in othering. *Health Care for Women International* 1985; 6: 295-307.
17. Ngai F, Chan SW. Stress, Maternal Role Competence, and Satisfaction Among Chinese Women in the Perinatal Period. *Res Nurs Health* 2012; 35(1): 30-39.
18. Deutsch FM, Ruble DN, Fleming A, Brooks-Gunn J, Stangor C, Brooks-Gunn J, Stangor, C. Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *J Pers Soc Psychol* 1988; 55(3): 420-431.
19. Shahvari Z, Gharacheh M, Gharae L, Zaree E. *Nursing and health of mother and infant*. Tehran: Boshra; 2008. (Persian).
20. Ellen FB. The effect of infant behavior education on maternal role attainment. [MS Thesis]. USA. New Hawen university; 1988.
21. Fabian HM, Rade IJ, Waldestrom U. Children and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(5): 436-443.
22. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the need of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8: 30.
23. Sercekus P, Mete S. Effect of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs* 2010; 66(5): 999-1010.
24. Nichols MR. Adjustment to New Parenthood: Attenders versus Nonattenders at Prenatal Education Classes. *Birth* 1995; 22(1): 21-26.
25. Jamshidimanesh M, Asteraki L, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-fetal attachment and its associated factors. *Hayat* 2012; 18(5): 33-45 (Persian).
26. Kaley FM. Investigating factors affecting infant cry and sleep routines from birth to twelve months. Degree of doctor of philosophy. Durham univ; 2013.
27. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison Between Anxiety, Depression And Stress In Hemodialysis And Kidney Transplantation Patients. *Iranian Journal Of Critical Care Nursing* 2010; 2(4): 6-153 (Persian).
28. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Noori J, Shokrollahi F. Effect Of Nurse Communication With Patients On Anxiety, Depression And Stress Level Of Emergency Ward Patients. *Iranian Journal Of Critical Care Nursing* 2010; 3(1): 7-12 (Persian).
29. Montazeri A, Torkan B, Omidvar S. The Edinburgh postnatal depression scale(EDPS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 11: 293-297.
30. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
31. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36: 226-232.
32. Ngai FW, Chan SW, Ip WY. The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(10): 1298-1306.
33. Chislett G, Kennett DJ. The Effects of the Nobody's perfect program on parenting pesourcefulness and competency. *J Child Fam Stud* 2007; 16(4): 473-482.

34. Jamshidbiki S. The effect of education on maternal role attainment and stress in the postpartum period among primiparous women. [MS Thesis]. Iran. Nursing and Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences; 2014. (Persian)
35. Gao LL, Chan SW, Sun K. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(3): 274-281.