

The Effect of Maternal-Fetal Attachment Training on the Distress Tolerance and Rumination in First Pregnant Mothers

Shahidi L¹, Amiri Sh^{*2}, Ghamarani A³, Manshaei Gh⁴, Kashanizadeh N⁵

1. PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

5. Director of the Women's Department of Baqiyatallah Al-Azam University of Tehran, Tehran, Iran.

* *Corresponding author.* Tel/Fax: +983117932556, E-mail: S.amiri@edu.ui.ac.ir

Received: Apr 6, 2019 Accepted: Apr 21, 2020

ABSTRACT

Background and objectives: First pregnancy, due to unknown pregnancy experiences, can cause psychological and emotional distress for mothers. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effect of maternal-fetal attachment training to tolerate distress and rumination of first pregnant mothers.

Methods: The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, control group, and forty-five-day follow-up period design. The statistical population consisted of all the first pregnant mothers in Tehran in 2016. The study sample consisted of 30 first pregnant mothers with an age range between 25 and 35 years. Participants were selected through a non-random sampling method and they were randomly assigned into intervention and control groups. The intervention group received nine sessions of ninety-minute comprehensive training of maternal-fetal attachment during one month while the control group did not receive such intervention during the study process. The questionnaires used in this study included Distress Tolerance Questionnaire (Simmons and Gaher, 2005) and Ruminant Questionnaire (Nolenhoxma and Murrow, 1991). The data were analyzed by repeated measurement ANOVA.

Results: The results of data analysis showed that training maternal-fetal attachment has significantly influenced distress tolerance ($f=153.08$, $p<0.001$) and rumination ($f=256.11$, $p<0.001$) in the first pregnant mothers.

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be concluded that training maternal-fetal attachment by using relaxation and breathing techniques to reduce anxiety and mental imaging training can increase distress tolerance and reduce rumination of first pregnant mothers. Accordingly, training maternal-fetal attachment can be applied as an effective treatment to reduce the distress tolerance and rumination of first pregnant mothers.

Keywords: Fetal Attachment; Distress Tolerance; Rumination; First Pregnant Mothers

تأثیر آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار

لاله شهیدی^۱، شعله امیری^{۲*}، امیر قمرانی^۳، غلامرضا منشئی^۴، نفیسه کاشانی زاده^۵

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. استاد گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استادیار گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۵. مدیر گروه زنان دانشگاه بقیه الله الاعظم تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفکس: ۰۳۱۱۷۹۳۲۵۵۶ ایمیل: S.amiri@edu.ui.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بارداری نخست، به دلیل ناشناخته بودن تجارب بارداری، می تواند برای مادران آسیب و پریشانی روان شناختی و هیجانی داشته باشد، بنابراین هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۸۵ روزه بود. در این پژوهش جامعه آماری را کلیه مادران نخست باردار شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل می دادند. نمونه مورد مطالعه ۳۰ مادر نخست باردار دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بودند که به شیوه نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. پس از انتخاب حجم نمونه و گمارش آنها در گروه های آزمایش و گواه، گروه آزمایش مداخله جامع دلبستگی مادر به جنین را طی یک ماه در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکرد. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) بود. داده های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی ($p < .001$)، نشخوار فکری ($f = 153/08$) و نشخوار فکری ($f = 256/11$)، $p < .001$) مادران نخست باردار تأثیر داشته است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که آموزش دلبستگی مادر به جنین با بهره گیری از تکنیک آرمیدگی و تنفس برای کاهش اضطراب و آموزش تصویرسازی ذهنی می تواند تحمل پریشانی را افزایش و نشخوار فکری مادران نخست باردار را کاهش دهد. بر این اساس آموزش دلبستگی مادر به جنین می تواند به عنوان درمانی کار آبرای کاهش تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: دلبستگی به جنین، تحمل پریشانی، نشخوار فکری، مادران نخست باردار

دریافت: ۹۸/۱/۱۷ پذیرش: ۹۹/۲/۲

مقدمه

با وجود پیشرفت های علمی سالیان اخیر در زمینه مشکلات جسمی دوران بارداری، مشکلات روان شناختی

مادران همچنان به عنوان موضوعی مهم در بهداشت زنان قلمداد می شود. چنانکه بعضی پژوهشگران بر این عقیده اند که تجربه بارداری که اغلب سبب شادکامی

(۱۱)، اختلال افسردگی اساسی (۱۲) ارتباط نزدیک و تنگاتنگی دارد.

بیابی^۵ و همکاران (۱۳) اضافه می‌کنند که برخی از فاکتورهای شخصیتی خطر تجربه مشکلات روان‌شناختی در دوران قبل از زایمان مانند سبک‌های شناختی منفی مانند بدبینی، تمایل به عصبی‌بودن، نگرانی^۶ یا مراقب بودن افراطی، اعتماد به نفس پایین و عدم احساس خودبسنده‌گی، خشم و سطوح بالای روان رنجوری یا روان‌پریشی افزایش می‌یابد که این فرایند معمولاً با نشخوار فکری^۷ همراه است. نشخوار فکری کلید بعد شناختی افسردگی است و به صورت حالتی از پاسخ به پریشانی بوده و شامل تمرکز مکرر و منفعلانه به علائم پریشانی و علل احتمالی و عواقب ناشی از این علائم می‌باشد (۱۴). هسته نشخوار ذهنی، توسط پردازش مداوم و تکراری مواد هیجانی منفی به وجود می‌آید. افرادی که اغلب به هنگام اضطراب، نشخوار فکری دارند به احتمال بیشتری به افسردگی مبتلا شده و به احتمال زیاد، افسردگی آنها به مدت طولانی باقی می‌ماند. نشخوار فکری شکلی از اشتغال ذهنی است که بر توجه مادران به نشانه‌های روند رشد نوزاد تأثیر می‌گذارد و در نتیجه سبب کاهش احتمالی حساسیت مؤثر رفتار فرزندپروری می‌گردد (۱۵). یکی از مداخلاتی که به مادر کمک می‌کند تا با استرس و اضطراب و سایر حالت‌های روان‌شناختی حادث در دوران بارداری مقابله کند، پرداختن به رفتارهای دلبستگی است (۱۶) که کارآیی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است. مطالعه طولی آل‌هوسن^۸ و همکاران (۱۷) نشان داده که دلبستگی مادر- جنین منجر به بهبود رفتارهای بهداشتی مادران و وزن‌گیری مناسب نوزاد می‌شود. همچنین در پژوهش مداحی و همکاران (۱۸) نیز گزارش کرده‌اند که دلبستگی مادر- جنین با بهبود

والدین می‌شود، می‌تواند برای بعضی از مادران باعث پدیدآیی آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی شود (۱). بارداری (به خصوص بارداری نخست)، علیرغم ایجاد احساس خوشایند، اغلب یک دوره تنیدگی‌زای جسمی، روان‌شناختی و هیجانی به شمار می‌رود که امکان بروز حالت‌های روان رنجوری همچون افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس به وجود آمده و بر همین اساس سلامت روان، کیفیت زندگی و کیفیت رابطه زناشویی مادران را به خطر می‌اندازد (۲،۳). برخی محققان نشان داده‌اند که عدم توجه کافی به فرایندهای روان‌شناختی و هیجانی مادران باردار و عدم حمایت کافی از سوی اعضای خانواده باعث تشدید این علائم و تبدیل آن به اضطراب دوران بارداری و یا افسردگی پس از زایمان می‌شود (۴،۵).

نتایج پژوهش لیو^۱ و همکاران (۶) و دینگا^۲ و همکاران (۷) بیانگر آن است که مادران در دوران بارداری پریشانی‌های روان‌شناختی^۳ مختلفی را تجربه می‌کنند که این فرایند سبب می‌شود تا تحمل پریشانی^۴ آنها نیز کاهش یابد. تحمل پریشانی ماهیتی چند بُعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود (۸). از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین‌تر با آسیب‌شناسی روان‌شناختی بالاتر اضطراب و خلق پایین در ارتباط است (۹). یادآوری می‌شود تحمل پریشانی به ظرفیت فرد برای مقابله با حالات درونی نامطلوب (نظیر حالات جسمانی، شناختی و عاطفی) اشاره دارد (۱۰). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده‌ای از اختلالات از جمله رفتارهای خودآسیب‌زننده و رفتارهای تکانشی شدید

⁵ Biabgi

⁶ Shy

⁷ Rumination

⁸ Alhusen

¹ Liou

² Dinga

³ Psychological Distress

⁴ Distress Tolerance

راستای بررسی تاثیر آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار تاثیر دارد؟

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. متغیر مستقل آموزش دلبستگی مادر به جنین و متغیرهای وابسته تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی زنان باردار ۲۰ الی ۳۵ ساله که اولین دوره حاملگی را می گذراندند و در سه ماهه سوم به سر می برند، تشکیل می دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به درمانگاه زنان بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)، زنان نخست باردار مورد شناسایی قرار گرفته و فرم های شرکت داوطلبانه در پژوهش در بین آنها توزیع شد. سپس با جمع آوری فرم های شرکت داوطلبانه، زنان نخست بارداری که تمایل به حضور در پژوهش بودند، مورد شناسایی قرار گرفته و بر اساس همسان سازی ملاک هایی نظیر داشتن محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، بارداری نخست، و شرایط اقتصادی مشابه، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی (با استفاده از قرعه کشی) در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). بر این اساس ملاک های ورود به پژوهش شامل: باردار بودن، بارداری نخست، محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، قرار گرفتن در محدوده ۲۸ الی ۳۲ هفتگی دوران بارداری؛ حداقل سواد دیپلم و عدم ابتلا به بیماری های جسمی و روان شناختی مزمین بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری،

سلامت روان شناختی مادران و وزن نوزادان و با کاهش اضطراب و استرس رابطه معنا دار دارد. علاوه بر این عباسی، تفضلی، اسماعیلی و حسن آبادی (۱۹) نشان دادند که آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین منجر بهبود سلامت روان مادران نخست باردار در سه ماهه سوم بارداری می شود. رفتار دلبستگی دلالت به آغاز تعامل مادر و کودک و دستیابی به نقش مادرانه دارد. همچنین گزارش گردیده که دلبستگی مادر- جنین^۱ در رشد مغز جنین، رشد دستگاه عصبی خودمختار و توانایی انطباق با دلبستگی مادر- نوزاد پس از زایمان مؤثر می باشد (۲۱، ۲۰). ارتباط مادر و کودک متولد نشده تحت عنوان دلبستگی مادر- جنین توسط محققین زیادی توصیف شده است (۲۳، ۲۲). شواهد مبنی بر آن است که ظهور دلبستگی مادر به جنین، عامل پیش بینی کننده چگونگی نگرش و عملکرد مادری پس از زایمان، تعامل مادر با شیرخوار و الگوهای دلبستگی بعد از تولد کودک است. همچنین مادرانی که با جنین خود دلبستگی بالاتری دارند، با شیرخوار نیز تعامل بیشتری خواهند داشت که این امر به نوبه خود می تواند تأثیر زیادی در رشد شناختی، تعامل هیجانی و اجتماعی کودک داشته باشد (۲۶-۲۴).

با توجه به تاکید بر نیازهای آموزشی دوران بارداری جهت ایجاد آمادگی برای تقبل نقش والدینی و تأکید بر کاهش اضطراب و افسردگی قبل و بعد از زایمان در کشورهای توسعه یافته، برنامه مداخله دلبستگی به مادران باردار جهت تأثیر گذاری بر نشخوار فکری که پیش بینی کننده افسردگی بوده و همچنین تحمل پریشانی که مؤید زمینه های اضطرابی می باشند، می تواند مفید باشد. حال با توجه به آسیب های روان شناختی و هیجانی مادران نخست باردار همچون داشتن نشخوار فکری و پریشانی روان شناختی و اهمیت بهره گیری از روش های درمانی و مداخله ای مناسب، و از سوی دیگر عدم انجام پژوهشی در

^۱ Maternal-Fetal Attachment

انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

در پژوهش حاضر از ابزارهای پژوهشی زیر استفاده شد:

مقیاس تحمل پریشانی هیجانی: مقیاس تحمل پریشانی هیجانی^۱ یک پرسشنامه خودسنجی است که به وسیله سیمونز و گاهر^۲ در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را براساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این پرسشنامه به صورت فردی پاسخ داده می‌شود. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق: نمره یک تا کاملاً مخالف: نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۵ تا ۷۵ است. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است. عزیزی، میرزایی و شمس (۲۷) نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در این پژوهش ضرایب آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه نشخوار فکری: نولن‌هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی

را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک پاسخ^۳ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۴ و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس^۵ تشکیل شده است. این پرسشنامه به صورت فردی پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه از ۲۲ عبارت تشکیل شده که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (۲۸). حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۲ و حداکثر نمره ۸۸ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده نشخوار فکری بالاتر است. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد همبستگی بازآزمایی برای پرسشنامه نشخوار فکری ۶۷ درصد است (۲۹). این پرسشنامه برای اولین بار توسط یوسفی (به نقل از ۳۰) به فارسی ترجمه و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفته است. همچنین در پژوهش آقاپوسفی و همکاران نشان داده شد که ضریب پایایی این پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است (۳۰). همچنین بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. باقری نژاد و همکاران بیان نموده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار گرفته است (۳۱). پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۹ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولین درمانگاه زنان بیمارستان بقیه الله الاعظم انجام و سپس با مراجعه به این درمانگاه و با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، ۳۰ زن نخست‌باردار بر اساس همسان‌سازی ملاک‌هایی نظیر داشتن محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، بارداری نخست، و شرایط اقتصادی مشابه انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شوند (هر گروه ۱۵ زن نخست‌باردار). در گام بعد پرسشنامه‌های پژوهش

³ Response Styles Questionnaire (RSQ)

⁴ Ruminative Responses Scale (RRS)

⁵ Distracting Responses Scale (DRS)

¹ Distress Tolerance Scale

² Simons & Gaher

به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند. در نهایت، بر روی گروه های آزمایش مداخله آموزش دل بستگی به جنین را در ۹ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای، هفته ای دو جلسه در طی یک ماه مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه گواه این مداخله را دریافت نکرد. جهت تدوین مداخله آموزشی ابتدا متون حوزه دل بستگی و دل بستگی روان شناختی و هیجانی مادران به جنین اعم از مقالات و کتب و استخراج مفاهیم و مضامین مطرح در آن مورد مطالعه قرار گرفت. در گام بعد مطالب جمع آوری شده، دسته بندی (کدبندی) شده و زیر گروه های مفهومی- محتوایی معطوف به آموزش دل بستگی به جنین تشکیل شد. سپس زیر گروه های مفهومی- محتوایی تشکیل شده به ۱۰ تا ۱۲ حوزه مهارتی معطوف به آموزش آموزش دل بستگی به جنین تبدیل گردید. پس از آن مداخله آموزشی تدوین شده به پنج متخصص حوزه

آموزش دل بستگی ارائه و از آنان درخواست گردید که بسته را مطالعه و راجع به ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظر سنجی که همراه بسته آموزش دل بستگی به جنین در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفته بود، اظهار نظر نمایند. علاوه بر این در این مرحله یک فرم اظهار نظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند مداخله آموزش دل بستگی به جنین ارائه گردید. در گام بعد نظرات تخصصی متخصصین جمع آوری و نظرات اصلاحی آنها در باره مداخله آموزش دل بستگی به جنین اعمال گردید. پس از این فرایند، بسته آموزشی به همراه فرم نظر سنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرایند، ساختار و محتوای بسته آموزش دل بستگی به جنین مجدداً به متخصصین تحویل و پس از انجام اصلاحات نهایی، بسته آموزشی دل بستگی به جنین تدوین گردید. ضریب توافق کاپا بین متخصصان ۰/۸۲ به دست آمد. این مداخله در ۹ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای، هفته ای دو جلسه و در طی یک ماه به شکل گروه های ۵ نفره توسط نویسنده اول پژوهش به شرح زیر اجرا گردید (جدول ۱).

جدول ۱. بسته آموزشی جامع دل بستگی مادر به جنین (محقق ساخته)

| جلسه | هدف | شرح جلسه |
|-------|--|---|
| اول | معارفه و آشنایی با طرح، ایجاد حساسیت نسبت به موضوع دل بستگی | معارفه و آشنایی با مادران باردار، شرح قوانین حضور در جلسات، توضیح در مورد طرح دل بستگی، حساس سازی نسبت به آن و ایجاد انگیزه برای شرکت در جلسات و انجام تکلیف. |
| دوم | آشنایی مادران با مفهوم دل بستگی مادر به جنین | توضیح در مورد دل بستگی مادر به جنین / فواید دل بستگی مادر به جنین، تکلیف: نوشتن خاطرات در رابطه با بارداری |
| سوم | آمادگی برای والدگری (ویژه پدران) | آموزش هایی در جهت آشنایی با تغییرات روانی مادران برای حمایت و همدلی بیشتر با زنان باردار؛ آشنایی با تغییرات روانی زنان در سه ماهه سوم و آمادگی جهت پذیرش نقش پدری و حمایت از مادر باردار در طول بارداری و پس از زایمان، پذیرش نوزاد، تکلیف: تعامل با جنین |
| چهارم | سیری در دنیای جنین: بررسی مراحل شکل گیری آن جهت ایجاد دل بستگی در مادر | بررسی مراحل شکل گیری و آگاهی از توانایی های مختلف جنین در هر هفته / ماه جهت تعامل با وی؛ آموزش نحوه شمارش حرکات جنین و توجه به آن، تکلیف دل بستگی: شمارش حرکات جنین. |

| | | |
|------|--|---|
| پنجم | ادامه سیری در دنیای جنین جهت ایجاد علاقه و دلبستگی در مادر (حس بینایی و شنوایی) | آشنایی با تغییرات جسمی جنین در هفته‌های مختلف، توضیح در مورد حس بینایی و حس شنوایی، تعامل با جنین از طریق حس شنوایی، تکلیف دلبستگی: حرف زدن با جنین، او را با نام خاصی صدا زدن، اظهار محبت به جنین. |
| ششم | ادامه سیری در دنیای جنین جهت ایجاد علاقه و دلبستگی در مادر (حس چشایی، بویایی و لامسه)، توضیح در مورد هورمون اکسی توسین | توضیحاتی پیرامون حس بویایی، چشایی و لامسه در جنین، اهمیت حس بویایی در دلبستگی مادر به نوزاد پس از زایمان، تحریک حس چشایی جهت ایجاد حرکت در جنین، تحریک حس لامسه مادر و انتقال آن به جنین از طریق ترشح هورمون اکسی توسین، اهمیت هورمون اکسی توسین در به وجود آمدن دلبستگی؛ تکلیف دلبستگی: نوازش جنین از روی شکم، تحریک حس بویایی و چشایی جنین. |
| هفتم | آشنایی با تغییرات روانی و خلقی در طول بارداری و تأثیر آن بر دلبستگی | توضیح در مورد تغییرات روانی در دوران بارداری، بررسی تأثیر حالات خلقی بر جنین (از جمله افسردگی) و چگونگی برخورد با آن، تکلیف: انجام فعالیت‌های خوشایند مانند آشنیان سازی برای نوزاد. |
| هشتم | آشنایی با اضطراب و علائم آن، تأثیر اضطراب بر دلبستگی و جنین، آموزش تن آرامی، تصویرسازی ذهنی، فواید خواندن لالایی برای ایجاد آرامش | توضیحاتی در مورد علائم اضطراب و تأثیر آن بر دلبستگی و جنین، آموزش تکنیک آرمیدگی و تنفس برای کاهش اضطراب، آموزش تصویرسازی ذهنی، فواید خواندن لالایی برای جنین/ نوزاد/ مادر؛ تکلیف: تصور در آغوش گرفتن جنین و شیر دادن به او، خواندن لالایی برای جنین |
| نهم | آشنایی با پیامدهای دلبستگی (دلبستگی پس از زایمان)، انواع دلبستگی و عوامل تأثیر گذار بر آن، انجام فعالیت‌های خلاقانه در رابطه با جنین | توضیحاتی در مورد پیامدهای دلبستگی (دلبستگی پس از زایمان)، مراحل ایجاد دلبستگی و انواع آن، عوامل ایجاد کننده دلبستگی، تکلیف: انجام فعالیت‌های هنری خلاقانه برای جنین، مثل سرودن شعر، داستان‌نویسی، پروژه خلاقانه برای جنین؛ جمع بندی جلسات قبلی؛ اختتام جلسات. |

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت استفاده شد. در نهایت جهت تأثیر آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۲ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۲۹٪). از طرفی این افراد دارای

سطح تحصیلات دیپلم تا کارشناسی ارشد بودند که بیشترین تعداد فراوانی مربوط به دوره تحصیلی لیسانس بود (۴۳٪). همچنین بیشتر این زنان خانه‌دار بودند (۶۱٪).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای تحمل پریشانی و نشخوار فکری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$ ، $f = 0/93$ ، $0/64$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$ ، $f = 0/69$ ، $1/02$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته

نخست باردار از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

(تحمل پریشانی و نشخوار فکری) معنادار نبوده است ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای تحمل پریشانی و نشخوار فکری رعایت شده است ($p > 0.05$). برای بررسی تاثیر آموزش دلبستگی به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران

جدول ۲. میانگین گروه آزمایش و گواه در متغیرهای تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار

| متغیرها | مرحله | گروه آزمایش | | گروه گواه | |
|--------------|-----------|-------------|------------------|-----------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| تحمل پریشانی | پیش آزمون | ۳۹/۹۳ | ۴/۵۲ | ۳۹/۰۶ | ۴/۵۵ |
| | پس آزمون | ۳۴/۷۳ | ۴/۹۷ | ۳۹/۵۳ | ۵/۰۵ |
| | پیگیری | ۳۲/۴۰ | ۵/۰۴ | ۳۹/۸۰ | ۵/۵۲ |
| نشخوار فکری | پیش آزمون | ۴۴/۴۶ | ۴/۷۶ | ۴۵/۴۶ | ۵/۱۲ |
| | پس آزمون | ۳۸/۸۰ | ۵/۵۳ | ۴۶/۱۶ | ۴/۹۸ |
| | پیگیری | ۳۶/۵۳ | ۵/۵۳ | ۴۶/۴۶ | ۵/۱۹ |

جدول ۳. تحلیل واریانس با واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

| توان آزمون | اندازه اثر | مقدار p | مقدار f | میانگین مجزورات | درجه آزادی | مجموع مجزورات | متغیرها | |
|------------|------------|---------|---------|-----------------|------------|---------------|-------------------------|-----------|
| | | | | | | | مراحل | گروه‌بندی |
| ۱ | ۰/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۰۴/۱۱ | ۹۱/۱۴ | ۲ | ۱۸۲/۲۹ | مراحل | تحمل |
| ۰/۷۴ | ۰/۲۰ | ۰/۰۲ | ۶/۵۳ | ۳۲۱/۱۱ | ۱ | ۳۲۱/۱۱ | گروه‌بندی | تحمل |
| ۱ | ۰/۸۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۵۳/۰۸ | ۱۳۴/۰۱ | ۲ | ۲۶۸/۰۲ | تعامل مراحل و گروه‌بندی | پریشانی |
| | | | | ۰/۸۷ | ۵۶ | ۴۹/۰۲ | خطا | |
| ۱ | ۰/۸۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۵۵/۲۹ | ۹۶/۰۱ | ۲ | ۱۹۲/۰۲ | مراحل | نشخوار |
| ۰/۹۷ | ۰/۳۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۶/۱۵ | ۱۴۵۶/۰۴ | ۱ | ۱۴۵۶/۰۴ | گروه‌بندی | نشخوار |
| ۱ | ۰/۸۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۵۶/۱۱ | ۱۵۸/۳۴ | ۲ | ۳۱۶/۶۹ | تعامل مراحل و گروه‌بندی | فکری |
| | | | | ۰/۶۲ | ۵۶ | ۳۴/۶۲ | خطا | |

در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت گروه آزمایش با گروه گواه در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میزات F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای تحمل پریشانی (۱۵۳/۰۸) و نشخوار فکری (۲۵۶/۱۱) است که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (تحمل پریشانی و نشخوار فکری)

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر پژوهش

| مولفه | مرحله | مقدار <i>t</i> | درجه آزادی | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد برآورد | سطح معناداری |
|--------------|-----------|----------------|------------|------------------|-----------------------|--------------|
| | پیش آزمون | ۰/۵۲ | ۲۸ | ۰/۸۶ | ۱/۶۵ | ۰/۶۰ |
| تحمل پریشانی | پس آزمون | -۲/۸۹ | ۲۸ | -۴/۸۰ | ۱/۶۵ | ۰/۰۰۷ |
| | پیگیری | -۴/۷۲ | ۲۸ | -۷/۴۰ | ۱/۵۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیش آزمون | -۰/۵۵ | ۲۸ | -۱ | ۱/۸۰ | ۰/۵۸ |
| نشخوار فکری | پس آزمون | -۴/۲۱ | ۲۸ | -۷/۳۳ | ۱/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیگیری | -۵/۵۸ | ۲۸ | -۹/۹۳ | ۱/۷۸ | ۰/۰۰۰۱ |

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای تحمل پریشانی و نشخوار فکری تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۰/۶۰) و (۰/۵۸) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون (۰/۰۰۷ و ۰/۰۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای تحمل پریشانی و نشخوار فکری معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که آموزش دلبستگی به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار در مراحل پس آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست باردار تأثیر داشته است. بدین صورت که این روش توانسته منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش نشخوار فکری مادران نخست باردار به شکلی معنادار شود.

یافته اول پژوهش بیانگر آن بود که آموزش دلبستگی مادر به جنین می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی مادران نخست باردار شود. این یافته با نتایج پژوهش

راچل و همکاران (۱۶) و ال‌هوسن و همکاران (۱۷) همسو بود. چنانکه این پژوهش گران نشان داده‌اند که دلبستگی مادر- جنین منجر به بهبود رفتارهای بهداشتی مادران می‌شود. بهبود رفتارهای بهداشتی نیز می‌تواند منجر به بهبود کیفیت رفتارهای مراقبتی و سلامت روان‌شناختی مادران باردار شود. همچنین در پژوهشی دیگر مداحی و همکاران (۱۸) نشان داده‌اند که دلبستگی مادر- جنین می‌تواند به بهبود سلامت روان‌شناختی مادران منجر شود. همچنین نتایج این پژوهشگران بیان کرده‌اند که دلبستگی مادر- جنین می‌تواند با بهبود تحمل روان‌شناختی زنان، اضطراب و استرس آنها را کاهش دهد. در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که افزایش دلبستگی مادر به جنین و تأثیر آن در بهبود روان مادر، باعث ایجاد تمایل و انگیزه بیشتر به انجام رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند ترک سیگار و الکل، تغذیه نامناسب، ورزش و ادامه مراقبت‌های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر شده که کلیه این رفتارها منجر به پیامد رضایت‌بخش بارداری و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد می‌گردد (۲۵). بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت و مراقبتی، بهبود در مولفه‌های روان‌شناختی را در پی دارد. چرا که سلامت جسمانی و رفتارهای خودمراقبتی، همواره بهبود در مولفه‌های سلامت روان‌شناختی را در پی دارد. از طرفی برخورداری از سلامت روان‌شناختی، می‌تواند قدرت مقابله‌ای و همچنین توان حل مساله افراد در مواجهه با چالش‌های زندگی را در پی داشته باشد. بر

جنین می‌شود. همچنین انجام مداخله مبتنی بر دلبستگی با هدف افزایش حساسیت مادران نسبت به فعالیت‌های جنین می‌تواند موجب ارتقای کیفیت ارتباط مادر- جنین شود (۲۶). افزون بر آن، دلبستگی مادر به جنین نه تنها می‌تواند ارتباط اولیه مادر و شیرخوار را پیش‌بینی کند، بلکه افزایش دلبستگی در دوران بارداری می‌تواند با افزایش اعتماد به خویشتن در ایفای نقش مادری، سازش یافتگی مادر با شرایط بعد از زایمان و پاسخ مثبت وی را به رفتارهای شیرخوار خود افزایش دهد. این ابعاد دقیقاً متمرکز بر بافت‌های ذهنی بروز نشخوار فکری در مادران است. بر همین اساس آموزش دلبستگی مادر- جنین می‌تواند منجر به کاهش نشخوار فکری و ذهنی مادران بارداری شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به مادران نخست‌باردار مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم شهر تهران و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی مادران حاضر در پژوهش، وضعیت فرهنگی خانواده‌ها و موقعیت اجتماعی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود که نیاز است تعمیم یافته‌ها با احتیاط انجام شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، زنان با بارداری دوم و سوم، کنترل عوامل ذکر شده و با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های دیگر کارآیی آموزش دلبستگی مادر به جنین در مادران دارای بارداری دوم و سوم و به خصوص بارداری ناخواسته نیز صورت پذیرد. با توجه به تاثیر آموزش دلبستگی مادر به جنین بر تحمل پریشانی و نشخوار فکری مادران نخست‌باردار، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود آموزش دلبستگی مادر به جنین طی کارگاهی

همین اساس آموزش دلبستگی مادر- جنین با بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت، تحمل روان‌شناختی و پریشانی زنان باردار را افزایش دهد.

یافته دوم پژوهش بیانگر آن بود که آموزش دلبستگی مادر به جنین می‌تواند منجر به کاهش نشخوار فکری مادران نخست‌باردار شود. این یافته با نتایج پژوهش عباسی و همکاران (۱۹) همسو است. چنانکه این پژوهشگران نشان دادند که آموزش رفتارهای دلبستگی مادر- جنین منجر به بهبود سلامت روان مادران نخست‌باردار می‌شود. به علاوه آموزش دلبستگی مادر- جنین منجر به توانایی انطباق مادر با دلبستگی نوزاد شده و از این طریق پردازش‌های شناختی آسیب‌زای مادران را در رابطه با نگرانی با کودک کاهش می‌دهد. افزون بر آن، لیندگرن^۱ (۲۱) دریافت دلبستگی مادرانه با خودمراقبتی‌های دوران بارداری، همبستگی مثبت معنادار دارد. همچنین این پژوهشگر نشان داده است که به کارگیری تکنیک‌های دلبستگی می‌تواند افزایش دلبستگی مادر و سلامت روانی مادر را در پی داشته باشد.

در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که یکی از عمده مشکلات مادران باردار، نشخوار فکری و ذهنی آنها است (۱۴). چنانکه بیاگی و همکاران (۱۳) بیان می‌کنند که تجربه مشکلات روان‌شناختی در دوران قبل از زایمان مانند سبک‌های شناختی منفی مانند بدبینی، تمایل به عصبی بودن، نگرانی یا مراقب بودن افراطی، اعتماد به نفس پایین و عدم احساس خودبستگی، خشم و سطوح بالای روان‌رنجوری منجر به بروز نشخوار فکری در مادران باردار می‌شود. این فرایند باعث می‌شود که مادران باردار با احساس پردازش‌های شناختی همچون سلامت جنین، توانمندی مادری و زایمان ایمن دست به‌گریبان باشند. بر این اساس آموزش دلبستگی به دلیل انجام رفتارهایی مانند تصور مثبت از جنین، مادر را درگیر اعمالی می‌کند که موجب تحریک احساسات مادر و تعامل با

¹ Lindgren

باردار شرکت کننده در پژوهش حاضر قدردانی نموده و بابت همکاری، راهنمایی و مشاوره‌های «واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله عج»، کمال تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تخصصی به مشاوران و روان‌شناسان مراکز درمانی و بیمارستانی آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این آموزش برای مادران نخست باردار در مراکز درمانی و بیمارستانی، جهت بهبود تحمل پریشانی و کاهش نشخوار فکری مادران نخست باردار قدمی جدی برداشته باشند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۲۲ بود. بدین وسیله از کلیه زنان

References

- 1- Lee AM, Lam SK, Sze Mun, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Gynecol*, 2007; 110(5): 1102-12.
- 2- Kristensen IH, Simonsen M, Trillingsgaard T, Pontoppidan M, Kronborg H. First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2018; 17: 43-49.
- 3- Backstrom C, Kareholt I, Thorstensson S, Golsater M, Martensson LB. Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2018; 17: 56-64.
- 4- Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *The British Journal of Psychiatry*, 1996; 168(6): 739-44.
- 5- Law KH, Jackson B, Guelfi K, Nguyen T, Dimmock JA. Understanding and alleviating maternal postpartum distress: Perspectives from first-time mothers in Australia. *Social Science & Medicine*, 2018; 204, 59-66.
- 6- Liou SR, Wang P, Cheng CY. Effects of prenatal maternal mental distress on birth outcomes. *Women Birth*, 2016; 29(4): 376-380.
- 7- Dinga XX, Wuc YL, Xua SJ, Zhua RP, Jiaa XM, Zhangd SF, Huang K, Zhua P, Haoa JH, Taoa FB. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 2014; 159: 103-110.
- 8- Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 2010; 136(4): 576.
- 9- Elhai JD, Levine JC, O'Brien KD, Armour C. Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*. 2018; 84: 477-484.
- 10-Glassman LH, Martin LM, Bradley LE, Ibrahim A, Goldstein SP, Forman EM, Herbert JD. A Brief Report on the Assessment of Distress Tolerance: Are We Measuring the Same Construct? *J. of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2016; 34(2): 87-99.
- 11-Anestis MD, Pennings SM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive psychiatry*, 2013; 54(7): 996-1002.
- 12-Ellis AJ, Vanderlind WM, Beevers CG. Enhanced anger reactivity and reduced distress tolerance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 2013; 37(3): 498-509.
- 13-Biabgi A, Conroy S, Pawlby S, Parinate C. Identifying the woman at risk of antenatal anxiety and depression *Journal of Affect disorder*, 2016;191: 62-77.

- 14-Mohammadpour S, Tajikzadeh F, Mohammadi N. The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Depression, rumination and Ineffective Attitudes of Pregnant Women with Depression, *Two Phrases of Clinical Psychology and Personality*, 2018; 16 (1): 187-198.
- 15-Dejong H, Fox E, Stein A. Rumination and postnatal depression: A systematic review and a cognitive model *Behavior Research and Therapy*, 2016; 82: 38-49.
- 16-Ruschel P, Zielinsky P, Grings C, Pimentel J, Azevedo L, Paniagua R, Nicoloso LH. Maternal-fetal attachment and prenatal diagnosis of heart disease. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2014; 174: 70-75.
- 17-Alhusen JL, Hayat MJ, Gross G. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Womens Ment Health*, 2013; 16(6):1-16.
- 18-Maddahi M, Dolatian M, Khoram Abadi M, Talebi A. Correlation of maternal- fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electronic physician*, 2016; 8(7): 2639-2644.
- 19-Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. Comparison of Attachment and Relaxation Training Effects on Anxiety in Third Trimester and Postpartum Depression among Primipara Women. *Hayat*. 2013; 19 (1): 76-88.
- 20-Jang SH, Kim, IJ, Lee SH. Relationship between Social Support and Maternal Fetal Attachment among Unmarried Pregnant Women in Korea: The Mediating Effects of Self-esteem. *Advanced Science and Technology Letters (Healthcare and Nursing)*, 2015; 104: 24-28.
- 21-Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 2001; 24: 203-217.
- 22-Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Manzoni P, Stronati M. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Hum Dev*, 2014; 90(2): 45-46.
- 23-Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 2010; 26(2): 1-9.
- 24-Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud*, 2009; 46(5): 708-715.
- 25-Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004; 33(6): 765-773.
- 26-Kim JS, Cho KJ. The effect of mother-fetus interaction promotion program of talking and tactile stimulation on maternal-fetal attachment. *Korean Journal Child Health Nursing*, 2004; 10(2): 153-164.
- 27-Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. *Hakim Health Sys Res*, 2010; 13 (1):11-18.
- 28-Nolen-Hoeksema, S. Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 2003; 100(4): 569-582.
- 29-Nolen-Hoeksema S, Wisco EB, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *J Perspectives on Psychological Science*, 2008; 3(5): 400-424.
- 30-Agha Yousefi E, Kharbo A, Hatami H. the role of rumination on psychological well-being and anxiety the spouses' cancer patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2016; 4(14): 79-97.
- 31- Bagherinejad M, Salehi Fardadi G, Tabatabaei M. Relationship between mental rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational studies and psychology*, 2011; 11 (1): 38-21.