

The Relationship Between Maternal-Fetal Attachment and Quality of Marital Life and Rumination in Pregnant Women With Nonclinical Depression

Bagheri S¹, *Koochakentezar R², Niromanesh Sh³, Hassani F²

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Professor, Surgeon and Obstetrician-Perinatology Fellowship, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author's email: royakentezar@yahoo.com

Received: 2021 January 20; Accepted: 2021 March 16

Abstract

Background & Objectives: Depression during pregnancy may lead to reduced self-care ability, inadequate nutrition, postpartum depression, and irregular pregnancy examinations. Depression during pregnancy has numerous adverse psychological consequences, including rumination for the mother; thus, it is necessary to identify its related factors. Rumination means repetitive and passive mental engagement with a subject that increases the odds of psychopathology symptoms and causes or increases the mood disorders, such as anxiety and depression. Maternal-Fetal attachment and the quality of married life may be associated with rumination in pregnant women with nonclinical depression. Maternal-Fetal attachment gives meaning to the emotional and intimate bond of the pregnant woman with her fetus. Additionally, the quality of marital life plays a critical role in the quality of life, stability in marriage and couples health, and wellbeing. Thus, we aimed to investigate the relationship between maternal-fetal attachment and quality of marital life, and rumination in pregnant women with nonclinical depression.

Methods: The study population of this correlational research was depressed pregnant women referred to Yas Hospital affiliated with Tehran University of Medical Sciences in 2019. Considering the study's inclusion criteria, 150 women were selected by the purposive sampling method. The inclusion criteria included presenting non-clinical depression defined by a score of 11–30 based on the Depression Questionnaire (Beck & Clark, 1988), minimum 9 years of education, the age of 26–35 years, being in the third trimester of pregnancy, no substance dependence, not being under neuroleptic medications, like antidepressants and not being under psychological treatment. Participants who refused/failed to complete the questionnaires were excluded from the study. The research tools were the Maternal Attachment During Pregnancy Scale (Cranley, 1981), Marital Quality Scale (Zhang et al., 2013), Rumination Questionnaire (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), and Depression Questionnaire (Beck & Clark, 1988). The obtained data were analyzed by descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) and inferential statistics, such as Pearson correlation and multiple regression analysis in SPSS at the significance level of 5%.

Results: Maternal-fetal attachment ($r=-0.59$, $p<0.01$) and the quality of marital life ($r=-0.36$, $p<0.01$) presented a negative and significant relationship with rumination in pregnant women with nonclinical depression. Furthermore, maternal-fetal attachment and quality of marital life significantly could predict 54% of the variance of rumination in the study subjects; in this prediction, the share of maternal-fetal attachment ($p<0.001$, Beta=0.25) was higher than the quality of marital life ($p<0.001$, Beta=0.12).

Conclusion: Due to the effective role of maternal-fetal attachment and the quality of marital life in predicting rumination, therapists and health professionals can increase maternal-fetal attachment and the quality of marital life throughout the pregnancy by training to reduce rumination.

Keywords: Maternal-Fetal attachment, Quality of marital life, Rumination, Pregnant women, Nonclinical depression.

بررسی رابطه دلبستگی مادر- جنینی و کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی

سارا باقری^۱، * رویا کوچک انتظار^۲، شیرین نیرومنش^۳، فریبا حسنی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استاد، جراح و متخصص زنان و زایمان-فلوشیپ پریناتالوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: royakentzar@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی در دوران بارداری شیوع زیادی دارد و دارای پیامدهای روان‌شناختی منفی زیادی از جمله نشخوار فکری برای مادر است؛ بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با آن ضروری است. هدف این پژوهش، بررسی رابطه دلبستگی مادر- جنینی و کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی بود. **روش بررسی:** طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی مراجعه‌کننده به بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر بود که پس از بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با مقیاس دلبستگی مادری دوران بارداری (کرانلی، ۱۹۸۱)، مقیاس کیفیت زناشویی (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۳)، پرسش‌نامه نشخوار فکری (نولن- هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و پرسش‌نامه افسردگی (بک و کلازک، ۱۹۸۸) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل هم‌زمان به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، دلبستگی مادر- جنینی ($r = -0.59, p < 0.01$) و کیفیت زندگی زناشویی ($r = -0.36, p < 0.01$) با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی، رابطه منفی و معنادار داشت. همچنین متغیرهای دلبستگی مادر- جنینی و کیفیت زندگی زناشویی به‌طور معناداری توانستند ۵۴ درصد از واریانس نشخوار فکری را در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی پیش‌بینی کنند که در این پیش‌بینی سهم دلبستگی مادر- جنینی ($\beta = -0.25, p < 0.01$) بیشتر از کیفیت زندگی زناشویی ($\beta = -0.12, p < 0.01$) بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نقش مؤثر دلبستگی مادر- جنینی و کیفیت زندگی زناشویی در پیش‌بینی نشخوار فکری، درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند برای کاهش نشخوار فکری زنان باردار، میزان دلبستگی مادر- جنینی و کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها را از طریق آموزش‌های دوران بارداری افزایش دهند. **کلیدواژه‌ها:** دلبستگی مادر- جنینی، کیفیت زندگی زناشویی، نشخوار فکری، زنان باردار، افسردگی غیربالینی.

بارداری^۱، دوره‌ای استرس‌زا همراه با تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیاد در زندگی زنان به‌شمار می‌رود و افسردگی^۲ در این دوران شایع است (۱). افسردگی دوران بارداری باعث کاهش توانایی خودمراقبتی مادر، مشکلاتی در تغذیه ناکافی، فراهم کردن شرایط برای افسردگی پس از زایمان و حضور نامنظم برای معاینه بارداری می‌شود و شیوع آن (۲۰ درصد) تقریباً دوبرابر افسردگی پس از زایمان (۱۱ درصد) است (۲). افسردگی دوران بارداری پیامدهای روان‌شناختی منفی زیادی بر مادر و نوزاد دارد که شامل کاهش مراقبت مادر از خود، تغذیه نامناسب، مراقبت ناکافی، سوء مصرف مواد و دارو، بستری بیشتر در بیمارستان، سقط خودبه‌خودی، استفاده از مواد مضر برای خود و جنین و زودرسی و نارسایی جنین می‌شود (۳). زنان باردار افسرده معمولاً دچار نشخوار فکری^۳ هستند که به معنای اشتغال ذهنی مکرر و منفعلانه به یک موضوع است و باعث می‌شود فرد دائماً توجه خود را بر احساس‌ها و ویژگی‌های منفی خود و دلایل و پیامدهای آن معطوف کند (۴). نشخوار فکری، فرایندی شناختی است که احتمال شروع علائم آسیب‌شناسی روانی را افزایش می‌دهد و سبب ایجاد اختلال‌های خلقی از جمله اضطراب و افسردگی یا افزایش آن‌ها می‌شود (۵).

یکی از عوامل مرتبط با نشخوار فکری، دلبستگی مادر-جنینی^۴ است (۶). دلبستگی، پیوند عاطفی، صمیمانه و پویا بین مادر و کودک به‌شمار می‌رود؛ به‌طوری‌که برای هر دو رضایت‌بخش و لذت‌بخش است (۷). دلبستگی مادر-جنین، تصور انتزاعی مادر از جنین و به معنای پیوند هیجانی و صمیمانه زن باردار با جنین خود است. این پیوند اساس رابطه مادر با کودک پس از زایمان است (۸) و می‌تواند باعث ایجاد رابطه مطلوب بین مادر و نوزاد شیرخوار و افزایش رشد شناختی، اجتماعی و هیجانی شیرخوار شود (۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی بین دلبستگی مادر-جنینی با افسردگی دوران بارداری است (۹، ۶)؛ برای مثال نتایج پژوهش اشمیت و همکاران نشان داد که دلبستگی مادر-جنینی با نشخوار فکری رابطه معنادار منفی دارد (۶). سلجوقی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نشخوار فکری دارای نقش معناداری در پیش‌بینی دلبستگی مادر-جنینی است (۹).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با نشخوار فکری، کیفیت زندگی زناشویی^۵ است (۱۰) که جنبه‌ای مهم از زندگی خانوادگی به‌شمار می‌رود و نقش مهمی در کیفیت زندگی، ثبات در ازدواج، سلامتی و بهزیستی زوجین دارد (۱۱). کیفیت زندگی زناشویی، مفهومی پویا و چندبعدی و شامل ابعاد سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد در زندگی زوجین است و نقش مهمی در رضایت از زندگی زناشویی و موفقیت یا شکست در ازدواج دارد (۱۲). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی بین کیفیت زندگی زناشویی با افسردگی دوران بارداری است (۱۳، ۱۰)؛ برای مثال

نتایج پژوهش پالیری و همکاران نشان داد، کیفیت زناشویی و نشخوار فکری دارای رابطه منفی و معنادار است (۱۰). در پژوهشی دیگر درعلی و سهرابی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نشخوار فکری با کیفیت رابطه جنسی زوجین رابطه معنادار منفی و با تعارض‌های زناشویی رابطه معنادار مثبت دارد (۱۳).

بارداری دورانی استرس‌زا است و مشکلات فراوانی مانند افسردگی برای بسیاری از زنان باردار ایجاد می‌کند. افسردگی در دوران بارداری شیوع نسبتاً فراوانی دارد (۲). از آنجاکه افسردگی دوران بارداری دارای پیامدهای جسمی و روانی منفی زیادی برای مادر و جنین در دوران بارداری و نیز پس از زایمان از جمله نشخوار فکری برای زنان باردار است، شناسایی عوامل مرتبط با آن ضرورت دارد. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه پژوهش‌های اندکی درباره رابطه دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری انجام شده است. براساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌توان اقدام به طراحی برنامه‌هایی به‌منظور کاهش نشخوار فکری در زنان مبتلا به افسردگی کرد؛ در نتیجه، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی بود.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را زنان افسرده باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تاباخنیک و فیدل استفاده شد که براساس آن حداقل حجم نمونه از فرمول $(n \geq 104 + m)$ محاسبه می‌شود. در این فرمول n همان حجم نمونه و m تعداد متغیرهای پیش‌بین است (۱۴)؛ در نتیجه، با توجه به وجود دو متغیر پیش‌بین حجم نمونه برابر با ۱۰۶ نفر برآورد شد. از آنجاکه این مقدار حداقل حجم نمونه برای انجام پژوهش‌های همبستگی است، برای اطمینان از حجم نمونه، تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه در نظر گرفته شد. نمونه‌ها پس از بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: ابتلا به افسردگی غیربالینی یعنی کسب نمره ۱۱ تا ۳۰ براساس پرسش‌نامه افسردگی^۶ (۱۵)؛ حداقل تحصیلات سیکل؛ سن ۲۶ تا ۳۵ سال؛ قراردادن در سه‌ماهه سوم بارداری؛ نداشتن اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی از جمله ضدافسردگی؛ قراردادن تحت درمان روان‌شناختی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه شامل انصراف از تکمیل کردن ابزارها و تکمیل آن‌ها به صورت ناقص بود.

روند اجرای پژوهش به این ترتیب بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت کد اخلاق به بیمارستان یاس مراجعه شد. پس از هماهنگی با مسئولان بیمارستان از آنان خواسته شد تا زنان باردار را به پژوهشگر اول معرفی کنند و وی تعداد ۱۵۰ نفر را براساس ملاک‌های ورود به

5. Quality of marital life

6. Depression Questionnaire

1. Pregnancy

2. Depression

3. Rumination

4. Maternal-fetal attachment

پژوهش به‌عنوان نمونه انتخاب کرد. برای نمونه‌ها رعایت نکات اخلاقی بیان شد و فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای آن‌ها رسید. درنهایت برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (تحصیلات، شغل، سن، تعداد فرزند و جنسیت جنین) از ابزارهای زیر استفاده شد.

– مقیاس دلبستگی مادری دوران بارداری^۱: این مقیاس توسط کرانلی در سال ۱۹۸۱ طراحی شد (۱۶). این ابزار دارای ۲۴ گویه و پنج بُعد پذیرش نقش مادری، تعامل با جنین، نسبت دادن خصوصیات به جنین، تمایز بین خود و جنین و ازخودگذشتگی است که با استفاده از مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ است؛ به‌طوری‌که نمره بیشتر دلبستگی بیشتر را نشان می‌دهد (۱۶). روایی سازه پرسش‌نامه با روش تحلیل عاملی به تأیید رسید و دارای پنج بخش مذکور بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۶). در پژوهش جمشیدی‌منش و همکاران روایی ابزار توسط اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (۱۷). در مطالعه حاضر پایایی این ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بود.

– مقیاس کیفیت زناشویی^۲: این مقیاس توسط ژانگ و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی شد (۱۸). پرسش‌نامه دارای ۳۹ گویه و پنج زیرمقیاس شادمانی زناشویی، تعاملات زناشویی، اختلافات زناشویی، مشکلات زناشویی و بی‌ثباتی زناشویی است که با استفاده از مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل آن از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات بین ۳۹ تا ۱۵۶ است؛ به‌طوری‌که نمره بیشتر کیفیت زندگی زناشویی مناسب‌تر را نشان می‌دهد (۱۸). روایی همگرایی پرسش‌نامه با مقیاس رضایت زناشویی اولسون^۳ طراحی شده در سال ۱۹۸۳ تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد (۱۸). در پژوهش فلاح‌چای و همکاران روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی به تأیید رسید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و دونیمه‌کردن ۰/۸۶ محاسبه شد (۱۹). در مطالعه حاضر پایایی این ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

– پرسش‌نامه نشخوار فکری^۴: این پرسش‌نامه توسط نولن – هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ طراحی شد (۲۰). پرسش‌نامه دارای ۲۲ گویه است که با استفاده از مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل آن از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ است؛ به‌طوری‌که نمره بیشتر نشخوار فکری بیشتر را نشان می‌دهد (۲۰). روایی سازه پرسش‌نامه با روش تحلیل عاملی تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (۲۰). در پژوهش باقری‌نژاد و همکاران، روایی همگرایی ابزار با سیاهه افسردگی بک و کلارک (۱۹۸۸) برابر با ۰/۷۹ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد (۲۱). در مطالعه حاضر

پایایی این پرسش‌نامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

– پرسش‌نامه افسردگی: این پرسش‌نامه توسط بک و کلارک در سال ۱۹۸۸ طراحی شد (۱۵). پرسش‌نامه دارای ۲۱ گویه است که با استفاده از مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل آن از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ است؛ به‌طوری‌که نمره بیشتر افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که نمره صفر تا ۱۰ افسردگی طبیعی، ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۰ افسردگی متوسط، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی کمی شدید، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید را نشان می‌دهد. بر این اساس نمره صفر تا ۱۰ بدون افسردگی، ۱۱ تا ۳۰ افسردگی غیربالینی و بیشتر از ۳۰ افسردگی بالینی است (۱۵). روایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی گویه‌ها با کل پرسش‌نامه به تأیید رسید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد (۱۵). در پژوهش موللی و همکاران، پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود (۲۲). در مطالعه حاضر پایایی این پرسش‌نامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد فراوانی) و آمار استنباطی تحلیل شدند. در سطح آمار استنباطی، داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل هم‌زمان، به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن افراد $24/75 \pm 2/26$ سال بود. براساس یافته‌های توصیفی، بیشتر زنان افسرده باردار دارای مدرک کارشناسی (۴۱/۳۳ درصد)، شغل خانه‌داری (۶۱/۳۳ درصد)، سن ۳۱ تا ۳۵ سال (۵۷/۳۳ درصد)، بدون فرزند (۵۴/۶۷ درصد) و دارای جنین دختر (۵۲/۶۷ درصد) بودند (جدول ۱).

پیش از تحلیل داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، مفروضه‌های آن‌ها بررسی شد. نتایج نشان داد، فرض نرمالیتی به دلیل قراردادن مقدار کجی و کشیدگی متغیرها در دامنه ۱ – تا +۱، فرض نبود هم‌خطی چندگانه به دلیل کوچک‌تر بودن مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین از عدد ۱۰ و فرض همبستگی‌نداشتن باقی‌مانده‌ها به دلیل قرارگیری مقدار دوربین و اتسون در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ تأیید شد؛ بنابراین استفاده از روش‌های تحلیل مذکور مجاز بود.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ مشاهده می‌شود. براساس نتایج، ضرایب همبستگی دلبستگی مادر – جنینی ($r = -0/59, p < 0/01$) و کیفیت زندگی زناشویی ($r = -0/36, p < 0/01$) با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی منفی و معنادار به دست آمد (جدول ۲).

3. Olson's Marital Satisfaction Scale

4. Rumination Questionnaire

1. Maternal Attachment during Pregnancy Scale

2. Marital Quality Scale

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی زنان افسرده باردار (n=۱۵۰)

متغیر	سطوح	تعداد	درصد	متغیرها	سطوح	تعداد	درصد
تحصیلات	سیکل	۲۹	۱۹/۳۳	سن	۲۶ تا ۳۰ سال	۶۴	۴۲/۶۷
	دیپلم	۴۶	۳۰/۶۷		۳۱ تا ۳۵ سال	۸۶	۵۷/۳۳
	کارشناسی	۶۲	۴۱/۳۳		بدون فرزند	۸۲	۵۴/۶۷
	کارشناسی ارشد	۱۳	۸/۶۷		یک فرزند	۴۶	۳۰/۶۷
شغل	دولتی	۱۲	۸	جنسیت جنین	دو فرزند	۲۲	۱۴/۶۶
	آزاد	۴۶	۳۰/۶۷		پسر	۷۱	۴۷/۳۳
	خانه‌دار	۹۲	۶۱/۳۳		دختر	۷۹	۵۲/۶۷

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی دل‌بستگی مادر-جنینی، کیفیت زندگی زناشویی و نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳
۱. دل‌بستگی مادر-جنینی	۵۶/۱۷	۶/۳۰	۱		
۲. کیفیت زندگی زناشویی	۸۵/۶۹	۱۰/۱۱	۰/۲۸**	۱	
۳. نشخوار فکری	۴۸/۲۲	۷/۴۳	-۰/۵۹**	-۰/۳۶**	۱

** $p < 0/01$

براساس نتایج رگرسیون چندگانه، متغیرهای دل‌بستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی به‌طور معناداری توانستند ۵۴ درصد از واریانس نشخوار فکری را در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی پیش‌بینی کنند ($F_{(2,147)} = ۶۴/۵۸$). مقادیر B ضرایب غیراستاندارد رگرسیون و Beta ضرایب استاندارد‌شده رگرسیون را نشان می‌دهد. باتوجه به

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه با مدل هم‌زمان برای پیش‌بینی نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی براساس دل‌بستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	تغییر F	df ₁	df ₂	مقدار p
دل‌بستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی	۰/۷۱	۰/۵۴	۶۴/۵۸	۲	۱۴۷	<۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد برای پیش‌بینی نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی براساس دل‌بستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	مقدار p
دل‌بستگی مادر-جنینی	-۰/۲۲	۰/۰۳۳	-۰/۲۵	-۶/۶	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی زناشویی	-۰/۱۵	۰/۰۴۵	-۰/۱۲	-۳/۳۳	<۰/۰۰۱

همسو با این یافته‌ها اشمیت و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دل‌بستگی مادر-جنینی با نشخوار فکری رابطه معنادار منفی دارد (۶). در پژوهشی دیگر سلجوقی و همکاران گزارش کردند، دل‌بستگی مادر-جنینی و نشخوار فکری دارای رابطه منفی و معنادار است (۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رشد و تکامل جنین تا حدود زیادی به پیوند عاطفی مادر و جنین از نظر روانی و فیزیولوژیک بستگی دارد. رابطه نزدیک بین مادر و جنین برای آمادگی مادران به‌منظور مراقبت از خود و جنین اهمیت زیادی در شکل‌گیری دل‌بستگی

۴ بحث

افسردگی در دوران بارداری شایع است و زنان باردار مبتلا به افسردگی با مشکلات روان‌شناختی بسیاری ازجمله نشخوار فکری مواجه هستند؛ درنتیجه، هدف این پژوهش بررسی رابطه دل‌بستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی بود. یافته‌ها نشان داد، دل‌بستگی مادر-جنینی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی دارای رابطه منفی و معنادار است.

از این رو، افراد دارای دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی زیاد در زندگی با استرس‌ها، چالش‌ها و مشکلات کمتری مواجه می‌شوند؛ حتی هنگام مواجهه با آن‌ها از راهبردهای مقابله‌ای سازگار و مناسب استفاده می‌کنند و به‌تنهایی یا با کمک دیگران بر آن‌ها فایز می‌آیند و سلامت و بهزیستی خود را افزایش می‌دهند و استرس و افسردگی خود را کاهش می‌دهند؛ بنابراین هنگامی که متغیرهای دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی باهم وارد معادله رگرسیون شوند، می‌توانند نقش معناداری در پیش‌بینی نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی داشته باشند.

براساس نتایج پژوهش حاضر، برنامه‌ریزی به‌منظور طراحی برنامه‌هایی برای کاهش نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی از طریق افزایش دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی اهمیت دارد؛ در نتیجه، مشاوران و درمانگران می‌توانند برای کاهش نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی، ابتدا میزان دلبستگی مادر-جنینی را از طریق آموزش‌های دوران بارداری افزایش دهند و افزایش علاقه به جنین و آمادگی برای تولد فرزند در مادران ایجاد کنند و سپس میزان کیفیت زندگی زناشویی آنان را افزایش دهند. برای این منظور استفاده از کارگاه‌های آموزشی مفید است.

هر پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. پژوهش حاضر با محدود شدن جامعه پژوهش به زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی مراجعه‌کننده به بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم نسبتاً کم نمونه، مقطعی و توصیفی بودن پژوهش از لحاظ روش‌شناسی و استفاده از ابزارهای خودگزارشی مواجه بود؛ بنابراین انجام این پژوهش بر زنان مبتلا به سایر آسیب‌های روان‌شناختی مثل زنان افسرده تحت درمان باروری، زنان افسرده مبتلا به سرطان پستان و غیره با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بیشتر پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد دیگر انجام پژوهش‌های مداخله‌ای با هدف کاهش افسردگی دوران بارداری براساس آموزش دلبستگی مادر-جنینی و بهبود کیفیت زندگی زناشویی است.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی رابطه منفی و معناداری با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی دارند. همچنین، دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی به‌طور معناداری توانستند نشخوار فکری را در آنان پیش‌بینی کنند که در این پیش‌بینی، سهم دلبستگی مادر-جنینی بیشتر از کیفیت زندگی زناشویی بود؛ بنابراین، آنچه در این پیش‌بینی سهم بیشتری دارد، در درجه اول میزان ادراک مثبت مادر از پیوند عاطفی و هیجانی با جنین خودش است.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از مسئولان بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و زنان افسرده باردار شرکت‌کننده در پژوهش تشکر می‌کنند.

دارد. این دلبستگی بین مادر و جنین از زمان شروع بارداری یا حتی برنامه‌ریزی برای بارداری به‌صورت رفتارهایی مانند صحبت با جنین، لمس و نوازش شکم و غیره شروع می‌شود (۶). همچنین، مادر در دوران بارداری چهار وظیفه عمده برای دستیابی به هویت مادرانه خود دارد که شامل گذر ایمن، پذیرش بارداری توسط افراد مهم زندگی و دریافت حمایت، برقراری ارتباط مادر و جنین یا کودک و وقف کردن خود برای جنین یا کودک است. ارتباط مادر و جنین یا دلبستگی بین آن‌ها ارتباط متقابل و تنگاتنگی با هویت مادری دارد و دستیابی به این هویت شامل ایجاد ارتباط عاطفی و هیجانی صمیمی و رضایت‌بخش مادر و جنین یا همان دلبستگی مادر-جنینی است (۲۳). از آنجاکه دلبستگی رابطه‌ای عاطفی صمیمی، پویا و لذت‌بخش است، می‌توان انتظار داشت که با افزایش دلبستگی مادر-جنینی میزان نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی کاهش یابد.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد، کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی رابطه منفی و معنادار دارد. همسو با این یافته‌ها پالیری و همکاران ضمن پژوهشی دریافتند، کیفیت زناشویی و نشخوار فکری دارای رابطه منفی و معنادار است (۱۰). در پژوهشی دیگر درعلی و سهرابی گزارش کردند، کیفیت رابطه جنسی زوجین با نشخوار فکری رابطه معنادار منفی و تعارض‌های زناشویی با نشخوار فکری رابطه معنادار مثبت دارد (۱۳). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، کیفیت زندگی زناشویی به‌نوع تعامل و مشورت زن و شوهر در همه مسائل و چالش‌های زندگی و شیوه استفاده آن‌ها از راهبردهای مقابله‌ای برای حل مسائل و چالش‌ها بستگی دارد. هرچه کیفیت زندگی زوجین بهتر باشد، آنان از تعامل‌های مثبت و سازنده‌تری در برخورد با یکدیگر استفاده می‌کنند و باهم توافق بیشتری در به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای یا انتخاب راهکارها برای مسائل و چالش‌های زندگی دارند؛ از این رو، کیفیت زندگی زناشویی می‌تواند از طریق فراهم کردن زمینه برای پیشرفت فردی، خانوادگی و اجتماعی هریک از زوجین باعث افزایش سازگاری، احساس خوشبختی، رضایتمندی و آرامش شود (۲۴). با توجه به پیامدهای کیفیت زندگی زناشویی مطلوب می‌توان انتظار داشت که زنان افسرده باردار بهتر و مناسب‌تر با عوامل استرس‌زا و تنش‌زای زندگی مقابله کنند و کمتر تحت تأثیر عوامل مذکور افسرده شوند؛ در نتیجه، با افزایش کیفیت زندگی زناشویی میزان نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی کم می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، متغیرهای دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی می‌توانند به‌طور معناداری نشخوار فکری را در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی پیش‌بینی کنند که در این پیش‌بینی سهم دلبستگی مادر-جنینی بیشتر از کیفیت زندگی زناشویی است. در تبیین توانمندی دلبستگی مادر-جنینی و کیفیت زندگی زناشویی در پیش‌بینی نشخوار فکری می‌توان گفت، بهبود پیوند عاطفی، صمیمانه، پویا و رضایت‌بخش بین مادر و جنین (دلبستگی مادر-جنینی مطلوب) (۷) و افزایش پویایی و رضایت نسبی زوجین از همه جنبه‌های زندگی (کیفیت زندگی زناشویی خوب) (۱۲) نقش مهمی در ارتقای سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی دارد؛

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.103 به مورخ ۱۸ خرداد ۱۳۹۹ از دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران است. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است که شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضا کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

در پژوهش حاضر امکان دسترسی به داده‌ها برای مجله از طریق ایمیل

یا بارگذاری در سایت مجله وجود دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این مقاله بدون هیچ حمایت مالی از سوی سازمانی و با هزینه شخصی نفر اول انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در این مقاله نویسنده اول نگارش پروپوزال، کمک در اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها را انجام داد. نویسندگان دوم تا چهارم تحلیل داده‌ها و نگارش نهایی مقاله را بر عهده داشتند.

References

1. Dachew BA, Ayano G, Betts K, Alati R. The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:321–30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.010>
2. Baghi V, Ghanei R, Roohi M, Ghoreishi H, Moradi N. The relationship between antenatal depression and sleep apnea. *Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2013;16(52):18–24. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/ijogi.2013.875>
3. Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Chambers C, Roth M, Bozzo P, et al. Impact of antidepressant use, discontinuation, and dosage modification on maternal depression during pregnancy. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;29(7):803–12. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.06.007>
4. Barnum SE, Woody ML, Gibb BE. Predicting changes in depressive symptoms from pregnancy to postpartum: the role of brooding rumination and negative inferential styles. *Cogn Ther Res.* 2013;37(1):71–7. <https://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9456-5>
5. Mathes BM, Kennedy GA, Morabito DM, Martin A, Bedford CE, Schmidt NB. A longitudinal investigation of the association between rumination, hostility, and PTSD symptoms among trauma-exposed individuals. *J Affect Disord.* 2020;277:322–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.029>
6. Schmidt D, Seehagen S, Vocks S, Schneider S, Teismann T. Predictive importance of antenatal depressive rumination and worrying for maternal–foetal attachment and maternal well-being. *Cogn Ther Res.* 2016;40(4):565–76. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9759-z>
7. Coté JJ, Badura-Brack AS, Walters RW, Dubay NG, Bredehoeft MR. Randomized controlled trial of the effects of 3D-printed models and 3D ultrasonography on maternal–fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2020;49(2):190–9. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.003>
8. Matthies LM, Müller M, Doster A, Sohn C, Wallwiener M, Reck C, et al. Maternal–fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Arch Gynecol Obstet.* 2020;301(1):107–17. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05402-7>
9. Saljoughi M, Hosaini M, Sharifzadeh Gh, Soorgi N. The relationship between pregnancy anxiety, maternal-fetal attachment, and cognitive emotion regulation strategies. *Int J Rev Life Sci.* 2015;5(4):1554–9.
10. Paleri FG, Regalia C, Fincham F. Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: a longitudinal analysis. *Pers Soc Psychol Bull.* 2005;31(3):368–78. <https://doi.org/10.1177/0146167204271597>
11. Gouin JP, Paquin C, Wrosch C, McGrath J, Arbour N, Booi L. Marital quality and inflammation: the moderating role of early life adversity. *Health Psychol.* 2020;39(1):58–67. <https://doi.org/10.1037/hea0000790>
12. Chen R, Austin JP. Depression as a moderator and a mediator of marital quality's effect on older adults' self-rated physical health. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;83:50–4. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.026>
13. Darali R, Sohrabi N. Mediating role of the marital conflicts in relation between cognitive emotional regulation and quality of sexual relationship. *Biannual Journal of Applied Counseling.* 2015;4(4):37–48. [Persian] https://jac.scu.ac.ir/article_12596.html?lang=en
14. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston: Pearson Education; 2013.
15. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research.* 1988;1(1):23–36. <https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
16. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res.* 1981;30(5):281–4. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>
17. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-fetal attachment

- and its associated factors. Hayat. 2013;18(5):33–45. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-4-en.html>
18. Zhang H, Xu X, Tsang SKM. Conceptualizing and validating marital quality in Beijing: a pilot study. Soc Indic Res. 2013;113(1):197–212. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0089-6>
 19. Fallahchai R, Fallahi M, Park SS. Factorial validity and psychometric properties of the marital scales—the Persian version. Journal of Divorce & Remarriage. 2016;57(4):266–79. <https://doi.org/10.1080/10502556.2016.1160481>
 20. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. J Pers Soc Psychol. 1991;61(1):115–21. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
 21. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. Foundation of Education & Psychology. 2010;11(1):21–38. [Persian] https://fedu.um.ac.ir/index.php/article_33144.html?lang=en
 22. Movallali G, Amiri M, Yousefi Afrashteh M, Morovati Z. Instructing stress coping strategies to mother with deaf children and its impact on their depression and decline parenting stress. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2016;6:146–51. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-507-en.html>
 23. Göbel A, Stuhmann LY, Harder S, Schulte-Markwort M, Mudra S. The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: an explanatory analysis and systematic review. J Affect Disord. 2018;239:313–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.024>
 24. Slatcher RB, Schoebi D. Protective processes underlying the links between marital quality and physical health. Curr Opin Psychol. 2017;13:148–52. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.002>