MEJDS. 2021; 11:212.

Published online 2022 March. **Original Article**

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

Bagheri S[1], *Koochakentezar R[2], Niromanesh Sh[3], Hassani F[2]

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 obatiend 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 subcjts; 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۱۲.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

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

سارا باقری[۱]، *رویا کوچک‌انتظار[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 علوم‌پزشکی تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** royakentezar@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 ازجمله نشخوار فکری برای مادر است؛ بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با آن ضروری است. هدف این پژوهش، بررسی رابطهٔ دلبستگی مادر–جنینی و کیفیت زندگی زناشویی با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی بود.

روش‌بررسی: طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعهٔ پژوهش را زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی مراجعه‌کننده به بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم‌پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونهٔ 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)، پرسش‌نامهٔ نشخوار فکری (نولن–هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و پرسش‌نامهٔ افسردگی (بک و کلارک، ۱۹۸۸) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل هم‌زمان به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، دلبستگی مادر–جنینی ($p<۰/۰۱$، $r=-۰/۵۹$) و کیفیت زندگی زناشویی ($p<۰/۰۱$، $r=-۰/۳۶$) با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی، رابطهٔ منفی و معنادار داشت. همچنین متغیرهای دلبستگی مادر–جنینی و کیفیت زندگی زناشویی به‌طورمعناداری توانستند ۵۴درصد از واریانس نشخوار فکری را در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی پیش‌بینی کنند که در این پیش‌بینی سهم دلبستگی مادر–جنینی ($p<۰/۰۰۱$، $Beta=-۰/۲۵$) بیشتر از کیفیت زندگی زناشویی ($p<۰/۰۰۱$، $Beta=-۰/۱۲$) 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 ازطریق آموزش‌های دوران بارداری افزایش دهند.

کلیدواژه‌ها: دلبستگی مادر–جنینی، کیفیت زندگی زناشویی، نشخوار فکری، زنان باردار، افسردگی غیربالینی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۱ مقدمه

بارداری[1]، دوره‌ای استرس‌زا همراه با تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیاد در زندگی زنان به‌شمار می‌رود و افسردگی[2] در این دوران شایع است (۱). افسردگی دوران بارداری باعث کاهش توانایی خودمراقبتی مادر، مشکلاتی در تغذیهٔ ناکافی، فراهم‌کردن شرایط برای افسردگی پس از زایمان و حضور نامنظم برای معاینهٔ بارداری می‌شود و شیوع آن (۲۰درصد) تقریباً دوبرابر افسردگی پس از زایمان (۱۱درصد) است (۲). افسردگی دوران بارداری پیامدهای روان‌شناختی منفی زیادی بر مادر و نوزاد دارد که شامل کاهش مراقبت مادر از خود، تغذیهٔ نامناسب، مراقبت ناکافی، سوءمصرف مواد و دارو، بستری بیشتر در بیمارستان، سقط خودبه‌خودی، استفاده از مواد مضر برای خود و جنین و زودرسی و نارسی جنین می‌شود (۳). زنان باردار افسرده معمولاً دچار نشخوار فکری[3] هستند که به‌معنای 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 خُلقی ازجمله اضطراب و افسردگی یا افزایش آن‌ها می‌شود (۵).

یکی از عوامل مرتبط با نشخوار فکری، دلبستگی مادر–جنینی[4] 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 به‌معنای پیوند هیجانی و صمیمانهٔ زن باردار با جنین خود است. این پیوند اساس رابطهٔ مادر با کودک پس از زایمان است (۸) و می‌تواند باعث ایجاد رابطهٔ مطلوب بین مادر و نوزاد شیرخوار و افزایش رشد شناختی، اجتماعی و هیجانی شیرخوار شود (۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی‌از رابطهٔ منفی بین دلبستگی مادر–جنینی با افسردگی دوران بارداری است (۶،۹)؛ برای مثال نتایج پژوهش اشمیت و همکاران نشان داد که دلبستگی مادر–جنینی با نشخوار افسردگی رابطهٔ 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[5] 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 چندبُعدی 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 حاکی‌از رابطهٔ منفی بین کیفیت زندگی زناشویی با افسردگی دوران بارداری است (۱۰،۱۳)؛ برای مثال نتایج پژوهش پالیری و همکاران نشان داد، کیفیت زناشویی و نشخوار فکری دارای رابطهٔ منفی و معنادار است (۱۰). در پژوهشی دیگر درعلی و سهرابی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نشخوار فکری با کیفیت رابطهٔ جنسی زوجین رابطهٔ معنادار منفی و با تعارض‌های زناشویی رابطهٔ 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). ازآنجاکه افسردگی دوران بارداری دارای پیامدهای جسمی و روانی منفی زیادی برای مادر و جنین در دوران بارداری و نیز پس از زایمان ازجمله نشخوار فکری برای زنان باردار است، شناسایی عوامل مرتبط با آن ضرورت دارد. نکتهٔ حائز اهمیت دیگر اینکه پژوهش‌های اندکی دربارهٔ رابطهٔ 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؛ درنتیجه، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ 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. جامعهٔ پژوهش را زنان افسردهٔ باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم‌پزشکی 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)؛ درنتیجه، باتوجه به وجود دو متغیر پیش‌بین حجم نمونه برابر با ۱۰۶ نفر برآورد شد. ازآنجاکه این مقدار حداقل حجم نمونه برای انجام پژوهش‌های همبستگی است، برای اطمینان از حجم نمونه، تعداد ۱۵۰ نفر به‌عنوان 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 نمرهٔ ۱۱تا۳۰ براساس پرسش‌نامهٔ افسردگی[6] (۱۵)؛ حداقل تحصیلات سیکل؛ سن ۲۶تا۳۵ سال؛ قرارداشتن در سه‌ماههٔ سوم بارداری؛ نداشتن اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی ازجمله ضدافسردگی؛ قرارنداشتن تحت درمان روان‌شناختی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه شامل انصراف از تکمیل‌کردن ابزارها و تکمیل آن‌ها به‌صورت 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

1. Pregnancy
2. Depression
3. Rumination
4. Maternal-fetal attachment
5. Quality of marital life
6. Depression Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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

ـ مقیاس دلبستگی مادری دوران بارداری[1]: این مقیاس توسط کرانلی در سال ۱۹۸۱ طراحی شد (۱۶). این ابزار دارای ۲۴ گویه و پنج بُعد پذیرش نقش مادری، تعامل با جنین، نسبت‌دادن خصوصیات به جنین، تمایز بین خود و جنین و ازخودگذشتگی است که با استفاده از مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کل ابزار ازطریق مجموع نمرهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید. دامنهٔ نمرات بین ۲۴تا۱۲۰ است؛ به‌طوری‌که نمرهٔ بیشتر دلبستگی بیشتر را نشان می‌دهد (۱۶). روایی سازهٔ 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 هیئت‌علمی دانشکدهٔ پرستاری و مامایی دانشگاه تهران تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد (۱۷). در مطالعهٔ حاضر پایایی این ابزار ازطریق محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بود.

ـ مقیاس کیفیت زناشویی[2]: 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. نمرهٔ کل آن ازطریق مجموع نمرهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید. دامنهٔ نمرات بین ۳۹تا۱۵۶ است؛ به‌طوری‌که نمرهٔ بیشتر کیفیت زندگی زناشویی مناسب‌تر را نشان می‌دهد (۱۸). روایی همگرای پرسش‌نامه با مقیاس رضایت زناشویی اولسون[3] طراحی‌شده در سال ۱۹۸۳ تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد (۱۸). در پژوهش فلاح‌چای و همکاران روایی سازهٔ 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 مطالعهٔ حاضر پایایی این ابزار ازطریق محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد.

ـ پرسش‌نامهٔ نشخوار فکری[4]: این پرسش‌نامه توسط نولن‌ـ 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. نمرهٔ کل آن ازطریق مجموع نمرهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید. دامنهٔ نمرات بین ۲۲تا۸۸ است؛ به‌طوری‌که نمرهٔ بیشتر نشخوار فکری بیشتر را نشان می‌دهد (۲۰). روایی سازهٔ پرسش‌نامه با روش تحلیل عاملی تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۰). در پژوهش باقری‌نژاد و همکاران، روایی همگرای ابزار با سیاههٔ افسردگی بک و کلارک (۱۹۸۸) برابر با ۰/۷۹ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد (۲۱). در مطالعهٔ حاضر پایایی این پرسشنامه ازطریق محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

ـ پرسش‌نامهٔ 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. نمرهٔ کل آن ازطریق مجموع نمرهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید. دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۶۳ است؛ به‌طوری‌که نمرهٔ بیشتر افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که نمرهٔ صفر تا ۱۰ افسردگی طبیعی، ۱۱تا۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷تا۲۰ افسردگی متوسط، ۲۱تا۳۰ افسردگی کمی شدید، ۳۱تا۴۰ افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید را نشان می‌دهد. بر این اساس نمرهٔ صفر تا ۱۰ بدون افسردگی، ۱۱تا۳۰ افسردگی غیربالینی و بیشتر از ۳۰ افسردگی بالینی است (۱۵). روایی پرسش‌نامه ازطریق 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 مطالعهٔ حاضر پایایی این پرسش‌نامه ازطریق محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست 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، به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن افراد ۲/۲۶±۲۴/۷۵ سال بود. براساس یافته‌های توصیفی، بیشتر زنان افسردهٔ باردار دارای مدرک کارشناسی (۴۱/۳۳درصد)، شغل خانه‌داری (۶۱/۳۳درصد)، سن ۳۱تا۳۵ سال (۵۷/۳۳درصد)، بدون فرزند (۵۴/۶۷درصد) و دارای جنین دختر (۵۲/۶۷درصد) بودند (جدول ۱).

پیش از تحلیل داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، مفروضه‌های آن‌ها بررسی شد. نتایج نشان داد، فرض نرمالیتی به‌دلیل قرارداشتن مقدار کجی و کشیدگی متغیرها در دامنهٔ ۱ـ تا ۱+، فرض نبود هم‌خطی چندگانه به‌دلیل کوچک‌تربودن مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین از عدد ۱۰ و فرض همبستگی‌نداشتن باقی‌مانده‌ها به‌دلیل قرارگیری مقدار دوربین واتسون در دامنهٔ ۱/۵تا۲/۵ 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 مادرـ جنینی ($p<۰/۰۱$، r=-۰/۵۹) و کیفیت زندگی زناشویی ($p<۰/۰۱$، r=۰/۳۶ـ) با نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی منفی و معنادار به‌دست آمد (جدول ۲).

1. Maternal Attachment during Pregnancy Scale
2. Marital Quality Scale
3. Olson´s Marital Satisfaction Scale
4. Rumination Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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

متغیر	سطوح	تعداد	درصد	متغیرها	سطوح	تعداد	درصد
تحصیلات	سیکل	۲۹	۱۹/۳۳	سن	۲۶تا۳۰ سال	۶۴	۴۲/۶۷
	دیپلم	۴۶	۳۰/۶۷		۳۱تا۳۵ سال	۸۶	۵۷/۳۳
	کارشناسی	۶۲	۴۱/۳۳	تعداد فرزند	بدون فرزند	۸۲	۵۴/۶۷
	کارشناسی‌ارشد	۱۳	۸/۶۷		یک فرزند	۴۶	۳۰/۶۷
	دولتی	۱۲	۸		دو فرزند	۲۲	۱۴/۶۶
شغل	آزاد	۴۶	۳۰/۶۷	جنسیت جنین	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

**$p<۰/۰۱$

براساس نتایج رگرسیون چندگانه، متغیرهای دلبستگی مادر–جنینی و کیفیت زندگی زناشویی به‌طورمعناداری توانستند ۵۴درصد از واریانس نشخوار فکری را در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی پیش‌بینی کنند ($F_{(۲و۱۴۷)}=۶۴/۵۸$). مقادیر B ضرایب غیراستاندارد رگرسیون و Beta ضرایب استانداردشدهٔ رگرسیون را نشان می‌دهد. باتوجه به مقدار بتا در این پیش‌بینی سهم دلبستگی مادر–جنینی ($p<۰/۰۰۱$، Beta=−۰/۲۵) بیشتر از کیفیت زندگی زناشویی ($p<۰/۰۰۱$، Beta=−۰/۱۲) بود و با افزایش یک انحراف استاندارد در نمرهٔ نشخوار فکری، نمرهٔ دلبستگی مادر–جنینی ۰/۲۵ و نمرهٔ کیفیت زندگی زناشویی ۰/۱۲ کاهش یافت (جداول ۳ و ۴).

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

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 رابطهٔ 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 رابطهٔ منفی و معنادار است. همسو با این یافته‌ها اشمیت و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دلبستگی مادر–جنینی با نشخوار فکری رابطهٔ معنادار منفی دارد (۶). در پژوهشی دیگر سلجوقی و همکاران گزارش کردند، دلبستگی مادر–جنینی و نشخوار فکری دارای رابطهٔ 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. رابطهٔ نزدیک بین مادر و جنین برای آمادگی مادران به‌منظور مراقبت از خود و جنین اهمیت زیادی در شکل‌گیری دلبستگی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

دارد. این دلبستگی بین مادر و جنین از زمان شروع بارداری یا حتی برنامه‌ریزی برای باردارشدن به‌صورت رفتارهایی مانند صحبت با جنین، لمس و نوازش شکم و غیره شروع می‌شود (۶). همچنین، مادر در دوران بارداری چهار وظیفهٔ عمده برای دستیابی به هویت مادرانهٔ خود دارد که شامل گذر ایمن، پذیرش بارداری توسط افراد مهم زندگی و دریافت حمایت، برقراری ارتباط مادر و جنین یا کودک و وقف‌کردن 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). ازآنجاکه 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 رابطهٔ منفی و معنادار دارد. همسو با این یافته‌ها پالیری و همکاران ضمن پژوهشی دریافتند، کیفیت زناشویی و نشخوار فکری دارای رابطهٔ منفی و معنادار است (۱۰). در پژوهشی دیگر درعلی و سهرابی گزارش کردند، کیفیت رابطهٔ جنسی زوجین با نشخوار فکری رابطهٔ معنادار منفی و تعارض‌های زناشویی با نشخوار فکری رابطهٔ معنادار مثبت دارد (۱۳). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، کیفیت زندگی زناشویی به نحوهٔ تعامل و مشورت زن و شوهر در همهٔ مسائل و چالش‌های زندگی و شیوهٔ استفادهٔ 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؛ ازاین‌رو، کیفیت زندگی زناشویی می‌تواند ازطریق فراهم‌کردن زمینه برای پیشرفت فردی، خانوادگی و اجتماعی هریک از زوجین باعث افزایش سازگاری، احساس خوشبختی، رضایتمندی و آرامش شود (۲۴). باتوجه به پیامدهای کیفیت زندگی زناشویی مطلوب می‌توان انتظار داشت که زنان افسردهٔ باردار بهتر و مناسب‌تر با عوامل استرس‌زا و تنش‌زای زندگی مقابله کنند و کمتر تحت‌تأثیر عوامل مذکور افسرده شوند؛ درنتیجه، 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 همهٔ جنبه‌های زندگی (کیفیت زندگی زناشویی خوب) (۱۲) نقش مهمی در ارتقای سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی دارد؛ ازاین‌رو، 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 فایق 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 معادلهٔ 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 ازطریق افزایش دلبستگی مادر–جنینی و کیفیت زندگی زناشویی اهمیت دارد؛ درنتیجه، مشاوران و درمانگران می‌توانند برای کاهش نشخوار فکری در زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی، ابتدا میزان دلبستگی مادر–جنینی را ازطریق 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 محدودشدن جامعهٔ پژوهش به زنان باردار مبتلا به افسردگی غیربالینی مراجعه‌کننده به بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم نسبتاً کم نمونه، مقطعی و توصیفی‌بودن پژوهش از لحاظ روش‌شناسی و استفاده از ابزارهای خودگزارشی مواجه بود؛ بنابراین انجام این پژوهش بر زنان مبتلا به سایر آسیب‌های روان‌شناختی مثل زنان افسردهٔ تحت درمان باروری، زنان افسردهٔ مبتلا به سرطان پستان و غیره با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونهٔ 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 رابطهٔ 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 درجهٔ 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 علوم‌پزشکی تهران و زنان افسردهٔ باردار شرکت‌کننده در پژوهش تشکر می‌کنند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق با شمارهٔ IR.IAU.TMU.REC.1399.103 به مورخ ۱۸خرداد۱۳۹۹ از دانشکدهٔ پزشکی- دانشگاه علوم‌پزشکی آزاد اسلامی تهران است. مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است که شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش را امضا کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در پژوهش حاضر امکان دسترسی به داده‌ها برای مجله ازطریق ایمیل یا بارگذاری در سایت مجله وجود دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

در این مقاله نویسندهٔ 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: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. Paleari 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, Booij 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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, Stuhrmann 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]