

بررسی میزان کیفیت روابط زناشویی و ارتباط آن با دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری‌های خواسته و ناخواسته

رقیه خرقانی^۱، الناز یزدان‌پرست^۲، آزاده آراسته^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۰/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۰/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: فرآیند مادر شدن، روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان کیفیت روابط زناشویی و ارتباط آن با دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری‌های خواسته و ناخواسته طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی به‌صورت تحلیلی مقایسه‌ای بر روی ۱۵۰ مادر با بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ انجام گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی گلاسر و پرسشنامه دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی (CMFAS) بود که به‌صورت خود گزارش دهی تکمیل شد. داده‌های این مطالعه از طریق آزمون‌های مناسب آماری (تحلیل واریانس، کروسکال والیس، مجذور کا، اسپیرمن و پیرسون) توسط نرم‌افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمره کل رفتارهای مخرب ازدواج در بارداری خواسته کمتر از بارداری نابهنگام و ناخواسته بود ($p < 0/001$) که نشانگر کیفیت روابط زناشویی مطلوب بوده است. میزان نمره کل دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری خواسته بیشتر از بارداری نابهنگام و ناخواسته گزارش شد؛ که تفاوت بین سه گروه از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). همچنین بین رفتارهای مخرب ازدواج و دل‌بستگی مادر به جنین در هر یک از گروه‌های بارداری خواسته ($r = -0/098$ و $p = 0/49$)، نابهنگام ($r = -0/341$ و $p = 0/015$) و بارداری ناخواسته ($r = -0/456$ و $p < 0/001$) ارتباط معکوس وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: کاهش رفتارهای مخرب ازدواج که نشان‌دهنده کیفیت روابط زناشویی مطلوب هست، منجر به ارتقاء دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری‌های ناخواسته و به دنبال آن بهبود سلامت روان‌شناختی مادر و کودک می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت روابط زناشویی، دل‌بستگی مادر به جنین، بارداری خواسته، ناخواسته، نابهنگام

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۴۵، آبان ۱۴۰۰، ص ۶۳۲-۶۲۱

آدرس مکاتبه: بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، تلفن: ۰۹۱۵۵۶۳۲۴۷۴

Email: Azadearaste@bums.ac.ir

مقدمه

یک یا هر دو زوجین نیست (۳). حدود ۹۵ درصد بارداری‌های ناخواسته در کشورهای درحال توسعه اتفاق می‌افتد (۴). میزان وقوع بارداری ناخواسته در ایران ۳۵ تا ۴۲ درصد گزارش شده است که حدود ۱۹ درصد آن‌ها نابهنگام و ۱۶ درصد ناخواسته بوده‌اند؛ همچنین شیوع بارداری ناخواسته در زنجان ۲۸ درصد کل بارداری‌ها گزارش شده است (۵).

پیامدهای منفی ناشی از بارداری‌های ناخواسته، از مهم‌ترین مشکلات جوامع به شمار می‌آید که بر سلامت خانواده نیز تأثیر

در سال‌های اخیر علیرغم موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده، هنوز میزان قابل توجهی از بارداری‌ها ناخواسته می‌باشد، به‌طوری‌که حدود یک‌سوم بارداری‌ها در جهان به‌صورت ناخواسته رخ می‌دهند (۱). این بارداری‌ها کلیه بارداری‌های نابهنگام^۱ و بارداری‌های ناخواسته^۲ را در برمی‌گیرد (۲). در واقع بارداری نابهنگام (بدموقع)، به بارداری گفته می‌شود که در زمان موردنظر زوجین رخ نداده و بارداری ناخواسته بارداری است که در هیچ زمانی خواسته

^۱ استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، مربی هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
^۳ کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

1. Mistimed Pregnancy

2. Unwanted Pregnancy

بر اساس بررسی‌های پژوهشگر تاکنون مطالعه‌ای جهت بررسی ارتباط کیفیت روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری به‌ویژه بارداری‌های ناخواسته صورت نگرفته است. لذا با توجه به شیوع بالای بارداری ناخواسته، پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی، کاهش دل‌بستگی مادر به جنین، اهمیت کیفیت روابط زناشویی بر سلامت زنان که جزء مهم‌ترین عوامل تداوم زندگی موفق و سالم محسوب می‌شود و نیز نبود مطالعات انجام‌شده در این زمینه، این پژوهش باهدف تعیین میزان کیفیت روابط زناشویی و ارتباط آن با دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری‌های خواسته و ناخواسته انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع همبستگی بود که بر روی ۱۵۰ مادر با بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی زنجان در سال ۱۳۹۶ صورت گرفت. پس از ثبت مطالعه در مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زنجان (کد اخلاق ZUMS.REC.1396.198)، پژوهشگر با اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه جهت انجام نمونه‌گیری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرد.

با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای ابتدا مراکز بهداشت سطح شهر زنجان از نظر اجتماعی اقتصادی به سه طبقه تقسیم شد؛ سپس از هر طبقه سه مرکز به‌صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب گردید و از مادران باردار مراجعه‌کننده به این مراکز خواسته شد که به زمانی درست قبل از بارداری اخیر خود فکر کنند، و یکی از گزینه‌های زیر را در مورد تصمیم خود برای باردار شدن انتخاب کنند: الف) قصد داشتم زودتر باردار شوم، ب) قصد داشتم دیرتر باردار شوم، ج) همان زمان قصد داشتم باردار شوم، د) نه در آن زمان و نه در هیچ زمانی در آینده قصد بارداری نداشتم. افرادی که گزینه "ج" را انتخاب می‌کردند بارداری خواسته، افرادی که گزینه "ب" را انتخاب کردند دچار بارداری نابهنگام، و گزینه "د" به‌عنوان بارداری ناخواسته در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها، اهداف پژوهش برای آن‌ها کاملاً توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی در مورد شرکت در مطالعه از آن‌ها اخذ شد و بر محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در مطالعه اطمینان داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه نیز شامل داشتن بارداری خواسته یا نابهنگام یا ناخواسته، رضایت جهت شرکت در مطالعه، عدم وجود مشکل مامایی، بیماری روانی و مصرف دارو، عدم سوءمصرف مواد در

می‌گذارد و ابعاد مختلف سلامت و بهداشت باروری را به خطر می‌اندازد (۶). مشکلات و پیامدهای ناشی از بارداری ناخواسته و تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی دوران بارداری، مادران را هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌کند (۷، ۸) و در مجموع کیفیت زندگی مادران، خانواده‌ها و جامعه را کاهش می‌دهد (۹). یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، کیفیت روابط زناشویی است که پایداری زندگی زناشویی را پیش‌بینی می‌کند (۱۰). کیفیت روابط زناشویی وضعیتی است که در آن زن و مرد از طریق علاقه متقابل، سازگاری، پذیرش، درک یکدیگر، ارضای نیازها در بیشتر مواقع و عدم انتقاد، تهدید، تنبیه، سرزنش و گله و شکایت از یکدیگر، احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند (۱۱). ویلیام‌گلایسر^۳ (۱۹۸۱) هفت عادت رایج در روابط زناشویی را تخریب‌گر ازدواج و عامل اختلال در کیفیت روابط زناشویی می‌داند و آن‌ها را تحت عنوان تئوری کنترل بیرونی بیان می‌کند و از دیدگاه وی کنترل بیرونی هرگونه تلاش برای تحت‌فشار قرار دادن و یا تغییر رفتار همسر است. این هفت رفتار شامل: انتقاد، سرزنش، گله و شکایت، تهدید، غرغر، تنبیه و باج‌دهی و حق حساب دادن می‌باشند (۱۲، ۱۳). همچنین گلایسر ریشه بسیاری از مشکلات بشر را ناشی از داشتن روابط نامناسب می‌داند و معتقد است با بهبود روابط زن و شوهر می‌توان مشکلات عاطفی، هیجانی و اجتماعی را کاهش داد (۱۲). طبق تحقیقات انجام‌شده ۶۸ درصد زنان طی دوران بارداری اختلال در روابط زناشویی را تجربه می‌کنند (۱۴)؛ که این اختلال منجر به اشکال در روابط اجتماعی، احساس تنهایی، فقدان دل‌بستگی به محیط خانواده، پیدایش کودکان ناسازگار و انزجار و تنفر نسبت به حاملگی می‌گردد (۱۵). روابط زناشویی از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر دل‌بستگی مادر به جنین می‌باشد (۱۶)، دل‌بستگی مادر به جنین بیانگر یک ارتباط عاطفی هیجانی بین مادر و جنین است که یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت مادر و جنین می‌باشد و نشان‌دهنده کارآمدی مادر در مراقبت از نوزاد و ایفای نقش مادری است (۱۶، ۱۸، ۱۹) و به‌عنوان عامل حیاتی جهت تکامل هیجانی کودک از آن یاد شده است (۲۰). دل‌بستگی مادر به جنین در سازگاری و تطابق مطلوب مادر با بارداری، ایجاد اعتمادبه‌نفس و انگیزه برای مادر شدن، تغذیه انحصاری با شیر مادر و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد نقش مهمی ایفا می‌کند (۲۱). کوشش در جهت ارتقاء کیفیت روابط زناشویی خصوصاً در بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده می‌تواند به دل‌بستگی مادر به فرزندش و سالم‌سازی فضای خانواده کمک کند (۱۵).

3. William Glaser

مطمئن نیستیم "۳"، خیر "۴"، قطعاً خیر "۵"، که دارای حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده است. امتیاز بالاتر نمایانگر دل‌بستگی بیشتر است (۲۳). زیر مقیاس‌های موردسنجش در این پرسشنامه شامل: تعامل با جنین (سؤالات ۱، ۷، ۱۷، ۲۰، ۲۴)، تمایز بین خود و جنین (سؤالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳)، پذیرش نقش مادری (سؤالات ۴، ۸، ۱۸، ۱۹)، ازخودگذشتگی (سؤالات ۲، ۱۱، ۱۵، ۲۲، ۲۳) و نسبت دادن خصوصیات به جنین (سؤالات ۶، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۲۱) بود (۲۴). روایی مقیاس دل‌بستگی مادر به جنین از طریق اعتبار ظاهری و سپس از طریق روایی محتوی و پایایی آن با آلفاکرونباخ ۰/۸۳ توسط کرانلی تأیید شده است (۲۳). این پرسشنامه توسط خرم رودی در سال ۱۳۸۰ در ایران ترجمه شده است و روایی آن به روش محتوا و پایایی آن با آزمون-بازآزمون مجدد و با ضریب همبستگی $r=0.85$ مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). پایایی زیر مقیاس‌ها نیز از ۰/۵۲ تا ۰/۷۳ گزارش شد (۲۴). داده‌های این مطالعه از طریق آزمون‌های مناسب آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نهایت در قالب جداول جمع‌بندی و گزارش شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه بارداری خواسته $25/86 \pm 5/91$ کمتر از گروه‌های بارداری ناهنگام $26/13 \pm 5/56$ و بارداری ناخواسته $34/10 \pm 4/94$ بود. آزمون تحلیل واریانس تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر سن نشان داد ($P < 0.001$). میانه و صدک اول و سوم سن همسران در گروه بارداری ناخواسته (۳۱/۵-۴۵) بیشتر از بارداری خواسته (۳۰/۲۵-۲۹/۲۵) و بارداری ناهنگام (۳۲-۲۹) گزارش شد. آزمون کروسکال والیس تفاوت آماری معناداری بین سه گروه از نظر سن همسران و مدت‌زمان تأهل نشان داد ($P < 0.001$).

فراوانی زنان شاغل در گروه بارداری ناخواسته (۱۵ نفر) بیشتر از گروه بارداری خواسته (۹ نفر) و بارداری ناهنگام (۱۲ نفر) بود. این تفاوت بین سه گروه بر اساس آزمون مجذور کای از نظر آماری معنی‌دار نبود. اکثر مردان در هر سه گروه شغل آزاد داشتند. همچنین بین سه گروه از نظر تحصیلات زنان و تحصیلات همسران تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). فراوانی شرکت‌کنندگان با سطح اجتماعی اقتصادی بالا در گروه بارداری خواسته ۵۴ درصد، بارداری ناهنگام ۶۸ درصد و بارداری ناخواسته ۳۸ درصد بود. بر اساس آزمون مجذور کای از نظر سطح اجتماعی اقتصادی بین سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/011$).

اکثریت زنان گروه بارداری خواسته (۴۸ درصد) یک بار، گروه بارداری ناهنگام (۴۶ درصد) دو بار و گروه بارداری ناخواسته (۸۲

خود یا همسر، عدم مصرف داروهای مؤثر بر عملکرد جنسی در خود یا همسر بود. همچنین تکمیل ناقص پرسشنامه به صورتی که بیش از ۲۰ درصد سؤالات بدون پاسخ بماند، به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. سپس از مادرانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، در هر گروه ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و ابزار جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت خود گزارش دهی تکمیل شد. حجم نمونه بر اساس نتایج پایلوت انجام شده در مطالعه صادقی صاحب زاده و همکاران مبنی بر همبستگی ۰/۴۶۵ بین رضایت زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین (۱۶)، میزان خطا ۵ درصد و توان ۹۰ درصد در هر گروه ۴۴ نفر تعیین شد که با توجه به احتمال ۵ درصد عدم مشارکت، در هر یک از گروه‌های بارداری خواسته، ناهنگام و ناخواسته ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند.

ابزار پژوهش شامل چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی گلاسر و پرسشنامه دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی بود. پرسشنامه ۴۶ سؤالی کیفیت روابط زناشویی بر اساس تئوری انتخاب ویلیام گلاسر به‌منظور سنجش میزان استفاده از رفتارهای مخرب در رابطه زناشویی طراحی شده است. رفتارهای مخرب موردسنجش در این پرسشنامه شامل انتقاد، سرزنش، غرغر، حق حساب دادن، تهدید، تنبیه، گله و شکایت می‌باشد. به هر سؤال در یک طیف ۵ تایی (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) از ۱ تا ۵ امتیاز داده می‌شود. در مجموع دامنه امتیازات برای نمره کل کیفیت روابط زناشویی بین ۴۶ تا ۲۳۰ می‌باشد. جمع امتیازات میزان کلی استفاده از رفتارهای تخریب‌گر را در رابطه زناشویی نشان می‌دهد. رفتارهای موردسنجش در این پرسشنامه شامل انتقاد (سؤالات ۱، ۲، ۹، ۱۰، ۱۴، ۳۱، ۳۶، ۴۰)، غرغر (سؤالات ۳، ۵، ۱۱، ۱۱، ۲۱، ۲۴، ۳۹، ۴۱)، سرزنش (سؤالات ۴، ۷، ۸، ۳۰، ۳۲، ۳۷)، تهدید (سؤالات ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۳۴، ۴۴)، تنبیه (سؤالات ۱۳، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۴۲، ۴۳)، گله و شکایت (سؤالات ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۳۳، ۳۸) و حق حساب دادن (سؤالات ۱۲، ۱۷، ۲۸، ۳۵، ۴۵، ۴۶) بود. مجموع نمرات بالاتر نشانگر کیفیت روابط زناشویی بدتر است. اعتباریابی این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ توسط محمدی و همکاران از روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵، عامل انتقاد ۰/۸۲، عامل غرغر ۰/۷۶، سرزنش ۰/۷۸، تهدید ۰/۸۳، تنبیه ۰/۸۲، گله و شکایت ۰/۷۱ تأیید شده است. روایی این مقیاس به سه روش روایی محتوی، روایی سازه و روایی ملاکی از روایی نسبتاً بالایی برخوردار بوده است (۲۲).

پرسشنامه دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی دارای ۲۴ عبارت است که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است (قطعاً بلی "۵"، بلی "۴"، مطمئن نیستیم "۳"، خیر "۲"، قطعاً خیر "۱"). فقط در مورد عبارت بیست و دوم، نمره‌گذاری برعکس انجام شد (قطعاً بلی "۱"، بلی "۲"،

۲۲ درصد افراد در گروه بارداری خواسته، ۶۰ درصد افراد گروه بارداری نابهنگام و ۸۴ درصد افراد با بارداری ناخواسته از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. بین سه گروه از نظر استفاده از روش پیشگیری از بارداری و نوع روش پیشگیری تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.001$) (جدول شماره ۱).

درصد سه بار و بیشتر باردار شده بودند. بر اساس آزمون مجذور کای بین سه گروه از نظر دفعات بارداری تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.001$). از نظر تعداد فرزندان اکثریت زنان در گروه بارداری خواسته بدون فرزند (۵۶ درصد) و در گروه‌های بارداری نابهنگام (۶۲ درصد) و ناخواسته (۶۶ درصد) یک تا دو فرزند داشتند. بر اساس آزمون مجذور کای بین سه گروه از نظر تعداد فرزندان تفاوت آماری معنی‌داری گزارش شد ($P < 0.001$).

جدول (۱): اطلاعات دموگرافیک و مامایی شرکت‌کنندگان در سه گروه

P Value	بارداری ناخواسته		بارداری نابهنگام		بارداری خواسته		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0.001	۴/۹۴	۳۴/۱۰	۵/۵۶	۲۶/۱۲	۵/۹۱	۲۵/۸۶	سن (سال)
<0.001	۳۱/۵۰-۴۵	۳۷/۵۰	۲۴-۳۲	۲۹/۰۰	۲۵-۳۰/۲۵	۲۹/۰۰	سن همسر (سال)×
۰/۳۷۳	۷۰/۰	۳۵	۷۶/۰	۳۸	۸۲/۰	۴۱	خانه‌دار
	۳۰/۰	۱۵	۲۴/۰	۱۲	۱۸/۰	۹	شاغل
۰/۵۰۶	۲۴	۱۲	۳۰	۱۵	۲۰	۱۰	کارمند
	۷۶	۳۸	۷۰	۳۵	۸۰	۴۰	آزاد
<0.001	۲۸	۱۴	۸	۴	۴	۲	ابتدایی
	۵۰	۲۵	۲۲	۱۱	۴۰	۲۰	تحصیلات راهنمایی/متوسطه
	۱۸	۹	۴۶	۲۳	۳۰	۱۵	مادر باردار×× دیپلم
<0.001	۴	۲	۲۴	۱۲	۲۶	۱۳	دانشگاهی
	۴۲	۲۱	۱۴	۷	۱۴	۷	ابتدایی
	۳۲	۱۶	۲۴	۱۲	۱۶	۸	تحصیلات همسر راهنمایی/متوسطه
۰/۰۱۱	۱۴	۷	۳۴	۱۷	۴۶	۲۳	دیپلم ××
	۱۲	۶	۲۸	۱۴	۲۴	۱۲	دانشگاهی
	۳۸	۱۹	۶۸	۳۴	۵۴	۲۷	وضعیت اقتصادی طبقه اول- دوم
<0.001	۶۲	۳۱	۳۲	۱۶	۴۶	۲۳	اجتماعی×× طبقه سوم-چهارم
	۶	۳	۳۴	۱۷	۴۸	۲۴	یک بار
	۱۲	۶	۴۶	۲۳	۳۶	۱۸	دفعات بارداری دو بار
۰/۸۴۷	۸۲	۴۱	۲۰	۱۰	۱۶	۸	بیشتر مساوی سه بار
	۱۴	۷	۱۲	۶	۱۶	۸	سابقه سقط (بلی)×
	۶	۳	۳۸	۱۹	۵۶	۲۸	بدون فرزند
<0.001	۶۶	۳۳	۶۲	۳۱	۴۴	۲۲	تعداد فرزندان یک تا دو فرزند
	۲۸	۱۴	۰	۰	۰	۰	بیشتر مساوی سه
	۸۴	۴۲	۶۰	۳۰	۲۲	۱۱	پیشگیری از بارداری (بلی)××
<0.001	۱۶	۸	۴۰	۲۰	۷۸	۳۹	بدون روش
	۲۲	۱۱	۲۶	۱۳	۶	۳	کاندوم
	۳۲	۱۶	۳۰	۱۵	۶	۳	طبیعی
	۳۰	۱۵	۴	۲	۱۰	۵	سایر روش‌ها

× میانه و صدک اول - سوم×× تعداد درصد

سرزنش تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$). همچنین بر اساس آزمون کروسکال والیس بین سه گروه از نظر نمره کل کیفیت روابط زناشویی و سایر زیر مقیاس‌های تهدید، تنبیه و گله و شکایت تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول شماره ۲).

پس‌ازاینکه میانگین زیر مقیاس‌های هفت‌گانه کیفیت روابط زناشویی بر اساس تعداد سؤالات هر حیطة استاندارد شد بیشترین نمره در بارداری خواسته مربوط به انتقاد (۸ سؤال)، در بارداری نابهنگام مربوط به حق حساب دادن (۶ سؤال) و در بارداری ناخواسته مربوط به زیر مقیاس گله و شکایت (۵ سؤال) بود. بر اساس آزمون آنالیز واریانس بین سه گروه از نظر انتقاد، غرغر، حق حساب دادن و

جدول (۲): مقایسه میزان کیفیت روابط زناشویی بین سه گروه

P Value	گروه بارداری ناخواسته		گروه بارداری نابهنگام		گروه بارداری خواسته		گروه متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0.001	۴/۷۴	۲۳/۲۰	۳/۳۳	۱۹/۷۲	۳/۳۰	۱۶/۶۸	انتقاد
<0.001	۳/۵۰	۲۰/۷۴	۳/۳۹	۱۷/۴۰	۳/۰۲	۱۲/۷۲	غرغر
<0.001	۳/۴۷	۱۷/۹۴	۳/۸۰	۱۵/۹۶	۲/۹۶	۱۱/۸۰	حق حساب دادن
<0.001	۳/۳۰	۱۶/۷۴	۳/۱۳	۱۳/۱۰	۲/۵۱	۹/۷۰	سرزنش
<0.001	۱۲/۷۵-۱۸	۱۶/۵۰	۸/۷۵-۱۵	۱۱	۷-۹	۸	تهدید*
<0.001	۱۷-۲۴	۲۰	۱۲-۱۷/۲۵	۱۴/۵۰	۱۰-۱۲/۲۵	۱۱	تنبیه*
<0.001	۱۲-۱۷	۱۵	۹-۱۳/۲۵	۱۱	۷-۹	۸	گله و شکایت*
<0.001	-۱۴۶/۲۵ ۱۱۶/۲۵	۱۲۷/۵۰	۸۷-۱۲۰/۲۵	۱۰۱/۵۰	۶۹/۷۵-۸۴	۷۷	نمره کل *

برای متغیرهای کمی که با علامت * مشخص شده‌اند میانه و صدک اول سوم گزارش شده است.

آزمون‌های آنالیز واریانس و کروسکال والیس بین سه گروه بارداری تفاوت آماری معنی‌داری از نظر نمره کل دل‌بستگی مادر به جنین و زیر مقیاس‌های آن وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول شماره ۳).

با در نظر گرفتن تعداد سؤالات هر حیطة، بیشترین نمره دل‌بستگی در هر سه گروه مربوط به نقش مادری بود. بر اساس

جدول (۳): مقایسه میزان دل‌بستگی مادر به جنین بین سه گروه

P Value	گروه بارداری ناخواسته		گروه بارداری نابهنگام		گروه بارداری خواسته		گروه متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0.001	۷-۱۰	۹	۱۰-۱۴	۱۱/۵۰	۱۴-۱۹	۱۷	تعامل با جنین*
<0.001	۲/۷۹	۱۰/۹۴	۲/۸۵	۱۳/۲۲	۲/۲۴	۱۶/۲۲	نقش مادری
<0.001	۲/۹۴	۱۳/۴۶	۳/۰۸	۱۵/۶۴	۲/۵۸	۱۹/۱۶	از خودگذشتگی
<0.001	۱۰/۷۵-۱۳	۱۲	۱۲-۱۷	۱۴	۱۹-۲۲	۲۱	نسبت دادن خصوصیات به جنین*
<0.001	۲/۵۳	۱۰/۸۶	۲/۹۲	۱۳/۱۶	۲/۱۸	۱۵/۲۸	تمایز بین خود و جنین
<0.001	۱۱/۱۴	۵۶/۵۶	۱۲/۰۵	۶۸/۶۰	۹/۸۲	۸۷/۶۸	نمره کل

برای متغیرهایی که با * مشخص شده است میانه و صدک اول سوم گزارش شده است.

طبق آزمون اسپیرمن بین زیر مقیاس‌های غرغر و تمایز بین خود و جنین، بین تهدید و تمایز بین خود و جنین و بین تهدید و از خودگذشتگی ارتباط آماری معکوس معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۴).

در بارداری‌های خواسته بر اساس آزمون‌های اسپیرمن و پیرسون بین نمره کل دل‌بستگی مادر به جنین با هیچ‌یک از متغیرهای انتقاد، غرغر، سرزنش، تهدید، تنبیه، گله و شکایت و نمره کل روابط تخریب‌گر زناشویی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

جدول (۴): ارتباط کیفیت روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین در هر یک از سه گروه بارداری

گروه	کیفیت روابط زناشویی	دل‌بستگی مادر به جنین											
		تعامل با جنین*		تمایز بین خود و جنین		پذیرش نقش مادری		نسبت دادن خصوصیات به جنین*		از خودگذشتگی		نمره کل	
		P Value	r	P Value	r	P Value	r	P Value	r	P Value	r	P Value	R
بارداری خواسته	انتقاد	۰/۳۸	-۰/۱۲	۰/۹۰	۰/۰۱	۰/۶۹	-۰/۰۵	۰/۷۴	-۰/۰۴	۰/۵۰	-۰/۰۹	۰/۶۱	-
	غرغر	۰/۶۲	۰/۰۷	۰/۰۵	-۰/۲۷	۰/۳۵	۰/۱۳	۰/۷۴	-۰/۰۴	۰/۵۷	-۰/۰۸	۰/۶۷	-
	حق حساب دادن	۰/۲۹	۰/۱۵	۰/۳۱	۰/۱۴	۰/۹۸	۰/۰۰۴	۰/۵۴	۰/۰۸	۰/۷۰	۰/۰۵	۰/۶۱	-
	سرزنش	۰/۷۳	-۰/۰۴	۰/۱۶	-۰/۲۰	۰/۸۲	-۰/۰۳	۰/۵۵	-۰/۰۸	۰/۰۸	-۰/۲۴	۰/۶۱	-
	تهدید*	۰/۶۰	۰/۰۷	۰/۰۲	-۰/۳۱	۰/۹۶	۰/۰۰۷	۰/۶۹	۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۳۰	۰/۵۷	-
	تنبیه*	۰/۷۹	-۰/۰۳	۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۷۰	-۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۳	۰/۳۵	-۰/۱۳	۰/۶۱	-
	گله و شکایت*	۰/۹۵	۰/۰۸	۰/۴۲	-۰/۱۱	۰/۴۲	۰/۱۱	۰/۵۷	-۰/۰۸	۰/۱۷	-۰/۱۹	۰/۶۱	-
	نمره کل*	۰/۹۳	-۰/۰۱	۰/۰۸	-۰/۲۴	۰/۸۳	۰/۰۳	۰/۹۵	-۰/۰۰۸	۰/۴۲	-۰/۱۱	۰/۶۱	-
بارداری ناهنگام	انتقاد	۰/۲۵	-۰/۱۶	۰/۸۷	-۰/۰۲	۰/۰۰۷	-۰/۳۸	۰/۱۷	-۰/۱۹	۰/۰۰۱	-۰/۴۶	۰/۶۱	-
	غرغر	۰/۰۷	-۰/۲۵	۰/۷۶	-۰/۰۴	۰/۰۸	-۰/۲۴	۰/۱۸	-۰/۱۹	۰/۰۵	-۰/۲۷	۰/۶۱	-

۷۷/۰	۷۷/۰	۰/۱۰	-۰/۲۳	۰/۲۶	-۰/۱۶	۰/۰۴	-۰/۲۸	۰/۷۲	۰/۰۵	۰/۲۳	-۰/۱۷	حق حساب دادن
۱۰۰/۰	۸۵/۰	۰/۰۰۱	-۰/۴۴	۰/۰۸	-۰/۲۴	۰/۰۱	-۰/۳۶	۰/۱۵	-۰/۲۰	۰/۰۵	-۰/۲۷	سرزنش
۵۰/۰	۰/۰	۰/۰۰۱	-۰/۴۶	۰/۱۴	-۰/۲۰	۰/۰۰۹	-۰/۳۶	۰/۰۳	-۰/۳۰	۰/۰۲۵	-۰/۳۱	تهدید*
۶۰/۰	۶۵/۰	۰/۰۰۷	-۰/۳۷	۰/۴۷	-۰/۱۰	۰/۱۶	-۰/۱۹	۰/۱۸	-۰/۱۹	۰/۱۳	-۰/۲۱	تنبیه*
۶۰/۰	۶۵/۰	۰/۱۳	-۰/۲۱	۰/۰۴	-۰/۲۸	۰/۱۹	-۰/۱۸	۰/۵۰	-۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۲۴	گله و شکایت*
۱۰/۰	۵۳/۰	۰/۰۰۵	-۰/۳۹	۰/۱۷	-۰/۱۹	۰/۰۳	-۰/۳۰	۰/۲۰	-۰/۱۸	۰/۰۶	-۰/۲۶	نمره کل*
۱۰/۰	۵۳/۰	۰/۰۵	-۰/۲۷	۰/۲۳	-۰/۱۷	۰/۰۰۴	-۰/۴۰	۰/۰۴	-۰/۲۹	۰/۱۰	-۰/۲۳	انتقاد
۶۰/۰	۷۳/۰	۰/۰۴	-۰/۲۸	۰/۴۲	-۰/۱۱	۰/۰۱	-۰/۴۷	<۰/۰۰۱	-۰/۵۰	۰/۴۵	-۰/۱۰	غرغر
۱۰۰/۰	۵۳/۰	۰/۰۰۸	-۰/۳۷	۰/۷۹	-۰/۰۳	۰/۰۰۵	-۰/۳۹	۰/۰۱	-۰/۳۴	۰/۰۴	-۰/۲۹	حق حساب دادن
۱۰/۰	۵۳/۰	۰/۲۴	-۰/۱۶	۰/۴۷	-۰/۱۰	۰/۰۰۲	-۰/۴۳	۰/۰۰۵	-۰/۳۸	۰/۲۴	-۰/۱۶	سرزنش
۱۰/۰	۵۳/۰	۰/۰۴	-۰/۲۸	۰/۲۲	-۰/۱۷	۰/۰۴	-۰/۲۸	۰/۰۱	-۰/۳۳	۰/۳۳	-۰/۱۳	تهدید
۸۰/۰	۵۳/۰	۰/۲۱	-۰/۱۷	۰/۷۸	-۰/۰۴	۰/۰۱	-۰/۳۴	۰/۰۳	-۰/۲۹	۰/۴۴	-۰/۱۱	تنبیه
۷۰۰/۰	۶۳/۰	۰/۱۸	-۰/۱۹	۰/۶۴	-۰/۰۶	۰/۰۰۳	-۰/۴۰	<۰/۰۰۱	-۰/۴۹	۰/۱۸	-۰/۱۹	گله و شکایت
۱۰۰/۰	۵۳/۰	۰/۰۲	-۰/۳۲	۰/۳۹	-۰/۱۲	۰/۰۱	-۰/۴۸	۰/۰۰۱	-۰/۴۴	۰/۱۱	-۰/۲۲	نمره کل

بارداری ناخواسته

علامت × نشان دهنده غیر نرمال بودن متغیر می‌باشد.

از خودگذشتگی، بین حق حساب دادن و پذیرش نقش مادری، بین سرزنش و پذیرش نقش مادری، بین سرزنش و از خودگذشتگی، بین

در گروه بارداری نابهنگام طبق آزمون‌های اسپیرمن و پیرسون بین انتقاد و پذیرش نقش مادری، بین انتقاد و

به‌طوری‌که بیشترین نمره در هر سه گروه مربوط به زیر مقیاس نقش مادری بود.

بین کیفیت روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین در هر یک از گروه‌های بارداری ناخواسته و نابهنگام ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. بر اساس یافته‌های این مطالعه میزان رفتارهای مخرب ازدواج در سه گروه متفاوت گزارش شد به‌طوری‌که در گروه بارداری ناخواسته بیشتر از بارداری نابهنگام و بارداری خواسته بود. بالا بودن میزان رفتارهای مخرب ازدواج نشان می‌دهد کیفیت روابط زناشویی در بارداری خواسته بهتر از بارداری نابهنگام و بارداری ناخواسته می‌باشد. طبق مطالعات انجام شده بارداری و تغییرات حاصل از آن به‌ویژه در بارداری‌های ناخواسته بر روابط زناشویی تأثیر منفی دارد (۲۶-۲۸). در راستای یافته‌های حاصل از پژوهش، عنایتی و همکاران میزان رضایت زناشویی را با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در بارداری خواسته و در بارداری ناخواسته گزارش کردند که تفاوت بین دو گروه در سطح $p < 0.001$ معنی‌دار بود (۱۵). در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت مادری که بارداری وی از نوع خواسته باشد و برای حاملگی خود از قبل با همسرش برنامه‌ریزی کرده و رضایت خاطر دارد نگرش وی به بارداری و روابط زناشویی مثبت بوده و در طول دوران بارداری با همسر خود یاور و شریک می‌باشد و روابط زناشویی مطلوب‌تری را طی این دوران تجربه می‌کند. ولی در بارداری ناخواسته وضع بدین طریق نخواهد بود و عدم تمایل به بارداری منجر به افزایش رفتارهای مخرب ازدواج و کاهش کیفیت روابط زناشویی می‌شود. بارداری‌های ناخواسته و یا نابهنگام نگرانی‌هایی را در پی دارد که بدون شک بر کیفیت روابط زناشویی بی‌اثر نیست.

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه میزان دل‌بستگی مادر به جنین در گروه بارداری خواسته، نابهنگام و ناخواسته متفاوت گزارش شد. به‌طوری‌که دل‌بستگی مادران در بارداری خواسته بیشتر از سایر بارداری‌های نابهنگام و ناخواسته بود. با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان گفت نوع بارداری بر دل‌بستگی مادر به جنین تأثیر دارد (۱۷، ۲۹). همچنین دل‌بستگی مادر به جنین تحت تأثیر نخست‌باردار بودن و سن بارداری مادران قرار می‌گیرد. مطالعات حاکی از آن است که با افزایش سن بارداری به دلیل تعامل بیشتر مادر با جنین و درک حرکات جنین دل‌بستگی مادر به جنین تغییر می‌کند (۱۷، ۲۴، ۳۰). جمشیدی منش و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان رفتارهای دل‌بستگی مادر به جنین و عوامل مرتبط با آن نشان دادند نوع بارداری بر میزان دل‌بستگی مادر به جنین مؤثر است. بر اساس مطالعه آنان میزان دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری خواسته بیشتر از بارداری ناخواسته گزارش شد (۳۰) که با نتایج حاصل از مطالعه ما هم‌خوانی دارد. تفاوت اندک در میانگین گزارش شده در

تهدید و تعامل با جنین، بین تهدید و تمایز بین خود و جنین، بین تهدید و پذیرش نقش مادری، بین تهدید و ازخودگذشتگی، بین تنبیه و ازخودگذشتگی، بین گله و شکایت و نسبت دادن خصوصیات به جنین، بین نمره کل کیفیت روابط زناشویی و پذیرش نقش مادری و بین نمره کل کیفیت روابط زناشویی و ازخودگذشتگی ارتباط آماری معکوس معنی‌دار وجود داشت. بر اساس آزمون پیرسون بین دل‌بستگی مادر به جنین و انتقاد، غرغر، سرزنش ارتباط آماری معکوس معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین دل‌بستگی مادر به جنین و تهدید و نمره کل روابط تخریب‌گر زناشویی ارتباط آماری معنی‌دار گزارش شد (جدول شماره ۴).

در گروه بارداری ناخواسته طبق آزمون‌های اسپیرمن و پیرسون بین دل‌بستگی مادر به جنین و انتقاد، غرغر، حق حساب دادن، سرزنش، تهدید، گله و شکایت و نمره کل روابط تخریب‌گر زناشویی ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین انتقاد و تمایز بین خود و جنین، بین انتقاد و پذیرش نقش مادری، بین غرغر و تمایز بین خود و جنین، بین غرغر و پذیرش نقش مادری، بین غرغر و ازخودگذشتگی، بین حق حساب دادن و تعامل با جنین، بین حق حساب دادن و تمایز بین خود و جنین، بین حق حساب دادن و پذیرش نقش مادری، بین سرزنش و تمایز بین خود و جنین، بین سرزنش و ازخودگذشتگی، بین سرزنش و تمایز بین خود و جنین، بین تهدید و تمایز بین خود و جنین، بین تهدید و پذیرش نقش مادری، بین تهدید و ازخودگذشتگی، بین تنبیه و تمایز بین خود و جنین، بین تنبیه و پذیرش نقش مادری، بین گله و شکایت و تمایز بین خود و جنین، بین گله و شکایت و پذیرش نقش مادری، بین نمره کل و تمایز بین خود و جنین، بین نمره کل و پذیرش نقش مادری و بین نمره کل و ازخودگذشتگی ارتباط آماری معکوس و معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۴).

بحث

میزان نمره کل کیفیت روابط زناشویی و زیر مقیاس‌های آن شامل هفت رفتار مخرب انتقاد، غرغر، سرزنش، حق حساب دادن، تهدید، تنبیه و گله و شکایت بین سه گروه بارداری خواسته، نابهنگام و ناخواسته متفاوت گزارش شد. بیشترین نمره در گروه بارداری خواسته، نابهنگام و ناخواسته به ترتیب مربوط به انتقاد، حق حساب دادن و گله و شکایت بود.

میزان نمره کل دل‌بستگی مادر به جنین و زیر مقیاس‌های تعامل با جنین، نقش مادری، ازخودگذشتگی، نسبت دادن خصوصیات به جنین و تمایز بین خود و جنین بین سه گروه بارداری خواسته، بارداری نابهنگام و بارداری ناخواسته متفاوت گزارش شد

بارداری ناخواسته به نظر می‌رسد به دلیل در نظر گرفتن شرکت‌کنندگان با سن بارداری بیش از ۲۰ هفته، حذف دو سؤال از پرسشنامه دل‌بستگی کرانلی و عدم توجه به بارداری‌های نابهنگام می‌باشد. که تأثیر سن بارداری بر میزان دل‌بستگی نیز در همین مطالعه به اثبات رسیده است (۳۰). ترشیزی نیز میزان دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری خواسته اندکی کمتر از بارداری ناخواسته گزارش کرد که از نظر آماری معنی‌دار نبود و با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت (۱۷). به نظر می‌رسد در صورت در نظر گرفتن مادران در سه ماهه اول بارداری، نتایج متفاوت‌تری نیز گزارش شود. طبق نتایج به‌دست‌آمده دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری‌های خواسته بیشتر از بارداری نابهنگام و ناخواسته بوده و رفتارهایی نظیر تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین، نسبت دادن خصوصیات به جنین، پذیرش نقش مادری و ازخودگذشتگی را بیشتر از سایر مادران بروز می‌دهند. واضح است مادری که خودش قصد و برنامه‌ریزی برای بارداری دارد انگیزه بیشتری برای تحمل بارداری، تولد نوزاد و تجربه مادر شدن داشته و به جنین خود علاقه‌مندتر است و دل‌بستگی بیشتری ابراز می‌کند.

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش بین کیفیت روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری خواسته ($r = -0.098$) و بارداری‌های ناخواسته (مجموع بارداری نابهنگام و ناخواسته) ($r = -0.592$) ارتباط معکوس وجود داشت و این ارتباط فقط در گروه بارداری ناخواسته معنی‌دار بود ($p < 0.001$). بدین‌صورت که با افزایش میزان رفتارهای مخرب ازدواج در گروه بارداری ناخواسته میزان دل‌بستگی مادر به جنین نیز کاهش یافت. از آنجایی که رفتارهای مخرب روابط زناشویی در گروه بارداری ناخواسته بیشتر است و میزان دل‌بستگی مادر به جنین نیز کمتر می‌باشد؛ لذا رفتارهای مخرب در این گروه بیشتر از سایر گروه‌ها، دل‌بستگی مادر به جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌طور کلی مادرانی که رفتارهای مخرب بیشتری استفاده کردند میزان دل‌بستگی به جنینشان کمتر گزارش شد. این ارتباط می‌تواند به دلیل نقش بارز همسر در حمایت از زن باردار باشد. بر اساس نتایج حاصل به نظر می‌رسد در بارداری‌های خواسته هم رفتارهای مخرب روابط زناشویی کمتر است و هم دل‌بستگی مادر به جنین بیشتر است در نتیجه رفتارهای مخرب به‌راحتی بر روی دل‌بستگی مادر به جنین تأثیری نمی‌گذارد. صادقی صاحب زاده و همکاران میزان رضایت زناشویی را با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی ناتان ای گزارش کردند که بر این اساس دل‌بستگی مادر به جنین بر رضایت زناشویی مؤثر است و ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۱۶). نتایج حاصل با یافته‌های پژوهش حاضر هم سو است. همچنین ترشیزی در پژوهش خود نشان داد بین رضایت از زندگی زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط

معنی‌داری وجود دارد ($p = 0.02$) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۱۷). در مطالعه عباسی و همکاران نیز بین دل‌بستگی مادر به جنین و علاقه به همسر همبستگی وجود داشت (۱۹). در این زمینه به لوم ذکر کرده است بین دل‌بستگی و رضایت‌مندی از روابط زناشویی رابطه مثبت وجود دارد (۳۱). مسلماً تغییرات روان‌شناختی و جسمانی دوران بارداری بر رضایت زناشویی مؤثر است (۱۴). پس منطقی به نظر می‌رسد زمانی که زن باردار توسط همسرش مورد حمایت قرار گیرد صمیمیت، درک متقابل و پایداری منجر به ایجاد احساسات خوشایند شده و مادر باردار آسان‌تر خواهد توانست تغییرات بارداری را بپذیرد که این امر تأثیر بسزایی بر روی ارتقاء دل‌بستگی مادر به جنین دارد.

نتیجه‌گیری

بین کیفیت روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین در گروه بارداری نابهنگام و ناخواسته ارتباط معنی‌داری گزارش شد. هر چه میزان رفتارهای مخرب ازدواج بیشتر باشد دل‌بستگی مادر به جنین کمتر است که این یافته لزوم توجه بیشتر به روابط زوجین در جهت بهبود روابط زناشویی، تأمین دل‌بستگی مادر به جنین و سلامتی مادر و فرزند را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های این پژوهش باید از راه‌های صحیح و اصولی به آموزش زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی در خصوص راه‌های پیشگیری از بارداری پرداخت تا بتوان عوارض جسمی و روان‌شناختی ناشی از یک بارداری ناخواسته را به حداقل رساند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر را می‌توان این‌گونه ذکر کرد که چون گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بوده و یافته‌های تحقیق حاصل اظهارات واحدهای پژوهش می‌باشد، احتمال کاهش دقت در پاسخگویی به دلایل مختلف مانند نگرانی و شرایط بارداری وجود داشته که پژوهشگر سعی نمود تا با فراهم نمودن شرایط مناسب این محدودیت را تا حدی کنترل نماید.

کاربرد یافته‌ها در بالین:

نتایج این مطالعه به شناسایی مشکلات مربوط به کیفیت روابط زناشویی و دل‌بستگی مادر به جنین و انجام اقدامات و مداخلات مناسب در دوران بارداری کمک می‌کند که می‌تواند نقش حمایتی قابل‌توجهی در پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی، تنش‌ها و مشاجرات زناشویی دوران بارداری داشته باشد و در ادامه به ارتقاء کیفیت زندگی خانواده کمک کند. لذا با توجه به اهمیت نقش کیفیت روابط زناشویی در استحکام خانواده و توسعه سلامت، کاربرد یافته‌های این پژوهش در سطوح بالینی، آموزشی، مدیریتی و مشاوره‌ای می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد

تشکر و قدردانی

این مطالعه به‌عنوان طرح دانشجویی (A-11-980-12) بود که پروتکل آن توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زنجان (ZUMS.REC.1396.198) تأیید گردید و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی زنجان اجرا شد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، همکاری صمیمانه کارکنان مراکز بهداشت و مادران شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌شود که مقیاس "کیفیت روابط زناشویی" روی افرادی که به دلیل مشکلات زناشویی به کلینیک‌ها و مراکز درمانی مراجعه می‌کنند نیز اجرا گردد تا کاربرد آن برای مقاصد بالینی روشن‌تر شود. از طرفی انتظار می‌رود مقیاس حاضر در جمعیت غیردانشگاهی و نمونه‌های آماری مختلف مورد استفاده قرار گیرد، تا نتایج این‌گونه تحقیقات جامعیت بیشتری پیدا کند و از طرف دیگر گویایی و قابلیت درک سؤالات برای جمعیت عادی موردسنجش قرار گیرد.

References

- 1-Omani-Samani R, Ranjbaran M, Mohammadi M, Esmailzadeh A, Sepidarkish M, Maroufizadeh S, et al. Impact of unintended pregnancy on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol India* 2019;69(2): 136-41.
- 2-Moosazadeh M, Nekoeimoghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta analysis. *Int J Health Plann Manage* 2014;29(3): e277-e90.
- 3-Wellings K, Jones K, N Mercer C, Tanton C, Cilifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factor in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013;382(30): 1807-16.
- 4-Zaheri F, Ranayy F, Hasheminasab L, Karimi R, Shahoo R. Unwanted pregnancy and its related factors in pregnant women referred to health centers of Sanandaj in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;17(132): 10-5.
- 5-Kazemi A, Kousha A, Tadayon P, Mousavinasab N. Prevalence and causes of unwanted pregnancy in 500 pregnant women referred to hospitals of Zanjan city in 2000. *J Zanjan Univ Med Sci* 2001;9(37): 39-45.
- 6-Araban M, Bahrami N, Karimian Z, khasaeiyan S. Comparison of unintended and intended pregnancy outcomes. *Journal of School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2013;22(78): 54-60.
- 7-Karamy K, Mardany A. Relationship between mental health and quality of life in pregnant women. *Quarterly Journal of Health Breeze* 2014; 2(1): 10-7.
- 8-Bahadoran P, Mohamadirizi S. Relationship between physical activity and quality of life in pregnant women. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015;20(2): 282.
- 9-Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. *J Clin Nurs Midwife* 2014;3(3): 63-9.
- 10-Ayles C. *Biographical Determinants of Marital Quality*. Rosebery Avenue London. 2004: 5-15.
- 11-Nourani S, Jonaidy E, Shakeri M, Mokhber N. Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinics in Mashad. *J Reprod Infertility* 2010;10(4): 269-77.
- 12-Glasser W. *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. Harper Collins; 2010.
- 13-Glasser W, Glasser C. *Staying together: the control theory guide to a lasting marriage*. 15th Ed. Tehran: Saye Sokhan; 2016.
- 14-Aghayosefi Ar, Moradi K, Safari Na, Ghazi S, Amiri F. The study of relationship between marital satisfaction with physical problems during pregnancy and the related factors in pregnant women of Khorramabad city. *Quarterly Research Journal Of Lorestan University Of Medical Sciences* 2011; 13(1): 125-34.
- 15-Enayati M, Abdulrahmi F. Comparison of Mental Health and Marital Satisfaction of Women with Wanted Pregnancy and Unwanted Pregnant Women in Ahwaz. *New findings in psychology* 2009;2(6): 66-80.

- 16-Sadeghi Sahibzadeh E, baghdari N, Kheyrikhah M. The Relationship between Marital Satisfaction and Social Support with Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women with a history of fetal or neonatal death. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014;17(106): 16-22.
- 17-Torshezi M. Different aspect of mother to child attachment behavior and some related factors in the women that refer to Birjand health center. J Birjand Univ Med Sci 2013;16(72): 13-27.
- 18-Weis K, Lederman R. Prenatal spousal military deployment and maternal prenatal adaptation as predictor of postpartum maternal-infant attachment. South J Nurs Res Soc 2010;10(3): 114-20.
- 19-Abasi E, Tafazoli M, Esmaili H. The Effect of Foetal Movement Counting on Primipara Maternal Foetal Attachment. J Mazand Univ Med Sci 2010;20(77): 53-60.
- 20-Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F. Comparison of maternal and paternal-fetal attachment in Turkish couples. Midwifery 2010;26 (2): e1-9.
- 21-Tafazoli M, Montakhab Asadi M, Aminyazdi A, Shakeri MT. Relationship between prenatal attachment and duration of exclusive breast feeding in primiparous women. J Neyshabur Univ Med Sci 2014; 2 (3): 67-75.
- 22-Mohammadi S, Pirkhaefi AR. Design, construction and validation of the quality of marriage, emphasizing Glaser's theory of choice. Quarterly Journal of Educational Measurement 2015;5(18): 45-76.
- 23-Cranley M. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res 1981;30(5): 281-4.
- 24-Teixeira MIF, Raimundo FMM, Antunes MCQ. Relation between Maternal-Fetal Attachment and Gestational Age and Parental Memories. Revista de Enfermagem Referência 2016;4(8): 85.
- 25-khoramrody R. The effect of mothers touch on Maternal Foetal Attachment. (Dissertation). Tehran: Iran University; 2000.
- 26-Tosun Güleröğlü F, Gördeles Beser N. Evaluation of sexual functions of the pregnant woman. J Sex Med 2014;11(1): 146-53.
- 27-Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics. 24th Ed. Mcgraw-hill; 2014.
- 28-Sagiv-Reiss D, Birnbaum G, Safir M. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Arch Sex Behav 2012;41(5): 1241-51.
- 29-Kordi M, Fasanghari M, Asgharipour N, Esmaily H. Effect of Guided Imagery on Maternal Fetal Attachment in Nulliparous Women with Unplanned Pregnancy. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2016;4(4): 723-31.
- 30-Jamshidimanesh M, Astaraki L, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-Fetal Attachment and its Associated Factors. Hayat 2012;18(5): 33-45.
- 31-Bloom C, Kathaleen C. Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998;27(4): 420-30.

EVALUATION OF THE QUALITY OF MARITAL RELATIONSHIP AND ITS RELATIONSHIP WITH MATERNAL-FETAL ATTACHMENT IN WANTED AND UNWANTED PREGNANCIES

Rhoghieh Kharaghani¹, Elnaz Yazdan parast², Azadeh Arasteh^{3*}

Received: 4 January, 2021; Accepted: 24 December, 2021

Abstract

Background & Aims: The process of motherhood affects the marital relationship and the mother's attachment to the fetus. Therefore, the present study was designed and conducted to determine the quality of marital relationship and its relationship with maternal-fetal attachment in wanted and unwanted pregnancies.

Materials & Methods: This descriptive-analytical comparative study was performed on 150 mothers with wanted and unwanted pregnancies referred to health centers in Zanjan in 2017. Data collection tools included demographic information checklist, Glasser Marital Relationship Quality Questionnaire, and Cranley Fetal Attachment Questionnaire (CMFAS). Data were analyzed by appropriate statistical tests (ANOVA, *Kruskal-Wallis*, Chi-Square, *Spearman*, *Pearson*) using SPSS 16 software.

Results: The total score of marital destructive behaviors in wanted pregnancies was lower than unintended and unwanted pregnancies ($p < 0.001$), results show that the quality of marital relations was favorable. The total score of maternal-fetal attachment in wanted pregnancies was higher than unintended and unwanted pregnancies and this difference between the groups was statistically significant ($p < 0.001$). There was also an inverse relationship between destructive behaviors of marriage and maternal attachment to the fetus in all three groups of wanted pregnancy ($r = -0.98$, $p = 0.49$), unintended pregnancy ($r = -0.341$, $p < 0.001$), and unwanted pregnancy ($r = -0.456$, $p = 0.015$).

Conclusion: Reducing the destructive behaviors of marriage can lead to an increase in the mother's attachment to the fetus in unwanted pregnancies and consequently improve the mother and child's mental health.

Keywords: Quality of Marital Relations, Maternal-Fetal Attachment, Wanted, Unwanted, Unintended Pregnancy

Address: Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran

Tel: +989155632474

Email: Azadearaste@bums.ac.ir

Copyright © 2021 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

² MSc. in Nursing Faculty member of Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran

³ MSc Counseling in Midwifery, Faculty member of Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran (Corresponding Author)