تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت‌مندی زناشویی زنان باردار

معصومه مَنگِلی*، طاهره رمضانی، صدیقه منگلی

چکیده

مقدمه: تغییرات جسمی و عاطفی دوران بارداری زمینه را برای مشاجرات خانوادگی و خشونت، که با خطراتی چون زایمان زودرس، نوزاد نارس و افسردگی بعد از زایمان همراه است، آماده می‌کنند. مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت‌مندی زناشویی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهداشتی- درمانی شهرستان شهر بابک انجام شده است.

روش‌ها: این پژوهش نیمه تجربی با طراحی یک گروهی قبل و بعد از آموزش انجام گرفت. داده‌ها به کمک پرسشنامه ENRICH (Enriching, Relationship, Issues, Communication, and Happiness) از ۱۱۲ زن باردار که معیارهای ورود به مطالعه را داشته به صورت تصادفی طبقه‌ای از سه مرکز بهداشتی نمونه‌گیری گردید. مداخله به صورت ارائه یک پمفلت آموزشی بود و رضایت زناشویی قبل و یک ماه بعد از مداخله گردآوری گشته و با بهره‌گیری از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های ویلکاکسون، t، من یو ویتنی، ANOVA و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: مقایسه میانگین نمرات، افزایش معنی‌داری، در بعد از دریافت اطلاعات نشان داد چنان که امتیاز رضایت‌مندی زناشویی از ۲۸±۱۶۸/۸ به ۲±۱۸/۲ ۱۸۷/۳ افزایش یافت. در مقایسه میانگین تفاوت نمرات بر حسب متغیرهای رتبه بارداری، سن بارداری، وضعیت اشتغال زن باردار و همسر او، نگرانی در مورد زیبایی و برخورداری از حمایت اطرافیان نیز تفاوت معنی‌داری دیده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق ضرورت آگاهی زوج‌ها از تغییرات طبیعی دوران بارداری را مطرح می‌سازد که با انجام این مهم، مراقبین بهداشتی می‌توانند نقش فعالی در افزایش رضایت‌مندی زناشویی داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: بارداری، آگاهی، تغییرات طبیعی، سازگاری، رضایت‌مندی زناشویی، پرسشنامه ENRICH.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز و زمستان ۱۳۸۷؛ ۸(۲): ۳۰۵ تا ۳۱۳.

مقدمه

رضایتمندی زناشویی حالتی است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت دارند(۱). این حالت تأثیرگرفته از موضوعات مختلفی همچون درک متقابل زن و شوهر از رفتار و ویژگی‌های یکدیگر، نگرش آنها نسبت به نقش ارتباط در زندگی زناشویی، نحوه حل تعارض‌ها و کشمکش‌ها، میزان رضایت از اداره مالی خانواده، توافق در نحوه استفاده از اوقات فراغت، خشنودی از روابط جنسی و عاطفی، توافق درباره داشتن فرزند و درک واقع‌گرایانه از تأثیر فرزندان بر روابط زناشویی، هماهنگی احساسات و علایق مربوط به دوستان و خویشاوندان، رضایت از نقش‌های مختلف زناشویی و اعتقادات و اعمال مذهبی در زندگی زناشویی می‌باشد(۲). در سال‌های اخیر، احساس

* **آدرس مکاتبه:** معصومه منگلی (مربی) گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهربابک، شهربابک. mmangeli12024@yahoo.com
طاهره رمضانی، مربی گروه روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (t_ramezani@kmu.ac.ir)؛ و صدیقه منگلی، مربی گروه پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهربابک.
این مقاله در تاریخ ۸۷/۵/۳۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۷/۹/۷ اصلاح شده و در تاریخ ۸۷/۱۱/۸ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

امنیت، آرامش وروابط صمیمانه میان مرد و زن به سستی گراییده و بسیاری از زوج‌ها در افکار و احساسات خود با نوعی عدم رضایت زناشویی مواجه هستند(۱) که بطور مستقیم و غیر مستقیم با مشکلات روانی و رفتاری زوجین و فرزندانشان و انواع انحرافات و نابهنجاری‌های اجتماعی در ارتباط می‌باشد(۳).

احساس رضایت‌مندی زناشویی در دوره‌های مختلف زندگی متفاوت است اما حاملگی بدون شک از مهم‌ترین حوادث زندگی هر زن به حساب می‌آید(٤). مشکلات جسمی، افسردگی، انزوا طلبی، اضطراب، ترس، بی‌ثباتی عاطفی، دوگانگی احساسات و اختلال در روابط جنسی که به دنبال حاملگی اتفاق می‌افتند، بر رضایت زناشویی مؤثر هستند. به دنبال بارداری، تغییراتی در تصور نسبت به خود، عقاید و ارزش‌ها، اولویت‌ها، الگوی رفتاری، ارتباط با دیگران، مهارت‌های حل مشکل و از عهده برآیی ایجاد می‌گردد(٥)، تمرکز زن باردار بر خود و جنین، توجه او نسبت به همسر و سایر فرزندان را کاهش داده و گاهی نیز موجبات دلخوری آنها را فراهم می‌سازد(٦)، به دلیل تغییر در میل جنسی و ترس از سقط و آسیب جنین روابط جنسی در این دوران کاهش می‌یابد(۷) و با تغییر شکل ظاهری بدن و احساس سنگینی، فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی زن باردار و تماس با دوستان و آشنایان به حداقل می‌رسد(٤)، افزایش نیازهای اقتصادی خانواده و زن باردار و تمهیدات ورود عضو جدید می‌تواند مشکلات مالی برای خانواده ایجاد کند(۸)، و همچنین، تغییر در وضعیت جسمی و روانی زن باردار می‌تواند به اجتناب از انجام تعهدات خانه‌داری و وظایف و نقش‌های معمول و بروز واکنش‌ها و رفتارهای نامطلوب منجر گردد(٤). بدین ترتیب کلیه ابعاد رضایت زناشویی به شکلی از بارداری تأثیر می‌پذیرند.

نتایج بررسی منگلی و زیمرمن (Zimmermann) بر این نکته تأکید دارد که میزان رضایت‌مندی زناشویی در دوران بارداری کاهش می‌یابد(۹و۱۰). همچنین بر اساس نتایج پژوهش صالحی و مهرعلیان، همسر آزاری اعم از روحی و روانی، جسمی و جنسی در زنان باردار از شیوع بالایی (٦۷/٥ درصد) برخوردار است(۱۱). مشاجرات شدید خانوادگی و خشونت در دوران بارداری با خطرات شدیدی همراه است که از مهم‌ترین این خطرات می‌توان به زایمان زودرس و نوزاد نارس و افسردگی پس از زایمان اشاره نمود(۱۱و۱۲). مطالعات انجام شده به منظور بررسی میزان آگاهی زوج‌ها از تغییرات دوران بارداری و تأثیر آن بر روابط زوج‌ها بیانگر اطلاعات ناقص و محدود آنها در این زمینه می‌باشد که در اکثر اوقات موجب کاهش رضایت‌مندی زناشویی می‌گردد(۹،۷و۱۳).

بر اساس نتایج مطالعه دیو (Deave) اطلاعات زوجین در خصوص نحوه انتقال به نقش والدی، تغییرات طبیعی دوران بارداری، تغییرات روابط زناشویی و مراقبت‌های خاص این دوران، ناچیز است(۱۳). شیران نوجی و روشنی‌نژاد نیز در بررسی که در سال ۱۳۷۷ در اسلامشهر انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بیش از نیمی از زنان باردار نسبت به روابط جنسی نگرش منفی داشته و دچار اختلال در روابط زناشویی در دوران بارداری گشته‌اند و ضرورت آموزش و مشاوره در مورد روابط جنسی دوران بارداری را مطرح ساخته‌اند(١٤). مطالعات دیگر هم به اختلال در روابط جنسی زوجین در دوران بارداری به دلیل ناآگاهی و ترس از آسیب‌رسانی به جنین اشاره می‌نمایند(۱٥تا۱۸). در پژوهش‌هایی به این نتیجه دست یافته‌اند که بیش از ٥۰ درصد زوج‌ها، اطلاعات لازم در مورد روابط زناشویی در دوران بارداری را ندارند و به همین دلیل دچار مشکلات متعددی در روابطشان می‌گردند(۱٦،۷و۱۸تا۲۱). اسچولز (Schulz) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت زوجینی که در دوران بارداری و بعد از زایمان، آموزشی در خصوص ویژگی‌ها و تغییرات این دوران دریافت نمی‌کنند، دچار کاهش رضامندی زناشویی می‌شوند(۲۲).

نگرش زن و شوهر نسبت به تغییرات جسمی و

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

عاطفی دوران بارداری بر روابط آنها مؤثر است و عدم آگاهی زوج‌ها از تغییرات طبیعی دوران بارداری باعث می‌گردد درست در زمانی که باید بیش از هر موقع دیگر به هم نزدیک باشند و به زندگی آینده خود فکر کنند، از لحاظ روانی از یکدیگر رانده شوند(۲۳). وجه مشترک تمامی پژوهش‌های مذکور، نیاز مبرم زوج‌ها به کسب اطلاعات در خصوص تغییرات دوران بارداری و نحوه برخورد با آنها است. تنها از طریق آموزش و ارائه اطلاعات کافی در زمینه تغییرات طبیعی دوران بارداری است که می‌توان احساس رضایت زوج‌ها را در این دوران فراهم نمود(٤و٢٤). با آموزش شیوه مناسب برخورد با موقعیت‌های تنش‌زای دوران بارداری می‌توان بهداشت روانی این دوران را بهبود بخشید(۲۵). با وجود این که در دوران حاملگی زنان از انگیزش بالایی برای یادگیری و تغییر رفتار برخوردار هستند(۲۵) و آموزش صحیح، که اساس مراقبت‌های پرستاری و مامایی را تشکیل می‌دهد، می‌تواند نقش مؤثری در تأمین و ارتقای سلامت جسمی و روانی مادران و نوزادان جامعه داشته باشد(٢٦) و علی‌رغم این که مراجعات زنان باردار به مراکز بهداشتی فرصت مغتنمی برای ارائه مراقبت‌های جسمی و روانی و ارائه آموزش‌های لازم به زوجین برای روبرو شدن با ویژگی‌های خاص دوران بارداری و کمک به ثبات خانواده فراهم می‌سازد، متأسفانه کارکنان تیم درمانی در ارتباطات و آموزش‌های خود، به دلیل مشغله کاری و کثرت مسؤولیت‌ها، تأکید کمتری روی مراقبت‌های روانی می‌نمایند(٤). مطالعاتی که به بررسی منابع کسب آگاهی زوج‌ها در زمان بارداری پرداخته‌اند گویای این حقیقت است که در بسیاری از اوقات، زنان باردار و همسران آنها اطلاعات مورد نیاز خود را از افرادی غیر متخصص همچون دوستان و آشنایان دریافت می‌نمایند که اغلب جنبه علمی نداشته و کمک چندانی به حل مشکلات آنها نمی‌کند(۲۷).

اگرچه رضایت زناشویی و عوامل تأثیرگذار بر آن مورد توجه پژوهشگران ایرانی بوده است، اما مطالعات انجام شده در این خصوص در دوران بارداری، به ویژه تأثیر آموزش در این زمینه چندان چشمگیر نیست. بنابراین، با توجه به این کمبود و نظر به اهمیت موضوع، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت‌مندی زناشویی در زنان باردار بپردازند.

روش‌ها

این پژوهش نوعی مطالعه نیمه تجربی با طراحی یک گروهی قبل و بعد از مداخله آموزش است. آزمودنی‌های پژوهش را ۱۲۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان شهربابک (برابر با ۲۰ درصد جامعه آماری) تشکیل دادند. از آنجایی که سن بارداری بر وضعیت روانی زن باردار مؤثر است و می‌تواند سلامت روانی و رضامندی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد، نمونه‌ها به شکلی انتخاب شدند که در طول دوره پیگیری از یک تریمستر (terimester) به تریمستر بعدی وارد نشوند (خانم‌های واقع در ماه‌های ۳، ٦ و ۹ بارداری جزو نمونه‌ها قرار نگرفتند). همچنین خانم‌های دارای تحصیلات مربوط به رشته‌های گروه پزشکی، به دلیل احتمال دریافت اطلاعات از منابعی دیگر، و همچنین خانم‌هایی که در یک ماه اخیر حادثه استرسزایی را تجربه کرده بودند، در نمونه‌ها قرار نگرفتند. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای از سه مرکز بهداشتی- درمانی شهرستان صورت گرفت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، شامل دو پرسشنامه بود: پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی مربوط به زنان باردار، و پرسشنامه استاندارد ENRICH (Enriching, Relationship, Issues, Communication, and Happiness) که در برگیرنده ٤٧ سؤال و ۱۰ مقیاس است. اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۹۲ درصد گزارش کرده‌اند(۲). در ایران نیز

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

پس از ترجمه روایی ۹۵ درصد به دست آمده است(۲). ابعاد این آزمون شامل موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان و نقش‌های مربوط به برابری زن و مورد و جهت‌گیری عقیدتی می‌باشند. سؤالات این پرسشنامه به صورت پنج نقطه‌ای در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ امتیازبندی شده است. جمع‌آوری داده‌ها توسط افراد آگاه به پرسشنامه (کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد روان‌شناسی) در دو مرحله، ابتدا قبل و سپس یک ماه بعد از ارائه آموزش، صورت گرفت. به منظور مداخله آموزشی، پمفلتی تهیه شده بود که ضمن بیان تغییرات طبیعی جسمی و روانی در دوران بارداری، شامل تغییرات ایجاد شده در سیستم‌های گوارشی، پوست، تناسلی، عضلانی اسکلتی، قلبی تنفسی و غدد، تغییرات ایجاد شده در روابط جنسی، وضعیت خواب و استراحت، کار و مسافرت، لباس پوشیدن، تغییرات عاطفی و روانی از قبیل اضطراب، ترس، پرخاشگری، افسردگی، دوگانگی احساسات، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویشتن، به نحوه برخورد زوجین با آنها نیز پرداخته بود و از زنان باردار خواسته شد که خود و همسرشان آن را مطالعه نمایند.

نمونه‌ها با وجود دریافت پمفلت آموزشی، اجازه داشتند تا در صورت نیاز به اطلاعات تکمیلی از طریق شماره‌هایی که به همین منظور در اختیار آنها قرار گرفته بود، تماس تلفنی داشته باشند. پس از گردآوری داده‌ها در دو مرحله، به مقایسه رضایت‌مندی زناشویی در قبل و بعد از آموزش پرداخته شد.

برای محاسبه میانگین نمرات هر بُعد، از روش تقسیم امتیاز به دست آمده از سؤالات هر بعد بر تعداد سؤالات مربوط به آن بعد استفاده گردید و برای تعیین میانگین نمره کل ابعاد، امتیاز به دست آمده از مجموع سؤالات بر تعداد کل سؤالات(٤٧) تقسیم گردید. بدین ترتیب حداقل و حداکثر امتیاز ممکن در ابعاد مذکور به ترتیب ۱ و ۵ به دست آمد. مجموع امتیازات پرسشنامه نیز دامنه‌ای از حداقل ٤٧ تا حداکثر ۲۳۵ داشت.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-14 و با بهره‌گیری از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های ویل‌کاکسون برای تعیین تأثیر ارائه اطلاعات، t برای بررسی نقش متغیرهای شغل همسر و نگرانی در مورد زیبایی، من یو ویتنی برای بررسی ارتباط با متغیرهای رتبه بارداری، وضعیت اشتغال زن باردار، خواسته بودن بارداری، اهمیت جنس نوزاد، پرخطر بودن بارداری، برخورداری از حمایت اطرافیان، ANOVA برای سن و تحصیلات همسر، و کروسکال والیس برای سن و تحصیلات زن باردار و سن حاملگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک تعیین نوع آزمون آماری، طبیعی بودن یا نبودن توزیع داده‌ها بود. بدین صورت که در شرایط توزیع طبیعی از آزمونهای آماری پارامتریک، و در موارد توزیع غیر طبیعی از آزمونهای ناپارامتریک استفاده گردید.

نتایج

از مجموع ۱۲۰ زن بارداری که به عنوان آزمودنی‌های پژوهش در نظر گرفته شد، تعداد ۸ نفر به دلایل مختلفی همچون زایمان زودرس و مسافرت، در مرحله دوم جمع‌آوری اطلاعات (بعد از ارائه آموزش) شرکت ننمودند. بنابراین، در این پژوهش، ۱۱۲ زن باردار ۱۷ تا ٤٠ ساله که در ماه اول تا هشتم حاملگی به سر می‌بردند, شرکت کردند.

مقایسه میانگین نمرات، در تمامی ابعاد و همچنین در مجموع ابعاد، تفاوت معنی‌داری، در قبل و بعد از آموزش نشان داد (جدول ۱). چنان که امتیاز رضایت‌مندی زناشویی از ۲۸±۱۶۸/۸ در قبل از آموزش به ۱۸/۲±۱۸۷/۳ در بعد از آموزش افزایش یافت. بیشترین تغییر در ابعاد حل تعارضات و روابط جنسی و کمترین تغییر در ابعاد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

جهت‌گیری عقیدتی و مدیریت مالی مشاهده گردید (جدول ۲). تفاوت امتیازات قبل و بعد از آموزش زنان باردار بر حسب ویژگی‌های فردی، اجتماعی بررسی و در مقایسه میانگین تفاوت نمرات برحسب متغیرهای رتبه بارداری (P=۰/۰۰۰)، سن بارداری (P=۰/۰۰۰)، وضعیت اشتغال زن باردار (P=۰/۰۰۳)، شغل همسر (P=۰/۰۰۷)، برخورداری از حمایت اطرافیان (P=۰/۰۴۸) و نگرانی در مورد زیبایی (P=۰/۰۰۰) نیز تفاوت معنی‌داری دیده شد (جدول ۲). در مورد سایر متغیرها شامل سن و تحصیلات زن باردار و سن و تحصیلات همسر، اهمیت جنس نوزاد، پرخطر بودن بارداری و خواسته بودن بارداری تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف پرسشنامه قبل و بعد از آموزش در زنان باردار

ابعاد پرسشنامه	قبل از آموزش	بعد از آموزش
مسائل شخصیتی	۳/۳۵۳±۰/۷۷۱	۳/۶۹۸±۰/۵۹۳
ارتباط زناشویی	۳/۶۱۳±۰/۹۰۶	۴/۱۸۳±۰/۴۶۰
حل تعارضات	۳/۳۶۱±۰/۷۴۱	۴/۱۵۶±۰/۳۵۵
مدیریت مالی	۳/۶۶۷±۰/۸۲۹	۳/۷۶۷±۰/۷۶۲
تفاهم در اوقات فراغت	۳/۶۶۹±۰/۶۶۶	۴/۰۵۷±۰/۴۷۴
رابطه جنسی	۳/۵۱۲±۰/۸۴۵	۴/۱۸۲±۰/۵۴۳
خانواده و دوستان	۳/۶۲۵±۰/۸۲۶	۳/۸۵۹±۰/۶۹۵
نقش‌های مساوات‌طلبی	۳/۵۷۱±۰/۸۷۹	۴/۰۵۲±۰/۵۶۶
جهت‌گیری مذهبی	۴/۰۰۴±۰/۷۲۶	۴/۰۸۰±۰/۶۶۲
فرزندپروری	۳/۵۸۹±۰/۶۷۶	۳/۷۶۴±۰/۶۲۷
کل ابعاد	۳/۵۹۲±۰/۵۹۶	۳/۹۸۵±۰/۳۸۷

در همه موارد P=۰/۰۰۰

بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که بیانگر افزایش میانگین نمرات در تمامی ابعاد، بعد از دریافت اطلاعات است، می‌توان ادعا نمود که آگاهی از تغییرات دوران بارداری توانسته در افزایش رضایت‌مندی زناشویی زنان

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی- اجتماعی و تفاوت امتیازات قبل و بعد از آموزش در زنان باردار

متغیر	فراوانی	تفاوت قبل و بعد از آموزش	P
سن			
۲۰-۱۷	۸(۷/۱)	۱۴/۱۲±۵/۱۴	۰/۰۵۹
۲۵-۲۱	۳۸(۳۳/۹)	۱۹/۳۹±۱۰/۴۲	
۳۰-۲۶	۳۸(۳۳/۹)	۲۰/۹۷±۱۲/۸۲	
۴۰-۳۱	۲۸(۲۵/۱)	۱۵/۲۸±۱۱/۷۵	
تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۱(۹/۸)	۱۴/۲۷±۷/۶۱	۰/۰۵۹
دیپلم	۴۶(۴۱/۱)	۱۷/۳۰±۹/۹۲	
بالاتر از دیپلم	۵۵(۴۹/۱)	۲۰/۴۰±۱۳/۰۸	
رتبه بارداری			
اول	۶۷(۵۹/۸)	۲۱/۸±۹/۹۲	۰/۰۰۰
دوم و به بعد	۴۵(۴۰/۲)	۱۲/۱۹±۱۳/۶۴	
سن بارداری			
سه ماهه اول	۳۲(۲۸/۶)	۲۰/۴۰±۹/۶۹	۰/۰۰۰
سه ماهه دوم	۳۹(۳۴/۸)	۱۲/۱۳±۸/۸۵	
سه ماهه سوم	۴۱(۳۶/۶)	۲۳/۱۴±۱۲/۵	
شغل همسر			
آزاد	۵۱(۴۵/۵)	۱۴/۴۷±۷/۴۹	۰/۰۰۷
دولتی	۶۱(۵۴/۵)	۲۱/۹۲±۱۳/۱۵	
وضعیت اشتغال			
خانه‌دار	۷۰(۶۲/۵)	۱۵/۶±۸/۶۶	۰/۰۰۳
شاغل	۴۲(۳۷/۵)	۲۳/۴±۱۳/۹۳	
تحصیلات همسر			

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

زیردیپلم	۱۸(۱۶/۱)	۱۵/۳۹±۱۰/۴۵	۰/۱۴۹
دیپلم	۵۳(۴۷/۳)	۱۸/۵۱±۱۱/۲۱	
بالاتر از دیپلم	۴۱(۳۶/۶)	۱۹/۹۲±۱۲/۳۱	
سن همسر			
۲۵-۲۱	۱۵ (۱۳/۴)	۱۶/۲۶±۶/۹۲	۰/۳۸۲
۳۰-۲۶	۴۲(۳۷/۵)	۱۷/۵۴±۹/۸۷	
۳۵ – ۳۱	۲۹(۲۵/۹)	۲۳/۱۷±۱۳/۴۳	
۴۵ – ۳۶	۲۶(۲۳/۲)	۱۶/۲۳±۱۲/۸۳	
خواسته بودن بارداری			
بلی	۹۰(۸۰/۴)	۱۸/۴۴±۱۱/۶۱	۰/۸۷۸
خیر	۲۲(۱۹/۶)	۱۸/۸۶±۱۱/۳۷	
اهمیت داشتن جنس نوزاد			
بلی	۳۰(۲۶/۸)	۲۰/۹۷±۱۵/۲۶	۰/۷۰۰
خیر	۸۲(۷۳/۲)	۱۷/۶۳±۹/۷۶	
برخورداری از حمایت اطرافیان			
بلی	۸۵(۷۵/۹)	۱۷/۷۳±۱۱/۷۲	۰/۰۴۸
خیر	۲۷(۲۴/۱)	۲۱/۰۴±۱۰/۶۸	
پرخطر بودن بارداری			
بلی	۱۲(۱۰/۷)	۲۶/۲۵±۱۷/۲۷	۰/۱۱۷
خیر	۱۰۰(۸۹/۳)	۱۷/۶۰±۱۰/۳۶	
نگرانی در مورد زیبایی			
بلی	۴۶(۴۱/۱)	۲۷/۲۲±۱۱/۷۵	۰/۰۰۰
خیر	۶۶(۵۸/۹)	۱۲/۴۷±۶/۳۴	

باردار مؤثر باشد. در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که با ارائه آموزش‌هایی در خصوص ویژگی‌ها و تغییرات دوران بارداری و بعد از زایمان، می‌توان رضایت زناشویی را افزایش داد(۱۰و۲۲). در مطالعه‌ای دیگر، بهترین روش کمک به زوج‌ها برای انتقال به نقش والدی را، آموزش در مورد ویژگی‌ها و تغییرات دوران بارداری بیان کرده‌اند(۲۸) و در پژوهشی با بررسی تأثیر آموزش تنش‌زدایی در بهداشت روانی زن باردار، به نتایج مشابهی دست پیدا کردند(۲۵). با اینکه ارائه یک پمفلت یکی از روش‌های ساده آموزش است ولی این روش آموزشی برای بهبود رضایت‌مندی سودمند بوده است.

در پژوهش حاضر، متغیر سن، ارتباط معنی‌داری را با میزان افزایش رضایت نشان نداد اما توجه به نتایج مشخص می‌سازد که بیشترین میزان تأثیرپذیری به دنبال دریافت اطلاعات در زنان باردار و همسرانشان مربوط به گروه سنی ۳۰-۲۶ می‌باشد. این تأثیر در زنان باردار تا قبل از سن ۳۰ سال، همراه با افزایش سن افزایش یافته است که می‌توان آن را ناشی از افزایش بلوغ ذهنی، عاطفی و عقلی دانست که باعث می‌گردد زن باردار آمادگی بیشتری برای کسب آگاهی در مورد تغییرات دوران بارداری پیدا کند(۲۳) و بعد از ۳۰ سال کاهش یافته است، که به نظر می‌رسد در ارتباط با افزایش تعداد حاملگی‌ها، که میزان نیاز به اطلاعات را تا حدودی در زنان باردار کاهش می‌دهد باشد.

در مورد متغیر رتبه بارداری تفاوت معنی‌داری در میانگین تفاوت نمرات دیده شد. نمرات زنان دارای رتبه اول حاملگی نسبت به حاملگی‌های بعدی تأثیر بیشتری از ارائه اطلاعات دریافت نموده بودند. برخی معتقدند برای حفظ روابط مطلوب زوج‌ها در حاملگی اول، ارائه آموزش بیشتر نیاز است. زنانی که برای اولین بار باردار می‌شوند سؤالات متعددی در مورد بارداری دارند(۲۹). در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافته‌اند که زنان شکم اول بیشتر دچار اختلال در رضایت‌مندی زناشویی شده و با ارائه آموزش، کمک بیشتری به آنان می‌توان کرد(۳۰).

وضعیت اشتغال زن باردار و همسر او نیز از جمله متغیرهایی بودند که اختلاف معنی‌داری را در میانگین تفاوت نمرات نشان دادند. بدین صورت که زنان باردار شاغل و زنانی که همسرانشان دارای مشاغل دولتی بوده‌اند در مقایسه با زنان خانه‌دار و آنها که همسرانشان در مشاغل آزاد بودند، افزایش بیشتری در نمرات داشتند.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که تأثیرپذیری رضایت زناشویی از دریافت اطلاعات با تحصیلات زن باردار و همسر او نسبت مستقیم دارد هرچند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. به نظر می‌رسد زنان شاغل و مردان دارای مشاغل دولتی که از تحصیلات بالاتری نیز برخوردار بودند، افراد تحصیل کرده علاقه بیشتری به شناخت راه‌های بهبود رضایت‌مندی زناشویی و همچنین کسب آگاهی در خصوص تغییرات دوران بارداری نشان می‌دهند(۳۱).

در مورد متغیر سن حاملگی نیزتفاوت معنی‌داری دیده شد و گروهی که در سه ماهه اول یا سوم بارداری بسر می‌بردند نسبت به سه ماهه دوم به دنبال ارائه اطلاعات، تغییر بیشتری در رضایت زناشویی داشتند. با توجه به اینکه سه ماهه اول و سوم بارداری با تغییرات جسمی و روانی بیشتری همراه است، به نظر می‌رسد. در همین زمان، سردرگمی‌های زوجین در برخورد با این تغییرات نیز بیشتر باشد. از سویی ویار حاملگی، خستگی، اختلال در خواب و کاهش میل جنسی در سه ماهه اول و ترس از آسیب رساندن به جنین، خصوصاً در سه ماهه آخر بارداری باعث می‌گردد بسیاری از زوج‌ها روابط جنسی خود را کاهش دهند که همین موضوع نقش مهمی در کاهش رضایت زناشویی دارد و لزوم آموزش زوجین در خصوص ایمن بودن روابط جنسی در این دوران و روش‌های بهبود روابط را مطرح می‌سازد. نتایج مطالعاتی این موضوع را تأیید می‌کند(۱۶،۷و۱۹).

همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر، زنانی که از حمایت اطرافیان برخوردار نبودند، به شکل معنی‌داری تأثیر بیشتری از آموزش دریافت کردند. زنان، خصوصاً آنها که برای اولین بار حامله شده‌اند در بسیاری امور با سؤالاتی روبرو هستند که اغلب برای دستیابی به جواب آنها به فامیل نزدیک، خصوصاً مادر، مراجعه می‌کنند و در صورتی که این حمایت از سوی اطرافیان وجود نداشته باشد، نیاز به آموزش بیشتر احساس می‌گردد(۳۲).

بنابراین، این گروه پس از دریافت اطلاعات، افزایش بیشتری در رضایت زناشویی نشان داده‌اند.

با توجه به نتایج، در زنانی که در مواجهه با تغییرات بارداری، بیشتر دچار نگرانی در مورد زیبایی خود بودند، میانگین افزایش نمرات به شکل معنی‌داری بیشتر بود. در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که با ارائه اطلاعات کافی در مورد گذرابودن تغییرات دوران بارداری و کاهش نگرانی‌های زن باردار در مورد زیبایی، می‌توان احساس رضایت زناشویی را افزایش داد(۳۳) زیرا نگرانی در مورد زیبایی و اختلال در تصویر ذهنی از جسم خویشتن، تمام جنبه‌های روانی یک زن باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند با ایجاد اشکال در احساس خوب بودن و جذابیت زن باردار در رضایت زناشویی تأثیر بگذارد(٦).

علی‌رغم بالاتر بودن میزان افزایش رضایت به دنبال کسب آگاهی در گروه با حاملگی پرخطر نسبت به گروه مقابل، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. با توجه به اینکه واکنش‌های روان‌پریشی، اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و اختلال در خواب و خوراک و روابط جنسی و آشفتگی روابط زوج‌ها در زنان دارای حاملگی پرخطر به مراتب بیشتر است(٦)، به نظر می‌رسد آگاهی از تغییرات طبیعی این دوران توانسته است تا حدودی به کاهش این مشکلات کمک کند. روابط زوج‌ها در حاملگی پرخطر به مخاطره می‌افتد و زوج‌ها نیازمند دریافت آموزش‌هایی در خصوص نحوه برخورد مناسب با این شرایط هستند(۳٤).

در مورد متغیرهای ناخواسته‌بودن بارداری و اهمیت جنس نوزاد نیز با وجود مشاهده نشدن تفاوت آماری معنی‌دار، میزان تأثیرپذیری در گروه با حاملگی ناخواسته و گروهی که جنس نوزاد برای آنها حائز اهمیت بود نسبت به گروه‌های مقابل بیشتر بوده است. در مطالعاتی به اختلال شدیدتر در روابط همسران در حاملگی ناخواسته و عدم سازگاری مناسب با تغییرات دوران بارداری در این شرایط اشاره نموده‌اند، که ارائه اطلاعات مناسب برای

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

آنها را ضروری می‌سازد(۳۵تا۳۷). همچنین مادرانی که در انتظار فرزندی با جنس خاص هستند، در تطابق با تغییرات طبیعی دوران بارداری دچار مشکلاتی خواهند شد(۳۸). معنادار نشدن تفاوت در موارد پیش‌گفت می‌تواند به علت کم بودن حجم نمونه در پژوهش حاضر باشد.

نتیجه‌گیری

با ارائه آموزش‌های مختصر می‌توان حتی به صورت نوشتاری زوجین را برای روبرو شدن با تغییرات دوران بارداری و سازگاری با آنها آماده ساخت و بدین ترتیب از بروز تنش‌ها و مشاجرات زوج‌ها در این دوران پیشگیری نمود. حصول چنین نتیجه‌ای ضرورت ارائه خدمات آموزشی بهداشت روانی و مشاوره زوجین در دوران بارداری و برطرف ساختن نیازهای آموزشی آنان را مطرح می‌سازد.

قدردانی

از رئیس مرکز بهداشت و کلیه پرسنل مراکز بهداشتی- درمانی شماره‌های ۱، ۲ و ۳ شهرستان شهربابک که در انجام مراحل مختلف این پژوهش یاریگر پژوهشگران بودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

منابع

1. Mirahmadizadeh A, Nakhai Amroodi N, Tabatabai SH, Shafieian R. [Marital satisfaction and related factors in Shiraz]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2003; 8(4): 56-63[Persian].
2. Soleimani A. ENRICH marital satisfaction questionnaire.Tehran: Hoosh Azmaye Novin Co. 2000. [Persian]
3. Safavi M, Mahmudh M, Ghasab Mozafar N. [Causes of divorce among couples who refer to family court of Tabriz 2004]. Nursing Midwifery Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services 2006; 1(1): 8-14. [Persian]
4. Mossallanejad L, Ashkani H. [Motherhood and mental health]. 1st ed. Tehran: Roshan Ketab. 2005. [Persian]
5. Delgosha Z. [Maternity and newborn nursing]. 1st ed. Tehran: Salemi. 2006. [Persian]
6. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity nursing. 2nd ed. St Louis: Mosby Co. 2003.
7. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Exuality of pregnant women. Ginekol Pol 2006 Sep; 77(9): 733-9.
8. Sherwen LN, Scolvono MA, Weingartten CT. Maternity nursing. Stamford: Appleton and Lang. 2003.
9. Mangeli M, Gholami M. [Marital satisfaction and related factors in pregnant women]. Proceedings. The 1st Conference on Hygiene and Health 2007 April 25. Iran-Marand: Islamic Azad University of Marand. 31. [Persian]
10. Zimmermann-Tansella C, Bertagni P, Siani R, Micciolo R. Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy.Soc Sci Med 1994 Feb; 38(4): 559-64.
11. Salehi Sh, Mehr Alian HA. [The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003]. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2006; 8(2): 77-82. [Persian]
12. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by socio demographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. Psychiatry Clin Neurosci 2008 Jun; 62(3): 331-40.
13. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy Childbirth 2008 Jul 29; 8: 30.
14. Shiran Noji P. [Survey relation of attitude and performance of pregnant about relationship sexual among refers to Islamshahr Health Service Centers]. [Deseartation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences 1999. [Persian]
15. Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Rugpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai 2006 Oct; 89 (Suppl 4): S124-9.
16. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand 2005 Oct; 84(10): 934-8.
17. Bjelica A, Kapor-Stanulović N. Pregnancy as a psychological event. Med Pregl 2004 Mar-Apr; 57(3-4): 144-8.
18. Hamela-Olkowska A, Marcyniak M, Sieńko J, Czajkowski K, Brandt M, Jalinik K, Labusiewicz W, et al .[Sexuality in pregnant women]. Med Wieku Rozwoj 2003 Jul-Sep; 7(3 Suppl 1): 175-80.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

19. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res 2005 Mar-Apr; 17(2): 154-7.
20. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG 2000 Aug; 107(8): 964-8.
21. Melo LL, da Silva Lima MA.[Women in the second and third pregnancy trimester: their psychological changes]. Rev Bras Enferm 2000 Jan-Mar; 53(1): 81-6.
22. Schulz MS, Cowan CP, Cowan PA. Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. J Consult Clin Psychol 2006 Feb; 74(1): 20-31.
23. Moin Z. [Mental health in pregnancy period]. 1st ed. Tehran: Centeral Rehabilitation Organization. 2002. [Persian]
24. Knauth DG. Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. Res Nurs Health 2000 Dec; 23(6): 496-509.
25. Bastani F, Heidarnia A, Kazemnejad A, Kashanian M. [Effect of relaxation training based on self-efficacy in mental health of pregnant women]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2007; 12(2): 109-116. [Persian]
26. Bahadoran P, Delaram M, Hasan zahraie R. [Mogayeseye se raveshe amozehe moraghebathaye dorane bardari bar mizane agahiye zanane bardare moraje konandeh be marakeze behdashti darmaniye shahrestane shahrekord 1995]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 1998; 8: 14-16. [Persian]
27. Ruiz-dura JR, Martinez Aguilar R. Women's needs and expectations during the process of pregnancy and birth. Perinatol Reprod Hum 1988 Jul-Sep; 2(3): 141-8.
28. Lawrence E, Rothman AD, Cobb RJ, Rothman MT, Bradbury TN. Marital satisfaction across the transition to parenthood. J Fam Psychol 2008 Feb; 22(1): 41-50.
29. Murray SS, Mckinney ES, Gorrie TM. Fundamental of maternal newborn nursing. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002.
30. Nichols MR, Roux GM, Harris NR. Primigravid and multigravid women: prenatal perspectives. J Perinat Educ 2007 Spring; 16(2): 21-32.
31. Zolfaghari M, Asadi Noghabi AA. [Maternity and newborn nursing]. 1st ed. Tehran: Boshra. 2005 [Persian].
32. Leifer G, Burrouch A. Maternity and woman health care. Philadelphia: Mosby Co. 2008.
33. Jayasvasti K, Kanchanatawan B. Happiness and related factors in pregnant women. J Med Assoc Thai 2005 Sep; 88 (Suppl 4): S220-5.
34. Cumberbatch CJ, Birndorf C, Dresner N. Psychological implications of high-risk pregnancy. Int J Fertil Womens Med 2005 Jul-Aug; 50(4): 180-6.
35. Zahumensky J, Zverina J, Sottner O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H, et al. Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008 Sep; 29(3): 157-63.
36. Hoga LA, Manganiello A. Male behaviours towards unplanned pregnancy: experiences of Brazilian low-income women. Int Nurs Rev 2007 Dec; 54(4): 346-53.
37. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the pacific Islands families study. Int J Gynaecol Obstet 2008 Feb; 100(2): 109-15. Epub 2007 Oct 22.
38. Marleau JD, Saucier JF, Borgeat F, Bernazzani O, David H. Mental representations concerning the sex of the baby of pregnant nulliparous women who

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

wished a boy or a girl. Psychol Rep 1997 Feb; 80(1): 273-4.

The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women

Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S.

Abstract

Introduction: *Physical and emotional changes during pregnancy, could lead to family arguments and violence which may cause untimely delivery, premature neonate, and post partum depression. This study was performed to determine the effect of educating about common changes of pregnancy period and coping with them on marital satisfaction of pregnant women referring to health centers of Shahrbabak.*
Methods: *This quasi-experimental study was performed using one group design, with pre and post tests. Data was gathered by Enriching, Relationship, Issues, Communication and Happiness (ENRICH) question-naire from 112 pregnant women who met the entrance criteria and were selected by random stratified sampling method from three health centers. The intervention was as introducing an educational pamphlet. The marital satisfaction was evaluated before and one month after intervention. Then, the data was analyzed using descriptive statistics indices, Wilcoxon, t-test, Mann Whitney U test, ANOVA, and Kruskal Wallis test.*
Results: *Comparing the mean scores demonstrated a significant enhancement after receiving information, so that the marital satisfaction score increased from 168.8±28 into 187.3±18.2 points. In comparing the mean differences based on variables of gravidity, gestational age, employment status of pregnant woman and her spouse, beauty concerns, and enjoying familial support also a significant difference was observed.*
Conclusion: *The results of this study signify the necessity of couples' awareness about common changes during pregnancy period. Hence, by doing so, health providers can play an active role in increasing marital satisfaction.*

Key words: Pregnancy, Awareness, Common changes, Adaptation, Marital satisfaction, ENRICH questionnaire.

Addresses
Corresponding Author: Masoumeh Mangeli, Instructor, Department of Nursing, Shahrbabak Islamic Azad University, Shahrbabak, Kerman, Iran. E-mail: mmangeli12024@yahoo.com
Tahereh Ramezani, Instructor, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. E-mail: t_ramezani@kmu.ac.ir
Sedigheh Mangeli, Clinical Instructor, Shahrbabak Islamic Azad University, Shahrbabak, Kerman, Iran.

Source: Iranian Journal of Medical Education 2008 Aut & 2009 Win; 8(2): 305-312.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-02]