

مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت فرسودگی زناشویی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان گناباد و برخی عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۶

مهین مروجی فر^۱، رضا حسن نیا^۲، حبیب‌اله اسماعیلی^۳، هادی طهرانی^۴، الهام چارقیچیان خراسانی^۵،
رقیه رحمانی بیلندی^۶، محمد واحدیان شاهرودی^{۷*}

- ۱ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲ کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
- ۳ استاد آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۴ استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۵ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۶ استادیار بهداشت باروری، توسعه اجتماعی و مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشکده مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
- ۷ دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۱

چکیده

مقدمه: بارداری از اتفاقات تأثیرگذار بر زندگی زناشویی است. یکی از جنبه‌های بسیار مهم در این دوران، فرسودگی زناشویی است که بر مادر و فرزند تأثیر بسزایی دارد. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت فرسودگی زناشویی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان گناباد و برخی عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۶ است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه‌ای مقطعی ۲۶۱ زن باردار مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۶ به‌طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه فرسودگی زناشویی پاینز بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی، من‌ویتنی و کروسکال والیس با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره فرسودگی زناشویی زنان باردار $2/63(0/79)$ ، در بعد جسمی $2/28(0/71)$ ، روانی $2/51(0/84)$ و عاطفی $2/42(0/88)$ بود. نتایج مطالعه نشان داد به ترتیب درجه فرسودگی زناشویی در زنان باردار خیلی کم (۲۱/۵ درصد)، کم (۴۵ درصد)، متوسط (۲۴/۹ درصد)، زیاد (۷/۳ درصد) و خیلی زیاد (۰/۴ درصد) است. از بین عوامل جمعیت‌شناختی و مامایی، متغیرهایی مانند تحصیلات همسر، تعداد بارداری، سال ازدواج، تعداد فرزندان و تعداد فرزندان پسر با فرسودگی زناشویی ارتباط معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$)، درحالی‌که سایر متغیرها در فرسودگی زناشویی بی‌تأثیر بودند ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد بیش از نیمی از زنان باردار در معرض خطر فرسودگی زناشویی قرار داشتند و یا فرسوده هستند. با توجه به اثرات سوء این معضل بر بنیان خانواده، انجام مداخلات اثربخش و برنامه‌ریزی برای رفع این مشکل سودمند است.

کلمات کلیدی: بارداری، عوامل مامایی، فرسودگی زناشویی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

* نویسنده مسئول: محمد واحدیان شاهرودی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

مقدمه

سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مهم‌ترین بنیان سلامت جامعه قلمداد می‌شود (۱). جایگاه زنان به دلیل نقش مادری و همسری بر سلامت سایر اعضای خانواده تأثیر دارد (۲). یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی در زنان، بارداری است (۳). هر سال بیش از ۱۵۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند (۴). حاملگی تجربه‌ای جدید و منحصر به فرد است که سبب ایجاد تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی در زنان باردار و همسرانشان می‌شود (۵).

این تغییرات معمولاً بر سلامت جسمی، خلق و خو، روابط زوجین و تمایلات جنسی آن‌ها مؤثر است (۶). تغییرات خلقی ایجاد شده در بارداری نیز می‌تواند بر رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین تأثیرگذار باشد (۷). نتایج بررسی‌ها نشان داد میزان رضایت زناشویی در دوران بارداری کاهش می‌یابد (۸). تغییر نقش‌های زن و شوهر که به واسطه بارداری اتفاق می‌افتد، یکی از عوامل فرسودگی زناشویی است (۹). فرسودگی زناشویی مشکلی است که در ۲۵ درصد از زوج‌ها در هر زمانی دیده می‌شود (۱۰). فرسودگی فرایندی درونی است که می‌تواند در یکی از زوجین ایجاد شود و در دیگری نشود (۱۱). پژوهش‌ها از بیشتر بودن فرسودگی زناشویی زنان نسبت به مردان حکایت دارند (۱۲-۱۵). AreeI در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان در مقایسه با شوهران خود به طور معناداری فرسودگی بیشتری دارند. زنان نسبت به مردان در برابر عوامل استرس‌زای زناشویی بیشتر آسیب‌پذیر هستند و استرس‌های زناشویی بر آنان تأثیر بیشتری می‌گذارد. این مسئله می‌تواند به دلیل اهمیت بیشتر آنان نسبت به روابط صمیمانه و نیاز به حفظ این روابط باشد (۱۶).

فرسودگی زناشویی یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت

خانواده (۱۷) و نشان‌دهنده بی‌روح و خسته بودن زوجین از زندگی مشترک است (۱۲) که در طول زمان سبب درماندگی شناختی می‌شود (۱۸). با گذشت زمان برخی از زوجین به تدریج با کشمکش‌ها، چالش‌ها و تنش‌هایی روبه‌رو می‌شوند که سازش و از خودگذشتگی ملال‌آور به نظر می‌رسد و پیامد آن فرسودگی زناشویی است (۱۹). Pines مؤلفه‌های فرسودگی زناشویی را در سه بعد خستگی جسمانی، ازپافتادگی روانی و ازپافتادگی عاطفی مشخص کرده است (۱۸). فرسودگی جسمی با احساس خستگی، کسالت و بی‌حالی بروز می‌کند که با خواب رفع نمی‌شود. ازپافتادن عاطفی شامل کمبود اشتیاق، عدم رضایت، فرسایش هیجانی و کاهش انگیزه است (۱۹). مبتلایان به فرسودگی عاطفی همیشه تصور می‌کنند از نظر عاطفی نابود شده‌اند و مدام آزرده و دل‌سرد هستند (۲۰). فرسودگی روانی معمولاً به صورت کاهش خودباوری و منفی‌نگری نسبت به رابطه با همسر و احساس یأس و سرخوردگی نسبت به همسر بروز می‌کند (۱۹،۲۰).

پدیده فرسودگی زناشویی از معضلات اساسی جامعه امروز ماست و به شدت سیستم خانوادگی و زوجی را تحت تأثیر اثرات مخرب خود قرار می‌دهد (۱۷). فرسودگی زناشویی می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شود و بنیان خانواده را متزلزل سازد (۲۱). عدم رضایت زناشویی نیز می‌تواند به ایجاد یا تداوم برخی از بیماری‌ها یا تأخیر در بهبود بیماری‌ها منجر شود (۲۲). به‌طور کلی مطالعه درباره فرسودگی زناشویی تأثیرات بسیاری در بهبود روابط زوجین و رسیدن به خود شکوفایی دارد (۲۳). از جمله دلایل معقول و منطقی مطالعه در زمینه فرسودگی زناشویی، درک محوریت آن در سلامت خانواده و افراد است (۱۳). بین فاکتورهای محیطی، اجتماعی و عوامل کیفیت زندگی با میزان فرسودگی زناشویی رابطه‌ای

برای تکمیل پرسش‌نامه مراجعه کنند. معیار ورود به مطالعه زنان باردار ۱۵ تا ۴۵ سال بودند که حداقل سواد ابتدایی داشتند. معیار خروج هم نارضایتی از شرکت در پژوهش بود. موارد حاد ابتلا به بیماری جسمی یا روحی روانی نیز از مطالعه کنار گذاشته شدند. سپس شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را برای شرکت در پژوهش تکمیل کردند و از آنان درخواست شد پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند.

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، پرسش‌نامه دو قسمتی بود که قسمت اول مربوط به مشخصات فردی شرکت‌کنندگان و قسمت دوم پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی فرسودگی زناشویی پاینز (Couple burnout measure) بود. پرسش‌نامه مشخصات فردی شرکت‌کنندگان شامل پرسش‌هایی در خصوص سن، سن همسر، وضعیت اشتغال، شغل همسر، سال ازدواج، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان دختر و پسر، جنسیت فرزند باردار، سابقه سقط، بارداری برنامه‌ریزی‌شده، هفته بارداری، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، درآمد ماهانه، تحصیلات، تحصیلات همسر و ابتلا به بیماری جسمی یا روحی روانی بود. مقیاس فرسودگی زناشویی Pines شامل ۲۱ پرسش ۷ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت است که به ترتیب از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود. بر همین اساس محدوده امتیازات آن بین ۲۱ تا ۱۴۷ است. نمرات بالاتر بیانگر فرسودگی بیشتر است. برای تفسیر بهتر، با تقسیم نمره‌های حاصل از پرسش‌نامه بر تعداد سؤالات (۲۱ سؤال)، نمره‌ها به درجه تبدیل می‌شود. درجه بیشتر از ۵ نشان‌دهنده نیاز به کمک فوری، درجه ۴ تا ۵ نشانگر وجود بحران، درجه ۳ تا ۴ نمایانگر فرسودگی، درجه ۲ تا ۳ نشان‌دهنده خطر فرسودگی و درجه ۲ و کمتر از آن نیز نشان از داشتن رابطه خوب است. ضریب اطمینان آزمون بازآزمون این پرسش‌نامه ۰/۸۹ در دوره یک ماهه، ۰/۷۶ در دوره دو ماهه

دوسویه وجود دارد (۱۹)؛ بنابراین، در صورت توجه به عوامل مؤثر بر فرسودگی زناشویی، می‌توان انتظار داشت بسیاری از مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی خانواده‌ها و در کل، جامعه کاهش یابد (۱۷).

امروزه در مراکز جامع سلامت به بعد سلامت جسمی زنان باردار توجه می‌شود، درحالی‌که فرسودگی زناشویی زوجین و مسائل عاطفی و روانی ناشی از آن هم اهمیت دارد و بر سلامت مادر باردار و فرزندش مؤثر است. با توجه به اینکه پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه محدود است، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرسودگی زناشویی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان گناباد و برخی عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی است که از آبان تا دی ۱۳۹۶ روی ۲۶۱ زن باردار انجام گرفته است که به‌منظور مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان گناباد مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با توجه به مقاله مشابه (۲۱) با مقدار میانگین و انحراف معیار (۲۰/۷۶) و ۱۰۸/۵ و اطمینان ۹۵ درصد و دقتی برابر ۲/۵ واحد از فرمول مقایسه میانگین با یک عدد ثابت محاسبه شد و ۲۶۷ نفر به‌دست آمد.

برای نمونه‌گیری به تمام مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان گناباد (۷ مرکز) مراجعه شد. از هر مرکز با توجه به جمعیت مادران باردار آن، به‌طور متوسط ۳۵ تا ۴۵ نفر وارد مطالعه شدند. بدین‌صورت که با مراجعه به این مراکز، پژوهشگر با مطالعه پرونده‌های بهداشتی واحد مامایی، به‌صورت تصادفی از افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند پس از بیان اهداف مطالعه، به‌صورت تلفنی درخواست کرد تا در صورت تمایل در زمان معین

نظر گرفته شد.

و ۰/۶۶ در دوره سه ماهه است. همچنین ضریب آلفای اندازه‌گیری شده آن بین ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران، نویدی ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه ۲۴۰ نفری (۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم) ۰/۸۶ گزارش کرده است (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ برای ۲۹ نفر ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسش‌نامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار داده شد. به مادران شرکت‌کننده در پژوهش درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت و انصراف از مطالعه در هر مرحله از تحقیق اطمینان خاطر داده شد. پرسش‌نامه‌ها به ۲۷۶ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی داده شد و به دلیل تکمیل ناقص برخی پرسش‌نامه‌ها در نهایت ۲۶۱ پرسش‌نامه تجزیه و تحلیل شد. سپس داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ بررسی شد. برای توصیف اطلاعات افراد از تحلیل‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و درصد و فراوانی برای متغیرهای کیفی استفاده شد. به منظور تعیین همبستگی بین متغیرهای کمی، ضریب همبستگی اسپیرمن و برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی بین گروه‌ها از آزمون من‌ویتنی و کروسکال والیس استفاده و سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در

نتایج

میانگین سن زنان باردار (۵/۴۷) ۲۸/۶۹ و دامنه سنی آن‌ها ۱۷ تا ۴۱ سال بود. میانگین سن همسران (۵/۵۴) ۳۲/۷۷ و طیف سنی آن‌ها ۲۲ تا ۵۵ سال بود. سایر متغیرهای دموگرافیک کمی در جدول ۱ نشان داده شده است. در جدول ۲ فراوانی و درصد ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی زنان باردار مطالعه و ارتباط آن با فرسودگی زناشویی آمده است.

بیشتر افراد شرکت‌کننده خانه‌دار و شغل همسرشان آزاد بود. ۳۷/۹ درصد آن‌ها از جنسیت فرزندان بی‌اطلاع بودند. ۷۷/۸ درصد سابقه سقط نداشتند. در ۲۱/۵ درصد بارداری ناخواسته بوده است. ۶۱/۳ درصد در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نمی‌کردند. تحصیلات ۴۳/۳ درصد از زنان باردار فوق‌دیپلم و لیسانس و ۳۹/۵ درصد تحصیلات همسرشان متوسطه و دیپلم بود. در جدول ۳ فراوانی و درصد درجه فرسودگی زناشویی در زنان باردار ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار نمره کل فرسودگی زناشویی در زنان باردار (۰/۷۹) ۲/۶۳، در بعد جسمی (۰/۷۱) ۲/۲۸، روانی (۰/۸۴) ۲/۵۱ و عاطفی (۰/۸۸) ۲/۴۲ بود. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان‌دهنده توزیع

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی

متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
سن	۲۸/۶۹(۵/۴۷)	۱۷	۴۱
سن همسر	۳۲/۷۷(۵/۵۴)	۲۲	۵۵
سال ازدواج	۷/۵۷(۵/۰۷)	۱	۲۳
تعداد بارداری	۲/۰۷(۱/۰۶)	۱	۵
تعداد فرزندان	۰/۸۹(۰/۸۹)	۰	۴
تعداد فرزندان پسر	۰/۴۵(۰/۴۶)	۰	۳
تعداد فرزندان دختر	۰/۴۳(۰/۶۳)	۰	۳
هفته بارداری	۲۳/۶۷(۹/۹۱)	۳	۴۰

غیرنرمال داده‌های مطالعه بود؛ لذا از آزمون‌های ناپارامتری مناسب برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

نتایج آزمون من‌ویتنی بین فرسودگی زناشویی و ابعاد آن با متغیرهای دموگرافیک و مامایی کیفی مانند سابقه سقط، بارداری برنامه‌ریزی‌شده، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و مبتلابودن به بیماری جسمی یا روحی روانی خاص ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. همچنین آزمون کروسکال والیس برای بررسی ارتباط بین فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن با متغیرهای شغل، شغل همسر، درآمد ماهانه خانواده، تحصیلات مادر و تحصیلات همسر استفاده شد. سطح تحصیلات همسر با

فرسودگی زناشویی ($P=0/009$) و بعد جسمی ($P=0/011$) و روانی آن ($P=0/030$) ارتباط معنی‌داری داشت، به طوری که افرادی که سطح تحصیلات همسرشان فوق‌دیپلم و لیسانس بود، نسبت به افرادی که همسرشان تحصیلات فوق‌لیسانس و دکترا داشت به طور معنی‌دار فرسودگی کمتری داشتند. این افراد به طور معنی‌داری نسبت به زنانی که سطح تحصیلات همسر آن‌ها متوسطه و دیپلم بود، فرسودگی جسمی کمتری نیز داشتند. همچنین در سه گروه تحصیلی دیگر فرسودگی روانی بیشتری نسبت به این گروه مشاهده شد، ولی در سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۲: درصد و فراوانی متغیرهای دموگرافیک و مامایی و ارتباط آن با فرسودگی زناشویی

متغیر	تعداد (درصد)	معنی‌داری	متغیر	تعداد (درصد)	معنی‌داری
وضعیت اشتغال		*0/559	درآمد (تومان)		*0/793
شاغل	36 (13/8)		کمتر از یک میلیون	129 (49/4)	
خانه‌دار	225 (86/2)		یک تا دو میلیون	96 (36/8)	
شغل همسر		*0/391	دو تا سه میلیون	31 (11/9)	
کارمند	47 (18)		بیشتر از سه میلیون	5 (1/9)	
آزاد	184 (70/5)		تحصیلات		*0/587
کارگر	30 (11/5)		راهنمایی و کمتر	40 (15/3)	
جنسیت فرزند باردار		**0/935	متوسطه و دیپلم	96 (36/8)	
بدون اطلاع	99 (37/9)		فوق دیپلم و لیسانس	113 (43/3)	
دختر	78 (29/9)		فوق لیسانس و دکترا	12 (4/6)	
پسر	84 (32/2)		تحصیلات همسر		*0/009
سابقه سقط		**0/404	راهنمایی و کمتر	66 (25/3)	
دارم	58 (22/2)		متوسطه و دیپلم	103 (39/5)	
ندارم	203 (77/8)		فوق دیپلم و لیسانس	77 (29/5)	
بیماری جسمی و روانی		**0/670	فوق لیسانس و دکترا	15 (5/7)	
ندارم	254 (97/3)		برنامه‌ریزی بارداری		**0/155
دارم	7 (2/7)		بارداری خواسته	205 (78/5)	
شرکت در کلاس زایمان		**0/148	بارداری ناخواسته	56 (21/5)	
بله	101 (38/7)				
خیر	160 (61/3)				

*کروسکال والیس

**من‌ویتنی

آن مثبت و معنادار بود. ارتباط سال ازدواج، تعداد فرزندان و تعداد فرزندان پسر با بعد عاطفی فرسودگی زناشویی نیز مثبت و معنادار بود. ارتباط سن، سن همسر، سال ازدواج، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان دختر و پسر با بعد روانی فرسودگی زناشویی معنی‌دار نبود. هفته بارداری با فرسودگی زناشویی و بعد روانی و عاطفی آن ارتباط معکوس، ولی با بعد جسمی آن ارتباط مثبت داشت که این ارتباط معنی‌دار نبود. ارتباط سن، سن همسر، سال ازدواج، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان دختر و پسر با فرسودگی زناشویی و ابعاد آن مثبت بود، اما معنی‌دار نبود.

جدول ۳: درجه فرسودگی زناشویی در زنان باردار

متغیر	درجه فرسودگی	فراوانی	درصد
فرسودگی زناشویی	خیلی کم (رابطه خوب)	۵۶	۲۱/۵
	کم (خطر فرسودگی)	۱۲۰	۴۵
	متوسط (فرسودگی)	۶۵	۲۴/۹
	زیاد (بحران)	۱۹	۷/۳
	خیلی زیاد (کمک فوری)	۱	۰/۴

در جدول ۴ همبستگی فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن با متغیرهای دموگرافیک و مامایی کمی نمایش داده شده است. نتایج همبستگی اسپیرمن نشان داد ارتباط سال ازدواج، تعداد فرزندان، تعداد بارداری و تعداد فرزندان پسر با فرسودگی زناشویی و بعد جسمانی

جدول ۴: همبستگی اسپیرمن فرسودگی زناشویی و ابعاد آن با متغیرهای دموگرافیک و مامایی

متغیر	فرسودگی زناشویی		
	بعد جسمی	بعد عاطفی	بعد روانی
	R (P)	R (P)	R (P)
سن	۰/۰۹۹	۰/۱۱۶	۰/۰۴۴
	۰/۱۱۱	۰/۰۶۲	۰/۴۸۴
سن همسر	۰/۰۸۲	۰/۰۸۸	۰/۰۳۳
	۰/۱۸۵	۰/۱۵۷	۰/۵۹۹
سال ازدواج	۰/۱۲۴	۰/۱۲۷	۰/۰۶۶
	۰/۰۴۶	۰/۰۴۲	۰/۲۹۰
تعداد بارداری	۰/۱۲۴	۰/۱۰۸	۰/۰۷۲
	۰/۰۴۶	۰/۰۸۱	۰/۲۴۸
تعداد فرزندان	۰/۱۴۲	۰/۱۵۲	۰/۱
	۰/۰۲۱	۰/۰۱۴	۰/۱۰۹
تعداد فرزند پسر	۰/۱۳۵	۰/۱۴۶	۰/۰۸۲
	۰/۰۳۰	۰/۰۱۸	۰/۱۸۸
تعداد فرزند دختر	۰/۰۹۵	۰/۰۹۰	۰/۰۸۴
	۰/۱۲۷	۰/۱۵۰	۰/۱۷۹
هفته بارداری	-۰/۰۴۱	-۰/۰۴۸	-۰/۰۹۱
	۰/۵۱۶	۰/۴۴۶	۰/۱۴۴

بحث

۷۶/۷ درصد از زنان بارور فرسودگی کم یا متوسط داشتند (۲۰). همچنین در مطالعه زارع و خداکرمی بیشتر زنان

درجه فرسودگی زناشویی در ۶۹/۹ درصد از زنان باردار کم یا متوسط بود. همسو با یافته‌های ما، در مطالعه کریمی

باردار رضایت زناشویی متوسط رو به بالایی داشتند (۲۵). در مطالعه حاضر با افزایش تعداد فرزندان و تعداد فرزندان پسر، فرسودگی زناشویی بعد جسمی و عاطفی آن به طور معنی‌داری افزایش یافت. Snowden هم دریافت داشتن فرزندان قبلی با رضایت زناشویی کمتر در زنان باردار همراه است که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد (۲۶).

حضور فرزندان به روش‌های مختلف می‌تواند تأثیرات مثبت و منفی بر سیستم خانواده داشته باشد. احساس والدین و شادی و غرور بارداری می‌تواند اثرات مثبت داشته باشد، درحالی‌که احساس خستگی، کمبود زمان شخصی، اختلاف‌نظر درباره مراقبت از کودک و انجام تکالیف می‌تواند اثرات منفی آن باشد. این مسائل می‌تواند بر کیفیت ارتباط زوجها تأثیرگذار باشد. اثرات مثبت حضور فرزندان و رضایت زناشویی می‌تواند از طریق باروری در زنان تأیید شود که توانایی آن‌ها در موفقیت کامل نقش‌های زیست‌شناختی و روانی و عملکرد اجتماعی را عمدتاً از طریق توانایی آن‌ها برای مادرشدن می‌دانند. بر اساس برخی مطالعات، حضور فرزندان یا افزایش تعداد فرزندان می‌تواند فرصت‌های کمتری برای برقراری ارتباط زوجها، افزایش مسئولیت والدین، افسردگی و اضطراب داشته باشد که بر رضایت زناشویی مؤثر است. مطالعه‌ای در ژاپن نشان داد حتی داشتن فرزند پسر نیز می‌تواند بر رضایت زناشویی تأثیر بگذارد (۲۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین تعداد سال‌های سپری‌شده از ازدواج و فرسودگی زناشویی، بعد جسمی و عاطفی آن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همسو با نتایج ما، در مطالعه آقایوسفی تعداد سال‌های مشترک زندگی با مشکلات جسمی دوران بارداری رابطه مثبت و معناداری داشته است (۲۸). در مطالعه Zaynah رضایت زناشویی با طول مدت ازدواج ارتباط معنی‌داری داشت. خدادادی هم در پژوهشی دریافت فرسودگی زناشویی در پرستاران با مدت ازدواج رابطه منفی و

معنی‌داری دارد (۲۹). در مطالعه جدیری ارتباط منفی و معنی‌داری بین رضایت زناشویی و طول مدت ازدواج مشاهده شد، به طوری‌که زنانی که از مدت ازدواج آن‌ها کمتر از ۵ سال می‌گذشت، نسبت به افرادی که ۶ تا ۱۰ سال از ازدواجشان می‌گذشت، رضایت زناشویی بیشتری داشتند (۳۰).

طبق نظریه Birchler رضایت زناشویی امر ثابتی نیست. در سال‌های اولیه ازدواج رضایت به نحو چشمگیری بالاست، سپس با به‌دنیا آمدن فرزند این رضایت کاهش می‌یابد، در سال‌های نوجوانی فرزندان و نیمه‌های زندگی سطح رضایت همچنان پایین است و زمانی دوباره رضایت افزایش می‌یابد که همه فرزندان خانه را ترک کرده و زوجین به دوره میان‌سالی و پیری خود نزدیک باشند. در واقع مطابق با این نظریه هرچه از سال‌های اولیه ازدواج می‌گذرد، میزان رضایت کاهش می‌یابد (۳۱). شاید کاهش رضایت زناشویی در زوجها ناشی از افزایش مسئولیت زوجها، تولد کودکان و مشکلات مالی مرتبط با افزایش فرزندان باشد؛ بنابراین، در میان‌سالی که کودکان خانه را ترک می‌کنند، افزایش رضایت زناشویی دیده می‌شود (۲۷). نتایج مطالعه زارع هم این نظریه را تأیید می‌کند (۳۱).

در مطالعه حاضر تعداد بارداری بیشتر با فرسودگی زناشویی و جسمی بیشتر ارتباط معنی‌داری داشت. در مطالعه Nichols هم با افزایش تعداد بارداری‌ها در زنان باردار رضایت زناشویی کاهش معنی‌داری داشته است (۳۲). در مطالعه حاضر همبستگی مثبت و معنی‌داری بین سن، سن همسر، تعداد فرزندان دختر و هفته بارداری با فرسودگی زناشویی مشاهده نشد. همسو با یافته‌های پژوهش پیش رو، در تحقیق تابان بین سن و رضایت زناشویی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۳۳). نتایج پژوهش منگلی هم نشان داد بین سن مادر باردار و رضایت زناشویی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۸).

روش‌های آموزشی مانند پوستر و انیمیشن استفاده کرد که سطح آگاهی آن‌ها را افزایش دهد. همچنین بیشتر بودن فرسودگی زناشویی در زنان بارداری که همسرشان سواد بیشتری داشت، شاید به دلیل کمبود وقت، عدم احساس نیاز و داشتن اولویت‌های دیگر باشد. علت دیگر این موضوع نیز می‌تواند احساس آزرده‌گی یا حقارت یا عدم درک صحیح طرفین از همدیگر به دلیل تفاوت سطح تحصیلات باشد (۳۰). در این افراد هم با ایجاد حساسیت و ارائه برنامه‌های جذاب و زمان‌بندی‌شده می‌توان آگاهی‌بخشی کرد. هرچند میانگین نمره فرسودگی زناشویی در بارداری ناخواسته بیشتر بود، ارتباط معنی‌داری بین بارداری برنامه‌ریزی‌شده با فرسودگی زناشویی مشاهده نشد. در مطالعه منگلی هم بین رضایت زناشویی و بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌داری دیده نشد که با نتایج ما همخوانی دارد (۸).

تفاوت در نتایج می‌تواند علل مختلفی داشته باشد. یکی از این دلایل احتمالاً تفاوت در جمعیت مطالعه‌شده است. گروه هدف این مطالعه زنان باردار است که ما مطالعه‌ای نیافتیم که روی این گروه انجام شده باشد و استنادات ما بیشتر به مقالات رضایت زناشویی و فرسودگی زناشویی در زنان متأهل یا زوجین بوده است. از طرفی، با توجه به اینکه نمرات بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه تقریباً در یک محدوده نزدیک است، امکان دارد متغیرها تفاوت معنی‌داری را با فرسودگی زناشویی افراد نشان ندهند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد. بر این اساس نتایج آن ممکن است در مقطع زمانی دیگری قابل تکرار نباشد و نیز ممکن است نتایج به مادران باردار کل کشور قابل تعمیم نباشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد بیش از نیمی از زنان باردار در معرض خطر فرسودگی زناشویی قرار دارند یا فرسوده

در مطالعه حاضر ارتباط شغل همسر، درآمد خانواده و شاغل یا خانه‌دار بودن زنان باردار با فرسودگی زناشویی معنی‌دار نبود. نتایج تحقیق متولی نیز نشان داد بین رضایت زناشویی و وضعیت اشتغال زنان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با تحقیقات ما همخوانی داشت (۷)؛ اما در مطالعه منگلی با آموزش تغییرات بارداری زنان شاغل و زنانی که همسرانشان مشاغل دولتی داشتند، افزایش بیشتری در نمره رضایت زناشویی مشاهده شد (۸). در مطالعه مقصودی نیز عوامل کاری مانند سابقه کار و ساعت کار در هفته تأثیر معنی‌داری بر فرسودگی زناشویی نداشت (۳۴). همچنین بین درآمد و فرسودگی زناشویی ارتباط معنی‌دار نبود (۳۴). در تحقیقی دیگر بین میزان درآمد و رضایت زناشویی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۳۳). پژوهش زارع هم نشان داد بین درآمد خانواده و میزان رضایت زناشویی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۳۱).

ارتباط فرسودگی زناشویی با تحصیلات زنان باردار معنی‌داری نبود، اما با تحصیلات همسرشان معنی‌دار بود؛ به طوری که زنانی که تحصیلات همسرشان در دو طیف کمتر یا بیشتر از فوق‌دیپلم و لیسانس بود، فرسودگی زناشویی بیشتری داشتند. همسو با نتایج ما، در مطالعه فتحی سطح تحصیلات همسر رابطه معنی‌داری با رضایت زناشویی داشت (۳۵). سلیمی نیز در پژوهشی ارتباط معنی‌داری بین تحصیل و رضایت زناشویی مشاهده نکرد (۳۶). در مطالعه نیکوبخت فرسودگی زناشویی در زنان با تحصیلات دانشگاهی بیشتر بود (۲۰). تحقیقات آقاییوسفی نشان داد در زنان باردار دارای مدرک دیپلم و لیسانس نسبت به زنان بارداری که مدرک سیکل یا فوق‌لیسانس دارند، رضایت زناشویی بیشتر است (۲۸). علت این موضوع احتمالاً می‌تواند این باشد که افراد با سواد کمتر، توانایی و دسترسی به آگاهی‌های مورد نیاز در این زمینه را ندارند. در این افراد می‌توان بسته به سطح توانایی، هوش و امکانات از

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با کد ۹۵۰۲۰۵ طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد گرفته شده است. در ادامه نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زنان باردار شهرستان گناباد، کارکنان مراکز خدمات سلامت این شهرستان و تمام افرادی که در طول این مطالعه همکاری داشتند تشکر و قدردانی کنند.

هستند که با توجه به اثرات سوء این موضوع بر بنیان خانواده، انجام مداخلات اثربخش و برنامه‌ریزی برای رفع این مشکل مغفول مانده را می‌طلبند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه تمامی مادران باردار فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. اطلاعات شخصی و محرمانه عنوان شده در پرسش‌نامه‌ها نیز کاملاً محفوظ ماند.

References

1. Firouzbakht M, Riahi M, Tirgar A. A study of the effective factors on the women's social health: a review study in Persian scientific journals. *Community Health*. 2017; 4(3):190-200.
2. Askarian-Tavandari P, Hashemian M, Joveini H, Solimanian A, Rastaghi S. A survey on the level of health literacy among the women in Bardaskan City, Iran, in year 2016: a cross-sectional study. *Health Syst Res*. 2018; 14(1):35-40.
3. Maajani K, Afkhaminia F, Mohammadi A, Naghibi SA. Assessment of mental health in pregnant women attending health centers in Sari, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2018; 28(162):77-85.
4. Rosand GM, Slinning K, Eberhard-Gran M, Roysamb E, Tambs K. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health*. 2011; 11(1):161.
5. Nazari H, Farhadi A, Jariayani M, Hosseinabadi R, Asgari S, Majidimehr M. Mental health of pregnant women referred to Khorramabad health centers. *Yafteh*. 2014; 16(2):40-8.
6. Ozgoli G, Abbas A. The effect of modification of dysfunctional sexual beliefs on promotion of quality of pregnant women sexual life in Besat hospital. *Res Med*. 2017; 41(3):166-74.
7. Motavalli R, Ozgoli G, Bakhtiari M, Alavi Majd H. Marital satisfaction and marital intimacy in employed and unemployed pregnant women of Ardebil city. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2009; 9(4):315-24.
8. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The effect of educating about common changes in pregnancy period and the way to cope with them on marital satisfaction of pregnant women. *Iran J Med Educ*. 2008; 8(2):1-9.
9. Dehghan A, Lavasani MG, Madani Y. The relationship between relationship beliefs and couple burnout: the mediating role of mindfulness. *J Psychol*. 2018; 22(3):344-57.
10. Havasi N, Zahrakar K, MohsenZadeh FA. A study on the efficacy of gottman marital therapy as a group method in reduction of marital burnout. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2017; 4(6):59-63.
11. Bahmani N, Etemadi O, Ahmadi SA, Fatehizadeh M. The effectiveness of marital counseling based on Kayser's disaffection model on reducing of marital disaffection in couples. *J Fam Res*. 2018; 14(2):183-99.
12. Gohari S, Zahrakar K, Mohammad Nazari A. Prediction of marital burnout based on differentiation and sexual intimacy in nurses. *Iran J Nurs Res*. 2015; 10(2):72-80.
13. Karimi P, Karami J, Dehghan F. Relationship between attachment styles and conflict resolution styles and married employee's marital burnout. *Sociol Women*. 2015; 5(4):53-70.
14. Westman M, Etzion D, Danon E. Job insecurity and crossover of burnout in married couples. *J Organ Behav*. 2001; 22(5):467-81.
15. Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Soc Psychol Quart*. 2011; 74(4):361-86.

16. Motahhary ZS, Ahmady K, Soleymani AA, Behzadpoor S. Effectiveness of mindfulness on decreasing marital stress in ADHD children's mothers. *J Psychol Res.* 2013; 5(17):591-612.
17. Ghorbani M, Firoozi S. The effectiveness of lifestyle education on marital satisfaction and boredom in married women in Isfahan. *J Women Soc.* 2017; 8(1):23-36.
18. Pirfalak MS, Shafiabadi A. The effectiveness of cognitive-behavioral group couples therapy (GCBCT) on reducing marital distress. *Quart J Fam Couns Psychother.* 2014; 4(2):247-67.
19. Feizabadi S, Zaharakar K, Nazari AM. The effectiveness of quality of life therapy on marital burn out. *J Urmia Univ Med Sci.* 2016; 27(9):782-90.
20. Nikoubakht N, Karimi U, Bahrami H. Couple burnout among fertilized and unfertilized women referred to valieasr reproductive center, Tehran. *Iran J Epidemiol.* 2011; 7(1):32-7.
21. Davarniya R, Zaharakar K, Moayeri N, Shakarami M. Assessing the performance of emotionally-focused group couples therapy (EFCT) on reducing couple burnout in women. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch.* 2015; 25(2):132-40.
22. Peiman Pak F, Mansur L, Sadeghi M, Purebraham T. The relationship of job stress with marital satisfaction and mental health in nurses of Tehran Hospitals. *J Career Organ Couns.* 2013; 13(4):27-54.
23. Yousefi N, Bagheryan M. The investigation of the criteria of spouse selecting and marital burnout as forwarded variants in couples applicant for divorce and couples desirous of continuing the marital status. *J Fam Couns Psychother.* 2011; 3(1):284-301.
24. Navidy F. Study and comparison of couple burnout relationship with organizational climate factors in employee education and hospitals of Tehran nurses. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Tehran; 2005.
25. Masoumi SZ. The status and marital satisfaction factors in nulliparous pregnant females attending clinics in asadabad city during years 2015 and 2016. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2017; 25(1):52-9.
26. Snowden LR, Schott TL, Awalt SJ, Gillis-Knox J. Marital satisfaction in pregnancy: stability and change. *J Marriage Fam.* 1988; 50(2):325-33.
27. Tavakol Z, Nikbakht Nasrabadi A, Behboodi Moghadam Z, Salehiniya H, Rezaei E. A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Med J.* 2017; 6(3):197-207.
28. Aghayosefi A, Moradi K, Safari N, 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. *Yafteh.* 2011; 13(1):125-34.
29. Khodadadi SJ, Hajizadeh T, Amousti F, Rezaie M. The prediction of couple burnout according to the general health and marital intimacy among nurses. *Prev Care Nurs Midwifery J.* 2016; 6(2):45-53.
30. Jediri J, Janbozorgi M, Rasoolzade Tabatabai SK. Investigation of the relationship between satisfaction of consent (based on religious criteria) and demographic factors; education, duration of marriage, age of marriage and age difference. *J Psychol Relig.* 2009; 2(5):49-84.
31. Zare B, Safyari Jafarabad H. The study of marital satisfaction and its determinants on married women and men in Tehran city. *Quart Womens Stud Soc Psychol.* 2015; 13(1):111-40.
32. Nichols MR, Roux GM, Harris NR. Primigravid and multigravid women: prenatal perspectives. *J Perinat Educ.* 2007; 16(2):21-32.
33. Taban M, Dolatshahi B, Eftekhar M, Pourshabaz A. The relationship between marital satisfaction with demographics characteristics in the population of Tehran 2016. *Adv Nurs Midwifery.* 2017; 26(94):37-45.
34. Maghsudi M, Mohamadi S. A study on the relationship between job burnout and couple burnout of female gynecologists (Case study: Tehran). *Woman Dev Politics.* 2010; 8(3):57-71.
35. Fathi A, Golakeh Khibari S. The relationship between prenatal concerns, depression, quality of life and general health of pregnant women. *Nurs Midwifery J.* 2018; 15(12):939-49.
36. Salimi SH, Azad ME, Amiri M, Taghavi MR. Aspects of marital satisfaction among veterans' wives. *New Thoughts Educ.* 2009; 4(4):55-72.



Original Article

Investigation of Marital Burnout Status and Some Associated Factors in Pregnant Women Referring to Comprehensive Health Service Centers in Gonabad during 2017

Mahin Moravejjifar¹, Reza hassannia², Habibollah Esmaeili³, Hadi Tehrani⁴, Elham Charoghchian Khorasani⁵, Roghaie Rahmani Bilandi⁶, Mohammad Vahedian Shahroodi^{7*}

¹ MSc of Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² MSc of Medical-Surgical Nursing, Student Research Committee, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

³ Professor of Statistics and Epidemiology, Research Center for Social Factors Affecting Health, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Research Center for Social Factors Affecting Health, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ PhD Student in Health Education and Promotion, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ Assistant Professor of Reproductive Health, Social Development and Health Promotion Research Center, School of Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

⁷ Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Research Center for Social Factors Affecting Health, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 22 August 2020

Accepted: 22 September 2020

Abstract

Introduction: Pregnancy is one of the most important events in marital life. One of the remarkable aspects of this period is marital burnout, which has a significant impact on mother and child. This study aimed to investigate the marital burnout status and some associated factors among pregnant women referring to comprehensive health service centers in Gonabad, Iran, during 2017.

Materials and Methods: This cross-sectional study included 261 pregnant women who were selected randomly from those referring to health centers in Gonabad, Iran, during 2017. The data were collected using the Pines Marital Burnout and Demographic characteristics form. Furthermore, the data were analyzed in SPSS software (version 25) through the Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests. A p-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The total mean±SD score of the marital burnout in pregnant women was estimated at 2.63±0.79. The corresponding values were determined at 2.28±0.71, 2.51±0.84, and 2.42±0.88 in physical, psychological, and emotional dimensions. According to the results, the levels (percentage) of marital burnout in pregnant women were very low (21.5%), low (45%), moderate (24.9%), high (7.3%), and very high (0.4%). Regarding demographic and midwifery characteristics, marital burnout correlated significantly with variables, such as husband's education level, number of pregnancy, marriage duration, number of children, and number of male children ($P<0.05$); however, there was no significant association between marital burnout and other variables ($P>0.05$).

Conclusion: The present study showed that more than half of the pregnant women burned out or were susceptible to the risk of marital burnout. Given the adverse effects of this condition on family, it is of utmost importance to develop effective interventions and programs to deal with this issue.

Keywords: Demographic characteristics, Marital burnout, Midwifery factors, Pregnancy

* **Corresponding Author:** Mohammad Vahedian Shahroodi, Department of Health Education and Health Promotion, Research Center for Social Factors Affecting Health, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Tel: 09153114370; Email: vahedianm@mums.ac.ir