Research on Medicine *Original Article*

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences Vol.43; No.4; 2020

Investigation of Pregnancy Problems in Couples with History of Infertility, Abortion, and Unwanted Pregnancy, in Mahdieh Hospital of Tehran, 1396

Arezoo Heydari[1], Nourossadat Kariman[*2], Farzaneh Ahmadi[3]

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Midwifery and Reproductive Health Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received:2019/01/29 Accept: 2019/06/19)

Abstract

Background: *During pregnancy, each of the couples may experience various changes and problems. In some circumstances, like history of infertility, previous abortions or unwanted pregnancies, the amount of these problems may also increase. The aim of the present study was to determine pregnancy problems in couples with a history of infertility, abortion, and unwanted pregnancy.*

Methods: *In the present descriptive study, 120 pregnant couples, with gestational ages of mothers between 28-41 weeks, were examined. The couples were divided into four groups: history of infertility, abortion, unwanted pregnancy, and control group. Then, they were compared using a questionnaire for the common problems of pregnancy. Also, in each of these groups, correlations between couples' problems were calculated. The significance level was set at 0.05.*

Results: *In all four groups, women experienced more physical problems compared with men ($p < 0.001$). In groups with history of infertility ($p < 0.001$) and abortion ($p < 0.001$), each of the couples experienced more physical and mental problems than the control group. In addition, there was a positive and significant correlation between couples' physical problems in all three groups ($p<0.05$). In the control group, however, there was no significant correlation between the couples.*

Conclusion: *In conditions such as history of infertility, abortion or unwanted pregnancy, due to the importance or stress the couples feel because of pregnancy, they may experience more problems during pregnancy. In providing care to this group of people, considering these records makes it possible for us to help these couples experience better pregnancy.*

Keywords: *Couvade syndrome; Infertility; Abortion; Unwanted pregnancy; Couple*

** Corresponding: Nourossadat Kariman*
Email:n_kariman@yahoo.com

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

پژوهش در پزشکی
فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مقاله پژوهشی
دور ۴۳، شماره ٤، ۱۳۹۸، صفحات ۲٦٤ تا ۲۷۰

بررسی میزان مشکلات دوران بارداری در زوجین با سابقه نازایی، سقط و بارداری ناخواسته، در بیمارستان مهدیه شهر تهران، سال ۱۳۹٦

آرزو حیدری[۱]، نوراسادات کریمان*[۲]، فرزانه احمدی[۳]

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- گروه آمار زیستی، دانشکده پیرا پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله:۱۳۹۷/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۹۸/۰۳/۲۹

چکیده:

سابقه و هدف: در طول بارداری، هریک از زوجین ممکن است تغییرات و مشکلات متنوعی را تجربه کنند. در شرایطی مانند سابقه ناباروری، سقط قبلی یا بارداری‌های ناخواسته که دوران بارداری مورد توجه ویژه زوجین قرار می گیرد ممکن است میزان این مشکلات نیز بیشتر شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشکلات دوران بارداری در زوجین با سابقه نازایی، سقط و بارداری‌های ناخواسته انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، ۱۲۰ زوج در انتظار فرزند با سن بارداری خانم ۴۱-۲۸ هفته بررسی شدند. زوج‌ها در چهار گروه مختلف: با سابقه ناباروری، سقط قبلی، بارداری ناخواسته و کنترل قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه مخصوص از نظر مشکلات شایع دوران بارداری بررسی و با هم مقایسه شدند. همچنین در هریک از این گروه‌ها نیز همبستگی بین مشکلات زوجین محاسبه شد. سطح معناداری پنج درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در هر چهار گروه، زنان نسبت به مردان مشکلات جسمی بیشتری تجربه کرده بودند ($p<۰/۰۰۱$). در گروه‌های با سابقه نازایی ($p<۰/۰۰۱$) و سقط ($p<۰/۰۰۱$) هریک از زوجین نسبت به گروه کنترل مشکلات جسمی و روانی بیشتری را تجربه کرده بودند. در هر سه گروه از نظر مشکلات جسمی، همبستگی مثبت و معناداری بین مشکلات زوجین وجود داشت($p<۰/۰۵$). در حالی که در گروه کنترل زوجین باهم همبستگی نداشتند.

نتیجه‌گیری: در شرایطی مانند سابقه ناباروری، سقط یا ناخواسته رخ دادن بارداری، ممکن است به دلیل اهمیت و یا استرسی که بارداری برای آن‌ها ایجاد می کند، هریک از زوجین مشکلات بیشتری را در طول بارداری تجربه کنند. در ارائه مراقبت به این گروه از افراد توجه به این گونه سوابق سبب می‌شود که در صورت لزوم کمک کرد که این گروه از افراد نیز بارداری بهتری را پشت سر بگذارند.

واژگان کلیدی: سندرم کوید، ناباوری، سقط، بارداری ناخواسته، زوج

مقدمه:

خانم‌ها در طول بارداری به دلیل تغییرهای فیزیکی و هورمونی این دوران، ممکن است علائم و مشکلات جسمی و روانی متفاوتی را تجربه کنند(۱) همچنین بسیاری از مردان نیز در طول دوران بارداری همسر خود، مانند او برخی از این مشکلات را تجربه می‌کنند. از مشکلات مردان در طول بارداری به عنوان سندرم کوید یاد می‌شود(۲). میزان این سندرم ۱۱ تا ۹۷ درصد گزارش شده است. سندرم کوید و نیز بسیاری از مشکلات خانم‌ها در طول بارداری هر دو به عنوان اتفاقات طبیعی این دوران در نظر گرفته می‌شوند(۳). اما گاهی اوقات ممکن است این مشکلات بیشتر شده و سبب ناراحتی و ناخوشایند شدن دوران بارداری شوند(۴). حتی این مشکلات به ظاهر جزئی می توانند هزینه‌های پزشکی و غیر پزشکی بیشتری را نیز به دنبال داشته باشند(۵). این تغییرها به خصوص زمانی که بارداری به دلیل برخی شرایط غیر طبیعی (مانند سابقه ناباروری، سقط‌های قبلی، بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی) برای زوجین برجسته‌تر می‌شود، بیشتر دیده می‌شود. در این شرایط هرچقدر مشکلات تجربه شده در یکی از زوجین بیشتر باشد، همسر نیز بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرد(۶).

برخی از صاحب نظران دلیل بروز علائم و مشکلات بارداری در مردان را نوعی تطابق و سازگاری مرد با همسر باردار خود دانسته‌اند(۷). از طرفی در زوجین با سابقه نازایی به دلیل مشکلاتی که در باردار شدن داشته‌اند، احتمال بروز تغییرهای متقابل و تطابق بین زوجین در طول بارداری بیشتر است(۸). منظور

نویسنده مسئول: نورالسادات کریمان
پست الکترونیک: n_kariman@yahoo.com

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

از تطابق نیز حالتی است که به مرور زمان زوجین علائم و تغییرهای مشابهی را نشان می‌دهند(۹). همچنین در زوجینی که بارداری آن‌ها ناخواسته و بدون برنامه‌ریزی و آمادگی‌های لازم رخ می‌دهد، احتمال بروز مشکلات بیشتر در طول بارداری وجود دارد(۱۰). ماهیت غیر منتظره بارداری‌های ناخواسته به واکنش منفی نسبت به بارداری منجر می‌شود اما در برخی مطالعه‌ها در مورد ارتباط بارداری‌های ناخواسته و میزان سندرم کوید یا میزان مشکلات خانم‌ها، اطلاعات متناقضی گزارش شده است(۷, ۱۱). لازم به ذکر است که از حدود ۲۰۰ میلیون بارداری که در سال رخ می‌دهد، ۷۵ میلیون بارداری به صورت ناخواسته اتفاق می‌افتد(۱۲).

در مورد بارداری‌هایی که به‌دنبال سقط قبلی اتفاق می‌افتد، اگرچه در اکثر مواقع، پیامدهای بارداری تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد(۱)، اما در مطالعه‌های متعدد نیزدیده شده است که به دنبال سقط، سلامتی روان به خصوص در خانم‌ها تحت تاثیر قرار می‌گیرد(۱۳, ۱۴). در این گروه از خانم‌ها، به طور معناداری میزان اضطراب و افسردگی در بارداری بعدی بیشتر می‌شود(۱۵). از طرفی یکی از دلایل مطرح شده برای تطابق بیشتر زوجین در طول بارداری و داشتن مشکلات و رفتارهایی مشابه، اضطراب و نگرانی آن‌هاست که این خود سبب افزایش میزان علائم و مشکلات در هر یک از زوجین نیز می‌شود(۱۶).

امروزه به دلیل مشارکت بیشتر مردان در طول بارداری و همراهی همسر در این دوران، احتمال بروز سندرم کوید و برخی از مشکلات افزایش یافته است(۱۷)، اما بیشتر مطالعه‌ها و اقدام‌های انجام شده در این دوران به زنان اختصاص دارد. این در حالی است که پدران نقش مهمی را در ارتقای سلامت خانواده ایفا می‌کنند(۱۸). سلامت آن‌ها و نیز سازگاری‌شان با نقش پدری و درست ایفا کردن این مسئولیت ارتباط نزدیکی با سلامت مادر دارد(۱۹). بنابراین برای والد شدن، به جای تنها تاکید بر سلامت مادر، باید به همسر نیز توجه شود. با توجه به اهمیت و دقت در مراقبت‌های مربوط به زوجین با سابقه نازایی، سقط قبلی یا بارداری بدون برنامه‌ریزی، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشکلات دوران بارداری در زوجین با سابقه نازایی، سقط قبلی و بارداری ناخواسته در بیمارستان مهدیه شهر تهران، در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

روش کار:

این پژوهش با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.۱۳۹۵,۶۳۲ در کمیته اخلاق دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی ثبت شده است. در این مطالعه توصیفی که به مدت شش ماه و در ماه‌های مهر تا اسفند سال ۱۳۹۶ در درمانگاه مراقبت‌های دوران بارداری بیمارستان مهدیه شهر تهران انجام شد، نمونه‌گیری در این مطالعه بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به روش در دسترس انجام شد. برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از مطالعه پایلوت از هر گروه ۱۰ زوج به تصادف انتخاب و بر اساس نتایج حاصل، حجم نمونه در هر گروه حداقل ۲۵ زوج تعیین شد. در این مطالعه در هر گروه ۳۰ زوج (۶۰ نفر) و به طور کلی ۱۲۰ زوج (۲۴۰ نفر) بررسی شدند. ۳۰ زوج با سابقه قبلی نازایی که بارداری فعلی آن‌ها با درمان‌های ناباروری ایجاد شده بود، ۳۰ زوج با سابقه قبلی سقط و نیز ۳۰ زوج که درآن‌ها بارداری ناخواسته و بدون برنامه‌ریزی اتفاق افتاده بود. همچنین یک گروه کنترل با ۳۰ زوج در نظر گرفته شد که بارداری آن‌ها خواسته و برنامه‌ریزی شده و بدون سابقه مشکلات ناباروری و سقط بود. هیچ یک از این زوج‌ها فرزندی نداشتند. سن بارداری خانم ۴۱-۲۸ هفته بارداری بود. این افراد برای دریافت مراقبت‌های بارداری به مرکز منتخب مراجعه می‌کردند. نمونه‌ها از بین زوجینی انتخاب می‌شدند که به غیر از مشکلاتی مانند سقط یا سابقه ناباروری، سابقه مشکل روانی و جسمی خاصی نداشتند و جنین فعلی از نظر بیولوژیک به هر دوی آن‌ها تعلق داشت. در صورت عدم رضایت هر یک از آن‌ها به منظور ادامه همکاری یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، آن زوج از مطالعه خارج و با زوجین واجد شرایط مطالعه جایگزین می‌شدند. پس از ارائه توضیحات به زوج‌های دارای شرایط ورود به مطالعه، با استفاده از پرسشنامه‌های محقق ساخته مربوط به علائم و مشکلات شایع بارداری و نیز پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بررسی شدند. در مجموع در این پرسشنامه‌ها در مورد تجربه ۲۸ مشکل شایع دوران بارداری و در دو بخش کلی: مشکلات روانی (استرس، مشکلات خواب، کاهش تمرکز، بی‌حوصلگی، احساس بی‌ارزشی) و جسمی (شامل چهار زیر گروه کلی مشکلات گوارشی، تغییرات وزن، درد، تغییرات پوستی) دوران بارداری سوال می‌شد. پاسخ‌ها به صورت بله یا خیر ثبت می‌شد. در انتهای سوال‌ها مجموع مشکلات تجربه شده(به صورت اعداد صحیح۲۸-۰)، ثبت می‌شد. پرسشنامه‌های مذکور، ابتدا با استفاده از منابع مرتبط طراحی شدند(۱, ۱۷) سپس توسط استادان گروه بهداشت باروری و مامایی از نظر روایی محتوا تایید شدند. پایایی پرسشنامه‌ها نیز با محاسبه کودر ریچاردسون ۲۰ (KR ۲۰) با مقدار برابر با ۰/۸تایید شد.

در تمام مدت مطالعه، اطلاعات مشارکت‌کنندگان به‌صورت محرمانه نگهداری شد و در صورت تمایل پس از پایان مطالعه نتایج در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شد. پس از پایان فرآیند نمونه‌گیری، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و از طریق ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون‌های Quade، دقیق فیشر، کی-دو

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در گروه‌های مختلف مطالعه

متغیر	طبقه	گروه				سطح معناداری
		سابقه ناباروری	سابقه سقط	بارداری ناخواسته	کنترل	
سن (سال)	-	۳۲/۵ ± ۴/۹	۲۹/۹ ± ۴/۸	۳۱/۳ ± ۶/۹	۲۹/۵ ± ۵/۹	+۰/۲۱۶
سن بارداری (هفته)	-	۳۴/۹ ± ۴/۲	۳۶/۲ ± ۲/۱	۳۶/۴ ± ۶/۹	۳۷/۸ ± ۲/۰	+۰/۱۵۵
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۰(۰)	۶(۲۰)	۷(۲۳/۴)	۴(۱۳/۴)	++۰/۲۵۰
	راهنمایی و متوسطه	۲۱(۷۰)	۱۷(۵۶/۶)	۱۷(۵۶/۶)	۱۶(۵۳/۴)	
	دانشگاهی	۹(۳۰)	۷(۲۳/۴)	۶(۲۰)	۱۰(۳۴/۲)	
شغل	خانه‌دار	۲۵(۸۳/۴)	۲۷(۹۰)	۲۸(۹۳/۴)	۲۷(۹۰)	++۰/۵۷۲
	شاغل	۵(۱۶/۶)	۳(۱۰)	۲(۶/۶)	۳(۱۰)	
وضعیت درآمد	کمتر از حد کفایت	۱۷(۵۶/۶)	۲۱(۷۰)	۲۸(۹۳/۴)	۲۶(۸۶/۶)	**۰/۱۱۹
	کافی	۱۳(۴۳/۴)	۹(۳۰)	۲(۶/۶)	۴(۱۳/۴)	

+: ANOVA، ++: آزمون ذقیق فیشر؛ **: آزمون کی-دو

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک مردان شرکت‌کننده در گروه‌های مختلف مطالعه

متغیر	طبقه	گروه				سطح معناداری
		سابقه ناباروری	سابقه سقط	بارداری ناخواسته	کنترل	
سن	-	۳۷/۲(۵/۲)	۳۳/۴(۴/۵)	۳۵/۷(۷/۳)	۳۳/۵ (۴/۵)	+۰/۰۵۱
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۰(۰)	۴(۱۳/۴)	۸(۲۶/۶)	۷(۲۳/۴)	++۰/۰۴۲
	راهنمایی و متوسطه	۱۷(۵۶/۶)	۱۶(۵۳/۴)	۱۶ (۵۳/۴)	۶(۲۰)	
	دانشگاهی	۱۳(۴۳/۴)	۱۰(۳۴/۲)	۶(۲۰)	۱۷(۵۶/۶)	
شغل	کارگر	۴(۱۳/۴)	۵(۱۶/۶)	۷(۲۳/۴)	۷(۲۳/۴)	++۰/۷۱۰
	کارمند	۴(۱۳/۴)	۷(۲۳/۴)	۴(۱۳/۴)	۶(۲۰)	
	آزاد	۲۲(۷۳/۲)	۱۸(۶۰)	۱۹(۶۳/۲)	۱۷(۵۶/۶)	
وضعیت درآمد	کمتر از حد کفایت	۲۰(۶۶/۶)	۱۸(۶۰)	۱۹(۶۳/۴)	۲۵(۸۳/۴)	++۰/۰۶۸
	کافی	۱۰(۳۳/۴)	۱۲(۴۰)	۹(۳۰)	۳(۱۰)	
	بیشتر از حد کفایت	۰		۲(۶/۶)	۲(۶/۶)	

+: ANOVA، ++: آزمون ذقیق فیشر

جدول ۳: مقایسه میانگین مشکلات جسمی و روانی در زنان و مردان در گروه‌های مختلف مطالعه

گروه	جنس	مشکلات جسمی		مشکلات روانی	
		میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی‌داری*	میانگین (انحراف معیار)	سطح معناداری*
سابقه ناباروری	زنان	۷/۵ ± ۳/۱	<۰/۰۰۱	۱/۷ ± ۳/۱	۰/۹۵۳
	مردان	۲/۳ ± ۲/۴		۲/۰ ± ۳/۲	
سابقه سقط	زنان	۳/۵ ± ۸/۰	<۰/۰۰۱	۲/۷ ± ۳/۷	۰/۰۳۸
	مردان	۲/۲ ± ۲/۰		۱/۶ ± ۱/۸	
بارداری ناخواسته	زنان	۳/۷ ± ۵/۵	<۰/۰۰۱	۲/۱ ± ۲/۷	۰/۰۰۲
	مردان	۲/۷ ± ۱/۵		۱/۴ ± ۲/۰	
کنترل	زنان	۳/۴ ± ۶/۸	<۰/۰۰۱	۲/۲ ± ۲/۵	۰/۲۲۵
	مردان	۱/۸ ± ۱/۱		۲/۱ ± ۱/۶	

*: آزمون Quade (برای تعدیل اثر تحصیلات)

و ANOVA تحلیل شدند. سطح معناداری برای تمام آزمون‌ها پنج درصد در نظر گرفته شد.

نتایج:

دراین مطالعه، در مجموع ۱۲۰ زوج بررسی شدند. ۳۰ زوج با سابقه ناباروری، ۳۰ زوج با سابقه سقط قبلی، ۳۰ زوج بارداری ناخواسته و ۳۰ زوج نیز به عنوان گروه کنترل بررسی شدند. نتایج اطلاعات دموگرافیک هریک از این گروه‌ها در جدول ۱ و ۲، به ترتیب، برای زنان و مردان ارائه شده است. زنان در گروه‌های مختلف از نظر ویژگی‌های دموگرافیک مشابه همدیگر بودند (p>۰/۰۵). مردان در چهار گروه از نظر تحصیلات با هم متفاوت بودند (p=۰/۰۴۲)، اما از نظر ویژگی‌های دیگر مشابه بودند (p>۰/۰۵). برای تعدیل اثر متغیر تحصیلات در تحلیل نتایج متغیرهای اصلی از آزمون Quade استفاده شد.

در جدول ۳، میانگین مشکلات روانی و جسمی در هریک از گروه‌ها نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیشترین مشکلات جسمی در زنان و مردان با سابقه ناباروری و سقط دیده شد. همچنین از نظر خصوصیات روانی نیز میانگین این مشکلات در زنان با سابقه سقط قبلی و نیز زنان و مردان با سابقه ناباروری بیشتر بود. اختلاف معناداری بین مشکلات جسمی در زنان و مردان در هر یک از چهار گروه وجود داشت که در زنان بیشتر از مردان بود (p<۰/۰۰۱). مشکلات روانی نیز در زنان بیشتر از مردان بود اما این اختلاف در گروه‌های با سابقه سقط و بارداری ناخواسته در بین زنان و مردان معنادار نبود. در گروه با سابقه مشکل نازایی به ترتیب بیشترین مشکلات جسمی مربوط به مشکلات گوارشی بود(۵۱درصد در زنان و ۵۲درصد درمردان). بیشترین مشکلات روانی نیز شامل احساس بی‌رغبتی نسبت به انجام امور معمول و خستگی بیش از حد معمول (۳۹درصد در زنان و ۳۱درصد در مردان) و استرس در مورد سرانجام بارداری(۲۰درصد در زنان و مردان) بود.

در گروه با سابقه سقط قبلی بیشترین مشکل جسمی مربوط به مشکلات گوارشی(۴۹درصد در زنان و ۴۲درصد در مردان) بود. بیشترین مشکلات

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

روانی نیز مربوط به مشکلات احساس بی‌رغبتی نسبت به انجام امور معمول و خستگی بیش از حد معمول (۳۹درصد در زنان و ۳۵درصد در مردان) بود.
در گروه بارداری ناخواسته نیز بیشترین مشکلات در زنان مشکل گوارشی(۵۴درصد) و احساس بی‌رغبتی نسبت به انجام امور معمول و خستگی بیش از حد معمول(۵۰درصد) بود. در مردان نیز مشکلات گوارشی (۵۸درصد) و مشکل احساس خستگی و بی حوصله بودن بیش از حد معمول(۳۵درصد) جزو شایع‌ترین مشکلات بودند.
در گروه کنترل نیز مشکلات شایع خانم‌ها شامل مشکلات گوارشی(۳۲درصد) و احساس بی‌رغبتی نسبت به انجام امور معمول و خستگی بیش از حد معمول(۱۵درصد) بود. همچنین در مردان این گروه نیز مشکلاتی مانند مشکلات گوارشی(۳۰درصد) و بی حوصلگی و خستگی(۳۱درصد) جزو مشکلات شایع بودند.
جدول ۴: همبستگی مشکلات جسمی و روانی در زوجین در گروه‌های مختلف مطالعه

گروه	مشکلات جسمی		مشکلات روحی	
	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سابقه ناباروری	۰/۴۱	۰/۰۴۴	۰/۴۰	۰/۰۴۶
سابقه سقط	۰/۴۶	۰/۰۲۱	۰/۴۱	۰/۰۴۳
بارداری ناخواسته	۰/۴۸	۰/۰۱۵	۰/۳۳	۰/۱۱۲
کنترل	۰/۲۰	۰/۳۴۵	۰/۰۴	۰/۸۶۴

*: همبستگی اسپیرمن

جدول ۴ شامل اطلاعات همبستگی زوجین از نظر مشکلات روانی و جسمی در گروه‌های مختلف مورد مطالعه است. همان طور که مشاهده می‌شود همبستگی مثبت و معناداری میان مشکلات جسمی زوجین در گروه‌های با سابقه ناباروری، سقط و بارداری ناخواسته وجود داشت. همچنین بین مشکلات روانی زوجین در گروه‌های با سابقه ناباروری و سقط نیز همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد.

بحث:

تحقیق نشان داد که در هر چهار گروه، زنان در طول دوران بارداری مشکلات جسمی بیشتری را نسبت به مردان تجربه کرده بودند. در مقایسه چهار گروه نیز دیده شد که زوجین با سابقه ناباروری و سقط مشکلات جسمی و روانی بیشتری را در دوران بارداری تجربه می‌کنند. همچنین از نظر همبستگی مشکلات بین زوجین دیده شد که در هر سه گروه زوجین با سابقه ناباروری، سقط و بارداری ناخواسته، همبستگی مثبت و معناداری بین مشکلات جسمی زنان و مردان وجود داشت. از نظر مشکلات روانی نیز زوجین با سابقه سقط و ناباروری همبستگی مثبت و معناداری را نشان دادند. در حالی که در گروه کنترل این همبستگی معنادار نبود.
هر شرایطی که سبب شود بارداری بیشتر ازیک روند طبیعی والد شدن مورد توجه قرار گیرد، ممکن است سبب بروز تغییرهای بیشتری در زوجین شود(۷, ۱۱) در این شرایط ممکن است علاوه بر زنان، همسران آن‌ها نیز تحت تاثیر قرار گیرند(۶).
در مطالعه‌ها ذکر شده است که حدود ۱۰ درصد از زوجین در دست یافتن به بارداری خودبه‌خود دچار مشکل هستند(۱۴). در این زوج‌ها به دلیل مشکلاتی که در دست یافتن به بارداری داشته‌اند، دوران بارداری برای آن‌ها ویژه‌تر و حساس‌تر می‌شود(۷, ۱۱) زنان بدون در نظر گرفتن اینکه اختلال باروری مربوط به کدام یک از زوجین است، نسبت به مردان بیشتر به اختلال‌های روان‌شناختی ناباروری حساس هستند(۲۰) در حالی که تنها زمانی که مشکل ناباروری به مرد مربوط می‌شود، مردان ناراحتی‌ها و مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند(۱۵) از طرفی در این زوج‌ها به دلیل توجه ویژه هر دو نفر به بارداری، احتمال بروز تغییرهایب متقابل و تطابق بین زوجین در طول بارداری بیشتر است و این افزایش تطابق زوجین، احتمال افزایش علائم در مرد را به دنبال دارد(۲۰).
در مطالعه حاضر نیز دیده می‌شود که زنان و مردان با سابقه ناباروری علاوه بر اینکه در طول بارداری رفتارها و مشکلات هماهنگی را نشان می‌دهند، آن‌ها نسبت به گروه کنترل مشکلات روانی و جسمی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. همچنین همان طور که در قسمت نتایج مشاهده می‌شود، در این گروه استرس و نگرانی در مورد سرانجام بارداری جزو مشکلات شایعی است که مرد و زن هر دو از ابتدای بارداری درگیر آن هستند.
هر چند در مطالعه امینی و همکاران در سال ۱۳۹۳، نشان داده شد که سابقه نازایی و درمان آن تاثیری بر پیامدها و عوارض بارداری نداشته است(۲۱) اما در مطالعه Becker و همکاران که تنها به بررسی زنان با سابقه ناباروری پرداخته بودند، دیده شد که در این گروه از زنان نسبت به گروه کنترل هم تعداد ویزیت‌های انجام شده در طول بارداری بیشتر بود و هم مشکلات مربوط به دوران بارداری در آن‌ها بیشتر بود(۲۲).
Holditch و همکاران در ماه‌های ۹-۴ بارداری به بررسی مشکلات دوران بارداری زوجین با سابقه ناباروری پرداختند. در مطالعه آن‌ها دیده شد که اگرچه خانم‌ها علائم فیزیکی بیشتری را نشان می‌دهند اما نوعی هماهنگی و ارتباط بین علائم زن و مرد وجود داشت. طوری که آن‌ها از این نظر نوعی رفتار هماهنگ داشتند. هرچقدر که علائم یکی از زوجین بیشتر می‌شد، همسر نیز مشکلات بیشتری را تجربه می‌کرد و برعکس(۶).
همچنین یکی دیگر از مشکلاتی که سلامتی بارداری‌های بعدی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد، سابقه سقط است که امروزه به طور شایع و روز افزونی در بین مراجعان مامایی دیده می‌شود. هر چند که در منابع معتبر ذکر می‌شود که حتی با وجود سابقه سقط‌های مکرر، همچنان احتمال بارداری موفقیت‌آمیز بیش از ۵۰ درصد است(۱). اما از نظر سلامت خود مادر، خانم‌های با سابقه سقط قبلی، در معرض خطر بیشتر مشکلات اضطراب و افسردگی در بارداری‌های بعدی هستند(۲۳). در مطالعه‌های جامع دیگر نیز نشان داده شده که سابقه سقط چه از نوع خودبه‌خودی یا القایی ممکن است سلامت روحی را تحت تاثیر قرار دهد(۱۳, ۱۴). اما در جست‌وجوهایی که انجام شد مطالعه‌ای که به بررسی همزمان زوجین با سابقه سقط پرداخته باشند، یافت نشد. در این مطالعه همان طور که در قسمت نتایج مشاهده می‌شود، در گروه با سابقه سقط نسبت به گروه کنترل هر دوی زوجین مشکلات جسمی و روحی بیشتری را تجربه کرده‌اند. حتی دیده می‌شود که بیشترین مشکلات جسمی و روانی مربوط به زنان با سابقه سقط است. با توجه به شیوع بالای سقط، اهمیت توجه بیشتر به این گروه از افراد را مورد تاکید قرار می‌دهد.
امروزه یکی از معضل‌های بهداشتی و اجتماعی، بارداری ناخواسته است که سلامت باروری زوجین را در تمام ابعاد آن تحت تاثیر قرار می‌دهد. برآورد شده است که حدود یک سوم از تمام بارداری‌ها به‌صورت ناخواسته اتفاق می‌افتد(۱۲). May در مطالعه خود با بررسی ۲۰ پدری که نخستین تجربه پدری آن‌ها بود، به این نتیجه رسید که پذیرش بارداری از طرف مرد یک عامل محرک برای سندرم کوید و مشکلات پدر در طول دوران بارداری است(۲۴). Clinton و Strickland نیز به این یافته رسیدند که در بارداری‌های ناخواسته میزان سندرم کوید بیشتر است(۷, ۱۱) اگرچه Borgne با مطالعه خود این یافته را زیر سوال برد(۲۵)، اما منطقی به نظر می‌رسد که در بارداری‌هایی که بدون برنامه‌ریزی قبلی اتفاق افتاده‌اند، ممکن است زوجین با مشکلات بیشتری مواجه شوند. در این دسته از بارداری‌ها، احتمال توجه نکردن به نوزاد و مراقبت نامناسب از او وجود دارد(۲۶). در مطالعه Karaçam و همکاران که در دوران بعد از زایمان به وضعیت مادران با بارداری ناخواسته پرداخته بودند، دیده شد که در این دسته از مادران، بارداری ناخواسته تاثیر منفی بر سلامت

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

جسمی، مراقبت از خود، وضعیت روحی-روانی فرد و تجربه‌های او از زایمان داشته است(۲۷) در مطالعه Yanikkerem و Piro نیز دیده شد که ناخواسته بودن بارداری تاثیر منفی بر سلامت روحی و جسمی افراد داشته است(۲۸).

در مطالعه حاضر نیز دیده شد که در گروهی که بارداری آن‌ها بدون برنامه‌ریزی قبلی اتفاق افتاده بود، نسبت به گروه کنترل مشکلات روانی بیشتری را تجربه کرده بودند، همچنین در این گروه نیز مانند دو گروه با سابقه سقط و ناباروری همبستگی مثبت و معناداری بین زوجین وجود داشت. نقاط قوت: بر خلاف آن که در اکثر مطالعه‌ها انجام شده، در حیطه بارداری بیشتر توجهات به سمت خانم های باردار است اما در این مطالعه هردوی زوجین بررسی شدند چرا که بارداری و والد شدن فرآیندی است که هردوی زن و مرد در آن شریک هستند و در برنامه‌ریزی‌ها باید به این نکته نیز توجه شود. با وجود مطالعه‌های فراوان در زمینه‌های سقط و ناباروری اما تجربه‌های خود این زوجین در این دوران به خوبی بررسی نشده است و مطالعه حاضر می‌تواند راه‌گشایی برای مطالعه‌های بعدی باشد که علاوه بر سرانجام بارداری به سلامتی جسمی و روانی زوجین نیز در این دوران توجه شود. در نهایت باید کمک کرد که همه زوج‌ها تجربه خوشایندی را از دوران بارداری داشته باشند.

نقاط ضعف: در مطالعه‌های بعدی بهتر است گروه‌هایی با حجم نمونه بیشتر بررسی شوند.

نتیجه‌گیری نهایی:

گاهی وقت‌ها بعضی شرایط سبب می‌شوند که دوران بارداری که به خودی خود با برخی نگرانی‌ها و مشکلات همراه است، برای زوجین ویژه‌تر شود و بیشتر مورد توجه قرار گیرد. به دنبال این نگرانی‌ها، ممکن است برخی از مشکلات نیز در این افراد بیشتر دیده شود. از جمله این شرایط مواردی مانند سابقه ناباروری، سقط یا ناخواسته بودن بارداری است، که هر سه مورد سبب می‌شوند دوران بارداری بیشتر از آن که برای زوجین دیگر مهم است، مورد توجه قرار گیرد. ارائه دهندگان مراقبت به زوجین باردار نیز باید توجه داشته باشند که در کنار مراقبت‌های معمولی که برای همه خانم‌های باردار انجام می‌شود، شاید این گروه از افراد نیازمند مراقبت یا آموزش بیشتری باشند که آن‌ها نیز بتوانند دوران بارداری بهتری را پشت سر بگذارند.

تشکر و قدردانی:

مقاله حاضر حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی است که با کد IR.SBMU.PHNM.۱۳۹۵،۶۳۲ در سال ۱۳۹۵ در کمیته اخلاق این مرکز ثبت شده است. از معاونت پژوهشی دانشکده و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی مشارکت کنندگان، مسئولان و همکاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز سایرکسانی که ما را در انجام این پژوهش همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع: بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع:

1. Cunnigham FG, Kenneth, Leveno, S, L, . B, John, C, Dwight, J, Rouse, Catherine, Y. Spong. Williams Obestetrics, 24rd ed. c2014. 24, editor. new york: Mc Graw Hill Medical; 2018.

2. Mrayan L, Abujilban S, Abuidhail J, Bani Yassein M, Al-Modallal H. Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers. American journal of men's health. 2019;13(1):1557988318810243.

3. Brennan A, Ayers S, Ahmed H, Marshall-Lucette S. A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2007;25(3):173-89.

4. Hansen A, Jensen D, Wormslev M, Minck H, Johansen S, Larsen E, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy, II: symptoms and clinical signs. Acta obstetricia et gynecologica scandinavica. 1999;78(2):111-5.

5. Larsen EC, Wilken-Jensen C, Hansen A, Jensen DV, Johansen S, Minck H, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy, I: Prevalence and risk factors. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 1999;78(2):105-10.

6. Holditch-Davis D, Black BP, Harris BG, Sandelowski M, Edwards L. Beyond couvade: pregnancy symptoms in couples with a history of infertility. Health care for women international. 1994;15(6):537-48.

7. Strickland OL. The occurrence of symptoms in expectant fathers. Nurs Res. 1987;36(3):184-9.

8. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Rohana N. Iranian women's experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy: A qualitative study. Midwifery. 2018;62:81-5.

9. Brown MA. A comparison of health responses in expectant mothers and fathers. Western journal of nursing research. 1988;10(5):527-42.

10. Kiselica MS, Scheckel S. The couvade syndrome (sympathetic pregnancy) and teenage fathers: a brief primer for school counselors. The School Counselor. 1995;43(1):42-51.

11. Clinton JF. Expectant fathers at risk for couvade. Nursing research. 1986.

12. Manzouri L, Aghdak P, Arbab P, Nematolahi S. Unwanted Pregnancy: Causes, Preventive Methods and Effects on Family Health from the Perspective of Women with a History of Unwanted Pregnancy. Journal of Isfahan Medical School. 2013;30(211).

13. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. The British Journal of Psychiatry. 2008;193(6):444-51.

14. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. The British Journal of Psychiatry. 2011;199(3):180-6.

15. Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2013;166(1):30-6.

16. Trethowan WH. The couvade syndrome—some further observations. Journal of psychosomatic research. 1968;12(1):107-15.

17. Kazmierczak M, Kielbratowska B, Pastwa-Wojciechowska B, Preis K. Couvade Syndrome among Polish expectant fathers. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2013;19:132.

18. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta paediatrica. 2008;97(2):153-8.

19. Riggs E, Yelland J, Szwarc J, Wahidi S, Casey S, Chesters D, et al. Fatherhood in a new country: a qualitative study exploring the experiences of Afghan men and implications for health services. Birth. 2016;43(1):86-92.

20. Wright J, Allard M, Lecours A, Sabourin S. Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. International Journal of Fertility. 1989;34(2):126-42.

21. Amini l Sz, Jamshidi R, Neisani Samani l, . Comparison of pregnancy outcomes in primigravida women with infertility treatment ones at spontaneous pregnancies admition to three hospitals in Tehran-1391 The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014;12(7):506-14.

22. Becker R, Stauber M, Stadler C, Maassen V, Müller E. Psychosomatic aspects in pregnancy and delivery of former sterility patients. Advances in psychosomatic obstetrics and gynecology: Springer; 1982. p. 222-3.

23. Devlin CA, Huberty J, Downs DS. Influences of prior miscarriage and weight status on perinatal psychological well-being, exercise motivation and behavior. Midwifery. 2016;43:29-36.

24. May KA. A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time expectant fathers. Western Journal of Nursing Research. 1980;2(2):445-53.

25. Bogren L. The couvade syndrome: background variables. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1984;70(4):316-20.

26. Zuravin SJ. Unplanned pregnancies, family planning problems, and child maltreatment. Family Relations. 1987:135-9.

27. Karaçam Z, Önel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. Midwifery. 2011;27(2):288-93.

28. Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2013;39(1):180-7.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]