

## The Comparison of Marital Satisfaction between Men without Child and Men with First and Second Child in Transition to Parenthood

Nourani Sh.<sup>1</sup> MSc, Seraj F.\* MSc, Shakeri MT.<sup>2</sup> PhD, Mokhber N.<sup>3</sup> PhD

\*Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

<sup>1</sup>Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

<sup>2</sup>Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran.

<sup>3</sup>Department of Psychiatric, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

### Abstract

**Aims:** Marital satisfactions vary in different stages of life of couples. Childbirth as special period may cause different challenges regarding to person's potential, therefore this study was carried out to compare marital satisfaction between men without child and men with first and second child in transition to parenthood.

**Materials & Methods:** This correlation study was done in 3 groups with 60 men without child, and with first and second child, a multistage sampling was conducted. Instruments include: Enrich marital satisfaction, transition difficulty to parenthood scales and demographics data, that were completed by eligible men refer to Mashhad health care centers in 2014. Data was analyzed with SPSS V16.

**Findings:** The mean age of men was  $32.52 \pm 5.52$  years and 57.2% had academic education. Men without child had 1.7% relative dissatisfaction, 20% moderate satisfaction, 61.7% more satisfaction and 16.7% most satisfaction. Men with first child had 3.3% relative dissatisfaction, 31.7% moderate satisfaction, 51.7% more satisfaction and 13.7% most satisfaction and men with second child had 8.3% relative dissatisfaction, 28.3% moderate satisfaction, 53.3% more satisfaction and 10% most satisfaction. There were no significant differences among three groups ( $p=0.19$ ). The 16.4% of marital satisfaction in men with child was predicted by transition difficulty to parenthood that implies the strong correlation between these two variables.

**Conclusion:** There was no correlation between men's marital satisfaction with childbirth; therefore couples should be consulted not to worry about fatherhood and number of children.

### Keywords:

Marital [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Marital>];

Parenthood [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Parenthood>];

Men [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008571>];

---

\* Corresponding Author

Tel: (+98)9157749583

Fax: +98(51)38597313

Address: Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

f.s.shirvan2@gmail.com

Received: 11 Nov 2017

Accepted: 23 May 2018

ePublished: 23 Jul 2018

## مقایسه رضایت زناشویی در مردان بدون فرزند با مردان دارای اولین و دومین فرزند در گذر به والد شدن

شهلا نورانی MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

فاطمه سراج\* MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

محمدتقی شاکری PhD

گروه آمار زیستی، بخش پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

نغمه مخبر PhD

گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

### چکیده

**اهداف:** رضایت زناشویی در مراحل مختلف زندگی زوجین متفاوت است. تولد فرزند به عنوان یک دوره ویژه، ممکن است با توجه به پتانسیل افراد، چالش‌های مختلفی ایجاد کند، لذا این مطالعه با هدف مقایسه رضایت زناشویی در مردان بدون فرزند با مردان دارای اولین و دومین فرزند در گذر به والد شدن انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه همبستگی در سه گروه ۶۰ نفری از مردان بدون فرزند، با اولین و دومین فرزند انجام شد. نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام گردید. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و سختی گذر به والد شدن و اطلاعات دموگرافیک بود که توسط مردان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی مشهد در سال ۱۳۹۲ تکمیل شد. سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام گردید.

**یافته‌ها:** میانگین سن مردان  $32/05 \pm 32/05$  سال و  $57/2\%$  تحصیلات عالی داشتند. در مردان بدون فرزند  $11/7\%$  نارضایتی نسبی،  $20\%$  رضایت متوسط،  $61/7\%$  رضایت زیاد و  $16/7\%$  رضایت زناشویی خیلی زیاد داشتند. مردان با اولین فرزند  $3/3\%$  نارضایتی نسبی،  $31/7\%$  رضایت متوسط،  $51/7\%$  رضایت زیاد و  $13/7\%$  رضایت خیلی زیاد و مردان با دومین فرزند  $8/3\%$  نارضایتی نسبی،  $28/3\%$  رضایت متوسط،  $53/3\%$  رضایت زیاد و  $10\%$  رضایت خیلی زیاد داشتند که بین سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p=0/19$ ). از رضایت زناشویی مردان دارای فرزند با سختی گذر به والد شدن پیشگویی شد که بیانگر ارتباط قوی این دو متغیر بود. **نتیجه‌گیری:** رضایت زناشویی مردان با تولد کودک ارتباطی نداشت، بنابراین می‌توان به زوجین مشاوره داد که در رابطه با پدر شدن و تعداد فرزند نگران نباشند.

**کلیدواژه‌ها:** رضایت زناشویی، گذر به والد شدن، مردان.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

\*نویسنده مسئول: f.s.shirvan2@gmail.com

### مقدمه

رضایت زناشویی در واقع نگرشی مثبت و لذت‌بخش است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند. رضایت زناشویی دارای ابعاد مختلفی است از جمله رضایت از روابط جنسی، ارتباط، ویژگی‌های شخصیتی، روابط با اطرافیان، مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، ارتباط با خانواده همسر، نحوه گذراندن اوقات فراغت و مشترکات دینی و مذهبی می‌باشد [1]. اولسون برای چرخه زندگی خانوادگی مراحل را مطرح می‌کند و معتقد است که میزان رضایت زناشویی در هر یک از این مراحل متفاوت است [2]. "گذر به والد شدن" یک دوره بسیار

حساس، جسمی و روان‌شناختی در زندگی زوجین است. در طی این گذر روابط زوجین با تغییرات متعددی مواجه می‌شود و در نتیجه ممکن است باعث کاهش رضایت زناشویی شود [3]. دولت آمریکا اخیراً چند صد میلیون دلار برای ارتقاء سلامت روابط در والدین جدید، هزینه کرده است این سرمایه‌گذاری کلان حاکی از این است که روابط والدین جدید در خطر بالایی از نظر کاهش رضایت و انحلال روابط زناشویی است [4]. پروسه "گذر به والد شدن" (Transition to parenthood) قبل از بارداری آغاز می‌شود یعنی از روزهایی که زوجین والد شدن را پیش‌بینی کرده و خود را در این نقش تصور می‌کنند. این پیش‌بینی در طول بارداری عینی‌تر می‌شود. در سه‌ماهه اول، دوم و سوم بارداری به ترتیب شامل قبول بارداری، گسترش هویت مادرانه با تکان‌های جنین و انتظار برای زایمان است. این دوره زمانی به صورت ۹ فاز تعریف می‌شود: ۱- تصمیم به بارداری، ۲- اقدامات فیزیکی برای بارداری (عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری) ۳- بارداری، ۴- تولد، ۵- ۶ هفته اول پس از زایمان، ۶- ۶ هفته تا ۶ ماه اول تولد کودک، ۷- ۶ ماهگی تا ۱۲ ماهگی کودک، ۸- ۱۲ ماهگی تا ۱۸ ماهگی کودک، ۹- ۱۸ ماهگی تا ۲۴ ماهگی کودک [3].

در تحقیقات مشخص شده زمانی که زوجین پدر و مادر می‌شوند، تغییرات مهمی در جهت عدم سازگاری زوجین به وجود می‌آید. در عین حال تشخیص اینکه کاهش رضایت زناشویی، ناشی از حضور کودک است یا به‌طور طبیعی و ناشی از گذر زمان می‌باشد مشکل است. در طی سالهای اول زندگی رضایت زناشویی احتمالاً تا حدی کاهش می‌یابد و همچنین در طی همین سالهاست که اغلب زوجین صاحب اولین کودک خود می‌شوند [5]. در مطالعاتی که توسط داس (۲۰۰۹) و لورنس (۲۰۰۸) به منظور بررسی کیفیت ارتباط زوجین تازه ازدواج کرده، شامل زوجین بدون فرزند و با فرزند (والدین شده) در یک دوره ۳ تا ۴ ساله بررسی شده بود، نشان‌دهنده کاهش رضایت زناشویی و ابزار عواطف در هر دو گروه بود. یکی از متغیرهایی که در گروه والدین بیشتر تغییر کرده بود، شیب نزول در صرف زمان فعالیت‌های مشترک و رضایت جنسی بود، البته واضح است که مراقبت کودک لزوماً زمان فعالیت‌های مشترک را می‌کاهد [7,6].

همچنین مطالعاتی وجود دارد که گزارش دهنده عدم نزول در عشق رمانتیک و کاهش میزان جدایی زوجینی است، که اخیراً والد شده‌اند. احتمالاً کاهش میزان جدایی والدین به‌ویژه در سال اول تولد کودک، به خاطر نقش کودک به عنوان مانعی برای طلاق است. این موضوع بیانگر اینست که "گذر به والد شدن"، که قبلاً به عنوان یک تنش برای زوجین مطرح شده بود، ممکن است صحیح نباشد [9,8].

والد شدن نیازمند این است که زوجین برای تطابق با عضو جدید خانواده، در سبک زندگی و روابط خودسازگاری عمده‌ای پیدا کنند. والدین به محض تولد کودک، لازم است الگوهای رفتاری جدید ایفا نمایند. هفته‌ها و ماه‌های اول پس از تولد، به عنوان زمانی پراسترس و از طرف دیگر لذت‌بخش

از جدول اعداد تصادفی و در مرحله سوم انتخاب واحد پژوهش به صورت در دسترس انجام شد. به این صورت که ابتدا مراکز و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش هر یک از مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ و ۳ و ۵ و ۷ تا ۱۱ لیست شده، سپس جمعیت تحت پوشش هر یک از طبقات مراکز بهداشتی تعیین و درصد آن نسبت به کل جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی، محاسبه شد. سپس سهم هر یک از طبقات مراکز بهداشتی در کل حجم نمونه پژوهش حاضر محاسبه شد بعد با توجه به حجم نمونه در هر یک از طبقه‌های مراکز بهداشتی، تعداد موردنیاز پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی به‌عنوان خوشه، با استفاده از جدول اعداد تصادفی محاسبه شد و در نهایت، تعداد زوجین موردنیاز از هر یک از پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی تعیین شد (در مجموع ۱۴ مرکز و پایگاه بهداشتی تعیین شد).

جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی مشهد یک ۲۸٪ از کل جمعیت شهر مشهد، جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی مشهد دو ۱۶٪ از کل جمعیت، جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی مشهد سه ۲۳٪ از کل جمعیت، جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی مشهد پنج ۲۰٪ از کل جمعیت و جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی ثامن ۳٪ از کل جمعیت شهر مشهد بود. سپس سهم هر مرکز در حجم نمونه محاسبه شد. از مرکز بهداشت شماره یک، ۴ مرکز بهداشتی، از مرکز بهداشت شماره دو، ۲ مرکز، از مرکز بهداشت شماره سه، ۴ مرکز، از مرکز بهداشت شماره پنج، ۳ مرکز و از مرکز بهداشت ثامن، ۱ مرکز تعیین شد که به صورت تصادفی این مراکز یا پایگاه‌ها انتخاب شدند.

به این ترتیب ۱۴ مرکز و پایگاه بهداشتی درمانی معین شد.

جهت تعیین حجم نمونه ابتدا مطالعه مقدماتی انجام شد به این صورت که از مراکز بهداشتی-درمانی منتخب، ۳ مورد جهت نمونه‌گیری انتخاب شد و از هر گروه مورد مطالعه ۱۱ مرد پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و بعد اطلاعات مربوط به ۳۳ مرد توسط استاد آمار مورد بررسی قرار گرفت سپس حجم نمونه نهایی طبق فرمول زیر محاسبه و تعیین شد.

$$N = \left( \frac{z_1 - \alpha/2 + z_1 - \beta}{c} \right)^2 + 3$$

$$C = 0.5 \ln(1+r/1-r), \alpha=0.05, \beta=0.2, r=0.7$$

معیارهای ورود به پژوهش: باسواد بودن، در حال حاضر با همسرش زندگی کند، عدم سابقه بیماری روانی (ابتلا به بیماری‌های مغز و اعصاب، مصرف دارو، سابقه بستری در بیمارستان روانی، تحت نظر روان‌پزشک یا مشاوره روانشناس نباشد) یا بیماری جسمی صعب‌العلاج (بیماری‌های سرطان، ایدز، شیمی‌درمانی؛ قطع عضو یا نخاع و فلج اندام، نابینایی، ناشنوایی و لالی) یا سابقه مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و یا الکل. ازدواج اول زوجین باشد، همراه با والدین خود و والدین همسر زندگی نکنند، در گروه مردان بدون فرزند، حداقل یک سال از زندگی

مطرح است؛ در تعدادی از مطالعات به دنبال این تغییرات، کاهش رضایت زناشویی مشاهده شده است [10].

ویدرسون (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای در سوئد دریافتند مردانی که "ترس از تولد کودک" دارند، احتمالاً میزان سلامتی جسمی و روانی ضعیف تری دارند و یک پیش‌بینی منفی از والد شدن دارند. در واقع مردان نیز همچون زنان سطح قابل توجهی از استرس والدینی را در ۱۲ ماه اول تولد کودک تجربه می‌کنند [11]. در مطالعه هلدینگسون (۲۰۱۴) که به صورت دو گروهه در ۱۰۴۷ مرد دارای زن باردار در سوئد انجام شد، بر اساس میزان "ترس از تولد کودک" پدران از میانه بارداری تا یک سال از تولد کودک، از نظر میزان سلامت جسمی و روانی تحت نظر گرفته شدند. نتایج نشان داد "ترس از تولد کودک" با کاهش شرکت در کلاس‌های دوران پره ناتال و کاهش میزان سلامتی جسمی و روانی همراه بود (به ترتیب:  $OR=1/8$  و  $OR=3$ ) و در واقع نمرات استرس والدینی بالاتری داشتند [12].

مردان ممکن است یک واکنش جسمی به بارداری همسرشان نشان دهند به نام سندرم کووید (Couvade) که در زبان فرانسه به معنی روی تخم خوابیدن و کرچ شدن است و مجموعه‌ای از علائم است که شبیه آنچه زنان در بارداری تجربه می‌کنند شامل: افزایش یا کاهش وزن، سوءهاضمه، تهوع صبحگاهی، سرگیجه، سردرد و کمردرد. حدود ۲۵ تا ۷۵٪ مردانی که منتظر تولد فرزندشان هستند، آن را تجربه می‌کنند اما اکثراً تشخیص داده نمی‌شود. این علائم ممکن است مربوط به ترکیبی از تنش، اضطراب و همدلی با همسر باشد [13].

از آنجاکه گذر به والد شدن از نظر هویت مردانه، یک نقطه عطف برای مردان بوده و شگفت‌انگیز و تنش‌زاست، با تولد اولین فرزند، روابط زوجین با تغییرات متعددی مواجه می‌شود و در نتیجه ممکن است باعث کاهش رضایت زناشویی شود [14]. همچنین با تولد فرزند دوم ممکن است روابط زناشویی زوجین بیشتر دچار تنش شود. ممکن است مطالعاتی در زمینه رضایت زناشویی مردان انجام شده باشد اما مطالعه‌ای در زمینه تغییرات یا عوامل مرتبط با رضایت زناشویی مردان در دوران ویژه گذر به والد شدن، مشاهده نشد، لذا محقق بر آن شد مطالعه‌ای باهدف مقایسه رضایت زناشویی در مردان بدون فرزند با مردان دارای اولین و دومین فرزند در گذر به والد شدن انجام دهد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش همبستگی در ۱۸۰ مرد (سه گروه ۶۰ نفری از مردان بدون فرزند، با اولین و دومین فرزند) که جهت پایش شیرخوار به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه می‌کردند، انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت سه مرحله‌ای بود: در مرحله اول مراکز بهداشتی پنج‌گانه شهر مشهد به صورت طبقه در نظر گرفته شد، در مرحله دوم انتخاب پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش هر یک از مراکز پنج‌گانه بهداشت به صورت تصادفی با استفاده

مشترک آن‌ها گذشته باشد و سابقه نازایی نداشته باشند. در گروه مردان با یک فرزند، سن شیرخوار بین شش هفته تا شش ماه باشد. در گروه مردان با دو فرزند سن کودک اول زیر هشت سال باشد. کودک سالم (ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، ریوی، کلیوی، فشارخون، دیابت، صرع و تشنج، عقب‌ماندگی‌های ذهنی و جسمی، بیماری‌های ژنتیک نداشته باشد) بوده و چند قلو و فرزندخوانده نباشد. حادثه ناگوار مثل مرگ نزدیکان یا ورشکستگی مالی در سه ماه اخیر رخ ندهد.

معیارهای خروج از مطالعه: انصراف از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مردان و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها به میزان حداکثر ۵٪ توسط مردان.

در این پژوهش متغیرهای مداخله‌گر که بر نتایج پژوهش تأثیر داشتند با روش‌های مختلفی تحت کنترل قرار گرفتند که شامل:

الف- حذف کردن: این متغیرها در بخش مشخصات واحد پژوهش اشاره شده است.

ب- تحت نظر گرفتن: که شامل: متغیرهای کمی: تعداد فرزند، سن زوجین، اختلاف سنی بین زوجین، مدت زمان ازدواج.

متغیرهای کیفی: سختی گذر به والد شدن، میزان درآمد خانوار، سطح تحصیلات زوجین، خواسته بودن بارداری.

ابزار پژوهش پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و رضایت زناشویی انریچ و میزان سختی گذر به والد شدن بود.

در این پژوهش از فرم کوتاه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. این فرم دارای ۴۷ سؤال است که ابعاد مختلف

رضایت زناشویی مانند رضایت از شخصیت همسر، رضایت از روابط جنسی، نظارت مالی، ارتباط، نقش فرزندان، بستگان

و دوستان را مورد بررسی قرار می‌دهد. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش

سنج از نوع لیکرت است) می‌باشد. این پرسشنامه برای هر یک از ماده‌ها شامل پنج گزینه «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نه موافق و نه مخالف»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» می‌باشد.

که برای آن‌ها به ترتیب نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و به سؤالات ۴، ۸، (۱۱-۱۶)، (۱۸-۲۴)، (۳۰-۳۳)، (۳۷-۴۲)، (۴۵-۴۷) نمره دهی به صورت معکوس

است. نمرات بین ۴۷ تا ۸۴ نارضایتی شدید، نمرات بین ۸۵ تا ۱۲۲ نارضایتی نسبی، نمرات ۱۲۳ تا ۱۶۰ رضایت متوسط، نمرات ۱۶۱ تا ۱۹۸ رضایت زیاد، نمرات بین ۱۹۹ تا ۲۳۵ بیانگر رضایت خیلی زیاد است [15].

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ابزاری پایا و رواست و در این پژوهش نیز پایایی آن با آلفا کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

مقیاس اصلاح شده سختی گذر به والد شدن (استفن میسر ۱۹۸۲) نوبیس (۱۹۸۹): این ابزار درجه "دشواری گذر" تجربه شده توسط والدین جدید را می‌سنجد و دارای ۳۸ آیتم با چهار

بعد است: الف- مسئولیت‌ها و محدودیت‌های والدین والدین ب- خشنودی و ارضای والدین ج- انس و ثبات زناشویی د- تعهد شخصی [16].

مقیاس اصلاح شده سختی گذر به والد شدن به چهار گروه دسته‌بندی شده است: نگرانی، لذت، مشکلات، تغییرات و احساسات.

سؤالات به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است که با جمع نمرات، نمره کل سختی گذر به والد شدن محاسبه شد. نمره دهی شامل: نمره ۵۰-۱۰۹ بیانگر سطح پایین، نمره ۱۱۰-۱۷۹، سطح متوسط و نمره ۱۸۰-۲۵۰، سطح بالای سختی گذر به والد شدن است.

این پرسشنامه ابزاری استاندارد و رواست که در خارج از کشور در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است.

با توجه به اینکه تاکنون این ابزار در ایران استفاده نشده بود ما در این پژوهش پس از ترجمه، جهت تعیین روایی ابزار آن را در اختیار ده تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و اساتید گروه زبان انگلیسی قرار دادیم.

سپس نظرات اصلاحی اعمال شده و بعد در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار در مطالعه زلکوویتز و مایلت (۱۹۹۷) در آمریکا استفاده شده و پایایی آن بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۲ برای چهار خرده مقیاس محاسبه شد و در مطالعه مولر و همکاران آلفای ۰/۸۱ برای کل ابزار و ۰/۶۵ تا ۰/۸۲ برای خرده مقیاس‌های آن گزارش شده است [16].

پایایی این ابزار در پژوهش تویس (۱۹۸۹) در ایالت نبرسکا (آمریکا) به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۰ و در مطالعه اسپولوس کوفسکی (۱۹۹۲) در اوهاو، آلفا کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد [16].

در این مطالعه پایایی آن با آلفای کرونباخ  $\alpha = 0.79$  تأیید شد و برای هر یک از ابعاد آن به ترتیب، بعد یک: ۰/۷۸، بعد دو: ۰/۷۴، بعد سه: ۰/۸۱، بعد چهار: ۰/۷۰ به دست آمد.

پژوهشگر پس از کسب تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه و معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، جهت نمونه‌گیری هر روز صبح در ساعت اداری به واحد بهداشت خانواده (پایش رشد کودک) مراکز بهداشتی منتخب مراجعه می‌کرد و پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و تذکر این نکته که پرسشنامه‌ها بی‌نام و کاملاً محرمانه می‌باشد، در صورت تمایل و دارا بودن شرایط ورود به مطالعه، ابتدا فرم رضایت آگاهانه و سپس سایر پرسشنامه‌ها را تکمیل می‌نمودند. برای پاسخ‌دهی بهتر سعی شد محیطی آرام برای مردان فراهم شود. مدت زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۲۰ دقیقه بود.

نمونه‌گیری حدود ۴ ماه طول کشید.

پس از جمع‌آوری اطلاعات آماری و کدگذاری داده‌ها، توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا توسط آزمون کلموگراف-اسمیرنوف برخوردار بودن متغیرهای کمی از توزیع نرمال تعیین گردید، در صورت نرمال بودن از آمار پارامتری و در غیر این صورت از معادلهای غیر پارامتریک استفاده شد. جهت مقایسه سه گروه از نظر متغیرهای کیفی اسمی از آزمون کای دو و متغیرهای کیفی رتبه‌ای از آزمون کروسکال والیس استفاده شد و جهت مقایسه متغیرهای کمی نرمال از آزمون آنالیز

جدول ۲) ضریب همبستگی بین رضایت زناشویی مردان با سختی گذر به والد شدن، حمایت‌های والدین، خویشاوندان، مراکز بهداشتی و درمانی

متغیر	رضایت زناشویی مردان
	<i>r</i> <i>P</i> value
سختی گذر به والد شدن	<i>r</i> = -۰/۴۰ <i>p</i> < ۰/۰۰۱
حمایت والدین	<i>r</i> = ۰/۱۷ <i>p</i> = ۰/۰۲
حمایت خویشاوند	<i>r</i> = ۰/۱۹ <i>p</i> < ۰/۰۰۱
حمایت دوستان	<i>r</i> = ۰/۳۰ <i>p</i> < ۰/۰۰۱
حمایت مرکز بهداشتی-درمانی	<i>r</i> = ۰/۱۴ <i>p</i> = ۰/۰۴

نوع آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن و سطح معناداری، *p* value < ۰/۰۵ است.

سختی گذر به والد شدن در گروه مردان با اولین فرزند به این صورت بود: ۱۵٪ سختی کم، ۸۳/۳٪ سختی متوسط و ۱/۷٪ سختی زیاد. در گروه با دومین فرزند: ۶/۷٪ سختی کم، ۸۵٪ سختی متوسط، ۸/۳٪ سختی زیاد. بر اساس آزمون طی تست بین دو گروه مردان با اولین و دومین فرزند تفاوت معناداری در سختی گذر به والد شدن وجود داشت (*p* = ۰/۵۸).

در کل مردان دارای فرزند بین سختی گذر به والد شدن با رضایت زناشویی یک ارتباط آماری معنادار وجود داشت (*r* = -۰/۲۴، *p* = ۰/۰۰۷). در گروه با اولین فرزند بین رضایت زناشویی و سختی گذر به والد شدن یک ارتباط قوی معکوس وجود داشت (*r* = -۰/۴۵، *p* < ۰/۰۰۰) یعنی با افزایش سختی گذر به والد شدن، رضایت زناشویی کاهش می‌یافت. در گروه با دومین فرزند نیز بین رضایت زناشویی و سختی گذر به والد شدن ارتباط آماری معنادار وجود داشت (*r* = -۰/۳۶، *p* < ۰/۰۰۵). رضایت زناشویی مردان دارای فرزند با افزایش سختی گذر به والد شدن در بعد مسئولیت و محدودیت‌های والدین و بعد خشنودی و ارضای والدین، کاهش یافت (جدول ۳).

جدول ۳) ضریب همبستگی رضایت زناشویی مردان با ابعاد چهارگانه سختی گذر به والد شدن.

ابعاد سختی گذر به والد شدن	رضایت زناشویی مردان
	<i>P</i> value      ضریب همبستگی
بعد ۱: مسئولیت‌ها و محدودیت‌های والدین	<i>r</i> = -۰/۳۴ <i>p</i> < ۰/۰۰۱
بعد ۲: خشنودی و ارضای والدین	<i>r</i> = -۰/۴۰ <i>p</i> < ۰/۰۰۱
بعد ۳: انس و ثبات زناشویی	<i>r</i> = -۰/۱۶ <i>p</i> = ۰/۰۷
بعد ۴: تعهد شخصی	<i>r</i> = -۰/۱۷ <i>p</i> = ۰/۰۵۷

نوع آزمون ضریب همبستگی پیرسون و سطح معناداری، *p* value < ۰/۰۵ است.

سختی گذر به والد شدن در مردان با اولین فرزند با تحصیلات و سن و خواسته بودن بارداری ارتباط آماری معنادار داشت (به ترتیب *p* = ۰/۴۶، *p* = ۰/۸۸، *p* = ۰/۰۸)، همچنین در مردان با

واریانس یک‌طرفه (آنسوا) و متغیرهای کمی غیر نرمال از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. همچنین جهت مقایسه دو گروه از آزمون تی مستقل و من ویننی استفاده شد. در تمام آزمون‌ها از ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری  $\alpha = ۰/۰۵$  استفاده شد.

## یافته‌ها

محدوده سن مردان بین ۲۱ تا ۵۲ سال و میانگین آن ۵۲/۵۲ ± ۳۲/۵۲ سال بود. ۲/۸٪ مردان تحصیلات ابتدایی، ۳/۹٪ تحصیلات راهنمایی، ۲۹/۴٪ تحصیلات متوسطه و ۵۷/۲٪ تحصیلات عالی داشتند. رضایت زناشویی مردان طبق آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین سه گروه تفاوت آماری معناداری نداشت (*p* = ۰/۱۹) (جدول ۱).

جدول ۱) میزان رضایت زناشویی در مردان گروه‌های بدون فرزند، با اولین و دومین فرزند

	بدون فرزند	با اولین فرزند	با دومین فرزند
نارضایتی زیاد	۰	۰	۰
نارضایتی نسبی	۱/۷٪	۳/۳٪	۸/۳٪
رضایت متوسط	۲۰٪	۳۱/۷٪	۲۸/۳٪
رضایت زیاد	۶۱/۷٪	۵۱/۷٪	۵۳/۳٪
رضایت خیلی زیاد	۱۶/۷٪	۱۳/۷٪	۱۰٪

در کل ۵/۳٪ مردان نارضایتی نسبی، ۳۰/۳٪ رضایت متوسط، ۵۱/۱٪ رضایت زیاد و ۱۳/۳٪ رضایت خیلی زیاد از رابطه زناشویی را ذکر کردند. تحصیلات و سن با رضایت زناشویی مردان با اولین فرزند و دومین فرزند ارتباط آماری معنادار نداشت، به ترتیب (*p* = ۰/۳۰، *p* = ۰/۵۸) و (*p* = ۰/۳۱، *p* = ۰/۹۳). وضعیت اقتصادی و طول مدت ازدواج با رضایت زناشویی مردان بدون فرزند و با اولین فرزند ارتباط آماری معنادار نداشت به ترتیب (*p* = ۰/۱۸، *p* = ۰/۵۱) و (*p* = ۰/۲۰، *p* = ۰/۹۵). اما رضایت زناشویی مردان با دومین فرزند با وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنادار داشت (*r* = ۰/۳۳، *p* = ۰/۰۰۹) و با طول مدت ازدواج آماری معنادار نداشت (*p* = ۰/۶۱).

درواقع رضایت زناشویی در کل مردان با سن زن، تحصیلات و شاغل بودن زن، طبقه اجتماعی- اقتصادی و میزان درآمد زن، جنس شیرخوار، وضعیت اقتصادی خانواده، مدت زندگی مشترک، سن مرد، تحصیلات، طبقه اجتماعی- اقتصادی و درآمد مرد، مالکیت مسکن و رابطه خویشاوندی ارتباط آماری معنادار نداشت.

در مدل رگرسیون چند متغیره برای بررسی مهم‌ترین عوامل مرتبط با رضایت زناشویی در مردان، مهم‌ترین عامل پیشگویی‌کننده، میزان سختی گذر به والد شدن بود که ۱۶/۴٪ از آن را پیش‌گویی می‌کرد (*p* < ۰/۰۰۱) (جدول ۲).

دومین فرزند نیز بین سختی گذر به والد شدن با تحصیلات، سن و خواسته بودن بارداری ارتباط آماری معناداری وجود نداشت (به ترتیب  $p=0/83$ ،  $p=0/46$ ،  $p=0/46$ ).

سختی گذر به والد شدن در مردان با اولین فرزند با طول مدت زندگی مشترک و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنادار نداشت ( $p=0/59$ ،  $p=0/48$ ) اما در مردان با دومین فرزند بین سختی گذر با طول مدت زندگی مشترک ارتباط آماری معنادار وجود داشت ( $r=0/29$ ،  $p=0/02$ ) و وضعیت اقتصادی با سختی گذر ارتباط آماری معنادار نداشت ( $p=0/07$ ).

سختی گذر به والد شدن در کل مردان دارای فرزند با سن و تحصیلات زن و طبقه اقتصادی- اجتماعی و شاغل بودن زن، جنس شیرخوار، میزان درآمد زن، وضعیت اقتصادی خانواده، حمایت دوستان و مرکز بهداشت، مدت زندگی مشترک، سن و تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی مرد، مالکیت مسکن، رابطه خویشاوندی، میزان درآمد مرد، ارتباط آماری معنادار نداشت.

### بحث

هدف از این پژوهش مقایسه رضایت زناشویی در مردان بدون فرزند با مردان دارای اولین و دومین فرزند در دوران گذر به والد شدن بود، که طبق یافته‌ها رضایت زناشویی بین سه گروه تفاوت آماری معنادار نداشت که با مطالعه مولر (۲۰۰۸) همخوانی داشت. اما با مطالعه داس (۲۰۰۹) و لورنس (۲۰۰۸) همخوانی نداشت. علت این یافته احتمالاً مربوط به متدولوژی و فرهنگ جامعه پژوهش در کشورهای مختلف است. در مطالعه داس (۲۰۰۹) در تگزاس، "گذر به والد شدن" یک تأثیر منفی بر روابط زناشویی داشت ( $p<0/05$  در مردان و  $p<0/01$  در زنان)، که به صورت ناگهانی ایجاد شده بود و در طول زمان در حوزه‌های معینی از رضایت زناشویی تداوم داشته و پایدار بود و با تعدادی از فاکتورهای مربوط به ویژگی‌های فردی و نوع ازدواج و تولد کودک (به عنوان یک حادثه استرس‌زا) ارتباط آماری معنادار داشت [6].

نتایج مطالعه لورنس (۲۰۰۸) نیز نشان داد رضایت زناشویی زوجین در اوایل بارداری نسبت به اوایل ازدواج بیشتر بود ( $p<0/001$ ). افت رضایت زناشویی گروه زوجین وارد شده نسبت به زوجین بدون فرزند بیشتر بود. بارداری برنامه‌ریزی شده، باعث افزایش رضایت زناشویی مردان در بعد از زایمان شد ( $p<0/001$ ) [7].

در پژوهش حاضر رضایت زناشویی مردان با میزان سختی گذر به والد شدن ارتباط آماری معنادار معکوس داشت که با مطالعه کووان (۱۹۹۵) و گروهان (۱۹۹۶) و میتینک (۲۰۰۹) همخوانی داشت [20,19,18]. به عبارت بهتر با افزایش سختی گذر به والد شدن، رضایت زناشویی مردان کاهش می‌یافت ( $p=0/00$ )، احتمالاً علت این موضوع این است که بر اساس نتایج مطالعات دولان (۲۰۱۱) و هوفنر (۲۰۱۱)، گذر به والد شدن از نظر هویت مردانه یک نقطه عطف برای مردان است [21,22]. بر اساس مطالعه مروری دلمان (۲۰۰۴) در استرالیا، پدر شدن

"شگفت‌انگیز و تنش‌زا" است [23]. همچنین پژوهش فن ویک (۲۰۱۲) در استرالیا نشان داد گذر به والد شدن و زایمان و تولد کودک سطح بالایی از اضطراب و ترس را در برخی از مردان به وجود می‌آورد [14]. همچنین مطالعه جانسون (۲۰۱۲) در سوئد نشان داد که اگرچه برخی از مردان لذت عظیمی از تولد فرزندشان بیان کردند اما بسیاری از مردان احساس می‌کردند در روند مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی ندارند که گاهی باعث سردرگمی در آن‌ها می‌شد [24].

به‌هرحال طبق این مطالعات اضطراب پدران نیز به‌علاوه نگرانی‌ها و اضطراب مادران، مسلماً باعث تغییرات و تنش در روابط زناشویی و تحریک‌پذیری زوجین در دوران گذر به والد شدن خواهد شد. در واقع رضایت زناشویی مساله‌ای چندبعدی است و به‌شدت تحت تأثیر فرهنگ جامعه و معیارهای هر خانواده در اولویت دادن به مسائل است. کلور و جانسن (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که مرحله گذر به والدینی باعث اختلال و استرس در روابط نمی‌شود بلکه مسائل و مشکلاتی که قبلاً وجود داشته‌اند، در این مرحله تشدید می‌گردند. باین حال پدر و مادرهای جدید نسبت به قبل از تولد فرزندشان و همچنین در قیاس با افرادی که بچه ندارند، با تعارضات و اختلافات بیشتری درگیر هستند. برخی از این تعارضات و اختلافات از جمله تغییر نقش‌ها و روابط جدید نیاز به گفتگو و بررسی دارند. زمانی که نه زن و نه مرد مهارت حل مسأله مثبت و مناسبی ندارند، رضایت زناشویی کمتری را در طول دوره بارداری و کاهش شدیدتری را نیز در طول دوره انتقال به والدینی تجربه می‌کنند [25].

همچنین در مطالعه کالکسون و پری جینکز (۲۰۰۸) بعد از تولد اولین نوزاد، زن و شوهر هر دو کاهش اوقات فراغت مشترک و مستقل را تجربه کردند. یافته‌ها نشان داده که صرف زمان باکیفیت با یکدیگر قبل از والد شدن و ادامه دادن رفتارهای ارتباطی مثبت بعد از تولد نوزاد، به نفع زوج‌ها می‌باشد و با پیامدهای مثبت مرتبط است [26]. مطالعه دیو و ویلکوکس (۲۰۱۱) نشان داد صرف زمان کمتر برای باهم بودن منجر به فرصت‌های کمتر برای برقراری ارتباط و در نتیجه کاهش صمیمیت عاطفی می‌گردد [27].

بسیاری از زوجها در طی انتقال به والدینی صمیمیت جنسی‌شان تعدیل می‌شود. در طی بارداری، ممکن است از زوجها خواسته شود که از آمیزش جنسی به خاطر دلایل پزشکی و عوارضی از قبیل خونریزی واژینال، انبساط زود دهانه رحم، یا چندقلو زایی پرهیز کنند [28]. به‌طور ویژه ترس مردان از آسیب رساندن به نوزاد از طریق دخول در سه‌ماهه سوم بارداری زیاد می‌شود [29]. یا وقتی همسرانشان به نقش مادری مبدل می‌شوند نمی‌توانند آن‌ها را جنسی تصور کنند. مردان همچنین احساس اضطراب درباره شروع فعالیت‌های جنسی داشتند و بحث درباره خواسته‌ها و نیازهای جنسی با همسرانشان را مشکل قلمداد می‌کردند. نگرانی‌های جنسی بعد از انتقال به مرحله والدینی ادامه می‌یابد [30]. یافته‌های این پژوهش نشان داد سختی گذر به والد شدن در

والد شدن یک ارتباط معکوس داشت یعنی با افزایش طول مدت زندگی مشترک میزان سختی گذر به والد شدن کاهش می‌یافت ( $r=0.29, p=0.02$ ). احتمالاً توجیه این یافته این است که با افزایش مدت زندگی مشترک، شناخت زوجین از یکدیگر بیشتر شده و در نتیجه باهم سازگاری و هماهنگی بیشتری پیدا می‌کنند و در هنگام تولد کودک در مقابل سختی‌های گذر به والد شدن مثل یک گروه هماهنگ و متحد عمل می‌کنند.

در مردان با دومین فرزند وضعیت اقتصادی با رضایت زناشویی ارتباط آماری معنادار داشت به این صورت که با بهبود وضعیت اقتصادی میزان رضایت زناشویی افزایش می‌یافت ( $r=0.33, p=0.009$ ) که با مطالعه داس و همکاران همسو است. روشن است که مسائل اقتصادی ممکن است سهم زیادی در مشکلات زناشویی داشته باشد زیرا پتانسیل افراد در مواجهه با آن متغییر است.

در این پژوهش جنس کودک ارتباطی با رضایت زناشویی نداشت، اما در مطالعه داس، دختر بودن کودک باعث افت بیشتر رضایت زناشویی مادران بود ( $p<0.05$ ). علت این یافته احتمالاً به فرهنگ اسلامی مربوط می‌شود که هر دو جنس در اسلام برابری دارند اما در سایر جوامع جنس دختر باعث ناراحتی زوجین و متعاقباً افت رضایت زناشویی شده است. محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: تفاوت‌های فردی، وضعیت روحی و روانی و شرایط زمانی پاسخگویی واحدهای پژوهش و عوامل محیطی نظیر نور، گرما و سروصدا به علت مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی که سعی شد تا حد امکان، کنترل شود.

### نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این پژوهش بین رضایت زناشویی مردان با تولد کودک ارتباط آماری وجود نداشت، بنابراین می‌توان به زوجین مشاوره داد که در رابطه با پدر شدن و تعداد فرزند نگران نباشند.

**تشکر و قدردانی:** این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی با کد ۹۲۰۶۹۰ است. بدین وسیله از حمایت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته محترم اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مسئولین مراکز بهداشتی درمانی، شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه عزیزانی که به هر نحو ما را در اجرای این طرح یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

**تأییدیه اخلاقی:** این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تأیید رسیده است.

**تعارض منافع:** هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

**سهم نویسندگان:** سهم نویسنده اول: ۳۰٪، نویسنده دوم و مسئول: ۵۰٪، نویسنده سوم ۱۰٪ و نویسنده چهارم ۵٪ است.

**منبع مالی:** این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی

دو گروه مردان با اولین فرزند و دومین فرزند تفاوت آماری معنادار نداشت که با مطالعه مولر و همکاران مشابه بود. احتمالاً علت این موضوع همچنان که در مطالعه کاتز و ایز (۲۰۱۰) مشخص شد، مربوط به درستی "فرضیه گذر به والد شدن" و "فرضیه نوزاد جدید" است، یعنی تغییرات در نگرش و رفتارهای زوجین بعد از تولد کودک، ناشی از گذر به والد شدن است (فرضیه گذر به والد شدن) و دومین فرضیه یعنی، تغییرات در نگرش و رفتارهای زوجین بعد از تولد کودک، بیشتر به علت نیازمندی‌های نوزاد جدید است و در والدین با دومین نوزاد نیز همچنان مهم است و اتفاق می‌افتد (فرضیه نوزاد جدید)<sup>[4]</sup>.

رضایت زناشویی مردان با میزان حمایت‌های والدین، خویشاوندان، دوستان و مراکز بهداشتی- درمانی ارتباط آماری معنادار داشت (به ترتیب  $p=0.02, p<0.001, p<0.001, p=0.04$ ) که با مطالعه مولر (۲۰۰۸) همخوانی ندارد که احتمالاً به علت تفاوت در فرهنگ جامعه پژوهش است، زیرا پژوهش مولر در کشور سوئد انجام شد که مردم سطح رفاه و حمایت‌های اجتماعی بالایی دارند.

در این پژوهش تحصیلات و سن پدر و خواسته بودن بارداری رابطه‌ای با میزان رضایت زناشویی و یا سختی گذر به والد شدن نداشت. اما در پژوهش لورنس (۲۰۰۸) بارداری برنامه‌ریزی شده باعث افزایش رضایت زناشویی مردان بعد از زایمان شد. البته در پژوهش داس میزان کاهش رضایت زناشویی به‌طور سیستماتیک با خصوصیات فردی زوجین و نوع ازدواج و عوارض یا مشکلات بارداری زنان متفاوت بود که بیانگر پتانسیل متفاوت زوجین در مدیریت گذر به والد شدن است. درکل در مورد تغییرات روابط زناشویی در "گذر به والد شدن" دو دیدگاه گسترده وجود دارد: اول "گذر به والد شدن" به‌عنوان یک عامل محرک مضر، قوی و پایدار، که باعث تغییر مسیر روابط زناشویی به‌سوی جدایی می‌شود. در دیدگاه دوم، "گذر به والد شدن" به‌عنوان یک مساله مهم اما گذرا در جهت تکامل ازدواج و خانواده است<sup>[7]</sup>. به‌علاوه احتمالاً این یافته مربوط به فرهنگ و مذهب مردم کشور ما باشد که حتی اگر بارداری خارج از برنامه رخ دهد اکثر زوجین سعی می‌کنند آن را بپذیرند و با رضایت زناشویی ارتباط نمی‌دهند. سختی گذر به والد شدن در مردان، با درآمد، وضعیت اقتصادی و طبقه اجتماعی ارتباطی نداشت. درحالی‌که در مطالعه مولر (۲۰۰۸) مشکلات اقتصادی و خستگی از علل استرس پدران درگذر به والد شدن مطرح شده بود و به دلیل نیازهای اقتصادی از مرخصی کمتری برای ماندن در کنار خانواده، استفاده می‌کردند<sup>[5]</sup>.

در مردان با دومین فرزند طول مدت زندگی مشترک با رضایت زناشویی ارتباط آماری نداشت. درحالی‌که در پژوهش داس (۲۰۰۹) طولانی بودن مدت زندگی مشترک باعث کاهش افت رضایت زناشویی بود، احتمالاً علت این یافته مربوط به تفاوت در حجم نمونه و یا روش پژوهش است. اما در همین گروه طول مدت زندگی مشترک با سختی گذر به

childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sex. Reprod. Healthc.* 2012;(3):3-9.

15- Sanayi B. Scales of assessment family & Marriage. Tehran: Beasat; 2000. (Persian)

16- Splonskowski JM. Maternal coping adaptations. social support and transition difficulties to parenthood of first-time civilian and military mothers. Dissertation For Master of Science. College of nursing. University of Nebraska Medical Center. Omaha, Nebraska 1992.

17- Twiss J. The effect of first time childbearing on women 35 years or older as compared to younger women: transition difficulty, maternal adaptation and role satisfaction. A dissertation of doctor of philosophy, university of Nebraska 1989.

18- Cowan C, Cowan P. Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *J Family relations.* 1995;44(4):412-24.

19- Crohan S. Marital quality and conflict across the transition to parenthood in African American and White couples. *J Marriage Family.* 1996;58(4): 933-44.

20- Mitnick D, Heyman R. Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2009;23(6): 848-52.

21- Dolan A, Coe C. Men, masculine identities and childbirth. *Social Health Ill.* 2011;33(7):1019-34.

22- Hofner C, Schadler C, Richter R. International sociological association. When men become fathers: men's identity at the transition to parenthood. *J Comp Fam Stud.* 2011;42(5):669-86.

23- Dellmann T. The best moment of my life: a literature review of fathers' experience of childbirth. *Aust Midwifery.* 2004;17(3):20-6.

24- Johansson M, Rubertsson C, Radestad I, Hildingsson I. Childbirth- an emotionally demanding experience for fathers. *Sex Reprod Health.* 2012;3(1):11-20.

25- Kluwer ES, Johnson MD. Conflict frequency and relationship quality across the transition to parenthood. *Marriage and Family J.* 2007;(695): 1089-106.

26- Claxton A, Perry-Jenkins M. No fun anymore; Leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Marriage and Family J.* 2008;(701):28-43.

27- Dew J, Wilcox WB. Motherhood and marriage: A response. *Marriage and Family J.* 2011;(73):29-32.

28- Read J. ABC of sexual health; sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ. British Medical J.* 1999;318(7183):587.

29- Masoni S, Maio A, Trimarchi G, De Punzio

## منابع

1- Banaeyan SH, Parvin N. Investigating relationship psychiatric health and married women marital satisfaction. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2004; 14(2):52-8. (Persian)

2- Vanlaningham J, Johnson D, Amato P. Marital happiness, marital duration and the u-shaped curve. social forces. University of North Carolina press. 2001;(7):1313-41.

3- Polomeno V. The polomeno family intervention framework for perinatal education: preparing couples for the transition to parenthood. *J Perinatal Edu.* 2000;9(1):31-48.

4- Katz-Wise S. Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Dev Psychol.* 2010;46(1):18-28.

5- Moller K, Hwang PC. Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *J Reprod Infant Psychol.* 2008;26(1):57-68.

6- Doss B. The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8 year prospective study. *J Pers Soc Psychol.* 2009;96(3):601-19.

7- Lawrence E, Cobb RJ. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J Fam Psychol.* 2008;22(1):41-50.

8- Deave T. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008 July, <http://www.biomedcentral.com>.

9- McCourt C. Becoming a parent. In: Transition to parenting and relationship in practice - working with women. Oxford: Radcliffe Medical; 2006.

10- Carhart K. Intergenerational transmission of relationship functioning during the transition to parenthood. thesis for master of science. the Office of Graduate Studies of Texas A & M University; 2008.

11- Widarsson M, Engström G, Rosenblad A. Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27(4):839-47.

12- Hildingsson I. Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. *J. Midw.* 2014;30(2):248-54.

13- Rafati F, Mirzaee R, Shafiee N. Maternal and neonate health and nursing. Tehran: Boshra press; 2004. pp:110-20. (Persian)

14- Fenwick J, Bayes S, Johansson M. Qualitative investigation into the pregnancy experiences and



30- Cowan CP, Cowan PA. When partners become parents. The big life change for couples: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2000. pp:231-45.

C, Fioretti P. The couvade syndrome. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1994;(15):125-31.