Qom University of Medical Sciences Journal

2025. Volume 19

Research Paper

Marital Satisfaction and Level of Prenatal Care Received Among Married Women Living in Marginalized Areas of Bandar Abbas, South of Iran

Fatemeh Hashemi[1], **Fatemeh Rahmati**[1], ***Serajeddin Mahmoudiani**[1]

1. Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Hashemi F, Rahmati F, Mahmoudiani S . [Marital Satisfaction and Level of Prenatal Care Received Among Married Women Living in Marginalized Areas of Bandar Abbas, South of Iran (Persian)]. Qom Univ Med Sci J. 2025; 19:E3111.2. https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.2

https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.2

Received: 01 Jan 2025

Accepted: 01 Mar 2025

Available Online: ???

Keywords:
Women, Prenatal care, Marital satisfaction

ABSTRACT

Background and Objectives: Prenatal care is one of the most important aspects of reproductive health. Marital satisfaction is one of the most important variables influencing the quantity and quality of prenatal care. This study aimed to investigate the relationship between marital satisfaction and receiving prenatal care among married women living in marginalized areas.

Methods This is descriptive-correlational study. Participants were 379 married women aged 15-49 residing in Bandar Abbas, district 2 (marginal neighborhood) in 2022. Data were collected using a questionnaire, which consisted of three sections. The first section surveyed the demographic, social, and economic characteristics; the second section measured aspects of prenatal care; the third section measured marital satisfaction using the Kansas marital satisfaction (KMS) scale. For data analysis, Pearson's correlation test and linear regression were used.

Results Marital satisfaction was at a moderate level for the majority of women (64.6%), and the level of prenatal care received by most of women was also moderate (58.6%). The regression models showed that monthly household income, educational level, duration of marriage, and marital satisfaction were significant predictors of the level of prenatal care ($P<0.05$). Illiterate women received less prenatal care compared to women with university education ($P<0.001$), and women with a high school diploma received more prenatal care than those with university education ($P=0.040$). Higher duration of marriage was significantly associated with lower level of prenatal care ($P<0.001$). Higher marital satisfaction was significantly associated with higher level of prenatal care ($P=0.030$).

Conclusion Marital satisfaction has a significant positive relationship with level of prenatal care received by married women living in marginalized areas of Bandar Abbas. Considering the findings, targeted counseling, educational, and supportive programs for these women to improve their marital satisfaction and, consequently, their intention to receive more prenatal care are recommended.

**** Corresponding Author:***

Serajeddin Mahmoudiani, Associate Professor.

Address: Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Tel: +98 (71) 36134404

E-Mail: s.mahmoudiani@shirazu.ac.ir

Copyright © 2025 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

A significant number of people worldwide still lack access to reproductive health services. Reproductive health has been recognized since the 1994 International Conference on Population and Development in Cairo. It encompasses the right of women to make informed and free reproductive choices and to receive appropriate care during pregnancy, ensuring a safe pregnancy and childbirth. Prenatal care, delivery care, and postnatal care are among the most critical components of reproductive health. According to the World Health Organization (WHO), 99% of maternal deaths occur in developing countries, and a woman's chance of surviving childbirth highly depends on her access to reproductive health services. Barriers to prenatal care result in inadequate access, ultimately compromising maternal and child health. Prenatal care provides women with essential guidance on protecting their babies and ensuring a healthy pregnancy. Regular prenatal care helps reduce the risk of adverse pregnancy outcomes and neonatal health issues. Marital satisfaction is a key factor influencing both the quantity and quality of prenatal care. This study aims to examine the relationship between marital satisfaction and prenatal care among women in Bandar Abbas, south of Iran.

Methods

This is descriptive-correlational study. The study population included all married women aged 15-49 residing in Bandar Abbas, district 2 (Marginal neighborhoods) in 2022. According to the regional health and treatment center, the estimated number of eligible women in this district was 12,000. A multi-stage cluster sampling method was employed. The sample size was determined to be 379 using Cochran's formula. Data were collected using a questionnaire, which consisted of three sections. The first section surveyed the demographic, social, and economic characteristics; the second section measured aspects of prenatal care; the third section measured marital satisfaction using the Kansas marital satisfaction (KMS) scale. For data analysis, Pearson's correlation test was used to assess bivariate relationships, while stepwise linear regression was applied for multivariate analysis.

Results

The mean age of women was 32.8 years. Most of them (26.9%) were aged 30-34 years. The husbands of most of them (50.9%) were aged 30-39 years, with a mean age of 37.1 years. Approximately 82% of the women were housewives, while more than 92% of their husbands were employed. Over 48% of the women belonged to the middle class, and more than 89% belonged to the fars ethnic group. The monthly household income for 57% of the women ranged 5.7-10 million Tomans, with an mean level of 7.974 million Tomans. In terms of educational level, 33.5% of the women and 35.4% of their husbands had a high school diploma. The majority of women (51.2%) had lived in marginalized areas for 1-10 years, with a mean duration of 13.6 years. The mean duration of marriage among the women was 12 years. Marital satisfaction was at a moderate level for the majority of women (64.6%), and the level of prenatal care received by most of women was also moderate (58.6%).

The findings indicated a significant difference in receiving prenatal care based on employment status, where employed women received the most care (P=0.015). Women's class identity also affected the level of prenatal care received (P<0.001), as women from the upper class received higher prenatal care than those from middle or lower classes. Ethnicity also had a significant effect on receiving prenatal care, where Azeri women received higher care (P=0.001). Additionally, Shiite women received higher prenatal care than Sunni women (P<0.001).

Husband's educational level and monthly household income were positively correlated with the level of prenatal care received by women (P<0.001). The results of five regression models revealed that monthly household income was the strongest predictor of the level of prenatal care (P<0.001). The women's education level, duration of marriage, and marital satisfaction were other significant predictors of the level of prenatal care (P<0.05). In the regression model five, illiterate women received less prenatal care compared to women with university education (P<0.001), and women with a high school diploma received more prenatal care than those with university education (P=0.040). Higher duration of marriage was significantly associated with lower level of prenatal care (P<0.001). Higher marital satisfaction was significantly associated with higher level of prenatal care (P=0.030).

Conclusion

The level of prenatal care received and marital satisfaction among the married women living in marginalized areas of Bandar Abbas are at a moderate level. Marital satisfaction has a significant positive relationship with level of prenatal care. Considering the findings, targeted counseling, educational, and supportive programs for

these women to improve their marital satisfaction and, consequently, their intention to receive more prenatal care are recommended.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

For this study, ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Code: IR.SUMS.REC.1399.1090)

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the all women participated in this research for their cooperation.

مقاله پژوهشی

رابطه رضایت زناشویی و مراقبت‌های دوران بارداری بین زنان حاشیه‌نشین شهر بندرعباس

فاطمه هاشمی[۱]، فاطمه رحمتی[۱]، *سراج‌الدین محمودیانی[۱]

۱. گروه جامعه شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Hashemi F, Rahmati F, Mahmoudiani S . [Marital Satisfaction and Level of Prenatal Care Received Among Married Women Living in Marginalized Areas of Bandar Abbas, South of Iran (Persian)]. Qom Univ Med Sci J. 2025; 19:E3111.2. https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.2

https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.2

تاریخ دریافت: ۱۲دی ۱۴۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۱ اسفند ۱۴۰۳
تاریخ انتشار: ؟؟؟

چکیده

زمینه و هدف مراقبت‌های دوران بارداری یکی از مهم‌ترین ابعاد بهداشت باروری به‌شمار می‌آید. رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر کمیت و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری است. این مطالعه به دنبال بررسی رابطه رضایت زناشویی و مراقبت‌های دوران بارداری بود.

روش بررسی این مطالعه توصیفی-همبستگی است. برای این منظور ۳۷۹ نفر از زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین شهر بندرعباس با استفاده از پرسش‌نامه ساخت‌یافته و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای پیمایش شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها یافته‌ها نشان داد رضایت زناشویی و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در بین زنان در سطح متوسط قرار دارد. تحلیل چندمتغیری نشان داد افزایش رضایت زناشویی در بین زنان به افزایش معنی‌دار مراقبت‌های دوران بارداری می‌انجامد. مراقبت‌های دوران بارداری در بین زنان بی‌سواد به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی بود. یافته‌ها همچنین نشان داد با افزایش مدت حاشیه‌نشینی، مراقبت‌های دوران بارداری به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری رضایت زناشویی رابطه مثبت معناداری با سطح مراقبت‌های دوران بارداری دریافت‌شده توسط زنان متأهل ساکن مناطق حاشیه‌نشین بندرعباس دارد. باتوجه‌به یافته‌ها، برنامه‌های مشاوره‌ای، آموزشی و حمایتی هدفمند برای این زنان جهت بهبود رضایت زناشویی و درنتیجه، قصد آن‌ها برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بیشتر توصیه می‌شود. ارتقای سطح سواد زنان حاشیه‌نشین باید در سیاست‌های مرتبط با سلامت لحاظ شود. کاهش تعارضات زندگی زناشویی زنان حاشیه‌نشین ازطریق انجام برنامه‌های مشاوره‌ای در آن محلات باید در سیاست‌گذاری‌های ذی‌ربط مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:
زنان، مراقبت‌های دوران بارداری، رضایت زناشویی

* **نویسنده مسئول:**
دکتر سراج‌الدین محمودیانی
نشانی: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، گروه جامعه شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی.
تلفن: ۳۶۱۳۴۴۰۴ (۷۱) ۹۸+
رایانامه: s.mahmoudiani@shirazu.ac.ir

Copyright © 2025 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

تنظیم خانواده صرفاً به رفتار فرزندآوری اشاره ندارد. تأکید بر سلامت مادران و فرزندان به‌عنوان هدف‌های اصلی برنامه تنظیم خانواده باعث شده دامنه فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در سال‌های اخیر گسترش یابد و به‌جای عبارت تنظیم خانواده از عنوان کلی‌تر بهداشت باروری استفاده شود [۱]. عده زیادی از مردم دنیا از دسترسی و استفاده از خدمات بهداشت باروری بی‌بهره‌اند [۲]. مفهوم بهداشت باروری از زمان کنفرانس بین‌المللی قاهره در سال ۱۹۹۴ به مرکز بحث‌های سیاست‌های جمعیتی کشیده شد [۳]. بهداشت باروری به این معناست که زنان آگاهانه و آزادانه قابلیت تولیدمثل داشته باشند و از خدمات مراقبتی مناسب در طول دوران بارداری، که آنان را قادر به داشتن حاملگی و زایمان ایمن می‌کند، بهره‌مند شوند [۴].

مراقبت‌های دوران بارداری حین زایمان و پس از زایمان از مهم‌ترین مؤلفه‌های بهداشت باروری است [۵]. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت[1]، ۹۹ درصد از مرگ‌ومیر مادران در کشورهای درحال‌توسعه رخ می‌دهد و احتمال زنده ماندن ۱ زن در دوران زایمان با دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ارتباط نزدیکی دارد [۲]. عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های بارداری منجر به دریافت ناکافی مراقبت‌های بارداری و درنتیجه تضعیف بهداشت مادر و کودک می‌شود [۶].

مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند زنان را درمورد اقدامات مهمی که به محافظت از نوزاد و تضمین بارداری سالم بینجامد، آگاه کند. با مراقبت‌های منظم دوران بارداری، زنان می‌توانند خطر عوارض بارداری را کاهش دهند [۷]. همچنین مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند خطر عوارض جنین و نوزاد را کاهش دهد [۸].

مطالعه‌ای نشان داده است مهم‌ترین مداخلات در راستای مراقبت‌های دوران بارداری شامل آموزش و تدوین پروتکل‌های آموزشی برای متخصصان، دستیاران، پزشکان عمومی و ماماها است [۹]. مطالعه‌ای دیگر نشان داده است مشارکت مردان ایرانی در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطح قابل‌قبولی قرار دارد [۱۰]. مطالعه‌ای دیگر به این نتیجه رسیده است که حدود نیمی از زنان ایرانی به‌طور کامل از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده نمی‌کنند [۱۱].

رضایت زناشویی از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت زندگی و از عوامل مؤثر بر سلامتی زنان است [۱۲]. رضایت زناشویی، رضایت و لذت تجربه‌شده و احساس عینی از خشنودی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند [۱۳]. رضایت زناشویی شامل موضوعات مختلفی همچون میزان رضایت از اداره مالی خانواده و توافق درباره داشتن فرزند و درک واقع‌گرایانه از تأثیر فرزندان بر روابط زناشویی است [۱۴]. بارداری می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان، روابط و رضایت زناشویی آن‌ها تأثیر بسزایی داشته باشد [۱۵].

تحقیقات انجام‌شده نشان داده است ۶۸ درصد زنان طی دوران بارداری اختلال در روابط زناشویی را تجربه می‌کنند [۱۶]. این اختلال منجر به اشکال در روابط اجتماعی، احساس تنهایی، فقدان دلبستگی به محیط خانواده، پیدایش کودکان ناسازگار و انزجار و تنفر نسبت به حاملگی می‌شود [۱۷]. روابط زناشویی ازجمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر دلبستگی مادر به جنین است [۱۸]. نتایج مطالعات نشان داده است اکثر زنان باردار از رضایت زناشویی متوسط و بالایی برخوردار هستند [۱۹].

یکی از مناطقی که در آن بهداشت باروری، شاخص‌ها و ابعاد آن به‌ندرت مورد بررسی علمی قرارگرفته است حاشیه شهرهاست [۲۰]. زنان حاشیه‌نشین به دلیل عدم برخورداری از شرایط اقتصادی و اجتماعی مطلوب، کیفیت پایین زندگی و نبود خدمات رفاهی و بهداشتی مناسب برای خانواده‌ها، به‌ویژه زنان و پایین بودن سطح درآمد و تحصیلات، بیشتر در معرض خطرات مرتبط با بهداشت باروری قرار می‌گیرند [۲۱]. باتوجه‌به مطالب مذکور، مقاله حاضر به دنبال بررسی رابطه رضایت زناشویی و مراقبت‌های دوران بارداری و شناسایی تأثیر کیفیت روابط زوجین بر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی‌همبستگی است که با رویکرد کمی و روش پیمایش در شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. ازآنجایی‌که بیشتر محلات منطقه ۲ شهرداری در شهر بندرعباس به‌عنوان محلات حاشیه‌نشین به‌شمار می‌آیند، جامعه آماری پژوهش حاضر تمام زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن منطقه ۲ بندرعباس بود. براساس گزارش مرکز بهداشت و درمان آن منطقه، تعداد زنان مورد اشاره ۱۲ هزار نفر تخمین زده شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل سنین کمتر از ۱۵ و بالاتر از ۴۹ سال، مجرد بودن و ساکن مناطق غیر از ۲ شهرداری شهر بندرعباس بود.

برای نمونه‌گیری از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. در گام نخست از بین محلات حاشیه‌نشین ۲ محله به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس از بین محلات منتخب، بلوک‌هایی به‌طور تصادفی انتخاب و درنهایت با مراجعه به بلوک‌های منتخب و مراجعه به زنان واجد شرایط داده‌ها گردآوری شد. تعداد نمونه نیز براساس فرمول کوکران ۳۷۹ نفر برآورد شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود که یک بخش آن به مشخصه‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی زنان موردمطالعه اختصاص داشت و بخش دیگر پرسش‌نامه به بررسی سؤالات مرتبط با

1. World Health Organization (WHO)

مراقبت‌های دوران بارداری پرداخت. سنجش رضایت زناشویی نیز با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد کانزاس [۱۶] صورت گرفت. اعتبار پرسش‌نامه مورداستفاده از نوع اعتبار محتوایی بود؛ یعنی پرسش‌نامه توسط متخصصان ذی‌ربط مورد ارزیابی و تأیید نهایی قرار گرفته است. پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. مقدار آلفای کرونباخ برای سنجه‌های رضایت زناشویی و مراقبت‌های دوران بارداری بالاتر از ۰/۷ به دست آمد. برای آزمون روابط ۲ متغیری از آزمون‌های مقایسه میانگین‌ها و ضریب همبستگی پیرسون بهره برده شد. تحلیل چندمتغیری نیز با استفاده از رگرسیون خطی گام‌به‌گام انجام شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد بیشترین نسبت زنان (۲۶/۹ درصد) بین ۳۰ تا ۳۴ سال سن داشته‌اند و میانگین سن آن‌ها برابر با ۳۲/۸ سال بوده است. بیشترین نسبت همسران (۵۰/۹ درصد) بین ۳۰ تا ۳۹ ساله بوده‌اند. میانگین سن همسران نیز برابر با ۳۷/۱ بوده است. حدود ۸۲ درصد زنان موردمطالعه خانه‌دار و در مقابل بیش از ۹۲ درصد از همسران آن‌ها شاغل بوده‌اند. بیش از ۴۸ درصد زنان خود را متعلق به طبقه متوسط دانسته‌اند. بیش از ۸۹ درصد زنان متعلق به قومیت فارس بوده‌اند. درآمد ماهیانه خانوار ۵۷ درصد زنان، با میانگین ۷ میلیون و ۹۷۴ هزار تومان، بین ۵ میلیون و ۷۰۰ هزار تا ۱۰ میلیون تومان بوده است. به ترتیب ۳۳/۵ درصد زنان و ۳۵/۴ درصد همسران آن‌ها مدرک تحصیلی دیپلم داشته‌اند. مدت حاشیه‌نشینی اکثریت زنان (۵۱/۲ درصد)، با میانگین ۱۳/۶ سال، بین ۱ تا ۱۰ سال بوده است. میانگین مدت ازدواج زنان برابر با ۱۲ سال بود. رضایت زناشویی در بین اکثریت زنان (۶۴/۶ درصد) در سطح متوسط و همچنین دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در بین اکثریت زنان (۵۸/۶ درصد) در سطح متوسط قرار دارد.

اطلاعات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد مراقبت‌های دوران بارداری با متغیر وضعیت شغلی رابطه معنی‌داری دارد. زنان شاغل بیشترین مراقبت را دریافت کرده‌اند (P<۰/۰۵). هویت طبقاتی زنان با میزان مراقبت‌های دوران بارداری رابطه معنی‌داری دارد (P<۰/۰۵). زنانی که متعلق به طبقه بالا هستند بیشتر از سایر طبقات از مراقبت‌های بارداری برخوردار بوده‌اند. متغیر قومیت با مراقبت‌های دوران بارداری رابطه معنی‌داری دارد. زنان ترک بیشترین مراقبت دوران بارداری را دریافت کرده‌اند (P<۰/۰۵). زنان اهل تشیع، نسبت به زنان سنی مذهب، مراقبت‌های دوران بارداری بیشتری دریافت کرده‌اند (P<۰/۰۵).

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد افزایش سطح تحصیلات زوجین و درآمد ماهیانه خانوار با افزایش مراقبت‌های دوران بارداری همراه است (P<۰/۰۵).

نتایج تحلیل رگرسیونی مندرج در جدول شماره ۴ گویای آن است که درآمد ماهیانه خانوار بیشترین تأثیر را بر میزان مراقبت‌های دوران بارداری دارد (P<۰/۰۵). یافته‌ها نشان می‌دهد زنان بی‌سواد نسبت به زنان با تحصیلات دانشگاهی از مراقبت‌های دوران بارداری کمتری برخوردارند (P<۰/۰۵). با افزایش مدت ازدواج زنان، میزان مراقبت‌های دوران بارداری آن‌ها به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است (P<۰/۰۵). با افزایش میزان رضایت زناشویی زنان میزان مراقبت‌های دوران بارداری آن‌ها نیز به‌طور معنی‌داری افزایش داشته است (P<۰/۰۵). میزان مراقبت‌های دوران بارداری زنان با تحصیلات دیپلم بالاتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی است (P<۰/۰۵).

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه رضایت زناشویی و مراقبت‌های دوران بارداری در بین زنان حاشیه‌نشین بود. یافته‌ها نشان داد دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و رضایت زناشویی در بین زنان موردمطالعه در سطح متوسط قرار دارد. این یافته با نتیجه یکی از مطالعات پیشین که نشان داده بود نیمی از زنان از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده نمی‌کنند مطابقت دارد [۱۱]. در بین متغیرهای زمینه‌ای، تحصیلات تأثیر آماری معنی‌داری بر مراقبت‌های دوران بارداری داشت. مراقبت‌های دوران بارداری در بین زنان بی‌سواد به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی بود. در مقابل زنان با تحصیلات دیپلم در مقایسه با زنان با تحصیلات دانشگاهی از میزان مراقبت‌های دوران بارداری بیشتری برخوردار بودند. این یافته به‌نوعی با نتایج مطالعات قبلی که بیانگر اهمیت آموزش درزمینه مراقبت‌های دوران بارداری بوده‌اند مطابقت دارد [۹، ۱۰]. افزایش مدت ازدواج به کاهش معنی‌دار میزان مراقبت‌های دوران بارداری در بین زنان انجامید.

تأثیر مدت حاشیه‌نشینی بر رفتارهای باروری در مطالعات پیشین [۲۲] تأیید شده است که در این مطالعه ازنظر آماری معنی‌دار نشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد افزایش رضایت زناشویی در بین زنان به افزایش میزان مراقبت‌های دوران بارداری می‌انجامد. بی‌تردید دریافت مراقبت‌های دوران بارداری با سلامتی زنان و مادران در ارتباط است؛ بنابراین اثر معنی‌دار رضایت زناشویی بر مراقبت‌های دوران بارداری را می‌توان مطابق با نتایج مطالعات قبلی دانست [۱۲]. باتوجه‌به اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری در کاهش سقط‌های غیرعمدی و تأثیر آن بر بهبود سلامت مادر و کودک، این موضوع در شرایط کنونی که سطح باروری کشور به زیر سطح جایگزینی رسیده، از اهمیت دوچندانی برخوردار است. اگرچه کاهش سقط‌های غیرعمدی ممکن است تأثیری جزئی بر افزایش باروری داشته باشد، اما در شرایط فعلی جمعیتی کشور هر اقدامی که بتواند به بهبود سلامت مادران و کاهش پیامدهای منفی بر باروری منجر شود، باید مورد توجه ویژه قرار

جدول ۱. توزیع زنان موردمطالعه برحسب متغیرهای تحقیق

متغیر		تعداد (درصد)
سن	۱۹-۱۵	۷(۱/۸)
	۲۴-۲۰	۳۸(۱۰/۰)
	۲۹-۲۵	۸۱(۲۱/۴)
	۳۴-۳۰	۱۰۲(۲۶/۹)
	۳۹-۳۵	۷۵(۱۹/۸)
	۴۴-۴۰	۵۴(۱۴/۲)
	۴۹-۴۵	۲۲(۵/۸)
سن همسر	۲۹-۱۹	۵۲(۱۳/۷)
	۳۹-۳۰	۱۹۳(۵۰/۹)
	۴۹-۴۰	۱۰۶(۲۸/۰)
	۶۰-۵۰	۲۸(۷/۴)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲۴(۶/۳)
	ابتدایی	۴۷(۱۲/۴)
	راهنمایی	۷۶(۲۰/۱)
	متوسطه	۴۳(۱۱/۳)
	دیپلم	۱۲۷(۳۳/۵)
	دانشگاهی	۶۲(۱۶/۴)
سطح تحصیلات همسر	بی‌سواد	۱۰(۲/۶)
	ابتدایی	۳۴(۹/۰)
	راهنمایی	۷۶(۲۰/۱)
	متوسطه	۵۷(۱۵/۰)
	دیپلم	۱۳۴(۳۵/۴)
	دانشگاهی	۶۸(۱۷/۹)
وضعیت اشتغال	شاغل	۶۶(۱۷/۴)
	خانه‌دار	۳۱۰(۸۱/۸)
	در حال تحصیل	۳(۰/۸)
وضعیت اشتغال همسر	شاغل	۳۴۹(۹۲/۱)
	بیکار جویای کار	۱۹(۵/۰)
	بازنشسته	۱۰(۲/۶)
	در حال تحصیل	۱(۰/۳)
درآمد ماهیانه خانوار (تومان)	۱ میلیون و ۵۰۰ هزار تا ۵ میلیون و ۶۰۰ هزار	۱۱۰(۲۹/۰)
	۵ میلیون و ۷۰۰ هزار تا ۱۰ میلیون	۲۱۶(۵۷/۰)
	بالاتر از ۱۰ میلیون	۵۳(۱۴/۰)

متغیر		تعداد (درصد)
مدت حاشیه‌نشینی	۱ تا ۵	۱۱۰(۲۹/۰)
	۶ تا ۱۰	۸۴(۲۲/۲)
	۱۱ تا ۱۵	۵۲(۱۳/۷)
	۱۶ تا ۲۰	۴۶(۱۲/۱)
	بالاتر از ۲۰ سال	۸۷(۲۳/۰)
هویت طبقاتی	بالا	۸(۲/۱)
	متوسط رو به بالا	۱۷(۴/۵)
	متوسط	۱۸۴(۴۸/۵)
	متوسط رو به پایین	۱۲۶(۳۳/۲)
	پایین	۴۴(۱۱/۶)
قومیت	فارس	۳۳۸(۸۹/۲)
	لر	۱۰(۲/۶)
	عرب	۴(۱/۱)
	ترک	۹(۲/۴)
	سایر	۱۸(۴/۷)
مذهب	شیعه	۳۵۸(۹۴/۵)
	سنی	۲۱(۵/۵)
مدت حاشیه‌نشینی	۱ تا ۵	۱۱۰(۲۹/۰)
	۶ تا ۱۰	۸۴(۲۲/۲)
	۱۱ تا ۱۵	۵۲(۱۳/۷)
	۱۶ تا ۲۰	۴۶(۱۲/۱)
	بالاتر از ۲۰ سال	۸۷(۲۳/۰)
مدت ازدواج (سال)	۱ تا ۵	۶۶(۱۷/۴)
	۶ تا ۱۰	۱۰۹(۲۸/۸)
	۱۱ تا ۱۵	۱۰۳(۲۷/۲)
	بالاتر از ۱۵	۱۰۱(۲۶/۶)
رضایت زناشویی	کم	۶۶(۱۷/۴)
	متوسط	۲۴۵(۶۴/۶)
	زیاد	۶۸(۱۷/۹)
مراقبت‌های دوران بارداری	کم	۱۵(۴/۰)
	متوسط	۲۲۲(۵۸/۶)
	زیاد	۱۴۲(۳۷/۵)

جدول ۲. رابطه برخی متغیرهای مستقل با مراقبت‌های دوران بارداری

متغیر		میانگین	آزمون	P
وضعیت شغلی	شاغل	۹/۸۴۸۵	F=۴/۲۶۷	۰/۰۱۵
	خانه‌دار	۹/۰۹۳۵		
	دانش‌آموز یا دانشجو	۸/۶۶۶۷		
وضعیت شغلی همسر	شاغل	۹/۲۳۲۱	F=۲/۱۶۰	۰/۰۹۲
	بیکار جویای کار	۹/۵۲۶۳		
	بازنشسته	۸/۰۰۰۰		
	در حال تحصیل	۱۲/۰۰۰۰		
هویت طبقاتی	بالا	۱۱/۲۵۰۰	F=۱۳/۶۸۸	۰/۰۰۰
	متوسط رو به بالا	۱۰/۲۳۵۳		
	متوسط	۹/۶۸۴۸		
	متوسط رو به پایین	۸/۶۷۴۶		
	پایین	۸/۰۹۰۹		
قومیت	فارس	۹/۲۸۷۰	F=۴/۹۶۳	۰/۰۰۱
	لر	۹/۰۰۰۰		
	عرب	۹/۵۰۰۰		
	ترک	۱۰/۴۴۴۴		
	سایر	۷/۴۴۴۴		
مذهب	شیعه	۹/۳۱۰۱	T=۳/۷۰۳*	۰/۰۰۰
	سنی	۷/۷۱۴۳		

* معنی‌دار

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

گیرد. مراقبت‌های دوران بارداری نه‌تنها به ارتقای سلامت مادر و جنین کمک می‌کند، بلکه می‌تواند از کاهش بیشتر سطح باروری نیز جلوگیری کند. افزایش آگاهی زنان، به‌ویژه در میان اقشار حاشیه‌نشین، از طریق ارتقای سطح تحصیلات و توانمندسازی اجتماعی می‌تواند دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری را بهبود ببخشد. در این راستا، سیاست‌گذاری‌های مرتبط با سلامت باید بر کاهش نابرابری‌های آموزشی و اجتماعی تمرکز کرده و شرایط لازم برای ارتقای سطح سواد و آموزش زنان، به‌ویژه در مناطق محروم را فراهم کند. یافته‌های این مقاله نشان داد افزایش رضایت زناشویی تأثیر قابل‌توجهی بر ارتقای کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری دارد. زوجین ساکن در مناطق حاشیه‌نشین به دلیل سطح سواد و آگاهی پایین، بیشتر در معرض تعارضات

جدول ۳. همبستگی تحصیلات و درآمد خانوار با مراقبت‌های دوران بارداری

متغیر	ضریب همبستگی*	P
سطح تحصیلات	۰/۳۹۸	۰/۰۰۰
سطح تحصیلات همسر	۰/۳۶۹	۰/۰۰۰
درآمد ماهیانه خانوار	۰/۳۱۷	۰/۰۰۰

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ٤. تأثیر رضایت زناشویی زنان بر مراقبت‌های دوران بارداری با کنترل سایر متغیرهای مستقل تحقیق

مدل	متغیر	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	P	ضریب تعیین تعدیل‌شده
		B	Std. Error	Beta			
۱	درآمد ماهیانه خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱۷	۶/۴۸۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹۸
۲	درآمد ماهیانه خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۷۴	۵/۶۹۴	۰/۰۰۰	۰/۱۵۳
	تحصیلات زنان (بی‌سواد به دانشگاهی)	-۱/۹۴۲	۰/۳۸۵	-۰/۲۴۳	-۵/۰۴۵	۰/۰۰۰	
۳	درآمد ماهیانه خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۷	۵/۷۳۴	۰/۰۰۰	۰/۲۰۵
	تحصیلات زنان (بی سواد به دانشگاهی)	-۱/۹۳۰	۰/۳۷۳	-۰/۲۴۱	-۵/۱۷۸	۰/۰۰۰	
	چند سال ازدواج کرده‌اید	-۰/۰۶۸	۰/۰۱۳	-۰/۲۳۳	-۵/۰۷۰	۰/۰۰۰	
۴	درآمد ماهیانه خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۵	۵/۷۱۲	۰/۰۰۰	۰/۲۱۵
	تحصیلات زنان (بی‌سواد به دانشگاهی)	-۱/۸۸۳	۰/۳۷۱	۰/۲۳۵	-۵/۰۷۶	۰/۰۰۰	
	چند سال ازدواج کرده‌اید	-۰/۰۶۴	۰/۰۱۳	-۰/۲۱۹	-۴/۷۶۹	۰/۰۰۰	
	رضایت زناشویی	۰/۰۹۸	۰/۰۴۲	۰/۱۰۹	۲/۳۵۸	۰/۰۱۹	
۵	درآمد ماهیانه خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۵۶	۵/۵۲۸	۰/۰۰۰	۰/۲۲۱
	تحصیلات زنان (بی‌سواد به دانشگاهی)	-۱/۷۵۵	۰/۳۷۵	-۰/۲۱۹	-۴/۶۸۶	۰/۰۰۰	
	چند سال ازدواج کرده‌اید	-۰/۰۵۸	۰/۰۱۴	-۰/۱۹۸	-۴/۲۲۳	۰/۰۰۰	
	رضایت زناشویی	۰/۰۹۱	۰/۰۴۲	۰/۱۰۰	۲/۱۷۸	۰/۰۳۰	
	تحصیلات زنان (دیپلم به دانشگاهی)	۰/۴۰۸	۰/۱۹۸	۰/۰۹۹	۲/۰۶۶	۰/۰۴۰	

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

زناشویی قرار دارند که این امر می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت روانی و جسمی زنان باردار داشته باشد. ازاین‌رو اجرای برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی در محلات حاشیه‌نشین برای آشنا کردن زوجین با راهکارهای حل تعارض و افزایش مهارت‌های ارتباطی، یک ضرورت جدی است. این برنامه‌ها می‌توانند رضایت زناشویی را بهبود بخشیده و درنتیجه مراقبت‌های دوران بارداری را نیز ارتقا دهند.

نتیجه‌گیری

در پایان پیشنهاد می‌شود سیاست‌های جمعیتی و حوزه سلامت در کشور تمرکز ویژه‌ای بر حمایت از خانواده‌ها و توانمندسازی زنان، به‌ویژه در مناطق محروم، داشته باشند. این حمایت می‌تواند شامل تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی پیش از ازدواج برای آموزش مهارت‌های مدیریت تعارض زناشویی، شناسایی زوجین در معرض تعارضات و برگزاری دوره‌های مشاوره‌ای هدفمند باشد. چنین رویکردهایی نه‌تنها موجب افزایش رضایت زناشویی و ارتقای سلامت زنان باردار می‌شود، بلکه در درازمدت می‌تواند به تقویت ساختار جمعیتی و بهبود شرایط زندگی خانوادگی نیز بینجامد. هم‌افزایی میان سیاست‌های جمعیتی، بهداشت و سلامت و آموزش، کلید اصلی تحقق این اهداف است. این هم‌افزایی می‌تواند به بهبود کلی شرایط خانواده، کاهش تعارضات زناشویی و ارتقای مراقبت‌های دوران بارداری کمک کند و به‌عنوان یک استراتژی کارآمد در مواجهه با چالش‌های جمعیتی کشور مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کد اخلاق پژوهش (IR.SUMS.REC.1399.1090) از دانشگاه علوم‌پزشکی شیراز گرفته شده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام زنان مشارکت کننده در این تحقیق تشکر می کنند.

References

[1] Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Population and Health in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Publications of the Ministry of Health and Medical Education; 2000.

[2] World Health Organization. Progress in reproductive health research. Geneva WHO ;1997. [Link]

[3] United Nations. Report of the international conference on population and development. New York: United Nations; 1994. [Link]

[4] Hatami H, Razavi SM, Eftekhar H, Majlesi F, Nozadi M, Parizad MJ. Comprehensive book of public health. Tehran: Arjmand Publications; 2013. [Link]

[5] Roudi-Fahimi F. Women's reproductive health in the Middle East and North Africa. Washington: Population Reference Bureau; 2003. [Link]

[6] Khanjari S, Molla F, Hosseini F, Faragollahi M. [Prenatal care utilization and factors affecting to receive prenatal care from clients' perspectives (Persian)]. Iran J Nurs. 2006; 19(45):37-48. [Link]

[7] American College of Obstetricians and Gynecologists. Preeclampsia and high blood pressure during pregnancy [Internet]. 2014 [Updated 2025 November 7]. Available from: [Link]

[8] Eckstrand KL, Ding Z, Dodge NC, Cowan RL, Jacobson JL, Jacobson SW, et al. Persistent dose-dependent changes in brain structure in young adults with low-to-moderate alcohol exposure in utero. Alcohol Clin Exp Res. 2012; 36(11):1892-902. [DOI:10.1111/j.1530-0277.2012.01819.x] [PMID] [PMCID]

[9] Blassi N, Blassi Z, Zakeri Hamidi M, Afsardeh K, Nasiri Raineh H. [The importance of prenatal care in reducing maternal complications and mortality (Persian)]. Paper presented at: 7th Congress of the Reproductive Health and Infertility Research Center. 2014 February 1; Tehran, Iran. [Link]

[10] Motlagh M, Torkestani F, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Radpooyan L, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. [Iranian husbands' involvement in prenatal care, childbirth and postpartum: Viewpoints of the mothers (Persian)]. J Babol Univ Med Sci. 2017; 19(5):23-31. [DOI:10.22088/jbums.19.5.23]

[11] Bakhshi F, Mokhtari N, Jafroodi S, Abbasi M, Atrkar RZ. [Survey influencing factors on prenatal care in refrrring maternal to health care centers in Rasht city (Persian)]. Iran J Nurs Res. 2012; 6(23):41-50. [Link]

[12] Dehle C, Landers JE. You can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. J Soc Clin Psychol. 2005; 24(7):1051-76. [DOI:10.1080/01926180126500]

[13] Taniguchi ST, Freeman PA, Taylor S, Malcarne B. A study of married couples perception of marital satisfaction in outdoors recreation. J Experiential Educ. 2006; 28(3):253-256. [DOI:10.1177/105382590602800309]

[14] Khaniki H, Tabrizi M. [Marital satisfaction through moral attitude and action (emphasis on woman society) (Persian)]. Soc Sci. 2009; 16(46):187-228. [Link]

[15] Kazemi A, Ranaei F, Moradi G. [Related factors for marital satisfaction in primigravida women referred to Sanandaj comprehensive health centers in 2018 (Persian)]. Sci J Nurs Midwifery Paramed Fac. 2021; 6(3):25-35. [Link]

[16] Aghayousfi A, Moradi K, Safari N, Qazi SH, Amiri F. [Investigating the relationship between marital satisfaction and physical problems during pregnancy and related factors (Persian)]. Yafteh. 2013; 13(1):125-34. [Link]

[17] Enayati M, Abdur Rahami F. [Comparison of mental health and marital satisfaction of women with wanted pregnancy and women with unwanted pregnancy in the city of Ahvaz (Persian)]. Soc Psychol. 2008; 2(6):1-20. [Link]

[18] Sadeghi-Sahibzadeh E, Baghdari N, Khairkhah M. [The relationship between marital satisfaction and social support with maternal fetal attachment in pregnant women with a history of baby loss (Persian)]. Iran J Obstet Infertil Women. 2013; 17(106):16-22. [DOI:10.22038/ijogi.2014.3137]

[19] Belal G, Gaheen MA. Factors affecting marital satisfaction among primigravida women in Tanta city, Egypt. J Nurs Health Sci. 2016; 5(6):71-8. [Link]

[20] Moradi M, Moradi B, Bayat Shahparast A. [Investigation of factors affecting the health of marginalized women from the perspective of students. Paper presented at: The first national conference on healthy environment and sustainable development in the light of citizenship rights (Persian)]. 2019 May 29; Shiraz, Iran. [Link]

[21] Arab Alidosti A, Nakhai N, Khanjani N. [Reliability and validity of the Persian versions of the INRICH marital satisfaction (brief version) and kansas marital satisfaction scales (Persian)]. J Health Dev. 2014; 4(2):2158-167. [Link]

[22] Zurayk H, Younis N, Khattab H. Rethinking family policy in the light of reproductive health research. Int Soc Sci J. 1994; 46(3):423-38. [Link]