Investigating the Rate of birth Satisfaction and its Relationship with Perceived Stress in Pregnant Women Admitted in Hospital Shahrekord, 2022

Mitra Maleki[1], Laila Hasheminasab[2], Roonak Shahoei[3], Kamyar Mansoori[4], Ahmad Raeisi[5], Farzaneh Zaheri[6]*

1. M.Sc. student in Midwifery Education, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2. Department of midwifery, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Professor, Department of Midwifery, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
4. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
5. Assistant Professor of Internal Medicine, Department of Internal Medicine, School of medicine Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
6. Assistant Professor, Department of Midwifery, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

*** Corresponding Author:** Farzaneh Zaheri, **Email:** f.zaheri1968@gmail.com, **Tel:** ۹۸۹۱۲۸۶۹۲۸۸۴

Received: 30 January 2023 **Accepted:** 1 March 2023

Abstract

Background & Aim: Birth Satisfaction is a woman's evaluation of her childbirth experience that be influenced by perceived stress. The aim of this study was to determine the rate of birth satisfaction and its relationship with perceived stress in pregnant women Admitted in Hospital Shahrekord, 2022

Material & Method: This descriptive-correlational study was conducted on 200 pregnant women with inclusion criteria and were hospitalized in Hajar Shahrekord's Hospital. Data collection tools were demographic and obstetric characteristics form, Cohen's Perceived Stress Scale and the Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI). At first, the participants were selected as convenience and entered the study after obtaining a written informed consent; then, the midwifery-demographic characteristics form and perceived stress in labor was completed through interviews and also by referring to the client's file. In the next step, the Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator was completed by the client 12 to 24 hours after vaginal delivery and in the emergency cesarean section until discharge. The data was analyzed using SPSS version 16 software and statistical regression test. The significance level was considered $P<0.05$.

Results: According to the results, the mean score of birth satisfaction and perceived stress were (6.80±2.08) and (17.20±4.35) respectively; Also, the average score of two dimensions of Birth Satisfaction Scale, namely emotional pressure experienced during pregnancy and quality of care, were 4.1±8.84 and 2.1±72.33, respectively; In addition, no statistically significant relationship was observed between perceived stress (P=0.526) and demographic and obstetric characteristics (P<.05) with birth satisfaction.

Conclusion: Paying attention to the two dimensions of birth satisfaction tool and trying to increase their average score can have a positive effect on increasing overall satisfaction with childbirth. One of the ways to achieve this goal is to hold related workshops such as communication skills, stress management and clinical workshops related to the field for midwifery personnel and health care providers of pregnant mothers

Keywords: Satisfaction, Perceived Stress, Birth.

How to cite this article: Maleki M, Hasheminasab L, Shahoei R, Mansoori K, Raeisi A, Zaheri F. **Investigating the Rate of birth Satisfaction and its Relationship with Perceived Stress in Pregnant Women Admitted in Hospital Shahrekord, 2022. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(3), winter, pp 101 -113. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-528-fa.html**

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی میزان رضایتمندی از زایمان و ارتباط آن با استرس درک‌شده در مادران باردار بستری در بیمارستان شهرکرد در سال ۱۴۰۰

میترا مالکی[۱]، لیلا هاشمی‌نسب[۲]، روناک شاهوی[۳]، کامیار منصوری[۴]، احمد رئیسی[۵]، فرزانه ظاهری*[۶]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲. مربی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم‌پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳. استاد، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴. استادیار گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۵. استادیار بیماری‌های داخلی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۶. استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری‌ومامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی کردستان، سنندج، ایران

***نویسنده مسئول:** فرزانه ظاهری، **ایمیل:** f.zaheri1968@gmail.com، **تلفن:** ۰۹۱۲۸۶۹۲۸۸۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: رضایت از زایمان ارزیابی یک زن از تجربه زایمان خود است که می‌تواند تحت تاثیر عواملی همچون استرس درک شده قرار بگیرد. هدف این مطالعه تعیین میزان رضایت‌مندی از زایمان و ارتباط آن با استرس‌درک شده در مادران بستری در بیمارستان شهرکرد در سال ۱۴۰۰ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی همبستگی بر روی ۲۰۰ زن باردار دارای معیارهای ورود به مطالعه بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات فرم مشخصات دموگرافیک و مامایی، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و مقیاس بازبینی شده رضایت از زایمان (BSS-RI) بود. در ابتدا مشارکت کنندگان در مطالعه بصورت در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند؛ سپس فرم مشخصات دموگرافیک مامایی و استرس درک شده در لیبر از طریق مصاحبه و همچنین با مراجعه به پرونده مددجو تکمیل شد. در مرحله بعد، پرسشنامه رضایت از زایمان، ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از زایمان واژینال و در سزارین اورژانس تا زمان ترخیص توسط مددجو تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون آماری رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری $P>۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: براساس نتایج؛ میانگین نمره رضایتمندی از زایمان و استرس درک شده به ترتیب (۲/۰۸±۶/۸۰) و (۴/۳۵±۱۷/۲۰) بود؛ همچنین میانگین نمره دو بعد رضایتمندی از زایمان یعنی فشار روحی تجربه شده در بارداری و کیفیت مراقبت به‌ترتیب ۱/۸۴± ۴/۰۸ و۱/۳۳±۲/۷۲ بود، ضمن آنکه بین استرس ادراک شده ($P=۰/۵۲۶$) و مشخصات دموگرافیک و مامایی ($P>۰/۰۵$) با رضایتمندی از زایمان ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: توجه به دو بعد ابزار رضایتمندی از زایمان و تلاش در جهت افزایش میانگین نمره آن‌ها می‌تواند بر افزایش رضایتمندی کلی از زایمان تاثیر مثبت داشته باشد. یکی از راه‌های دستیابی به این هدف برگزاری کارگاه‌های مرتبط همچون مهارت‌های ارتباطی، مدیریت استرس و کارگاه‌های بالینی مرتبط با رشته برای پرسنل مامایی و مراقبین بهداشتی درمانی مادران باردار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رضایتمندی، استرس درک شده، تولد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

بارداری و زایمان، جزء دوره‌های خاص و به یادماندنی زندگی زنان و خانواده آنان است. در این دوران، مادران تغییرات احساسی بسیاری را تجربه می‌کنند. نیازهای مادران و مشکلات آنان در دوران بارداری، لیبر و زایمان و متعاقب آن اقدامات و مداخلاتی که در جهت رفع این مشکلات و برطرف کردن این نیازها صورت می‌گیرد، همگی در معنی دادن به روند باروری نقش بسزایی را ایفا می‌کنند؛ لذا این تجربه در سلامت و مشارکت مادران در مراقبت از خود و رویارویی با رویدادهای آسیب‌پذیر زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند (۱, ۲). باوجوداینکه هدف اصلی در زایمان، تامین سلامت مادر و نوزاد است اما تجربه زایمانی مثبت، ایجاد نگرش مطلوب نسبت به زایمان بعدی و همچنین رضایت از زایمان از موارد دارای اهمیت در زایمان می‌باشد (۳).

رضایت از زایمان ارزیابی یک زن از تجربه زایمان خود و عواملی همچون کیفیت مراقبت، روند زایمان و استرس‌های ناشی از زایمان می‌باشد. در نهایت می‌توان گفت رضایت از زایمان تطابق میان انتظارات یک زن از روند زایمان با واقعیتی است که برای او در این فرآیند رخ می‌دهد (۴). در رابطه با میزان رضایت‌مندی از زایمان با توجه به گوناگونی عوامل تأثیر گذار در جمعیت‌های مختلف، نتایج متفاوتی ارائه شده است؛ این میزان در استرالیا ۸۲ ٪(۴)، آفریقای جنوبی۵۲ ٪ (۵)، اتیوپی۸۸ ٪ (۶) و در ایران۶۳ ٪ (۷) گزارش شده است. نتایج مطالعات حاکی از تاثیر مثبت رضایت مادر از روند زایمان بر بهبود در عملکرد شیردهی (۸)، کاهش خطر افسردگی بعد از زایمان (۱۱-۹)، افزایش اعتمادبه‌نفس (۱۲) و ایجاد حس هویت مادرانه (۱۳) است؛ از سوی دیگر نارضایتی از زایمان می‌تواند منجر به ایجاد بسیاری از مشکلات همچون اختلال در روابط مادر و کودک، ترس شدید از زایمان، اختلال عملکرد جنسی، اختلال در روابط با همسر، اختلال استرس پس از تروما[1] (۱۴, ۱۵) و کاهش تمایل به داشتن فرزند دیگر و یا تاخیر در فرزندآوری شود (۸, ۱۶). عوامل متعددی را بر رضایت‌مندی از زایمان موثر دانسته‌اند که از آن جمله می‌توان به سطح استرس درک شده اشاره کرد (۷).

استرس ادراک شده واکنش‌های جسمی، روحی و عاطفی است که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد تجربه می‌شود؛ به عبارت دیگر، استرس واکنش فرد در برابر محیطی است که برای توانایی‌ها و سلامتی وی تهدید به شمار می‌رود (۱۷). شیوع استرس در دوران بارداری و زایمان با افزایش قابل‌توجهی همراه است (۱۸). این حالت برجسته‌ترین علامت گزارش‌شده در زنان باردار است که می‌تواند عوارض سوء بر سلامت مادر و جنین داشته و نتایج زیان باری را برای آنان به دنبال داشته باشد (۱۹, ۲۰). استرس در مادران باردار از طریق

1 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

افزایش ترشح نوراپی نفرین و انقباضات رحمی، موجبات کاهش خونرسانی به جفت و جنین را فراهم نموده و در نهایت می‌تواند سبب هیپوکسی جنین و آسیب به سلول‌های مغز شود (۱۹, ۲۰). استرس دوران بارداری با بروز پره‌اکلامپسی، خونریزی و لکه بینی، دیسترس جنینی (آغشتگی نوزاد به مکونیوم) ارتباط دارد و می‌تواند بر قد و وزن نوزاد تاثیر نامطلوب داشته باشد (۲۰). نتایج مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۷ زن باردار در موریسون آمریکا انجام شده بود، بیانگر کاهش رضایتمندی از زایمان با افزایش میزان استرس درک شده است (۱۳). در مطالعه دیگری که به بررسی رضایتمندی از زایمان در ۶۰۰ زن زایمان کرده در مالزی پرداخته بود، استرس، اضطراب و افسردگی با کاهش میزان رضایتمندی از زایمان همراه بود (۱۴). در مطالعه Littleton و همکاران (۲۰۰۷)، بین استرس درک شده در بارداری با پیامدهای پری‌ناتال ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد (۲۱).

مراقبین سلامت نقش مهمی در شناسایی و حمایت زنان در شرایط استرس‌زا دارند و می‌توانند با ارائه مراقبت‌های مختلف از جمله حمایت روانی، عاطفی و اطلاعاتی باعث بهبود آگاهی مادران در رابطه با مدیریت استرس در بارداری شوند و همچنین با استفاده از متدهای مختلفی چون ورزش و ماساژدرمانی شرایط ایجاد تجربه‌ای لذت‌بخش از زایمان را برای مادر هموار سازند (۲۲, ۲۳). ماما می‌تواند به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت از زنان در زمان زایمان در کاهش میزان استرس زنان باردار نقش کلیدی ایفا نموده و قادر به فراهم کردن شرایط مساعد جهت ایجاد تجربه‌ای لذتبخش و رضایت از زایمان باشد؛ بنابراین محقق برآن شد تا با جستجو در پایگاه‌های معتبر علمی و با استفاده از کلمات و عبارات کلیدی مرتبط، مقالات موجود در این زمینه را بررسی نماید. براساس نتایج، مطالعه در زمینه رابطه بین استرس درک شده در بارداری یا زایمان بسیار محدود بود؛ بنابراین اهمیت توجه به متغیر استرس درک شده و تاثیر احتمالی آن بر رضایتمندی از زایمان، جدید بودن نسخه فارسی ابزار مورداستفاده برای سنجش رضایتمندی از زایمان و عدم انجام چنین مطالعه‌ای در شهرکرد، انجام پژوهش فوق با هدف "تعیین میزان رضایت‌مندی از زایمان و ارتباط آن با استرس درک شده در مادران باردار بستری در بیمارستان شهرکرد، سال ۱۴۰۰ را ضروری ساخت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی همبستگی با هدف تعیین میزان رضایتمندی از زایمان و ارتباط آن با استرس درک شده در ۲۰۰ زن باردار که جهت ختم بارداری در بخش زایمان بیمارستان هاجر شهرکرد در سال ۱۴۰۰ بستری و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند با روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه، حاملگی بدون عارضه (پارگی زودرس پرده‌ها، فشارخون بالا، پره ترم، پست‌ترم، تاخیر رشد داخل رحمی)، بارداری تک قلو و جنین زنده، سن حاملگی ترم (۳۷ تا ۴۲ هفته)، عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمی (بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، سرطان، بیماریهای عفونی) و روانی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

شناخته‌شده، عدم مصرف سیگار و مواد مخدر، دیلاتاسیون کمتر از ۳-۴ سانت (فاز نهفته) در بدو ورود به مطالعه و سزارین الکتیو و معیارهای خروج نیز شامل مرگ نوزاد پس از تولد، بستری نوزاد و مادر در بخش مراقبت ویژه بود. با توجه به مطالعه Browner و همکاران (۲۰۱۳)، حجم نمونهٔ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و با احتساب احتمال ریزش، ۲۰۰ نفر برآورد شد (۲۴).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم مشخصات دموگرافیک و مامایی و پرسشنامه‌های استرس درک شده کوهن و رضایت‌مندی از زایمان تجدید نظرشده[1] مارتین بود. مشخصات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات مادر، وضعیت شغلی، محل سکونت، نوع مسکن، سطح درآمد ماهیانه، سطح تحصیلات و شغل همسر و مشخصات مامایی شامل تعداد بارداری، نوع بارداری، سابقه سقط، مداخلات در فرآیند لیبر (فاز نهفته و فعال) و زایمان (مرحله دوم و سوم)، استفاده از روش‌های کاهش درد غیر دارویی، نوع زایمان، روش زایمان واژینال، عامل زایمان، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، داشتن ماما همراه حین لیبر و رضایت از جنس نوزاد بود. به منظور تعیین اعتبار علمی فرم مشخصات دموگرافیک و مامایی از روش روایی محتوای کیفی استفاده شد، به این ترتیب که پرسشنامه پس از تدوین در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری‌مامایی و افراد متخصص در این حوزه قرار گرفت و پس از اعمال نظرات آنان پرسشنامه نهایی تدوین شد.

پرسشنامه استرس درک شده کوهن[2] یک ابزار خود گزارشی مشتمل بر ۱۰ گویه است و به وسیله Cohen و همکاران (۱۹۸۳) به منظور آگاهی از اینکه افراد تجارب دشوار و طاقت فرسای خویش را چگونه ارزیابی می‌کنند، توسعه یافت. این نسخه حاوی چهار عبارت مثبت و شش عبارت منفی در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای است (هرگز=۰، خیلی کم=۱، بعضی اوقات=۲، زیاد=۳ و خیلی زیاد=۴). دامنه نمرات کسب شده آن در محدوده ۴۰-۰ بوده و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی تنش درک شده بیشتر می‌باشد (۲۵). این ابزار مقیاسی استاندارد می‌باشد که روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف داخلی و خارجی به تایید رسیده است در مطالعه Cohen و همکاران (۲۰۱۲)، میزان آلفای کرونباخ آن، ۰/۹۱ به‌دست‌آمده است (۲۶)، این ابزار توسط معروفی زاده و همکاران (۱۳۹۳) به زبان فارسی ترجمه و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تائید شده است (۲۷).

مقیاس شاخص رضایت از زایمان تجدید نظرشده، فرم کوتاه مقیاس رضایت از زایمان است که توسط Martin و همکاران (۲۰۱۷) طراحی شده و شامل شش آیتم در دو زیر گروه: استرس و فشار روحی تجربه شده در بارداری (۴ آیتم) و کیفیت مراقبت (دو آیتم) بر پایه مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای (۰ تا ۲: مخالفم=۰، تا حدی موافق=۱ و موافقم=۲) می‌باشد (۲۸).

1 The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator

2 Perceived Stress Scale of Kohen

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

دامنه نمرات کسب شده برای کل مقیاس ۱۲-۰ و برای خرده مقیاس‌های استرس و کیفیت مراقبت به‌ترتیب: ۸-۰ و ۴-۰ است. در این ابزار کسب نمرات بالاتر نشان دهنده رضایت بیشتر از زایمان است. این ابزار یک مقیاسی استاندارد است که میزان آلفای کرونباخ در مطالعه Romero و همکاران (۲۰۱۹) (۲۹) و هینیک (۲۰۱۷) به‌ترتیب ۷۷/. و ۰/۷۲ به‌دست آمد (۳۰). این ابزار به زبان فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن توسط عمانی سامانی (۲۰۱۹) با آلفای کرونباخ ۰/۵۶۳ در ایران تایید شد (۳۱).

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق IR.MUK.REC.1400.032 و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کسب اجازه از ریاست بیمارستان هاجر شهرکرد، در شیفت‌های مختلف به بخش زایمان بیمارستان هاجر مراجعه و نمونه‌های دارای معیارهای ورود به مطالعه را بصورت در دسترس انتخاب نموده و پس از معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه کتبی نسبت به جمع‌آوری اطلاعات طی دو مرحله اقدام کرد. در مرحله اول یعنی فاز نهفته، پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک، مامایی و استرس درک شده از طریق مصاحبه و اطلاعات ثبت‌شده در پرونده مددجو تکمیل شد و در مرحله دوم پرسشنامه‌ی رضایت‌مندی از تولد در فاصله ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از زایمان طبیعی و در سزارین تا زمان ترخیص از طریق مصاحبه در بخش بعد از زایمان تکمیل شد. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری‌شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی تجمعی و نسبی، همبستگی) و استنباطی (رگرسیون خطی چندگانه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس نتایج به‌دست‌آمده میانگین سن مادران شرکت‌کننده در مطالعه ۵/۶۸±۲۷/۵۰ سال، تعداد سقط ۵/۶۸±۱/۲۶، سن بارداری طبق سونوگرافی ۱/۰۹±۳۸/۹۱ هفته و طول مدت زایمان ۲۰/۸۰±۳۸/۹۲ دقیقه بود (جدول شماره۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی مشخصات دموگرافیک و مامایی مشارکت کنندگان در مطالعه

متغیر		تعداد	درصد	متغیر		تعداد	درصد
سن (سال)	<۱۸	۹	۴/۵	سطح درآمد ماهیانه	بیشتر از مخارج خانوار	۱۹	۹/۵
	۱۸-۲۴	۵۷	۲۸/۵		برابر مخارج خانوار	۹۱	۴۵/۵
	۲۵-۲۹	۶۲	۳۱		کمتر از مخارج خانوار	۹۰	۴۵
	۳۰-۳۴	۴۵	۲۲/۵	سطح تحصیلات همسر	ابتدایی	۲۳	۱۱/۵
	≥۳۵	۲۷	۱۳/۵		راهنمایی و سیکل	۴۴	۲۲
سطح تحصیلات	ابتدایی	۳۵	۱۷/۵		متوسطه و دیپلم	۹۴	۴۷
	راهنمایی و سیکل	۳۰	۱۵		دانشگاهی	۳۹	۱۹/۵
	متوسطه و دیپلم	۹۲	۴۶	شغل	کارمند	۱۵	۷/۵

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

				همسر			
	دانشگاهی	۴۳	۲۱/۵		شغل آزاد	۱۲۲	۶۱
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۱۸۸	۹۴		کارگر	۵۴	۲۷
	شاغل	۱۲	۶		بیکار	۹	۴/۵
محل سکونت	شهر	۹۱	۴۵/۵	نوع	استیجاری	۵۲	۲۶
	روستا	۱۰۹	۵۴/۵	مسکن	شخصی	۱۴۸	۷۴
نوع بارداری	خواسته	۱۵۵	۷۷/۵	سابقه	بلی	۴۲	۲۱
	ناخواسته	۴۵	۲۲/۵	سقط	خیر	۱۵۸	۷۹
مداخله در فرآیند لیبر (فازنفته و فعال)	بلی	۱۰۶	۵۳	استفاده از روش‌های غیر دارویی کاهش درد زایمان	بلی	۱۲	۶
	خیر	۹۴	۴۷		خیر	۱۸۸	۹۴
مداخله در مرحله زایمان (مرحله دوم و سوم)	بلی	۱۱۲	۵۶	* روش زایمان واژینال	واژینال بدون پارگی	۳۸	۲۲/۸۹
	خیر	۸۸	۴۴		واژینال به‌همراه پارگی	۵۸	۳۹/۹۴
نوع زایمان	واژینال	۱۶۶	۸۳		واژینال به‌همراه اپی‌زیوتومی	۷۰	۳۷/۱۷
	سزارین	۳۴	۱۷	داشتن مامای همراه(دولا) حین لیبر	بلی	۱۶	۸
شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان	بلی	۱۱	۵/۵		خیر	۱۸۴	۹۲
	خیر	۱۸۹	۹۴/۵	رضایت از جنس نوزاد	بلی	۱۷۲	۸۶
عامل زایمان	متخصص زنان	۳۳	۱۶/۵				
	رزیدنت زنان	۱۲۷	۶۳/۵		خیر	۲۸	۱۴
	مربی/دانشجوی‌مامایی	۴۰	۲۰				

*از تعداد ۱۶۶ مورد زایمان واژینال محاسبه شده است

براساس یافته‌های مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره کلی رضایتمندی از زایمان و استرس درک شده به‌ترتیب (۶/۲±۸۰/۰۸) و (۱۷/۴±۲۰/۳۵) بدست آمد (جدول شماره۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کلی استرس درک شده و رضایت‌مندی از زایمان (و ابعاد آن) در مشارکت کنندگان مطالعه

متغیر (ابعاد)		انحراف معیار±میانگین	ماکزیمم	مینیمم
استرس درک شده		۱۷/۴±۲۰/۳۵	۳۲	۷
رضایت‌مندی از زایمان	بعد فشار روحی تجربه شده در بارداری	۴/۰۸±۱/۸۴	۸	۰
	بعد کیفیت مراقبت	۲/۷۲±۱/۳۳	۴	۰
	رضایت‌مندی کلی از زایمان	۶/۲±۸۰/۰۸	۱۲	۰

جهت بررسی تأثیر مشخصات دموگرافیک و مامایی بر رضایتمندی از زایمان از آزمون رگرسیون تک متغیره و چند متغیره، استفاده شد؛ به این به‌منظور در ابتدا اقدام به آنالیز تک متغیره رگرسیون خطی[1] گردید و برای اینکه هیچ متغیر مهمی نادیده گرفته نشود، در ابتد سطح معنی‌داری $P\leq$۰/۲۰ در نظر

1 Univariate Linear Regression Model

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

گرفته شد که براساس نتایج فقط شغل مادر و وضعیت شغلی همسر از مشخصات دموگرافیک و سابقه سقط، مداخله در مرحله زایمان و عامل زایمان از مشخصات مامایی بر رضایت‌مندی از زایمان(P<./۲۰) تاثیر داشتند (جدول شماره۳).

جدول شماره ۳: ارتباط بین رضایتمندی از زایمان با مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در مطالعه با استفاده از مدل چند متغیره رگرسیون خطی

متغیر		ضریب بتا	P-value	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان
شغل مادر	خانه‌دار			ثابت	
	شاغل	./۸۳	./۱۹۶	-۲/۱۰۰	./۴۳
وضعیت شغلی همسر	کارمند			ثابت	
	آزاد	./۳۲	./۵۸۳	-./۸۳	۱/۴۷
	بیکار	./۷۹	./۳۷۲	-./۹۶	۲/۵۶
	کارگر	./۶۷	./۲۸۷	-./۵۷	۱/۹۳
	کشاورز	۱/۰۷	./۲۹۲	-./۹۳	۳/۰۹
سابقه سقط	بلی			ثابت	
	خیر	-./۵۰	./۲۴۹	-۱/۳۷	./۳۵
مداخله در مرحله زایمان	بلی			ثابت	
	خیر	./۳۶	./۴۸۸	-./۶۶	۱/۳۸
عامل زایمان	متخصص زنان			ثابت	
	رزیدنت زنان	-./۱۵	./۶۹۵	-./۹۱	./۶۱

در مرحله بعد به‌منظور حذف متغیرهای احتمالی مخدوش کننده، این متغیرها بطور همزمان در یک مدل چند متغیره رگرسیون خطی[1] وارد شد و در نهایت هیچ‌کدام از این متغیرها پیش‌بینی کننده رضایت از زایمان نبودند (P>./۰۵)؛ ضمن آنکه با استفاده از رگرسیون خطی تک متغیر ارتباط بین رضایتمندی از زایمان با استرس درک شده بررسی شد که P>./۲۰ بدست آمد و این متغیر امکان ورود به مدل رگرسیون چند متغیره را نداشت (جدول شماره۴).

1 Multiple linear regression model

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جدول شماره ۴: بررسی ارتباط استرس درک شده با رضایت‌مندی از زایمان در مشارکت کنندگان در پژوهش

متغیر	ضریب بتا	P-value	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان
استرس درک شده	./۰۲	./۵۲۶	-./۰۴	./۰۸

بحث

اگرچه تجربه تولد یک پدیده جهانی است؛ اما می‌تواند تحت تأثیر پیشینه و ارزش‌های فرهنگی، سنتی و اجتماعی زنان باشد (۷). رضایت از زایمان، ارزیابی روند زایمان است که به‌احتمال‌زیاد تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد. از میان فاکتورهای مختلف اثرگذار بر میزان رضایت از زایمان، می‌توان به عوامل روانی اجتماعی همچون سطح استرس درک شده اشاره کرد (۳۲, ۳۳).

براساس نتایج، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کلی استرس درک شده کمتر از میانگین نمره کلی ابزار (۰-۴۰) به دست آمد. در مطالعه عابدزاده کلهرودی و همکاران (۱۳۹۹) که به بررسی میزان اضطراب و استرس درک شده زنان باردار نسبت به بیماری کووید-۱۹ و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان پرداخته بودند، میانگین نمره‌ی استرس درک شده زنان باردار کمتر از متوسط نمره ابزار سنجش بدست آمد ((پرسشنامه استرس کوهن (۱۴ سؤالی) با دامنه نمرات (۵۶-۰)) (۳۴). در مطالعه‌ی ناظری و همکاران (۱۳۹۹) با عنوان "ارتباط استرس ادراک شده با نوع زایمان ترجیحی در زنان نخست باردار"؛ نیز نمره استرس ادراک شده در زنان با بارداری ۴۰-۳۴ هفته، ۲۳/۱۴ با دامنه نمرات (۲-۵۲) بدست آمد؛ همچنین در مطالعه Plusess و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان "بررسی میزان اضطراب، استرس و کورتیزول بزاقی در زنان باردار" میانگین نمره استرس درک شده کمتر از متوسط نمره ابزار سنجش بود (۳۵) که نتایج همه در راستای مطالعه کنونی بود؛ درحالی‌که نقی‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود با عنوان "مقایسه خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان باردار گروه‌های سنی کم خطر و پر خطر"، میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده در گروه سنی کم خطر و در گروه سنی پرخطر را بالاتر از متوسط نمره مربوط به ابزار سنجش گزارش کردند (این مطالعه در زنان باردار با سن حاملگی بیشتر از ۲۸ هفته و با استفاده از ابزار استرس کوهن (۱۴ سؤالی) انجام شده بود)). (۳۶) که همسو با نتایج این مطالعه بود.

طبق نظریه Lazarus & Folkman ؛ استرس ادراک شده در حقیقت ارزیابی فرآیند استرس است که با تفسیر یک رویدادی که فرد را تحت فشار قرار می‌دهد، ایجاد می‌شود؛ در واقع استرس ادراک شده بستگی به ارزیابی و تفسیر کلی فرد از تأثیرپذیری در برابر استرس‌ها دارد (۳۷). با توجه به اینکه جامعه آماری این مطالعه شامل مادران با بارداری ترم، بدون بیماری زمینه‌ای و در گروه سنی کم خطر (محدوده سنی بین ۲۵-۲۹) بود، خود می‌تواند توجیه‌کننده میزان پایین نمره استرس درک شده باشد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

نتایج حاصل از بررسی داده‌ها ارتباط معنادار بین میزان رضایتمندی از زایمان با استرس درک شده را نشان نداد؛ درحالی‌که Hinic و همکاران (۲۰۱۷) و kubaisi و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ی خود گزارش کردند که رضایتمندی از زایمان به شکل معکوس با استرس درک شده ارتباط دارد که همسو با نتایج این مطالعه نبود (۱۰, ۱۶). از دلایل این تناقض شاید بتوان به تفاوت در روش پژوهش در مطالعات ذکر شده، اشاره کرد؛ در مطالعه‌ی کنونی، پرسشنامه استرس در فاز نهفته لیبر (که هنوز دردهای زایمانی شروع نشده بودند) و بدون سوگیری نسبت به استرس و اضطراب ناشی از دردهای زایمانی و زایمان، تکمیل شد (میزان اضطراب، در طول بارداری ثابت نبوده و هنگام زایمان به حداکثر می‌رسد) (۳۸) در حالی‌که در مطالعات دیگر، پرسشنامه استرس همراه با پرسشنامه رضایتمندی، بعد از زایمان تکمیل شده بود. به‌عبارت دیگر تعریف استرس تا حدی بستگی به این دارد که از چه کسی و در چه موقعیتی پرسیده شود (۳۹). با توجه به اینکه سؤالات استرس درک شده کوهن، گذشته فرد را بصورت عمومی مورد ارزیابی قرار می‌دهد و استرس ادراک شده می‌تواند به‌عنوان تابعی از رخدادهای استرس‌زای عینی، فرآیندهای مقابله و عوامل شخصیتی (۲۶)، فرهنگی، مذهبی (۴۰) و محیطی باشد (۴۱)؛ بالطبع استرس و اضطراب ناشی از دردهای زایمانی و زایمان می‌تواند بر ارزیابی فرد از استرس ادراک شده و میزان رضایتمندی از زایمان اثرگذار باشد.

در بررسی‌های انجام شده مطالعات یافت شده که فقط به بررسی ارتباط رضایتمندی از زایمان با استرس ادراک شده در بارداری پرداخته باشد، محدود بود؛ ولی مطالعه‌ی Littleton و همکاران (۲۰۰۷)، بین استرس درک شده در بارداری با پیامدهای پری‌ناتال ارتباط معنی‌دار را نشان نداد (۲۱)؛ بنابراین یکی از نقاط قوت این مطالعه بررسی ارتباط دو متغیر استرس درک شده و رضایتمندی از زایمان بود، ضمن آنکه برای سنجش رضایتمندی از ابزار شاخص رضایت از زایمان تجدید نظرشده مارتین که نسخه فارسی آن در سال ۲۰۱۹ توسط عمانی سامانی روایی و پایایی شد، استفاده گردید.

در تمام مراحل این پژوهش، محقق خود بر تکمیل پرسشنامه نظارت کامل داشت. عدم تمایل به پاسخگویی صحیح به سؤالات توسط واحدهای پژوهش یکی از محدودیت‌های مطالعه بود که با اطمینان دادن در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها تا حدود زیادی این محدودیت کنترل گردید. در این مطالعه ارتباط بین دو متغیر رضایتمندی از زایمان و استرس درک شده معنادار نبود و هیچکدام از متغیرهای مشخصات فردی، مامایی و استرس درک شده پیش‌بینی کننده رضایتمندی از زایمان نبود که شاید ناشی از حجم نمونه پائین مطالعه باشد و اینکه استرس با استفاده از ابزار سنجش استرس عمومی و بصورت گذشته‌نگر مورد سنجش قرار گرفته بود؛ بدین منظور پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتر و با استفاده از ابزار سنجش استرس بارداری و بصورت آینده‌نگر انجام شود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

نتیجه‌گیری

براساس نتایج بدست آمده، میانگین نمره رضایتمندی از زایمان و ابعاد آن کمی بیش از میانگین نمره کلی و نمره ابعاد مربوط به ابزار بود و بین رضایتمندی از زایمان و استرس درک شده در بارداری رابطه معنادار یافت نشد، ضمن آنکه هیچکدام از متغیرهای مشخصات فردی، مامایی و استرس درک شده، پیش‌بینی کننده رضایتمندی از زایمان نبودند. با توجه به اینکه میانگین نمرات ابعاد رضایتمندی از زایمان یعنی فشار روحی تجربه شده در بارداری و کیفیت مراقبت در حد نصف نمره مربوط به این ابعاد در ابزار بود، می‌توان با برگزاری کارگاهای مرتبط همچون مدیریت استرس و مهارت‌های ارتباطی برای ماماها به افزایش میانگین نمره ابعاد فوق و در نهایت نمره کلی رضایتمندی از زایمان کمک نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش مامایی است که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد IR.MUK.REC.1400.032 مصوب گردید. بدینوسیله از حمایت معاونت محترم و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مسئولین بیمارستان هاجر شهرکرد، مادران باردار و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش یاریگر ما بودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

References

1. Gebuza G, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M, Banaszkiewicz M. Adequacy of social support and satisfaction with life during childbirth. Pol Ann Med. 2016;23(2):135-40.
2. Oliveira DdC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. Escola Anna Nery. 2015;19(1):93-101.
3. Preis H, Lobel M, Benyamini Y. Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. Psychol Women Q. 2019;43(1):105-17.
4. Bitew K, Ayichiluhm M, Yimam K. Maternal satisfaction on delivery service and its associated factors among mothers who gave birth in public health facilities of Debre Markos Town, Northwest Ethiopia. BioMed Res Int. 2015;2015(1):1-6.
5. Lumadi T, Buch E. Patients' satisfaction with midwifery services in a regional hospital and its referring clinics in the Limpopo Province of South Africa. Afr J Nurs Midwifery. 2011;13(2):14-28.
6. Asres G. Satisfaction and associated factors among mothers delivered at Asrade Zewude memorial primary hospital, Bure, west Gojjam, Amhara, Ethiopia: a cross sectional study. Prim Health Care. 2018;1(1):39-49.
7. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19:182-91 .
8. Hinic K. Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016;45(5):649-60.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

9. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. Midwifery. 2016;39(1):112-23.
10. Al-kubaisi MK, Radeef AS, Ismail H. The Correlation of Maternal Childbirth Experience Satisfaction with Postnatal Depression, Anxiety and Stress Scoring. Int J Inn Res Med Sci. 2019;4(07):435-40.
11. Tani F, Castagna V. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(6):689-92.
12. Howarth AM, Swain N, Treharne GJ. Taking personal responsibility for well-being increases birth satisfaction of first time mothers. J Health Psychol. 2011;16(8):1221-30.
13. Howarth A, Swain N, Treharne G. First-time New Zealand mothers' experience of birth: importance of relationship and support. J Appl Soc Psychol. 2011;45:6-11.
14. DorathyDevakirubai.T, Rebirth D, Mable S, Yadav B, Benjamin EE. Birth satisfaction of womendeliveredat CMC, Vellore. Nurs Health Sci. 2020;9(3):45-51.
15. Hamm RF, Srinivas SK, Levine LD. Risk factors and racial disparities related to low maternal birth satisfaction with labor induction: a prospective, cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):1-9.
16. Hinic K. Understanding and Promoting Birth Satisfaction in New Mothers. MCN Am J Matern Child Nurs. 2017;42(4):210-5.
17. Hashemi z. Relationship between perceived social support and stress before and after cesarean in pregnant women. J Fasa Univ Med. 2020;10(1):1951-9. [Persian.[
18. Lisowska I, Lewicka M, Sulima M, Topyła W, Ruta D, Wdowiak A. Assessment of the severity of the stress levels of women in childbirth. PJPH. 2018;128(1):5-8.
19. Nast I, Bolten M, Meinlschmidt G, Hellhammer DH. How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress during pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 2013;27(4):313-22.
20. Abedi M, Rasoli J, Rabiepour S, Saboory E. The relationship between stress in pregnancy, and pregnancy outcomes: a longitudinal study. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017;14(12):969-81. [Persian.[
21. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. Am J obst Gynecol. 2007;196(5):424-32.
22 .Nilsson C, Olafsdottir OA, Lundgren I, Berg M, Dellenborg L. Midwives' care on a labour ward prior to the introduction of a midwifery model of care: a field of tension. Int J Qual Stud Health Well-being. 2019;14(1):1-14.
23. Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. B J M. 2009;17(9):552-9.
24. Browner W, Newman T, Hulley S. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4th ed. Philadelphia, PA. Lippincott Williams & Wilkins. 2017:65-94.
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. JHSB. 1983;2224(2):385-96.
26. Cohen S, Janicki-Deverts D. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009 1. J Appl Soc Psychol. 2012;42(6):1320-34.
27. Maroufizadeh S, Zareiyan A, Sigari N. Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "Perceived Stress Scale" among asthmatic patients in Iran. Payesh Health Mon. 2014;13(4):457-65. [In Persian.[
28. Martin CR, Hollins Martin C, Redshaw M. The birth satisfaction scale-revised Indicator (BSS-RI). BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17(1):1-9.
29. Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI, Caparros-Gonzalez RA, Cambil-Ledesma A, Hollins Martin CJ, Martin CR. Spanish validation and factor structure of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Midwifery. 2019;70:31-7.
30. Hinic K. Understanding and promoting birth satisfaction in new mothers. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2017;42(4):210-5.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

31. Omani-Samani R, Hollins Martin CJ, Martin CR, Maroufizadeh S, Ghaheri A, Navid B. The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI): a validation study in Iranian mothers. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;7(1):1-5.
32. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. IJNMR. 2017;22(3):219-24. [Persian.[
33. Ferrer MBC, Jordana MC, Meseguer CB, García CC, Roche MEM. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. BMJ Open. 2016;6(8):1-10.
34. Abedzadeh-Kalahroudi M, Karimian Z, Nasiri S, Khorshidifard MS. Anxiety and perceived stress of pregnant women towards Covid-19 disease and its related factors in Kashan (2020). Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2021;24(5):8-18 [Persian[
35. Pluess M, Bolten M, Pirke K-M, Hellhammer D. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. Biol Psychol. 2010;83(3):169-75.
36. Naghizadeh S. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress in low-risk and high-risk groups. Journal of Health and Care. 2019;21(1):16-25. [Persian]
37. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M.H. Appley, Trumbull, R.(Eds) Dynamics of stress: psychological, and social perspectives. New York: Springer; 1986 .
38. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during pregnancy: a risk factor for neonatal physical outcome? Nursing And Midwifery Journal. 2011;9(1):30-8. [Persian.[
39. Epel ES, Crosswell AD, Mayer SE, Prather AA, Slavich GM, Puterman E, et al. More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. Frontiers in neuroendocrinology. 2018;49:146-69.
40. Ting RS-K, Yong Y-YA, Tan M-M, Yap C-K. Cultural responses to COVID-19 pandemic: Religions, illness perception, and perceived stress. Frontiers in psychology. 2021;12.
41. Pun VC, Manjourides J, Suh HH. Association of neighborhood greenness with self-perceived stress, depression and anxiety symptoms in older US adults. Environmental Health. 2018;17(1):1-11.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]