SJNMP
Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty
No.3 /2025:11(3):259-268
DOI: 10.22034/11.3.259
https://sjnmp.muk.ac.ir



Original Article

Association of Childbirth Experience with Support and Control in Birth among Women Hospitalized in the Postpartum Ward of Niknafs Maternity Hospital, Rafsanjan, Iran, 2022

Zahra Hajabdollahi[1], Zohreh Sahebi[2], Zohreh Ghorashi[3], Seyyedeh Faezeh Hashemi[4*]

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4. School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Article history:
Received: November 5, 2025
Accepted: September 26, 2026

***Corresponding author:** Seyyedeh Faezeh Hashemi, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

E-mail: hashemi.s.f1996@gmail.com

Abstract

Background and Aims: Today, the purpose of prenatal care has expanded and, in addition to providing health care for the mother and newborn, it also focuses on maintaining the mental health of the mother after childbirth. Childbirth experience is a new variable whose improvement is directly related to the improvement of the mother's mental health. This study was conducted with the aim of investigating the relationship between childbirth experience, control, and support during childbirth in women admitted to the postpartum ward of Rafsanjan Nik Nafs Maternity Hospital in 2022.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive analytic study was conducted on 200 women who were admitted to the postpartum department of Nik Nafs Hospital in Rafsanjan, Iran, randomly. The data collection tools, in addition to the demographic information form, included the CEQ and SCIB questionnaires. Data were gathered through interviews by two researchers. Statistical tests were used to analyze the data.

Results: There was a statistically significant difference in the birth experience scores of women with different education levels, occupations, and residences ($P>0.05$). A strong and direct correlation was observed between the total score of childbirth experience and the total score of support and control during childbirth ($r=0.833$, $P<0.001$).

Conclusion: In order to improve the mental health of mothers after childbirth, it is necessary to pay attention to improving the childbirth experience. One of the effective ways to improve women's childbirth experience is to improve support during childbirth and increase women's control over the process of childbirth.

Keywords: Childbirth experience, Labor, Support and control in birth

Please cite this article as follows: Hajabdollahi Z, Sahebi Z, Ghorashi Z, Hashemi SF. Association of Childbirth Experience with Support and Control in Birth Among Women Hospitalized in the Postpartum Ward of Niknafs Maternity Hospital, Rafsanjan, Iran, 2022. SJNMP. 2025;11(3):259-268. DOI: 10.22034/11.3.259.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

Copyright © 2026 Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences. The publication, reproduction, and use of the materials published in this journal are permitted under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0). Users must provide appropriate credit, cite the original work, and indicate if any changes have been made. Commercial use of the published materials is not permitted.

SJNMP
فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی
دوره ۱۱، شماره ۳، زمستان ۱۴۰۴، صفحات: ۲۵۹-۲۶۸
DOI: 10.22034/11.3.259
https://sjnmp.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط تجربهٔ زایمان با کنترل و حمایت هنگام زایمان در زنان بستری در بخش پس از زایمان زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان سال ۱۴۰۱

زهرا حاج عبداللهی [۱]، زهره صاحبی [۲]، زهره قرشی [۳]، سیده فائزه هاشمی [۴*]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲. گروه مامایی، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴. دانشکدهٔ پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۰۴

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** سیده فائزه هاشمی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

ایمیل:
hashemi.s.f1996@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: امروزه هدف از مراقبت‌های حین زایمان علاوه‌بر تأمین سلامت مادر و نوزاد، به حفظ وضعیت سلامت روانی مادر پس از زایمان نیز توجه می‌کند. تجربهٔ زایمان متغیر جدیدی است که ارتقاء آن با ارتقاء سلامت روانی مادر ارتباط مستقیم دارد. این مطالعه با هدفِ بررسی ارتباط تجربهٔ زایمان با کنترل و حمایت هنگام زایمان در زنان بستری در بخش پس از زایمان زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعهٔ توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۰۰ زن در بخش پس از زایمان بیمارستان نیک‌نفس رفسنجان و با نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها علاوه‌بر فرم اطلاعات دموگرافیک شامل پرسش‌نامه‌های CEQ و SCIB بودند. داده‌ها ازطریق مصاحبه با مادران در بخش پس از زایمان و تکمیل فرم و پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط دو نفر از پژوهشگران گردآوری شد. از آزمون‌های آماری و آمار توصیفی در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌ها نشان داد ارتباط نمرهٔ تجربهٔ زایمان در زنان با با سطح تحصیلات، شغل و محل سکونت ازنظر آماری معنی‌دار بود ($P<0/05$). یک هم‌بستگی قوی و مستقیم بین نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان و نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان مشاهده شد ($P<0/001$؛ $r=0/833$).

نتیجه‌گیری: برای ارتقاء سلامت روانی مادران پس از زایمان باید به ارتقاء تجربهٔ زایمان توجه شود. یکی از راه‌های مؤثر برای ارتقاء تجربهٔ زایمان زنان، بهبود حمایت حین زایمان و افزایش کنترل زنان بر روند زایمان است.

واژه‌های کلیدی: تجربهٔ زایمان، کنترل و حمایت حین زایمان، لیبر.

استناد: حاج عبداللهی، زهرا؛ صاحبی، زهره؛ قرشی، زهره؛ هاشمی، سیدفائزه. بررسی ارتباط تجربهٔ زایمان با کنترل و حمایت هنگام زایمان در زنان بستری در بخش پس از زایمان زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان سال ۱۴۰۱. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، زمستان ۱۴۰۴؛۱۱(۳):۲۵۹-۲۶۸.

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی «تجربهٔ مثبت زایمان» را یک هدف نهایی مهم برای تمام زنانی که فرایند زایمان را طی می‌کنند در نظر می‌گیرد. تجربهٔ مثبت زایمان تجربه‌ای است که تمام باورها و انتظارات شخصی، فرهنگی و اجتماعی یک زن را به‌طور کامل برآورده کند و یک زن بتواند نوزادی سالم را در محیطی از لحاظ روانی و فیزیکی ایمن با حمایت و پشتیبانی همراهان خودش و پرسنل ماهر بیمارستانی به دنیا بیاورد (۱).

سالانه در سرتاسر جهان ۱۴۰میلیون تولد رخ می‌دهد که در اکثر آن‌ها هیچ عامل خطرزایی برای مادر و نوزاد در طول لیبر و زایمان وجود ندارد. با توجه به اینکه بروز مشکلات مختلف در خلال لیبر می‌تواند به عوارض و مرگ‌ومیر در مادر و نوزاد بینجامد، زمان زایمان زمانی بحرانی برای مادر و نوزاد محسوب می‌شود. در راستای تحقق هدف سوم اهداف توسعهٔ پایدار، یعنی تضمین ارتقاء سلامت و زندگی سالم برای همه و در تمام سنین، نهادهای مسئول بین‌المللی همهٔ توجه خود را به این امر معطوف کرده‌اند که نه‌تنها مادر و نوزاد باید در صورت بروز مشکلات حین لیبر بتوانند به سلامت از آن عبور کنند، بلکه باید به پتانسیل کامل سلامتی و زندگی خود نیز دست پیدا کنند (۱).

طی دو دههٔ اخیر در روند لیبر مداخلات مختلفی به‌طور فزاینده برای شروع، تسریع، پایان یا تنظیم و پایش لیبر به‌کار گرفته شده‌اند. اگرچه این مداخلات با هدفِ بهبود سلامت مادر و نوزاد انجام

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

می‌شوند اما توانایی ذاتی زنان را برای زایمان تضعیف می‌کنند و تأثیر منفی بر تجربهٔ زایمان به جا می‌گذارند (۱). ازسوی‌دیگر، مشکلاتی که به‌طور بالقوه ممکن است در روند لیبر پدید آیند نیز به‌عنوان یک عامل مؤثر در تبدیل تجربهٔ زایمان از یک تجربهٔ مثبت به یک تجربهٔ ناخوشایند دخیل‌اند (۲, ۳).

تجربهٔ ناخوشایند زایمان احتمال حاملگی بعدی زن را کاهش می‌دهد و احتمال انتخاب سزارین در حاملگی بعدی را بالا می‌برد (۴, ۵). در نظر گرفتنِ تجربهٔ زایمان، به‌عنوان یک متغیر جدید، با توجه به عواقب منفی که می‌تواند بر زندگی آینده مادر و نورزاد داشته باشد، در مراقبت‌های لیبر و زایمان توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه شده است (۱).

دسته‌ای از عواملی که سبب تجربهٔ ناخوشایند حین زایمان می‌شوند مشکلات اجتناب‌ناپذیر هستند اما دسته‌ای دیگر قابل‌شناسایی و کنترل هستند. ارتباط مؤثر مراقبان درمانی و حق مشارکت مادر در امر لیبر و زایمان می‌تواند بر تجربهٔ زایمان تأثیر مثبتی داشته باشد (۶).

در یک مطالعهٔ مقطعی تجربهٔ مثبت زایمان از زنانی گزارش شد که هنگام ورود به آنها خوشامد گفته شده بود و آنها را به نام صدا زده بودند، برای معاینات از آن ها اجازه گرفته شده و در طول لیبر به آن‌ها آب و غذا تعارف شده بود (۷). در مطالعات دیگر نیز ارتباط تجربهٔ منفی زایمان زنان با دریافت مراقبت‌های غیرمحترمانه و خشونت‌آمیز نشان داده شد (۸-۱۰).

احتمال تجربهٔ منفی زایمان با ورزش نکردن در طول حاملگی، نداشتن گزینه‌های تسکین درد، ترس از زایمان، عدم تماس پوست به پوست با نوزاد و ناتوانی در شروع شیردهی در ساعت اول پس از تولد افزایش می‌یابد (۱۱, ۱۲). همچنین حمایت دریافت‌شده و کنترل زنان بر روند زایمان و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد با تجربهٔ مثبت زایمان ارتباط داشتند (۱۳). استفاده از روش‌های غیردارویی کنترل درد و مداخلاتی که حمایت مناسب از مادر در حال زایمان را فراهم می‌کنند، می‌توانند به افزایش تجربهٔ مثبت از زایمان کمک کنند (۱۴).

به‌نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تجربهٔ زایمان مادران، میزان حمایت دریافتی و میزان کنترلی است که در هنگام زایمان می‌توانند بر خود و روند لیبر داشته باشند. حمایت از مادر در حال زایمان از سوی فرد همراه و ماماها و متخصصان زنان سبب می‌شود مادر احساس کنترل و قدرت بیشتری در طول لیبر داشته باشد. یک مرور سیستماتیک نشان داد یکی از عواملی که سبب بهبود تجربهٔ زایمان زنان می‌شود، حضور و دریافت حمایت از سوی یک همراه یا مامای دولا (Doula) است (۱۵).

اطلاع از عوامل تأثیرگذار در تجربهٔ زایمان و میزان تأثیرگذاری هر یک آن‌ها می‌تواند در نحوهٔ ارائهٔ خدمات در حین زایمان برای ایجاد تجربهٔ بهتر، افزایش احتمال فرزندآوری و کاهش احتمال سزارین کمک بسزایی نماید. نظر به اهمیت این موضوع، مطالعات در مورد عوامل مؤثر بر تجربهٔ زایمان در حال توسعه و تکمیل‌شدن است. در مورد ارتباط حمایت و کنترل درک‌شدهٔ زنان با تجربهٔ زایمان مطالعات اندکی انجام شده است. این مطالعه با هدفِ بررسی ارتباط تجربهٔ زایمان با کنترل و حمایت هنگام زایمان در زنان بستری در بخش پس از زایمان زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش‌شناسی

این یک مطالعهٔ توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی زنان بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان نیک‌نفس رفسنجان تشکیل می‌دادند که ۲ تا ۲۴ ساعت از زایمان طبیعی آنان گذشته بود و در طول بستری در بخش پس از زایمان، حداقل یک همراه در کنار خود داشتند. گردآوری داده‌ها از ابتدای اردیبهشت‌ماه تا پایان مهرماه ۱۴۰۱ انجام شد. جهت انجام پژوهش، مصوبهٔ کمیتهٔ اخلاق در پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان با کد IR.RUMS.REC.1400.236 اخذ شد. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در مطالعه، سن بالای ۱۸ سال، توانایی تکلم به فارسی، حاملگی تک‌قلو، سن حاملگی ۳۷ تا ۴۲ هفته، عدم وجود ناهنجاری مادرزادی یا مرگ نوزاد و نیز بیماری روانی شناخته شده بودند. معیار خروج عدم تمایل به همکاری در حین مصاحبه بود.

حجم نمونه با توجه به متوسط حجم نمونه در مطالعات مشابه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد (۱۶). روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود. هر روز صبح پژوهشگرِ دوم یا سوم با مراجعه به بخش پس از زایمان بیمارستان نیک‌نفس رفسنجان اقدام به کسب رضایت مادران کرده و پرسش‌نامه‌های پژوهش را ازطریق مصاحبه در کنار بالین مادر پر می‌کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق فرم اطلاعات دموگرافیک و مامایی و پرسش‌نامه‌های CEQ (childbirth experience questionnaire) و SCIB (Support and Control in Birth) بودند. فرم اطلاعات دموگرافیک توسط پژوهشگر اول تدوین شد و روایی محتوا توسط پنج نفر از اعضای هیئت‌علمی گروه مامایی رفسنجان مورد تأیید قرار گرفت.

پرسش‌نامهٔ تجربهٔ زایمان(CEQ)

نسخهٔ اولیه حاوی ۲۲ سؤال و نسخهٔ بازنگری‌شده توسط ابداع‌کننده، حاوی ۲۳ سؤال است. پرسش‌نامه شامل زیرمقیاس‌های زیر است: زیرمقیاس ظرفیت شخصی (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۲۱ و۲۲) با نمرهٔ کلی ۳۲ نمره، زیرمقیاس حمایت حرفه‌ای (سؤالات ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) با نمرهٔ کلی ۲۰ نمره، زیرمقیاس امنیت‌خاطر درک‌شده (سؤالات ۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳) با نمرهٔ کلی ۲۴ نمره و زیرمقیاس مشارکت (سؤالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۲) با نمرهٔ کلی ۱۶ نمره. ۲۰ گویهٔ پرسش‌نامه به‌صورت چهارگزینه‌ای و ۳ گویهٔ آن به‌صورت مقیاس دیداری (VAS) تکمیل می‌شود. پاسخ‌ها به‌صورت کاملاً موافقم (نمرهٔ ۴)، اغلب موافقم (نمرهٔ ۳)، اغلب مخالفم (نمرهٔ ۲) و کاملاً مخالفم (نمرهٔ ۱) است. نمرهٔ سؤالاتی که به‌صورت مقیاس دیداری پاسخ داده شده‌اند بین ۰ تا ۱۰۰ بود که به مقادیر ۱ تا ۴

[Downloaded from sjmnp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

تبدیل شدند: نمرات ۰-۴۰ (نمرهٔ ۱)، نمرات ۴۱-۶۰ (نمرهٔ ۲)، ۶۱-۸۰ (نمرهٔ ۳) و ۸۱-۱۰۰ (نمرهٔ ۴). گویه‌هایی که مفاهیم منفی (تجربهٔ درد شدید، احساس خستگی، ترس و داشتن خاطرل بد) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. این گویه‌ها شامل گویه‌های ۳، ۵، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۱) بودند. میانگین نمرات بالا در این ابزار به‌معنی تجربهٔ مثبت‌تر از زایمان است. دامنهٔ نمرهٔ کلی این ابزار بین نمرهٔ ۱ تا ۴ است.

این پرسش‌نامه توسط قنبری (۲۰۱۹) به فارسی ترجمه و روان‌سنجی شده است. در تحقیق قنبری مقادیر CVI و CVR محاسبه‌شده در محدودهٔ ۰/۸۳-۱/۰۰ و ۰/۸۰-۱/۰۰ به‌ترتیب به‌دست آمد. همچنین پایایی درونی کل ابزار با محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی بیرونی با روش آزمون-بازآزمون ۰/۹ محاسبه شد (۱۷). در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۸۹۴/۰ =CEQ به‌دست آمد.

پرسش‌نامهٔ حمایت و کنترل در زایمان (SCIB)

این پرسش‌نامه در نسخهٔ اصلی حاوی ۳۳ گویه بوده و توسط قنبری در سال ۱۳۹۷ به زبان فارسی ترجمه و روان‌سنجی شده است. در روند اصلاح و بومی‌سازی پرسش‌نامه در ایران ۴ گویه حذف شده و نسخهٔ نهایی آن شامل ۲۹ گویه و سه زیرمقیاس کنترل داخلی، کنترل خارجی و حمایت است. زیرمقیاس کنترل داخلی حاوی ۱۲ گویه است که بر روی کنترل درد، احساسات و رفتار تمرکز دارد (مانند: من روی دردم غلبه داشتم). زیرمقیاس کنترل خارجی حاوی ۴ آیتم است که میزان کنترل در مورد تصمیمات و پروسیجرها (مانند: من روی پروسیجری که انجام می‌شد، کنترل داشتم) را می‌سنجد. همچنین زیرمقیاس حمایت حاوی ۱۳ گویه است که بر روی نگرش، صبر، همدلی و سازگاری با درد (مانند: مراقبان آن چیزی را که من خواستم نادیده گرفتند) تمرکز دارد. سؤالات به‌صورت طیف لیکرت پنج‌نمره‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌دهی می‌شوند. نمرهٔ ۱ کنترل و حمایت کمتر و نمرهٔ ۵ کنترل و حمایت بیشتر را نشان می‌دهد. گویه‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۱۰، ۲۴، ۲۵، ۲۹ به‌صورت منفی نمره‌دهی می‌شوند. آلفای کرونباخ گویه‌های ابزار اورجینال بین ۸۶/۰ تا ۹۳/۰ گزارش شده است. میزان آلفای کرونباخ در نسخهٔ فارسی ۰/۹۵ (۱۵) و در تحقیق حاضر ۹۳۹/۰ به‌دست آمد.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به‌منظور مقایسهٔ میانگین نمرهٔ تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان برحسب متغیرهای کمّی دوحالتی، از آزمون t دو نمونهٔ مستقل (Independent two-sample t test) و برحسب متغیرهای کیفی بیش از دوحالتی، از آنالیز واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA) به‌همراه آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد.

برای ارزیابی ارتباط بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان با یکدیگر و با متغیرهای کمی، از ضریب همبستگی پیرسون (Pearson correlation coefficient) و ارزیابی پایایی پرسش‌نامه‌های CEQ و SCIB، از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's α) استفاده شد. نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش با آزمون ناپارامتریک کلموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) مورد ارزیابی قرار گرفت (P<۰/۰۵). برای ارزیابی ارتباط بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان با نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان از مدل رگرسیون خطی چندگانه (Multiple linear regression) استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین نمرهٔ تجربهٔ زایمان در شرکت‌کنندگان پژوهش، بیشتر از حد متوسط بود و ارتباط مستقیم و قوی بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان و حمایت درک شده در طول زایمان وجود دارد.

ازآنجاکه مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای نمره تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان و زیرمقیاس‌های آن‌ها در محدودهٔ ۲- تا ۲+ قرار دارد، لذا متغیرهای مذکور از توزیع نرمال برخوردارند (P<۰/۰۵). همگنی واریانس گروه‌ها نیز با آزمون لون (Levene) مورد ارزیابی قرار گرفت و تخطی از این پیش‌فرض نیز مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

میانگین سن شرکت‌کنندگان پژوهش ۱۴/۶±۵۵/۲۷ سال و میانگین تعداد فرزند آنها ۷۰/۱±۵۳/۲ نفر بود. همچنین میانگین سن حاملگی در زنان مورد مطالعه ۱۴/۱±۱۳/۳۹ هفته بود. سطح تحصیلات در ۵/۲۴ درصد مادران تحصیلات ابتدایی بود. اکثر مادران (۵۶/۵٪) ملیت ایرانی داشتند و ۹۳٪ خانه دار و ۶۲/۵٪ ساکن شهر بودند. اکثر زنان (۶۷/۵٪) در طول لیبر مامای همراه یا دانشجوی همراه نداشتند. آزمون تعقیبی Tukey نشان داد که میانگین نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان در زنان بی‌سواد به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان با تحصیلات دیپلم (P=۰/۰۰۴) و زنان با تحصیلات دانشگاهی (P=۰/۰۳۸)، در زنان خانه‌دار به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان کارمند (P=۰/۰۳۲) و زنان با شغل آزاد (P=۰/۰۰۶)، در زنان ساکن شهر به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان ساکن اردوگاه (P=۰/۰۴۴) و در زنان بدون حضور همراه به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان راضی از حضور دانشجو بود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای نمره تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان و زیرمقیاس‌های آن‌ها (n=۲۰۰)

متغیر	حداقل	حداکثر	انحراف‌معیار ± میانگین	چولگی*	کشیدگی*
نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان	۳۴	۹۲	۸۷/۷۳±۷۹/۱۱	-۰۸۰/۱	۷۲۰/۰
نمرهٔ ظرفیت شخصی	۱۰	۳۲	۰۳/۲۳±۷۳/۴	-۳۲۰/۰	-۳۰۱/۰
نمرهٔ حمایت حرفه‌ای	۵	۲۰	۹۱/۱۷±۲۴/۳	-۷۹۶/۱	۶۸۶/۱
نمرهٔ امنیت خاطر درک‌شده	۶	۲۴	۳۵/۱۸±۳۳/۴	-۹۵۳/۰	۱۳۹/۰
نمرهٔ مشارکت	۶	۱۶	۵۸/۱۴±۱۳/۲	-۵۸۸/۱	۹۲۷/۱
نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان	۴۵	۱۴۵	۲۶/۱۲۱±۵۶/۲۱	-۰۸۹/۱	۹۳۷/۰
نمرهٔ کنترل داخلی	۱۴	۶۰	۳۲/۴۵±۲۳/۱۲	-۵۴۶/۰	-۸۶۷/۰
نمرهٔ کنترل خارجی	۴	۲۰	۸۸/۱۶±۸۶/۳	-۲۴۴/۱	۰۱۲/۱
نمرهٔ حمایت	۱۶	۶۵	۰۶/۵۹±۸۲/۹	-۱۸۲/۱	۹۷۹/۱

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان و نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان برحسب متغیرهای کیفی (n=۲۰۰)

پرسش‌نامه متغیر	تجربهٔ زایمان انحراف‌معیار ± میانگین	حمایت و کنترل در زمان زایمان انحراف‌معیار ± میانگین
سطح تحصیلات		
بی‌سواد (n=۳۴)	۶۵/۷۹±۵۶/۹	۰۳/۱۲۸±۱۰/۲۰
ابتدایی (n=۴۹)	۰۰/۷۵±۷۵/۱۱	۶۷/۱۲۲±۲۰/۲۴
راهنمایی (n=۱۹)	۰۰/۷۴±۸۷/۹	۴۲/۱۲۱±۹۴/۱۵
دیپلم (n=۶۲)	۹۵/۷۰±۸۴/۱۱	۰۲/۱۱۷±۱۱/۲۰
دانشگاهی (n=۳۶)	۸۱/۷۱±۹۱/۱۲	۱۴/۱۲۰±۳۰/۲۳
مقدار شاخص آماری آزمون	۵۵۲/۳	۵۳۲/۱
*مقدار P	۰/۰۰۸†	۰/۱۹۴
ملّیت		
ایرانی (n=۱۱۳)	۱۵/۷۲±۱۲/۱۲	۵۳/۱۱۹±۹۱/۲۰
افغانی (n=۸۷)	۰۹/۷۶±۰۲/۱۱	۴۹/۱۲۳±۳۰/۲۲
مقدار شاخص آماری آزمون	-۲/۳۷۱	-۱/۲۹۱
**مقدار P	۰/۰۱۹	۰/۱۹۸
شغل		
خانه‌دار (n=۱۸۶)	۶۹/۷۴±۱۴/۱۱	۱۷/۱۲۲±۱۰/۲۱
کارمند (n=۱۰)	۳۰/۶۵±۳۹/۱۵	۰۰/۱۱۳ ± ۶۰/۲۶
آزاد (n=۴)	۷۵/۵۶±۶۰/۱۳	۲۵/۱۰۰ ± ۲۵/۱۸
مقدار شاخص آماری آزمون	۷/۸۱۲	۲/۰۴۶
*مقدار P	۰/۰۰۱††	۰/۰۷۰
محل سکونت		
شهر (n=۱۲۵)		
روستا (n=۶۸)	۱۸/۷۵±۲۲/۱۱	۴۲/۱۲۳ ± ۰۴/۲۱
اردوگاه (n=۷)	۴۴/۷۲±۰۲/۱۲	۰۴/۱۱۹±۲۵/۲۰
مقدار شاخص آماری آزمون	۲۹/۶۴±۲۵/۱۳	۱۴/۱۱۰±۵۷/۲۴
*مقدار P	۳/۶۷۵	۱/۲۶۲
	۰/۰۲۷‡	۰/۱۴۰
حضور همراه		
عدم حضور همراه (n=۱۳۵)	۴۵/۷۵±۱۱/۱۱	۴۳/۱۲۴±۱۶/۲۰
راضی از حضور دانشجو (n=۲۱)	۱۹/۶۸±۷۸/۱۲	۵۷/۱۱۹±۶۷/۲۱
مامای همراه (n=۱۹)	۱۱/۷۰±۸۵/۱۱	۱۶/۱۱۸±۶۲/۲۲
مامای خصوصی (n=۲۵)	۹۲/۷۲±۸۳/۱۰	۴۸/۱۲۱±۶۴/۲۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

مقدار شاخص آماری آزمون	۳/۲۳۹	۱/۶۸۳
*مقدار P	#۰/۲۳۰	۰/۱۲۴

* آنالیز واریانس یک‌طرفه، ** آزمون t دو نمونه مستقل، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ارتباط آماری معنی‌داری بین تعداد حاملگی، تعداد فرزند و تعداد زایمان و تجربهٔ زایمان وجود دارد.

جدول ۳. ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای نمرهٔ کل حمایت و نمره کنترل در زمان زایمان با متغیرهای کمّی (n=۲۰۰)

پرسش‌نامه متغیر	تجربهٔ زایمان	حمایت و کنترل در زمان زایمان
سن (سال)	r=۰/۰۲۴ P=۰/۷۳۹	r=۰/۰۱۳ P=۰/۸۶۵
تعداد حاملگی	r=۰/۲۵۱ P<۰/۰۰۱	r=۰/۱۴۲ P=۰/۰۴۴
سن حاملگی هنگام زایمان (هفته)	r=۰/۰۸۹ P=۰/۲۱۳	r=۰/۱۲۹ P=۰/۰۶۸
تعداد زایمان	r=۰/۲۵۷ P<۰/۰۰۱	r=۰/۱۴۲ P=۰/۰۴۵
تعداد فرزند	r=۲۵۰/۰ P<۰/۰۰۱	r=۰/۱۳۵ P=۰/۰۵۸

ضریب هم‌بستگی P<۰/۰۵، Pearson ارتباط آماری معنی‌دار

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، یک هم‌بستگی قوی و مستقیم بین نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان و نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان مشاهده شد (r=۸۳۳/۰؛ P<۰/۰۰۱). به‌عبارت دیگر، با افزایش نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان، نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان نیز افزایش نشان داد و با کاهش نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان، نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان نیز کاهش را نشان داد. به‌منظور بررسی ارتباط بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان، از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. در مدل رگرسیونی، نمرهٔ تجربهٔ زایمان به‌عنوان متغیر وابسته و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد و متغیرهای «سطح تحصیلات، ملّیت، شغل، محل سکونت، حضور همراه و تعداد فرزند»، به‌عنوان متغیرهای مخدوش‌کننده در مدل رگرسیونی وارد شدند تا اثر آن‌ها کنترل شود. متغیرهای سطح تحصیلات، ملّیت، شغل، محل سکونت، حضور همراه و تعداد فرزند که در تجزیه و تحلیل‌های تک‌متغیره، ارتباط آماری معنی‌داری با نمرهٔ تجربهٔ زایمان نشان دادند (P<۰/۰۵)، در مدل رگرسیونی وارد شدند تا اثر مخدوش کنندگی آن‌ها کنترل شود. ازآنجاکه یک هم‌بستگی مستقیم و قوی (r>۹۵/۰) بین متغیرهای تعداد حاملگی، تعداد زایمان و تعداد فرزند مشاهده شد، لذا فقط متغیر تعداد فرزند در مدل رگرسیونی وارد گردید. شیوهٔ ورود متغیرها به مدل رگرسیونی Enter بود.

در ارزیابی پیش‌فرض‌های رگرسیون خطی چندگانه، آزمون ناپارامتریک کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که نمرهٔ تجربهٔ زایمان از توزیع نرمال برخوردار است (P=۲۷۱/۰). مقدار آماره دوربین-واتسون (Durbin-Watson) معادل ۸۹۳/۱ به‌دست آمد و ازآنجاکه این آماره در محدودهٔ ۵/۲-۵/۱ قرار دارد، لذا فرض استقلال خطاها برقرار است. بافت‌نگار خطاها، توزیع نرمال با میانگین صفر را نشان داد. همچنین، نمودار P-P plot نشان داد که خطاها از توزیع نرمال برخوردار هستند. نمودار ZPRED در مقابل ZRESID از الگوی مشخصی برخوردار نبود که نشان‌دهندهٔ پراکندگی یکنواخت نقاط حول صفحه رگرسیونی است. همچنین، مقادیر شاخص وضعیت (Condition index) کوچک‌تر از ۵ بودند که نشان‌دهندهٔ عدم وجود هم‌خطی (Multicollinearity) قابل‌ملاحظه بین متغیرهای مستقل بود. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که آنالیز واریانس رگرسیون خطی چندگانه در بررسی ارتباط بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان، با درجات آزادی ۱۴ و ۱۸۴ و مقدار F=۰۶/۴۱ و P<۰/۰۰۱ ازنظر آماری معنی‌دار است.

[Downloaded from sjmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

جدول ۴. ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای نمرهٔ تجربهٔ زایمان و نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان و زیرمقیاس‌های آن‌ها (n=۲۰۰)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان	۱								
نمرهٔ ظرفیت شخصی	۸۰۴/۰	۱							
نمرهٔ حمایت حرفه‌ای	۸۰۴/۰	۳۷۴/۰	۱						
نمرهٔ امنیت خاطر درک‌شده	۹۱۹/۰	۶۶۷/۰	۶۹۶/۰	۱					
نمرهٔ مشارکت	۶۶۵/۰	۲۸۷/۰	۶۸۹/۰	۴۹۳/۰	۱				
نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان	۸۳۳/۰	۵۵۷/۰	۷۴۲/۰	۷۱۹/۰	۷۸۷/۰	۱			
نمره کنترل داخلی	۷۸۴/۰	۷۳۲/۰	۵۰۶/۰	۷۱۷/۰	۴۹۲/۰	۸۴۶/۰	۱		
نمره کنترل خارجی	۴۹۷/۰	۲۳۶/۰	۵۸۵/۰	۴۱۲/۰	۷۳۰/۰	۷۵۲/۰	۴۰۹/۰	۱	
نمرهٔ حمایت	۶۵۷/۰	۲۶۰/۰	۷۷۰/۰	۵۲۴/۰	۸۲۸/۰	۸۴۶/۰	۴۵۳/۰	۷۵۱/۰	۱

ضریب هم‌بستگی Pearson، تمامی ضرایب هم‌بستگی با P<۰/۰۰۱ ازنظر آماری معنی‌دار

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر متغیرهای سطح تحصیلات، ملّیت، شغل، محل سکونت، حضور همراه و تعداد فرزند، ارتباط آماری معنی‌داری بین نمره تجربهٔ زایمان با نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان مشاهده شد (P<۰/۰۰۱).

هم‌بستگی بین نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان و نمرهٔ کل حمایت و کنترل در زمان زایمان با متغیرهای کمّی مطالعه، از نوع مستقیم و ضعیف است، به‌طوری که با یک واحد افزایش در نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان، نمرهٔ تجربهٔ زایمان به‌طور متوسط ۴۳۹/۰ افزایش می‌یابد. به‌علاوه، متغیرهای واردشده در مدل رگرسیون خطی چندگانه، حدود ۷۴ درصد از تغییرات نمره تجربهٔ زایمان را تبیین می‌کنند که از بین این متغیرها، نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کنندهٔ نمره تجربهٔ زایمان بود، چراکه دارای بیشترین مقدار ضریب استانداردشده است.

جدول ۵. ضرایب رگرسیونی ارتباط نمرهٔ تجربهٔ زایمان (وابسته) با نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان (مستقل) با کنترل متغیرهای مخدوش‌گر (n=۲۰۰)

ضرایب رگرسیونی متغیر	ضرایب استانداردنشده (B)	ضرایب استانداردشده (Beta)	خطای معیار ضرایب استانداردنشده	t	P
نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان	۰/۴۳۹	۰/۸۰۵	۰/۰۲۲	۲۰/۳۴۵	<۰/۰۰۱
سطح تحصیلات					
بی‌سواد	رفرنس	–	–	–	–
ابتدایی	-۲/۰۵۹	-۰/۰۷۶	۱/۳۷۵	-۱/۴۹۷	۰/۱۳۶
راهنمایی	۰/۲۲۵	۰/۰۰۶	۲/۰۸۹	۰/۱۰۸	۰/۹۱۴
دیپلم	-۰/۹۲۶	-۰/۰۳۶	۲/۰۰۱	-۰/۴۶۳	۰/۶۴۴
دانشگاهی	۰/۰۳۸	۰/۰۰۱	۲/۲۴۸	۰/۰۱۷	۰/۹۸۶
ملّیت					
ایرانی	رفرنس	–	–	–	–
افغانی	۲/۰۱۹	۰/۰۸۵	۱/۶۴۵	۱/۲۲۸	۰/۲۲۱
شغل					
خانه‌دار	رفرنس	–	–	–	–
کارمند	-۶/۹۰۵	-۰/۱۲۹	۲/۳۲۴	-۲/۹۷۱	۰/۰۰۳
آزاد	-۶/۹۸۳	-۰/۰۸۴	۳/۱۲۰	-۲/۲۳۸	۰/۰۲۶
محل سکونت					
شهر	رفرنس	–	–	–	–
روستا	-۱/۳۳۰	-۰/۰۵۴	۰/۹۵۶	-۱/۳۹۱	۰/۱۶۶
اردوگاه	-۴/۶۶۲	-۰/۰۷۳	۲/۵۵۵	-۱/۸۲۴	۰/۰۷۰
حضور همراه					
عدم حضور همراه	رفرنس	–	–	–	–

[Downloaded from sjmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

راضی از حضور دانشجو	۳/۶۱۵	۰/۰۹۵	۱/۵۸۲	۲/۲۸۶ ۰/۰۲۳
مامای همراه	-۰/۹۳۱	-۰/۰۲۳	۱/۶۶۱	-۰/۵۶۰ ۰/۵۷۶
مامای خصوصی	۰/۳۱۷	۰/۰۰۹	۱/۴۸۲	۰/۲۱۴ ۰/۸۳۱
تعداد فرزند	۰/۶۱۹	۰/۰۸۹	۰/۲۸۶	۲/۱۶۳ ۰/۰۳۲

رگرسیون خطی چندگانه، P<۰/۰۵ ارتباط آماری معنی‌دار R^2=۷۵۸/۰، Adjusted R^2= ۰.۷۳۹

بحث

این مطالعه با هدفِ بررسی ارتباط تجربهٔ زایمان با کنترل و حمایت هنگام زایمان در زنان بستری در بخش پس از زایمان زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان سال ۱۴۰۱ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین نمرهٔ تجربهٔ زایمان در شرکت‌کنندگان پژوهش، بیشتر از حد متوسط بود و ارتباط مستقیم و قوی بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان و حمایت درک‌شده در طول زایمان وجود داشت. هم راستا با مطالعهٔ حاضر، مطالعهٔ قنبری (۲۰۲۱) بود که در مطالعهٔ حاضر میانگین نمرهٔ کل تجربهٔ زایمان بیشتر از قنبری بر روی ۸۰۰ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تبریز از پرسش‌نامهٔ CEQ به‌دست آمد (۱۲). در مقایسه با میانگین به‌دست آمده از تحقیق قنبری میانگین نمره تجربهٔ زایمان در تحقیق حاضر نشان‌دهندهٔ تجربهٔ زایمان بهتر در نمونهٔ تحقیق است. ممکن است این تفاوت مربوط به تفاوت فرهنگ و انتظارات زنان از زایمان باشد. همچنین این احتمال وجود دارد که فاصلهٔ زمانی بین زایمان که در تحقیق حاضر یک روز و در تحقیق قنبری حداقل یک ماه بوده است بتواند این تفاوت فاحش را توجیه کند.

نتایج نشان داد میانگین نمرهٔ تجربهٔ زایمان در زنان بی‌سواد و خانه‌دار و زنان بدون همراه بیشتر بوده است. چنین ارتباطی در مطالعات قبلی گزارش نشده است. احتمالا علت بهتر بودن تجربهٔ زایمان در زنان بی‌سواد و خانه‌دار در مقایسه با زنان دارای تحصیلات عالی و شاغل و زنان بدون همراه در مقایسه با حضور ماما خصوصی، همراه یا راضی از حضور دانشجو در مطالعهٔ ما این بوده است که بیشتر این زنان اتباع افغانستان هستند و انتظار و توقع کمتری برای دریافت خدمات بهتر داشته‌اند و ارتقای سطح اجتماعی اقتصادی افراد انتظارات مادران را از خدمات حین زایمان افزایش می‌دهد. این کمتر بودنِ توقع سبب شده با دریافت خدمات مشابه رضایت بیشتری حاصل شود و تجربهٔ بهتری را گزارش کنند. میانگین نمرهٔ تجربهٔ زایمان در زنان ساکن شهر نیز بیشتر از زنان ساکن اردوگاه اتباع افغانستان گزارش شد. این یافته نیز کاملاً توجیه‌پذیر است زیرا احتمالاً زنان ساکن شهر با برخورد بهتری از سوی مراقبان نسبت به زنان ساکن اردوگاه روبه‌رو شده اند. همچنین زنانی که تعداد حاملگی و زایمان بیشتری داشتند نمرهٔ تجربهٔ زایمان بالاتری کسب کردند. در مطالعات قبلی نیز نمرهٔ تجربهٔ زایمان در زنان نخست زا کمتر از زنان مولتی پار بوده است. بیشتر بودن تجربه و آگاهی و اطلاعات زنان مولتی پار، همچنین کوتاه‌تر و راحت‌تر بودنِ روند زایمان آن ها می‌تواند سبب ارتقاء تجربهٔ زایمان آنان شود (۱۷).

میانگین نمرهٔ کل از پرسش‌نامهٔ SCIB در هر دو زیرمقیاس حمایت داخلی و حمایت خارجی در حد مناسب بود و در مقایسه با نمرهٔ حاصل در تحقیق قنبری بالاتر است. نمرهٔ میانگین حمایت زایمان مشابه با نمرهٔ میانگین تجربهٔ زایمان در زنان مولتی‌پار به‌طور معنی‌دار از زنان نخست‌زا بیشتر بود.

آزمون هم‌بستگی نشان داد ارتباط مستقیم و قوی بین نمرهٔ حمایت زایمان و نمره تجربهٔ زایمان وجود دارد. همچنین با آزمون رگرسیون و پس از کنترل اثر متغیرهای سطح تحصیلات، ملّیت، شغل، محل سکونت، حضور همراه و تعداد فرزند، ارتباط آماری معنی‌داری بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان با نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)، به‌طوری که با یک واحد افزایش در نمرهٔ حمایت و کنترل در زمان زایمان، نمرهٔ تجربهٔ زایمان به‌طور متوسط ۴۳۹/۰ افزایش یافت.

این ارتباط قوی و معنی‌دار بین نمرهٔ تجربهٔ زایمان با کنترل داخلی، کنترل خارجی و حمایت حرفه‌ای دیده شد. منظور از کنترل خارجی، اخذ اطلاعات توسط زن در مورد فرایندهایی است که روی او انجام می‌شود و سهیم‌شدن زن در تصمیم‌گیری برای اِعمال این فرایندهاست. اما کنترل درونی به‌معنی کنترل داشتن روی درد، افکار، رفتارها و هیجانات درونی توسط زن است (۱۸، ۱۹). مطالعات نشان داده‌اند هرچه میزان اطلاعات زنان از این فرایندها بیشتر باشد و هرچه بیشتر بتوانند در مورد انجام فرایندها قدرت قبول‌کردن یا ردکردن داشته باشند، یعنی به‌عبارتی در تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند، تجربهٔ زایمان بهتری خواهند داشت (۲۰).

ازطرف‌دیگر، میزان حمایت درک‌شده مستقیماً با کنترل خارجی در ارتباط است؛ یعنی با تحت حمایت گرفتن زن توسط مراقبان، احساس کنترل بیشتری بر لیبر توسط زن درک می‌شود (۲۱). هر دوی این متغیرها در ارتباط قوی و مستقیم با تجربهٔ زایمان بوده‌اند. تجربهٔ زایمان نیز متغیر اساسی است که بر سلامت روانی آینده مادر و نوزاد، تصمیم‌گیری زن برای حاملگی بعدی و انتخاب زایمان طبیعی تأثیر می‌گذارد (۲۲، ۲۳). همچنین با انتقال نگرش زنان زایمان کرده به مادران آینده، می‌توان میزان تمایل مادران آینده به انتخاب زایمان طبیعی را متأثر کرد. لذا به‌نظر می‌رسد یکی از راهکارهای مناسب برای ترغیب زنان به انجام زایمان طبیعی، ارتقاء تجربهٔ زایمان زنان در حال زایمان باشد. در کنار همه متغیرهای دخیل در تعیین تجربهٔ زایمان لازم است نقش حمایت و کنترل درک‌شده در هنگام زایمان برای مراقبان شامل متخصص زنان و ماما تبیین شود.

نتیجه‌گیری

[Downloaded from sjmnp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

برای ارتقاء تجربهٔ زایمان در زنانی که در حال انجام زایمان طبیعی هستند لازم است اطلاعات لازم به آن‌ها داده شود، در روند تصمیم گیری‌ها دخیل باشند و حمایت کافی از سوی مراقبان دریافت کنند. بهتر است مطالعات آینده بر روی تفاوت تجربهٔ زایمان در حاملگی‌های متفاوت، نژادهای متفاوت و رده‌های سنی متفاوت انجام شود.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، دشواری در فهم بعضی از سؤالات توسط برخی مادران به‌ویژه مادران بی‌سواد بود که سعی شد با مصاحبه در بالین و توضیح بیشتر در مورد سؤالات نامفهوم برای مادر بدون سوگیری این مشکل برطرف شود.

تشکر و قدردانی

از همهٔ مادرانی که به ما اعتماد کردند و پرسش‌نامهٔ پژوهش را تکمیل نمودند، همچنین از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان برای تأمین هزینه‌های مالی این طرح تحقیقاتی تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

REFERENCES

1. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 .[Link]
2. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Midwifery. 2009;25(2):e49-e59 .[DOI: 10.1016/j.midw.2007.07.010]
3. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(1):24-34 .[DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x]
4. Bell AF, Rubin LH, Davis JM, Golding J, Adejumo OA, Carter CS. The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study. Arch Womens Ment Health. 2019;22(5):613-620 . [DOI: 10.1007/s00737-018-0921-3]
5. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):221 .[DOI: 10.1186/s12884-015-0655-4]
6. Zamani P, Ziaie T, Mokhtari Lakeh N, Kazemnejad Leili E. Childbirth experience and its related socio-demographic factors in mothers admitted to postpartum ward of Al Zahra Hospital of Rasht City, Iran. Qom Univ Med Sci J. 2019;12(11):70-78 .[DOI: 10.29252/qums.12.11.8]
7. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. Midwifery. 2007;23(3):235-247 .[DOI: 10.1016/j.midw.2006.02.002]
8. Oosthuizen SJ, Bergh AM, Pattinson RC, Grimbeek J. It does matter where you come from: mothers' experiences of childbirth in midwife obstetric units, Tshwane, South Africa. Reprod Health. 2017;14(1):151 .[DOI: 10.1186/s12978-017-0411-5]
9. Amroussia N, Hernandez A, Vives-Cases C, Goicolea I. "Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. Reprod Health. 2017;14(1):32 .[DOI: 10.1186/s12978-017-0290-9]
10. McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RNM, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:268 .[DOI: 10.1186/1471-2393-14-268]
11. Orpin J, Puthussery S, Davidson R, Burden B. Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):213 .[DOI: 10.1186/s12884-018-1847-5]
12. Ghanbari-Homaie S, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. Reprod Health. 2021;18(1):146 .[DOI: 10.1186/s12978-021-01196-7]
13. 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 and Childbirth. 2019;19(1):182 .[DOI: 10.1186/s12884-019-2333-4]
14. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, et al. Skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding and childbirth experience in first-time

[Downloaded from sjmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]

mothers: a cross-sectional study. J Neonatal Nurs. 2020;26(2):115-119 .[DOI: 10.1016/j.jnn.2019.08.003]

15. Ghanbari-Homayi S, Hasani S, Meedya S, Jafarabadi MA, Mirghafourvand M. Nonpharmacological approaches to improve women's childbirth experiences: a systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(3):479-491 .[DOI: 10.1080/14767058.2019.1608434]
16. Rajabi F, Amir Ali Akbari S, Shams J, Alavi Majd H. Correlation between anxiety in labor and duration as well as outcome. Adv Nurs Midwifery. 2012;21:45-52 .[Link]
17. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(9):1654 .[DOI: 10.3390/ijerph16091654]
18. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth. 2003;30(4):235-247 .[DOI: 10.1046/j.1523-536x.2003.00253.x]
19. Ford E, Ayers S, Wright DB. Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). J Womens Health (Larchmt). 2009;18(2):245-252 .[DOI: 10.1089/jwh.2008.0882]
20. Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. Sex Reprod Healthc. 2016;7:2-7 .[DOI: 10.1016/j.srhc.2015.08.001]
21. Melender HL. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. J Midwifery Womens Health. 2006;51(5):331-339 .[DOI: 10.1016/j.jmwh.2006.02.009]
22. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? BJOG. 2002;109(3):254-260 .[DOI: 10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x]
23. Kovavisarach E, Sukontaman W. Preferred route of delivery of Thai pregnant women. J Med Assoc Thai. 2017;100(Suppl 1):S131-S135 .[Link]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: DOI: 10.22034/11.3.259]