

رابطه کیفیت روابط (حمایت اجتماعی ادراک شده، تعارض های بین فردی، عمق روابط) با شدت درد

زایمان طبیعی

*زهرا نظری^۱، نوشیروان خضری مقدم^۲، آسیه نظری^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران، ۲. استادیار روان‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

۳. دکترای پزشکی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۲/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۴/۲۲)

The relationship between the quality of relationships (social support, interpersonal conflict, the depth of relations) and natural labor pain*Zahra Nazari¹, Noshiravan Khezri Moghadam², Asiye Nazari³

1. MA. Student in clinical psychology, ShahidBahonar University of Kerman, Kerman, Iran, 2. Assistant Prof. in Psychology, Shahid Bahonar University of kerman, Kerman, Iran, 3. MD Ph.D ,Islamic Azad University of Yazd, Yazd, Iran.

(Received: May. 19, 2016 - Accepted: Jul. 13, 2017)

Abstract

چکیده

Introduction: Severe pain caused by natural vaginal delivery makes it less popular however physical and psychological side effects are less than cesarean. The aim of this study was to investigate the relationship between the subscales of the quality of relations and vaginal delivery. **Methods:** This descriptive study was done on 80 women who delivered children naturally, in 1394-1395. data was collected by the quality of relationships Pierce questionnaire (QRI) and short form McGill pain and analyzed by the stepwise multiple regression. **Results:** The results showed that the relationship between the quality of the relationship and labor pain intensity was meaningful ($p < 0/0001$). In this way, the conflict between the individual subscales of pain intensity predicts 16 % ($p < 0/0001$). By entering this variable, perceived social support was increased 5%. In between the subscales of social support (parents, spouse, friends), interpersonal conflict (parents, spouse, friends) and depth of relationships (parents, spouse, friends) after entering each Separate model, perceived social support from husband ($p < 0/0001$) interpersonal conflicts husband ($p < 0/0001$) and depth of relationship with her husband ($p < 0/01$), was meaningful. **Conclusion:** According to the results; to reduce the pain of natural childbirth, In addition to other interventions, psychological and social variables such as strengthen socail networks and reducing marital conflict should be considered.

Keywords: Pain, vaginal delivery, quality relationships, social support, interpersonal conflict.

مقدمه: درد شدید زایمان طبیعی یکی از عواملی است که موجب شده این نوع زایمان با وجود پیامدهای جسمی و روانی کمتر، از لحاظ آماری بعد از سزارین قرار بگیرد. هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه کیفیت روابط و خرده مقیاس‌های آن با شدت درد زایمان طبیعی بود. **مواد و روش:** این مطالعه توصیفی به روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۸۰ زن که زایمان طبیعی داشته‌اند، در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ انجام شد. داده‌ها با پرسش‌نامه کیفیت روابط پیرس (QRI) و فرم کوتاه‌شده درد مک‌گیل (McGill) جمع‌آوری و با آزمون رگرسیون چندگانه به روش گام به گام تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، رابطه‌ی بین کیفیت روابط باشدت درد زایمان طبیعی معنی‌دار است ($p < 0/0001$). به این طریق که خرده مقیاس تعارض‌های بین فردی ۱۶ درصد از شدت درد را پیش‌بینی می‌کند ($p < 0/0001$). با وارد شدن متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده این میزان ۵ درصد افزایش یافت. بعد از ورود هر کدام از خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی، و تعارض بین فردی (والدین، همسر، دوستان) به مدلی مجزا، حمایت اجتماعی ادراک شده همسر ($p < 0/0001$) و تعارض های بین فردی همسر ($p < 0/0001$)، معنی‌دار شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج تحقیق؛ برای کاستن درد زایمان طبیعی و افزایش میزان این نوع زایمان، در کنار سایر مداخلات می‌بایست به متغیرهای روانشناختی و اجتماعی از جمله؛ تقویت شبکه‌های اجتماعی و کاهش تعارض‌های زناشویی توجه نمود.

واژگان کلیدی: شدت درد، زایمان طبیعی، کیفیت روابط، حمایت اجتماعی، تعارض بین فردی.

مقدمه

سزارین در ایران با وجود خطرات و عوارض زیاد ۴۰ درصد تا ۶۰ درصد زایمان‌ها در کشور را در بر می‌گیرد این در حالی است که در اروپا ۱۰ درصد تا ۳۰ درصد زایمان‌ها سزارین می‌باشد (توسلی، کلاری و ظفری، ۱۳۹۲). که بنا بر توصیه‌ی سازمان بهداشت جهانی، میزان سزارین در هر کشور نباید از ۱۰ درصد تا ۱۵ درصد بیشتر باشد (اخلاقی، مخبر، شاکری و همکاران، ۱۳۹۱). بر طبق آمارهای اعلام شده‌ی وزارت بهداشت، زایمان سزارین در ایران ۳-۴ برابر استاندارد جهانی است (صفری مرادآبادی، حسنی، قنبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

یکی از دلایل کاهش میزان زایمان طبیعی اضطراب و ترس ناشی از آن می‌باشد که هورمون‌های استرس مانند هورمون‌های آزاد کننده‌ی کورتیکوتروپین و کورتیزول علاوه بر این که بر سلامتی جنین و مادر تاثیر می‌گذارند، موجب کاهش قدرت عضلات صاف رحمی و در نهایت موجب طولانی شدن زایمان و افزایش درد آن می‌شوند (ایمان پرست، برماس، دانش و همکاران، ۱۳۹۳).

تعریف درد از دیدگاه ملزاک^۳ (۱۹۸۹) اینگونه است: «درد یک واکنش ثابت به یک محرک دردزا بوده و درک آن تحت تاثیر تجربیات قبلی، انتظارات و حتی فرهنگ قرار دارد، که یک ساز و کار حمایتی است و ما را از وجود خطرات بیولوژیکی در بدن آگاه میکند (وال^۴ و ملزاک، ۱۹۸۹). و بر طبق انجمن بین المللی مطالعات درد^۵ (IASP)، درد حالت تجربی دارد نه

زایمان یکی از مهمترین اتفاقات در زندگی زنان است و درد زایمان طبیعی با توجه به ارتباط آن با یک فرایند فیزیولوژیک، یک پدیده‌ی منحصر به فرد می‌باشد. که می‌تواند عزت نفس و هویت زن را تقویت کند (نیلسون ولانگرن^۱، ۲۰۰۹؛ گوچت ولوویس^۲، ۲۰۱۵). زایمان طبیعی تنش‌زاست و اضطراب و درد شدید مادر می‌تواند بر روی جنین، مادر و روند زایمان تاثیر منفی بر جای گذارد و صدمات و آسیب‌های زایمانی در زایمان طبیعی بیشتر است (اتقایی و نوحی، ۱۳۹۰؛ سعیدی، معموری و آیتی، ۱۳۸۸). با این وجود سزارین، روش دیگر زایمان، با خطرات و عوارض متعاقب بیشتری برای مادر و کودک همراه است (قوشجیان، دهقانی، خورسندی و همکاران، ۱۳۹۰). چسبندگی شدید رحم در مادران، عفونت رحمی، خونریزی شدید و به دنبال آن سردرد، تب شدید، مرگ سلولی جدار شکم، عفونت شکمی، عوارض بی‌هوشی، افزایش مرگ و میر در مادران، بروز عوارض تنفسی در نوزاد، خطر افزایش دیابت در نوزادان، آسیب جمجمه‌ای به عنوان نمونه‌ی ای از این خطرات و عوارض زایمان سزارین می‌باشد (سعیدی و همکاران، ۱۳۸۸؛ قوشجیان و همکاران، ۱۳۹۰). عوارض سزارین به پیامدهای جسمی ختم نمی‌شود؛ در مطالعات ذکر شده است که سزارین می‌تواند اثرات روحی منفی از جمله احساس محرومیت، گناه یا شکست به خاطر نداشتن زایمان طبیعی در بعضی از زنان شود (دولتیان، مازیار، علوی‌مجد و همکاران، ۱۳۸۵).

3. Melzak

4. Wall

5. International Association Studies pain

1. Nilsson & Lundgren

2. Gucht & Lewis

روند زایمان، زمانی بیشتر خواهد شد که این اقدامات حمایتی در مراحل زودتر از درد زایمان شروع شده باشد (کمالی، احمری، علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

حمایت اجتماعی یک ارتباط بین فردی است که دارای دو حیطه‌ی ساختاری و عملکردی می‌باشد. حیطه‌ی عملکردی حمایت اجتماعی «حمایت اجتماعی ادراک شده»، به کمک های روحی و روانی در زمانی که فرد به آن‌ها نیاز دارد اشاره می‌کند و فرد می‌داند که منابع حمایتی در دسترس هستند. این منابع حمایتی شامل اعضای خانواده، اقوام، دوستان و گروه درمانی می‌باشند (حیدری، ۱۳۸۹؛ نظری، سالاری، مظلوم و همکاران، ۱۳۹۳). به طور معمول سه نوع حمایت اجتماعی وجود دارد که عبارت است از: ۱- حمایت اطلاعاتی؛ فراهم آوردن اطلاعات مورد نیاز فرد برای رویارویی بهتر با مسائل و مشکلات خود، و دریافت توصیه های بهداشتی است (باررا^۵، ۱۹۸۶)؛ که در واقع ارائه اطلاعات صحیح و مناسب در جهت حمایت اطلاعاتی منجر به آرامش و آسایش بیشتر مادران می‌شود و باعث می‌شود که آنان منشأ درد را به خوبی شناخته و به زایمان به عنوان یک تجربه غیر تهدیدکننده بنگرند و در طی زایمان همکاری و تلاش بیشتری انجام دهند (لووی^۶، ۲۰۰۲) ۲- حمایت ابزاری؛ کمک مادی مانند پول، امکانات، غذا و... ۳- حمایت عاطفی؛ اهمیت دادن، توجه، عشق ورزیدن، همراهی و مراقبت از طرف افرادی که فرد به آنها علاقه مند است و یا از طرف شبکه اجتماعی فرد مانند همسر، بستگان و پرسنل بهداشتی است (باررا، ۱۹۸۶).

احساسی و بر این اساس، گزارش و تجربه‌ی شخص مورد نظر، ملاک می‌باشد و زایمان یک تجربه‌ی کاملاً شخصی است (هوشمندی، دولتیان، کمالی فرد و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی از فاکتورهایی پیش‌گویی کننده درد و ترس در طی زایمان، احساس تنهایی در طی بارداری و هنگام زایمان است (خورسندی، وکیلان و نصیرزاده، ۱۳۹۳). که حمایت و پشتیبانی وی در این شرایط می‌تواند به کاهش اضطراب و درد زایمان کمک کند (انتقایی و نوحی، ۱۳۹۰). در این رابطه، هافمایر^۱ و همکاران (۱۹۹۱) نیز گزارش نمودند که حمایت از مادر باعث کاهش شدت درد زایمان می‌گردد (هافمایر، نیکودم، ولمن و همکاران^۲، ۱۹۹۱). به این ترتیب که زنان در هنگام ترس و استرس، تحت تاثیر فعالیت شیمیایی مغز و ترشح اکسی توسین، تمایل به ارتباط با سایر زنان افزایش یافته و به وسیله ایجاد ارتباط و پیوستگی با سایر زنان احساس آرامش و آسودگی بیشتری می‌کنند (پاسکالی-بونارو و کروجر^۳، ۲۰۰۴). در طول تاریخ، زنان برای غلبه کردن بر درد و استرس در حضور زنان دیگر در خانه زایمان می‌کردند؛ با توجه به این موضوع در بعضی از کشورهای غربی، زنان می‌توانند یک نفر یا تعدادی را از شبکه اجتماعی و صمیمی خود از جمله شریک زندگی را برای همراهی، در لیبر انتخاب کنند. که مطالعات نشان داده است، حضور فرد حمایت کننده، ترس و اضطراب را کاهش می‌دهد (دونه، دیپ، فراسر و همکاران^۴، ۲۰۱۴). و آثار مفید این حمایت‌ها در

1 Hofmeyr

2. Nikodem, Wolman et al

3. Pascali-Bonaro, Kroeger et al

4. Dunne, Dip, Fraser et al

5. Barrera

6. Lowe

می تواند باعث آسیب های روانی از جمله افسردگی، اضطراب و غیره شود. علاوه بر آسیب های شناختی، آسیب های جسمی ناشی از رفتارهای ناسازگارانه سلامت (مانند؛ بی تحرکی، رژیم غذایی نامناسب، خواب، افزایش مصرف مواد) و ترشح غدد درگیر در استرس، موجب ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن و هم چنین بیماری های قلبی و عروقی می شود (روبلز، اسلاچر، ترامبلو و همکاران^۷، ۲۰۱۴). که در مطالعه ی هودنت نیز بین میزان حمایت مراقبت کنندگان و کیفیت رابطه بیمار-مراقبت کننده با درد و رضایت زنان از زایمان رابطه ی معنی داری گزارش شده است (هودنت، ۲۰۰۲).

درد های شدید زایمان طبیعی و ترس و اضطراب ناشی از درد باعث شده است که زنان با وجود مزیت های زایمان طبیعی و آسیب های وارد شده بر کودک و مادر در سزارین، کمتر به زایمان طبیعی روی آوردند. اما بعضی از مؤلفه های روانشناختی می توانند تا حدودی شدت درد زایمان را پیش بینی کنند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین چگونگی ارتباط کیفیت روابط؛ از جمله تاثیر مؤلفه های حمایت اجتماعی ادراک شده، تعارض های بین فردی و عمق روابط با شدت درد زایمان طبیعی طراحی و انجام شد؛ تاسهمی اندک در افزایش زایمان های طبیعی و کاهش درد آن داشته باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنانی است، که در طی دی ماه ۱۳۹۴ الی فروردین ۱۳۹۵ در زایشگاه

در مطالعات مختلف همسر علاوه بر این که مهمترین منبع حمایتی بشمار می آید (نظری و همکاران، ۱۳۹۳)؛ کیفیت رابطه با وی و نارضایتی از موقعیت زندگی، انتظارات شخصی، میزان حمایت مراقبت کننده گان، کیفیت رابطه ی بیمار-مراقبت کننده و نارضایتی در روابط با شریک زندگی می تواند بر ترس و اضطراب بارداری تاثیرگذار باشد (سایستو، سالمو، نورمی و همکاران^۱، ۲۰۰۱؛ هودنت^۲، ۲۰۰۲). و همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده، بر آورد فرد از حمایت را می سنجد؛ صرف نظر از این که چنین حمایتی دریافت شده است یا نه، در حالیکه حمایت اجتماعی واقعی، بیشتر متمرکز بر گزارش فرد از حمایتی است که در واقع گرفته است (کوهن^۳، ۲۰۰۴). در مطالعات متعدد، نقش حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مقابله در برابر استرس و علائم جسمی و روانی به خوبی اثبات شده است (بروئر، امسلی، کید و همکاران^۴، ۲۰۰۸). همچنین لارسن^۵ و همکاران (۲۰۰۸)، فقدان حمایت اجتماعی و نارضایتی از روابط زناشویی را یکی از فاکتورهای موثر بر روی ترس و درد زنان گزارش کردند (لارسن، هدگارد و جانسن^۶، ۲۰۰۸).

کیفیت روابط یک سازه متشکل از چندین بعد متمایز ولی به هم مرتبط شامل اعتماد، رضایت مندی و تعهد می باشد که از این رو بسیار با اهمیت است که می تواند بر سلامت جسمی و روانشناختی اثرگذار باشد (هودنت، ۲۰۰۲). تعارض های بین فردی به ویژه با افراد نزدیک در طولانی مدت به عنوان یک استرسور

1. Saisto, Salmelo_Are, Nurmi Et al
2. Hodnett
3. Cohen
4. Bruwer, Emsley, & Kidd et al
5. Laursen
6. Laursen, Hedegaard & Johansen

7. Robles, Slatcher, Trombello et al

پرسشنامه‌های فرم کوتاه شده درد مک گیل^۱ و پرسش نامه کیفیت روابط پیرس و همکاران^۲ (QRI) استفاده گردید. شرکت کنندگان پرسش نامه درد مک گیل را در اتاق ریکاوری بلافاصله بعد از زایمان و پرسش نامه کیفیت روابط پیرس و همکاران را چند ساعت پس از زایمان، زمانی که به بخش منتقل شدند، تکمیل نمودند. فرم کوتاه شده پرسش نامه درد مک گیل شامل ۱۱ مورد مربوط به اجزای حسی درد (درد ضربان دار، تیرکشنده، خنجری، تیز، پیچشی، کنده شدن یا ساییدگی، احساس داغ شدن و سوختگی، درد داشتن، سنگینی، حساس بودن، جدا شدگی) و اجزای عاطفی درد (شامل ۴ جزء: خستگی مفرط، ناخوشی، ترسناک بودن، بی رحمانه و مجازات کننده بودن درد زایمان)، همچنین معیار چشمی درجه بندی شده درد (۱۰-۰ نمره) و انتخاب یکی از ۶ معیار شدت درد (بدون درد تا شکنجه آور) بود که با پرسش از افراد مورد مطالعه پس از اتمام زایمان طبیعی تکمیل شد. در معیار کلامی عددی، بی دردی با نمره ۰ و شدیدترین درد با نمره ۱۰ بیان می شد. در مراحل زایمان درد خفیف بر اساس معیار کلامی درد (از ۴-۱ نمره)، درد متوسط (۶-۵ نمره) و درد شدید (۱۰-۷ نمره) تقسیم بندی شد (ملزاک، ۱۹۸۷). مرادی و همکاران در پژوهشی روایی همگرای فرم کوتاه شده درد مک گیل و شدت درد جانسون را برابر با ۰/۸۱ و اعتبار آزمون از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ گزارش کردند (مرادی فرد، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، جهت تعیین پایایی فرم کوتاه شده

نیک نفس رفسنجان، زایمان طبیعی کرده اند. به طور متوسط ۳ الی ۴ زایمان طبیعی در روز در این زایشگاه انجام می شود که آمار کلی در طی این ۴ ماه، ۴۲۰ زایمان بود. از میان آنها، ۸۰ نفر که دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بودند، بر اساس روش در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال، سن بارداری بیشتر یا مساوی ۳۶-۴۰ هفته بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماه اول، داشتن سواد خواندن و نوشتن، انجام زایمان طبیعی در زایشگاه، عدم آموزش مدون در زمینه روش های کاهش درد زایمان، عدم سابقه بیماری های طبی و روانی، داشتن بارداری کم خطر، نداشتن مشکلات گفتاری، شنیداری یا لهجه ای جهت برقراری ارتباط با پژوهشگر و تمایل شرکت در مطالعه بود. روش محاسبه نمونه در این تحقیق با توجه به اینکه مطالعه از نوع همبستگی بود برای هر یک از مقیاس های متغیر پیش بین و متغیر ملاک، ۱۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفت. لذا با توجه به مقیاس های متغیر پیش بین کیفیت روابط (حمایت اجتماعی ادراک شده، تعارض بین فردی، و عمق روابط) و همچنین متغیر ملاک شدت درد زایمان طبیعی، در مجموع ۸۰ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. پژوهشگر پس از کسب مجوز کتبی از علوم پزشکی و حراست علوم پزشکی رفسنجان جهت انجام مطالعه با مراجعه به بخش زایمان طبیعی زایشگاه، اقدام به نمونه گیری به روش آسان، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه کرد. و پس از توضیحات لازم در خصوص اهداف پژوهش و کسب موافقت آنان برای شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. برای جمع آوری اطلاعات از

1. McGill

2. Pierce relations Quality Inventory

دانشگاهی بودند. میانگین زمان حضور در لیبر $\pm 3/14$ ساعت بود. بر اساس معیار کلامی درد، شدت درد زایمان طبیعی در زنان مورد مطالعه؛ ۲۰ نفر (۲۵٪) در سطح خفیف (۴-۱)، ۱۶ نفر (۲۰٪) در سطح متوسط (۶-۵) و ۴۴ نفر (۵۵٪) در سطح شدید (۱۰-۷) بود. میانگین و انحراف معیار شدت درد کلی زنان باردار از زایمان طبیعی $\pm 10/04$ بود. جدول ۱ همبستگی شدت درد کلی با مقیاس‌های کیفیت روابط (والدین، همسر، دوستان) را نشان می‌دهد. بررسی همبستگی نشان داد که بین متغیرهای شدت درد با متغیرهای (حمایت اجتماعی همسر، تعارض‌های بین فردی با همسر، عمق روابط با همسر، عمق روابط با همسر، کیفیت روابط با والدین، و کیفیت روابط با همسر) در سطح $p < 0/0001$ رابطه معنی داری وجود دارد. وضرب همبستگی بین متغیر شدت درد با عامل تعارض با والدین در سطح $p < 0/05$ معنی دار شد.

دردمک گیل از آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی این ابزار بر روی ۷۷ نفر برابر با $0/80$ تعیین شد. پرسش‌نامه کیفیت روابط پیرس دارای ۲۵ ماده و ۳ زیر مقیاس است: حمایت اجتماعی ادراک شده (۷ آیتم)، تعارض‌های بین فردی (۱۲ آیتم) و عمق روابط (۶ آیتم). هم چنین در هر یک از ۲۵ آیتم، فرد باید کیفیت روابط خود را با والدین، دوستان و همسر ارزیابی کند. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. که به صورت کیفیت روابط پایین (۲۵ تا ۵۰ نمره)، کیفیت روابط متوسط (۵۰ تا ۶۵ نمره)، کیفیت روابط بالا (نمره بالاتر از ۶۲) تقسیم‌بندی می‌شود. پایایی به روش بازآزمایی $0/83$ برای کل پرسش‌نامه و برای خرده مقیاس‌ها بالای $0/70$ حاصل شد (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶؛ پیرس، ساراسون ارجی و ساراسون بی آر^۱، ۱۹۹۱). و در این پژوهش، پایایی پرسشنامه کیفیت روابط، با استفاده از آلفای کرونباخ بر روی ۷۷ نفر برابر با $0/92$ گزارش شد. اطلاعات نیز در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام) با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

میانگین سنی زنان $28/26 \pm 6/21$ سال با حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر ۴۰ سال بود. ۳۳ نفر از آنان (۴۱/۳٪) نخست زنا و ۴۷ نفر (۵۸/۸٪) چندزا بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۹ نفر (۲۳/۸٪) زیر دیپلم، ۳۳ نفر (۴۱/۳٪) دیپلم، ۲۸ نفر (۳۵٪) دارای تحصیلات

جدول ۱. ضرایب همبستگی گشتاوری پیرسون بین متغیرهای پژوهش.

متغیر پیشگو	متغیر ملاک	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
حمایت اجتماعی- والدین	شدت درد کلی	۸۰	۰/۱۸	
حمایت اجتماعی- همسر	شدت درد کلی	۸۰	۰/۳۷**	
حمایت اجتماعی- دوستان	شدت درد کلی	۸۰	۰/۰۲	
تعارض بین فردی- والدین	شدت درد کلی	۸۰	۰/۲۴*	
تعارض بین فردی- همسر	شدت درد کلی	۸۰	۰/۴۵**	
تعارض بین فردی- دوستان	شدت درد کلی	۸۰	۰/۱۳	
عمق روابط- والدین	شدت درد کلی	۸۰	۰/۱۸	
عمق روابط- همسر	شدت درد کلی	۸۰	۰/۳۱**	
عمق روابط- دوستان	شدت درد کلی	۸۰	۰/۰۵	
کیفیت روابط-والدین	شدت درد کلی	۸۰	۰/۳۰**	
کیفیت روابط- همسر	شدت درد کلی	۸۰	۰/۴۶**	
کیفیت روابط- دوستان	شدت درد کلی	۸۰	۰/۰۷	
				$p < ۰/۰۰۱^{**}$
				$p < ۰/۰۵^*$

بین فردی ۱۶ درصد از شدت درد را پیش‌بینی می‌کند و با ورود متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده این میزان به ۵ درصد افزایش می‌یابد. ضرایب نیمه تفکیکی و نتایج مربوط به هر یک از متغیرهای پیش‌گو در جدول ۲ ارائه شده است.

بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری نمود که از بین متغیرهای پیش‌گو، تعارض‌های بین‌فردی رابطه مستقیم معنی‌دار و حمایت اجتماعی رابطه عکس معنی‌داری با شدت درد زایمان طبیعی ارائه دادند. متغیر پیش‌گو، عمق روابط با شدت درد زایمان رابطه معنی‌داری نشان نداد.

فرضیه پژوهشی ۱: بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و تعارض‌های بین فردی و عمق روابط با شدت درد زایمان طبیعی ارتباط چندگانه معنی‌داری وجود دارد. بررسی مفروضه‌ها نشان داد که داده‌ها از توزیع بهنجار برخوردار هستند و بین متغیرهای پیش‌گو با ملاک ارتباط خطی وجود دارد و سرانجام این مقدار همبستگی بین متغیرهای پیش‌گو نشان دهنده همخطی بالا بین آنها نیست. ورود گام به گام سه متغیر پیش‌گو شامل حمایت اجتماعی ادراک شده، تعارض‌های بین فردی، عمق روابط به مدل، ضریب رگرسیون چندگانه ۰/۴۶ را بدست داد، $R^2=0.21$ ، $F(2,75)=9.8$ ، $P<0/0001$ بدین معنی که تعارض

جدول ۲. نتایج و ضرایب تحلیل رگرسیون چندگانه (گام به گام) ارتباط بین مؤلفه های تعارض بین فردی و حمایت اجتماعی با شدت درد.

مدل	متغیرها	R	R ²	F تغییر	معنی داری	B	β	S.E.	معنی داری
۱	تعارض بین فردی	۰/۴۰	۰/۱۶	۱۴/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴	۰/۴	۰/۰۶	۰/۰۰۰۱
	مقدار ثابت					۵۷/۴		۷/۰۴	۰/۰۰۰۱
۲	تعارض بین فردی	۰/۴۶	۰/۲۱	۴/۶	۰/۰۵	-۰/۲۰	-۰/۲۲	۰/۰۹	۰/۰۵
	حمایت اجتماعی					۶۷/۲۷		۸/۲۸	۰/۰۰۰۱

به منظور آزمون این فرضیه از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج تحلیل نشان داد در مدل اول زیر مقیاس حمایت اجتماعی، توان تبیین ۱۷ درصد از واریانس متغیر ملاک را به طور معنی داری دارد، $R^2=0/17$, $F(1,76)=15/39$, $P<0/0001$ با توجه به نتایج جدول ۳ می توان نتیجه گیری نمود که از بین متغیرهای پیش گو، حمایت اجتماعی ادراک شده همسر، اثر عکس معنی داری بر شدت درد زایمان طبیعی دارد.

به این ترتیب معادله پیش بینی شدت درد زایمان طبیعی براساس مؤلفه های تعارض های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده آنان می توان به شرح زیر نوشت: شدت درد زایمان طبیعی = $۰/۲۲ + ۶۷/۲۷$ (تعارض بین فردی) - $۰/۲۰$ (حمایت اجتماعی ادراک شده). با توجه به اینکه مقیاس های حمایت اجتماعی و تعارض بین فردی در مدل معنادار شدند زیر مقیاس های هر یک از آنها (والدین، همسر، و دوستان) به صورت جداگانه در معادله وارد شدند.

فرضیه پژوهشی ۲: بین زیر مقیاس های متغیر حمایت اجتماعی (والدین، همسر و دوستان) با شدت درد ارتباط چندگانه معنی داری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج و ضرایب تحلیل رگرسیون چندگانه ارتباط بین مؤلفه های حمایت اجتماعی (والدین، همسر، دوستان) با شدت درد.

مدل	متغیرها	R	R ²	F تغییر	معنی داری	B	β	S.E.	معنی داری
۱	حمایت اجتماعی	۰/۴۱	۰/۱۷	۱۵/۳۹	۰/۰۰۰۱	-۰/۷۸	۰/۴۱	۰/۲۱	۰/۰۰۰۱
	همسر					۴۹/۶۶		۴/۸۶	۰/۰۰۰۱
	مقدار ثابت								

اول زیر مقیاس تعارض بین فردی، توان تبیین ۲۲ درصد از واریانس متغیر ملاک را به طور معنی‌داری دارد، $R^2=0/22$, $F(1,76)=21/84$, $P<0/0001$ به نتایج جدول ۴ می‌توان نتیجه‌گیری نمود که از بین متغیرهای پیش‌گو، تعارض بین فردی همسر اثر مستقیم معنی‌داری بر شدت درد زایمان طبیعی دارد.

فرضیه پژوهشی ۳: بین زیر مقیاس های تعارض بین فردی (والدین، همسر و دوستان) با شدت درد ارتباط چندگانه معنی‌داری وجود دارد. به منظور آزمون این فرضیه از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج تحلیل نشان داد در مدل

جدول ۴. نتایج و ضرایب تحلیل رگرسیون چندگانه ارتباط بین مؤلفه های تعارض بین فردی (والدین، همسر، دوستان) با شدت درد.

مدل	متغیرها	R	R ²	F تغییر	معنی‌داری	B	β	S.E.	معنی‌داری
۱	تعارض بین فردی همسر	۰/۴۷	۰/۲۲	۲۱/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۰/۴۷	۰/۱۲	۰/۰۰۰۱
	مقدار ثابت					۴۸/۴۳		۳/۸۶	۰/۰۰۰۱

نتیجه‌گیری و بحث

«در مرتبه اول سلامت مادر و نوزاد مهم است و در درجه دوم رضایت از تجربه ی زایمان مهم می باشد»، «اگر درد زنان کنترل شود، از زایمان تجربه‌ی خوبی خواهند داشت» این دو نظر، دیدگاه مشترکی بین تمام پرسنل فراهم کننده‌ی زایمان است اما تحقیقات مربوطه تا چه حد توانسته‌اند فاکتورهایی که بر روی رضایت از تجربه‌ی زایمان و درد آن تاثیر دارند را منعکس کنند؟ (سایستو و همکاران، ۲۰۰۱).

با توجه به اهمیت تاثیر گذاری مؤلفه های کیفیت روابط در شدت درد زایمان طبیعی، مطالعه حاضر با هدف تبیین چگونگی این رابطه انجام گرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بین کیفیت روابط با شدت درد رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد. و هم چنین مدل، ارتباط چندگانه معنی‌داری بین مولفه‌های تعارض میان فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میزان درد نشان داد. اما بین عمق روابط با شدت درد رابطه معنی-داری مشاهده نشد و بر همین اساس، بین مولفه های

کیفیت روابط، تعارض های بین فردی بیشترین قدرت پیش‌بینی و حمایت اجتماعی نیز به طور معنی‌داری بر قدرت تبیین شدت درد مدل افزود به این صورت که هرچه تعارض های میان فردی بیشتر و حمایت اجتماعی ادراک شده کمتر باشد زنان در هنگام زایمان درد بیشتری را گزارش کردند. و هم چنین در خرده مقیاس تعارض های بین فردی (والدین، همسر، دوستان)، تعارض با همسر معنی‌دار گزارش شد بدین معنی که تعارض بیشتر با همسر، درد بیشتر را پیش‌بینی کرد. فایست^۱ و همکاران (۱۹۹۱) در مطالعه ای بیان کردند که رابطه‌ی بین روابط اجتماعی و شدت درد به ماهیت درد مزمن و نوع و سطح روابط بین فردی بستگی دارد به طور مثال تعارض های بیشتر در روابط نزدیک مثل اعضای خانواده یا افراد مهم دیگر، شدت کمتر درد مفصلی را پیش‌بینی می کند در حالی که در بقیه ی بیماری ها درگیری یا تعارض در سرتاسر شبکه روابط اجتماعی منجر به درد بیشتر می‌شود. که به همین

ترس زایمان از زایمان طبیعی به طور معنی داری مرتبط است و زنان با فقدان حمایت اجتماعی حدوداً ۱٫۵ برابر بیشتر از زنان با حمایت کافی، دچار ترس از زایمان شدند (لارسن، و همکاران، ۲۰۰۸). خورسندی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای تحت عنوان دلایل و عوامل مرتبط با ترس از زایمان طبیعی بر روی ۵۹۵ زن باردار نشان دادند ترس از زایمان که منجر به سزارین انتخابی می شود ناشی از آسیب نوزاد، درد زایمان، اضطراب زایمان، از دست دادن کنترل، بخیه خوردن، تنها ماندن، عدم همکاری پزشک، عدم دریافت مراقبت و کابوس های شبانه می باشد. که با کاهش دادن این ترس می توان نرخ سزارین انتخابی را کاهش داد (خورسندی و همکاران، ۱۳۹۳).

هم چنین هیل-پارکینز^۴ و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای نشان دادند؛ شبکه های حمایتی زنان باردار، حمایت کارکنان بیمارستان، آگاهی و آموزش خود، ارتباطات خویشاوندی و دوستانه، اهمیت انتظارات و روایت های زایمانی، دانستن خطاهای پزشکی بر روی رضایت از زایمان و میزان درد آن تاثیر خواهد گذاشت (هیل-پارکینز و عظیم^۵، ۲۰۱۵). تا جایی که منسفیلد^۶ (۲۰۰۸) در مطالعه ای خود بیان کرد بهتر است به جای استفاده از دارو و تکنولوژی در زایمان طبیعی از حمایت های اجتماعی از جمله؛ ایجاد فضای حمایت کننده، به وجود آوردن اعتماد از فرآیند زایمان طبیعی و بدن خود، و بالا بردن فرهنگ حمایت اجتماعی که افراد مختلف به خصوص ماما و پزشک در

منظور همسران برای کنترل درد خود سعی می کنند سطح تنش که در تعارض بین فردی بوجود می آید را پایین نگه دارند (فایست و لوین^۱، ۱۹۹۱). در پژوهشی دیگر بیان شده است؛ سردردهای عودکننده، پیامد معادلات پیچیده بین عوامل روانشناختی، محیطی، فیزیولوژیک، بیوشیمیایی و زنتیکی است. و متغیرهای اجتماعی و محیطی در ایجاد و بدتر شدن آن تاثیر به سزایی دارند. به این صورت که هر چه تعارضات خانوادگی بیشتر، حمایت اجتماعی کمتر و کارکردهای خانواده مختل باشد، درد بیشتری تجربه می کنند (زندیه، دهقانی و عصارزادگان، ۱۳۹۵). که با نتایج این فرض همسو بود.

در مطالعه حاضر نشان داده شد بین حمایت اجتماعی ادراک شده با شدت درد رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و در میان خرده مقیاس های حمایت اجتماعی (والدین، همسر، دوستان)، همسر بیشترین نقش و سپس والدین و کمترین نقش را از سوی دوستان بر روی شدت درد زایمان طبیعی داشت. و در مدل رگرسیون چندگانه تنها همسر رابطه معکوس معنی داری نشان داد. در مطالعه ای لی^۲ و همکاران (۲۰۰۱) ترس از درد زایمان یکی از عناصر مهمی است که زنان سزارین را انتخاب می کنند و بافت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی آنها می تواند در این تصمیم گیری تاثیر فراوان داشته باشد (لی و هولروید^۳، ۲۰۰۱). و هم چنین لارسن و همکاران (۲۰۰۸) سطح تحصیلات پایین، فقدان حمایت های اجتماعی، خانه دار بودن، سن کم مادر و نارضایتی از روابط زناشویی با افزایش

4. Happel – Parkins
5. Azim
6. Mansfield

1. Levin
2. Lee
3. Holroyd

دادن حمایت همسر، در بیماران مبتلا به درد مزمن، موجب افسردگی و افزایش شدت درد می شود. و بیماران که رضایت زناشویی بیشتری دارند، به احتمال کمتری درباره ی دردشان فاجعه آفرینی می کنند و ناتوانی فیزیکی و ترس از درد کمتری نیز تجربه می کنند (اکبری، دهقانی و حبیبی، ۱۳۹۴). با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه همسر اصلی ترین و کلیدی ترین فرد و خرده مقیاس تعارض های بین فردی مهم ترین نقش را در بین مؤلفه های پیش گو بر شدت درد زایمان دارد که با مطالعه فایست و همکاران (۱۹۹۱)، که تعارض با خانواده نزدیک (فایست ولوین، ۱۹۹۱)؛ نظری و همکاران (۱۳۹۳) و سایستو و همکاران (۲۰۰۱) تاثیرگذارترین فرد را همسر می دانند؛ همسو می باشد. با توجه به این نتایج، با کاهش سطح تنش که در تعارض های بین فردی (همسر یا خانواده نزدیک) بوجود می آید می توان تا حدودی شدت درد را کنترل نمود.

همچنین در این مطالعه اهمیت حمایت اجتماعی همسران یا افراد خانواده نزدیک مشاهده شد که می توان با ارتقای اطلاعات خانواده ها و نزدیکان در جهت حمایت آنها از زنان باردار تا حدودی هرچند اندک از شدت درد زایمان کاهش دهد. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر، نادیده گرفتن حمایت زنان در لیبر می- باشد، که در مطالعات روز دنیا مؤلفه ای تاثیرگذار بر کاهش درد گزارش شده است. که نمونه ای از این پژوهش ها، مطالعه دونه و همکاران (۲۰۱۴) می باشد که

درجه اول و بعد بستگان زن بتوانند در آن نقش داشته باشند (منسفیلد، ۲۰۰۸).

مطالعه حاضر یکی از فاکتورهایی که در میزان درد تاثیر دارد کیفیت روابط می داند که در این متغیر نیز، کیفیت روابط با همسر با شدت درد رابطه معکوس معنی داری گزارش کرد بدین معنی که هرچه کیفیت رابطه با همسر بهتر باشد شدت درد زایمان طبیعی کمتر خواهد بود و اهمیت روابط با همسر را نشان می دهد. در مطالعه ای که سایستو (۲۰۰۱) بر روی ۲۷۸ زوج انجام داد نشان داد اضطراب مربوط به بارداری و ترس از زایمان طبیعی نه تنها با صفات شخصیتی زنان در ارتباط است بلکه با عوامل روانی مانند نارضایتی در روابط با شریک زندگی، فقدان حمایت اجتماعی، بیکاری، نارضایتی از موقعیت زندگی، اضطراب عمومی مادر شدن، روان رنجوری، افسردگی، خودکم بینی، آسیب پذیری، ناتوانی در مقابله با اتفاقات زندگی در ارتباط بوده است. که هر کدام به گونه ای با حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با شبکه اجتماعی خود در ارتباط هستند به طور مثال؛ روان رنجوری یکی از صفات شخصیتی اصلی است که احتمالاً اساس ژنتیکی قوی دارد که با حمایت زیاد شریک زندگی در دوران بارداری تعدیل شود. بنابراین حمایت شریک زندگی بسیار با اهمیت می باشد اما در بعضی مواقع شرکای زنان قادر به دادن چنین حمایتی، به دلیل افسردگی خود یا نارضایتی از رابطه شان نیستند. با توجه به این یافته ها یکی از روش ها برای کاهش ترس و درد زایمان طبیعی حمایت اجتماعی طولانی مدت توسط شریک زندگی می باشد (سایستو، و همکاران، ۲۰۰۱). هم چنین؛ ناسازگاری زناشویی، ادراک منفی از ازدواج و از دست

و شریک زندگی، زایمان می‌کردند (دونه و همکاران، ۲۰۱۴).

از آنجایی که در این مطالعه حمایت افراد نزدیک در زمان لیبر، و همچنین ابعاد دیگر حمایت اجتماعی مثل حمایت ابزاری، بازخوردی و اطلاعاتی مورد بررسی قرار نگرفته لازم است مطالعاتی برای بررسی این عوامل انجام شود.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه عزیزانی که در اجرای این طرح ما را یاری رساندند و از کلیه مسئولین و پرسنل محترم زایشگاه نیک نفس رفسنجان به ویژه مادرانی که ما را در پر کردن پرسش‌نامه‌ها یاری رساندند، کمال تشکر را داشته باشیم.

بیان می‌کند؛ در حال حاضر در بعضی از کشورهای غربی و در سرتاسر استرالیا، زنان می‌توانند در لیبر یک نفر یا تعدادی از شبکه اجتماعی و صمیمی خود از جمله شریک زندگی را برای همراهی انتخاب کنند که این تغییر منجر به تمرکز تحقیقات بر روی حضور این حمایت کننده‌ها در طول لیبر شد، یافته‌های کلی این مطالعات نشان داد حضور فرد حمایت کننده مانند شریک زندگی، بستگان زن و مامای خصوصی؛ رضایت از تجربه‌ی زایمان و احساس راحتی را افزایش و ترس و اضطراب را کاهش می‌دهد زیرا در طول تاریخ، زنان در سرتاسر جهان برای غلبه کردن بر درد و استرس در حضور زنان دیگر زایمان می‌کردند اما به مرور زمان این شیوه‌ی سنتی کاهش یافت و زنان می‌بایست در بیمارستان‌ها بدون حمایت اجتماعی دوستان و آشنایان

- بیماران مبتلا به سرطان. پژوهش پرستاری، ۴(۱۲ و ۱۳)، ۹۱-۱۰۱.
- ۱- خورسندی، م؛ وکیلان، ک. و نصیرزاده ماسوله، م. (۱۳۹۳). بررسی دلایل و عوامل مرتبط با ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار شهر اراک- یک مطالعه مقطعی. *مجله علوم پزشکی فسا*، ۴(۲)، ۱۶۱-۱۶۷.
- ۲- دولتیان، م؛ مازیار، پ؛ علوی مجد، ح. و یزدجردی، م. (۱۳۸۵). بررسی رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۷(۳۰)، ۲۶۰-۲۶۸.
- ۳- زندیه، س؛ دهقانی، م. و عصارزادگان، ف. (۱۳۹۴). رضایت زناشویی و فاجعه آفرینی در پیش بینی افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۴(۱۳)، ۷۴-۸۸.
- ۴- سعیدی، ر؛ معموری، غ؛ آیتی، ص؛ رحمانی، ش. و غلامی رباط سنگی، م. (۱۳۸۸). مقایسه عوارض نوزادی در نوزادان حاصل از سزارین و زایمان طبیعی. *مجله علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار*، ۱۶(۲)، ۱۰۸-۱۱۳.
- ۵- صفری مرادآبادی، ع؛ حسنی، ل؛ قنبرنژاد، ا؛ مدنی، ع؛ رجایی، م. و دادیپور، س. (۱۳۹۳). تأثیر برنامه آموزشی بر میزان آگاهی و ترجیح نوع زایمان در زنان نخست زایمان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۶(۱ و ۲)، ۷۴-۸۳.
- ۶- قوشجیان چوبمسجدی، س؛ دهقانی، م؛ خورسندی، م. و فرزاد، و. ا. (۱۳۹۰). نقش ترس از درد و متغیرهای روانشناختی مرتبط با آن در پیش بینی زایمان سزارین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۴(۳)، ۴۵-۵۴.
- ۷- کمالی، ص؛ احمدی طهران، ه؛ محمدعلیزاده، س. و جعفری، ا. (۱۳۸۹). تأثیر رفتارهای حمایتی بر روند درد زایمان در زنان نخست زایمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۴(۲)، ۱۴-۱۸.
- ۸- اخلاقی، ف؛ مخبر، ن؛ شاکری، م. و شمس، ف. (۱۳۹۱). رابطه افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت شناختی با ترس از زایمان در زنان نخست زایمان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۲)، ۱۲۲-۱۳۱.
- ۹- اکبری، ف؛ دهقانی، م؛ و حبیبی، م. (۱۳۹۵). کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد مزمن و غیر مزمن و افراد فاقد سردرد. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۱۹)، ۴۶-۵۸.
- ۱۰- اتقایی، م. و نوحی، ع. (۱۳۹۰). تصور از درد زایمان طبیعی و سزارین و تمایل به زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه های دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۴(۷)، ۴۴-۵۰.
- ۱۱- ایمان پرست، ر؛ برماس، ح؛ دانش، ع. و آجودانی، ز. (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب زایمان طبیعی نخست. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۲(۱)، ۹۷۴-۹۸۰.
- ۱۲- توسلی، ا؛ کلاری، ف؛ و ظفری دیزجی، ا. (۱۳۹۳). عوامل اجتماعی موثر بر گرایش به سزارین در زنان باردار. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، ۷(۲۹)، ۱۴۵-۱۷۰.
- ۱۳- حسینی قدمگاهی، ج. (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماری کرونر قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۱۴- حیدری، س. (۱۳۸۸). بررسی اندازه ی شبکه اجتماعی و منابع حمایت عاطفی و عوامل مرتبط با آن ها در

زایمان در مادران چندزدا در ماه اول و دوم پس از

زایمان. سلامت جامعه، ۸(۲)، ۹-۱.

- هوشمندی، س.؛ دولتیان، م.؛ کمالی فرد، م. و

قوجازاده، م. (۱۳۹۱). مقایسه شدت درد زایمان و

عوامل مؤثر بر درک آن در زنان نخست زا و چندزا

در زایشگاه های خصوصی و دولتی. مجله علوم پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۴(۳)، ۱۱۷-۱۲۱.

- مرادی فرد، م. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی های روان

سنجی پرسش نامه درد مک گیل با توجه به میزان امید

به زندگی در بیماران عروقی کرونری قلب. پایان نامه

ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه

آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

- نظری، س.؛ سالاری، پ.؛ مظلوم، س. ر. و مهرا، ب.

(۱۳۹۳). بررسی مقایسه ای حمایت اجتماعی پس از

References

- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *Am J Community Psychol*, 14, 413-445.

- Bruwer, B.; Emsley, R.; Kidd, M.; Lochner, C. & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.

- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychol*, 59, 676-684.

- Dunne, C.L; Dip, G.; Fraser, J.; Gardner, G.E. (2014). Women's perceptions of social support during labour: Development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. *Midwifery*, 30, 847-852.

- Faucett, J.A.; Levin, J.D. (1991). The contributions of interpersonal conflict to chronic pain in the presence or absence of organic pathology. *Pain*, 44, 35-43.

- Gucht, N.; Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31, 349-358.

- Happel - Parkins, A.; Azim, K.A. (2015). At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. *Woman and Birth*, 491, 1-11.

- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5), 160-174.

- Hofmeyr, G.r.; Nikodem, V.G.; Wolman, W.I.; Chalmers, B.E. & Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment : effects on progress and perceptions of labour, and breast feeding. *Br J Obstet Gynaecol*, 98(8), 756-764.

- Laursen, M.; Hedegaard, M.; Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 115, 354-360.

- Lee, L.Y.K; Holroyd, E.; Ng C.Y. (2001). Exploring factors influencing Chinese Women's decision to have elective cesarean surgery. *Midwifery*, 17(4), 314-322.

- Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obsetet Gynecol*, 186(supp1Nature5), 16-24.

- Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, 66, 1084-1094.

- Melzak, R. (1987). The short - form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.

- Nilsson, C.; Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25, e1-e9.

- Pascali-Bonaro, D.; Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth : a crucial resource in times of stress or calm. *J Midwifery Womens Health*, 49(4supple1), 19-27.
- Pierce, G.R; Sarason, I.G; Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support : are two constructs better than one?. *J PersSocPsychol*, 61(6), 1028-1039.
- Robles, T. F.; Slatcher, R. B.; Trombello, J. M. & Maginn, M. M. (2014). Marital quality and health : A meta-analytic review. *psychol Bull*, 140(1): 1-80.
- Saisto, T.; Salmelo-Are, K.; Nurmi, J.; Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 492-498.
- Wall, D.; Melzak, R. (1989). *Text book of pain*. 3rded, Philadelphia, McGraw H, 482-497.