تاثیر حمایت اجتماعی درک شده بر پیامدهای زایمانی مادران آسیب پذیر

الناز ایرانی فرد[1*]، ناهید اکبری[2]، علی منتظری[3]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی میبد، یزد، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۸ صص ۵۲۴- ۵۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۶/۱۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳ مهر ۹۸]

چکیده

مقدمه: در دنیای امروز حمایت اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های غیر پزشکی، نقش مهمی در حفظ سلامت بر عهده دارد. تجربه‌ی بارداری و زایمان خود به تنهایی نوعی بحران موقعیتی با تغییرات جسمی، روحی، روانی و اجتماعی است. زنان باردار برای تطبیق با این تغییرات به حمایت اجتماعی نیاز داشته و فقدان حمایت اجتماعی می‌تواند آثار زیان باری بر پیامدهای بارداری آنها داشته باشد.

مواد و روش کار: این مطالعه با هدف بررسی میزان حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار آسیب پذیر و ارتباط آن با پیامدهای زایمانی، به صورت مقطعی– تحلیلی انجام گرفت. ۴۰۰ زن باردار آسیب پذیر که جهت ختم بارداری به مراکز درمانی منتخب در شهر تهران مراجعه کرده بودند، در این پژوهش شرکت کردند. مراکز مذکور از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای– تصادفی انتخاب شده بودند. داده ها از طریق پرسشنامه و مستندات پرونده پزشکی مادران گردآوری شدند.

یافته ها: اکثر مادران (۵۳/۵ ٪) از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردار نبودند. بین دو متغیر حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده ($P=۰/۰۳$) و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده ($P=۰/۰۴$) با سن حاملگی در زمان تولد نوزاد ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت. همچنین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با بستری نشدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه ($P=۰/۰۵$) ارتباط مستقیم داشت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش حمایت اجتماعی درک شده بر پیامدهای نوزادی تاثیر گذار است و نیاز به انجام مطالعات بیشتر در زمینه نحوه تاثیر گذاری و سایر ابعاد تاثیر حمایت اجتماعی بر پیامدهای بارداری احساس می‌شود.

کلیدواژه: حمایت اجتماعی، وزن هنگام تولد نوزاد، مادران آسیب پذیر، پیامدهای نوزادی، سن حاملگی

کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1394.9211373214

* نویسنده پاسخگو: یزد، میبد، دانشگاه آزاد میبد، دانشکده پرستاری و مامایی
E-mail: eiranifard@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

مقدمه

در دنیای امروز تعیین کننده‌های غیر پزشکی سلامت به تنهایی یا با تاثیر بر یکدیگر به شدت سلامت افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند [۱]. عوامل روان-اجتماعی تعیین کننده‌ی سلامت مثل عوامل ایجاد استرس، روابط اجتماعی، شرایط زندگی پر تنش، اضطراب، افسردگی و حمایت اجتماعی عواملی غیر پزشکی هستند که می‌توانند مستقیما سلامتی افراد را مختل نموده یا بر دسترسی به منابع حیاتی لازم برای حفظ و ارتقای سلامت تاثیر بگذارند [۴-۱]. هنوز سازوکارهایی که تعیین کننده‌های اجتماعی از طریق آنها وضع سلامت افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند، به طور کامل شناسایی نشده‌اند [۵]، این امر ممکن است ناشی از پیچیدگی‌های تاثیرگذار تعیین کننده‌های اجتماعی در حضور سایر عوامل خطر باشد، این پیچیدگی‌ها در زمینه‌ی سلامتی مادر و کودک بیشتر نمایان است [۶].

حمایت اجتماعی به فرآیندی گفته می‌شود که در آن تقابل‌های بین فردی از طریق افزایش حس تطابق، عزتمندی، وابستگی عاطفی و توانمندی، وضعیت جسمی و روحی-روانی افراد را بهبود می‌بخشند و توسط اشخاصی ارائه می‌شوند که فرد به آنها علاقمند است و یا برایشان ارزش قائل می‌شود[۱۱-۷] . به بیان دیگر این افراد از جمله همسر، بستگان، دوستان و حتی نهادهای مذهبی بخشی از شبکه اجتماعی او به شمار می‌روند [۱۰]. حمایت اجتماعی به دو زیر گروه درک شده و دریافت شده تقسیم می‌شود. حمایت اجتماعی درک شده، برداشت فردی شخص از عشق، توجه، مساعدت و حمایتی است که از سوی خانواده، دوستان و اطرافیان دریافت می‌کند [۱۳-۱۱]. این نوع از حمایت اجتماعی یک مفهوم کیفی ذهنی و قابل اندازه‌گیری است. در مورد رفتارهای سلامتی، حمایت اجتماعی درک شده مهم‌تر از حمایت واقعی است، چرا که تا زمانی که فرد درک نکند که مورد حمایت است از فواید آن بهره‌مند نخواهد شد [۱۲]. به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیازهای خود ادراک کند [۱۳].

تجربه‌ی بارداری و زایمان خود به تنهایی نوعی بحران موقعیتی با تغییرات جسمی، روحی، روانی و اجتماعی است لذا زنان باردار برای رفع این تغییرات و تطبیق با آنها به حمایت اجتماعی نیاز دارند و فقدان حمایت اجتماعی به صورت بالقوه می‌تواند آثار زیان باری بر پیامدهای بارداری داشته باشد [۱۴]. نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند، بین سطوح نامطلوب حمایت اجتماعی درک شده با زایمان زودرس و افسردگی پس از زایمان رابطه مستقیم وجود دارد [۱۶-۱۵]، بالعکس برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب در ایجاد تغییر مثبت در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی موثر بوده است [۱۷]. برخی مطالعات نشان می‌دهند نوع حمایت دریافت شده و فرد حمایت کننده نیز از اهمیت برخوردارند، به طور مثال حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و دوستان در کاهش وابستگی به مواد مخدر، الکل و سیگار در مادران نقش معنی دار نداشته است ولی حمایت دریافت شده از سوی خانواده تاثیر به سزایی در کاهش وابستگی به الکل، سیگار و مواد مخدر دارد [۱۸]. از سوی دیگر بر اساس تحقیقاتی که تاکنون صورت گرفته است، برنامه‌های مداخله‌ای حمایتی اجتماعی تاثیری بر پیامدهای بارداری زنان آسیب پذیر ندارند و تنها در کاهش اندک میزان بستری در دوران بارداری و شیوع سزارین نقش داشته‌اند[۲۰-۱۹]. با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی درک شده بر پیامدهای سلامت و با توجه به کمبود مطالعات فعلی در رابطه با نقش حمایت اجتماعی در بروز پیامدهای بارداری [۷]، بر آن شدیم تا نقش حمایت اجتماعی درک شده بر پیامدهای زایمانی در مادران آسیب پذیر را بررسی کنیم.

از بین این پیامدها تولد زودرس و وزن کم هنگام تولد، دو عامل مهم پیش بینی کننده مرگ و عوارض بلند مدت در نوزادان هستند و این دو پیامد در مادران آسیب پذیر شیوع بیشتری دارند [۲۴-۲۱]. نیاز به بستری نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نیز یکی دیگر از عوامل مهم تاثیرگذار بر سلامت نوزاد است [۲۱]. لذا این سه عامل به عنوان پیامدهای زایمانی مورد مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۴۰۰ زن باردار آسیب پذیر که در شهر تهران سکونت داشتند و جهت ختم بارداری به مراکز دولتی شهر تهران مراجعه نموده بودند، انجام شد. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای (خوشه ای – تصادفی) بود. جهت نمونه گیری فهرستی از بیمارستان‌های دولتی شهر تهران تنظیم شد. سپس با توجه به پنج حوزه شمال، غرب، شرق، مرکز و جنوب ۵ مرکز بیمارستانی به طور تصادفی انتخاب شدند. برای هرکدام از نواحی شمال، جنوب و شرق یک بیمارستان و برای مرکز نیز دو بیمارستان دولتی دانشگاهی انتخاب شدند. مادران آسیب پذیر باتوجه به دارا بودن معیارهای ایرانی بودن، حاملگی تک قلویی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

تسلط به زبان فارسی، عدم ابتلا به بیماری ذهنی یا جسمی که مانع از پاسخگویی شود و همچنین سکونت در شهر تهران و همچنین براساس معیارهای آسیب پذیری همچون سطح تحصیلات پایین زن یا در آمد پایین خانواده یا همسر با سطح تحصیلات بی سواد یا همسر بیکار/ معتاد یا زندانی و یا خانواده تحت پوشش کمیته امداد، وارد مطالعه شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه و اطمینان از این که اطلاعات محرمانه بوده، پرسشنامه ها توسط پرسشگر تکمیل گردید. پرسشنامه شامل سه بخش مشخصات جمعیت شناختی، اطلاعات مربوط به سوابق بارداری و زایمان و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده بود. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سوالاتی درباره سن، تحصیلات، شغل، وضعیت بیمه و همچنین وضعیت اقتصادی- اجتماعی بود، اطلاعات و سوابق مادر و پیامدهای نوزادی منجمله سن حاملگی در زمان زایمان، وزن هنگام تولد نوزاد و بستری شدن نوزاد در واحد مراقبت های ویژه نوزادان از طریق پرونده پزشکی مادر و نوزاد جمع آوری گردید. به منظور اندازه گیری حمایت اجتماعی درک شده از پرسشنامه‌ی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده (Multidimensional perceived social support questionnaire – MPSS) استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۱۲ پرسش در سه بعد خانواده، دوستان و فردی خاص است. طیف نمره دهی به صورت لیکرت هفت گانه است و نمره دهی از مقیاس ۱ (کاملا مخالف) تا مقیاس ۷ (کاملا موافق) نمره گذاری می شوند. بالاترین نمره ۸۴ و پایینترین نمره ۱۲ است. نمرات بالاتر نشانگر حمایت اجتماعی درک شده بهتری است[۲۵]. مطالعات جهانی فراوانی روایی و پایایی این پرسشنامه را تایید کرده‌اند [۲۹-۲۵]. روایی و پایایی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده در ایران، در مطالعات مختلف بررسی و مستند شده است [۳۱-۳۰] آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه انجام شده ۰/۸۲ برای کل پرسشنامه بود. برای زیر گروه‌های خانواده، دوستان و شخص خاص به ترتیب آلفای کرونباخ ۰/۹۳، ۰/۹۸ و ۰/۶۸ به دست آمد. داده ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه شماره ۲۳ و از طریق آزمون‌های آمار توصیفی، رگرسیون لجستیک و آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی شرکت کنندگان (۹/۵۸) ۲۷/۴۸ سال بود. اکثر مادران (۴۰/۸ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی و خانه دار (۹۵/۵ درصد) بودند. تمامی مادران در این مطالعه متاهل بودند. وضعیت اقتصادی توسط اکثر مادران (۸۶/۵) نسبتا بد گزارش شده بود. (جدول شماره ۱) درصد کمی از زنان (۰/۵ تا ۴درصد) همسر معتاد، بیکار یا در حال گذراندن محکومیت کیفری داشتند. درصد بسیار کمی از مادران نیز تحت پوشش کمیته امداد و یا بهزیستی بودند. کمترین نمره‌ی حمایت اجتماعی ۱۲ و بیشترین آن ۸۴ بود. اکثر مادران (۵۳/۵٪) از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردار نبودند. میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده ۵۲/۰۹ بود. (جدول شماره ۱). در بین ابعاد حمایت اجتماعی درک شده، حمایت اجتماعی از سوی دوستان کمترین میانگین نمره را کسب کرد (۷/۸) ۸/۸۴ . در رابطه با پیامدهای زایمانی، میانگین وزن تولد نوزادان در این مطالعه (۱۸۹۵/۹۶) ۳۱۸۰/۴۸ گرم و میانگین سن حاملگی در زمان زایمان (۲/۴۳) ۳۸/۲ هفته بود. حدود ۸ درصد نوزادان نیازمند بستری در بخش مراقبت های ویژه بودند. (جدول شماره ۲) هیچ ارتباط معنی داری بین وزن هنگام تولد نوزاد و حمایت اجتماعی درک شده وجود نداشت. بین متغیر حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده با سن حاملگی در زمان تولد نوزاد (P=۰/۰۳)و همچنین بین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با سن حاملگی در زمان تولد نوزاد (P=۰/۰۴) ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت. بین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با بستری نشدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه ((P=۰/۰۵) ارتباط مستقیم و معنی دار دیده شد. (جدول شماره ۳).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک مادران آسیب پذیر (n= ۴۰۰)

	تعداد	درصد
سن (سال)		
۲۰>	۳۹	۹/۸
۳۰-۲۰	۲۰۹	۵۲/۲
۴۰-۳۰	۱۴۴	۳۶
۴۰<	۸	۲
تحصیلات		
بی سواد یا سوادابتدایی	۹۸	۲۴/۵
راهنمایی	۹۴	۲۳/۵
دبیرستان	۱۶۳	۴۰/۸
دانشگاهی	۴۵	۱۱/۲
شغل		
خانه دار	۳۸۲	۹۵/۵
شاغل	۱۸	۴/۵
وضعیت اقتصادی خانوار		
متوسط	۱۸	۴/۵
نسبتا بد	۳۴۶	۸۶/۵
بد	۳۶	۹
وضعیت تاهل		
مجرد	۰	۰
متاهل	۴۰۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی پیامدهای زایمانی و حمایت اجتماعی درک شده در مادران آسیب پذیر

	تعداد	درصد
وزن کم هنگام تولد	۳۹	۹/۸
وزن مطلوب هنگام تولد	۳۶۱	۹۰/۲
تولد پره ترم	۷۳	۱۸/۳
تولد ترم	۳۲۷	۸۱/۷
بستری در NICU	۳۲	۸
عدم نیاز به بستری	۳۶۸	۹۲
حمایت اجتماعی مطلوب (نمره ۵۲ و بیشتر)	۱۸۶	۴۶/۵
حمایت اجتماعی نامطلوب (نمره کمتر از ۵۲)	۲۱۴	۵۳/۵

جدول۳: رابطه حمایت اجتماعی درک شده به تفکیک ابعاد با پیامدهای زایمانی

	وزن نوزاد هنگام تولد			**سن حاملگی در زمان تولد**			**نیاز به بستری در NICU**		
	بالای ۲۵۰۰ میانگین (انحراف معیار)	زیر ۲۵۰۰ میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون T (P)	ترم میانگین (انحراف معیار)	پره ترم میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون T (P)	عدم بستری میانگین (انحراف معیار)	بستری میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون T (P)
حمایت اجتماعی از سوی همسر	۲۱/۶۲ (۴/۸)	۲۰/۷۶ (۶)	۰/۴۷	۲۱/۴۴ (۴/۹)	۲۲/۱۳ (۴/۶)	۰/۲۷	۲۱/۵۹ (۴/۸)	۲۴/۲۴ (۵/۸)	۰/۶۹
حمایت اجتماعی از سوی خانواده	۲۱/۷۵ (۴/۹)	۲۰/۷۶ (۶)	۰/۲۴	**۲۱/۹۱ (۵)**	**۲۰/۵۴ (۵/۳)**	**۰/۰۳**	۲۱/۸۴ (۴/۹)	۱۹/۶۳ (۶/۴)	۰/۷۳
حمایت اجتماعی از سوی دوستان	۸۸/۸ (۷/۰۹)	۸/۴۱ (۷)	۰/۶۹	۸/۹ (۷/۱)	۸/۵۶ (۶/۷)	۰/۷۱	۸/۹۵ (۷/۱)	۷/۵۱ (۶/۴)	۰/۲۶
حمایت اجتماعی کل	۵۲/۴۳ (۱۲)	۵۱/۲۰ (۱۳/۸)	۰/۲۸	**۵۲/۴۳ (۱۲/۳۶)**	**۵۰/۲۴ (۱۱/۸)**	**۰/۰۴**	**۵۲/۵۶ (۱۲/۲)**	**۴۸/۳۹ (۱۲/۲)**	**۰/۰۵**

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه از پرسشنامه چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده استفاده شده و میانگین نمره حمایت اجتماعی مادران مورد پژوهش ۵۲/۰۹ به دست آمد، در دو مطالعه ایرانی انجام شده در شهر تهران بر روی زنان باردار که از ابزار مشابه استفاده کرده بودند، صادقی و همکارانش به میانگین ۶۲/۱۸ و میراب زاده و همکارانش به میانگین ۶۰/۴۱ دست یافتند [۲،۱۲]. با توجه به این امر که دو مطالعه فوق الذکر در جمعیت عادی مادران فارغ از وضع اقتصادی-اجتماعی انجام شده، کمتر بودن میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در مادران آسیب پذیر قابل توجیه است. بر اساس نتایج این مطالعه حمایت اجتماعی درک شده بر سن حاملگی در زمان تولد و همچنین بستری نشدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه تاثیر مستقیم داشت. مطالعات مشاهده ای اندکی به بررسی رابطه و تاثیر حمایت اجتماعی و پیامد بارداری پرداخته اند، نتایج این مطالعات اندک نیز هم پوشانی نداشته و متناقض‌اند [۳۶-۳۲]. در مطالعه صادقی و همکاران ارتباطی بین حمایت اجتماعی با سن حاملگی و همچنین وزن هنگام تولد نوزاد دیده نشد [۱۲] اما در یک مطالعه ایرانی دیگر میراب‌زاده و همکارانش رابطه مستقیم و معنادار بین حمایت اجتماعی درک شده و سن حاملگی در زمان زایمان یافتند[۲]. مطالعه مروری انجام گرفته توسط هدنت و همکارانش بر روی ۱۷ کارآزمایی بالینی، نشان داد که افزایش حمایت اجتماعی تاثیری بر سن حاملگی و وزن نوزاد هنگام تولد نداشته است[۱۵]، اما نتایج مروری بر ۲۱ کارآزمایی بالینی در سال ۲۰۱۹، حاکی از آن بود که بهبود حمایت اجتماعی منجر به کاهش اندکی در میزان زایمان های زودرس و وزن کم هنگام تولد می شود [۳۲]. هر دو مطالعه مروری نشانگر کاهش بستری مادران در بیمارستان حین بارداری بودند [۳۲، ۱۵] در مطالعه انجام شده در اتیوپی بر جمعیت عمدتا فقیر، کاهش حمایت اجتماعی ارتباط معنی دار و مستقیم با وزن کم هنگام تولد نوزاد دارد [۳۳]. با این حال نتایج چندین مطالعه، حاکی از آن است که حمایت اجتماعی درک شده به طور مستقیم بر پیامدهای نوزادی تاثیر نداشته، بلکه با واسطه افسردگی مادر و یا تنش در بارداری تاثیر غیرمستقیم داشته است [۳۴]. مطالعات متعددی برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب را به عنوان عامل خنثی کننده آثار زیان بار شرایط نامطلوب اقتصادی-اجتماعی، افسردگی و اضطراب بر سلامت مادر و نوزاد می دانند [۳۶-۳۵]. نیاز به انجام مطالعات بیشتر در زمینه رابطه حمایت اجتماعی و پیامدهای بارداری احساس می‌شود. کشف سازوکارهایی که نابرابری‌های اجتماعی به واسطه‌ی آنها منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوب بارداری می‌شوند [۳۷]، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که شناسایی این سازوکارها ممکن است فرصت مناسبی برای پیشگیری و یا مداخله برای بهبود پیامدها فراهم نماید [۳۸-۳۶].

سهم نویسندگان

ناهید اکبری: طراحی مطالعه، طراحی پرسشنامه، تفسیر داده ها

الناز ایرانی فرد: طراحی مطالعه، طراحی پرسشنامه، نگارش مقاله، تحلیل و تفسیر داده ها

علی منتظری: طراحی و تایید نهایی پرسشنامه، تحلیل و تفسیر داده ها، تایید نسخه نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی جامعه نگر، دانشجو الناز ایرانی‌فرد به راهنمایی دکتر ناهید اکبری بود. پژوهشگران سپاس و قدرانی خود را از تمامی افرادی که در این پژوهش مساعدت داشتند، اعلام می‌دارند.

منابع

1. Taylor C.A and D Sarathchandra. Socioeconomic Position and Low Birth Weight: Evaluating Multiple and Alternative Measures Across Race in Michigan. Social Sciences 2014; 3: 549-564

2. Mirabzadeh A, et al. Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. Iranian Red Crescent Medical Journal 2013; 15: 507-514

3. Herbell K and J.A. Zauszniewski. Stress Experiences and Mental Health of Pregnant Women: The Mediating Role of Social Support. Issues in Mental Health Nursing 2019; 40: 613-620

4. Giurgescu C, et al. Support From the Father of the Baby and Preterm Birth Among Black Women. Presentation, 29th International Nursing Research Congress: Innovative Global Nursing Practice and Education Through Research and Evidence-based Practice, Melbourne, Australia 2018; 16:40

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

5. Gavin A.R, Nurius P and P Logan-Greene. Mediators of adverse birth outcomes among socially disadvantaged women. Journal of Women's Health 2012; 21: 634-642

6. Alhusen J.L, et al. The Role of Mental Health on Maternal-Fetal Attachment in Low-Income Women. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2012; 41: 71-81

7. Hetherington, E L. Social Support in a Pregnant and Postnatal Population. Thesis, Cumming School of Medicine: University of Calgary 2019; 1-122

8. Masho S.W, E Do and S Adekoya. Social Support and Smoking during Pregnancy. Journal of women's health care 2014; 3: 1000179

9. Streeter C.L, and C. Franklin. Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. Research on Social Work Practice 1992; 2: 81-98

10. Masoudnia E. Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder. Iranian Journal of Nursing 2011; 24: 8-18 [in Persian]

11. Surkan P.J, et al. Paternal involvement and support and risk of preterm birth: findings from the Boston birth cohort. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2019; 40: 48-56

12. Sadeghi aval shahr H, et al. Relationship between Perceived Social Support in First Pregnancy with Birth Satisfaction in Primigravid Women Referred to Shahid Akbar Abadi Hospital. Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal 2014; 4: 54-64 [in Persian]

13. Shafie M, et al. The Relationship Between Social Support and Postpartum Depression in Mothers with Premature Babies. The Journal of Tolooebehdasht 2018; 17: 81-93 [in Persian]

14. Javid F.M, et al. Comparison of lifestyles of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Global Journal of Health Science 2015; 7: 162-169

15. Roy-Matton N, et al. The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. Obstetrical & Gynecological Survey 2011; 66: 475-476

16. Carcone A.I, et al. Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP 2011; 32: 581-590

17. John E, et al. Healthy eating and lifestyle in pregnancy (HELP): a protocol for a cluster randomised trial to evaluate the effectiveness of a weight management intervention in pregnancy. BMC Public Health 2014; 14: 439

18. Gatny H.H, J.S Barber, and Y Kusunoki. Young Women and Substance Use during Pregnancy: The Role of Social Support. Population Studies Center Research Report 13-788 2013; 1-27

19. Hodnett E.D, S Fredericks, and J Weston. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. Cochrane Database System Review 2010; 6: CD000198

20. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annual Review of Psychology 2011; 62: 531-558

21. Hall E.M, et al. Development of postpartum depression interventions for mothers of premature infants: a call to target low-SES NICU families. Journal of Perinatology 2019: 39: 9

22. Blumenshine P, et al. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine 2010; 39: 263-272

23. Meng G, M.E Thompson, and G.B Hall. Pathways of neighbourhood-level socio-economic determinants of adverse birth outcomes. Internation Journal Health Geograpghy 2013; 12: 32

24. Mutsaerts M, et al. Effects of paternal and maternal lifestyle factors on pregnancy complications and perinatal outcome. A population-based birth-cohort study: the GECKO Drenthe cohort. Human Reproduction 2014; 29: 824-834

25. Zimet G.D, et al. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment 1988; 52 :30-41

26. Zimet G.D, et al. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment 1990; 55: 610-617

27. Dahlem N.W, G.D. Zimet, and R.R. Walker. The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. Journal of clinical psychology 1991; 47: 756-761

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

28. Canty-Mitchell J and G.D. Zimet. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. American Journal of Community Psychology 2000; 28: 391-400

29. Basol G. Validity and reliability of the Multidimensional Scale of Perceived SocialSupport-Revised, with a Turkish sample. Social Behavior and Personality: An International Journal 2008; 6: 1303-1314

30. Salimi A.R, et al. Internet And Comminucatin: Percieved Social Support And Lonlieness As Antecedent Variables. Journal of Psycological Studies 2009; 5: 81-102

31. Rostami R, et al. Relations Among Self-efficacy, Emotional Intelligence and Perceived Social Support in University Students. Quarterly of Horizon of Medical Sciences 2010; 16: 46-54

32. East C.E, et al. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019; 4: CD000198.

33. Wado Y.D, M.F Afework, and M.J Hindin. Effects of maternal pregnancy intention, depressive symptoms and social support on risk of low birth weight: a prospective study from southwestern Ethiopia. Plos one 2014; 9: 6304

34. Nylen KJ, et al. Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. Journal of Behavioral Medicine 2013; 36: 427-440

35. Spann M.N, et al. Prenatal socioeconomic status and social support are associated with neonatal brain morphology, toddler language and psychiatric symptoms. Child Neuropsychology 2019; 1-19

36. Hetherington E, et al. Social support and maternal mental health at 4 months and 1 year postpartum: analysis from the All Our Families cohort. Journal of Epidemiology and Community Health 2018; 72: 933-939

37. Katzow M, et al. The Protective Effect of Prenatal Social Support on Infant Adiposity in the First 18 Months of Life. The Journal of Pediatrics 2019; 209: 77-84

38. Jansen P. Social inequalities in pregnancy outcomes and early childhood behaviour: the Generation R study. Thesis, Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam 2009; 1-191

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

ABSTRACT

Perceived social support and pregnancy outcomes in vulnerable women

Elnaz Iranifard[1*], Nahid Akbari[2], Ali Montazeri[3]

1. School of nursing and midwifery, Islamic Azad University of Maybod, Yazd, Iran
2. Faculty of nursing and midwifery, Iran University of Medical sciences, Tehran, Iran
3. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(5): 517- 524
Accepted for publication: 17 September 2019
[EPub a head of print-25 September 2019]

Objective (s): Perceived social support is considered to be an important predictor of health outcomes. The aim of this study was to investigate the relationship between perceived social support and delivery outcomes among pregnant women with low socio-economic status.
Methods: A cross-sectional study was conducted in Tehran. Through cluster sampling, nine hospitals randomly were selected in five regions of Tehran including north, south, east, west, and city center. A sample of pregnant women with low socio-economic status receiving care was recruited. Data were collected by a validated questionnaire.
Results: In all 400 pregnant women were studied. Of these 53.5% percent scored low in perceived social support. There was a significant relationship between perceived social support (p= 0.04) and perceived social support from family (p= 0.03) with gestational age at the time of delivery. Need for NICU care was higher in neonates born to mothers with lower perceived social support score (P = 0.05).
Conclusion: The findings indicated that pregnant women with low socioeconomic background received lower social support. In addition prenatal social support was associated with gestational age at the time of delivery and need for NICU care for newborns. Further research is needed to determine the effect of social support on other aspects of maternal and neonatal health.

Key Words: perceived social support, vulnerable women, pregnancy outcome, low birth weight, low socio-economic status

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1]

[*] Corresponding author: School of nursing and midwifery, Islamic Azad University of Maybod, Yazd, Iran
E-mail: eiranifard@gmail.com