

بررسی حفظ وزن بعد از زایمان و ارتباط آن با

وضعیت عملکرد مادری ۶ ماه پس از زایمان

الهام قبادی^۱، دکتر سویل حکیمی^{۲*}، دکتر مژگان میرغفوروند^۳، سیمین

صیدی^۴، دکتر سعید دستگیری^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. استادیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. استاد گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

خلاصه

مقدمه: بارداری و زایمان با تغییراتی در وزن و وضعیت عملکرد مادری همراه است. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها مبنی بر کاهش فعالیت عملکردی در افراد چاق، مطالعه حاضر با هدف تعیین حفظ وزن و ارتباط آن با وضعیت عملکرد مادری در ۶ ماه پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۰۷ زن زایمان کرده در شهر اردبیل انجام گرفت. حفظ وزن به صورت تفاضل وزن ثبت شده در هفته ۱۲-۱۰ بارداری و وزن ثبت شده در ۶ ماه پس از زایمان تعریف شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی و پرسشنامه وضعیت عملکرد پس از زایمان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون‌های همبستگی پیرسون، مدل رگرسیون لوجستیک و مدل خطی عمومی با تعدیل متغیرهای پایه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین حفظ وزن زنان ۶ ماه بعد از زایمان $9/99 \pm 0/5$ کیلوگرم بود. بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین تمام زیر دامنه‌ها شامل مسئولیت خانه ($p=0/05$)، فعالیت اجتماعی ($p=0/042$)، مراقبت از نوزاد ($p=0/009$) و مراقبت از خود ($p<0/001$) با حفظ وزن ارتباط معنی‌داری وجود داشت. تنها زیر دامنه‌ای از وضعیت عملکردی که با حفظ وزن ارتباط معنادار نداشت، زیر دامنه شغل بود ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: زنان حفظ وزن قابل قبولی ۶ ماه بعد از زایمان داشتند و حفظ وزن بالا با وضعیت عملکردی مادری پایین همراه بود، بنابراین نیاز به ارزیابی دقیق‌تر وزن مادران پس از زایمان و توصیه‌های مناسب تغذیه در دوران شیردهی می‌باشد.

کلمات کلیدی: چاقی، حفظ وزن، نفاس، وضعیت عملکرد مادری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سویل حکیمی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱۱-۶۶۹۲۷۰۸؛ پست الکترونیک: hakimisevil@gmail.com

مقدمه

افزایش وزن دوران بارداری نتیجه یک فرآیند فیزیولوژیک و به علت رشد و تکامل طبیعی مادر و جنین است. میزان افزایش وزن توصیه شده در دوران بارداری طبیعی حدود ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم می‌باشد (۱). بارداری و زایمان افزایش وزن بین ۰/۴ الی ۱/۸ کیلوگرم را با توجه به سن هر فردی به دنبال دارد (۲، ۳). تغییر وزن پس از زایمان می‌تواند تحت تأثیر عوامل مربوط به قبل از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان قرار گیرد (۱). در روند طبیعی کاهش وزن پس از زایمان، در ۲-۳ هفته اول پس از زایمان مقداری از وزن در نتیجه دفع آب و مایعات تجمع یافته در بارداری از دست می‌رود. کاهش وزن‌های بعدی اگر اتفاق بیافتد، به مقدار کمتر و آهسته‌تر صورت می‌گیرد که در نتیجه کاهش چربی‌هاست (۴، ۵). مادران معمولاً حدود ۱ کیلوگرم دیگر را بین ۶-۳ ماه بعد از زایمان از دست می‌دهند. اکثر زنان ۶ ماه بعد از زایمان به سطحی از وزن قبل از حاملگی که خود عنوان کرده‌اند نزدیک می‌شوند، اما هنوز به طور متوسط با ۱/۴ کیلوگرم اضافه وزن مواجه هستند (۶). افزایش وزن در دوران بارداری و حفظ وزن پس از زایمان، نقش قابل توجهی در اضافه وزن، چاقی و بیماری‌های مزمن مادران دارد (۵، ۷). اگرچه بسیاری از زنان به وزن قبل از بارداری برمی‌گردند، اما تعداد زیادی از زنان اضافه وزن قابل توجهی بعد از زایمان خواهند داشت. در مطالعات مختلف حفظ وزن به میزان ۵ کیلوگرم در ۲۰-۱۴٪ زنان گزارش شده است (۸).

تغییرات رخ داده ناشی از بارداری و زایمان منجر به تغییر وضعیت عملکردی مادران پس از زایمان می‌شود. وضعیت عملکردی در دوره بعد از زایمان شامل: مراقبت‌های شخصی، مراقبت از نوزاد، مسئولیت‌های خانوادگی، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های شغلی است (۹). در جمعیت عمومی ۴۷-۵۷٪ زنان زایمان کرده در هفته ۶ بعد از زایمان و ۷۶٪ زنان در هفته ۱۲ بعد از زایمان به سطح عملکردی قبل از بارداری خود می‌رسند و زنان به نقش جدید اضافه شده خود عادت می‌کنند (۱۰). پیشرفت اندکی در سطح عملکردی زنان در بین هفته‌های ۲۶-۱۲ بعد از زایمان مشاهده شده

است (۱۱، ۱۲). مطالعه مروری اکتان (۲۰۰۷) نشان داد وضعیت عملکردی مادر پس از زایمان می‌تواند تحت تأثیر حمایت اجتماعی، اضطراب، تعداد فرزندان در خانواده، سن مادر، نژاد و سلامت جسمی و روانی قرار گیرد (۱۳). عدم وجود انتظارات روشن مربوط به نقش مادری باعث ایجاد یک چالش برای مادران می‌گردد. اگرچه هنجارهای اجتماعی و فرهنگ یک زن، برخی از انتظارات از مادران جدید را ارائه می‌دهد، اما مجموعه‌ای خاص از قوانین و یا دستورالعمل وجود ندارد (۱۴). مطالعه مروری تولمان و همکاران (۱۹۹۰) نشان داد که بهبودی در وضعیت عملکردی از ۳ هفته تا ۳ ماه بعد از زایمان به طور نسبی وجود دارد. با این حال ۶٪ زنان در ماه سوم هنوز از عهده مراقبت از نوزاد بر نمی‌آیند. نزدیک به ۲۰٪ از زنان مسئولیت فعالیت‌های خانه را از سر نمی‌گیرند و ۳۰٪ هنوز فعالیت‌های اجتماعی خود را شروع نمی‌کنند (۱۵). جایگاه ماما در نظام سلامت خیلی وسیع و از کنترل دوران بارداری گرفته تا مراقبت‌های دوران نوزادی و پس از زایمان می‌باشد. با توجه به اینکه ماماها در دوران پس از زایمان با زنان زایمان کرده در ارتباط می‌باشند، می‌توانند از طریق آموزش دادن تغذیه و روش صحیح شیر دادن از چاقی بعد از زایمان جلوگیری کنند (۱۶).

از آنجایی که در جستجوی محققین مطالعه‌ای در زمینه وضعیت عملکردی مادران ۶ ماه پس از زایمان یافت نشد و همچنین با توجه به اهمیت حفظ وزن و تأثیر احتمالی وضعیت عملکردی مادران بر میزان حفظ وزن، مطالعه حاضر با هدف بررسی حفظ وزن و ارتباط آن با وضعیت عملکردی مادران در ۶ ماه پس از زایمان انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۰۷ زن زایمان کرده گراوید یک و دو، در ۱۱ مرکز و پایگاه بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل انجام شد. نمونه‌گیری پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد: ۵/۴/۲۸۶۷) انجام گرفت.

از آنجا که این پژوهش قسمتی از یک مطالعه بزرگ‌تر بود، حجم نمونه بر اساس هر متغیر حفظ وزن و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و با استفاده از نرم‌افزار PS (نسخه ۳.۲.۱) تعیین شد. با استفاده از اطلاعات

عملکردی را در دوره بعد از زایمان در زیر دامنه‌های مراقبت‌های شخصی، مراقبت از نوزاد، مسئولیت‌های خانوادگی، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های شغلی می‌سنجد. حداقل امتیاز برای هر گزینه ۱ و حداکثر امتیاز ۴ می‌باشد. نمره بیشتر نشان دهنده وضعیت عملکردی بهتر در هر زیر دامنه می‌باشد (۱۸). این پرسشنامه در ایران توسط میرغفوروند و همکاران (۲۰۱۷) ترجمه و روان‌سنجی شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) $\alpha=0/73$ تأیید شد (۱۹).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) انجام گرفت. جهت بررسی متغیرهای فردی و اجتماعی از آمار توصیفی، جهت بررسی ارتباط حفظ وزن با وضعیت عملکردی از آزمون همبستگی پیرسون، جهت بررسی عوامل خطر حفظ وزن از مدل رگرسیون لجستیک و جهت بررسی ارتباط زیردامنه‌های وضعیت عملکردی با حفظ وزن از مدل خطی عمومی با تعدیل متغیرهای پایه استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰۷ زن وارد مطالعه شدند. میانگین سن زنان $26/89 \pm 4/5$ سال و شاخص توده بدنی در ابتدای بارداری $25/58 \pm 4/47$ کیلوگرم بر متر مربع بود. جدول ۱ مشخصات فردی و اجتماعی شرکت کنندگان را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر میانگین وزن ابتدای بارداری افراد $65/48 \pm 12/5$ کیلوگرم، میانگین وزن ۶ ماه پس از زایمان $66/45 \pm 12/94$ کیلوگرم و میانگین حفظ وزن $9/99 \pm 0/5$ کیلوگرم بود. بر اساس تحلیل داده‌ها، ۱۳ نفر ($4/2\%$) از افراد بر اساس طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت لاغر بودند (۲۰) (شاخص توده بدنی کمتر از $18/5$ کیلوگرم بر متر مربع) و میانگین افزایش وزن این گروه $3/15 \pm 6/0$ کیلوگرم بود. ۱۳۰ نفر ($24/3\%$) از شرکت کنندگان در محدوده وزن طبیعی بودند (شاخص توده بدنی $18/5-24/99$ کیلوگرم بر متر مربع) و میانگین افزایش وزن این گروه $4/4 \pm 2/20$ کیلوگرم بود. ۱۱۶ نفر ($37/8\%$) از شرکت کنندگان اضافه وزن داشتند

اولیه مطالعه بحیرایی و همکاران (۱۷) (میانگین $\beta=0/12$ و دقت $0/1$ ، حجم نمونه $2/04 \pm 0/64$) به دست آمد که با در نظر گرفتن ضریب اثر طرح (۱/۵) حجم نمونه نهایی ۳۰۷ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد؛ بدین ترتیب که ابتدا از ۳۲ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشتی شهرستان اردبیل، یک سوم از مراکز و پایگاه‌ها (۱۱ مرکز و پایگاه) به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از انتخاب واحدهای پژوهش، ابتدا لیستی از زنان واجد شرایط در هر مرکز بهداشتی درمانی با استفاده از پرونده زنان تهیه و ۳۰۷ زن به شکل تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. قبل از انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه، به تمام افراد شرکت کننده در مورد ماهیت تحقیق اطلاعات کافی داده شد و از تمام آنها رضایت آگاهانه اخذ گردید. حفظ وزن به صورت تفاضل وزن ثبت شده در اولین ویزیت (معمولاً در هفته ۱۲-۱۰ بارداری) (۲) و وزن ثبت شده در ۶ ماه پس از زایمان تعریف شد. وزن افراد حائز شرایط با ترازوی زمینی موجود در مراکز بهداشتی که هر ماه با وزنه‌های مرجع کنترل می‌شدند، بدون کفش و با لباس معمول منزل ثبت شد. ثبت اندازه‌گیری وزن ۳ ماهه اول بارداری و ۶ ماهه پس از زایمان توسط یک پژوهشگر انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸-۳۵ سال، پارتیتی یک و دو با حاملگی تک قلو، گذشتن ۶ ماه از زمان زایمان، عدم استفاده از رژیم کاهش وزن، عدم وجود بیماری‌های زمینه‌ای از جمله دیابت، فشارخون، بیماری اتوایمیون، عدم وجود افسردگی بعد از زایمان بنا به اظهار شرکت کننده، عدم استفاده از روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری، عدم وجود ناهنجاری‌های جنینی و عدم مصرف سیگار و مواد مخدر بود. معیار خروج از مطالعه، انصراف شرکت کنندگان از پژوهش بود. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات فردی اجتماعی و پرسشنامه وضعیت عملکردی (IFSAC)^۲ به روش مصاحبه توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد. این پرسشنامه که توسط فاکت و همکاران (۱۹۸۸) (۱۸) طراحی شده است، وضعیت

² Inventory of functional status after child berth

میانگین حفظ وزن در افرادی که زایمان واژینال داشتند $4/13 \pm 0/4$ کیلوگرم و در افرادی که زایمان سزارین داشتند $2/12 \pm 1/1$ کیلوگرم بود. همچنین میانگین حفظ وزن در افرادی که نوزادشان تغذیه انحصاری با شیر مادر داشت $3/93 \pm 0/5$ کیلوگرم و در افرادی که نوزادشان تذیه با شیر خشک داشتند $4/12 \pm 1/8$ کیلوگرم بود. بر اساس نتایج آزمون independent t-test بین گروه‌ها به ترتیب از لحاظ حفظ وزن تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

(شاخص توده بدنی $29/99-25$ کیلوگرم بر متر مربع) و میانگین افزایش وزن این گروه $5/0 \pm 0/87$ کیلوگرم بود. ۳۸ نفر ($12/4\%$) از شرکت کنندگان چاق بودند (شاخص توده بدنی $34/99-30$ کیلوگرم بر متر مربع). این گروه در بارداری کاهش وزن داشتند، میانگین کاهش وزن این گروه $4/4 \pm 2/26$ کیلوگرم بود. ۹ نفر ($2/9\%$) از شرکت کنندگان چاقی مرضی (شاخص توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۵ کیلوگرم بر متر مربع) داشتند، میانگین افزایش وزن این گروه $8/9 \pm 0/88$ کیلوگرم بود.

جدول ۱- مشخصات فردی اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه

مشخصات فردی	تعداد	(درصد)
سن (سال)	کمتر از ۲۰	۲۹ (۹/۴)
	۲۰-۳۰	۲۷۸ (۹۰/۹)
تحصیلات (سال)	کمتر از ۹ سال (ابتدایی/ راهنمایی)*	۷۴ (۲۴/۱)
	۹-۱۲ سال (دبیرستان/ دیپلم)	۱۵۷ (۵۱/۱)
	بیشتر از ۱۲ سال (دانشگاه)	۷۶ (۲۴/۱)
شغل	خانه‌دار	۲۸۲ (۹۱/۹)
	شاغل	۲۵ (۸/۱)
پارितه	۱	۱۴۶ (۴۷/۷)
	۲	۱۶۱ (۵۲/۴)
درآمد	کافی	۴۵ (۱۴/۷)
	متوسط	۲۵۰ (۸۱/۴)
	ناکافی	۱۲ (۳/۹)
نوع زایمان	واژینال	۱۲۵ (۴۰/۷)
	سزارین	۱۸۲ (۵۹/۳)
وضعیت تغذیه نوزاد	تغذیه انحصاری با شیر مادر	۱۵۴ (۵۰/۲)
	شیر خشک به همراه شیر مادر	۳۶ (۱۱/۷)
	شیر خشک به تنهایی	۱۸ (۵/۹)
	شیر مادر به همراه غذای کمکی	۹۹ (۳۲/۲)
ورزش منظم**		۱۰۲ (۳۳/۵)

* ۴ نفر بیسواد بودند، ** سه بار در هفته هر بار ۳۰ دقیقه

سزارین ($OR=2/8$ ؛ $95\% CI 1/4-4/3$) جزء عوامل خطر حفظ وزن ۶ ماه بعد از زایمان بودند.

بر اساس نتایج رگرسیون لجستیک، تغذیه با شیر خشک ($OR=2/1$ ؛ $95\% CI 1/1-3/8$) و زایمان

جدول ۲- همبستگی وضعیت عملکردی با حفظ وزن در زنان شرکت کننده

زیر دامنه	R	سطح معنی داری*
مسئولیت خانه	-0/112	0/05
فعالیت اجتماعی	-0/116	0/043
مراقبت از نوزاد	-0/149	0/009
مراقبت از خود	-0/218	<0/001
شغل	-0/233	0/297

* آزمون همبستگی پیرسون

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین تمام زیر دامنه‌ها به غیر از زیر دامنه شغل و حفظ وزن ارتباط

معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۳- مقایسه میانگین زیر دامنه‌های وضعیت عملکردی به تفکیک شاخص توده بدنی

سطح	شاخص توده بدنی			زیر دامنه‌های وضعیت عملکردی
	معنی‌داری*	۳۰ و بالاتر	۲۵-۲۹/۹۹	
مسئولیت خانه	۰/۰۴۷	۳/۰۱ (۰/۷۱)	۲/۹۶ (۰/۴۵)	۳/۱ (۰/۴۱)
فعالیت اجتماعی	۰/۰۱۸	۱/۹۱ (۰/۰۶۱)	۱/۹۵ (۰/۳۹)	۱/۹۳ (۰/۳۵)
مراقبت از نوزاد	۰/۲۷۹	۳/۹۲ (۰/۳۱)	۳/۹۲ (۰/۱۹)	۳/۸۷ (۰/۱۸)
مراقبت از خود	۰/۲۴۴	۲/۵ (۰/۱۱)	۲/۶ (۰/۷۶)	۲/۶ (۰/۶۹)
شغل	۰/۴۴۶	۲/۴۶ (۰/۲۱)	۲/۳۶ (۰/۱۵)	۲/۵۱ (۰/۳)

*مدل خطی عمومی با تعدیل نمره پایه

سال بعد از زایمان) و کک و همکاران (۲۰۰۴) (۳/۴ کیلوگرم، ۶ ماه بعد از زایمان) بود (۲۳-۲۱). یکی از دلایل احتمالی حفظ وزن کمتر در مطالعه حاضر، جوان‌تر بودن جمعیت مورد مطالعه از هر دو پژوهش ذکر شده بود. میانگین سنی در هر سه مطالعه ذکر شده بیشتر از مطالعه حاضر بود. تفاوت در نژاد نیز یکی دیگر از دلایل احتمالی تفاوت در نتایج می‌باشد.

در مطالعه حاضر بیشترین میزان حفظ وزن مربوط به مادرانی بود که شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ کیلوگرم بر متر مربع داشتند. در مطالعه حاضر زنانی که شاخص توده بدنی بین ۳۰-۳۴/۹۹ داشتند، کاهش وزن داشتند. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه کک و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی نداشت. در مطالعه کک، بیشترین موارد حفظ وزن مربوط به زنان با شاخص توده بدنی بالای ۳۰ بود (۲۳). تحلیل رگرسیون لوجستیک نشان داد که تغذیه نوزاد با شیر خشک، یکی از عوامل خطر حفظ وزن در زنان ۶ ماه پس از زایمان می‌باشد. کراس و همکاران (۲۰۱۰) در یک مطالعه با حجم نمونه ۴۹۲۲ زن که بر روی قومیت‌های مختلف انجام دادند، نتیجه گرفتند که تغذیه با شیر مادر ارتباط معکوس با حفظ وزن ۶ ماه پس از زایمان دارد (۲۴). بکر و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه کوهورت که در دانمارک انجام دادند، نتیجه مشابهی را ۶ ماه بعد از زایمان نشان دادند (۲۵). کک و همکاران (۲۰۰۴) و سیگاریز و همکاران (۲۰۱۰) نیز اثر محافظتی شیردهی را ۶ ماه بعد از زایمان نشان دادند (۲۲، ۲۳). در مطالعه حاضر سزارین

نمره زیر دامنه وضعیت عملکردی به تفکیک شاخص توده بدنی با استفاده از مدل خطی عمومی مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۳). در مقایسه دو به دو، میانگین زیر دامنه "مسئولیت خانه" در افرادی که شاخص توده بدنی آنها کمتر از ۲۴/۹۹ کیلوگرم بر متر مربع بود، اختلاف معنی‌داری با زنانی که میانگین شاخص توده بدنی آنها ۲۵-۲۹/۹۹ بود داشتند ($p=0.019$)، اما با افرادی که شاخص توده بدنی آنها مساوی و بیشتر از ۳۰ بود، تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0.234$). در مقایسه دو به دو زیر دامنه "فعالیت اجتماعی" نیز زنانی که میانگین شاخص توده بدنی آنها ۳۰ و بالاتر بود، به طور معنی‌داری نمره کمتری نسبت به زنانی که میانگین شاخص توده بدنی آنها ۲۵-۲۹/۹۹ بود، کسب کردند ($p=0.041$).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حفظ وزن در ۶ ماه بعد از زایمان در حدود ۰/۵ کیلوگرم می‌باشد. نتایج رگرسیون خطی نشان داد که تغذیه با شیرخشک، زایمان سزارین و وزن ابتدای بارداری، جزء پیشگوی کننده‌های حفظ وزن ۶ ماه بعد از زایمان می‌باشند و در حدود ۸٪ واریانس را تبیین می‌کنند و بین تمام زیر دامنه‌های وضعیت عملکردی مادری به غیر از زیر دامنه شغل و حفظ وزن ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

حفظ وزن مشاهده شده در مطالعه حاضر کمتر از مطالعه آلسون و همکاران (۲۰۰۳) (۱/۵ کیلوگرم، ۱ سال بعد از زایمان)، سیگاریز و همکاران (۲۰۱۰) (۲/۵ کیلوگرم، ۱

جزء پیشگویی کننده‌های حفظ وزن بود که با نتایج مطالعه آلسون و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی نداشت (۲۱). اگرچه در آنالیزهای دو متغیره بین فعالیت فیزیکی، تعداد زایمان، حاملگی پرخطر، درآمد و حفظ وزن ارتباط مشاهده شد، اما در مدل نهایی و در آنالیز رگرسیون خطی، موارد یاد شده جزء پیشگویی کننده‌های حفظ وزن نبودند. در برخی مطالعات شاخص‌های یاد شده جزء تعیین کننده‌های حفظ وزن می‌باشند (۲۶). اگرچه نتایج تحقیقات در این زمینه متفاوت می‌باشد (۲۱).

تفاوت در نژاد و قومیت جزء تعیین کننده‌های حفظ وزن می‌باشند (۲۱). عدم وجود برخی دیگر از پیشگویی کننده‌ها که در این مطالعه لحاظ نشده بود (مانند افسردگی مادر، الگوی تغذیه و خواب مادر و عدم اندازه‌گیری صحیح برخی متغیرها نظیر سطح درآمد) از علل احتمالی تفاوت در نتایج مطالعات مختلف می‌باشد. برخی مطالعات نشان دادند که زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار در ۶ ماه بعد از بارداری به وزن قبل از حاملگی بر می‌گردند (۳، ۲۱)، در صورتی که در مطالعه حاضر چنین نتیجه‌ای حاصل نشد. در مطالعه حاضر زنان شاغل همگی از ۹ ماه مرخصی بعد از زایمان برخوردار بودند، بنابراین نمی‌توان تأثیر شاغل بودن را در مطالعه حاضر سنجید.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حفظ وزن ارتباط معکوس با وضعیت عملکردی دارد. سایر پژوهش‌ها که بر روی بیماران با ضایعات نخاعی و نیز بیماران با درد مزمن انجام شدند، نشان دادند که چاقی وضعیت عملکردی را کاهش می‌دهد (۲۷). برخی مطالعات نشان داده‌اند که بارداری بر روی وضعیت عملکردی جسمی و روانی تأثیر می‌گذارد (۲۸). مطالعات انجام شده بر روی افراد مسن نشان دادند که چاقی یکی از عوامل مؤثر بر کاهش عملکرد افراد می‌باشد و افرادی که شاخص توده بدنی آنان بیشتر از ۳۵ می‌باشد، عملکردشان نسبت به افراد دیگر کاهش می‌یابد (۲۹). در مطالعه جنسن و همکار (۲۰۰۲) که بر روی سالمندان انجام شد، زنان بالای ۶۵ سال که بیش از ۱۰ کیلوگرم افزایش وزن داشتند، کاهش وضعیت عملکردی را نشان دادند (۳۰).

در مطالعه حاضر بین تمام زیر دامنه‌های وضعیت عملکردی با حفظ وزن همبستگی معناداری وجود داشت؛ به طوری که حفظ وزن بیشتر باعث کسب نمره کمتر در هر یک از ۴ زیر دامنه نامبرده می‌شد. تنها زیر دامنه‌ای که این ارتباط وجود نداشت، زیر دامنه شغل بود. همانطور که قبلاً اشاره شد، با توجه به اینکه مادران شاغل در این مطالعه همگی شغل دولتی داشتند و از ۹ ماه مرخصی برخوردار بودند، عملاً نمی‌توان در ۶ ماه اول بعد از زایمان تأثیر شغل را بر روی متغیرهای مورد نظر در پژوهش سنجید.

محدودیت مطالعه حاضر، طراحی مطالعه به صورت مقطعی و در نتیجه عدم یافتن رابطه علت و معلولی بین پیشگویی کننده‌های حفظ وزن و سایر یافته‌ها بود. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، عدم ثبت برخی متغیرهای مخدوشگر مانند الگوی خواب و تغذیه مادران و بررسی افسردگی مادران بود. از جمله نقاط قوت این مطالعه، ثبت دقیق وزن مادران در ابتدا و ۶ ماه بعد از بارداری توسط یک فرد و نیز حجم نمونه نسبتاً زیاد بود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر زنان حفظ وزن قابل قبولی ۶ ماه بعد از زایمان داشتند و حفظ وزن با وضعیت عملکردی مادری پایین همراه بود. بنابراین نیاز به ارزیابی دقیق‌تر وزن مادران پس از زایمان و توصیه‌های مناسب تغذیه در دوران شیردهی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد با عنوان "بررسی ارتباط حفظ وزن مادران با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و وضعیت عملکردی در ۶ ماه پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اردبیل ۱۳۹۳-۱۳۹۴" بود که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید شد. بدین‌وسیله از تمام شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Bahrami Taghanaki H, Hashemian M, Lotfalizadeh M, Noras MR. The relationship between Body Mass Index (BMI) and birth weight and some pregnancy outcomes. Iran J Obstet Gynecol Infertile 2016; 19(30):1-8. (Persian).
3. Gunderson EP. Epidemiologic trends and maternal risk factors predicting postpartum weight retention. Obesity During Pregnancy in Clinical Practice. London: Springer; 2014. P. 77-97.
4. Li N, Liu E, Guo J, Pan L, Li B, Wang P, et al. Maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes. PloS One 2013; 8(12):e82310.
5. Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sørensen TI, Olsen J, Rasmussen KM. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. Am J Clin Nutr 2008; 87(6):1750-9.
6. Wolfe WS, Sobal J, Olson CM, Frongillo EA. Parity-associated body weight: modification by sociodemographic and behavioral factors. Obes Res 1997; 5(2):131-41.
7. Ehrlich SF, Hedderson MM, Feng J, Davenport ER, Gunderson EP, Ferrara A. Change in body mass index between pregnancies and the risk of gestational diabetes in a second pregnancy. Obstet Gynecol 2011; 117(6):1323-30.
8. McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27(9):987-1005.
9. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. J Midwifery Womens Health 2008; 53(4):310-8.
10. Aquino JA, Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. J Counsel Psychol 1996; 43(4):480.
11. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol 2001; 97(6):988-93.
12. Otto S, De Groot R, Hornstra G. Increased risk of postpartum depressive symptoms is associated with slower normalization after pregnancy of the functional docosahexaenoic acid status. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2003; 69(4):237-43.
13. Aktan NM. Functional status after childbirth a review of the literature. Clin Nurs Res 2007; 16(3):195-211.
14. Barkin JL, Wisner KL. The role of maternal self-care in new motherhood. Midwifery 2013; 29(9):1050-5.
15. Tulman L, Fawcett J, Groblewski L, Silverman L. Changes in functional status after childbirth. Nurs Res 1990; 39(2):70-5.
16. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. Addict Behav 2000; 25(1):81-92.
17. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SM, Mohammadi E, Nedjat S. Health-promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. Int J Public Health 2014; 59(3):465-73.
18. Fawcett J, Tulman L, Myers ST. Development of the inventory of functional status after childbirth. J Nurs Midwifery 1988; 33(6):252-60.
19. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Mohammadi A, Soltanpour S. Psychometric properties of the Iranian version of the inventory of functional status after childbirth (IFSAC). Iran Red Crescent Med J 2016; In Press.
20. World Health Organization. Global database on body mass index. Geneva: World Heart Organization; 2017.
21. Olson CM, Strawderman MS, Hinton PS, Pearson TA. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27(1):117-27.
22. Siega-Riz AM, Herring AH, Carrier K, Evenson KR, Dole N, Deierlein A. Sociodemographic, perinatal, behavioral, and psychosocial predictors of weight retention at 3 and 12 months postpartum. Obesity 2010; 18(10):1996-2003.
23. Kac G, Benício MH, Velásquez-Meléndez G, Valente JG, Struchiner CJ. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. Am J Clin Nutr 2004; 79(3):487-93.
24. Krause KM, Lovelady CA, Peterson BL, Chowdhury N, Østbye T. Effect of breast-feeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. Public Health Nutr 2010; 13(12):2019-26.
25. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TI, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. Am J Clin Nutr 2008; 88(6):1543-51.
26. Kac G, Benício MH, Velásquez-Meléndez G, Valente JG, Struchiner CJ. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. J Nutr 2004; 134(3):661-6.

27. Fanuele JC, Abdu WA, Hanscom B, Weinstein JN. Association between obesity and functional status in patients with spine disease. *Spine* 2002; 27(3):306-12.
28. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):988-93.
29. Jensen GL, Hsiao PY. Obesity in older adults: relationship to functional limitation. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010; 13(1):46-51.
30. Jensen GL, Friedmann JM. Obesity is associated with functional decline in community-dwelling rural older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(5):918-23.