

تأثیر اقدامات حمایتی در شش هفته اول پس از

زایمان بر کیفیت زندگی زنان نخست زا

فریبا قدس بین^{۱*}، خدیجه یزدانی^۲، ایران جهان بین^۳

۱. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۳

خلاصه

مقدمه: زنان در دوره پس از زایمان تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی زیادی را تجربه می کنند که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد. اقدامات حمایتی پس از زایمان از تسهیلات مراقبت روزانه در منزل تا شبکه های ارائه دهنده مراقبت از عوامل احتمالی مؤثر بر کیفیت زندگی زنان می باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اقدامات حمایتی در شش هفته اول پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان نخست زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۵۲ زن نخست زا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر شیراز که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمون تحت حمایت های عاطفی- اطلاعاتی از طریق بازدید منزل و پیگیری تلفنی قرار گرفتند و افراد گروه کنترل مراقبت های رایج در مراکز بهداشتی را دریافت کردند. در این مطالعه با استفاده از تکمیل «پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی پس از زایمان» در هفته اول و ششم، کیفیت زندگی دو گروه مقایسه شد. داده ها با استفاده از آزمون کای اسکوئر و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون واضح تر از گروه کنترل بود و بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین اختلاف میانگین پنج بعد کیفیت زندگی (احساس مادر به خود، فرزند، همسر، روابط جنسی و سلامت جسمانی) در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$) که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود.

نتیجه گیری: انجام اقدامات حمایتی پس از زایمان می تواند به عنوان راهبردی مؤثر در جهت افزایش ارتقاء کیفیت زندگی زنان نخست زا مطرح باشد. لذا توجه مراقبین بهداشتی بر این امر مهم معطوف می شود.

کلمات کلیدی: حمایت، زنان نخست زا، شش هفته اول پس از زایمان، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: فریبا قدس بین؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۳۰۴۳۸۵۲

پست الکترونیک: ghodsbin@sums.ac.ir

مقدمه

یکی از بزرگترین اهداف سلامتی، ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی است که از قرن بیستم مورد توجه بسیاری از محققین قرار گرفته است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می باشد (۱). در طول زندگی زنان، مراحل حیاتی ویژه‌ای از جمله بارداری و زایمان به خصوص نخستین زایمان وجود دارد (۲). در این دوره زنان تغییرات جسمی و عاطفی زیادی را تجربه می کنند که می تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۳).

زندگی با کیفیت مطلوب، ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی مسلمانان دارد که عوامل بسیاری در ایجاد آن دخالت دارند که اقدامات حمایتی یکی از این عوامل می باشد. حمایت، عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می شود، تعریف می شود (۴). حمایت از طریق ایفای نقش، واسطه‌ای بین عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (۵).

برخی محققین در مطالعات خود به این نتیجه رسیده اند که برنامه های حمایتی در دوره‌های انتقالی زندگی و استرس‌های حاد، تأثیری مثبت بر سلامتی دارد. از این رو انتظار می رود که حمایت‌های اجتماعی در دوره نفاس نیز به عنوان یک دوره انتقالی مهم در زندگی، بتواند در ارتقاء پیامدهای مادری مؤثر واقع شود (۶). حمایت اجتماعی پس از زایمان، از تسهیلات مراقبت روزانه در منزل تا شبکه های ارائه دهنده مراقبت از طرف مراقبین بهداشتی می تواند جهت بهبود ابعاد جسمی و روانی سلامت زنان، خصوصاً در دوره پس از زایمان به علت نیازهای خاص پس از زایمان و ایفای نقش مادری اهمیت داشته باشد (۳). در حالی که مطالعات دیگر نشان داده اند که حمایت های پس از زایمان تنها بر بعد روحی - روانی کیفیت زندگی مؤثر است (۴).

برخی نظریه پردازان معتقدند افرادی که دارای حمایت های اجتماعی بیشتری هستند، از کیفیت زندگی و

سلامت بهتری برخوردار می باشند (۸). بوید و همکاران (۲۰۰۲) نیز بر اهمیت حمایت روانی، اجتماعی در دوران بارداری و پس از زایمان تأکید کرده اند (۹). علی رغم توصیه هایی که برای این گونه حمایت‌ها می شود، کمتر ارزشیابی جامعی وجود دارد که به بررسی تأثیر برنامه های حمایتی پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس پرداخته باشد (۱۰).

وارتن (۲۰۰۹) نیز در این باره بیان می کند که در اکثر کشورهای در حال توسعه این دوره حساس پس از زایمان به فراموشی سپرده شده است و علی رغم وجود برنامه های مراقبتی در دوران بارداری در برخی کشورها، در ارائه مراقبت های بلافاصله پس از زایمان برای مادر و نوزاد و حمایت آنان محدودیت وجود دارد (۱۱).

در حالی که این دوره، یک زمان ایده آل برای انجام مداخلات و حمایت از مادران به منظور ارتقاء سلامت آنها می باشد، پیشرفت این برنامه‌های حمایتی و اجرای صحیح مراقبت های مادر و نوزاد می تواند باعث کاهش میزان مرگ و میر و ناتوانی در زنان و نوزادان شود (۱۲). مطالعات نشان می دهد که به دنبال ترخیص پس از زایمان در بیمارستان، عملاً مادران از حمایت کمی از سوی مراقبین بهداشتی برخوردار هستند، در حالی که این دورانی است که مادر و خانواده بالاترین نیاز به مراقبت و حمایت را دارند (۱۳).

با توجه به اینکه اکثر مادران نخست زای به دلیل کمبود آگاهی در مورد مشکلات و مراقبت های دوران پس از زایمان (۱۴)، آمادگی لازم را برای مادر شدن نداشته و به حمایت خانواده، دوستان، و مراقبین بهداشتی نیاز دارند (۱۵) و به دلیل محدودیت پژوهشی در کشور و جهان در رابطه با اقدامات حمایتی بر کیفیت زندگی زنان نخست زای، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اقدامات حمایتی در شش هفته اول پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان نخست زای انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۵۲ زن نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر

شیراز که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. افراد دو گروه از نظر متغیرهای فردی مانند شغل همسر، تحصیلات، میزان درآمد، نوع مسکن، سن مادر و نوع زایمان همسان بودند.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام شد. بدین ترتیب که از دو مرکز بهداشتی اصلی (شهدای والفجر و شهدای انقلاب)، ۸ مرکز به طور تصادفی از ۴ ناحیه جغرافیایی انتخاب شدند و پس از مراجعه به آن مراکز، نمونه‌های مورد نظر با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪ و با توان آزمون ۸۰٪، ۵۲ نفر انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ساکن بودن افراد مورد مطالعه در طول دوره در شیراز، نخست زا بودن مادران، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تولد نوزادی سالم و رسیده با وزن ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم و ترخیص در عرض یک تا دو روز بعد از زایمان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل بیماری روانی یا جسمی مادر و نوزاد، جدایی از همسر، نقل مکان بدون اطلاع پژوهشگر یا مهاجرت از شیراز، عدم شیردهی به نوزاد، داشتن عوارض پس از زایمان (عفونت و خونریزی شدید) و عدم تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه بود.

پژوهشگر نمونه‌های مورد نظر را از طریق پرونده‌های موجود در مراکز بهداشتی انتخاب کرد. پس از تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمون و کنترل، با استفاده از شماره تماس و مشخصات موجود در پرونده، با افراد در رابطه با تمایل جهت شرکت در مطالعه صحبت شد. پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق، ارائه توضیحاتی به افراد در رابطه با هدف پژوهش و دادن اطمینان به آنان و همسران آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، داده‌ها گردآوری شد.

گروه آزمون برنامه‌های حمایتی را در شش هفته اول پس از زایمان به صورت آموزش مراقبت‌های دوره نفاس در منزل همراه با پیگیری وضعیت آنان از طریق تماس تلفنی دریافت کردند. اولین تماس تلفنی حامی (پژوهشگر) ۴۸ ساعت پس از زایمان بود. این تماس اولیه صرفاً جهت آشنایی مادر با حامی صورت می‌گرفت. تا

پایان زمان مطالعه، حامی هفته‌ای یک بار با مادر تماس می‌گرفت. در تماس‌های مادر با حامی هیچ محدودیتی از نظر تعداد تماس و زمان تماس وجود نداشت چون این تماس‌ها بر اساس نیاز مادر بود. آموزش حضوری و چهره به چهره در منزل نیز جزء برنامه حمایتی بود.

برنامه آموزشی شامل نحوه صحیح شیردهی، مراقبت از پستان و پرینه، اهمیت و نوع تغذیه مناسب در دوران شیردهی، حمایت روحی از مادر، آموزش روش‌های برقراری رابطه مناسب با همسر و ورزش‌های پس از زایمان در مدت ۴ جلسه و در حضور همسر برگزار شد. ساعات مراجعه به منزل با هماهنگی تلفنی و توافق قبلی مادر و حامی تعیین شد. هر ملاقات با مادر حدود ۳۰ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید.

در هر جلسه علاوه بر آموزش محتوای از پیش تعیین شده، به سؤالات مادر در رابطه با مشکلات پس از زایمان پاسخ داده شد. حامی سعی می‌کرد تا به مادر اعتماد به نفس بخشد، او را سرزنش نکند، به او اطمینان خاطر بخشد و به روش مثبت کلامی و غیر کلامی او را تأیید نماید. همچنین شماره تلفن حامی جهت پاسخ به سؤالات، در اختیار مادران قرار گرفت.

در مورد مراجعه گروه کنترل، یک هفته قبل از زایمان با ایشان تماس تلفنی برقرار شد و در مورد حضور در مرکز بهداشت یک هفته پس از زایمان با ایشان صحبت شد. اطلاعات مورد نیاز این گروه در طی هفته اول و ششم گردآوری شد. گروه کنترل مراقبت‌های رایج در مراکز بهداشتی را دریافت کردند. در پایان پژوهش جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، کتابچه آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول شامل مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش و حاوی سؤالاتی در مورد شغل همسر، تحصیلات، میزان درآمد، نوع مسکن و سن مادر و نیز سؤالاتی در مورد نوع زایمان و جنسیت نوزاد بود.

پرسشنامه دوم، «پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی پس از زایمان^۱» بود. پرسشنامه اولیه بررسی کیفیت

¹- Specific Postnatal Quality of Life

زندگی تحت عنوان «اندکس بهره وری مادری»^۱ توسط آندره سیمون و همکاران (۲۰۰۲) جهت بررسی کیفیت زندگی مادران در دوره پس از زایمان طراحی شد (۱۶) و توسط بهناز ترکان (۱۳۸۳)، به صورت مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (صفر تا ۴) تغییر یافت. ابزار کیفیت زندگی فوق حاوی ۳۰ سؤال در ۸ بعد مرتبط با زایمان و تولد فرزند (احساس مادر نسبت به خود، احساس مادر نسبت به فرزند، احساس مادر نسبت به همسر و دیگران، احساس مادر نسبت به روابط جنسی، سلامت جسمی، ارتباط زایمان با وضعیت اقتصادی، رضایت مادر از روش زایمان و انتخاب روش زایمان مجدد) بود. نمره کیفیت زندگی کل در محدوده ۰-۱۲۰ قرار می‌گیرد. نمره بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۱).

جهت تعیین روایی ابزار اختصاصی «کیفیت زندگی پس از زایمان» از اعتبار محتوی استفاده شد و گروهی از اساتید دانشگاه تربیت مدرس و ریاست محترم جهاد دانشگاهی در سال ۱۳۸۳ ابزار را بررسی و مورد تأیید قرار دادند. پایایی ابزار توسط بهناز ترکان با استفاده از روش آزمون - باز آزمون بر روی ۱۵ نفر از زنان پس از زایمان تأیید شد ($r=0/85$) (۱).

داده‌ها با بکارگیری آمار توصیفی (میانگین) و استنباطی (آزمون کای دو، تی مستقل و تی زوجی) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه میانگین کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه میانگین کیفیت زندگی قبل و بعد از شش هفته در هر دو گروه از آزمون تی زوجی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه، دامنه سنی افراد مورد مطالعه ۱۶ تا ۳۴ سال و میانگین سنی افراد در گروه آزمون $23/9 \pm 4/2$ سال و در گروه کنترل $22/38 \pm 3/2$ سال بود. اکثر مادران در هر دو گروه آزمون و کنترل؛ دارای تحصیلات دیپلم، خانه‌استیجاری و میزان درآمد متوسط بودند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه از نظر سن،

میزان تحصیلات، نوع مسکن، میزان درآمد و شغل همسر تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). همچنین دو گروه از نظر نوع زایمان و جنسیت نوزاد همسان بودند ($p > 0/05$). بر اساس آزمون آماری تی مستقل، در ابتدای مطالعه بین میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمون (تحت حمایت مراقبین بهداشتی) و کنترل (مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی) اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$) که این میانگین در گروه مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی بیشتر از گروه آزمون بود که این عامل مخدوش‌کننده در زمان تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از آزمون آماری واریانس تک متغیره کنترل شد.

بر اساس نتایج مطالعه، در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری بین تغییرات میانگین نمره کیفیت زندگی وجود داشت ($p < 0/05$). علاوه بر این تغییرات میانگین کیفیت زندگی در گروه مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی با استفاده از آزمون تی زوجی معنی‌دار بود ($p = 0/02$) (جدول ۱).

¹ Mother Generated Index

جدول ۱- مقایسه تغییرات میانگین نمره کیفیت زندگی واحد های مورد پژوهش در ۶ هفته اول بعد از زایمان قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه

نتیجه آزمون*	نمره کیفیت زندگی	
	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)
<۰/۰۵	۵۴/۱۱ (۱۱/۷۴)	۹۳/۶۹ (۷/۰۸)
۰/۰۰۲	۶۲/۸۴ (۱۵/۹۲)	۶۹/۰۴ (۹/۵۴)

*آزمون تی زوجی

مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$). بدین ترتیب که اختلاف میانگین در گروه تحت حمایت مراقبین بهداشتی از نظر پنج بعد کیفیت زندگی (احساس مادر به خودش، احساس مادر به فرزند، احساس مادر به همسر و دیگران، احساس مادر نسبت به روابط جنسی و وضعیت سلامت جسمانی) به طور معنی داری بیشتر از گروه مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی بود ($p < 0/05$) (جدول ۲). اما این اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله در سه بعد (ارتباط زایمان با وضعیت اقتصادی، رضایت مادر از روش زایمان و انتخاب روش زایمان مجدد) بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر آماری معنی دار نبود ($p > 0/05$).

نتایج در رابطه با هدف مطالعه «بررسی تأثیر اقدامات حمایتی در شش هفته اول پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان نخست زا» حاکی از اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه بود ($p < 0/05$). این اختلاف نمره کیفیت زندگی در گروه تحت برنامه حمایتی ($10/23 \pm 39/58$) واضح تر از گروه کنترل ($8/99 \pm 6/19$) بود و این اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/05$). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین دو گروه تحت حمایت مراقبین بهداشتی و مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی - درمانی از نظر اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی به تفکیک هر یک از ابعاد آن قبل و بعد از

جدول ۲- مقایسه اختلاف میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی واحد های مورد پژوهش در ۶ هفته اول بعد از زایمان قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه

نتیجه آزمون*	متغیر ابعاد کیفیت زندگی	
	گروه آزمون اختلاف میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل اختلاف میانگین (انحراف معیار)
<۰/۰۵	۸/۷۳ (۳/۸۷)	۰/۷۶ (۲/۳۷)
<۰/۰۵	۳/۵ (۱/۳۰)	۰/۰۳ (۱/۰۳)
<۰/۰۵	۶/۳۸ (۳/۲)	۰/۵ (۲/۱۵)
<۰/۰۵	۳/۳۴ (۱/۹۹)	۰/۳۸ (۲/۴۳)
<۰/۰۵	۱۶/۳۸ (۳/۹۳)	۴/۵۳ (۴/۶۹)

*آزمون تی مستقل

معنی داری بود. این اختلاف میانگین در گروه تحت حمایت بیشتر بود. همچنین اختلاف میانگین در گروه آزمون از نظر پنج بعد کیفیت زندگی (احساس مادر به خودش، احساس مادر به فرزند، احساس مادر به همسر و دیگران، احساس مادر نسبت به روابط جنسی و وضعیت سلامت جسمانی) به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر اقدامات حمایتی در شش هفته اول پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان نخست زا انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون (تحت حمایت) و کنترل (مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی)

نتایج مطالعه نشان داد که ارائه اقدامات حمایتی در ارتقاء میانگین نمره کیفیت زندگی پس از زایمان به طور معنی داری مؤثرتر است. به گونه ای که بعد از مداخله، بین میانگین نمره کیفیت زندگی گروهی که برنامه حمایتی را دریافت کرده بودند و گروهی که مراقبت های معمول را در مراکز بهداشتی- درمانی دریافت کرده بودند، در پایان شش هفته، از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشت. این نتایج با نتایج مطالعه خاک بازان و همکاران (۲۰۱۰) در مردن که معتقد بودند حمایت از زنان در دوران نفاس از طریق مشاوره تلفنی می تواند نمره ابعاد جسمی و روحی- روانی و عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی را در گروه آزمون افزایش دهد (۸۰/۲) مقابل (۶۱/۶۴)، همخوانی دارد (۶).

آکین و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود سن مادر، سطح تحصیلات مادر و همسر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، حمایت همسر و تعداد فرزندان را از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مطرح کردند (۱۷).

بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه مروری شا و همکاران (۲۰۰۶) حمایت های پس از زایمان (ملاقات در منزل یا مشاوره تلفنی) بر بهبود کیفیت زندگی زنان در معرض خطر تأثیر چشمگیری نداشت، با این حال محققین، تعمیم پذیری نتایج مطالعه خود را محدود به آمریکای شمالی و دیگر کشورهای توسعه یافته دانسته و پیشنهاد کردند که باید مطالعات بیشتری در این زمینه انجام شود (۱۸).

در بعد روانی (احساس مادر نسبت به خود و فرزندش) نتایج این مطالعه نشان داد که مادران با دریافت برنامه حمایتی پس از زایمان، احساس بهتری نسبت به خود و فرزندشان داشتند که این یافته ها با نتایج مطالعه لاگسدون و همکاران (۲۰۰۵) و رید و میدوز (۲۰۰۷) که نشان دادند حمایت اجتماعی پس از زایمان بر نشانه شناسی افسردگی تأثیر مستقیم دارد و حمایت اجتماعی پایین با افزایش نرخ های علائم افسردگی مادران در سال نخست پس از زایمان در ارتباط است، همخوانی دارد (۲۰، ۱۹).

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد وضعیت سلامت جسمی در گروه آزمون و کنترل اختلاف

معنی داری داشت. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه عظیمی اقدام (۲۰۰۶) در اصفهان که با هدف بررسی وضعیت حمایت اجتماعی مادران و ارتباط آن با سلامت جسمی و روانی دوره بعد از زایمان انجام شد و نشان داد که حمایت اجتماعی پرسنل بهداشتی- درمانی ارتباط مستقیم با وضعیت سلامت جسمی دارد که این نشان دهنده اهمیت نقش پرسنل در ارتقاء سلامت زنان می باشد و باید آموزش های لازم در مورد انواع حمایت اجتماعی به آنها داده شود، مطابقت دارد (۳). این در حالی است که برخی مطالعات انجام مداخلات در دوره پس از زایمان را در بهبود سلامت جسمی و روانی مؤثر ندانستند (۲۱).

گروهی که برنامه حمایتی را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل از روابط بهتری با همسر و سایر اعضای خانواده برخوردار بودند. دی روزا و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود، دریافت حمایت اجتماعی را باعث افزایش تعامل اعضای خانواده، کاهش مشکلات آنان و افزایش انعطاف پذیری در خانواده دانستند (۲۲). سایر مطالعات نیز به اهمیت حمایت در دوره پس از زایمان اشاره کردند (۲۳).

از محدودیت های این مطالعه می توان به اجرای طرح در شهر شیراز و بر روی زنان نخست زا اشاره کرد که نتایج آن قابل تعمیم به سایر شهرها و سایر افراد جامعه نبود. در نتیجه پیشنهاد می شود مطالعات آینده، در سطح وسیع تر در سایر نقاط شهری و روستایی و در سایر گروه های جامعه انجام شود.

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر اقدامات حمایتی بر کیفیت زندگی در شش هفته پس از زایمان انجام شد. پیشنهاد می شود مطالعات دیگری در زمینه تأثیر حمایت از طریق همسر، خانواده و جامعه در دوران بارداری و بر پیامدهای آن انجام شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که با استفاده از اقدامات حمایتی از سوی مراقبین بهداشتی می توان کیفیت زندگی مادران را در دوره پس از زایمان در همه ابعاد بهبود بخشید و آنان را در امر ارتقاء سلامت یاری نمود.

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی خانم خدیجه یزدانی با شماره طرح ۵۱۶۱-۸۹ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به دلیل حمایت مالی طرح و کلیه پرسنل محترم مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می شود.

لذا آگاهی جامعه و مراقبین بهداشت سلامت را به تأثیر فزاینده ارائه خدمات حمایتی در دوره پس از زایمان معطوف می دارد.

تشکر و قدردانی

منابع

1. Torkan B, Parsay S, Lamieian M, Kazemnezhad A, Aontazeri A. [Comparative analysis of life quality in mothers after cesarean section and normal vaginal delivery] [Article in Persian]. Iran J Nurs Midwifery Res 2007;12(1):1-5.
2. Akbarzadeh M. [Psycho-cognitive dimensions at pregnancy and delivery]. 4th ed. Shiraz:Takht-e-Jamshid Publication;2006. [in Persian].
3. Azimiaghdam A. [The relationship between social support and quality of life of mothers in the postpartum period] [Thesis in Persian]. Esfahan:University of Medical Sciences;2006.
4. Taylor SE, Welch WT, Kim HS, Sherman DK. Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. Psycholo Sci 2007 Sep;18(9):831-7.
5. Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, Mcalister A, Talavera GA, et al. Social networks and cancer screening in four us hispani groups. Am J Prev Med 2000 Jul;19(1):47-52.
6. Khakbazan Z, Golyan Tehrani Sh, Payghambardoost R, Kazemnejad A. [Effect of telephone counseling during post-partum period on women's quality of life] [Article in Persian]. Hayat 2010;15(4):5-12.
7. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomized controlled trial. Lancet 2002 Feb 2;359(9304):378-85.
8. Helgeson VS. Social support and quality of life. Qual Life Res 2003;12 Suppl 1:25-31. Review.
9. Boyd RC, Blehar MC. Prevention and treatment of depression in pregnancy and postpartum period- summery of a maternal depression roundtable. Obste Gynecol 2002;4:79-82.
10. Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. J Adv Nurs 2001 Dec;36(5):676-84.
11. Warten C, Mwangi A, Oweya E, Kamunya R, Koskei N. Safeguarding maternal and newborn health: improving the quality of postnatal care in Kenya. Int J Quality Health Care 2009 Feb;22(1):24-30.
12. Sines E, Syed U, Wall S, Worley H. Postnatalcare: a critical opportunity to save mothers and newborns. Washington., DC:Population Reference Bureau;2007:1-7.
13. Parsa SH. [Problems of mothers and babies at six weeks after vaginal delivery] [Thesis in Persian]. Tehran:Iran University of Medical Sciences;2000.
14. Asgharnia M, Heidarzadeh A, Zahiri Z, Seyhani AR, Pormehryabandeh L, Oudi M. [Assessment of women's knowledge regarding postpartum complications and cares] [Article in Persian]. J Gilan Med Univ Sci 2005;14(55): 56-62.
15. Cronin C, McCarthy G. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. J Clin Nurs 2003 Mar;12(2):260-7.
16. Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. Birth 2002 Mar;29(1):40-6.
17. Akyn B, Ege E, Kocodlu D, Demiroren N, Yylmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. J Obstet Gynaecol Res 2009 Feb;35(1): 86-93.
18. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. Birth 2006 Sep;33(3):210-20.
19. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005 Jan-Feb;34(1):46-54.
20. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. J Pediatr Health Care 2007 Sep-Oct;21(5):289-98.

21. Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomized controlled trial. *BMJ* 2000 Sep 9;321(7261):593-8.
22. de la Rosa IA, Perry J, Johnson V. Benefits of increased home-visitation services: exploring a case management model. *Fame Community Health* 2009 Jan-Mar;32(1):58-75.
23. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 May-Jun;37(3):301-14.