

Effect of Lifestyle Educational Package on Prevention of Postpartum Health Problems in Nulliparous Mothers: A Randomized Clinical Trial

Mahin Kamali fard¹,
Mojgan Mirghafourvand²,
Sakineh Mohammad alizade charandabi³,
Farzaneh Khodabandeh⁴,
Mohammad Asghari JafarAbadi⁵,
Ameneh Mansoori⁶

¹ Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Associate Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

⁵ Professor, Road Traffic Injury Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁶ MSc Student in Midwifery, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

(Received June 1, 2015 Accepted September 16, 2015)

Abstract

Background and purpose: Mothers are highly vulnerable during pregnancy and after childbirth. Some problems could even lead to mortality and morbidity after childbirth. Therefore, this study was carried out to evaluate the effect of lifestyle educational package on prevention of postpartum's health problems in nulliparous mothers.

Materials and methods: This randomized clinical trial was conducted on 220 nulliparous women in postpartum ward. The subjects were allocated into two groups using block randomization method. Intervention group received face to face training, telephone counseling, booklets and informative text messages (both fathers and mothers), while the control group had no education or training. Any health problem on the day of discharge and two and six weeks after delivery were compared between the two groups using logistic regression test.

Results: By lowering the frequency of health problems during pregnancy, the chances of developing some complications including constipation, hemorrhoids, anal fissure, abdominal pain, headache, painful or infected suture, sleep problems during the second and sixth weeks postpartum as well as the chances of having cold and fever, backache, leg cramp, breast pain, nipple fissure, fatigue or weakness, sadness and discomfort and vaginal infection during the sixth weeks of postpartum decreased by more than 50% in educational group compared with the control group.

Conclusion: In this study, postpartum lifestyle intervention reduced the chance of developing many health problems. Therefore, more comprehensive interventions should be carried out by healthcare providers during pureperium period in postpartum ward and the health centers for mothers and fathers.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2013042110324N13)

Keywords: lifestyle education, postpartum health problems, nulliparous mothers

تاثیر بسته آموزشی سبک زندگی بر پیشگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان در مادران نخست زای: کار آزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

مهین کمالی فرد^۱

مژگان میرغفوروند^۲

سکینه محمد علیزاده چرندابی^۳

فرزانه خدابنده^۴

محمد اصغری جعفرآبادی^۵

آمنه منصوری^۶

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به آسیب پذیر بودن مادر در دوران پس از زایمان و ابتلا به برخی مشکلات سلامتی پس از زایمان که مرگ و میر و بیماری زایی بالایی به همراه دارد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر بسته آموزشی سبک زندگی بر پیشگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان در مادران نخست زای انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این کار آزمایی، ۲۲۰ مادر نخست زای بستری در بخش پس از زایمان با روش بلوک بندی تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. برای گروه مداخله، آموزش و مشاوره به صورت چهره به چهره، تلفنی، کتابچه و پیامک (هم برای مادران و هم برای پدران) ارائه شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. رخداد مشکلات سلامتی در روز ترخیص و طی هفته دوم و ششم پس از زایمان در دو گروه با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: با تعدیل فراوانی مشکلات سلامتی در دوران بارداری، شانس ابتلا به یبوست، هموروئید، زخم مقعد، درد شکم، سردرد، درد محل بخیه ها، عفونت محل بخیه ها و مشکلات خواب در طی هفته های دوم و ششم پس از زایمان و نیز شانس سرماخوردگی و تب، کمردرد، گرفتگی پا، درد پستان، شقاق نوک پستان، ضعف یا خستگی، غم و ناراحتی و عفونت زنان در هفته ششم پس از زایمان در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل بیش از ۵۰ درصد کاهش یافته بود.

استنتاج: در مطالعه حاضر، آموزش سبک زندگی پس از زایمان توانست شانس ابتلا به اکثریت مشکلات سلامتی دوران نفاس را کاهش دهد، لذا توصیه می شود برنامه های آموزشی جامع تر و کامل تری توسط مراقبین سلامت در طی دوران نفاس در بخش پس از زایمان و مراکز بهداشتی برای مادران و پدران ارائه شود.

شماره ثبت کار آزمایی بالینی: IRCT۲۰۱۳۰۴۲۱۱۰۳۲۴N۱۳

واژه های کلیدی: آموزش سبک زندگی، مشکلات سلامتی پس از زایمان، مادران نخست زای

مقدمه

را در این دوره تجربه می کنند (۲). تقریباً اکثر قریب به اتفاق زنان حداقل یکی از مشکلات سلامتی را در طول دوران نفاس تجربه می کنند (۳، ۴) و ۱۵ درصد از مادران، از

دوران نفاس دورانی است که اکثر تغییرات ناشی از بارداری، لیبر و زایمان برطرف شده و بدن به حالت قبل از بارداری باز می گردد (۱)؛ لذا، مادر آسیب پذیری زیادی

E-mail: Farzank1368@gmail.com

مؤلف مسئول: فرزانه خدابنده - سبزوار: دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پرستاری مامایی

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۵. دانشیار، مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت های ترافیکی جاده ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۶. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۳/۱۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۶/۲۵

عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آن‌ها را همراهی می‌کند، رنج می‌برند (۵). از جمله مشکلات سلامتی که معمولاً طی یک تا دو هفته پس از زایمان آغاز می‌شوند، م سپیس، کم‌خونی، باز شدن زخم، کمردرد، خستگی، بی‌وست، هموروئید (۸-۶)، دردهای مزمن (۹) درد پرینه (۱۰)، مشکلات پستانی (۱۱)، تغییر در الگوی خواب (۱۴-۱۲)، خواب آشفته به دلیل بیدار شدن‌های مکرر (۱۵)، تغییر الگوی دفع، بی‌اختیاری دفع ادرار، مدفوع (۱۶، ۱۷) و گازهای روده‌ای (۱۸، ۱۹)، سردرد (۱۹)، استرس‌های متعاقب تولد نوزاد و نگهداری از او (۲۰، ۲۱) و مشکلات جنسی (۲۲، ۲۳) است.

متأسفانه دوران نفاس با وجود حساس بودن، اغلب توسط مراقبین سلامت و ماماها مورد غفلت واقع می‌شود (۲۳۸). فقدان مراقبت‌های کافی پس از زایمان باعث افزایش مرگ‌ها و ناتوانی‌های مادری و نوزادی در دوره پس از زایمان می‌شود (۲۴-۲۶). بیماری مادر در دوران نفاس می‌تواند بر رشد کودک نیز تأثیرات منفی بگذارد (۲۷)، بنابراین حفظ سلامت مادر تا زمانی که تغییرات نفاسی اتفاق بیفتد، برای کمک به سلامتی درازمدت، از سرگیری نقش همسری، مادری و اجتماعی او، بسیار مهم است (۲۸). نتایج حاصل از مطالعات مختلف نشان داده است که بیش‌تر زنان مشکلات سلامتی خود را با پزشک در میان نمی‌گذارند، در حالی که ارائه راه کارها و توصیه‌ها از سوی پزشک می‌تواند در بهبودی بهتر و سریع‌تر آن‌ها موثر واقع شود (۲۹، ۳۰). متأسفانه با وجود پیشرفت در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت‌های پس از زایمان همچنان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ناکافی است (۳۱، ۳۲). لذا آموزش‌های مناسب و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد زیرا یکی از رویکردهای ارتقای سطح سلامت، افزایش آگاهی افراد در رابطه با سلامت و عوامل مؤثر بر آن است (۳۲) نتایج حاصل از مطالعه انجام گرفته در ایران (۳۳) و Martin و همکاران (۳۴) نشان دهنده ضعف آگاهی زنان از مشکلات سلامتی پس از

زایمان و مراقبت‌های بهداشتی دوران نفاس، عدم آمادگی مادران برای تجربه دوران نفاس، فقدان مراقبت‌های مادری در طی دوران نفاس، قطع ارتباط بین ارائه‌دهندگان مراقبت و زائو و نیز عدم ارائه توصیه و پیشنهادات مراقبین سلامت جهت بهبود مشکلات پس از زایمان بود. آگاهی زوجین از نیازهای دوران نفاس نقش مهمی در پیشگیری، کنترل و برگشت سریع‌تر فرد به دوران قبل از بارداری دارد (۳۵). بنابراین پزشکان و مراقبین سلامت باید به بحث پیرامون مشکلات احتمالی پس از زایمان بپردازند و مادران را به دریافت هر چه سریع‌تر حمایت مورد نیاز متناسب با مشکل سلامتی پیش آمده در دوران پس از زایمان تشویق کنند (۶). لذا با توجه به اینکه به نظر می‌رسد آموزش‌ها و مراقبت‌های حمایتی بعد از زایمان بتواند رخداد مشکلات سلامتی دوران نفاس را کاهش دهد (۳۶) و همچنین در مطالعات متعدد به اهمیت افزایش آگاهی مادران نسبت به مراقبت‌های دوران نفاس، راه‌های پیشگیری از مشکلات سلامتی و داشتن سبک زندگی سالم (۳۷، ۳۸) و نیز ضرورت تدوین بسته‌های آموزشی و روش‌های حمایتی مناسب برای کاهش مشکلات سلامتی پس از زایمان مادران (۳۹، ۴۰) اشاره شده است و با توجه به این که براساس بررسی‌های انجام گرفته توسط پژوهشگر، تاکنون کتابچه‌ای جامع در زمینه مراقبت‌های دوران نفاس مادران که به زبان مادر باشد و نیز آموزش‌ها و مشاوره‌های پی‌درپی تلفنی و پیامکی (با تأکید بر مشکلات سلامتی) در ایران موجود نیست بنابراین در این مطالعه تلاش شد تا آموزش سبک زندگی بر پیشگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان در مادران نخست‌زا مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی از تیرماه تا اسفندماه سال ۱۳۹۲ روی ۲۲۰ مادر نخست‌زا بستری در بخش پس از زایمان دو بیمارستان آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز (الزهراء و طالقانی) و یک

بیمارستان خصوصی که به شکل تصادفی و با استفاده از نرم افزار کامپیوتری از بین بیمارستان های خصوصی تبریز انتخاب شد، انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست زای ۱۸ سال و بالاتر، زایمان تک قلو، داشتن نوزاد سالم و ترم، حاملگی اخیر کم خطر، عدم وجود بیماری جسمی و روحی تشخیص داده شده در مادر، عدم پیروی از رژیم غذایی خاص (بر اساس گفته های مادر)، سکونت در شهر تبریز، حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی گفت و گو به زبان فارسی و فهم زبان فارسی، عدم جدایی از همسر، زایمان طبیعی یا سزارین، داشتن تلفن همراه (هم خود زائو و هم همسرش) و تمایل به شرکت در مطالعه بود. پس از بررسی معیارهای ورود و توضیح مختصری از دلایل و روش انجام مطالعه و محرمانه بودن مطالعه، شرکت در پژوهش به افراد پیشنهاد شد و از شرکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه شرکت در مطالعه به صورت کتبی اخذ شد. مطالعه حاضر، قسمتی از یک مطالعه بزرگتر است که در آن تأثیر آموزش بر سبک زندگی مادران نخست زای در دوران پس از زایمان نیز مورد پژوهش قرار گرفته بود. با استفاده از مقاله Huang و همکاران (۴۰)، اطلاعات اولیه برای محاسبه اندازه اثر روی متغیر Health-promoting behaviour به دست آمد و با در نظر گرفتن تغییرات در این متغیر، اندازه اثر مورد نظر محاسبه شد. با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول پوکاک، حجم نمونه در هر گروه برابر ۱۰۱ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن تقریباً ۱۰ درصدافت نمونه، حجم نمونه در هر گروه ۱۱۰ نفر و در کل ۲۲۰ نفر محاسبه شد.

نمونه گیری در بیمارستان ها به صورت آسان و تعداد نمونه انتخابی از هر بیمارستان به صورت نسبتی بر اساس تعداد زایمان های انجام گرفته بود، ولی تخصیص در گروه آموزش و بدون دریافت آموزش (کنترل) به صورت تصادفی و با نسبت تخصیص ۱:۱ در بلوک های ۴ و ۶ تایی بود. به منظور پنهان سازی تخصیص از

پاکت های در بسته مات که به ترتیب شماره گذاری شده و داخل آن ها نوع مداخله نوشته شده بود، استفاده شد. این پاکت ها قبلاً توسط پژوهشگر غیر درگیر در جمع آوری داده ها (پاکت هایی با شماره ۱۱۰-۱ برای مادران زایمان طبیعی شده و پاکت هایی با شماره ۲۲۰-۱۱۱ برای مادران سزارین شده) آماده شده بود. پاکت ها بعد از تکمیل پرسشنامه های پیش آزمون و در همان لحظه تخصیص افراد در گروه ها باز می شدند، لذا قبل از تخصیص تصادفی نمونه ها، پژوهشگر و شرکت کننده از اینکه هر فردی در چه گروهی قرار خواهد گرفت، اطلاعی نداشتند (Allocation Concealment). در نهایت ۱۱۲ نفر در گروه آموزش و ۱۰۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش شامل ۵۵ مادر با زایمان طبیعی و ۵۷ مادر سزارین شده و گروه کنترل شامل ۵۵ مادر با زایمان طبیعی و ۵۳ مادر سزارین شده بود. یک جلسه آموزش حضوری در روز ترخیص از بیمارستان و یک جلسه مشاوره تلفنی (دو هفته پس از زایمان) برای مادران گروه مداخله توسط پژوهشگر ارائه شد. در روز ترخیص، در بخش پس از زایمان، بعد از تکمیل پرسشنامه و چک لیست مشکلات سلامتی، پژوهشگر آموزش ها و مشاوره های لازم در زمینه سبک زندگی سالم (تغذیه صحیح دوران نفاس، بهداشت روانی- فردی و فعالیت فیزیکی) و راه های پیشگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان را برای هر مادر نخست زای گروه آموزش ارائه داد. پژوهشگر به منظور جلوگیری از انتشار آموزش و مشاوره به گروه کنترل، در روز ترخیص و تا حد امکان نزدیک به زمان ترخیص مادر از بیمارستان، در یکی از اتاق های خالی بخش، مشاوره و آموزش های مربوط به سبک زندگی و راه های پیشگیری از مشکلات پس از زایمان را به صورت فردی و چهره به چهره برای مادران گروه آموزش بیان کرد، با مادران در این زمینه بحث کرد و سوالات آنان را پاسخ داد، سپس کتابچه آموزشی تدوین شده بر اساس پیشنهادات WHO (۴۱-۴۳) را در اختیار مادران گروه آموزش قرار داد. محتوی کتابچه

شامل اطلاعاتی در زمینه رژیم غذایی (تغذیه صحیح پس از زایمان و جلوگیری از فقر ریز مغذی‌ها)، فعالیت فیزیکی (ورزش‌های سبک و هوازی مثل پیاده‌روی، دوچرخه سواری و شنا پس از زایمان، نحوه انجام ورزش کگل، زمان و نوع تمرینات ورزشی مناسب برای شروع فعالیت فیزیکی در دوران نفاس برای مادران با زایمان طبیعی و سزارین، علائم خطر در زمان ورزش) و مراقبت از خود در دوران نفاس (راه کارهایی برای خوابیدن بهتر و کاهش خستگی مادر، پیشگیری از یبوست، هموروئید، عفونت ادرار، بی‌اختیاری ادرار و تعریق بیش از حد، رعایت بهداشت دهان و دندان، بخیه‌ها، پستان، پرینه، روش‌های کاهش و کنترل وزن در دوران نفاس، تحرک مادر، نزدیکی پس از زایمان، آموزش راه‌های شناسایی علائم افسردگی و پیشگیری از افسردگی مادران و پدران، آموزش شیردهی صحیح و راه‌های پیشگیری از شقاق؛ التهاب و احتقان پستان؛ ماستیت و...، پوشش مناسب مادر در دوران نفاس، تهویه صحیح منزل، زمان مناسب برای شروع رانندگی و...) بود. همچنین شماره تلفنی جهت پاسخگویی ۲۴ ساعته به مشکلات احتمالی مادران در زمینه مراقبت از خود در طی شش هفته اول پس از زایمان، در اختیار مادران گروه آموزش قرار گرفت تا در صورت نیاز تماس گرفته و مشکلات خود را با پژوهشگر در میان بگذارند و پژوهشگر با توجه به مشکل پیش آمده، آنان را راهنمایی و مشاوره می‌کرد، اما مادران گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. در پایان هفته دوم پس از زایمان ابتدا چک‌لیست مشکلات سلامتی توسط کمک پژوهشگر (جهت کاهش سوگیری) به صورت تلفنی تکمیل شد و سپس مشاوره تلفنی به مدت حداقل ۱۰ دقیقه برای مادران گروه آموزش توسط پژوهشگر ارائه شد. در طی شش هفته پیگیری پس از زایمان، هر ۵ روز یک‌بار، پیامک‌هایی با محتوای آموزشی، بهداشتی و تغذیه‌ای متناسب با روزهای سپری شده از زایمان به تلفن همراه مادران و همسران گروه آموزش ارسال شد و در انتهای

پیامک، صفحات کتابچه که مربوط به آن آموزش بود، جهت مطالعه بیشتر مادران و پدران ذکر شد. در انتهای پژوهش، مادران در پایان هفته ششم به بیمارستان مربوطه مراجعه کرده و جهت کاهش سوگیری، چک‌لیست مشکلات سلامتی توسط کمک پژوهشگر برای هر فرد تکمیل شد. در آخرین ویزیت حضوری بعد از تکمیل چک‌لیست، کتابچه آموزشی در اختیار مادران گروه کنترل نیز قرار گرفت. در این مطالعه با هر فرد ۲ بار در هفته در طی ۲ هفته پی‌درپی برای پیگیری تماس گرفته می‌شد و در صورت عدم پاسخدهی به تلفن از مطالعه خارج می‌شدند. کور کردن پژوهشگر به علت نوع مداخله امکان‌پذیر نبود، اما ارزیابی‌کننده مشکلات سلامتی (کمک پژوهشگر) و نیز تجزیه و تحلیل‌کننده داده‌ها کور بودند. هزینه ایاب و ذهاب مشارکت‌کنندگان به بیمارستان، در هفته ششم پرداخت شد. داده‌ها با استفاده از ابزارهای مطالعه توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر گردآوری گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه فردی-اجتماعی و مامایی و چک‌لیست مشکلات سلامتی پس از زایمان بود.

پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی شامل اطلاعات مربوط به سن زائو، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، مدت تأهل، نوع مالکیت محل سکونت، تعداد اعضاء خانواده، میزان کفایت درآمد ماهیانه خانواده، زندگی با خانواده همسر، شاخص ازدحام جمعیت، دریافت آموزش مراقبت‌های پس از زایمان، نوع زایمان و خواسته بودن جنسیت نوزاد از نظر مادر بود. شاخص ازدحام جمعیت از تقسیم تعداد افراد خانواده به تعداد اتاق‌ها بدون احتساب حمام و توالت به دست آمد و در سه سطح کم جمعیت (کم‌تر از دو فرد به ازای هر اتاق)، جمعیت متوسط (دو تا سه فرد به ازای هر اتاق) و پرجمعیت (بیش از سه فرد به ازای هر اتاق) طبقه‌بندی گردید.

چک‌لیست مشکلات سلامتی شامل ۲۲ آیتم در زمینه سابقه مشکلات سلامتی مادران در دوران بارداری و ۲۵ آیتم در زمینه مشکلات سلامتی مادران در دوران

پس از زایمان (مانند یبوست، هموروئید، زخم مقعد، عفونت ادراری، سرماخوردگی یا تب، کمردرد، گرفتگی پا یا درد مفاصل یا درد پاشنه پا، درد شکم، سرگیجه و ...) بود که با بهره‌گیری از متون و مقالات علمی (۴۴-۴۶) تهیه گردیده بود که در روز ترخیص، طی هفته دوم و طی هفته ششم پس از زایمان برای مادران نخست‌زا تکمیل شد. هم‌چنین روایی و پایایی این پرسشنامه توسط روحی و همکاران در تبریز ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۴ و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) $p < 0/001$ بود که به ترتیب نشان دهنده همسانی درونی و ثبات بالای ابزار می‌باشد که پایایی چک‌لیست را تایید می‌نماید (۴۵).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد. نرمالیت متغیرهای کمی با استفاده از Skewness و Kurtosis مورد بررسی قرار گرفت که همگی از توزیع نرمال برخوردار بودند. از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) استفاده شد. مشخصات فردی-اجتماعی نمونه‌ها در دو گروه مورد بررسی (گروه مداخله آموزشی و گروه کنترل) با استفاده از آزمون‌های آماری (آزمون مجذور کای، آزمون تی مستقل، آزمون دقیق فشر، آزمون مجذور کای روند) مقایسه شد. از آزمون‌های مجذور کای و دقیق فشر برای مقایسه فراوانی مشکلات سلامتی در دوران بارداری، دو هفته پس از زایمان و شش هفته پس از زایمان بین دو گروه مورد مطالعه، استفاده شد. هم‌چنین برای مقایسه فراوانی مشکلات سلامتی در هفته دوم و ششم پس از زایمان با تعدیل فراوانی مشکلات سلامتی در دوران بارداری از رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معنی‌داری همه این آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۷ نفر از گروه آموزش (۱۱۲ نفر) و ۶ نفر از گروه کنترل (۱۰۸) در هفته دوم و در هفته ششم پس از زایمان، ۲ نفر از گروه کنترل (۱۰۸) به دلایلی از

جمله عدم تمایل به مراجعه، عدم اجازه همسر جهت مراجعه، عدم پاسخدهی به تلفن از مطالعه خارج شدند، به‌طوری‌که در انتهای پژوهش ۱۰۵ نفر در گروه آموزش و ۱۰۰ نفر در گروه کنترل باقی مانده بودند. میانگین (انحراف معیار) سن مادران گروه مداخله ۲۵/۲ (۵/۱) و گروه کنترل ۲۴/۲ (۵/۴) سال بود. بیش از نیمی از مادران گروه آموزش و کنترل بین ۱ تا ۲ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت. ۲۷/۷ درصد از مادران گروه آموزش تحصیلات دانشگاهی داشتند در حالی که تنها ۱۳ درصد مادران گروه کنترل تحصیلات دانشگاهی داشتند، هم‌چنین تحصیلات همسران بیش از یک‌چهارم مادران گروه آموزش و حدود یک سوم از گروه کنترل در سطح دبیرستان بود. شغل اکثریت مادران گروه آموزش و گروه کنترل خانه‌دار بود. تقریباً تمامی افراد در گروه آموزش و کنترل از نظر شاخص ازدحام جمعیت، کم جمعیت محسوب می‌شدند. ۴۵/۵ درصد مادران گروه آموزش و ۵۳/۷ درصد مادران گروه کنترل در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان آموزش ندیده بودند. جنسیت نوزاد در ۱۷/۹ درصد مادران گروه آموزش و ۱۱/۱ درصد مادران گروه کنترل مطابق میل آن‌ها نبود. نتایج نشان داد که بین افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی-اجتماعی به جز سطح تحصیلات زائو، سطح تحصیلات همسر و شغل همسر تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول شماره ۱). بین دو گروه قبل از مداخله از لحاظ فراوانی هر یک از مشکلات سلامتی در دوران بارداری به جز در مورد سرماخوردگی یا تب، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). بیش‌ترین فراوانی مشکلات سلامتی طی دوران بارداری در هر دو گروه مربوط به کمردرد، مشکلات خواب، ضعف و خستگی بود که در روز ترخیص از مادران پرسیده شده بود (جدول شماره ۲).

فراوانی مشکلات سلامتی، ۲ هفته پس از زایمان

بیش‌ترین فراوانی مشکلات سلامتی دو هفته پس از

جدول شماره ۱: مقایسه مشخصات فردی - اجتماعی مادران نخست زا در دو گروه با و بدون دریافت آموزش سبک زندگی

متغیر	آموزش (n=112)	کنترل (n=108)	سطح معنی داری
میانگین سن (انحراف معیار) ^(۱) مدت تأهل ^(۲)	۲۵/۲ (۵/۱)	۲۴/۲ (۵/۴)	۰/۱۷۲**
۱-۲ بیشتر از ۲ سال	۵۱ (۴۵/۵)	۵۸ (۵۳/۷)	۰/۹۱۰***
سطح تحصیلات زانو			
ابتدایی	۶ (۵/۴)	۱۳ (۱۲/۰)	
راهنمایی	۱۶ (۱۴/۳)	۱۴ (۲۲/۲)	
دیرستان	۱۱ (۹/۸)	۱۱ (۱۰/۲)	۰/۰۰۲****
دیپلم	۲۸ (۴۲/۹)	۲۶ (۴۲/۶)	
دانشگاهی	۳۱ (۲۷/۷)	۱۴ (۱۳/۰)	
خانه‌دار بودن زانو	۱۰۱ (۹۰/۲)	۱۰۰ (۹۲/۶)	۰/۵۲۴***
کفایت درآمد ماهیانه خانواده			
دخل با خرج برابر*	۶۲ (۵۵/۴)	۷۳ (۶۷/۶)	۰/۰۶۳****
دخل کمتر از خرج	۵۰ (۴۴/۶)	۳۵ (۳۲/۴)	
تعداد اعضاء خانواده			
۳ نفر	۹۷ (۸۶/۶)	۸۵ (۷۸/۷)	۰/۱۲۱***
بیشتر از ۳ نفر	۱۵ (۱۳/۴)	۲۳ (۲۱/۳)	
دریافت آموزش مراقبت‌های پس از زایمان	۶۱ (۵۴/۵)	۵۰ (۴۶/۳)	۰/۲۲۶***
خواسته بودن جنسیت نوزاد از نظر مادر			
پله	۴۲ (۳۷/۵)	۵۱ (۴۷/۲)	۰/۲۱۶***
خیر	۲۰ (۱۷/۹)	۱۲ (۱۱/۱)	
فرقی نمیکند	۵۰ (۴۴/۶)	۴۵ (۴۱/۷)	
سطح تحصیلات همسر			
ابتدایی*	۹ (۷/۰)	۱۸ (۱۶/۷)	
راهنمایی	۲۶ (۲۳/۲)	۲۷ (۲۵/۰)	۰/۰۰۵****
دیرستان	۳۲ (۲۸/۶)	۳۵ (۳۲/۴)	
دیپلم	۱۹ (۱۷/۰)	۱۸ (۱۶/۷)	
دانشگاهی	۲۶ (۲۳/۲)	۱۰ (۹/۳)	
شغل همسر			
بیکار و کارگر*	۲۳ (۲۰/۵)	۴۰ (۳۷/۰)	۰/۰۲۰***
کارمند	۲۰ (۱۷/۹)	۱۲ (۱۱/۱)	
شغل آزاد	۶۹ (۶۱/۶)	۵۶ (۵۱/۹)	
داشتن قومیت آذری*	۱۱۲ (۱۰۰)	۱۰۷ (۹۹/۱)	۰/۴۹۱****
نوع مالکیت محل سکونت			
اجاره یا رهن	۴۸ (۴۲/۹)	۳۹ (۳۶/۱)	۰/۵۷۹***
شخصی	۲۹ (۲۵/۹)	۳۰ (۲۷/۸)	
منزل اقوام	۳۵ (۳۱/۲)	۳۹ (۳۶/۱)	
شاخص ازدحام جمعیت			
کم جمعیت	۱۱۰ (۹۸/۲)	۱۰۲ (۹۴/۴)	۰/۱۶۵****
جمعیت متوسط*	۲ (۱/۸)	۶ (۵/۶)	
زندگی کردن با خانواده همسر	۴۳ (۳۸/۴)	۴۹ (۴۵/۴)	۰/۲۹۴***
نوع زایمان			
زایمان سزارین	۵۷ (۵۰/۹)	۵۳ (۴۹/۱)	۰/۷۸۷***

* یک نفر از گروه کنترل بیسواد، ۳ نفر از گروه آموزش و ۲ نفر از گروه کنترل بیکار، یک نفر از گروه کنترل فارس، یک نفر از گروه کنترل دخل بیشتر از خرج، خانواده یک نفر از گروه آموزش پرجمعیت.

**آزمون تی مستقل

***آزمون مجذور کای

****آزمون مجذور کای روند

*****آزمون دقیق فیشر

زایمان در گروه آموزش به ترتیب مربوط به ضعف یا خستگی، غم و غصه، درد محل بخیه‌ها، شقاق نوک پستان، کمردرد، درد پستان و یبوست بود و در گروه کنترل به ترتیب مربوط درد محل بخیه‌ها، ضعف یا خستگی، یبوست، غم و غصه، کمردرد، شقاق نوک پستان، درد شکم، درد پستان، سرگیجه و سردرد بود (جدول شماره ۲). با توجه به نتایج آزمون رگرسیون لجستیک با تعدیل فراوانی مشکلات سلامتی در دروان بارداری، آموزش سبک زندگی توانست شانس ابتلا به یبوست، هموروئید، زخم مقعد، درد شکم، سردرد، درد محل بخیه‌ها، عفونت محل بخیه‌ها و مشکلات خواب را بیش از ۵۰ درصد در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل در طی ۲ هفته اول پس از زایمان کاهش دهد (جدول شماره ۳).

فراوانی مشکلات سلامتی، ۶ هفته پس از زایمان

بیشترین فراوانی مشکلات سلامتی شش هفته پس از زایمان در گروه آموزش مربوط به یبوست بود و در گروه کنترل به ترتیب مربوط به غم و غصه، کمردرد، یبوست، ضعف یا خستگی، سردرد و درد شکم بود (جدول شماره ۲). با توجه به نتایج آزمون رگرسیون لجستیک با تعدیل فراوانی مشکلات سلامتی در دروان بارداری، آموزش سبک زندگی توانست شانس ابتلا به یبوست، هموروئید، زخم مقعد، سرماخوردگی و تب، کمردرد، گرفتگی پا، درد شکم، سردرد، درد پستان، شقاق نوک پستان، درد محل بخیه‌ها، عفونت محل بخیه‌ها، مشکلات خواب، ضعف یا خستگی، غم و ناراحتی و عفونت زنان را بیش از ۵۰ درصد در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل در طی هفته ششم پس از زایمان کاهش دهد (جدول شماره ۳).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی اکثریت مشکلات سلامتی پس از زایمان با تعدیل فراوانی مشکلات سلامتی در دوران بارداری در گروه آموزش

جدول شماره ۲: مقایسه فراوانی مشکلات سلامتی تجربه شده در دوران بارداری، هفته دوم و ششم پس از زایمان در دو گروه آموزش و کنترل

مشکلات سلامتی*	دوران بارداری					
	هفته دوم پس از زایمان			هفته ششم پس از زایمان		
	آموزش (n=۱۱۲)	کنترل (n=۱۰۸)	آموزش (n=۱۰۵)	کنترل (n=۱۰۲)	آموزش (n=۱۰۵)	کنترل (n=۱۰۰)
ییوست ***، **	۴۹ (۴۳/۸)	۴۸ (۴۴/۴)	۳۳ (۳۱/۴)	۵۷ (۵۵/۹)	۳۳ (۳۱/۴)	۵۱ (۵۱/۰)
هموروئید ***، **	۵ (۴/۵)	۳ (۲/۸)	۲ (۱/۹)	۱۹ (۱۸/۶)	۴ (۳/۸)	۲۱ (۲۱/۰)
زخم مقعد ***	۹ (۸/۰)	۱۱ (۱۰/۲)	۱۱ (۱۰/۵)	۲۳ (۲۲/۵)	۸ (۷/۶)	۲۵ (۲۵/۰)
عفونت دستگاه ادراری ***	۴۹ (۴۳/۸)	۵۰ (۴۶/۳)	۹ (۸/۶)	۱۱ (۱۰/۸)	۶ (۵/۷)	۱۴ (۱۴/۰)
سرماخوردگی یا تب ***، ****	۶۶ (۵۸/۹)	۴۹ (۴۵/۴)	۱۲ (۱۱/۴)	۱۶ (۱۵/۷)	۸ (۷/۶)	۱۸ (۱۸/۰)
کمردرد ***، **	۷۲ (۶۴/۳)	۷۱ (۶۵/۷)	۳۸ (۳۶/۲)	۵۳ (۵۲/۰)	۲۹ (۲۷/۶)	۵۳ (۵۳/۰)
گرفتگی پا و درد مفاصل ***	۶۳ (۵۶/۲)	۵۴ (۵۰/۰)	۱۲ (۱۱/۴)	۱۵ (۱۴/۷)	۸ (۷/۶)	۲۵ (۲۵/۰)
درد شکم ***، **	۵۲ (۴۶/۴)	۵۴ (۵۰/۰)	۲۷ (۲۵/۷)	۴۸ (۴۷/۱)	۱۰ (۹/۵)	۳۲ (۳۲/۰)
سرگیجه **	۳۴ (۳۰/۴)	۳۴ (۳۱/۵)	۳۱ (۲۹/۵)	۴۴ (۴۳/۱)	۲۴ (۲۲/۹)	۲۹ (۲۹/۰)
سردرد ***، **	۳۸ (۳۳/۹)	۳۵ (۳۲/۴)	۲۷ (۲۵/۷)	۴۲ (۴۱/۲)	۱۵ (۱۴/۳)	۳۴ (۳۴/۰)
التهاب دهان	۱۶ (۱۴/۳)	۸ (۷/۴)	۲ (۱/۹)	۶ (۵/۹)	۱ (۱/۰)	۲ (۲/۰)
خونریزی از لثه	۴۳ (۳۸/۴)	۳۲ (۲۹/۶)	۱۰ (۹/۵)	۱۲ (۱۱/۸)	۴ (۳/۸)	۸ (۸/۰)
التهاب و قرمزی پستان	۱۹ (۱۷/۰)	۱۳ (۱۲/۰)	۴ (۳/۸)	۸ (۷/۸)	۱ (۱/۰)	۵ (۵/۰)
درد پستان ***، **	۲۳ (۲۰/۵)	۲۳ (۲۱/۳)	۳۳ (۳۱/۴)	۴۸ (۴۷/۱)	۳ (۲/۹)	۲۲ (۲۲/۰)
شقاق نوک پستان ***	۶ (۵/۴)	۳ (۲/۸)	۳۸ (۳۶/۲)	۵۰ (۴۹/۰)	۶ (۵/۷)	۱۹ (۱۹/۰)
ماسیت			۲ (۱/۹)	۶ (۵/۹)	۲ (۱/۹)	۲ (۲/۰)
درد محل ایی زیاتومی یا برش سزارین ***، **			۴۲ (۴۰/۰)	۶۷ (۶۵/۷)	۹ (۸/۶)	۲۹ (۲۹/۰)
عفونت محل ایی زیاتومی یا برش سزارین ***، **			۴ (۳/۸)	۲۲ (۲۱/۶)	۱ (۱/۰)	۹ (۹/۰)
نیاز به تغذیه کمکی			۳ (۲/۹)	۶ (۵/۹)	۷ (۶/۷)	۹ (۹/۰)
خونریزی شدید بیش از یک هفته			۶ (۵/۷)	۷ (۶/۹)	۲ (۱/۹)	۶ (۶/۰)
مشکلات خواب ***، **	۷۹ (۷۰/۵)	۷۰ (۶۴/۸)	۱۴ (۱۳/۳)	۲۹ (۲۸/۴)	۶ (۵/۷)	۱۹ (۱۹/۰)
بی اختیاری ادراری	۲۷ (۲۴/۱)	۲۶ (۲۴/۱)	۹ (۸/۶)	۱۱ (۱۰/۸)	۳ (۲/۹)	۷ (۷/۰)
ضعف یا خستگی ***، **	۷۰ (۶۲/۵)	۷۴ (۶۸/۵)	۵۰ (۴۷/۶)	۶۴ (۶۲/۷)	۲۵ (۲۳/۸)	۵۰ (۵۰/۰)
غم، غصه و ناراحتی ***	۵۵ (۴۹/۱)	۵۲ (۴۸/۱)	۴۵ (۴۲/۹)	۵۷ (۵۵/۹)	۲۲ (۲۱/۰)	۵۷ (۵۷/۰)
ترشحات غیر طبیعی دستگاه تناسلی ***	۳۹ (۳۴/۸)	۳۲ (۲۹/۶)	۴ (۳/۸)	۵ (۴/۹)	۸ (۷/۶)	۱۷ (۱۷/۰)

* تمامی p ها بر اساس آزمون مجذور کای گزارش شده است.

** نشان دهنده معنی داری p در طی هفته دوم پس از زایمان ($p < ۰/۰۵$)*** نشان دهنده معنی داری p در طی هفته ششم پس از زایمان ($p < ۰/۰۵$)**** نشان دهنده معنی داری p در دوران بارداری ($p < ۰/۰۵$)

جدول شماره ۳: نتایج فراوانی مشکلات سلامتی تجربه شده در دوران پس از زایمان در دو گروه آموزش و کنترل با تعدیل فراوانی مشکلات سلامتی در دوران بارداری

مشکلات سلامتی	هفته دوم پس از زایمان (n=۲۰۷)		هفته ششم پس از زایمان (n=۲۰۵)	
	** OR (95% CI)	سطح معنی داری	** OR (95% CI)	سطح معنی داری
ییوست	۰/۶۲ تا ۰/۳۴ (۰/۱۹ تا ۰/۷۷)	<۰/۰۰۱	۰/۴۳ تا ۰/۷۷ (۰/۲۴ تا ۰/۶۳)	۰/۰۰۵
هموروئید	۰/۰۳۱ تا ۰/۰۰۶ (۰/۰۱ تا ۰/۰۳۱)	۰/۰۰۱	۰/۰۴۰ تا ۰/۰۰۳ (۰/۰۰۳ تا ۰/۱۲)	۰/۰۰۱
زخم مقعد	۰/۰۸۸ تا ۰/۰۱۸ (۰/۰۱۸ تا ۰/۴۰)	۰/۰۲۴	۰/۰۵۸ تا ۰/۰۱۰ (۰/۰۱۰ تا ۰/۲۴)	۰/۰۰۲
عفونت دستگاه ادراری	۲/۰۰۳ تا ۰/۰۳۱ (۰/۰۳۱ تا ۰/۸۰)	۰/۶۴۳	۱/۰۰۹ تا ۰/۱۴ (۰/۱۴ تا ۰/۳۹)	۰/۰۷۳
سرماخوردگی یا تب	۱/۰۵۷ تا ۰/۰۳۱ (۰/۰۳۱ تا ۰/۶۹)	۰/۳۸۶	۰/۰۸۶ تا ۰/۱۴ (۰/۱۴ تا ۰/۷۵)	۰/۰۲۳
کمردرد	۰/۰۹۱ تا ۰/۰۲۸ (۰/۰۲۸ تا ۰/۵۱)	۰/۰۲۳	۰/۰۵۸ تا ۰/۰۱۷ (۰/۰۱۷ تا ۰/۳۲)	<۰/۰۰۱
گرفتگی پا و درد مفاصل	۱/۰۵۹ تا ۰/۰۳۰ (۰/۰۳۰ تا ۰/۶۹)	۰/۳۹۳	۰/۰۵۵ تا ۰/۰۰۹ (۰/۰۰۹ تا ۰/۲۳)	۰/۰۰۱
درد شکم	۰/۰۷۱ تا ۰/۰۲۱ (۰/۰۲۱ تا ۰/۳۹)	۰/۰۰۲	۰/۰۴۹ تا ۰/۰۱۰ (۰/۰۱۰ تا ۰/۲۲)	<۰/۰۰۱
سرگیجه	۰/۰۹۸ تا ۰/۰۳۰ (۰/۰۳۰ تا ۰/۵۴)	۰/۰۴۳	۱/۰۳۸ تا ۰/۰۳۸ (۰/۰۳۸ تا ۰/۷۲)	۰/۳۲۵
سردرد	۰/۰۸۸ تا ۰/۰۲۶ (۰/۰۲۶ تا ۰/۴۸)	۰/۰۱۸	۰/۰۶۳ تا ۰/۰۱۵ (۰/۰۱۵ تا ۰/۳۱)	۰/۰۰۱
التهاب دهان	۱/۰۵۴ تا ۰/۰۰۵ (۰/۰۰۵ تا ۰/۲۹)	۰/۱۴۹	۵/۰۷۳ تا ۰/۰۰۴ (۰/۰۰۴ تا ۰/۵۱)	۰/۵۸۷
خونریزی از لثه	۱/۰۷۰ تا ۰/۰۲۷ (۰/۰۲۷ تا ۰/۶۸)	۰/۴۱۱	۱/۰۴۰ تا ۰/۰۱۱ (۰/۰۱۱ تا ۰/۳۹)	۰/۱۵۱
التهاب و قرمزی پستان	۱/۰۵۲ تا ۰/۰۱۲ (۰/۰۱۲ تا ۰/۴۴)	۰/۱۹۶	۱/۰۴۲ تا ۰/۰۰۱ (۰/۰۰۱ تا ۰/۱۶)	۰/۱۰
درد پستان	۰/۰۹۱ تا ۰/۰۲۹ (۰/۰۲۹ تا ۰/۵۱)	۰/۰۲۳	۰/۰۳۶ تا ۰/۰۰۳ (۰/۰۰۳ تا ۰/۱۰)	<۰/۰۰۱
شقاق نوک پستان	۱/۰۰۳ تا ۰/۰۳۳ (۰/۰۳۳ تا ۰/۵۹)	۰/۰۶۶	۰/۰۶۷ تا ۰/۰۰۹ (۰/۰۰۹ تا ۰/۲۵)	۰/۰۰۶
ماسیت	۱/۰۵۷ تا ۰/۰۰۶ (۰/۰۰۶ تا ۰/۳۱)	*۰/۱۵۸	۶/۰۸۸ تا ۰/۰۱۳ (۰/۰۱۳ تا ۰/۹۵)	۰/۹۶۱
درد محل ایی زیاتومی یا برش سزارین	۰/۰۶۱ تا ۰/۰۱۹ (۰/۰۱۹ تا ۰/۳۴)	*<۰/۰۰۱	۰/۰۵۱ تا ۰/۰۱۰ (۰/۰۱۰ تا ۰/۲۳)	<۰/۰۰۱
عفونت محل ایی زیاتومی یا برش سزارین	۰/۰۴۳ تا ۰/۰۰۴ (۰/۰۰۴ تا ۰/۱۴)	*۰/۰۰۱	۰/۰۷۸ تا ۰/۰۰۱ (۰/۰۰۱ تا ۰/۰۹)	۰/۰۲۸
نیاز به تغذیه کمکی	۱/۰۹۳ تا ۰/۰۱۱ (۰/۰۱۱ تا ۰/۴۷)	*۰/۲۹۶	۲/۰۱۱ تا ۰/۰۲۵ (۰/۰۲۵ تا ۰/۷۲)	۰/۵۳۵
خونریزی شدید بیش از یک هفته	۲/۰۵۳ تا ۰/۰۲۶۷ (۰/۰۲۶۷ تا ۰/۸۲)	*۰/۷۳۴	۱/۰۵۴ تا ۰/۰۰۶ (۰/۰۰۶ تا ۰/۳۰)	۰/۱۵۱
مشکلات خواب	۰/۰۷۸ تا ۰/۰۱۸ (۰/۰۱۸ تا ۰/۳۸)	۰/۰۰۸	۰/۰۶۷ تا ۰/۰۰۹ (۰/۰۰۹ تا ۰/۲۵)	۰/۰۰۶
بی اختیاری ادراری	۱/۰۹۴ تا ۰/۰۳۰ (۰/۰۳۰ تا ۰/۷۶)	۰/۵۷۱	۱/۰۵۵ تا ۰/۰۰۹ (۰/۰۰۹ تا ۰/۳۸)	۰/۱۸۱
ضعف یا خستگی	۰/۰۹۸ تا ۰/۰۳۲ (۰/۰۳۲ تا ۰/۵۶)	۰/۰۴۵	۰/۰۵۸ تا ۰/۰۱۷ (۰/۰۱۷ تا ۰/۳۲)	<۰/۰۰۱
غم، غصه و ناراحتی	۰/۰۹۷ تا ۰/۰۳۰ (۰/۰۳۰ تا ۰/۵۴)	۰/۰۴۰	۰/۰۳۳ تا ۰/۰۰۹ (۰/۰۰۹ تا ۰/۱۷)	<۰/۰۰۱
ترشحات غیر طبیعی دستگاه تناسلی	۲/۰۷۵ تا ۰/۰۱۷ (۰/۰۱۷ تا ۰/۶۹)	۰/۶۰	۰/۰۹۵ تا ۰/۰۱۵ (۰/۰۱۵ تا ۰/۳۸)	۰/۰۳۹

تمامی p ها بر اساس آزمون رگرسیون لجستیک با تعدیل فراوانی مشکلات در دوران بارداری (Binary logestic) گزارش شده است و گروه کنترل به عنوان گروه مرجع در نظر گرفته شده است.

** OR (CI 95%) = Odds Ratio (Confidence Interval 95%)

* p بدون تعدیل دوران بارداری گزارش شده است.

در پایان هفته دوم و ششم پس از زایمان به طور معنی داری کم تر از گروه کنترل بود. در کارآزمایی بالینی که توسط Gunn و همکاران (۱۹۹۸) انجام شده بود، پیگیری زود هنگام (قبل از هفته ششم پس از زایمان) نتوانسته بود فراوانی مشکلات سلامتی پس از زایمان را در گروه آموزش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد (۴۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین فراوانی مشکلات سلامتی مادران در هفته ششم پس از زایمان، مربوط به بیوست و کمردرد در هر دو گروه و در گروه کنترل علاوه بر بیوست و کمردرد مربوط به غم و غصه، ضعف یا خستگی، سردرد، درد شکم، سرگیجه، درد محل اپیزیاتومی یا برش سزارین، زخم مقعد، گرفتگی و کرامپ پا بود که با نتایج مطالعه Woolhouse و همکاران که روی مادران نخستزا ساکن استرالیا انجام شده بود (۴۸) و نیز مطالعه روحی و همکاران (۳۰) همخوانی دارد، به جز در زمینه بی اختیاری ادراری که در مطالعه ما فراوانی نسبتاً کمی قبل از آموزش داشته و بعد از آموزش نیز فراوانی بسیار ناچیزی داشت ولی فراوانی بی اختیاری ادرار در مطالعه Woolhouse، ۲۹ درصد بود (۴۸).

شانس ابتلا به درد شکم و درد مربوط به محل بخیه ها در هفته دوم پس از زایمان (به ترتیب ۶۱ و ۶۴ درصد) و در هفته ششم پس از زایمان (به ترتیب ۷۸ و ۷۷ درصد) در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل کاهش یافته بود، اما آموزش سبک زندگی نتوانست بر کاهش شانس ابتلا به بی اختیاری ادرار مادران گروه آموزش در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معنی دار آماری بگذارد که با نتایج مطالعه Walton و همکاران (۴۹) در زمینه تاثیر ۸ هفته برنامه ورزشی و تغذیه ای بر بی اختیاری ادرار، دردهای شکمی و لگنی، پرولاپس و دیسترس کولورکتال (به جز در زمینه بی اختیاری ادرار) و مطالعه Liu و همکاران در زمینه تاثیر آموزش بر فراوانی دردهای شکمی (۴۴) همخوانی دارد. آموزش سبک زندگی توانست شانس ابتلا به سرگیجه را در طی دو هفته اول پس از زایمان، در مادران گروه آموزش در

مقایسه با مادران گروه کنترل ۴۶ درصد کاهش دهد. در مطالعه Liu و همکاران (۴۴) نیز آموزش نتوانسته بود سبب کاهش معنی دار در فراوانی سرگیجه در هفته ششم در گروه مداخله شود. در مطالعه ما آموزش سبک زندگی و نحوه شیردهی صحیح به مادران نتوانسته بود شانس ابتلا به ماستیت را در گروه آموزش نسبت به کنترل کاهش دهد. نتایج مطالعه ای مروری که در سال ۲۰۱۲ انجام شده بود (۵۰) و نیز مطالعه Schmied و همکاران (۵۱) نیز با مطالعه ما همخوانی دارد. همچنین بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ شانس ناکافی بودن شیر سینه مادر برای نوزاد (طبق تایید پزشک) و بدنال آن نیاز به تغذیه کمکی تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد که با یافته های مطالعه Liu و همکاران (۴۴) مطابقت دارد. شاید یکی از دلایل عدم تاثیر آموزش سبک زندگی بر شیردهی موفق در مطالعه حاضر، زمان ارائه آموزش و مشاوره باشد، به طوری که در مطالعه مروری Imdad و همکاران به این نکته اشاره شده بود که آموزش و مشاوره شیردهی پیش از زایمان در موفقیت و تداوم شیردهی، طی هفته های ۴ تا ۶ پس از زایمان، بسیار با اهمیت تر از آموزش و مشاوره پس از زایمان است، در حالی که ترکیبی از آموزش و مشاوره پیش و پس از زایمان بر شیردهی ۶ ماه پس از زایمان تاثیر مثبت و معنی داری دارد (۵۲). شانس ابتلا به شقاق نوک پستان در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل در هفته ششم پس از زایمان، ۷۵ درصد کاهش یافته بود. اما در هفته دوم پس از زایمان تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر شانس ابتلا به شقاق نوک پستان مشاهده نشد. در مطالعه Schmied و همکاران (۵۱) نیز فراوانی شقاق نوک پستان در گروه مداخله کاهش یافته بود اما تفاوت معنی دار نبود. به طور کلی در مطالعه Schmied و همکاران مداخله آموزشی ماماها نتوانسته بود فراوانی مشکلات سلامتی را بطور معنی داری کاهش دهد. اختصاص مدت زمان کم (۱۰ - ۲۰ دقیقه) ماماها برای آموزش مادران در بیمارستان شاید یکی از دلایل

احتمالی این اختلاف باشد در حالی که در مطالعه ما آموزش و مشاوره حدود ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بسته به میزان آگاهی مادر و نیاز او و همچنین کتابچه آموزشی، مشاوره تلفنی و پیامک‌هایی با محتوای آموزشی بهداشتی برای مادران و همسران آن‌ها در طی شش هفته پس از زایمان ارائه شد. ممکن است علت دیگر این تفاوت، اختلاف در زمان ارائه آموزش به مادران در دو مطالعه باشد به‌طوری که در مطالعه Schmied و همکاران آموزش تنها در بیمارستان به مادران ارائه می‌شد، یعنی درست زمانی که مادران هنوز از روند زایمان خسته بودند و دغدغه نگهداری و شیردادن به نوزاد و ترخیص از بیمارستان را داشتند، لذا احتمالاً تمرکز کافی برای دریافت دقیق محتوای آموزش را به‌طور کامل نداشتند، در حالی که در مطالعه حاضر آموزش به شیوه‌های مختلف و در زمان‌های مختلف برای مادران ارائه می‌شد و همسران آن‌ها نیز از طریق دریافت پیامک آموزش می‌دیدند.

در مطالعه حاضر آموزش سبک زندگی توانست شانس ابتلا به غم، غصه، ناراحتی و ضعف و خستگی و بطور کلی می‌توان گفت علائم افسردگی را در طی دو هفته اول، حدود ۵۰ درصد و در هفته ششم پس از زایمان برای غم، غصه، ناراحتی و ضعف و خستگی به ترتیب ۸۳ و ۶۸ درصد در مادران گروه آموزش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد، در مطالعه Howell و همکاران (۵۳) و Lavender و همکارش (۵۴) نیز به این نکته اشاره شده است که دریافت آموزش و مشاوره در زمینه آگاهی از مشکلات سلامتی و راه‌های پیشگیری از این مشکلات، باعث کاهش علائم افسردگی دوران نفاس می‌شود. همچنین در مطالعه Norman و همکاران (۵۵) مداخله فعالیت فیزیکی همراه با آموزش بهداشت و نیز در مطالعه Bang و همکاران (۵۶) برنامه‌های آموزشی - حمایتی و نیز مداخله ویزیت در منزل باعث کاهش علائم افسردگی دوران نفاس در مادران شده بود. در مطالعه MacArthur و همکاران (۵۷) نیز مداخله آموزشی توانسته بود باعث بهبود بهداشت و سلامت روان مادران شود ولی تاثیری

بر بهداشت و سلامت جسمی مادران نداشت. مداخله ورزش در منزل Dritsa و همکاران (۵۸) هم توانسته بود خستگی جسمی و روانی مادران افسرده را بهبود بخشد. اما در مطالعه Haruna و همکاران (۵۹) برنامه ورزشی نتوانسته بود علائم جسمی و روانی مادران را به جز در زمینه عزت نفس و شادابی بهبود بخشد. در مطالعه مروری Kane (۶۰) و مطالعه Ko و همکاران (۶۱) نیز مداخله تمرینات ورزشی باعث بهبود مشکلات سلامتی مادران به جز خستگی پس از زایمان شده بود. علاوه بر این نتایج مطالعه حاصل نشان داد که آموزش سبک زندگی توانسته بود، شانس ابتلا به دردهای بدنی از جمله کمر درد، گرفتگی و درد عضلات و مفاصل پا، درد شکم، سر درد، درد پستان و درد محل اپیزاتومی یا برش سزارین را در حدود بیش از ۶۰ درصد کاهش دهد. نتایج مطالعه Liu و همکاران نیز با مطالعه ما همخوانی دارد به‌طوری که آموزش بهداشت و تغذیه پس از زایمان توانسته بود فراوانی گرفتگی و درد عضلات و مفاصل پا، درد شکم و سرگیجه را در مادران گروه آموزش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش دهد، اما آموزش نتوانسته بود فراوانی کمردرد، سردرد و مشکلات پستانی را در گروه آموزش به‌طور معنی‌داری کاهش دهد (۴۴). در این مطالعه، مداخله آموزشی سبک زندگی توانست باعث کاهش بیش از ۵۰ درصد شانس ابتلا به یبوست، هموروئید و زخم مقعد در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل شود. در مطالعه Liu و همکاران نیز مداخله آموزش بهداشت و تغذیه فراوانی یبوست و زخم مقعد را در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده بود، اما بر روی فراوانی هموروئید در مادران گروه مداخله نتوانسته بود تاثیر معنی‌داری داشته باشد (۴۴) که می‌توان گفت نتایج مطالعه Liu و همکاران در زمینه یبوست و زخم مقعد نیز هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر است.

نتایج حاصل نشان داد که آموزش سبک زندگی نتوانست شانس ابتلا به عفونت ادراری، سرماخوردگی یا

تب (طی دو هفته اول پس از زایمان)، التهاب دهان، خونریزی از لثه، خونریزی واژینال طول کشیده، التهاب و قرمزی پستان و درد پستان (طی دو هفته اول پس از زایمان) را در مادران گروه آموزش در مقایسه با مادران گروه کنترل به طور معنی داری کاهش دهد، که با نتایج مطالعه Liu و همکاران مطابقت دارد (۴۴).

در مطالعه ما آموزش سبک زندگی توانست مشکلات خواب مادران گروه آموزش را تا بیش از ۶۰ درصد نسبت به مادر گروه کنترل کاهش دهد. نتایج مطالعه Ashrafinia و همکاران در زمینه تاثیر مثبت ۳۰ دقیقه ورزش پیلاتس در منزل که از ۷۲ ساعت پس از زایمان شروع شده و تا ۸ هفته پس از زایمان ادامه داشت و ۵ بار در هفته انجام شده بود، بر کاهش مشکلات خواب مادران نخست زاده (۶۲) نیز در تایید نتایج مطالعه حاضر است. جهت جلوگیری از انتشار اطلاعات، مادران گروه مداخله، آموزش و مشاوره سبک زندگی را تا حد امکان نزدیک به زمان ترخیص مادر از بیمارستان دریافت می کردند یعنی درست زمانی که مادران نخست زاده هنوز خسته روند زایمان بودند، دغدغه نگهداری و شیردادن به نوزاد و ترخیص از بیمارستان را داشتند، لذا احتمالاً تمرکز کافی برای دریافت دقیق محتوای آموزش و مشاوره را به طور کامل نداشتند که این امر یکی از محدودیت های مطالعه حاضر بود. از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که به دلیل مشکل بودن بازگشت مادران ساکن روستا و شهرستان های اطراف تبریز برای پیگیری هفته ششم پس از زایمان، مطالعه فقط بر روی مادران نخست زاده ساکن شهر تبریز انجام شد. از آنجایی که دسترسی مادران روستایی به امکانات بهداشتی درمانی نسبت به مادران ساکن شهر محدودتر است و همچنین به علت پایین بودن احتمالی آگاهی آنها در مراقبت از خود و پیگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان و نیز شرایط زندگی مادران روستایی (۶۳) احتمالاً فراوانی مشکلات سلامتی دوران نفاس در بین مادران روستایی رواج بیش تری داشته باشد، لذا مطالعه حاضر

قابل تعمیم به مادران نخست زاده مناطق روستایی نمی باشد. با توجه به این که در مطالعات مختلف (۶۶-۶۴) به نقش مادر و مادر شوهر در تشویق زائو به عمل کردن به تابو و باورهای قدیمی در پیشگیری و درمان مشکلات سلامتی پس از زایمان اشاره شده لذا پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی تاثیر آموزش مادر و مادر شوهر بر فراوانی مشکلات سلامتی زائو نیز مورد بررسی قرار گیرد. هم چنین از آنجایی که در این مطالعه مداخله آموزشی نتوانست شانس ابتلا به ماستیت، بی اختیاری ادرار، عفونت ادراری، خونریزی طول کشیده و تولید کم شیر مادر را در مادران گروه آموزش کاهش دهد، لذا پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی تاثیر سایر مداخلات و نیز مداخله آموزش سبک زندگی و راه های پیشگیری از ابتلا به مشکلات سلامتی پس از زایمان بصورت حضوری و چهره به چهره با پدران در کنار آموزش به مادر و با دوره های پیگیری طولانی تر مورد بررسی قرار گیرد. ممکن است نتایج حاصل از این مطالعه بتواند به مراقبین سلامت در کمک به نحوه آموزش موثر مادران و بدنال آن افزایش آگاهی آنان نسبت به سبک زندگی صحیح و سالم پس از زایمان و نیز راه های پیشگیری و درمان مشکلات سلامتی پس از زایمان موثر واقع شود. در مطالعه ما آموزش سبک زندگی پس از زایمان نتوانست شانس ابتلا به اکثریت مشکلات سلامتی دوران نفاس را کاهش دهد اما با این وجود نتوانست فراوانی همه مشکلات سلامتی را به حداقل مطلوب برساند، لذا توصیه می شود برنامه های آموزشی جامع تر و کامل تری توسط مراقبین سلامت در طی دوران نفاس چه در بخش پس از زایمان و چه مراکز بهداشتی برای مادران و پدران ارائه شود.

سپاسگزاری

این مطالعه که بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد می باشد، در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد

بدین وسیله از معاونت بهداشتی، کلیه پرسنل بیمارستان‌های آموزشی درمانی تبریز و کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

IRCT2013042110324N13 ثبت گردیده و در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق ۹۲۱۸ مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۰۹ تصویب و حمایت مالی شده است.

References

1. Fikree FF, Ali T, Durocher JM, Rahbar MH. Health service utilization for perceived postpartum morbidity among poor women living in Karachi. *Soc Sci Med* 2004; 59(4): 681-694.
2. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 2011; 27(2): 237-242.
3. Ansara D, Cohen MM, Gallop R, Kung R, Schei B. Predictors of women's physical health problems after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26(2): 115-125.
4. Nikpour M, Delavar MA, Abedian Z. Type of delivery and self-reported postpartum symptoms among Iranian women. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2013; 40(1): 144-147.
5. Anderson A, MacFarlyn G. Translation of community health nursing. Translators: Givi M, Zoladle M, Tehran: Boshra Publication; 2001 (Persian).
6. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(4): 242-248.
7. Kabakian-Khasholian T, Shayboub R, Ataya A. Health after childbirth: Patterns of reported postpartum morbidity from Lebanon. *Women Birth* 2014; 27(1): 15-20.
8. Zainur RZ, Loh KY. Postpartum morbidity what we can do. *Med J Malaysia* 2006; 61(5): 651-657.
9. Vermelis JM, Wassen MM, Fiddelers AA, Nijhuis JG, Marcus MA. Prevalence and predictors of chronic pain after labor and delivery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010; 23(3): 295-299.
10. Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Barbosa da Silva FM, Bick D, Gonzalez Riesco ML. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery* 2011; 27(6): 254-259.
11. Smith MP. Postnatal concerns of mothers: an update. *Midwifery* 1989; 5(4): 182-188.
12. Hung CH. Correlates of first-time mothers' postpartum stress. *Kaohsiung J Med Sci* 2006; 22(10): 500-507.
13. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery* 2011; 27(2): 181-186.
14. Mirmohammadali M, Ashrafinia F, Rajabi H, Amelvalizadeh M, Haghighi Kh, Sadeghniaat Kazemnejad A. Effect of exercise on Quality of sleep in post-partum women. *Hayat* 2012; 18(1): 20-29.
15. Insana SP, Montgomery-Downs HE. Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: a field-and laboratory-based multimethod assessment. *Dev Psychobiol* 2013; 55(4): 361-372.
16. Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P. Changes in bowel function: pregnancy and the

- puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52(2): 324–328.
17. Ege E, Akin B, Altuntug K, Benli S, Ariöz A. Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. *Urol Int* 2008; 80(4): 355-361.
 18. Alipour Z, Eskandari N, Ebrahimi Z, Bagheri A. Prevalence of urinary and intestinal incontinence in postpartum period and its related factors. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(86): 9-15 (Persian).
 19. Kvisvik EV, Stovner LJ, Helde G, Bovim G, Linde M. Headache and migraine during pregnancy and puerperium: the MIGRA-study. *J Headache Pain* 2011; 12(4):443–451.
 20. Condon J. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician* 2006; 35(9): 690–692.
 21. Fletcher RJ, Matthey S, Marley CG. Addressing depression and anxiety among new fathers. *Med J Aust* 2006; 185(8): 461-463.
 22. Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikraves M, Jamshidi R. Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran. *RJMS* 2006; 13(50): 189-196 (Persian).
 23. WHO. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide: report of a technical working group. Geneva: World Health Organization; 1998 <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/66439>. Accessed March 21, 2014.
 24. Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* 2007; 370(9595): 1311-1319.
 25. Tajik P, Nedjat S, Afshar NE, Changizi N, Yazdizadeh B, Azemikhah A, et al. Inequality in maternal mortality in Iran: an ecologic study. *Int J Prev Med* 2012; 3(2): 116-121.
 26. AbouZahr C, Wardlaw T, Hill K, Choi Y. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.
 27. Hamadani JD, Tofail F, Hilaly A, Mehrin F, Shiraji S, Banu S, et al. Association of postpartum maternal morbidities with children's mental, psychomotor and language development in rural bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2012; 30(2): 193-204.
 28. Jarrah S, Bond AE. Jordanian women's postpartum beliefs: An exploratory study. *Int J Nurs Pract* 2007; 13(5): 289-295.
 29. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105(2): 156-161.
 30. Rouhi M, Mohammad-alizadeh Charandabi S, Usefi H, Rouhi N. Postpartum morbidity and help-seeking behaviours in Iran. *British Journal of Midwifery* 2011; 19(3): 178-184.
 31. Gennaro S, Thyangathyanga D, Kershbaumer R, Thompson J. Health promotion and risk reduction in Malawi, Africa, village women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30(2): 224-230.
 32. Kalichman SC, Benotsch E, Suarez T, Catz S, Miller J, Rompa D. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *Am J Prev Med* 2000; 18(4): 325-331.
 33. Asghar Nia M, HeidarZadeh A, Zahiri Z, Seyhani AR, Pormehr Yabandeh L, Oudi M. Assessment of women's knowledge regarding postpartum complications and cares. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences* 2005; 55(14): 56-62.
 34. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell EA. Views of women and clinicians on postpartum

- preparation and recovery. *Matern Child Health J* 2014; 18(3): 707-713.
35. Khanum PA, Quaiyum MA, Islam A. Knowledge and use of essential obstetric care services in a rural NGO working area: a baseline report. ICDDR,B: Centre for Health and Population Research. Bangladesh 2001.
 36. Brodrigg WE, Zakarija-Grkovic I, Hawley G, Mitchell B, Mathews A. Postpartum health professional contact for improving maternal and infant health outcomes for healthy women and their infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12.
 37. Rahman MM, Haque SE, Zahan MS. Factors affecting the utilisation of postpartum care among young mothers in Bangladesh. *Health Soc Care Community* 2011; 19(2): 138-147.
 38. Duysburgh E, Kerstens B, Kouanda S, Kaboré CP, Belemsaga Yugbare D, Gichangi P, et al. Opportunities to improve postpartum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries. *BMC pregnancy and childbirth* 2015; 15(1): 131-141.
 39. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research Group. 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; 33(3): 210-220.
 40. Huang TT, Yeh CY, Tsai YC. A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial. *Midwifery* 2011; 27(2): 257-264.
 41. May Post, M.D. Key elements of postpartum care at the community level based on WHO guidelines: USAID Available from: www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/CAT-ALYST-Key-Elements-of-Postpartum-Care-at-the-Community-Level-Based-on-WHO-Guidelines.pdf. Accessed March 21, 2014.
 42. WHO. Safe Motherhood. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. WHO Technical Report Series, WHO/RHT/MSM/983 Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1998.
 43. WHO. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care, Geneva, Switzerland: Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, WHO Document Production Services; 2012.
 44. Liu N, Mao L, Sun X, Liu L, Yao P, Chen B. The effect of health and nutrition education intervention on women's postpartum beliefs and practices: a random ized controlled trial. *BMC Public Health* 2009; 1; 9: 45.
 45. Rouhi M, Heravi-Karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S, Shojaaee M. Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity. *Journal Of Health Promotion Managment* 2012; 1(4): 51-60 (Persian).
 46. Uzma A, Underwood P, Atkinson D, Thackrah R. Postpartum health in a Dhaka slum. *Soc Sci Med* 1999; 48(3): 313-320.
 47. Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does an early postnatal check up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. *BJOG* 1998; 105(9): 991-997.
 48. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* 2014; 30(3): 378-384.

49. Walton LM, Hernandez M, Krivak G, Buddy C, Vargas R. Effects of an 8 week nutrition and exercise program on urinary incontinence, pelvic pain and prolapse, colorectal distress, and nutritional status for prenatal and postpartum women. Social Science Research Network (SSRN). Available from: <http://ssrn.com/abstract=2412474>. Accessed March 21, 2014.
50. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10:CD007239.
51. Schmied V, Cooke M, Gutwein R, Steinlein E, Homer C. An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *J Clin Nurs* 2009; 18(13): 1850-1861.
52. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health* 2011; 11(3): 24.
53. Howell EA, Mora PA, Chassin MR, Leventhal H. Lack of preparation, physical health after childbirth, and early postpartum depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)* 2010; 19(4): 703-708.
54. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998; 25(4): 215-219.
55. Norman E, Sherburn M, Osborne RH, Galea MP. An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial. *Phys Ther* 2010; 90(3): 348-355.
56. Bang KS, Huh BY, Kwon MK. The Effect of a Postpartum Nursing Intervention Program for Immigrant Mothers. *Child Health Nurs Res* 2014; 20(1): 11-19.
57. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359(9304): 378-385.
58. Dritsa M, Da Costa D, Dupuis G, Lowensteyn I, Khalifé S. Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women: results of a randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2008; 35(2): 179-187.
59. Haruna M, Watanabe E, Matsuzaki M, Ota E, Shiraishi M, Murayama R, et al. The effects of an exercise program on health-related quality of life in postpartum mothers: A randomized controlled trial. *Health* 2013; 5(3): 432-439.
60. Kane SL. Does exercise alleviate the symptoms of postpartum depression? Philadelphia College of Osteopathic Medicine. Available from: http://digitalcommons.pcom.edu/pa_systematic_reviews. Accessed December 16, 2011.
61. Ko YL, Yang CL, Fang CL, Lee MY, Lin PC. Community based postpartum exercise program. *J Clin Nurs* 2013; 22(15-16): 2122-2131.
62. Ashrafinia F, Mirmohammadali M, Rajabi H, Kazemnejad A, SadeghniaiHaghighi K, Amelvalizadeh M, et al. The effects of Pilates exercise on sleep quality in postpartum women. *J Bodyw Mov Ther* 2014; 18(2): 190-199.
63. Liangputtong P, Yimyam S, Parisunyakul S, Baosoung C, Sansiriphun N. Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery* 2005; 21(2): 139-153.

64. Geçkil E, Şahin T, Ege E. Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. *Midwifery* 2009; 25(1): 62-71.
65. Leung SK, Arthur D, Martinson IM. Perceived stress and support of the Chinese postpartum ritual "doing the month". *Health Care Women Int* 2005; 26(3): 212-224.
66. Wang X, Wang Y, Zanzhou S, Wang J, Wang J. A population-based survey of women's traditional postpartum behaviours in Northern China. *Midwifery* 2008; 24(2): 238-245.