

Investigating the Effect of Remote Counseling of Husbands on Social Support of Spouse and Postpartum Quality of Life in Primiparous Women

Nazanin Shakibi¹ , Zeynab Alimoradi², Nasim Bahrami^{2*} 

1. Education Development Center, Faculty of Medical School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
2. Department of Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article history:

Received: 10 July 2023

Revised: 06 October 2023

Accepted: 11 December 2023

ePublished: 19 September 2024

*Corresponding author:

Nasim Bahrami, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Email: nbahrami87@gmail.com



Abstract

Background and Objective: Poor and insufficient social support to the mother in the postpartum period can seriously impact their quality of life. Remote counseling for husbands can be considered a cost-effective and available method. The present study aimed to assess the effect of remote counseling of husbands on their postpartum wives' quality of life and social support.

Materials and Methods: This randomized controlled clinical trial was conducted on 122 pregnant mothers who were referred to comprehensive health centers in Qazvin for five months, from the beginning of March 2021 to the end of July 2022. Participants in both intervention and control groups completed a demographic information questionnaire, Postpartum Social Support Questionnaire, Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, and Postpartum Fatigue Scale on days 3, 10, and 30 after delivery. In the intervention group, the spouses of pregnant mothers received counseling individually through the virtual network. Data were analyzed in SPSS software (version 24) using repeated measurements analysis of the covariance model. The significance level was considered to be 0.05.

Results: The spouse's social support in the postpartum period was significantly higher in the intervention group than in the control group in all follow-ups. The effect size of the intervention based on the standardized mean difference was strong during all three follow-up times (standardized mean difference equal to 0.62, 0.74, and 0.72 on days 3, 10, and 30 after delivery, respectively). In addition, the postpartum quality of life scores in both groups increased over time, and the mean quality of life in the intervention group was significantly higher in all follow-up measurements compared to the control.

Conclusion: As evidenced by the results of this study, remote counseling and training of spouses improved social support and the quality of life of postpartum women.

Keywords: Quality of life, Remote counseling, Social support

Extended Abstract

Background and Objective

The quality of life of postpartum women is correlated with their physical, psychological, social, and sexual health, as well as breastfeeding adequacy. Low support for women who have just given birth can lead to a marked decrease in their quality of life. Therefore, during the postpartum period, in order to increase maternal quality of life, trained people are needed to help her with her new responsibilities. Distance counseling and training of fathers has received attention due to its low cost and availability as an effective method. The present study aimed to assess the effect of remote counseling of husbands on the quality of life and social support of their wives.

Materials and Methods

This randomized controlled clinical trial was conducted on 122 pregnant mothers who were referred to comprehensive health centers in Qazvin for five months, from the beginning of March 2002 to the end of July 2022. The inclusion criteria entailed primiparous women in the 36th week of pregnancy and, later, married women, the willingness of the woman and her husband to participate in the study, literacy of the woman and her husband, access to a smartphone, and having a phone number. On the other hand, the exclusion criteria were the presence of physical and mental problems in the woman and her husband, as well as non-use of medications for the treatment of psychological disorders based on self-report. Qualified people who were willing to participate in the study were assigned to two groups of intervention (n=61) and control (n=61) using a random block method. The primary outcome, including the social support of the spouse in the postpartum period in both intervention and control groups, was assessed using a demographic information questionnaire, Postpartum Social Support Questionnaire, Maternal Postpartum Quality of Life

Questionnaire, and Postpartum Fatigue Scale on days 3, 10, and 30 after delivery. Data were analyzed in SPSS software (version 24) using repeated measurements analysis of the covariance model. The significance level was considered to be 0.05.

Results

A total of 122 people participated in this study (61 cases in the test group and 61 subjects in the control group). The distribution of demographic and fertility variables was balanced in the intervention and control groups, and only maternal education was different in the two groups, which was controlled as a covariate variable. The results of the study demonstrated that the scores of spouse's social support in the postpartum period were significantly higher in the intervention group than in the control group in all follow-up tests. The effect size of the intervention based on the standardized mean difference was strong during all three follow-up times (standardized mean difference equal to 0.62, 0.74, and 0.72 on days 3, 10, and 30 after delivery, respectively). In addition, the size of the effect intervention based on the relative eta square size was large, demonstrating that the scores of the maternal quality of life in the postpartum period in both groups increased over time, and the mean quality of life in the intervention group was significantly higher in all follow-up measurements compared to the control. Therefore, this intervention was able to effectively increase the quality of life of primiparous mothers after childbirth.

Conclusion

As evidenced by the results of this study, remote counseling and training of spouses improved social support and the quality of life of primiparous women in the intervention groups and follow-up periods. Therefore, remote counseling of fathers can be used as an effective method to increase the social support of the spouse and postpartum quality of life in primiparous women.

Please cite this article as follows: Shakibi N, Alimoradi Z, Bahrami N. Investigating the Effect of Remote Counseling of Husbands on Social Support of Spouse and Postpartum Quality of Life in Primiparous Women. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2024; 32(3): 173-183 DOI: 10.32592/ajnmc.32.3.173

بررسی تأثیر مشاوره‌ی پدران از راه دور بر حمایت اجتماعی همسر و کیفیت زندگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا

نازنین شکیبی^۱، زینب علیمرادی^۲، نسیم بهرامی^{۲*} ID

^۱ کمیته‌ی دانشجویی توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

سابقه و هدف: حمایت کم از زنان تازه زایمان کرده می‌تواند کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد. مشاوره‌ی پدران از راه دور هزینه‌ی کمی دارد و در دسترس است. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی پدران به روش مشاوره از راه دور بر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی همسران تازه زایمان کرده‌ی آن‌ها طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده‌ی شاهددار بود که دربارہی ۱۲۲ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر قزوین به مدت ۵ ماه، از ابتدای اسفند ۱۴۰۰ تا پایان تیر ۱۴۰۱ انجام شد. شرکت‌کنندگان در هر دو گروه مداخله و کنترل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی پس از زایمان و مقیاس دیداری خستگی بعد از زایمان را در روزهای سوم، دهم و سیام پس از زایمان تکمیل کردند. در گروه مداخله، همسران مادران باردار مشاوره را به‌صورت فردی از طریق شبکه‌ی مجازی دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس و کوواریانس برای سنجش‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به کنترل در تمام پیگیری‌ها به‌صورت معناداری بیشتر بود. اندازه‌ی اثر مداخله بر اساس اختلاف میانگین استانداردشده در طول هر سه زمان پیگیری در روزهای سوم، دهم و سیام بعد از زایمان به‌ترتیب برابر با ۰/۶۲، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ بود. نمرات کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان در هر دو گروه در طول زمان افزایش یافته بود و میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به کنترل در تمام سنجش‌ها پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: مشاوره‌ی پدران از راه دور روشی مؤثر در افزایش میزان حمایت از همسر و کیفیت زندگی پس از زایمان است.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۱۹

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: نسیم بهرامی، گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

واژگان کلیدی: مشاوره از راه دور، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی

ایمیل: nbahrami87@gmail.com

استناد: شکیبی، نازنین؛ علیمرادی، زینب؛ بهرامی، نسیم. بررسی تأثیر مشاوره‌ی پدران از راه دور بر حمایت اجتماعی همسر و کیفیت زندگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۳؛ ۳۲(۳): ۱۸۳-۱۷۳.

مقدمه

دوره‌ی نفاس حداقل یک مشکل جسمی مانند افسردگی، خستگی، خون‌ریزی، مشکلات شیردهی، مشکلات جنسی، بی‌اختیاری ادرار و کمردرد [۴] و طیف وسیعی از بیماری‌های روانی از جمله اضطراب، فوبیا، سندرم پس از سانحه، اختلالات سازگاری، افسردگی، کاهش اعتمادبه‌نفس و اختلالات عاطفی زودرس را

دوره‌ی نفاس چهار تا شش هفته‌ی اول بعد از زایمان را شامل می‌شود [۱]. افزایش مسئولیت‌های زنان در دوره‌ی پس از زایمان، از قبیل شیردهی و مراقبت از نوزاد همراه با انجام امور منزل [۲]، تغییرات چشمگیری در وضعیت سلامت روحی، روانی و وضعیت بیولوژیکی زنان ایجاد می‌کند [۳]. در ایران، ۸۹ درصد از مادران در

تجربه می‌کنند [۲، ۳]. گذار سخت مادر از دوره‌ی نفاس ممکن است تأثیر زیادی بر سلامت اجتماعی، شیردهی به نوزاد [۵]، ارتباط مادر تازه زایمان کرده با خانواده و اجتماع، مراقبت از نوزاد، انجام امور منزل و به‌صورت کلی، بر کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان داشته باشد [۶]. حدوداً ۵۰ درصد از مادران برای رسیدن به سطح معمول انرژی به زمانی در حدود شش هفته نیاز دارند؛ لذا در دوره‌ی نفاس به‌منظور افزایش کیفیت زندگی مادر نیاز است تا فرد یا افرادی آموزش‌دیده در انجام امور با مادر همراه شوند. همسران از جمله افراد مهمی هستند که در گذار از دوره‌ی نفاس می‌توانند به زنان کمک کنند [۷].

حمایت همسران باعث تبخیر سریع‌تر مادران و تداوم مراقبت‌ها در دوره‌ی بعد از زایمان [۸]، افزایش میزان شیردهی مادران [۹]، ارتقای کیفیت زندگی و سلامت مادر در دوره‌ی نفاس [۱۰] شود. زنان زایمان‌کرده علاقه‌ی درخور توجهی به مشارکت همسران در مسائل خود در دوره‌ی پس از زایمان دارند [۱۱]. اقدام مردان برای کمک به ارتقای سلامت مادر و نوزاد نوعی استراتژی ارتقای سلامت در نظر گرفته شده است [۱۲]. مردان به شرکت در قسمت‌های مختلف خدمات سلامت باروری تمایل دارند که از این قسمت‌ها می‌توان به مشارکت در کلاس‌های آموزشی تنظیم خانواده و علاقه‌ی آن‌ها به این کلاس‌ها [۴]، مراقبت از زنان در دوران بارداری و شیردهی، مراقبت از نوزادان، مشارکت در حمایت از دختران در دوران بلوغ، آموزش در زمینه‌های جلوگیری از خشونت علیه زنان، آموزش در حیطه‌ی باروری و سقط جنین و مراقبت‌های بعد از آن، محافظت از زنان در برابر اچ‌آی‌وی، حمایت از زنان در دوران یائسگی و میان‌سالی و هنگام ابتلا به بیماری‌های سرطانی اشاره کرد [۱۳]. به‌رغم وجود این تمایلات در مردان، فقدان دانش کافی و محدودیت در حیطه‌ی شناخت عوامل مؤثر بر باروری برای آن‌ها همچنان پابرجاست [۱۴]. یکی از راهکارهای جلب مشارکت مردان در خدمات بهداشت باروری مشاوره با آن‌هاست [۱۵] که با روش‌های مختلفی از قبیل مشاوره از راه دور انجام می‌شود [۱۶].

مشاوره از راه دور یکی از روش‌های مهم و امیدوارکننده برای اجرای فرایند مشاوره در مناطق دوردست است که ممکن است به افزایش سرعت پاسخ‌دهی مشاوره در بیماران از راه دور منجر شود [۱۷]. روش مشاوره از راه دور روشی نوین به‌منظور انجام مشاوره برای نظارت طولانی‌مدت بر وضعیت بیمار است. این روش زیرمجموعه‌ای از پزشکی از راه دور است [۱] و می‌تواند از خطاهای پزشکی جلوگیری کند، پاسخ سریع را تسهیل کند و به حل مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن و نیز پایبندی به درمان کمک کند [۱۸]، صرفه‌جویی در وقت را به همراه دارد و به تداوم درمان با کمک دسترسی آسان به مشاوره کمک می‌کند [۱۹]. در مطالعه‌ای، اجرای مراقبت از راه دور میزان افسردگی بعد از زایمان را کاهش داده است [۲۰]. با توجه به فواید فوق‌العاده‌ی روش مشاوره از راه دور و نداشتن مخاطره برای افراد و خانواده‌ها در مقالات مختلف، لزوم مطالعه و افزایش توجه به مشاوره از راه دور

به چشم می‌خورد [۲۱].

به‌رغم اهمیت این روش و مزایای آن، مطالعات متعدد و کاملی درباره‌ی اثربخشی مشاوره از راه دور در پدران صورت نگرفته است. با توجه به بررسی‌های صورت‌گرفته در پایگاه‌های اطلاعاتی در دسترس، مطالعاتی که درباره‌ی روش مشاوره از راه دور انجام شده بود بیشتر به آموزش زنان در مناطق دورافتاده محدود بود و درباره‌ی مردان مطالعات زیادی انجام نشده بود. مشاوره از راه دور به‌دلیل محدودیت‌های ایجادشده هنگام پاندمی کووید ۱۹ انتخاب شد تا از نوآوری مشاوره به شیوه‌ی مجازی برای برطرف کردن محدودیت‌های احتمالی در دسترسی به پدران استفاده شود. در مطالعات انجام‌شده مداخلات غالباً برای زنان بوده است و پارامترهای مرتبط با سلامت آن‌ها بررسی شده است. با توجه به تغییرات نیازهای روحی و جسمی در زائو و خصوصاً زنان نخست‌زا، تبعات و عوارض ناشی از بی‌توجهی به این افراد و حمایت نکردن از آنان و محدودیت مطالعات در زمینه‌ی مشاوره از راه دور به‌منظور جلب مشارکت مردان در خدمات سلامت باروری، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی پدران به روش مشاوره از راه دور بر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی همسران طراحی شده است.

روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده‌ی شاهددار بدون کورسازی بود که با مشارکت همسران ۱۲۲ مادر باردار، که ۳۶ هفته از بارداری‌شان می‌گذشت و از ابتدای اسفند ۱۴۰۰ تا پایان تیر ۱۴۰۱ به مراکز جامع سلامت شهر قزوین مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: نخست‌زا بودن با سن بارداری ۳۶ هفته یا بیشتر از آن، متأهل بودن، تمایل خانم و همسرش به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن در خانم و همسرش، دسترسی به تلفن همراه هوشمند و پاسخ‌گویی خانم و همسرش به تلفن. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلای خانم یا همسرش به مشکلات جسمی و روانی و مصرف دارو برای درمان اختلالات روان‌پزشکی بر اساس خوداظهاری بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی غیاثوند و همکاران در سال ۲۰۱۷ برآورد شد [۲۲]. با در نظر گرفتن میانگین کیفیت زندگی پس از زایمان بعد از مداخله‌ی آموزشی برابر با (۱۰/۷۱) ۱۲۴/۷۳ در گروه مداخله و (۱۲/۶۹) ۱۱۵/۰۳ در گروه کنترل، خطای نوع اول برابر با ۰/۰۵، خطای نوع دوم برابر با ۰/۲۰، حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور برابر با ۵۵ نفر در هر گروه برآورد شد. با در نظر گرفتن احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه در طول زمان آموزش و پیگیری، برای هر گروه ۶۱ نفر به مطالعه دعوت شدند.

برای نمونه‌گیری در این پژوهش در مرحله‌ی اول، تمام مراکز جامع سلامت شهر قزوین به‌صورت پنج خوشه (بر اساس مناطق جغرافیایی) در مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز قزوین در نظر گرفته شد. سپس از هر خوشه، دو مرکز با روش تصادفی ساده

(نمره ۱) تا کاملاً راضی (نمره ۶) صورت می‌گیرد. نمره کل کیفیت زندگی پس از زایمان برابر با مجموع میانگین نمرات زیرمقیاس‌هاست که از ۵ تا ۳۰ متغیر است. نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر کیفیت زندگی پس از زایمان است [۲۵]. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه بررسی و تأیید شده است [۲۶]. به علاوه در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و ضریب هم‌بستگی درون‌خوشه‌ای برابر با ۰/۹۶ در سه سنجش متوالی پایایی پذیرفتنی این ابزار را تأیید کرد.

خستگی مادر پس از زایمان: برای سنجش خستگی بعد از زایمان از مقیاس سنجش دیداری (Visual Analog Scale) استفاده شد. از مادران خواسته شد تا میزان خستگی خود را از صفر تا ۱۰۰ مشخص کنند. عدد صفر نشان‌دهنده «اصلاً خسته نیستم» و عدد ۱۰۰ نشان‌دهنده «خیلی خسته‌ام» است [۲۷]. میزان آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۰ بود. در ابتدا و قبل از شروع مداخله، دنبالک الکترونیکی (link) پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک و باروری برای مشارکت‌کنندگان ارسال شد و مادران آن را تکمیل کردند. در ادامه، نویسنده‌ی اول، که دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی بود، جلسات مشاوره با پدران را برگزار کرد و تأثیر مشاوره با پدران بر متغیرهای مورد مطالعه در مادران را بررسی کرد. در روز سوم، دهم و سی‌ام پس از زایمان از مادران گروه مداخله و کنترل خواسته شد پرسش‌نامه‌های مشخصات نوزاد (جنس، وزن، مشکلات حین تولد) و کیفیت زندگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی و خستگی را تکمیل کنند (از طریق ارسال دنبالک الکترونیکی با اپلیکیشن واتساپ). مراحل نمونه‌گیری و پیگیری در بازه‌ی زمانی اسفند سال ۱۴۰۰ تا تیر سال ۱۴۰۱ انجام شد. مراحل انجام مطالعه در فلوجارت کانسورت نشان داده شده است (شکل ۱).

در این مطالعه مادران گروه کنترل و مداخله مشاوره و مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان را دریافت کردند. همچنین، برای همسران زنان نخست‌زا در گروه مداخله جلسات مشاوره در قالب پرسش‌وپاسخ، در دسترس قرار دادن فیلم آموزشی و محتوای متنی و تصاویر در قالب پنج جلسه‌ی مجازی به صورت دو بار در هفته (جدول ۱) برگزار شد. محتوای ارائه‌شده با بررسی متون مرتبط و بر اساس نیازهای آموزشی پدران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری [۲۸] و با در نظر گرفتن ابعاد مختلف کیفیت زندگی پس از زایمان [۲۵] و حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان [۲۳] طراحی شد. همچنین، برای بررسی روایی، محتوای طراحی‌شده در اختیار ۱۰ نفر از اعضای محترم هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین قرار گرفت.

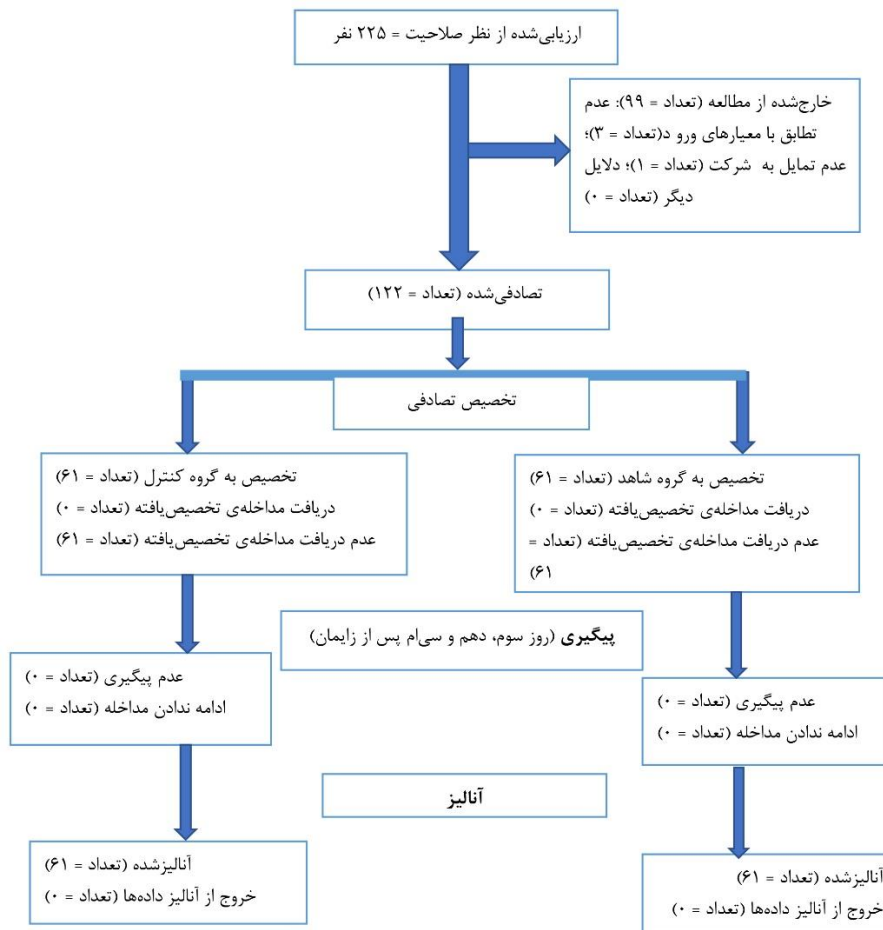
(۱۰ مرکز) انتخاب شد. پس از توضیح اهداف پژوهش، از مادران خواسته شد در صورتی که همسرانشان به شرکت در مطالعه تمایل دارند، راهی ارتباطی میان پژوهشگر و همسرانشان برقرار کنند. سپس پدران با تمایل به شرکت در مطالعه به صورت در دسترس ثبت‌نام شدند. با روش بلوک‌بندی تصادفی چهارتایی، تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه انجام شد. پیامد اولیه شامل حمایت اجتماعی مادر پس از زایمان بود که با استفاده از پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان سنجیده شد. پیامدهای ثانویه شامل کیفیت زندگی پس از خستگی بود که با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی پس از زایمان و مقیاس دیداری خستگی ارزیابی شد. تمام پیامدها پس از مداخله در روزهای سوم، دهم و سی‌ام پس از زایمان برای هر دو گروه مداخله و کنترل ارزیابی شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

مشخصات دموگرافیک و بارداری: این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی درباره‌ی سن خانم و همسر وی، میزان تحصیلات زوجین، شغل زوجین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده، تعداد بارداری، سابقه سقط، سابقه نازایی و خواسته بودن بارداری فعلی از دیدگاه خانم و همسرش بود.

حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان: این پرسش‌نامه را در سال ۲۰۱۷، دنیس و همکاران تهیه کردند و ۲۰ آیتم با پاسخ‌دهی به صورت لیکرت چهارتایی از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» دارد. نمره‌ی نهایی به صورت مجموع نمره‌ی آیتم‌ها محاسبه می‌شود که بین ۲۰ تا ۸۰ متغیر است. کسب امتیاز بالاتر نشان‌دهنده‌ی حمایت اجتماعی بیشتر توسط همسر است. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه انگلیسی ابزار بررسی و تأیید شده است [۲۳]. این پرسش‌نامه را اصلاحی و همکاران به فارسی ترجمه کرده‌اند و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی و تأیید شده است [۲۴]. به علاوه در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ و ضریب هم‌بستگی درون‌خوشه‌ای برابر با ۰/۹۵ در سه سنجش متوالی پایایی پذیرفتنی این ابزار را تأیید کرد.

کیفیت زندگی پس از زایمان: پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی پس از زایمان (MAPP-QOL) که در سال ۲۰۰۷ هیل و الداگ (Hill and Aldag) آن را طراحی کردند، با ۴۰ آیتم به بررسی اهمیت و رضایت پاسخ‌دهنده در پنج زیرمقیاس می‌پردازد. زیرمقیاس‌ها شامل روابط با دوستان و خانواده (۱۰ مورد)، وضعیت اقتصادی و اجتماعی (۹ مورد)، روابط با همسر (۵ مورد)، عملکرد جسمانی (۸ مورد) و وضعیت روان‌شناختی کودک (۸ مورد) است. پاسخ‌دهی به هر آیتم با استفاده از لیکرت شش‌تایی از بسیار ناراضی



شکل ۱: فلوجارت کانسورت

جدول ۱: محتوای جلسات مشاوره‌ای

جلسه	محتوای جلسات
اول	درخواست از پدران برای بیان دانسته‌ها و سؤالات خود درباره‌ی فرایند بارداری، زایمان و پس از زایمان توضیح درباره‌ی تغییرات روحی و جسمی مادر در اواخر دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، شیردهی و نقش مردان در حمایت اجتماعی مادران پس از زایمان و تأثیر وی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان درخواست از پدران برای بیان ابهامات موجود در زمینه‌ی نقش خود به‌عنوان حامی در دوره‌ی پس از زایمان به‌منظور شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌ها و تبادل نظر درباره‌ی آنها
دوم	پرسش از پدران در خصوص راهکارهای افزایش حمایت اجتماعی از همسرشان پس از زایمان ارائه‌ی راهکارهای حمایت اجتماعی از همسر پس از زایمان بررسی و حل موانع احتمالی در اجرای روش‌های معرفی شده از نظر پدران
سوم	پرسش از پدران راجع به راهکارهای افزایش کیفیت زندگی همسرانشان پس از زایمان ارائه‌ی راهکارهای ارتقای کیفیت زندگی پس از زایمان شناسایی موانع و ارائه‌ی راهکارهای منجر به ارتقای کیفیت زندگی همسران در دوره‌ی پس از زایمان
چهارم	مشاوره با پدران راجع به راهکارهای مختلف حمایت روانی در دوران بارداری و پس از زایمان تأکید بر تقویت راهکارهای برقراری ارتباط مؤثر آموزش مهارت‌های ارتباطی به پدران
پنجم	تماس با پدران در روز ترخیص از زایمان و ارائه‌ی توصیه‌های لازم به‌منظور یادآوری مطالب آموزش داده‌شده درخواست از پدران برای مشاوره گرفتن از پژوهشگر در صورت مواجهه با مسئله‌ای خاص

* محتوای مشاوره‌ای و آموزشی به‌صورت فیلم آموزشی در پیام‌رسان واتس‌آپ و پرسش‌وپاسخ از طریق پیام صوتی ارسال شد.
* مهلت ارسال کلیپ تا گرفتن علامت تأیید مشاهده از همه‌ی پدران ۴۸ ساعت در نظر گرفته شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ شد. مقایسه‌ی توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه بر اساس

مهم کیفیت زندگی پس از زایمان در این مطالعه با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای برابر با ۰/۹۶ در سه سنجش متوالی، برابر با ۱/۱۴ محاسبه شد. برای بررسی اندازه‌ی اثر در مطالعه‌ی حاضر از دو معیار اندازه‌ی اثر آماری بر اساس مقادیر شاخص اتا اسکوتر (در آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر) و اندازه‌ی اثر اختلاف میانگین استاندارد شده استفاده شد. شاخص اتا اسکوتر کمتر از ۰/۰۱ به منزله‌ی اندازه‌ی اثر بدون ارزش، بین ۰/۰۱ تا ۰/۰۶ اندازه‌ی اثر ضعیف، بین ۰/۰۶ تا ۰/۱۴ اندازه‌ی اثر متوسط و مقادیر بیش از ۰/۱۴ اندازه‌ی اثر قوی تفسیر می‌شود. اندازه‌ی اثر اختلاف میانگین استاندارد شده‌ی زیر ۰/۲ به منزله‌ی اندازه‌ی اثر ضعیف، بین ۰/۲ تا ۰/۵ متوسط و بیش از ۰/۵ اندازه‌ی اثر قوی تفسیر می‌شود [۳۱]. سطح معنی‌داری تمام آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

توزیع متغیرهای دموگرافیک و باروری، به‌جز تحصیلات مادر، در گروه‌های مطالعه متوازن بود (جدول ۲). وضعیت تحصیلات مادر نیز به‌عنوان متغیر مخدوش‌کننده (covariate) در تحلیل‌ها کنترل شد.

حمایت اجتماعی مادر در دوره‌ی پس از زایمان: نتایج

تحلیل واریانس و کوواریانس (RM ANOVA-ANCOVA) برای اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که نمرات حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به کنترل در تمام سنجش‌ها پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر بود (جدول ۳).

معیارهای Imbens & Rubin انجام شد. در ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی و تأیید شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها، برای مقایسه‌ی تغییرات میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان، کیفیت زندگی پس از زایمان و خستگی مادر پس از زایمان بین گروه‌های مطالعه در زمان‌های مختلف، از آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در هر مورد پیش‌نیازهای انجام آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر شامل آزمون کرویت و هموزیته‌ی واریانس‌ها بررسی شد. برای بررسی اندازه‌ی اثر در مطالعه‌ی حاضر از دو معیار اندازه‌ی اثر آماری بر اساس مقادیر شاخص اتا اسکوتر (Eta Squared) (در آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر) و اندازه‌ی اثر اختلاف میانگین استاندارد شده استفاده شد.

تفاوت میانگین برای ارزیابی حداقل تفاوت بالینی مهم (MCID) بررسی شد. حداقل تفاوت بالینی مهم برای پیامدها با استفاده از روش مبتنی بر توزیع داده‌ها محاسبه شد [۲۹] که برای پیامدهای گزارش شده توسط بیمار ممکن است بر اساس بیماران و زمینه‌ی بالینی متفاوت باشد؛ بنابراین بهتر است در هر مطالعه و مبتنی بر داده‌ها محاسبه شود [۳۰]. محاسبه‌ی حداقل تفاوت بالینی مهم بر اساس روش مبتنی بر توزیع توصیه شده توسط Jacobson و همکاران [۳۰] و با فرمول زیر محاسبه شد:

$$MCID = 1.96 * SD_{base} * \sqrt{2 * (1 - ICC)}$$

حداقل تفاوت بالینی مهم حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان با در نظر گرفتن ضریب همبستگی درون خوشه‌ای برابر با ۰/۹۵ در سه سنجش متوالی، برابر با ۴/۷۰ بود. حداقل تفاوت بالینی

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان بر اساس گروه مطالعه

متغیر	مداخله (تعداد = ۶۱)		کنترل (تعداد = ۶۱)	
	میانگین (SD) یا تعداد (%)	میانگین (SD) یا تعداد (%)	میانگین (SD) یا تعداد (%)	میانگین (SD) یا تعداد (%)
سن (سال)	۲۶/۴۱ (۴/۵۹)	۲۶/۴۱ (۴/۵۹)	۲۶/۴۱ (۵/۰۹)	۲۶/۴۱ (۵/۰۹)
سن همسر (سال)	۳۰/۴۴ (۴/۶۰)	۳۰/۴۴ (۴/۶۰)	۳۰/۴۳ (۳/۹۰)	۳۰/۴۳ (۳/۹۰)
سن بارداری (هفته)	۳۹/۱۰ (۱/۴۱)	۳۹/۱۰ (۱/۴۱)	۳۹/۰۲ (۱/۶۱)	۳۹/۰۲ (۱/۶۱)
تحصیلات زنان	زیر دیپلم	۱۲ (۱۹/۷)	۲۱ (۳۴/۴)	۲۱ (۳۴/۴)
	دیپلم	۳۱ (۵۰/۸)	۲۴ (۳۹/۳)	۲۴ (۳۹/۳)
	دانشگاهی	۱۸ (۲۹/۵)	۱۶ (۲۶/۲)	۱۶ (۲۶/۲)
تحصیلات همسران	زیر دیپلم	۱۶ (۲۶/۲)	۲۱ (۳۴/۴)	۲۱ (۳۴/۴)
	دیپلم	۲۷ (۴۴/۳)	۲۳ (۳۷/۷)	۲۳ (۳۷/۷)
	دانشگاهی	۱۸ (۲۹/۵)	۱۷ (۲۷/۹)	۱۷ (۲۷/۹)
شغل همسر	بیکار	۴۳ (۷۰/۵)	۴۱ (۶۷/۲)	۴۱ (۶۷/۲)
	شاغل	۱۸ (۲۹/۵)	۲۰ (۳۲/۸)	۲۰ (۳۲/۸)
شغل خانم	خانه‌دار	۵ (۸/۲)	۷ (۱۱/۵)	۷ (۱۱/۵)
	شاغل	۵۶ (۹۱/۸)	۵۴ (۸۸/۵)	۵۴ (۸۸/۵)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۶ (۹/۸)	۱۰ (۱۶/۴)	۱۰ (۱۶/۴)
	متوسط	۳۸ (۶۲/۳)	۴۰ (۶۵/۶)	۴۰ (۶۵/۶)
	خوب	۱۷ (۲۷/۹)	۱۱ (۱۸/۰۰)	۱۱ (۱۸/۰۰)
جنسیت نوزاد	دختر	۲۷ (۴۴/۳)	۲۹ (۴۷/۵)	۲۹ (۴۷/۵)
	پسر	۳۴ (۵۵/۷)	۳۲ (۵۲/۵)	۳۲ (۵۲/۵)

۴۹ (۸۰/۳)	۵۳ (۸۶/۹)	قبل از یک ساعت	اولین تغذیه با شیر مادر
۱۲ (۱۹/۷)	۸ (۱۳/۱)	بعد از یک ساعت	
۴۷ (۷۷/۰)	۴۴ (۷۲/۱)	تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر	روش تغذیه‌ی نوزاد
۹ (۱۴/۸)	۱۳ (۲۱/۳)	شیر مادر + فورمولا	
۵ (۸/۲)	۴ (۶/۶)	فورمولا	
۱۶ (۲۶/۲)	۱۵ (۲۴/۶)	بله	بستری نوزاد
۴۵ (۷۳/۵)	۴۶ (۷۵/۴)	خیر	
۳۷ (۶۰/۷)	۳۵ (۵۷/۴)	طبیعی	روش زایمان
۲۴ (۹۳/۳)	۲۶ (۴۲/۶)	سزارین	

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس و کوواریانس با ارزیابی تأثیر مداخله بر حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری			گروه			
مقدار اتا اسکوئر نسبی	مکرر	تأثیر	تفاوت میانگین استاندارد شده (۹۵٪: CI)	میانگین تفاوت* (۹۵٪: CI)	نقاط زمانی اندازه‌گیری	
					کنترل (تعداد = ۶۱)	مداخله (تعداد = ۶۱)
۰/۰۰۸	آماره‌ی F (P)	زمان	(۰/۶۵ : ۱/۴۰۵)	(۵/۰۴ : ۱۰/۴۷)	۶۰/۵۱ (۷/۵۴)	۶۸/۲۶ (۷/۵۴)
۰/۲۳۶		گروه	(۰/۵۳ : ۱/۳۷)	(۴/۰۲ : ۹/۳۹)	۶۱/۴۸ (۷/۴۷)	۶۸/۱۸ (۷/۴۷)
۰/۰۰۵		گروه* زمان	(۰/۶۴ : ۱/۳۹)	(۴/۹۹ : ۱۰/۴۸)	۵۹/۶۱ (۷/۶۲)	۶۷/۳۴ (۷/۶۲)

مقدار معناداری آزمون شاپیروویلک بر اساس گروه‌ها $< 0/05$ ، مقدار معناداری آزمون کرویوت = $0/012$ ، مقدار معناداری تصحیح گرین هوس گیسر = $0/93$ ، مقدار معناداری آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها $< 0/05$ ، در مقایسه با مقدار $4/70$ به عنوان حداقل میزان تفاوت بالینی مهم

۰/۷۴ و ۰/۷۲ بود. به علاوه، اندازه‌ی اثر مداخله بر اساس اندازه‌ی اتا اسکوئر نسبی برای متغیر گروه بزرگ بود؛ بنابراین، این مداخله به صورت مؤثری توانست کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان را افزایش دهد (جدول ۴).

خستگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان: نتایج تحلیل واریانس و کوواریانس برای ارزیابی تأثیر مداخله بر خستگی مادر پس از زایمان نشان داد که میزان خستگی مادر در طول زمان‌های پیگیری در هر دو گروه کاهش یافته بود. با اینکه میزان خستگی مادر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در طول دوره‌ی پیگیری کمتر بود، تنها در روز دهم پس از زایمان این تفاوت معنادار بود. اندازه‌ی اثر مداخله بر خستگی مادر در تمام زمان‌های پیگیری ضعیف بود و از لحاظ آماری معنادار نبود (جدول ۵).

کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان: نتایج

تجزیه و تحلیل واریانس نشان داد که کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان در هر دو گروه در طول زمان افزایش یافته بود، اما میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به کنترل در تمام سنجش‌های پیگیری نه تنها به لحاظ آماری، بلکه از لحاظ بالینی نیز به صورت معناداری بیشتر بود. با در نظر گرفتن اینکه حداقل تفاوت بالینی معنادار در این مقیاس اختلاف میانگین ۱/۱۴ بود، اختلاف کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در طول زمان پیگیری نه تنها از نظر آماری، بلکه از نظر بالینی هم معنادار بود (اختلاف میانگین ۱/۲۰، ۱/۳۹ و ۱/۳۴ به ترتیب در روزهای سوم، دهم و سی‌ام بعد از زایمان). همچنین، اندازه‌ی اثر مداخله بر اساس اختلاف میانگین استاندارد شده در روزهای سوم، دهم و سی‌ام بعد از زایمان به ترتیب برابر با ۰/۶۲،

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل واریانس و کوواریانس با ارزیابی تأثیر مداخله بر نمره‌ی کل کیفیت زندگی مادر پس از زایمان

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر			گروه			
مقدار اتا اسکوئر نسبی	مکرر	تأثیر	تفاوت میانگین استاندارد شده (۹۵٪: CI)	میانگین تفاوت* (۹۵٪: CI)	نقاط زمانی اندازه‌گیری	
					کنترل (تعداد = ۶۱)	مداخله (تعداد = ۶۱)
۰/۰۰۲	آماره‌ی F (P)	زمان	(۰/۲۵ : ۰/۹۸)	(۰/۴۹ : ۱/۹۱)	۲۵/۶۲ (۱/۹۵)	۲۶/۸۲ (۱/۹۵)

زندگی	۱/۲۰	۰/۶۲					
پس از زایمان	(۰/۷۱ : ۲/۰۶)	(۰/۳۷ : ۱/۱۱)	گروه	۱۹/۰۲ (۰/۰۰۱۶)	۰/۱۴۱		
مادر	۱/۳۹	۰/۷۴	گروه*	۰/۳۹ (۰/۶۳)	۰/۰۰۳		
	(۰/۳۵ : ۱/۰۸)	(۰/۳۴ : ۰/۶۷)	زمان				
	۲۶/۳۰ (۱/۸۷)	۲۷/۶۸ (۱/۸۷)					
	۲۶/۴۸ (۱/۸۷)	۲۷/۸۲ (۱/۸۷)					

مقدار معناداری آزمون شاپیروویلیک بر اساس گروه‌ها < ۰/۰۵، مقدار معناداری آزمون کرویت > ۰/۰۰۱، مقدار معناداری تصحیح گرین هوس گیسر = ۰/۷۹، مقدار معناداری آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها < ۰/۰۵
*در مقایسه با مقدار ۱/۱۴ به‌عنوان حداقل میزان تفاوت بالینی مهم

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس و کوواریانس برای ارزیابی تأثیر مداخله بر خستگی مادر پس از زایمان

متغیر	نقاط زمانی اندازه‌گیری	گروه		تفاوت میانگین (۹۵٪: CI)	تفاوت میانگین استاندارد شده (۹۵٪: CI)	نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری	
		مداخله (تعداد = ۶۱)	کنترل (تعداد = ۶۱)			مکرر	آماره F
خستگی مادر پس از زایمان	زمان ۱	۵/۳۳ (۱/۹۱)	۵/۵۹ (۱/۹۱)	(-۰/۹۴ : ۰/۴۳)	(-۰/۴۹ : ۰/۲۲)	زمان	۰/۰۸۸
	زمان ۲	۳/۷۴ (۱/۹۸)	۴/۳۱ (۱/۹۸)	(-۰/۲۸ : ۰/۱۴)	(-۰/۶۵ : ۰/۰۷)	گروه	۰/۰۱۵
	زمان ۳	۲/۷۲ (۱/۳۴)	۲/۹۰ (۱/۳۴)	(-۰/۶۷ : ۰/۳۰)	(-۰/۴۹ : ۰/۲۲)	گروه* زمان	۰/۰۰۶

مقدار معناداری آزمون شاپیروویلیک بر اساس گروه‌ها < ۰/۰۵، مقدار معناداری آزمون کرویت > ۰/۴۴، مقدار معناداری آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها < ۰/۰۵

بحث

برای حمایت از مادر در دوره‌ی پس از زایمان نشان دادند و در تمام مراحل پیگیری، همسران آن‌ها این تفاوت بین دریافت حمایت اجتماعی از سمت شوهران را گزارش کرده بودند و تفاوت آن‌ها معنادار بود.

کیفیت زندگی مادر در دوره‌ی پس از زایمان در هر دو گروه مطالعه افزایش داشت، اما میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به کنترل در تمام سنجش‌ها به‌صورت معناداری بیشتر بود که نشان داد مشاوره از راه دور برای پدران می‌تواند به‌صورت مؤثری کیفیت زندگی مادر را در دوره‌ی پس از زایمان افزایش دهد. این یافته با مطالعه‌ی که جان وبستر (Webster J) و همکارانش با هدف بررسی تأثیر حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی و افسردگی پس از زایمان (۲۰۱۰) انجام دادند، همخوانی دارد و نشان می‌دهد که میزان کیفیت زندگی زنان با افزایش حمایت اجتماعی شوهرانشان افزایش می‌یابد [۳۴]. حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان می‌تواند بر کیفیت زندگی مادر در این دوران مؤثر باشد.

میزان خستگی مادر در طول زمان‌های پیگیری در هر دو گروه کاهش یافته بود و میزان خستگی مادر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر بود. خستگی بعد از زایمان در روزهای بلافاصله بعد از زایمان بیشتر است و به‌مرور کاهش می‌یابد، اما میزان کاهش خستگی در گروه مداخله بیشتر بود. مطالعه‌ی که غلامی و همکاران (۲۰۱۸) برای بررسی تأثیر مداخلات رفتاری و آموزشی بر خستگی

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی پدران به روش مشاوره از راه دور بر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی همسران تازه زایمان‌کرده‌ی آن‌ها انجام شد و نتایج مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به کنترل به‌صورت معناداری در هر سه زمان اندازه‌گیری شده (روز سوم، دهم و سیام بعد از زایمان) بیشتر بود؛ بنابراین، این مداخله به‌صورت مؤثری توانست حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان را افزایش دهد. در مطالعه‌ی که اوانز (Evans M) و همکارانش با هدف بررسی گروه‌های حمایت اجتماعی و افسردگی بعد از زایمان با رویکرد تحلیل محتوای کیفی (۲۰۱۲) انجام دادند، حمایت اجتماعی آنلاین در زنان مبتلا به افسردگی بعد از زایمان به بهبود افسردگی آنان منجر شد که نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما سازگار است [۲۲]. همچنین، در مطالعه‌ی که هوآنگ (K-Y Huang) و همکارانش (۲۰۱۹) انجام دادند، عنوان شد که ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی از راه دور می‌تواند باعث ارتقای حمایت اجتماعی در بیماران شود که نتایج مطالعات ما با مطالعه‌ی فوق سازگار است [۳۳]. در مطالعه‌ی ما سعی شد به‌صورت غیرمستقیم با مشاوره‌ی پدران و درگیر کردن آن‌ها در فرایندهایی که در دوران پس از زایمان برای مادر رخ می‌دهد، به مادران کمک شود. پدرانی که در دوران بارداری با تغییرات ناشی از بارداری و زایمان در مادر آشنا شده بودند، آمادگی و درک بیشتری

زایمان در گروه مداخله کاهش پیدا کرد. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری می‌توانند از این روش مشاوره‌ای برای ارتقای سلامت زنان در دوره‌ی پس از زایمان استفاده کنند. انجام مطالعاتی در زمینه‌ی بررسی اثربخشی مشاوره‌ی همسران بر کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ماما‌های محترم شاغل در مراکز جامع سلامت شهر قزوین و نیز تمامی پدران مهربان و بانوانی که در این طرح مشارکت کردند اعلام می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تعارضی در منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بررسی و با دریافت کد اخلاق IR.QUMS.REC.1400.402 تأیید شده است. به‌علاوه، این مطالعه در سامانه‌ی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ثبت شده و با دریافت کد IRCT20211206053295N1 تأیید شده است. همچنین، قبل از جمع‌آوری اطلاعات، هدف مطالعه برای نمونه‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه‌ی آگاهانه دریافت شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و هر وقت که بخواهند، می‌توانند از گروه خارج شوند.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش قسمت‌های مختلف مقاله سهمیم بودند.

حمایت مالی

این مطالعه حامی مالی ندارد.

مادران پس از زایمان در گروه‌های آموزش حضوری و الکترونیکی انجام دادند، نشان‌دهنده‌ی کاهش خستگی مادران پس از آموزش بود که با نتایج پژوهش ما همسوست [۳۵]. همچنین، مطالعه‌ای که بدر (Badr HA) و همکارانش (۲۰۱۷) تحت عنوان «متآنالیز عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی خستگی پس از زایمان» انجام دادند، نشان‌دهنده‌ی کاهش خستگی مادر با ارائه‌ی اطلاعات به‌موقع به وی بود [۳۶]. مطالعه‌ای که هندرسون (Henderson J) و همکاران (۲۰۱۴) در خصوص عوامل مرتبط با خستگی مادر پس از زایمان انجام دادند، نشان از کاهش خستگی بعد از زایمان در زنانی داشت که کمک و حمایت عملی از ماماها دریافت کرده بودند و نتایج مطالعه‌ی فوق نیز با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی داشت [۳۷]. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، میزان دریافت حمایت اجتماعی در گروه مداخله بیشتر بود و در راستای آن، کیفیت زندگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بهتر و خستگی آن‌ها کمتر بود. کمتر بودن میزان خستگی در گروه مداخله را شاید بتوان به افزایش حمایت اجتماعی همسر در دوره‌ی پس از زایمان و همراهی با مادر در زمینه‌ی مراقبت از کودک نسبت داد.

قوت‌ها و محدودیت‌های مطالعه

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به به‌کارگیری و مشارکت مردان در مطالعه و بررسی تأثیر آن بر پارامترهای سلامت در مادران اشاره کرد. همچنین، بررسی مادران در سه بازه‌ی زمانی به‌منظور بررسی پایداری نتایج مشاوره از دیگر نقاط قوت این مطالعه بود. استفاده از روش پرسش‌نامه و خودگزارش‌دهی محدودیت مطالعه‌ی حاضر بود. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر کمبود مطالعاتی بود که به تأثیر مشاوره‌ی پدران بر وضعیت سلامت مادر در دوران پس از زایمان، به‌ویژه در بستر جامعه‌ی ایران، پرداخته بودند.

نتیجه‌گیری

پس از مداخله‌ی ما میزان حمایت اجتماعی همسران و کیفیت زندگی پس از زایمان افزایش پیدا کرد و نیز میزان خستگی پس از

REFERENCES

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics, 25e. United States of America: McGraw-Hill Education. 2018. [Link]
- Cristescu T, Behrman S, Jones SV, Chouliaras L, Ebmeier KP. Be vigilant for perinatal mental health problems. *The Practitioner*. 2015;259(1780):19-23. [Link]
- Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*. 2015;175:34-52. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.041
- Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of relationship between delivery mode and postpartum quality of life. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010;13(3):47-53. DOI: 10.22038/ijogi.2010.5856
- Nandula PS, Hudak ML. Remote Lactation Support in the COVID-19 Era. *Neoreviews*. 2021;22(6):e392-e7. DOI: 10.1542/neo.22-6-e392
- Gökşin I, Ayaz-Alkaya S. The effectiveness of progressive muscle relaxation on the postpartum quality of life: A randomized controlled trial. *Asian nursing research*. 2018;12(2):86-90. DOI: 10.1016/j.anr.2018.03.003
- Akbay AS, Tasci-Duran E. How Does Spousal Support Affect Women'S Quality Of Life In The Postpartum Period In Turkish Culture? *Asian Women*. 2018;34(3):29-45. DOI: 0.14431/aw.2018.09.34.3.29
- Mayers A, Hambidge S, Bryant O, Arden-Close E. Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC pregnancy and childbirth*. 2020;20(1):1-9. DOI: 10.1186/s12884-020-03043-2
- Kohan S, Heidari Z, Keshvari M. Facilitators for Empowering Women in Breastfeeding: a Qualitative Study. *Int J Pediatr*. 2016;4(1):1287-96. [Link]
- Gaffney MR, Adams KH, Syme KL, Hagen EH. Depression and suicidality as evolved credible signals of need in social conflicts. *Evolution and Human Behavior*. 2022;43(3):242-56. DOI:

- [10.1016/j.evolhumbehav.2022.02.004](https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2022.02.004)
11. Lewis S LA, Simkhada P. The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;**15**:162. DOI: [10.1186/s12884-015-0599-8](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0599-8) PMID: [26239123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26239123/)
 12. Tokhi M C-TL, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018 ;**13**(1):e0191620. DOI: [10.1371/journal.pone.0191620](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620) PMID: [29370258](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370258/)
 13. Khani S. A review on various aspects of male involvement in women's sexual and reproductive health. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;**27**(152):99-116. [Link]
 14. Hammarberg K, Collins V, Holden C, Young K, McLachlan R. Men's knowledge, attitudes and behaviours relating to fertility. *Human Reproduction Update*. 2017;**23**(4):458-80. DOI: [10.1093/humupd/dmx005](https://doi.org/10.1093/humupd/dmx005)
 15. Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Pan Am J Public Health*. 2005;**18**:149-56. [Link]
 16. Mohammadi F, bahrami n, Alimoradi Z. The effect of telemidwifery counseling on breastfeeding self-efficacy in primiparous women during the covid-19 pandemic. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2023;**31**(2):124-33. DOI: [10.32592/ajnm.31.1.124](https://doi.org/10.32592/ajnm.31.1.124)
 17. Murphy M, Scott LJ, Salisbury C, Turner A, Scott A, Denholm R, et al. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. *British Journal of General Practice*. 2021;**71**(704):e166-e77. DOI: [10.3399/BJGP.2020.0948](https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0948)
 18. Ilin I, Iliashenko V, Iliashenko O, editors. Information exchange model for remote consulting systems in the Russian Federation. E3S Web of Conferences; 2019;**110**:02047. DOI: [10.1051/e3sconf/201911002047](https://doi.org/10.1051/e3sconf/201911002047)
 19. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2019;**69**(686):e586-e94. DOI: [10.3399/bjgp19X704141](https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141)
 20. Hanach N, de Vries N, Radwan H, Bissani N. The Effectiveness of Telemedicine Interventions, delivered exclusively during the postnatal period, on postpartum depression in mothers without history or existing mental disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Midwifery*. 2020;**94**:102906. DOI: [10.1016/j.midw.2020.102906](https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102906)
 21. Öhm U, Parment H, Hildingsson I. Quality improvement in postnatal care: Findings from two cohorts of women in Sweden. *Eur J Midwifery*. 2020;**4**:45. PMID: [33537646](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33537646/) DOI: [10.18332/ejm/128737](https://doi.org/10.18332/ejm/128737)
 22. Ghasvand F, Riazi H, Hajian S, Kazemi E, Firoozi A. The effect of a self-care program based on the teach back method on the postpartum quality of life. *Electron Physician*. 2017;**9**(4):4180-89. PMID: [28607653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28607653/) DOI: [10.19082/4180](https://doi.org/10.19082/4180)
 23. Dennis C-L, Brown HK, Brennenstuhl S. The Postpartum Partner Support Scale: Development, psychometric assessment, and predictive validity in a Canadian prospective cohort. *Midwifery*. 2017;**54**:18-24. DOI: [10.1016/j.midw.2017.07.018](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.018)
 24. Eslahi Z, Bahrami N, Allen KA, Alimoradi Z. Spouse's social support in the postpartum period, predictors and its relationship with postpartum depression in a sample of Iranian primiparous women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;**154**(1):24-30. DOI: [10.1002/ijgo.13488](https://doi.org/10.1002/ijgo.13488)
 25. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal postpartum quality of life questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*. 2006;**14**(3):205. DOI: [10.1891/jnm-v14i3a005](https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a005)
 26. Mokhtaryan-Gilani T, Ozgoli G, Kariman N, Sharif Nia H, Ahmadi Doulabi M, Nasiri M. Psychometric properties of the Persian translation of maternal postpartum quality of life questionnaire (MAPP-QOL). *Health Qual Life Outcomes*. 2021;**19**(1):1-9. DOI: [10.1186/s12955-021-01781-1](https://doi.org/10.1186/s12955-021-01781-1)
 27. Monk TH. A visual analogue scale technique to measure global vigor and affect. *Psychiatry Research*. 1989;**27**(1):89-99. DOI: [10.1016/0165-1781\(89\)90013-9](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90013-9)
 28. Masumeh Simbar, Fatemeh Nahidi, Fahimeh Ramezani Tehrani, Ali Ramezankhani, Ali Reza Akbar Zadeh. Educational needs assessment for fathers' participation in perinatal care. *Payesh (Health Monitor) Journal*. 2012;**11**(1):39-49. [Link]
 29. Sedaghat AR. Understanding the Minimal Clinically Important Difference (MCID) of Patient-Reported Outcome Measures. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;**161**(4):551-60. DOI: [10.1177/0194599819852604](https://doi.org/10.1177/0194599819852604)
 30. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. American Psychological Association, Washington DC. 1992:631-48. DOI: [10.1037/10109-042](https://doi.org/10.1037/10109-042)
 31. Fritz CO MP, Richler JJ. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of experimental psychology: General*. 2012;**141**(1):2. DOI: [10.1037/a0024338](https://doi.org/10.1037/a0024338)
 32. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient education and counseling*. 2012;**87**(3):405-10. DOI: [10.1016/j.pec.2011.09.011](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.011)
 33. Huang K-Y, Chengalur-Smith I, Pinsonneault A. Sharing is caring: Social support provision and companionship activities in healthcare virtual support communities. *MIS quarterly*. 2019;**43**(2):395-424. DOI: [10.25300/MISQ/2019/13225](https://doi.org/10.25300/MISQ/2019/13225)
 34. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*. 2011;**27**(5):745-9. DOI: [10.1016/j.midw.2010.05.014](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.014)
 35. Gholami Z, Bahadoran P. Comparing the impact of educational behavioral interventions on maternal sleep between face-to-face and electronic training groups, during the postpartum period. *Journal of Education and Health Promotion*. 2018;**7**(1):107. DOI: [10.4103/jehp.iejhp.131_16](https://doi.org/10.4103/jehp.iejhp.131_16)
 36. Badr HA, Zauszniewski JA. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied nursing research*. 2017;**36**:122-7. DOI: [10.1016/j.apnr.2017.06.010](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.06.010)
 37. Henderson J, Alderdice F, Redshaw M. Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ open*. 2019;**9**(7):e025927. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-025927](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927)