Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3), winter, pp 264 - 277

The effect of family-centered and individual-centered Empowerment Program on Sleep Quality and Mental Health of prim parous women: A clinical trial study

Maryam Modares[1], Farahnaz Azizi[2*]

1. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Midwifery, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran

***Corresponding Author:** Farahnaz Azizi, **Email:** Farahnaz.Azizi@iau.ac.ir

Received: 13 December 2023 **Accepted:** 20 February 2024

Abstract

Background & Aim: The postpartum period is accompanied by rapid physiological changes that expose mothers to sleep pattern disturbances and threaten the health of mothers and their infants. In order to maintain and improve mental health and sleep quality in this era, it is necessary to empower mothers with a suitable model. Therefore, the present study was conducted to investigate and compare the effects of family-centered and individual-centered empowerment programs on the sleep quality and mental health of primiparous women in the postpartum period.

Materials & Methods: This randomized clinical trial study was conducted on two groups, from late 2019 to June 2020. After sampling using the convenience method, 86 women were randomly assigned to either the family-centered or individual-centered group. The research tools included a demographic information questionnaire, a questionnaire on personal and environmental factors affecting fatigue and sleep, the Pittsburgh Sleep Quality Index, and the General Health Questionnaire. In the family-centered group, the empowerment program was implemented based on the four-stage model of perceived threat, self-efficacy enhancement, self-esteem, and assessment of quality of life components for primiparous mothers in the postpartum period, along with their spouse and infant. However, in the individual-centered group, the mothers were the only ones undergoing the intervention. In the three stages prior to the intervention and one month after the intervention, sleep quality and mental health questionnaires were completed by the research units. Finally, the data were analyzed using descriptive and analytical statistical tests, including the Mann-Whitney, Friedman, Wilcoxon, and Smirnov-Kolmogorov tests, using SPSS-21 software due to the non-normal distribution of the data.

Results: The results of the study showed that the sleep quality score and mental health score of primiparous women after delivery in the two family-centered and individual-centered empowerment groups did not show any significant statistical differences before and immediately after the intervention($P>0.05$). However, one month after the intervention, in the family-centered group, both research variables had significantly improved($P<0.05$).

Conclusion: Postpartum empowerment of primparous women using family-centered and individual-centered patterns lead to improvements in their sleep quality and mental health. Empowerment with family support plays a more effective role. Therefore, empowerment programs should be implemented with the support of spouses and key family members during pregnancy and continued in postpartum care.

Keywords: Primparous women, empowerment, sleep quality, mental health.

How to cite this article: Modares M, Azizi F.The effect of family-centered and individual-centered Empowerment Program on Sleep Quality and Mental Health of prim parous women: A clinical trial study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3): 264 – 277.
https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-586-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

تأثیر اجرای برنامه‌ی توانمندسازی فرد محور و خانواده محور بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان نخست زا: مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

مریم مدرس[1]، فرحناز عزیزی[2]*

۱. دکترای آموزش پزشکی، دانشیار، گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. کارشناسی ارشد مامایی، مربی، گروه مامایی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران

***نویسنده مسئول:** فرحناز عزیزی، **ایمیل:**Farahnaz.Azizi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۲ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: برای حفظ و ارتقای سلامت روان و کیفیت خواب در دوره پس از زایمان، توانمندسازی مادران با الگوی متناسب ضرورت دارد. مطالعه حاضر باهدف تعیین و مقایسه تاثیر اجرای برنامه‌ی توانمندسازی خانواده محور و فردمحور بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان نخست زا در دوره‌ی پس از زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود که درفاصله اواخر سال ۹۸ تا خرداد ۹۹ انجام شد. پس از نمونه‌گیری به روش در دسترس ۸۶ آزمودنی به صورت تصادفی ساده به دو گروه خانواده محور و فرد محور تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه عوامل فردی-محیطی موثر بر خستگی و خواب، پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ و پرسشنامه سلامت عمومی کلدبرگ بود. درگروه خانواده محوربرنامه توانمندسازی بر اساس مراحل چهارگانه این الگو شامل تهدید درک شده، ارتقا خود کارآمدی، خودباوری و ارزشیابی اجزاء سطح کیفیت زندگی برای مادران نخست زا در دوره پس از زایمان، به همراه شیرخوار و همسرشان اجرا شد و در گروه فردمحور به تنهایی روی این مادران اجرا شد. در۳ مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله پرسشنامه‌های کیفیت خواب و سلامت روان توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد نمره کیفیت خواب و امتیاز سلامت روان زنان نخست زا پس از زایمان در دو گروه توانمندسازی خانواده محور و فردمحور قبل و بلافاصله بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری نداشتند($P>۰/۰۵$) ولی یک ماه بعد از مداخله در گروه خانواده محور هر دو متغیر پژوهش به طور معناداری بهبود پیدا کرده بود($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: توانمندسازی زنان نخست زا پس از زایمان با الگوهای خانواده محور و فردمحور به بهبود کیفیت خواب و سلامت روان زنان منجر می‌شود و توانمندسازی با حمایت خانواده نقش موثرتری دارد. لذا باید اجرای برنامه‌های توانمندسازی به همراه همسر و افراد کلیدی خانواده از دوران بارداری شروع و در مراقبت‌های بعد از زایمان ادامه داده شود.

واژه‌های کلیدی: زنان نخست زا، توانمندسازی، کیفیت خواب، سلامت روان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

دوره پس از زایمان که تحت عنوان پورپریوم نیز شناخته می‌شود، به ۶ هفته اول پس از زایمان اشاره می‌کند(۱،۲). در حالت طبیعی این دوران با تغییرات فیزیولوژیک و روانی زیادی همراه است(۳). زنان در این مرحله از دوران زندگی، نیاز به تغییرکردن و تطبیق یافتن با شرایط جدید دارند (۴). این تغییرات در دوره پس از زایمان ، به خصوص در بارداری اول به حدی تنش‌زا است که در کیفیت زندگی، سلامت جسمی و ذهنی مادران و ساختار کلی خانواده اثرات شدیدی اعمال کرده و می‌تواند باعث خستگی، تغییرات خلقی – روانی و اختلالات خواب شود. (۵-۷). براساس مستندات، اختلال کیفیت خواب بزرگ‌ترین اختلال گزارش‌شده در یک هفته اول پس از زایمان محسوب می‌شود(۸). میانگین مدت خواب ۶/۸ (±۰۶/۵) ساعت است. نزدیک به نیمی (۴۶٪/۴) از زنان به طور متوسط کمتر از هفت ساعت می‌خوابند. گزارش شده که (۱۵٪/۳) از زنان با وجود داشتن فرصت‌های کافی برای خواب، مشکل خواب داشته‌اند، ۸/۶٪ خواب ضعیف و (۱۲٪/۵)نیز ناراحتی از خواب را ذکر نموده‌اند(۹).

اختلالات کیفیت خواب با شیوع بالایی از هفته‌ی ۱۲ بارداری تا ۲ ماه بعد از زایمان بروز می‌کند. اما در برخی موارد ممکن است به مدت ۱۲ ماه بعد از زایمان نیز ادامه پیدا کند(۹-۱۱). بنابراین در دوره پس از زایمان، خواب روزانه کاهش می‌یابد. از طرفی خواب شبانه نیز، به علت بیدار شدن‌های مکرر در این دوره کاهش می‌یابد(۹). علل کم خوابی پس از زایمان، به خصوص در مادران نخست زا شامل؛ کسب مسئولیت‌های جدید مادری، مراقبت از شیرخوار و خانواده، الگوی خواب نامنظم نوزاد(۱۲،۱۳)، افت ناگهانی و شدید هورمون‌های ملاتونین، استروژن و به خصوص پروژسترون.(۱۳،۱۴) ، درد و ناراحتی مربوط به محل اپی زیاتومی یا برش سزارین، مکانیسم شیردهی، انقباضات رحمی و در مواردی طیف اختلالات روحی روانی بعد از زایمان، است (۱۵-۱۸). این محرومیت از خواب می‌تواند موجبات خستگی، تحریک‌پذیری، بی‌قراری، استرس، ضعف در تمرکز، تغییرات عملکرد سیستم ایمنی و متابولیسم، کاهش دلبستگی مادر شده و نهایتاً باعث قطع شیردهی و اختلال در رشد و نمو شیرخوار شود. همچنین با احتباس مایعات و عدم کاهش جبرانی وزن افزوده‌شده دوران بارداری، کارایی مادر کاهش‌یافته و در نتیجه کیفیت زندگی او نیز پایین خواهد آمد(۱۹،۲۰). این عوامل می‌توانند سبب بدترین پیامد نامطلوب یعنی افزایش اختلالات روانی پس از زایمان و افسردگی شدید(۲۱-۲۳) شوند. به نوبه خود این عوامل زمینه را برای خودکشی و یا حتی کشتن شیرخوار فراهم می‌کنند(۲۴). همچنین خواب مادر می‌تواند بر الگوی خواب سایر اعضای خانواده به ویژه همسر و شیرخوار نیز تاثیر بگذارد(۲۳).

جهت اصلاح این معضل شایع، درمان‌های دارویی متعددی مطرح شده که ممکن است در یک فرد غیر باردار و غیر شیرده به راحتی موثر واقع شود. درحالی‌که مصرف داروها در دوره‌ی بعد از زایمان که همزمان با دوران شیردهی است، به علت احتمال اثرات نامطلوب بعضی از داروها، بر شیرخوار می‌تواند با محدودیت‌هایی همراه باشد(۲۵). عمدتا در چند هفته اول پس از زایمان ، مادران مشغول یادگیری نحوه مراقبت از نوزاد هستند(۲۶). از طرفی کمبود دانش، توانایی و یا انگیزش آنان، شرایط این مادران را سخت‌تر می‌کند. به طوری که زمینه‌ی نقص در توانمندی‌های مادران فراهم می‌شود. این شرایط می‌تواند سبب ایجاد استرس و نگرانی‌های بیشتر مادران شود(۲۷). از طرفی در سال‌های اخیر توجه به توانمندسازی مادران افزایش‌یافته و در متون علمی بهداشت و درمان محبوبیت خاصی پیدا کرده است(۲۸). امروزه روش‌های تغییر رفتار از رویکردهای ساده آموزشی به روش‌های توانمندسازی افراد تغییر یافته است(۲۹). توانمندسازی به معنای افزایش آگاهی، مهارت و مشارکت فعال افراد در تصمیم‌گیری و عمل به آن است. برنامه توانمندسازی سبب افزایش عزت نفس شده و به خود کنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود(۳۰).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

توانمندسازی منجر به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه زنان شده و از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد (۳۱). الگوی توانمندسازی خانواده محور با تاکید بر موثر بودن نقش فرد و سایر اعضاء خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی (دانش، نگرش و تهدید درک شده) طراحی شده است و به عنوان یک " نظریه بنیادی "مطرح شده است که شامل این مراحل است: تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی – اجتماعی مساله، استنتاج متغیر مرکزی(توانمندسازی خانواده محور) (۳۲). الگوی توانمندسازی خانواده محور، فرد و خانواده‌اش را در تصمیم‌گیری برای ارتقای سلامت، مشارکت می‌دهد و باعث ایجاد حس مفید بودن، ارزشمندی، خود کنترلی و تصمیم‌گیری قدرتمندانه افراد می‌شود(۳۳).

مطالعه الحانی و همکاران (۲۰۱۳) تاثیر مثبت برنامه توانمندسازی خانواده محور بر دانش، خودکارآمدی، عزت نفس و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به آسم را نشان داد (۳۴). همچنین نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از آن بود که آموزش و حمایت خانواده محور باعث ارتقاء تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر می‌شود (۳۵). درمطالعه یوسفی وهمکاران (۱۴۰۱) بیان شد که این مدل می‌تواند خستگی را در بیماران تحت شیمی‌درمانی کاهش دهد(۳۶). در مطالعه حسین پور و همکاران (۲۰۲۲) نیز با اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور نمره کلی کیفیت زندگی و خود کارآمدی و عزت نفس مادران دارای نوزاد زودرس افزایش معناداری پیدا کرد(۳۷). مدرس و همکاران (۲۰۲۲) نیز با استفاده از این مدل توانستند تفکرات غیرمنطقی باروری را در زنان نابارور کاهش دهند(۳۸).

بنابراین با توجه به اینکه اجرای این مدل بر کاهش خستگی، افزایش خود کارآمدی و عزت نفس، کاهش تفکر غیرمنطقی باروری و افزایش کیفیت زندگی در سایر مطالعات موثر بوده است (۳۸-۳۴). همچنین به دلیل اینکه اجرای مداخلات مفید در دوره پس از زایمان توصیه شده است(۳۹). از طرفی علیرغم بروز مشکلات متعدد در دوره‌ی پس از زایمان و تاثیرات آنها بر سلامت روان، هنوز هم توجه به گنجانیدن برنامه توانمندسازی با محوریت خانواده در سیستم بهداشتی محدود بوده است. بنابراین پژوهشگر را بر آن داشت که منطبق با اجرای دستورالعمل‌های کشوری در خصوص مراقبت والدین در این دوره و رفع مشکلات احتمالی آنان عمل نماید (۳۹). مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه تاثیر اجرای برنامه‌ی توانمندسازی خانواده محور و فردمحور بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان نخست زا در دوره‌ی پس از زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی دوگروهه با طرح قبل و بعد از آزمون که درفاصله اواخر سال ۹۸ تا خرداد ۹۹ در دو مرکز بهداشتی درمانی محمدزاده وآهنی واقع در شهر آستارا انجام شد. نمونه‌ها شامل ۸۶ زن نخست زا در دوره‌ی پس از زایمان تحت مراقبت بودند که به شیوه‌ی هدفمند نمونه‌گیری شدند. سپس به صورت تصادفی ساده با انتخاب کارت موجود در پاکت در بسته با پوشش درونی تیره در دو گروه خانواده محور و فرد محور قرار گرفتند. تعداد نمونه‌ها با اطمینان ۹۵ ٪ و توان آزمون ۹۰ ٪ و با احتساب ۱۰ ٪ ریزش و با فرمول زیر برابر با ۴۳ نفر در هر گروه و جمعاً ۸۶ نفر تعیین گردید (۴۰).

$$N= (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta/2})^2 (s_1^2 + s_2^2)/ (x_1^- - x_2^-)^2$$

معیارهای ورود شامل نخست‌زایی، بارداری تک قلو، داشتن مسئولیت مستقیم مراقبت از شیرخوار، فقدان هرگونه بیماری حاد و مزمن، عدم مصرف سیگار و الکل، عدم منع پزشکی جهت شیردهی به شیرخوار، عدم مصرف بیش از ۲ نوبت روزانه چای و قهوه، نوشابه کافئین دار، عدم مصرف داروی گیاهی خواب‌آور و نداشتن تحصیلات عالی در رشته‌های علوم پزشکی مادران بود. معیارهای خروج شامل بستری مادر یا شیرخوار در بیمارستان در حین مطالعه به علت بیماری زمینه‌ای، عدم شرکت در دو جلسه از جلسات آموزشی (هم زن و هم همسر) بودند لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر در هر گروه، ۳ نفر به علت عدم شرکت در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جلسات آموزشی و عدم همکاری از پژوهش خارج شدند و در مجموع ۸۰ نفر شرکت کننده (۴۰ نفر در هر گروه) وجود داشت. در این مطالعه ابزار جمع‌آوری اطلاعات عبارت بود از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک با ۱۴ سوال، پرسشنامه بررسی عوامل مداخله گر فردی-محیطی موثر بر خواب با ۲۶ گویه، شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI)[1] و پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی (GHQ-12)[2] که توسط پژوهشگر تکمیل شدند. پرسشنامه عوامل فردی و محیطی موثر بر خستگی و کیفیت خواب توسط مهناز کشاورز و همکارانش در سال ۲۰۱۳ طراحی شده است که به نقل از کشاورز سوالات با تغییرات اندکی از پایان‌نامه اشرفی نیا و رضایی اقتباس یافته است (۴۱). روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط ده تن از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران مورد تایید قرار گرفت. شاخص کیفیت پیتسبورگ یک ابزار استاندارد بین‌المللی است که در مطالعات متعدد اعتبارسنجی شده است (۴۲). پایایی نسخه ایرانی این پرسشنامه با آزمون مجدد(r=۰/۸۸) و روایی محتوایی آن در مطالعه حسین‌آبادی و همکاران (۴۳) بررسی و تایید شده است. این پرسشنامه کیفیت خواب را در یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند. نمره کل این شاخص بین ۲۱-۰ می‌باشد که کسب نمره کلی ۵ یا بیشتر از آن به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب است.

پرسشنامه سلامت عمومی کلدبرگ و هیلر به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان‌پریشی در سال ۱۹۷۲ توسط کلدبرگ تدوین شده است و به تناسب شرایط و فرهنگ‌های گوناگون فرم های کوتاه گوناگونی دارد. فرمی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، فرم ۲۸ سوالی بود که هر سوال براساس مقیاس لیکرت دارای ۴ گزینه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. دسته‌بندی نمرات از ۳۶-۰ براساس دو مقیاس مطلوب (۱۲-۰) و بالاتر از ۱۲ نامطلوب، متغیر است. این فرم دارای ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد که هر مقیاس آن دارای ۷ پرسش است. در تمام گزینه‌ها به جز اختلال در کارکرد اجتماعی، درجات پایین نشان‌دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و ناراحتی در فرد است. در مطالعه تقربی و همکاران در سال ۲۰۱۴ روایی محتوایی و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تایید شده است (۴۴). پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه بررسی عوامل فردی_محیطی تاثیرگذار بر خستگی و کیفیت خواب در دوره‌ی پس از زایمان فقط یک‌بار در بدو ورود دو گروه تکمیل گردید و پرسشنامه پتزبورگ و سلامت عمومی، سه مرتبه در دو گروه پژوهش تکمیل شدند (قبل از شروع مداخله، بلافاصله بعد از اتمام جلسات و بار دیگر یک ماه بعد از اتمام مداخله).

مرحله اول (قبل از مداخله): در این مرحله به منظور معارفه، ذکر داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه، یک جلسه برای هر دو گروه تشکیل شد. پس از برگزاری این جلسه پیش آزمون در هر دو گروه از طریق تکمیل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه عوامل فردی_محیطی موثر بر خستگی و خواب، تکمیل پرسشنامه خواب پترزبورگ و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و در جلسه دوم توسط واحدهای پژوهش انجام شد. مرحله دوم (مداخله): هر دو گروه به صورت جداگانه در برنامه آموزشی توانمندسازی شرکت کردند. برای افراد گروه خانواده محور جلسات آموزش در ۴ جلسه به صورت حضور مددجو، همسر و شیرخوار تنظیم گردید. برای گروه فردمحور جلسات به صورت حضور مددجو بدون همسر و به همراه شیرخوار تنظیم شد. در گروه خانواده محور مداخله طبق الگوی ۴ مرحله توانمندسازی دکتر الحانی به صورت گام به گام و در ۴ جلسه ۲ ساعتی در هر هفته یک‌بار اجرا شد (۳۰). گام‌های مداخله براساس (جدول شماره۱) به ترتیب شامل تهدید درک شده از پیامدها، خودکارآمدی به روش حل مساله، خودباوری به روش

۱ Pittsburgh Sleep Quality Index

۲ General Health Question

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مشارکت آموزشی و گام چهارم شامل ارزشیابی بود. در پایان هر جلسه مطالب بیان شده در قالب پمفلت در اختیار واحدهای پژوهش قرار می‌گرفت تا در منزل مطالعه کرده و در صورت بروز مشکل در مراجعه بعدی خود مشکل را با پژوهشگر در میان بگذارند. محتوای جلسه اول شامل افزایش آگاهی و شناخت نیازهای ضروری مادر و نوزاد توسط مادران در دوره بعد از زایمان بود. شروع جلسه با طرح سوالاتی در مورد نحوه شیردهی، تعداد دفعات و پوزیشن های شیردهی بود که به دنبال آن پرسش و پاسخ در مورد مسائلی چون عواملی که می‌توانند کولیک شیرخوار را بدتر کنند و نحوه مدیریت آن، نحوه مقابله و پیگیری‌های مربوط به زردی نوزاد و عواقب عدم پیگیری نامناسب، عواقب عدم شیردهی اصولی از پستان برای مادر و شیرخوار، معایب استفاده از شیرخشک بود. جلسه دوم با بیان خلاصه بحث جلسه قبل و پاسخ به سوالات شروع شده و با ارائه مباحثی در جهت افزایش خودکارآمدی مادر ادامه می‌یافت. راهکارهای عملی در مورد نحوه مدیریت مشکلات رایج زنان در دوره بعد از زایمان همچون مراقبت از نوک پستان، زخم نوک پستان، احتقان و نوک پستان فرو رفته، نحوه مدیریت عوامل تاثیرگذار بر شیردهی، توصیه‌های تغذیه‌ای، توصیه‌های لازم جهت افزایش کیفیت خواب، نحوه ماساژ در نوزادان دارای کولیک و ارائه توصیه‌هایی در مواقع زردی نوزاد همراه با تمرینات عملی با گرفتن شیرخوار و کمک مجری طرح برای مادر اجرا شد. در جلسه سوم از مددجویان خواسته شد که راهکارهای عملی مرتبط با شیرخوار را که در جلسه پیش آموخته‌اند در گروه خانواده محور با مشارکت همسر و در گروه فرد محور بدون حضور همسر و نزد پژوهشگر انجام دهند تا در صورت بروز مشکل، پژوهشگر جهت رفع آن به آنها راهنمایی کند. در پایان جلسه نیز از آنها خواسته می‌شد تا به عنوان تکلیف جلسه بعد ۲ مورد از مشکلات خود را به خاطر سپرده و چگونگی رفع مشکل و کنترل استرس خود را بررسی و مرور نمایند و در صورت عدم موفقیت در جلسه بعد توسط پژوهشگر راهنمایی شوند. جلسه چهارم ارزشیابی فرآیند در طول جلسات آموزشی بود که با طرح سوالاتی توسط پژوهشگر در مورد مطالب جلسه قبل و نیز تکلیف در نظر گرفته‌شده و ارزیابی میزان علاقمندی و فراگیری مباحث سنجیده می‌شد. در پایان جلسه چهارم و نیز یک ماه پس از اتمام مداخله دو پرسشنامه کیفیت خواب و سلامت عمومی توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. اتمام تمامی جلسات با انجام تکنیک نفس ذهن آگاه به صورت آموزش تمرکزهای کوتاه مدت ۳-۲ دقیقه‌ای و تمرین‌های تکراری روی نیازهای اساسی شیرخوار توسط مادر بود. همچنین کتابچه‌های آموزشی در اختیار افراد هر دو گروه قرار داده شد.

جدول شماره۱: چگونگی اجرای برنامه توانمندسازی در هر دو گروه

شماره جلسات	محتوای جلسات و فعالیت‌های توانمندسازی (در گروه خانواده محور با مشارکت همسر و در گروه فرد محور بدون حضور همسر)	روش اجرا
اول	معارفه و بیان اهداف وآشنایی با شرکت‌کنندگان، ارائه دانش روش‌های شناخت نیازهای ضروری مادر و نوزاد توسط مادران و اجرای پیش آزمون	پرسش و پاسخ و طرح مساله
دوم	راهکارهای عملی در مورد نحوه مراقبت از نوک پستان، زخم نوک پستان، احتقان و نوک پستان فرو رفته، نحوه مدیریت عوامل تاثیرگذار بر شیردهی، توصیه‌های تغذیه‌ای، توصیه‌های لازم جهت افزایش کیفیت خواب، نحوه ماساژ در نوزادان دارای کولیک و ارائه توصیه‌هایی در مواقع زردی نوزاد و آموزش و تمرین تمرکزهای کوتاه مدت ۲-۳ دقیقه‌ای روی نیازهای اساسی شیرخوار توسط مادران	اجرای نمایش و ایفای نقش با ماکت شیرخوار و مجری در نقش مادر و تمرینات عملی مادران
سوم	بیان مشکلات مادران و ارائه راهکارهای عملی مرتبط با شیرخوار منطبق با محتویات جلسه سوم و تکرار تمرکزهای کوتاه مدت ۳ دقیقه‌ای روی نیازهای اساسی شیرخوار توسط مادران	اجرای عملی به صورت نمایش و ایفای نقش و در آخر پرسش و پاسخ
چهارم	جمع‌بندی و ارزشیابی فرایند که با طرح سوالاتی توسط پژوهشگر در مورد مطالب جلسات قبل و نیز ارزیابی تکلیف در نظر گرفته شده و ارزیابی میزان علاقمندی و فراگیری مادران و تکمیل پرسشنامه‌ها	پرسش و پاسخ و ارائه تجربیات دوره

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

این پژوهش با رعایت ضوابط اخلاقی، پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.TUMS.FNM.REC.1398.099)، ثبت پژوهش در سامانه کارآزمایی بالینی با کد (IRCT20110425006284N16:IRCT)، کسب معرفی‌نامه کتبی از مقالات مربوطه در دانشکده برای ارائه به مسئولین مراکز بهداشتی مورد پژوهش، شرح اهداف پژوهش و اطمینان بخشی از جهت محرمانه ماندن اطلاعات و عدم وجود خطر و آسیب جسمی، عاطفی و روانی پژوهش، رضایت کلیه واحدهای پژوهش را کسب نمود. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS-21 با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های تحلیلی سنجیده شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای کمی در بین دو گروه که دارای توزیع نرمال نبودند از آزمون من ویتنی استفاده شد. برای بررسی میانگین‌ها در سه بار تکرار (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) که نرمال نبودند از آزمون فریدمن استفاده شد. برای مقایسه درون گروهی میانگین متغیرهای کمی که دارای توزیع نرمال نبودند در قبل و بعد از مداخله از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر در هر گروه استفاده شد.

یافته‌ها

در این کارآزمایی بالینی تصادفی ویژگی‌های فردی ۸۰ مادر نخست زا در دوره پس از زایمان و همسرانشان در دو گروه خانواده محور و فرد محور مورد مقایسه قرار گرفتند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۴/۹۵±۲۶/۸ سال بود. برای اطمینان از انتخاب اعضای دو گروه به طور همگن از آزمون ناپارامتری U من ویتنی استفاده شد. مادران در دو گروه فرد محور و خانواده محور از لحاظ کلیه خصوصیات جمعیت‌شناسی و مشخصات فردی همسران همگن بودند که در جداول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهشی

متغیر		تعداد و درصد فراوانی نسبی	درصد فراوانی تجمعی	Mann-Whitney U	P-value
تحصیلات مادر	زیردیپلم	۲۷/۵ (۲۲)	۲۷/۵	۶۹۹	۰/۳
	دیپلم	۳۲/۵ (۲۶)	۶۰		
	دانشگاهی	۴۰ (۳۲)	۱۰۰		
تحصیلات همسر	زیردیپلم	۳۸/۸ (۳۱)	۳۸/۸	۶۷۱	۰/۰۶۴
	دیپلم	۳۶/۳ (۲۹)	۷۵		
	دانشگاهی	۲۵ (۲۰)	۱۰۰		
اشتغال	خانه دار	۸۸/۸ (۷۱)	۸۸/۸	۷۸۰	۰/۷۲۵
	شاغل	۱۱/۳ (۹)	۱۰۰		
اشتغال همسر	کارمند	۱۳/۸ (۱۱)	۱۳/۸	۷۶۸	۰/۶۷۹
	کارگر	۷/۸ (۷)	۲۲/۵		
	آزاد	۷۶/۳ (۶۱)	۹۸/۸		
	بیکار	۱/۳ (۱)	۱۰۰		
وضعیت اقتصادی	درحد کفایت	۳۲/۵ (۲۶)	۳۲/۵	۸۰۰	۱
	تاحدودی کافی	۵۵ (۴۴)	۸۷/۵		
	ناکافی	۲/۵ (۱۰)	۱۰۰		
نوع زایمان	طبیعی	۱۷/۵ (۱۴)	۱۷/۵	۷۶۰	۰/۵۵
	سزارین	۸۲/۵ (۶۶)	۱۰۰		

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

چندمین مالگی	۱	۶۵ (۵۲)	۶۵	۷۶۲	۰/۶۶۲
	۲	۳۰ (۲۴)	۹۵		
	>۳	۵ (۴)	۱۰۰		
سن بارداری	پره ترم	۶/۳ (۵)	۶/۳	۷۸۰	۰/۶۴۲
	ترم	۹۳/۸ (۷۵)	۱۰۰		
جنس نوزاد	دختر	۴۵ (۳۶)	۴۵	۸۰۰	۱
	پسر	۵۵ (۴۴)	۱۰۰		
حاملگی ناخواسته	بله	۱۵ (۱۲)	۱۵	۷۶۰	۰/۵۳۴
	خیر	۸۵ (۶۸)	۱۰۰		
سابقه نازایی	بله	۱۰ (۸)	۱۰	۷۶۰	۰/۴۵۹
	خیر	۹۰ (۷۲)	۱۰۰		

جدول شماره ۳: مقایسه رتبه‌های عوامل فردی و محیطی به تفکیک گروه‌ها

	گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	
میانه جواب‌ها به پرسشنامه عوامل فردی و محیطی	فردمحور	۴۰	۴۲/۵۱	۱۷۰۰/۵۰	Mann-Whitney U
	خانواده محور	۴۰	۳۸/۴۹	۱۵۳۹/۵۰	۷۱۹/۵۰۰
	سرجمع	۸۰			Asymp. Sig. (2-tailed) ۰/۳۷۱

نتایج بررسی نرمالیتی داده‌ها در هر دو گروه پژوهش نشان داد که توزیع متغیرهای کیفیت خواب در هر دو گروه غیرنرمال و توزیع متغیرهای سلامت روان در هر دو گروه نرمال است. برای انجام مقایسه‌های درون‌گروهی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر سلامت روان و از روش فریدمن برای متغیر کیفیت خواب استفاده شد. در مقایسه‌های درون‌گروهی نتایج نشان می‌دهد که روند تغییرات نمرات هر دو متغیر در هر دو گروه در طول زمان معنی‌دار است. برای مقایسه‌های بین‌گروهی در طول زمان برای متغیر سلامت روان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ ولی برای مقایسه‌های بین‌گروهی در طول زمان برای متغیر کیفیت خواب از آزمون تی و من‌ویتنی استفاده شد؛ ولی از آنجا که تعداد مقایسه‌ها بیش از دو مقایسه بود و این با افزایش میزان خطا همراه بود، سطح معنی‌داری با استفاده از روش بنفرونی اصلاح شد که برابر با ۰/۰۱۶۶ می‌شود؛ یعنی مقادیر پی که کمتر از ۰/۰۱۶۶ است، معنی‌دار است و آنها که بیش از ۰/۰۱۶۶ است، معنی‌دار نیست. در مورد امتیاز دو متغیر لازم به ذکر است که امتیاز بالاتر به معنی کیفیت خواب و سلامت روان کمتر می‌باشد.

اما در مقایسه‌های برون‌گروهی نتایج نشان می‌دهد که تنها در زمان یک ماه بعد، امتیاز سلامت روان و کیفیت خواب در گروه آزمون معنی‌دار است (سلامت روان P=۰/۰۱۴ و کیفیت خواب P=۰/۰۱۰) نتایج فوق نشان می‌دهد که مداخله باعث افزایش معنی‌دار کیفیت خواب و سلامت روان در گروه مداخله شده ولی تفاوت بین‌گروهی فقط در ارتباط با متغیرها پژوهش در زمان یک ماه بعد معنی‌دار است و در سایر موارد معنی‌دار نیست.

جدول شماره ۴. تعیین و مقایسه کیفیت خواب و سلامت روان واحدهای پژوهش قبل بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله واحدهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه / زمان	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	P value / زمان
کیفیت خواب	فردمحور	۵(۴/۵)	۵ (۶)	۵ (۲/۷۵)	X2 = ۶/۵۰; P = ۰/۰۳۹*
	خانواده محور	۵ (۵)	۳/۵ (۳)	۳/۵ (۲)	X2 = ۵۰/۸۱; P < ۰/۰۰۱*

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

	P value#	۰/۸۹۱	۰/۰۲۰	۰/۰۱۰	—
سلامت روان	فردمحور	۱۳/۵۵±۳/۷۲	۱۴/۴۲±۴/۰۱	۱۴/۱۰±۴/۱۱	F = ۸/۹; P = ۰/۰۰۱**
	خانواده محور	۱۳/۵۰±۳/۸۲	۱۲/۶۰±۳/۷۳	۱۲/۱۰±۳/۴۱	F = ۳۲; P < ۰/۰۰۱**
	P value##	۰/۹۵۳	۰/۰۳۸	۰/۰۱۴	—

*: نتایج آزمون فریدمن، **: نتایج آزمون تحلیل واریانس تکرار شونده، ، #: نتایج آزمون من-ویتنی U، ##: نتایج آزمون نمونه های مستقل

بحث

در مطالعه حاضر تاثیر اجرای برنامه توانمندسازی خانواده محور و فردمحور بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان نخست زا پس از زایمان در سه مقطع زمانی قبل و بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه مقایسه نمره کیفیت خواب زنان نخست زا پس از زایمان در گروه‌های توانمندسازی خانواده محور و فردمحور قبل از مداخله تفاوت معنادار آماری وجود نداشت (P=۰/۸۹۱). به طوری که در هردو گروه بیش از نیمی از واحدهای پژوهش در محدوده کیفیت خواب نامطلوب قرار داشتند. نتایج مطالعه طاهری و همکاران (۲۰۱۹) که با هدف تعیین تاثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب و سلامت عمومی زنان انجام شد، تفاوت معنادار آماری در نمره کیفیت خواب هر دو گروه قبل از مداخله وجود نداشت (۴۵)، که با نتیجه مطالعه حاضر مشابه می‌باشد. همچنین در مطالعه Jiqiang Wu و همکاران (۲۰۱۹) که با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت خواب و فعالیت فیزیکی در زنان پس از زایمان انجام شد، شیوع بالای کیفیت خواب ضعیف در ۶ ماه پس از زایمان را نشان داد (۴۶). انجام مراقبت‌های شیرخوار در طول روز و بیدار شدن‌های مکرر مادر برای شیردهی و مراقبت شبانه نوزاد از عوامل مهمی هستند که تاثیر منفی بر کیفیت خواب مادر دارند(۱۲،۱۳). اگرچه تغییرات هورمونی مربوط به شیردهی (۵۳،۵۴) و دردهای ناشی از برش سزارین و اپی زیاتومی به خصوص در اوایل دوران پس از زایمان همراه با اختلالات سلامت روان در این دوره (۱۸-۱۵)، می‌توانند منجر به پایین آمدن کیفیت خواب شده باشند. بنابراین در جهت بهبود کیفیت خواب زنان پس از زایمان علاوه بر مراقبت‌های معمول، بایستی برنامه‌هایی مانند توانمندسازی زنان با الگوهای مختلف جهت تشخیص، علت‌یابی و درمان عوارض و مشکلات این دوره تدوین و اجرا کرد.

همچنین مقایسه نمره کیفیت خواب زنان نخست زا پس از زایمان در گروه‌های پژوهش بلافاصله بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری وجود نداشت (P=۰/۰۲۰). اما مقایسه نمره کیفیت خواب زنان نخست زا پس از زایمان در گروه‌های پژوهش یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری وجود داشت (P=۰/۰۱۰). به نحوی که کیفیت خواب در گروه خانواده محور بهبود بیشتری داشته است.نتایج مطالعه S Ozturk و همکاران (۲۰۲۰) نقش حمایت همسر در افزایش خودکارآمدی زنان نخست زا پس از زایمان را نشان داده است (۴۷). همچنین در مطالعه BR Bhusal و همکاران(۲۰۱۸) که با هدف ارزیابی ارتباط عوامل مختلف با افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد، نشان داد که افرادی که از حمایت همسر و افراد کلیدی خانواده برخوردار بودند کیفیت خواب بهتری داشتند (۴۸). مطالعه‌ای که توسط Thitipitchayanant و همکاران (۲۰۱۸) با هدف بررسی تاثیر یک برنامه توانمندسازی در زنان پس از زایمان بر افسردگی مادران انجام شد، طی ۳ ماه پیگیری‌های بعد از اجرای برنامه نشان داد که این برنامه توانمندسازی در درمان بی‌خوابی بیماران افسرده موثر بوده و کیفیت خواب بهبود یافته بود (۴۹). در مطالعه حاضر نیز در دوره پیگیری برنامه توانمندسازی باعث بهبود کیفیت خواب شده است. همچنین در مطالعه St John و همکاران(۲۰۱۷) که با هدف بررسی نیازهای مراقبتی زنان نخست زا در ماه اول پس از زایمان انجام شد، نشان دادند که حمایت زنان توسط افراد کلیدی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

خانواده در بهبود عملکرد و کاهش مشکلات این دوره بسیار موثر می‌باشد (۵۰).

همچنین مقایسه نمره سلامت روان زنان نخست زا پس از زایمان قبل از مداخله در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار آماری وجود نداشت (P=۰/۹۵۳) و اکثریت در محدوده سلامت روان نامطلوب درهر دو گروه فرد محور و گروه خانواده محور قرار داشتند. نتایج مطالعه‌ای که توسط خلیلی و همکاران (۲۰۱۷) با هدف بررسی تاثیر آموزش تکنیک تن آرامی بر سلامت عمومی و اضطراب زنان باردار انجام شد تفاوت معنادار آماری در نمره سلامت زنان دو گروه مطالعه قبل از مداخله وجود نداشت (۵۱)، که با نتیجه مطالعه حاضر مشابه می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ای که توسط Slavin و همکاران (۲۰۱۹) با هدف ارزیابی سلامت فیزیکی و روان در طول بارداری و پس از زایمان در استرالیا انجام شد، شیوع بالای سلامت روان نامطلوب در زنان پس از زایمان گزارش شد (۵۲). لذا جهت بهبود سلامت روان زنان پس از زایمان علاوه بر آموزش و مراقبت‌های روتین، بایستی برنامه‌های توانمندسازی نیز جهت تشخیص، علت‌یابی و درمان این اختلال تدوین و اجرا گردد.

در مطالعه حاضر مقایسه نمره سلامت روان زنان نخست‌زا پس از زایمان بلافاصله بعد از مداخله در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار آماری وجود نداشت. اما مقایسه نمره سلامت روان زنان نخست زا پس از زایمان در گروه‌های پژوهش یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری وجود داشت. به نحوی که گروه خانواده محور امتیاز سلامت عمومی کمتری داشتند. لذا سلامت روان در گروه خانواده محور بهبود بیشتری داشته است. . مطالعه‌ای که توسط Norton در سال ۲۰۱۹ با هدف بررسی فاکتورهای موثر بر وضعیت سلامت زنان بعد از زایمان انجام شد نشان داد که اجرای برنامه‌های آموزشی در بهبود وضعیت سلامت زنان بسیارموثر بوده است (۵۳). همچنین نتایج مطالعه‌ای که توسط صناعتی و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد، نشان داد که تاثیر آموزش توام زنان و همسرانشان بر سلامت عمومی بیشتر می‌باشد و باعث بهبود سبک زندگی شده است (۵۴). درمطالعه مقدم تبریزی و همکاران(۲۰۱۸) نیز که با هدف بررسی تاثیر مشاوره مبتنی بر حمایت خانواده بر استرس درک شده بعد از زایمان در زنان نخست زا انجام شد، بهبود سلامت عمومی مادران پس از مشاوره خانواده محور گزارش شد (۵۵). همین طور در مطالعه‌ای که توسط مهران وهمکاران(۲۰۲۰)با هدف بررسی تاثیر مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری انجام شد، نشان داد که آموزش با مشارکت همسر و ادامه آن در دوره پس از زایمان برای حفظ تغییرات مثبت صورت گرفته در سبک زندگی و سلامت عمومی مادران و نوزادان ضروری است(۵۶). در مطالعه حاضر نیز حمایت توام به مادر و همسر وی با اجرای برنامه توانمندسازی خانواده محور، در مقایسه با حمایت مادر به تنهایی با اجرای برنامه توانمندسازی فرد محور، تاثیر بیشتری بر نمره کلی سلامت روان مادران داشته است و مادران اعتقاد داشتند با تقسیم مسئولیت‌ها بهتر می‌توانستند به وظایف خود عمل کنند و استرس کمتری خواهند داشت لذا باید بتوان از حمایت مردان در کنار زنان خانواده استفاده نمود. زیرا اثرات مفید مشارکت مردان در توانمندسازی مادران و افزایش سلامت روان آنان موثر بوده و نهایتاً می‌تواند به ارتقای سلامت و پایداری خانواده کمک نماید. الگوی توانمندسازی خانواده محور، فرد و خانواده‌اش را در تصمیم‌گیری برای ارتقای سلامت، مشارکت داده و باعث ایجاد حس مفید بودن، ارزشمندی، خود کنترلی و تصمیم‌گیری قدرتمندانه افراد می‌شود. لذا باید آموزش مادران و اجرای برنامه‌های توانمندسازی به همراه همسر و افراد کلیدی خانواده از دوران بارداری شروع شده و در مراقبت‌های پس از زایمان نیز ادامه داده شود. به این ترتیب مشکلات مادران و خانواده‌ها در جلسات مشترک حل می‌گردد. لازم است مداخله توانمندسازی خانواده محور بخش جدایی ناپذیر از خدمات بهداشتی برای زنان باردار باشد، چرا که باعث رشد، ارتقاء دانش و مهارت زنان شده و در نهایت آرمانی آشکار برای ارتقاء سلامت جوامع می‌باشد و ماماها بایستی نقش برجسته‌ای در تشویق زنان و همسران آنها به مشارکت در آموزش‌ها و رفتارهای سلامتی داشته باشند. نتایج این تحقیق می‌تواند در جهت ارتقای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان و سلامت مادران در بالین، همچنین در پژوهش‌های بعدی و آموزش دانشجویان رشته‌های مامایی و در سطح جامعه برای مادران کاربرد داشته باشد. البته برای دستیابی به نتایج معتبرتر و با قابلیت تعمیم بیشتر، به مطالعات بیشتر و با الگوهای توانمندسازی متنوع و دوره‌های پیگیری طولانی تری در این زمینه نیاز است. مشکلات مادران و خانواده‌ها در جلسات مشترک حل گردد و زیرساخت‌های ارائه خدمات بهداشتی از منظر خانواده و توانمندی زنان بازنگری و ارائه گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم مشارکت کافی شوهران برای شرکت در کلاس‌های توانمندسازی در کنار مادران بود. تمایل و انگیزه همسران به علت مشغله کاری و مشکلات اقتصادی آنان کم بود که با تلاش پژوهشگر به صورت تلفن‌های مکرر و هماهنگی و توضیحات کافی برای شرکت در کلاس‌ها این محدودیت کاهش یافت.

نتیجه‌گیری

توانمندسازی زنان نخست زا پس از زایمان با الگوهای فرد محور و خانواده محور به بهبود کیفیت خواب و سلامت روان زنان منجر می‌شود. توانمندسازی و حمایت خانواده به جای حمایت مادران به تنهایی و بدون حضور همسران، نقش موثرتری در ارتقای کیفیت خواب و سلامت روان دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران و از طرح‌های ارسالی رتبه ۱ سال ۱۳۹۸ با کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1398.099 می‌باشد. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی، معاونت محترم پژوهشی، اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آستارا و کلیه مادران شرکت‌کننده در این طرح پژوهشی و همسران آنها اعلام می‌داریم.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافعی را ذکر نمی‌کنند.

References

1. Conrad P, Adams C. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high-risk postpartum woman–a pilot study. Complement Ther Clin Pract. 2012; 18(3):164-8.
2. Dennis CL, Fung K, Grigoriadis S, et al. Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. Womens Health (Lond). 2007; 3:487.
3. Babaei Hatkehlouei M, Ghorbanpour A, Ehsani H, Khademloo M. The effect of maternal periodontal disease on pregnancy outcomes: A systematic review. Clin Exc 2018; 8 (1) :11-12. [Persian]
4. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomized controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. Midwifery. 2011; 27(2):181-6.
5. Okun M, Mancuso R, Hobel C, Schetter C. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. Journal of behavioral medicine. 2018; 41: 703-10.
6. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I, Keshavarzi S. The Effect of Education on Health-Promoting Behaviors at the First Six Weeks Post-delivery on the Quality of Life of Primiparous Women. Armaghan Danesh. 2012; 17(4):279-88. [Persian]
7. Jabari Z, Hashemi H. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management techniques on stress anxiety and depression in pregnant women. J Health Syst Facts. 2011;8(7):1341-7. [Persian]
8. Filtness AJ, MacKenzie J, Armstrong K. Longitudinal change in sleep and daytime sleepiness in postpartum women. PloS one. 2014;9(7):e103513.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

9. Ghasab SM, Raeesi DZ, Alidoosti M, Raee M, Del Aram MA, Mirmohammad AM, et al. Comparison of maternal sleep quality in postpartum period between vaginal delivery and cesarean section. J Res Dev Nurs Mildwifery. 2013; 10(1):69-76.
10. Bhati S, Richards KA. Systematic review of the relationship between postpartum sleep disturbance and postpartum depression. JOGNN. 2015; 44(3):350–7.
11. Hiscock H, Bayer J, Gold L, Hampton A, Ukoumunne O, Wake M. Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomized trial. Arch Dis Child. 2007; 92:952-8.
12. Zanoozi A, Azadeh P, Parsaee S, Sosan B. Maternal and Child Health with a Reproductive Health Approach. 5th ed. Tehran: Goleban Publications; 2017.p.95. [Persian]
13. Aksu A & Vefikulucay Yilmaz D. The relationship of postpartum sleep quality and breastfeeding self-efficacy of Turkish mothers. Scandinavian journal of caring sciences. 2019; 33(4): 833-39.
14. Matenchuk B.A & Davenport M.H. The influence of sleep quality on weight retention in the postpartum period. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism. 2021; 46(1): 77-85.
15. Robichaud KP. The effects of an exercise intervention on the psychological well-being of postpartum women[Dissertation]: Middle Tennessee State University;2008.
16. Ko YL, Lee HJ. Randomized controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartum women. Midwifery. 2014; 30(1):60-4.
17. Cunningham FG, Williams JW. Williams obstetrics. 24 th ed. New York: McGraw Hill; 2014:p.808.
18. Bhati S, Richards KA. Systematic review of the relationship between postpartum sleep disturbance and postpartum depression. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2015; 44:350–7.
19. Ghafoorie M, Janmohammadi S, Nariman S, Haghani H, Kabir K. The Study of Maternal Perception of Preterm Infants and Some Related Factors in Selected Hospitals of Iran University of Medical Sciences. Alborz University Medical Journal. 2015;4(2):116-23. [Persian]
20. Sandall J. Midwife-led versus other models of care for childbearing women: implications of findings from a Cochrane meta-analysis. Evidence-Based Midwifery. 2008;6(4):111-12.
21. Falivene MA, Orden AB. Maternal behavioral factors influencing postpartum weight retention. Clinical and metabolic implications. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2017;17(2):251-9.
22. Gunderson EP, Rifas-Shiman SL, Oken E, RichEdwards JW, Kleinman KP, Taveras EM, et al. Association of fewer hours of sleep at 6 months postpartum with substantial weight retention at 1 year postpartum. American journal of epidemiology. 2008; 167(2):178-87.
23. Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2005;30(4):247.
24. Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Fireston RT, Tuoph JF. Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and post-partum. Australian and NewZealand journal of obstetrics and gynaecology. 2007;47(1):16-22. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2006. 00672.x.
25. Brand S, Gerber M, Beck J, Hatzinger M, Pühse U & Holsboer-Trachsler E. High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning in adolescents: a comparison of athletes and controls. Journal of adolescent health. 2011; 46(2): 133-41.
26. Smith MP. Postnatal concerns of mothers: an update. Midwifery. 1989; 5(4):182-128.
27. Hung CH. Correlates of first-time mothers' postpartum stress. Kaohsiung J Med Sci. 2006; 22(10): 500-507.
28. Meetoo D and Gopaul H. Empowerment: giving power to people with diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2005; 9(1): 28-32.
29. Ghanbari Hashemabadi BA, Garavand H, Dehghani Neyshaboori M. Goals Prioritization, Mental Health and Irrational Beliefs of the Students. Applied Psychological Research Quarterly. 2014; 5(3): 39-53. [Persian]
30. Tol A, Alhani F, Shojaeazadeh D, Sharifirad G, Moazam N. Empowerment Approach to Promote Quality of Life and Self-Management among Type 2 Diabetic Patients. Journal Educ Health Promot. 2015; 26(4): 157-68. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

31. Davis C, Sloan M & Tang C. Role occupancy, quality, and psychological distress among Caucasian and African American women. Affilia. 2011; 26(1): 72-82.
32. Roshan S, Navipor H & Alhani F. quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. Journal of Nursing Education. 2014; 3(2 (8)): 27-40. [Persian]
33. Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S.J, Naderi A & Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. Journal of Nursing Education. 2015; 4(1): 8-22. [Persian]
34. Teymouri F, Alhani F, & Kazemnejad A. The effect of family empowerment model on quality of life of parents of children with asthma. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2014; 22(3): 5-14. [Persian]
https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=240021
35. Kohan H, Heydari A, Keshvari M, Mahdikhani M, Dowlatabadi E & Aminaei T. Enhancing breastfeeding self-efficacy in primiparous women: The impact of family-based education and support. Journal of Basic and Clinical Research in Medicine. 2020; 24(4): 51-58.
36. Yousefi Farhad K, Kallehr M, Asghari R, Nouri B, Valaei S. The effect of family empowerment model on the level of fatigue in patients undergoing chemotherapy. Nursing and Midwifery Journal. 2022; 20(7):589-600. [Persian]
37. Hoseinpour S, Borimnejad L, Rasooli M, Hardani A K, Alhani F. The Effect of Implementing a Family-centered Empowerment Model on the Quality of Life of Parents of Premature Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit. IJN. 2022; 34(134):2-17. [Persian]
38. Modarres M, Abunasri M, Alhani F, Ebrahimi E. The Effectiveness of Implementing Family-Centered Empowerment Model on Irrational Thoughts of Iranian Infertile Women: A Randomized Clinical Trial. J Caring Sci. 2022;11(4):224-31. doi: 10.34172/jcs.2022.22.
39. Liu CH, Chao YH, Huang CM, Wei FC, Chien LY. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. Journal of clinical nursing. 2010; 19(11-12):1729-37. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03082.x.
40. Mardasi T, Tajik N, Najjar M & Haghighizadeh H. The effect of foot massage on postpartum sleep disorders in mothers. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013; 16(73): 19-28. [Persian]
41. Kashavarzafshar M, Amini K, Imani A, Minakhaniazad M, Hamidi L, Mohammadi P, Doviran L & Pourrahimi A. Assessment of mental health and its relationship with some background variables in nurses working in educational hospitals in Zanjan city. Zanko Medical Sciences Journal. 2018; 19(60): 22-30.
42. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989; 28(2): 193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4.
43. Hoseinabadi R, Nourozi K, Pouresmail Z, Karimlu M, Maddah Sadat SB, Cheraghi MA. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. Complement Ther Clin Pract. 2010; 16(2): 81-5. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.07.003.
44. Taghribi Z, Sharifi S, Suki Z. Psychometric properties of the Persian version of the 12-item General Health Questionnaire with scoring method C-GHQ in women. Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal. 2014; 4(2): 66-80. [Persian]
45. Taheri P, Khodabakhshi H, Hoorieh A, Etemad K & Mohammadi M. The effect of sleep hygiene education on sleep quality and general health in elderly women with sleep disorders in Birjand city in 2016. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2019; 14(2): 248-259. http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1397-en.html. [Persian]
46. Wu J, Einerson B, Shaw J.M, Nygaard I.E, Sheng X, Wolpern A & Egger M.J. Association between sleep quality and physical activity in postpartum women. Sleep health. 2019; 5(6): 598-605. https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.07.008.
47. Uludağ E & Öztürk S. The Effect Of Partner Support On Self-Efficiency In Breastfeeding In The Early Postpartum Period. The American Journal of Family Therapy. 2020; 48(2): 211-219.https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1697973.

[Downloaded from sjmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

48. Bhusal B.R & Bhandari N. Identifying the factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in Kathmandu, Nepal. International journal of nursing sciences. 2018; 5(3): 268-274. https://doi.org/10.1016/j.ijnss. 2018.04.011.
49. Thitipitchayanant K, Somrongthong R, Kumar R & Kanchanakharn N. Effectiveness of self-empowerment-affirmation-relaxation (Self-EAR) program for postpartum blues mothers: A randomize controlled trial. Pakistan journal of medical sciences. 2018; 34(6): 1488. doi: 10.12669/pjms.346.15986.
50. Yeh Y.C, St John W, Chuang Y.H & Huang Y.P. The care needs of postpartum women taking their first time of doing the month: a qualitative study. Contemporary nurse. 2017; 53(5): 576-88. https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1389615.
51. Khalili A, & Mohammadi S.Y. The effect of relaxation technique training on general health and anxiety in pregnant women during labor. Proceedings of the 6th Congress of the Iranian Psychological Association, Contemporary Psychology. 2017; 12(1): 1523-26.
52. Slavin V, Gamble J, Creedy D.K, Fenwick J & Pallant J. Measuring physical and mental health during pregnancy and postpartum in an Australian childbearing population-validation of the PROMIS Global Short Form. BMC pregnancy and childbirth. 2019; 19(1): 1-19. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2546-6.
53. Norton P.J, Mosley M, McBride D.G & Garikapaty V. Factors in Accessing Routine Health Care: Mental Health and Postpartum Mothers. Missouri medicine. 2019; 116(4): 325.
54. Sanaati F, Mohammad-Alizadeh S, Mirghafourvand M, Alizadeh Sharjabadi F & Galeshi M. The effect of education on pregnant women and their husbands on health-promoting behaviors during pregnancy and postpartum. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2018; 20(5): 38-47. [Persian]
55. MoghaddamTabrizi F & Nournezhad H. Investigating the Effect of Counseling Based on Family Support on Mother-Child Bonding at 4-6 Weeks of Postpartum in Primiparous Women: A Randomized Clinical Trial. International Journal of Pediatrics. 2018; 6(9): 8261-73.
56. Mehran N, Hajian S, Simbar M & Majd H.A. Spouse's participation in perinatal care: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020; 20(1):1-13. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03111-7.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]