

Article Type:
Research Article

Article History:

Received: 2024/12/25
Revised: 2025/2/26
Accepted: 2025/3/17
Published: 2025/4/5

How to Cite:

Sharifipour F,
Behboodi Moghadam Z,
Abbaspoor Z. Designing and
implementing an intervention to
improve maternal social support in
the postpartum period: A mixed
study. *EBNESINA* 2025;27(1):69-
90.
[DOI: 10.22034/27.1.69](https://doi.org/10.22034/27.1.69)

1. Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
2. Reproductive Health Promotion Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
3. School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Faculty of Nursing and Midwifery, Reproductive Health Promotion Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

✉ Corresponding Author:

Zahra Abbaspoor
Address: Faculty of Nursing and
Midwifery, Reproductive Health
Promotion Research Center, Ahvaz
Jundishapur University of Medical
Sciences, Ahvaz, Iran
Tel: +98 (83) 38152391
E-mail: Abbaspoor-z@ajums.ac.ir



Aja University of Medical Sciences

EBNESINA

journal homepage: <https://ebnesina.ajums.ac.ir>

ISSN: 1735-9503
eISSN: 4653-2645



Designing and implementing an intervention to improve maternal social support in the postpartum period: A mixed study

Foruzan Sharifipour^{1,2}, Zahra Behboodi Moghadam³, Zahra Abbaspoor⁴✉

Abstract

Background and aims: Nowadays, social support plays a crucial role in maintaining maternal health. This study aimed to design, implement, and evaluate an intervention to promote social support for mothers during the postpartum period.

Methods: This multiphase mixed-methods study consisted of three stages. First, a qualitative study was conducted using conventional content analysis to explore mothers' perceptions and experiences of social support during the postpartum period. In the second stage, a systematic review of existing interventions to enhance maternal social support in the postpartum period was performed. Following this, a nominal group technique session was held to prioritize interventions based on their importance and feasibility, informed by the qualitative findings and systematic review results. In the third stage, a randomized clinical trial was conducted with 100 pregnant women and their spouses to assess the effectiveness of the designed intervention.

Results: The qualitative analysis identified three main categories: "support resources," "support barriers," and "support promotion strategies." During the nominal group session, a group training intervention for husbands was designed based on these findings. The randomized trial showed that the intervention group had significantly higher social support scores immediately after (79.42 ± 7.15) and one month after the intervention (84.40 ± 5.91), compared to the control group scores (37.26 ± 7.99 and 37.14 ± 6.63 , respectively) ($p < 0.001$).
Conclusion: The study demonstrated that group education for spouses effectively enhances social support for postpartum mothers. Therefore, this intervention is recommended for midwives and maternal healthcare providers.

Keywords: social support, postpartum care, qualitative research

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 27, No. 1, Serial 90)



Copyright© 2025. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajums.ac.ir>

Introduction

The postpartum period is a critical transitional phase during which mothers are expected to assume new maternal responsibilities while simultaneously fulfilling their established roles within the family. Balancing these roles often presents significant challenges, leading to increased stress and pressure for many women [2]. Studies consistently show that a majority of mothers experience a variety of physical and psychological issues in the weeks following childbirth. These problems range from fatigue, back pain, breast soreness, constipation, hemorrhoids, to sexual dysfunction [3]. Despite these difficulties, many women tend to place their own health needs secondary to those of their newborns during this vulnerable period. Particularly, primiparous mothers often feel unprepared to cope with these demands and require substantial support from family members, friends, and healthcare providers [5].

One crucial factor that can significantly reduce mothers' vulnerability and alleviate their stress in the postpartum period is social support [9]. While interventions aimed at preventing postpartum depression have sometimes focused on enhancing social support [15], relatively little attention has been paid to how mothers actually perceive support resources during this time [16]. Understanding these perceptions and experiences is key to designing effective interventions.

Accordingly, this study employed a mixed-methods design aimed at first elucidating mothers' experiences of social support in the postpartum period through a qualitative approach. Next, the qualitative findings, along with expert opinions, informed the design of an intervention to improve social support for postpartum mothers. Finally, the proposed intervention was quantitatively evaluated for effectiveness. The overall purpose of this research was to provide a foundation for national health policies and strategies by generating evidence-based documentation and enhancing the body of knowledge in maternal postpartum support.

Methods

This research was conducted as a multi-stage mixed-method study at Jundishapur University of Medical Sciences in Ahvaz, Iran. Data collection, analysis, and integration were performed over several stages utilizing both qualitative and quantitative methodologies, divided into three phases: qualitative investigation, intervention design, and quantitative evaluation.

In the first phase, using a qualitative conventional content analysis approach, 22 postpartum mothers were interviewed to explore their perceptions and experiences related to social support during the postpartum period. The interviews provided rich data, which were analyzed to extract themes related to sources of support, barriers, and strategies for enhancing maternal support.

In the second phase, the findings from the qualitative study, along with results from a systematic review, were used to develop an intervention aimed at improving perceived social support among postpartum women. The development process included a nominal group technique session involving experts to prioritize and finalize the components of the intervention. The resulting intervention comprised a group training program specifically created for husbands, recognizing the critical role spouses play in supporting mothers postpartum.

The third phase involved a randomized clinical trial to test the effectiveness of the designed intervention. One hundred pregnant women, along with their spouses, were randomly assigned to intervention and control groups. Social support was assessed at baseline, immediately post-intervention, and one month after the intervention ended, allowing for evaluation of both immediate and sustained impacts on maternal perceptions of social support.

Results

The qualitative phase yielded three principal categories: “support resources,” “support barriers,” and “support promotion strategies.” Support resources included spouses, family members, health professionals, and community networks. Barriers were identified as lack of knowledge, cultural taboos, and inadequate support systems that hinder the receipt of social assistance. Mothers suggested several strategies to improve support, emphasizing the need to enhance spousal involvement, improve healthcare communication, and expand community support networks.

During the nominal group session, experts confirmed that educating husbands was essential for boosting social support postpartum. As a result, a group training intervention for husbands was designed based on the qualitative findings and systematic review prioritizations.

In the randomized clinical trial phase, the intervention group exhibited significantly higher social support scores immediately after the program (79.42 ± 7.15) and one month later (84.40 ± 5.91), compared to the control group (37.26 ± 7.99 and 37.14 ± 6.63 , respectively), with these differences highly statistically significant ($p < 0.001$).

Discussion and Conclusion

This multi-stage mixed-method study was designed to deepen understanding of mothers' perceptions and experiences of postpartum social support and to develop an evidence-based intervention to enhance such support. The qualitative phase identified three main themes capturing participants' views: available support resources, barriers to obtaining support, and strategies to promote support. These findings parallel previous research showing that comprehensive support reduces perceived stress in postpartum women, facilitates adaptation to maternal demands, and strengthens mother-infant bonding [34, 35].

A particularly important finding of the study was the central role of spousal support. The

presence of a supportive husband was shown to increase maternal self-confidence, ease acceptance of the maternal role, and promote successful breastfeeding. These results align with prior studies demonstrating that spousal support is a vital source of coping for mothers dealing with postpartum stress [36].

The quantitative phase confirmed the effectiveness of a husband-focused educational intervention designed to increase perceived social support in primiparous mothers during the early postpartum period. The significant improvements seen four and eight weeks after delivery underscore the value of educating spouses about postpartum challenges and support strategies. This suggests that enhancing husbands' knowledge and involvement can positively influence couples' attitudes and practices related to postpartum health, contributing to better maternal well-being [20].

Notably, numerous studies endorse that structured educational programs for spouses have a beneficial impact on mothers' mental health by providing emotional and practical support [46, 47]. The positive outcomes of the group education intervention in this study offer a strong recommendation for integrating such programs into routine postpartum care delivered by midwives and maternal health care providers.

Ethical Considerations

Participation in this study was entirely voluntary. All participants signed informed consent forms after the research objectives and procedures were explained. Confidentiality of their responses was assured, and participants were informed that their involvement would not influence their healthcare or treatment. To minimize bias, participants were also made aware that the study outcomes would not affect their selection or services. This study was approved by the Research Ethics Committees of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences under code IR.AJUMS.REC.1399.401. Additionally, the clinical trial phase was registered with the clinical trial number IRCT20240213060991N1.

Funding

This study is part of the first author's PhD dissertation in midwifery and was financially supported by Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Iran.

Authors' Contribution

All authors equally contributed to conceptualizing the study and drafting the manuscript. The final content was reviewed and approved by all authors, who agreed on every aspect of the research work.

Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest pertinent to this study.

Acknowledgments

We sincerely thank the research team and all participants, including mothers, spouses, and healthcare staff, who generously contributed their time and experiences for this study.

طراحی و اجرای مداخله جهت ارتقای حمایت اجتماعی مادران در دوره پس از زایمان: یک مطالعه ترکیبی

فروزان شریفی پور^۱، زهرا بهبودی مقدم^۲، زهرا عباسپور^۳

چکیده

زمینه و اهداف: امروزه حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامت مادران بر عهده دارد. هدف مطالعه حاضر طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخله جهت ارتقای حمایت اجتماعی مادران در دوره بعد از زایمان بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع ترکیبی چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول، یک مطالعه کیفی با هدف تبیین تجربه مادران از حمایت اجتماعی در دوره بعد از زایمان با روش تحلیل محتوای قراردادی بر روی ۲۲ مشارکت‌کننده انجام شد. در مرحله دوم جهت طراحی مداخله مناسب، ابتدا مطالعه مرورسیستماتیک از مداخلات موجود انجام شد. سپس جلسه‌ای به شیوه گروه اسمی تشکیل و بر اساس نتایج مطالعه کیفی و مرورسیستماتیک، مداخلات بر حسب اهمیت و قابل اجرا بودن اولویت‌بندی شد. در مرحله سوم، جهت تعیین تأثیر مداخله طراحی شده، یک کارآزمایی بالینی تصادفی روی ۱۰۰ نفر زنان باردار و همسران آنها انجام شد.

یافته‌ها: در مرحله اول مطالعه، سه طبقه «منابع حمایتی»، «موانع حمایت» و «راهکارهای ارتقای حمایت» استخراج شد. در مرحله دوم، بر اساس یافته‌های کیفی و مرور سیستماتیک در جلسه گروه اسمی، مداخله آموزش گروهی به همسران طراحی گردید. نتایج مرحله سوم نشان داد که نمره‌های حمایت اجتماعی در گروه مداخله در مقاطع زمانی بلافاصله ($79/42 \pm 7/15$) و یک ماه پس از اتمام مداخله ($84/40 \pm 5/91$) به طور معنی‌دار بالاتری از گروه کنترل (به ترتیب $37/26 \pm 7/99$ و $37/14 \pm 6/63$) بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بیانگر تأثیر مثبت مداخله آموزش گروهی به همسران در زمینه ارتقای حمایت اجتماعی بود. از این رو استفاده از این مداخله به مراقبین سلامت مادران پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: حمایت اجتماعی، مراقبت پس از زایمان، پژوهش کیفی

مقدمه

در دوره پس از زایمان^۱ که به ۶ هفته اول پس از زایمان اطلاق می‌شود، مادر تغییرات فیزیولوژیک و سایکولوژیک مختلفی را تجربه می‌کند. این دوره، زمانی حیاتی برای مادر، نوزاد و خانواده‌اش محسوب می‌شود. تغییرات آناتومیک جهت برگشت بدن به وضعیت قبل از حاملگی و تغییرات روانی برای کسب نقش مادری و ایجاد ارتباط نزدیک با فرزند ممکن است ۹ تا ۱۲ ماه طول بکشد [۱].

در دوره پس از زایمان، از مادران انتظار می‌رود نه تنها مسئولیت‌های جدید مادری را بر عهده بگیرند، بلکه نقش‌های عادی خود را در خانواده نیز ایفا کنند. هماهنگی بین این نقش‌ها و مسئولیت‌ها اغلب دشوار است. بنابراین، ممکن است منجر به احساس استرس و فشار در مادران شود [۲]. به طور کلی مطالعات نشان می‌دهند که اغلب مادران چندین مشکل کوچک یا بزرگ مانند خستگی، کمردرد، زخم‌های پستانی، یبوست، هموروئید و مشکلات جنسی را هفته‌ها بعد از زایمان تجربه می‌کنند [۳]. در ایران، ۲۰ تا ۴۰٪ زنان از اختلالات خلقی در دوره پس از زایمان رنج می‌برند [۴]. بیشتر مادران نخست‌زا، آمادگی لازم را برای مادر شدن نداشته و به حمایت از طرف خانواده، دوستان و مراقبان بهداشتی نیاز دارند [۵]. والدین نیاز به اطلاعات، مهارت و حمایت، برای داشتن تجربه موفق از دوران والدی دارند و یکی از مناسب‌ترین فرصت‌ها برای دادن این اطلاعات، دوران پس از زایمان است [۶]. یکی از مسائل مهم در مورد زنان در دوره پس از زایمان این است که آنها به دلیل مراقبت از کودک، سلامت خود را در درجه دوم اهمیت قرار می‌دهند. بنابراین، توجه به سلامت زنان نه تنها در دوران بارداری بلکه در دوران پس از زایمان، نیز یک امر مهم است؛ به‌ویژه اینکه سلامت زنان به طور مستقیم بر سلامت کودکان تأثیر می‌گذارد [۷]. این دوره، یک زمان ایده‌آل برای انجام مداخلات و حمایت از مادران به منظور ارتقای سلامت آنها و

ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر است و با به‌کارگیری برنامه‌های حمایتی و اجرای صحیح مراقبت‌های مادر و نوزاد می‌توان از وقوع پیامدهای ناخواسته در آنها جلوگیری کرد [۸]. یکی از عواملی که نقش بسیار مهمی در کاهش آسیب‌پذیری مادر و استرس او دارد حمایت اجتماعی است [۹].

حمایت اجتماعی یک ارتباط بین فردی است که کمک‌های روانی را زمانی که فرد به آنها نیاز دارد فراهم می‌کند. افرادی که این کمک‌ها را ارائه می‌دهند شامل اعضای خانواده، دوستان، همسایه‌ها، همکاران، اقوام، خویشاوندان و گروه درمانی و غیره هستند که مادران را مورد حمایت روانی و همچنین اطلاعاتی قرار می‌دهند [۱۰]. عدم حمایت همسر می‌تواند با قطع تغذیه نوزاد از شیر مادر [۱۱] و عدم حمایت ماما می‌تواند با کاهش اعتماد به نفس مادر در شیوه‌های مراقبت از نوزاد همراه باشد [۱۲]. مطالعات نشان داده‌اند که تضعیف یا فقدان حمایت اجتماعی یک عامل خطر مهم برای افسردگی پس از زایمان است [۱۳، ۱۴].

اگر چه برخی از اقدامات برای پیشگیری از افسردگی روی حمایت اجتماعی متمرکز شده است [۱۵]، توجه چندانی به نحوه درک حمایت اجتماعی توسط مادران در دوره پس از زایمان نشده است [۱۶]. در نتیجه با توجه به اینکه حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل تعدیل کننده، با کاهش اثرات بالقوه منفی عوامل تنش‌زا و افزایش ارتقای سلامت روانی مادر در دوره بعد از زایمان و بهبود ایفای نقش مادری همراه است و همچنین با وجود مطالعات بسیار اندک در زمینه مداخلات جهت بهبود آن در ایران، نیاز به طراحی مداخله بهبود دهنده حمایت اجتماعی مادران پس از زایمان احساس می‌شود. همچنین مطالعه‌ای در ایران در راستای تبیین درک و تجربه مادران نسبت به حمایت اجتماعی پس از زایمان انجام نشده است. لذا در پژوهش حاضر در مرحله اول با رویکرد کیفی به تبیین تجربه مادران از حمایت اجتماعی در دوره بعد از زایمان پرداخته شد و سپس از یافته‌های مرحله کیفی و نظرات متخصصین برای طراحی مداخله جهت ارتقای حمایت اجتماعی مادران در دوره پس از

1. Purporium

زایمان استفاده گردید و در نهایت با مطالعه کمی، مداخله پیشنهادی مورد ارزیابی قرار داده شد. در این راستا، این مطالعه با رویکردی ترکیبی و با هدف ارائه مداخله برای بهبود و ارتقای حمایت اجتماعی مادران در دوره بعد از زایمان طراحی شد تا با ارائه مستندات و تقویت بدنه دانش این حیطه از سلامت، پایه‌ای برای سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی کشور فراهم آورد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی چند مرحله‌ای^۱ است که در دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز از مرداد ۱۳۹۹ تا دی ۱۴۰۱ انجام شد. داده‌ها با رویکردهای کیفی و کمی در طی چند مرحله، جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و با یکدیگر ادغام شدند که دارای سه بخش کیفی، طراحی مداخله و کمی است. در مرحله اول با رویکرد کیفی و تحلیل محتوای قراردادی به تبیین درک و تجربه مادران از حمایت اجتماعی پس از زایمان پرداخته شد. در مرحله دوم، مداخله جهت ارتقای حمایت اجتماعی درک شده مادران در دوره بعد از زایمان بر اساس نتایج مرحله کیفی و مطالعه مرور سیستماتیک، طراحی شد و در مرحله نهایی، مداخله طراحی شده مورد آزمون قرار گرفت.

مرحله اول: بخش کیفی مطالعه

این بخش از مطالعه با هدف تبیین تجربه مادران از حمایت اجتماعی پس از زایمان انجام شد. مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی^۲ یا استقرایی انجام گردید. مشارکت‌کنندگان، مادران نخست‌زایی بودند که در عرض ۶ ماه قبل بدون عارضه و با سن حاملگی ترم زایمان کرده بودند، تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، توانایی و امکان برقراری ارتباط مناسب را داشتند، افسردگی پس از زایمان نداشتند (کسب نمره کمتر از ۱۲ بر اساس پرسشنامه

ادینبرگ^۳) و جهت دریافت مراقبت‌های روتین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه می‌کردند. همچنین با پیشرفت تحقیق و تحلیل داده‌های حاصله، افراد دیگر مثل کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، همسران و خانواده مادران نیز وارد مطالعه شدند.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق (به صورت فردی و چهره به چهره) با استفاده از سؤالات باز بود. قبل از برگزاری مصاحبه، محقق با حضور در محیط پژوهش، بعد از شناسایی مادران واجد شرایط و برقراری ارتباط لازم با هر یک از آنها، در مورد چگونگی و اهداف مطالعه توضیح داده شد. پس از انتخاب نمونه به روش مبتنی بر هدف و بعد از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و کسب مجوز برای ضبط مصاحبه‌ها، مصاحبه عمیق به صورت رو در رو و انفرادی با مشارکت‌کنندگان در محیطی آرام و بدون حضور دیگران برگزار شد. در ابتدا برای آشنایی محقق با مسائل احتمالی و پیش‌بینی نشده و شکل‌گیری ترکیب سؤالات، چند مصاحبه اولیه به صورت مقدماتی انجام شد. زمان و مکان مصاحبه بر اساس توافق مشارکت‌کنندگان در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرمانشاه تعیین شد. همچنین شماره تماس محقق در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا در صورت لزوم در خصوص سؤالات و ابهامات احتمالی یا برگزاری جلسات تکمیلی هماهنگی لازم انجام شود. مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با یک سؤال باز مثل «درک و تجربه شما از حمایت اجتماعی (اطرافیان) در دوره پس از زایمان چگونه بوده و چه راه‌حلی برای ارتقای آن پیشنهاد می‌دهید؟» شروع شد و مصادیق و راهکارها از دید شرکت‌کنندگان پرسیده شد. سپس سؤالات اکتشافی مانند «این یعنی چی؟»، «منظورتان چیه؟» و «ممکنه بیشتر توضیح بدین؟» برای تشویق شرکت‌کنندگان و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. مدت و زمان مصاحبه به شرکت‌کنندگان، موضوع مصاحبه و روش مورد استفاده بستگی

1. Multiphase

2. Conventional content analysis

3. Edinburgh

و نظرات آنها برای تأیید صحت کدهای استخراج شده، پرسیده شد. در نهایت به منظور افزایش تأییدپذیری یافته‌ها، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیئت علمی که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنا و در تحقیق شرکت نداشتند، گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها را مورد بررسی قرار دهند.

مرحله دوم: بخش طراحی مداخله

در این مرحله از پژوهش، برای طراحی مداخله مناسب جهت بهبود حمایت اجتماعی درک شده مادران در دوره بعد از زایمان، یک فرایند سه مرحله‌ای انجام شد. در ابتدا به منظور بررسی شواهد موجود در مورد مداخلات بهبوددهنده حمایت اجتماعی مادران در دوره پس از زایمان یک بررسی مروری سیستماتیک انجام گرفت. سپس اولویت‌بندی مداخلات ارتقاءدهنده حمایت اجتماعی درک شده مادران در دوره پس از زایمان استخراج شده از نتایج مرحله کیفی و مطالعه مروری سیستماتیک انجام شد. در نهایت بر این اساس محتوای آموزشی تنظیم شد. مرور سیستماتیک انواع مداخلات انجام شده در جهت بهبود حمایت اجتماعی درک شده توسط مادران در دوره پس از زایمان با استفاده از چک لیست پریزما^۲ انجام شد. مقالات چاپ شده در این زمینه به زبان فارسی یا انگلیسی با جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی^۳ بدون محدودیت زمانی تا سال ۲۰۲۰ استخراج شد. در این جست‌وجو از ترکیبات مختلفی از کلیدواژه‌ها^۴ استفاده گردید. جست‌وجو در هر پایگاه اطلاعاتی بر اساس استراتژی جست‌وجوی همان پایگاه صورت گرفت. کلیه مقالات استخراج شده از بانک‌های اطلاعاتی به سایت

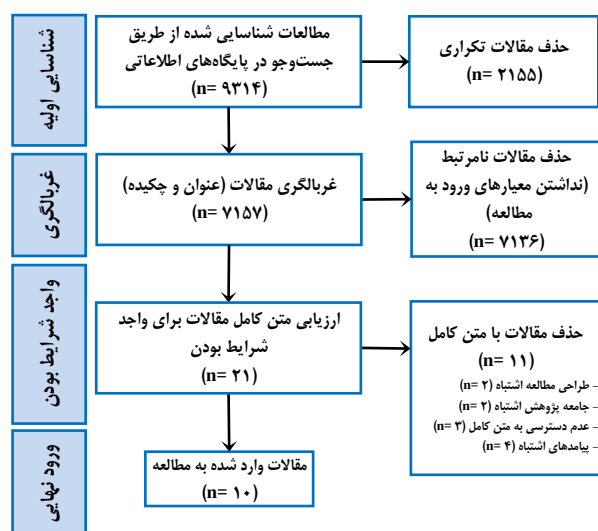
داشت و از ۴۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مصاحبه، اطلاعات ضبط شده چند بار به طور دقیق گوش داده شد. جهت تمرکز بیشتر بر روی متن مصاحبه و پیگیری روش تحلیل داده‌ها بر طبق هماهنگی و اجازه از مشارکت‌کنندگان کل مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط صدا، ضبط و تبدیل به فایل‌های صوتی قابل انتقال بر روی رایانه شد. سپس مصاحبه‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ منتقل شد و کدگذاری صورت گرفت. محقق تا رسیدن به اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی که با ادامه مصاحبه هیچ داده جدیدی به دست نیاید، به نمونه‌گیری ادامه داد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی با استفاده از روش گرانهایم و لاندمن^۱ که شامل پنج مرحله است، استفاده شد: (۱) مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله پس از انجام هر مصاحبه؛ (۲) خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن؛ (۳) تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه؛ (۴) طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر؛ و (۵) تعیین محتوای نهفته در داده‌ها و استخراج تم اصلی (تعیین درون مایه اصلی طبقات) [۱۷]. در این مطالعه طبقه‌بندی اولیه از مصاحبه دوم شروع و با ادامه مصاحبه‌ها، تعداد کدها و طبقات اولیه مشخص شد و با مقایسه آنها بر اساس شباهت‌ها، تفاوت‌ها، زیرطبقات، طبقات و در نهایت درون مایه اصلی استخراج شد. برای ارزشیابی یافته‌های کیفی از چهار معیار: (۱) اعتبار یا مقبولیت، (۲) قابلیت اعتماد یا همسان بودن، (۳) قابلیت انتقال و (۴) تأییدپذیری استفاده شد [۱۸].

انتخاب شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی برای اطمینان از اعتبار داده‌ها انجام شد. جهت کسب قابلیت اعتماد، از همه شرکت‌کنندگان سؤالات در حوزه یکسانی پرسیده شد. همچنین برخی از مصاحبه‌های کدگذاری شده در بعضی جلسات با شرکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته شد

2. PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
3. SID, Magiran, Embase, Cochrane Library, ScinceDirect, PubMed, Google Scholar
4. Social support, Online Social Support, social care, social aid, public assistance, social assistanc, intervention, Multidisciplinary intervention, program, plan, package, postpartum period, postpartum care, Postpartum Women, Postpartum Program, postnatal period, postnatal care, Puerperium, puerperim care

1. Graneheim and Lundman



شکل ۱- دیاگرام انتخاب مطالعات

کارشناسی و هدایت آن به شیوه گروه اسمی (NGT)^۳ تشکیل شد. از این رو پژوهشگر بر اساس راهکارهای استخراج شده از نتایج مرحله کیفی و نتایج مطالعه مروری، لیستی از مداخلات ارتقاءدهنده حمایت اجتماعی مادران در دوره پس از زایمان تهیه کرد و این لیست توسط اساتید مشاور و راهنما مورد تأیید قرار گرفت. چند روز قبل از تشکیل جلسه، این لیست همراه با اهداف و ضرورت مطالعه برای همه اعضا (از طریق ایمیل) فرستاده شد. در اسفند ماه ۱۳۹۹ جلسه‌ای به صورت آنلاین بدین منظور تشکیل شد و به هم‌اندیشی با ۹ تن از متخصصین علاقه‌مند و با تجربه در زمینه‌های مختلف سلامت شامل شش متخصص بهداشت باروری و عضو هیئت علمی، یک دانشجوی دکترای مامایی، سه ماما با پست مسئول مامای مراقب سلامت مادران در سه استان مختلف کشور و یک مادر در دوره پس از زایمان پرداخت. در ابتدای جلسه پژوهشگر پس از بیان هدف از تشکیل جلسه و معرفی اعضا، گزارشی از ضرورت موضوع و راهکارهای استخراج شده در بخش کیفی و مطالعه مروری ارائه شد. سپس از اعضای گروه خواسته شد تا نظرات و دیدگاه‌های خود را در خصوص نتایج به‌دست آمده بیان کنند و در صورتی که بر اساس تجربیات کاری خود موردی را شناسایی کرده‌اند که در لیست نیامده، آن را مطرح نمایند.

کویدنس^۱ منتقل شد. معیارهای ورود عبارت بود از (۱) مقالاتی که هدف آنها طراحی یا اجرای مداخله برای بهبود حمایت اجتماعی مادران حداقل به عنوان یکی از اهداف مورد بررسی آن باشد؛ (۲) مقالاتی که جمعیت مادران پس از زایمان یا مادران باردار به عنوان بخشی از جمعیت مورد مطالعه باشد؛ و (۳) مقالات کارآزمایی بالینی و نیمه‌تجربی که به زبان انگلیسی و فارسی بودند. معیارهای خروج شامل عدم امکان دسترسی به متن کامل مقاله، نتایج غیرمرتبط، تکراری و مطالعات انجام شده بر روی حیوانات بود. ارزیابی کیفی مقالات بر اساس دستورالعمل توصیه شده در کارکین، با استفاده از نرم‌افزار رو من^۲ توسط دو نفر انجام شد که شامل آیتم‌های تصادفی‌سازی، پنهان‌سازی تخصیص، کورسازی، پیگیری بیماران و ریزش، گزارش انتخابی پیامدها و سایر موارد است. برای هر آیتم سه گزینه کم‌خطر، نامشخص و پرخطر وجود دارد [۱۹]. به منظور جلوگیری از سوگرایی، استخراج داده‌ها و ارزیابی کیفیت مقالات توسط دو نفر انجام شد. در جست‌وجوی اولیه ۹۳۱۴ مقاله جمع‌آوری شدند. بررسی مقالات از لحاظ شرایط ورود به مطالعه بر اساس خواندن عنوان و چکیده مقالات صورت گرفت و در صورتی که توضیحات کافی در خلاصه مقاله وجود نداشت، بررسی معیارهای ورود بر اساس خواندن متن کامل مقاله انجام شد. روند انتخاب مطالعات در شکل ۱ ارائه شده است.

در مرحله اولویت‌بندی مداخلات و تعیین مداخله مناسب، مداخلات ارتقاءدهنده حمایت اجتماعی استخراج شده در مرحله کیفی و مرور سیستماتیک، در جلسه‌ای متشکل از چند تن از مادران در دوره پس از زایمان، تیم پژوهش و گروهی از صاحب‌نظران، سیاست‌گذاران و متخصصین علاقه‌مند که در زمینه‌های مختلف حوزه سلامت دارای سابقه ارائه خدمات بهداشتی، آموزشی و مراقبتی به مادران و صاحب‌نظر در مسائل آنان بودند، اولویت‌بندی شد. در این مرحله از پژوهش جلسه

1. Covidence
2. Rev Man

3. Nominal Group Technique

اولیه برای هر گروه ۴۳ نفر به دست آمد. با توجه به احتمال ریزش افراد در طول مطالعه، حجم نمونه نهایی برای هر گروه ۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 + (SD_1^2 + SD_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$z_{1-\alpha/2} = 1.96$	$z_{1-\beta} = 0.85$
$SD_1 = 14.21$	$SD_2 = 10.00$
$\mu_1 = 45.55$	$\mu_2 = 53.34$

در مرحله اول، نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده انجام گرفت. بدین ترتیب که جغرافیای شهر کرمانشاه بر اساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی به ۴ منطقه جغرافیایی (یا ۴ طبقه) تقسیم گردید که این مناطق شامل ۷۶ پایگاه بهداشتی درمانی است. از بین پایگاه‌های بهداشتی درمانی هر منطقه شهرداری، یک پایگاه به روش تصادفی ساده انتخاب شد (از هر منطقه یک پایگاه بهداشتی درمانی به عنوان خوشه در نظر گرفته شد). از مراکز منتخب تعداد نمونه مورد نیاز (براساس میزان سهمیه هر پایگاه) انتخاب شد. بدین ترتیب، کلیه افراد واجد شرایط پس از ارائه توضیحات کامل در خصوص هدف مطالعه و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه شدند. سپس نمونه‌ها به روش بلوک‌سازی تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بدین صورت که همه حالت‌های ممکن جهت قرارگیری حروف A (مداخله) و B (کنترل) در بلوک‌های ۶ تایی با نسبت تخصیص ۱:۱ در نظر گرفته شد و تعداد بلوک مورد نیاز بر اساس تعداد نمونه مورد مطالعه مشخص شد. سپس با توجه به تعداد بلوک مورد نیاز و بر اساس جدول اعداد تصادفی، بلوک‌های مربوط به هر شماره جدول به ترتیب، لیست گردید. در نهایت در هنگام ورود نمونه‌ها به مطالعه، هر فرد حرف خاصی را طبق ترتیب به دست آمده تصاحب نمود. به عنوان مثال طبق ترتیب (AAABBB/ABABAB) فرد هفتم در گروه مداخله (A) قرار گرفت.

به منظور پنهان‌سازی تخصیص تصادفی از روش پاکت نامه‌های غیر شفاف مهر و موم شده با توالی تصادفی استفاده شد. در این روش ابتدا توالی تصادفی به‌وسیله جدول اعداد

پس از ارزیابی مداخله‌ها و برنامه‌های مختلف آموزشی و مشاوره‌ای، دستورالعمل‌ها، مقالات و کتاب‌ها و با در نظر گرفتن یافته‌های کیفی مطالعه، قالب اولیه مداخله طراحی شد و پس از تأیید اساتید صاحب‌نظر جهت روایی صوری و محتوایی در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی که در زمینه‌های مختلف سلامت مادران دارای سابقه ارائه خدمت به مادران بودند، قرار گرفت. در پایان این مرحله، اصلاحات لازم اعمال و مداخله طراحی شده، نهایی گردید.

مرحله سوم: بخش کمی مطالعه

مرحله سوم این پژوهش یک مطالعه کمی از نوع کارآزمایی تصادفی همراه با گروه کنترل با هدف تعیین تأثیر آموزش به همسران بر میزان حمایت درک شده مادران بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری اول، بارداری تک‌قلویی و ترم، متأهل و داشتن زندگی مشترک با همسر، تمایل همسر برای شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سواد رسانه‌ای (آشنایی با نحوه کارکرد برنامه اسکایپ^۱)، آشنایی با فضای مجازی و دسترسی به اینترنت، داشتن تلفن همراه هوشمند^۲ و امکان دسترسی به شبکه اجتماعی اسکایپ، امکان دسترسی به مشارکت‌کننده (حداقل در عرض ۸ هفته آینده) بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی در مادر، مصرف الکل و دخانیات توسط مادر، بروز هر گونه حادثه استرس‌زا در طی یک ماه گذشته برای زوجین، شرکت کردن همسر در کلاس‌های آموزشی یا مشاوره‌ای مشابه قبل از مطالعه، بروز هر گونه حادثه استرس‌زا در طول مطالعه برای زوجین، غیبت بیش از یک جلسه و بستری شدن نوزاد در طول مطالعه بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه خانزاده و همکاران [۲۰] و با استفاده از فرمول زیر با توان ۸۰٪ و خطای ۵٪، حجم نمونه

1. Skype™
2. Smart phone

تصادفی ایجاد و بر اساس حجم نمونه پژوهش (۱۰۰ نفر)، ۱۰۰ عدد پاکت نامه مات (به منظور عدم وضوح محتوای پاکت) تهیه گردید. هر یک از توالی های تصادفی ایجاد شده توسط فردی که نسبت به اهداف و موضوع مطالعه ناآگاه بود، بر روی یک کارت ثبت گردید و به ترتیب کارت ها در پاکت نامه ها جای گذاری شدند. در نهایت درب پاکت ها چسبانده شد و به ترتیب داخل جعبه ای قرار گرفتند. در زمان شروع نمونه گیری، بر اساس ترتیب ورود شرکت کنندگان واجد شرایط به مطالعه، یکی از پاکت های نامه به ترتیب باز شده و گروه تخصص یافته آن شرکت کننده آشکار می شد. پرسشنامه ها توسط خود مادران به صورت آنلاین تکمیل شد. آنالیز داده ها توسط استاد آمار که از ماهیت کدها بی اطلاع بود انجام شد. به خاطر ماهیت مداخله امکان کورسازی برای شرکت کنندگان و پژوهشگر وجود نداشت.

ابزار جمع آوری داده های کمی شامل پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک و سوابق مامایی و پرسشنامه حمایت همسر در دوره بعد از زایمان (PPSS)^۱ بود. این پرسشنامه در سال ۲۰۱۷ توسط دنیس^۲ و همکاران با هدف توسعه و آزمودن روان سنجی ابزاری برای درک حمایت همسر در دوران پس از زایمان و با استفاده از یک مدل نظری روابط اجتماعی ساخته شد. این پرسشنامه دارای مقیاس چهار نقطه ای لیکرت است؛ به طوری که امتیاز ۱ برای شدیداً مخالف و امتیاز ۴ برای شدیداً موافق در نظر گرفته شده است. نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و بالاترین نمره بیانگر دریافت بالاترین حمایت اختصاصی همسر در دوران پس از زایمان است. آلفای کرونباخ برای مقیاس حمایت همسر در دوره بعد از زایمان ۰/۹۶ بود [۲۱]. در مطالعه خانزاده و مقدم تبریزی، آلفای کرونباخ ۰/۹۶، شاخص ثبات داخلی ۰/۷، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۸۱٪ و ۷۰٪ گزارش شده است [۲۰].

پس از هماهنگی و اخذ مجوز با مراجعه به مراکز بهداشت

منتخب شهرستان کرمانشاه، زنان بارداری که تمایل به شرکت داشتند، وارد مطالعه شدند. به این ترتیب که ابتدا محقق در جلسه حضوری در مورد موضوع مطالعه توضیحاتی به خانم های باردار ۴۰ هفته (آخرین ویزیت بارداری) و همسران آنها ارائه داد و از آنان (خانم های باردار و همسران آنها) رضایتنامه کتبی اخذ کرد. سپس شماره تلفن از زنان باردار و همسران آنها گرفته شد و همچنین شماره تلفن پژوهشگر به آنها داده شد و به آنها توصیه شد که وقتی زایمان کردند به پژوهشگر اطلاع دهند. شرکت کنندگان به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. محقق نوع مداخله را برای همسران در گروه مداخله با جزئیات توضیح داد. در روز سوم پس از زایمان، پس از تکمیل پرسشنامه (به صورت آنلاین) توسط مادران شامل بخش های مشخصات فردی، پرسشنامه حمایت اجتماعی مادران پس از زایمان محتوای آموزشی تدوین شده برای همسران در گروه مداخله اجرا شد و گروه کنترل مراقبت های روتین را دریافت کردند. مداخله به این صورت بود که ابتدا در برنامه اسکایپ بر اساس حجم نمونه ۷ گروه (سه گروه ۶ نفره و چهار گروه ۸ نفره) برای اجرای آموزش تشکیل شد. گروه بندی نمونه ها به علت متفاوت بودن تاریخ زایمان آنها بود. آموزش به صورت ۴ جلسه آنلاین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه ای در این نرم افزار به صورت یک جلسه در هفته توسط پژوهشگر برگزار شد. به خاطر ماهیت مختلف آموزش در خصوص زایمان طبیعی و سزارین، گروه ها نیز بر اساس نوع زایمان هم تقسیم بندی شدند (۳۲ نفر زایمان طبیعی داشتند که در ۴ گروه ۸ نفره و ۱۸ نفر زایمان سزارین داشتند که در سه گروه ۶ نفره قرار گرفتند). هر هفته بعد از برگزاری جلسه برای مرور، مطالب ارائه شده در قالب پیام های نوشتاری، تصویری و صوتی تا زمان برگزاری جلسه بعدی به گروه مداخله ارائه شد. اعضای گروه در صورت تمایل، سؤال و مشکلاتشان را در گروه مطرح کردند و در صورت عدم تمایل، به صورت فردی (خصوصی) با مشاور (کمک پژوهشگر) به حل این مسائل پرداخته شد. پژوهشگر هر هفته محتوای آموزشی را با اعضای گروه بررسی کرده و به

1. Postpartum Partner Support Scale

2. Dennis

تجزیه و تحلیل آماری

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، از آمار توصیفی برای ارائه اطلاعات در جدول توزیع فراوانی استفاده شد. جهت بررسی پراکندگی داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. بر اساس نوع داده‌ها از آزمون کای اسکوار و تی مستقل برای بررسی دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. جهت مقایسه درون گروهی و بین گروهی متغیرهای حمایت اجتماعی، استرس درک شده و خودکارآمدی مادران در مقاطع زمانی مختلف در طول مطالعه در دو گروه، از آزمون اندازه‌های تکراری استفاده شد. اندازه اثر مداخله با استفاده از ضریب همبستگی از طریق نرم افزار «تخمین اندازه اثر در طرح‌های اندازه‌های تکراری» محاسبه شد. کلیه محاسبات آماری در سطح معنی‌داری $p < 0.05$ با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

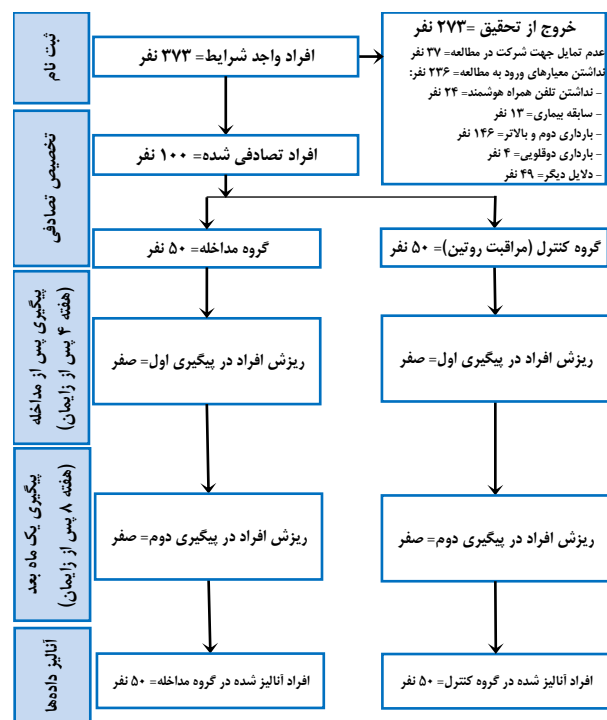
نتایج مرحله اول مطالعه

به طور کلی ۲۰ شرکت‌کننده مورد مصاحبه قرار گرفتند که ۱۱ نفر مادران نخست‌زایی بودند که در عرض ۶ ماه پیش زایمان کرده بودند، ۶ نفر مراقب سلامت و ۳ نفر همسر مادران بودند. میانگین سنی مادران 30.36 ± 4.94 و تحصیلات اکثر آنها (۵۴/۵٪) لیسانس بود. جزئیات بیشتر ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در **جدول ۱** نشان داده شده است. از آنالیز مصاحبه‌ها، ۱۷ زیرطبقه و ۳ طبقه اصلی شامل «حمایت همه جانبه»، «موانع حمایت» و «راهکارهای ارتقای حمایت» اخذ شد (**جدول ۲**). طبقه «حمایت همه جانبه» به علت گستردگی در بیانات شرکت‌کنندگان و اختصاص بیشترین کدهای استخراجی به خود، از طبقه‌های مهم درک و تجربیات مادران از حمایت اجتماعی است. این طبقه دارای شش زیرطبقه با عناوین «حمایت همسر، حمایت خانواده، حمایت دوستان و اطرافیان، حمایت کادر بهداشت و درمان، حمایت دولت و حمایت شبکه‌های اجتماعی» بود.

بحث و تعامل در جهت مهارت‌آموزی بیشتر پرداخت. ساعت برگزاری جلسات با توافق شرکت‌کنندگان بود. پژوهشگر از طریق تلفن و پیامک هر هفته، زمان جلسات آموزشی را به مخاطبین یادآوری می‌کرد و در صورت لزوم پاسخگوی آنان بود. پس از اتمام مداخله (یعنی هفته چهارم بعد از زایمان) و ۴ هفته پس از آن (یعنی هفته هشتم بعد از زایمان) مجدداً پرسشنامه مذکور توسط مادران به صورت آنلاین تکمیل شد. در پایان جهت رعایت اصول اخلاقی، فایل آموزشی و محتوای آن به صورت کتابچه در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. فلوچارت مرحله سوم مطالعه (بخش کمی) در **شکل ۲** ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی

شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و هر شرکت‌کننده فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کرد. به پاسخ‌دهندگان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده می‌شود. برای جلوگیری از سوگیری، به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که نتایج مطالعه بر انتخاب آنها تأثیری نخواهد گذاشت.



آیهان هم کمکم می‌کردن.

شرکت کننده دیگر عنوان کرد: «به خاطر اینکه من استراحت کنم و شیرم زیاد بشه، بچه رو نگه می‌داشت. همچنین در بغل کردن نوزاد حین شیردهی هم کمکم کردند. اوایل که شیرم کم بود، مامانم خیلی کمک کرد تا شیرم زیاد بشه و مثلاً رو سینه‌هام کمپرس گرم می‌ذاشت.»

یکی دیگر از شرکت کنندگان ابراز نمود: «در بیمارستان پرستاران خیلی خوب رسیدگی کردند، هم از لحاظ اخلاقی و هم از لحاظ کاری خوب بودن. مثلاً تندتند می‌اومدن ازم می‌پرسیدن که چیزی نمی‌خوای، تندتند خونریزیم رو چک می‌کردند. در مورد شیر دادن به بچه هم نکاتی بهم گفتن مثلاً چطوری بچه رو بغل بگیرم و یه سری موارد دیگه.»

بر اساس تجارب و اظهارات شرکت کنندگان، تعدادی از آنها حمایت ناکافی به علت وجود موانع یا عوامل بازدارنده حمایت داشتند. طبقه «موانع حمایت» به دلیل اینکه نقش بسیار مهمی در افزایش آسیب‌پذیری مادر دارد، از طبقه های

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر	شرکت‌کنندگان		
	مادران	همسران	مراقبین بهداشتی
سن	۳۰/۳۶ ± ۴/۹۴	۳۷/۳۳ ± ۴/۱۶	۳۶/۸۳ ± ۶/۷۳
سملج	۳ (۲۷/۳٪)	-	-
تحصیلات	۱ (۹/۱٪)	-	-
لیسانس	۶ (۵۴/۵٪)	۱ (۳۳/۳۳٪)	۴ (۶۶/۶۶٪)
فوق لیسانس	۱ (۹/۱٪)	۱ (۳۳/۳۳٪)	۲ (۳۳/۳۳٪)
دکتر	۱ (۳۳/۳۳٪)	-	-
وضعیت اشتغال	۴ (۳۶/۴٪)	-	-
مغازه‌دار	۱ (۹/۱٪)	-	-
کارمند	۶ (۵۴/۵٪)	۳ (۱۰۰٪)	-
ماما	-	-	۴ (۶۶/۶۶٪)
پرستار	-	-	۲ (۳۳/۳۳٪)
قومیت	۳ (۲۷/۳٪)	۱ (۳۳/۳۳٪)	۱ (۱۶/۶۶٪)
فارس	۷ (۶۳/۶٪)	۲ (۶۶/۶۶٪)	۵ (۸۳/۳۳٪)
کرد	۱ (۹/۱٪)	-	-
ترک	۶ (۵۴/۵٪)	۱ (۳۳/۳۳٪)	-
جنسیت	۵ (۴۵/۵٪)	۲ (۶۶/۶۶٪)	-
فرزند	۳ (۲۷/۳٪)	-	-
نوع زایمان	۸ (۷۲/۷٪)	-	-
سزارین	۹ (۸۱/۸٪)	۲ (۶۶/۶۶٪)	-
وضعیت بارداری	۲ (۱۸/۲٪)	۱ (۳۳/۳۳٪)	-
ناخواسته	-	-	-

یکی از شرکت کنندگان بیان نمود: «موقعی که می‌رم سرکار همسر از بچه نگهداری می‌کنه. وقتی که من خسته بودم و کم می‌آوردم از آیهان نگهداری می‌کرد. حتی در شیر دادن و تعویض پوشک و لباس، حموم دادن و دادن قطره‌ها به

جدول ۲- نمونه‌ای از کدها، زیرطبقات و طبقات

طبقات	زیرطبقات	نمونه‌ای از کدها
حمایت همسر	حمایت همسر	کمک همسر در نگهداری از نوزاد؛ توجه همسر به وضعیت سلامتی نوزاد؛ حمایت همسر در داشتن شیردهی موفق؛ حمایت همسر در انجام امور منزل؛ درک همسر در برقراری آرامش مادر
	حمایت خانواده	کمک مادر خاتم در نگهداری از بچه؛ کمک مادر خاتم در رسیدگی به امور منزل؛ کمک مادر خاتم در داشتن شیردهی موفق؛ کمک خواهر مادر در رسیدگی به امور منزل؛ کمک خواهر مادر در مراقبت از مادر و نوزاد
	حمایت دوستان و اطرافیان	حمایت شغلی همکاران؛ نذری همکاران به خاطر سلامتی مادر؛ دعای همکاران به خاطر سلامتی مادر
	حمایت کادر بهداشت و درمان	ارائه توصیه‌ها و اطلاعات لازم به مادر؛ آموزش به همسر در مورد حمایت از مادر و مراقبت از نوزاد؛ انجام مراقبت‌ها و معاینات لازم برای مادر و نوزاد؛ پیگیری تلفنی کادر بهداشت؛ ایجاد ارتباط بین مادران پرخطر با مادران بهبود یافته از بیماری مشابه
حمایت شبکه‌های اجتماعی	حمایت دولت	اهدای سبد کالا به مادران بی بضاعت؛ رایگان کردن شیر خشک برای مادران بی بضاعت؛ پاس شیردهی بعد از زایمان؛ مرخصی بعد از زایمان
	حمایت شبکه‌های اجتماعی	حمایت اطلاعاتی از طریق اینستاگرام و تلگرام در هر پایگاه بهداشتی؛ برقراری تماس تلفنی در صورت وجود سؤال یا ابهام؛ حمایت از طریق واتس‌آپ در زمان کرونا
	موانع فرهنگی	بی‌توجهی و عدم درک خانواده همسر از شرایط مادر؛ خنثی بودن و حمایت ناکافی خانواده همسر
	استرس مربوط به پاندمی کرونا	استرس مبتلا شدن خود یا بچه به کرونا؛ استرس ناقل بودن کرونا
عدم تعهد کارکنان نسبت به وظایف	عدم تعهد کارکنان نسبت به وظایف	عدم رعایت موازین اخلاقی کادر درمان؛ عدم ارائه مراقبت‌های لازم توسط کادر درمان؛ عدم ارائه اطلاعات ضروری کادر درمان
	کمبود نیرو در مراکز	عدم حمایت محیط کار در دادن مرخصی دوران بارداری و بعد از زایمان؛ نگرانی مادر از مراقبت از بچه موقع برگشتن به سر کار
	فقدان قوانین حمایتی کارآمد	بالا بودن هزینه بیمارستان؛ کافی نبودن حمایت بیمه‌ای؛ کاهش نیرو در مراکز ارائه مراقبت؛ عدم درک شرایط مادران شاغل؛ عدم درک وظایف چند پیشه مادر
	ناآگاهی مردم	عدم تمایل مردان برای شرکت در کلاس مجازی؛ ناکافی بودن مطالعه توسط عموم؛ ناکافی بودن تماس اینترنتی در مقایسه با تماس حضوری
تغییر حالات مادر بعد از زایمان	تغییرات هورمونی بدن؛ احساس درد بدن؛ به‌هم‌ریختگی شکل بدن؛ احساس نیاز به محبت خانواده؛ خستگی، استرس و اضطراب مادر بعد از زایمان؛ کاهش تحمل و طاقت مادر؛ مهمتر بودن حمایت روانی و عاطفی از حمایت جسمی	تغییرات هورمونی بدن؛ احساس درد بدن؛ به‌هم‌ریختگی شکل بدن؛ احساس نیاز به محبت خانواده؛ خستگی، استرس و اضطراب مادر بعد از زایمان؛ کاهش تحمل و طاقت مادر؛ مهمتر بودن حمایت روانی و عاطفی از حمایت جسمی
	افزایش آگاهی زوجین در مورد حقوق و وظایف آنها در خانواده	تقسیم وظایف در منزل بین زوجین؛ اطلاع‌رسانی به زوجین در مورد حمایت مادر در دوران بارداری و بعد از زایمان؛ لزوم مشاوره قبل از ازدواج؛ لزوم مشاوره قبل از بارداری؛ لزوم برگزاری دوره‌های روانشناسی تخصصی برای زوجین؛ لزوم برقراری حمایت دو طرفه زوجین
	آموزش به فرزندان	تربیت فرزند حمایتگر از کودکی؛ آموزش مسئولیت‌پذیری کودک نسبت به خانواده؛ آموزش مهارت‌های زندگی برای پسران و دختران از دوران دبیرستان؛ آموزش مقابله با مشکلات
	آموزش به همسران در کلاس‌های آمادگی زایمان	لزوم مشارکت حضوری همسران در کلاس‌های آمادگی برای زایمان؛ آموزش همسران در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در مورد حمایت مادران؛ برگزاری کلاس توجیحی برای همسران در روز زایمان؛ لزوم برگزاری ۲ جلسه کلاس آموزشی بعد از زایمان
رابطه‌های اجتماعی	آموزش مهارت‌های حمایتی با بهره‌گیری از رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی	استفاده از صدا و سیما برای آموزش جامعه در مورد نقش همسران در حمایت‌های بعد از زایمان؛ استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای آگاهی عموم در مورد مشارکت زن و مرد در انجام امور منزل؛ استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای پاسخ به سؤالات مادران
	نیاز به افزایش حمایت دولت	نیاز به افزایش مرخصی بعد از زایمان؛ کاهش هزینه بیمارستان؛ نیاز به افزایش حقوق کارکنان بهداشت؛ نظارت بر رفتار کادر بهداشت و درمان؛ لزوم مستقر شدن کارشناس سلامت روان در همه درمانگاه‌ها؛ افزایش استخدام کارکنان

ازدواج در مورد حقوق و وظایف زوجین نسبت به هم و در مشاوره پیش از بارداری در مورد حمایت از مادر صحبت بشه. یکی دیگر از شرکت کنندگان عنوان نمود: «چند جلسه کلاس آموزشی دوران بارداری واسه همه همسران برگزار بشه تا با آمادگی بیشتری نوزاد و مسئولیت‌های جدید را بپذیرند.»

جزئیات کامل نتایج مرحله اول مطالعه (بخش کیفی) در مقاله شریفی پور و همکاران (۲۰۲۳) ارائه گردیده است [۲۲].

نتایج مرحله دوم مطالعه

در مرحله مروری سیستماتیک ۲۱ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. از این میان تعداد ۱۰ مقاله جهت تعیین مداخله مناسب برای بهبود حمایت اجتماعی مادران پس از زایمان به مطالعه مروری وارد و برای بررسی انتخاب گردید. ویژگی‌های مقالات وارد شده در جدول ۳ به صورت خلاصه آورده شده است. نتایج مطالعه مروری نشان داد که کلاس آموزشی و تماس تلفنی و برنامه روان درمانی بین فردی، تماس تلفنی پرستاری پیشرفته، مداخلات روانشناختی مبتنی بر وب و مبتنی بر منزل، مشاوره برای پدران و مشاوره آموزشی-حمایتی در خانه در ارتقای درک حمایت اجتماعی مادران در دوره پس از زایمان تأثیر بسزایی دارند. جزئیات کامل نتایج مطالعه مروری سیستماتیک در مقاله شریفی پور و همکاران (۲۰۲۲) ارائه گردیده است [۲۳].

با توجه به تنوع مداخلات از نظر نوع و میزان مداخلات، طول مدت اجرا و دوره پیگیری و ابزارهای ارزیابی متفاوت، انتخاب و حمایت اثربخشی یک مداخله خاص مشکل است. از این رو نمی‌توان به طور دقیق مشخص کرد که کدام مداخله برای ارتقای حمایت اجتماعی درک شده توسط مادران در دوره پس از زایمان مؤثر خواهند بود. از این رو با تشکیل جلسه گروه اسمی، از نظرات متخصصین برای طراحی مداخله مناسب جهت ارتقای حمایت اجتماعی درک شده مادران در دوره پس از زایمان استفاده کردیم. بر اساس نظرات اعضای گروه، مداخله‌های «حمایت مالی»، «مراقبت یک به یک از دوران بارداری تا پس از زایمان» و «مشاوره روانی با زوجین در مراقبت‌های بعد از زایمان» به لیست اضافه شد. سپس هر یک

مهم درک و تجربیات مادران است. این طبقه دارای هفت زیر طبقه با عناوین «موانع فرهنگی، استرس مربوط به پاندمی کرونا، عدم تعهد کارکنان نسبت به وظایف، کمبود نیرو در مراکز، فقدان قوانین حمایتی کارآمد، ناآگاهی مردم و تغییرات حالات مادر بعد از زایمان» بود.

یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت: «مادرشوهرم فقط یه هفته بعد از زایمان همراه مادرم کنارم بود. ولی کلاً بی تفاوت‌اند و خنثی هستن نه آزارت میدن و نه کمکی و این اصلاً خوب نیست.»

شرکت کننده دیگر بیان کرد: «استرس داشتم که من کرونا نگرفته باشم، بچهم نگرفته باشه، بعد وقتی که اومدم خونه اصلاً نداشتم کسی منو ببینه چون می‌ترسیدم یا من از بقیه بگیرم یا برعکس خودم ناقل باشم و به کسی انتقال بدم.»

یکی دیگر از شرکت کنندگان ابراز نمود: «من بچهم مشکل داشت. بیضه‌هاش داخل شکمشه. کارکنان اون لحظه وقتی بچهم دنیا اومد شروع کردن به پیچ کردن، خیلی اوضاع بدی بود. استرس داشتم همش می‌پرسیدم بچهم سالمه یا نه؟»

شرکت کنندگان بر اساس تجاربی که داشتند، راهکارهایی جهت ارتقای حمایت اجتماعی مادران در دوره بعد از زایمان ارائه نمودند. طبقه «راهکارهای ارتقای حمایت» به دلیل این که در کاهش اثرات منفی عوامل تنش‌زا، افزایش ارتقای سلامت مادر و بهبود ایفای نقش مادری تأثیر بسزایی دارد، از طبقه‌های مهم درک و تجربیات مادران است. این طبقه دارای چهار زیر طبقه با عناوین «افزایش آگاهی زوجین در مورد حقوق و وظایف آنها در خانواده، آموزش حمایتگری به فرزندان، آموزش به همسران در کلاس‌های آمادگی زایمان و آموزش مهارت‌های حمایتی با بهره‌گیری از رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی» بود.

یکی از شرکت کنندگان بیان کرد: «در مشاوره‌های قبل از ازدواج و قبل از بارداری در مورد حمایت مادران صحبت بشه تا شناخت زوجین از هم بیشتر باشه.»

شرکت کننده دیگر ابراز کرد: «بهتره در مشاوره قبل از

جدول ۳- ویژگی‌های مطالعات مداخله‌ای انجام شده در زمینه حمایت اجتماعی مادران در دوره پس از زایمان

ردیف	نویسنده اول [منبع]	کشور (سال)	جمعیت و تعداد مادران مورد مطالعه	مداخله	ابزار	پیگیری	یافته‌های اصلی
۱	گانو [۲۴]	چین (۲۰۱۵)	۱۸۰ نخست‌زایا ترم، تک‌قلو و سالم	برنامه روان‌درمانی بین فردی	PSSS	ابتدا و ۶ هفته پس از زایمان	میانگین نمره حمایت اجتماعی در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر بود.
۲	هانان [۲۵]	آمریکا (۲۰۱۳)	۱۳۹ نخست‌زایا، کم‌درآمد و سالم با نوزاد ترم، تک‌قلو و سالم	تماس تلفنی پرستاری پیشرفته	MSPSS	روز ۳، ماه‌های ۱ و ۲ پس از ترخیص	گروه مداخله نمره حمایت اجتماعی درک شده بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند.
۳	جیاو [۲۶]	سنگاپور (۲۰۱۹)	۲۰۴ نخست‌زایا با نوزاد تک‌قلو و سالم	آموزش روانی تحت وب و خانگی	PICSS	ابتدا، ۳، ۶ و ۱۲ ماه پس از زایمان	هم مداخلات تحت وب و هم خانگی به مادران کمک کردند تا در تمام مراحل پس از آزمون از حمایت اجتماعی بهتر نسبت به گروه کنترل برخوردار شوند.
۴	محمديپور [۲۷]	ایران (۲۰۲۲)	۱۰۲ باردار (۲۰ تا ۲۴ هفته)، تک‌قلو و بارداری اول که همسرانشان مایل به شرکت در کلاس مشاوره بودند.	مشاوره برای پدران (بخش دوم)	PRQ	قبل و چهار هفته پس از مداخله	میانگین نمره حمایت اجتماعی ۴ هفته پس از مداخله در گروه مشاوره در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش یافت.
۵	نویدیان [۲۷]	ایران (۲۰۱۷)	۱۰۰ مراجعه‌کننده نخست‌زایا، تک‌قلو و سالم برای مراقبت پس از زایمان	مشاوره آموزشی حمایتی در خانه	PSS	ابتدا و ۶ هفته پس از زایمان	میانگین نمره استرس پس از زایمان و همچنین نمرات سه خرده مقیاس دستیابی به نقش مادر، تغییرات منفی بدن و عدم حمایت اجتماعی در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود.
۶	رید [۲۸]	اسکاتلند (۲۰۰۲)	۱۰۰۴ نخست‌زایا	بسته راهنمای خودیاری و دعوتنامه برای حضور در یک گروه پشتیبانی	SSQSR	سه و شش ماه پس از زایمان	تفاوت معنی‌داری در نمرات بین گروه‌های مطالعه وجود نداشت.
۷	رومان [۲۹]	آمریکا (۲۰۰۹)	۶۱۳ باردار (کمتر از ۲۴ هفته)	تیم CHW	MSPSS	قبل از زایمان و ۱۵ ماه بعد از آن	هیچ تفاوتی بین حمایت اجتماعی بین گروه‌ها مشاهده نشد.
۸	ساویر [۳۰]	استرالیا (۲۰۱۷)	۸۱۹ مراجعه‌کننده برای بررسی اولیه سلامت پس از زایمان	حمایت اینترنتی و ویزیت در خانه	MSSS	۱، ۹، ۱۵ و ۲۱ ماه پس از زایمان	تفاوت معناداری در نتایج پیامدها بین مادران در گروه کلینیک+اینترنت و گروه مستقر در خانه وجود نداشت.
۹	والکاپ [۳۱]	هند (۲۰۰۹)	۱۶۷ باردار (۲۸ هفته یا کمتر)	ویزیت در خانه	SSS	در ابتدا و ۲، ۶ و ۱۲ ماه پس از زایمان	هیچ تفاوتی بین گروهی برای حمایت اجتماعی مشاهده نشد.
۱۰	هایس [۳۲]	استرالیا (۲۰۰۴)	۱۸۰ باردار (۲۸ هفته یا کمتر)	بسته آموزشی	NSSQ	قبل و دو بار بعد از زایمان (۱۲-۸ و ۲۴-۱۶ هفته بعد)	مداخله آموزشی هیچ تأثیری بر حمایت اجتماعی مادران نداشت.

CHW: Nurse-Community Health Worker; MSPSS: Multidimensional Scale Of Perceived Social Support; MSSS: Maternal Social Support Scale; NSSQ: Norbeck Social Support Questionnaire; PICSS: Perinatal Infant Care Social Support; PRQ: Personal Resource Questionnaire; PSS: Hung Postpartum Stress Scale; PSSS: Perceived Social Support Scale; SSQSR: Social Support Questionnaire-Short Form; SSS: Social Support Scale

از مداخلات به طور جداگانه با در نظر گرفتن میزان اهمیت و قابل اجرایی بودن به بحث گذاشته شد. سپس برای رتبه‌بندی مداخلات از اعضا خواسته شد تا نظر خود را در گروه به صورت کتبی ارائه دهند. بدین صورت که به مهمترین ایده نمره ۵ و به کم‌اهمیت‌ترین ایده نمره ۱ داده شود و سپس رأی‌گیری انجام شد. سرانجام مداخله از نوع آموزش به همسران به صورت گروهی، توسط تمامی افراد حاضر در جلسه به عنوان با اهمیت‌ترین مداخله که از نظر اجرایی قابلیت بالایی دارد معرفی شد. از این رو هدف کلی بخش کمی مطالعه، تعیین تأثیر آموزش به همسران بر میزان حمایت اجتماعی درک شده مادران در دوره پس از زایمان در نظر گرفته شد. چگونگی استخراج و اولویت‌بندی مداخلات در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴- اولویت‌بندی مداخلات

ردیف	مداخلات ارتقا دهنده حمایت اجتماعی	اهمیت	قابلیت اجرایی	امتیاز کل	رتبه
۱	افزایش حمایت خانواده همسر	۴	۳/۲	۷/۲	۵
۲	افزایش مسئولیت‌پذیری کارکنان	۴/۱	۳/۸	۷/۹	۳
۳	تصویب قوانین حمایتی کارآمد	۴	۲/۱	۶/۱	۹
۴	افزایش آگاهی عموم	۳/۸	۳/۴	۷/۲	۵
۵	افزایش آگاهی زوجین در مورد حقوق و وظایف	۴/۲	۳/۸	۸	۲
۶	آموزش حمایت‌گری به فرزندان	۳/۴	۲	۵/۴	۱۰
۷	آموزش به همسران	۴/۸	۴/۹	۹/۷	۱
۸	آموزش مهارت‌های حمایتی با بهره‌گیری از رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی	۴	۳/۲	۷/۲	۵
۹	اجرای کلاس آموزشی قبل از ترخیص از بیمارستان و پیگیری تلفنی دو هفته بعد از ترخیص و برنامه روان درمانی بین فردی	۴	۳/۸	۷/۸	۴
۱۰	تماس تلفنی پرستاری پیشرفته	۳/۵	۳/۳	۶/۸	۶
۱۱	مداخلات روانشناختی مبتنی بر وب و مبتنی بر خانه	۳/۶	۳/۱	۶/۷	۷
۱۲	حمایت مالی	۴/۵	۱/۹	۶/۴	۸
۱۳	مراقبت تک به تک از دوران بارداری تا پس از زایمان	۴/۵	۲/۴	۶/۹	۶
۱۴	مشاوره روانی در مراقبت‌های بعد از زایمان	۳/۹	۳/۸	۷/۹	۳

جدول ۵- ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه*		مقدار p
	مداخله (۵۰ نفر)	کنترل (۵۰ نفر)	
سن (سال)	۲۹/۳±۶/۱۶	۲۸/۱۴±۵/۹۸	۰/۳۴
سن همسر (سال)	۳۵/۰۸±۵/۵۸	۳۳/۵۶±۵/۱۳	۰/۱۶
فاصله سنی با همسر (سال)	۵/۵۶±۲/۶۷	۵/۴۲±۲/۷۳	۰/۷۹
وزن نوزاد هنگام تولد (کرم)	۳۰۳۰±۱۸۰/۹۸	۳۰۷۶/۲±۱۷۱/۲۰	۰/۱۹
تحصیلات مادر	راهنمایی ۶ (۱۲٪)	۵ (۱۰٪)	۰/۶۰
دیپریستان	۸ (۱۶٪)	۱۲ (۲۴٪)	
دانشگاهی	۳۶ (۷۲٪)	۳۳ (۶۶٪)	
شغل مادر	کارمند ۱۱ (۲۲٪)	۱۴ (۲۸٪)	۰/۷۰
خانه دار	۲۷ (۵۴٪)	۲۱ (۴۲٪)	
دانشجو	۱۰ (۲۰٪)	۱۲ (۲۴٪)	
سایر	۲ (۴٪)	۳ (۶٪)	
تحصیلات همسر	راهنمایی ۶ (۱۲٪)	۳ (۶٪)	۰/۲۲
دیپریستان	۱۹ (۲۰٪)	۱۷ (۳۴٪)	
دانشگاهی	۳۴ (۶۸٪)	۳۰ (۶۰٪)	
شغل همسر	کارمند ۳۲ (۶۴٪)	۲۸ (۵۶٪)	۰/۸۴
بیکار	۵ (۱۰٪)	۶ (۱۲٪)	
کارگر	۱۲ (۲۴٪)	۱۴ (۲۸٪)	
سایر	۱ (۲٪)	۲ (۴٪)	
وضعیت اقتصادی	خوب ۷ (۱۴٪)	۱۱ (۲۲٪)	۰/۴۰
متوسط	۳۹ (۷۸٪)	۳۳ (۶۶٪)	
ضعیف	۴ (۸٪)	۶ (۱۲٪)	
مصرف سیگار و الکل توسط همسر	بله ۱۷ (۳۴٪)	۱۳ (۲۶٪)	۰/۳
خیر	۳۳ (۶۶٪)	۳۷ (۷۴٪)	
وجود بیماری در همسر	بله ۶ (۱۲٪)	۱۱ (۲۲٪)	۰/۱
خیر	۴۴ (۸۸٪)	۳۹ (۷۸٪)	
نوع زایمان	واژینال ۳۰ (۶۰٪)	۳۴ (۶۸٪)	۰/۴۰
سزارین	۱۸ (۳۶٪)	۱۶ (۳۲٪)	
زایمان با واکيوم	۲ (۴٪)	-	
مشکلات شیردهی	احتقان پستان ۵ (۱۰٪)	۸ (۱۶٪)	۰/۴۲
زخم نوک پستان	۸ (۱۶٪)	۹ (۱۸٪)	
عدم وجود مشکل	۳۷ (۷۴٪)	۳۳ (۶۶٪)	
وضعیت بارداری	برنامه‌ریزی شده ۴۵ (۹۰٪)	۴۳ (۸۶٪)	۰/۵۳
بدون برنامه‌ریزی	۵ (۱۰٪)	۷ (۱۴٪)	
جنسیت نوزاد	دختر ۲۱ (۴۲٪)	۲۷ (۵۴٪)	۰/۳۳
پسر	۲۹ (۵۸٪)	۲۳ (۴۶٪)	
رضایت از جنسیت نوزاد	بله ۵۰ (۱۰۰٪)	۵۰ (۱۰۰٪)	-
خیر	-	-	

ادراک شده زنان نخست‌زا در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری در طول زمان تغییر کرد ($p < ۰/۰۰۱$) به طوری که میانگین نمرات در گروه مداخله در طول زمان افزایش یافت (جدول ۶). جزئیات کامل نتایج مرحله سوم مطالعه (بخش کمی) در مقاله عباسپور و همکاران (۲۰۲۳) ارائه گردیده است [۳۳].

جدول ۶- مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی در سه مقطع زمانی در دو گروه

مقدار p	گروه		مقدار p
	مداخله (۵۰ نفر)	کنترل (۵۰ نفر)	
قبل از مداخله	۲۸/۹۴±۸/۸۰	۲۶/۲۰±۸/۴۳	۰/۱۱
بلافاصله بعد	۲۹/۴۲±۷/۱۵	۳۷/۲۶±۷/۹۹	< ۰/۰۰۱
یک ماه بعد	۲۸/۴۰±۵/۹۱	۳۷/۱۴±۶/۶۳	< ۰/۰۰۱

مقدار p** (درون گروهی) < ۰/۰۰۱

* تی مستقل؛ ** اندازه‌های تکراری

در نهایت محتوای آموزشی در قالب کتابچه‌ای تحت عنوان «محتوای آموزش به همسران جهت ارتقای حمایت درک شده مادران از طرف آنان در دوره پس از زایمان» یا «محتوای آموزشی ارتقای حمایت درک شده مادران در دوره پس از زایمان، ویژه همسران» تهیه و در شش فصل تدوین گردید. این فصل‌ها عبارت بودند از: مقدمه و اهمیت سلامت مادر در دوره پس از زایمان (فصل اول)، تغییرات جسمی و روانی مادر در دوره پس از زایمان و نحوه برخورد با آن (فصل دوم)، اهمیت حمایت اجتماعی از مادر در دوره پس از زایمان (فصل سوم)، مراقبت از مادر و نوزاد (فصل چهارم)، اصول شیردهی و نحوه برخورد با چالش‌های آن (فصل پنجم) و وظایف پدر در دوره پس از زایمان و نقش حمایتی او در کمک به مادران برای سازگاری با تغییرات (فصل ششم). این محتوا در اختیار مامای مرکز و سپس چند نفر از همسران قرار گرفت تا از روان بودن، قابل فهم بودن، تطابق آن با فرهنگ ایرانی و قابل اجرا بودن آن اطمینان حاصل شود.

نتایج مرحله سوم مطالعه

در این مطالعه از ۳۷۳ زن نخست‌زا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی که در ابتدا ثبت نام کرده بودند، بر اساس معیارهای ورود ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. در طول دوره مطالعه در دو گروه ریزش وجود نداشت و تمامی شرکت‌کنندگان (۵۰ نفر در گروه مداخله و ۵۰ نفر در گروه کنترل) در دو بازه زمانی (بلافاصله و یک ماه پس از مداخله) پس از دوره پیگیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (شکل ۲). بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول ۵).

قبل از مداخله میانگین نمرات حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($p = ۰/۱۱$). در گروه مداخله، میانگین نمرات حمایت اجتماعی ادراک شده زنان نخست‌زا بلافاصله و یک ماه پس از اتمام مداخله با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). تجزیه و تحلیل داده‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که حمایت اجتماعی

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه کیفی، سه طبقه «منابع حمایتی»، «موانع حمایت» و «راهکارهای ارتقای حمایت» را در بیان درک و تجربیات مشارکت کنندگان در زمینه حمایت اجتماعی مادر در دوره بعد از زایمان مشخص نمود. شرکت کنندگان ابراز کردند که حمایت همه جانبه از طرف همسر، خانواده، دوستان، کادر بهداشت و درمان، دولت و شبکه های اجتماعی منجر به برقراری آرامش مادر و افزایش نقش خودکارآمدی مادری می شود. مطالعات قبلی نشان داده است که حمایت همه جانبه از زنی که تازه زایمان کرده باعث کاهش استرس درک شده، سازگاری مادر با مشکلات پس از زایمان و تقویت پیوند مادر و کودک می شود [۳۴، ۳۵] که با یافته مطالعه حاضر مطابقت دارد. طبق نتایج به دست آمده، حمایت همسر یکی از مهمترین منابع حمایتی است که باعث افزایش اعتماد به نفس مادر، تسهیل در پذیرش نقش جدید مادرانه و شیردهی موفق می شود که یکی از یافته های مهم مطالعه ما است. مطالعات قبلی هم نشان داده اند، حمایت همسر منجر به تسهیل مقابله با استرس در مادران می شود [۳۶].

در مطالعه حاضر تعدادی از شرکت کنندگان گزارش کردند که در دوره پس از زایمان چندین عامل از جمله تغییر حالات مادر در این دوره، موانع فرهنگی، ناآگاهی مردم، استرس ناشی از کرونا، عدم تعهد کارکنان، کمبود نیرو در مراکز و فقدان قوانین حمایتی کارآمد وجود دارد که مانع از درک، دریافت و ارائه حمایت می شود. همچنین آنها خاطر نشان کردند که این عوامل بازدارنده حمایت، نقش مهمی در افزایش تنش های پس از زایمان دارد. دوره بعد از زایمان مرحله ای حساس و استرس زا است که با خستگی، تغییرات خلقی و اختلالات خواب همراه است و به طور اساسی سلامت و عملکرد زنان را تحت تأثیر قرار می دهد [۳۷]. مطالعه شارما^۱ و همکاران نشان داد که ایجاد حمایت و عدالت در محل کار، تعهد احساسی کارکنان پرستاری

را افزایش می دهد [۳۸]. مطابق با یافته مطالعه حاضر، مطالعات دیگر نشان داده است که عدم حمایت خانواده زنی که تازه زایمان کرده یا عدم حمایت خانواده شوهر، خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد [۲۱، ۲۶، ۳۹].

علاوه بر این شرکت کنندگان به راهکارهای ارتقاءدهنده حمایت اشاره کردند و اعتقاد داشتند، این راهکارها باعث افزایش حمایت از مادران در نتیجه ارتقای سلامت مادر و بهبود ایفای نقش مادری می شود. این راهکارها شامل افزایش آگاهی زوجین در مورد حقوق و وظایف آنها در خانواده، آموزش به همسران در کلاس های آمادگی زایمان، آموزش مهارت های حمایتی با بهره گیری از رسانه ها و شبکه های اجتماعی و آموزش حمایتگری به فرزندان بود. مطابق با یافته مطالعه حاضر، مطالعه جیاو^۲ و همکاران نشان داد که آموزش مداخلات روان شناختی پس از زایمان تحت وب، هم افسردگی پس از زایمان را کاهش داد و هم حمایت اجتماعی از مادران را در همه آزمون های بعد از مداخله بهبود بخشید [۲۶]. شبکه های اجتماعی مجازی قدرت عظیمی دارند و می توانند بر سبک زندگی افراد تأثیر بگذارند و باعث جهت گیری های خاص در جنبه های گوناگون زندگی شوند [۴۰]. علاوه بر این، طبق مطالعات قبلی، پدرانی که در کلاس های مراقبت های دوران بارداری شرکت نمی کنند، اغلب احساس می کنند که نقش مهمی در تولد فرزند خود ندارند و توسط ماماها و سایر اعضای تیم درمان مورد بی توجهی قرار گرفته اند. این احساسات و تجربیات منفی باعث مشکلاتی مانند ناآشنایی زوجین با بارداری، زایمان و دوران پس از زایمان و همچنین محدود کردن نقش حمایتی پدر پس از تولد می شود [۴۱-۴۳].

مداخلات انجام شده در دوره پس از زایمان، از جمله برنامه روان درمانی بین فردی، تماس تلفنی پرستاری پیشرفته، مداخلات روان شناختی مبتنی بر وب و مبتنی بر منزل و ویزیت در منزل نیز تأثیر قابل توجهی در بهبود حمایت اجتماعی

2. Jiao

1. Sharma

داشتند. با این حال مداخله مبتنی بر بازدید از منزل در بهبود حمایت اجتماعی در مقایسه با شرایط کنترل در برخی مطالعات نتایج معنی‌دار و در برخی دیگر نتایج غیرمعنی‌دار داشت. نتایج مطالعه حیدری و همکاران نشان داد که در موقعیت‌های بحرانی و استرس‌زا، شوهران مهمترین نقش را در ارائه حمایت دارند [۴۴]. حمایت شوهر به ارتقای سلامت جسمی و روانی و بهزیستی زنان باردار و نتایج بهتر زایمان کمک می‌کند [۴۵].

نتایج نشان داد برنامه آموزش حمایتی پس از زایمان برای همسران، درک حمایت اجتماعی از زنان نخست‌زا را در هفته‌های چهارم و هشتم پس از زایمان افزایش داد. می‌توان ادعا کرد که ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای به همسران به منظور افزایش آگاهی آنان نسبت به ویژگی‌ها و مسائل زنان در دوران پس از زایمان یکی از ابزارهای ارتقای حمایت اجتماعی شوهران از همسرانشان است که تأثیر مثبتی بر آگاهی، نگرش و عملکرد زوجین نسبت به سلامت دوره پس از زایمان دارد [۲۰]. بسیاری از مطالعات از این ایده حمایت می‌کنند که برنامه‌های آموزشی مؤثر می‌تواند در ارتقای سلامت روانی مادران نقش داشته باشد [۴۶، ۴۷].

با توجه به جست‌وجو در داده پایگاه‌های معتبر علمی ملی و بین‌المللی، مطالعه مشابهی یافت نشد. با این حال مطالعات قبلی تأثیر کلی مشارکت و مشاوره همسران زنان باردار و و زوج‌ها را در این زمینه نشان داده‌اند. دهچشمه و همکاران اظهار می‌دارند برگزاری کلاس‌های آموزشی برای همسران زنان باردار در دوران بارداری می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی زنان باردار به ویژه در ارتقای سلامت روان آنها مؤثر باشد [۴۸]. مطالعات متعددی تأثیر مثبت برگزاری برنامه‌های آموزشی برای همسران را بر رفتارهای بهداشتی زنان باردار، تغذیه انحصاری با شیر مادر، رفتارهای حمایتی، ارتباط مناسب‌تر با زنان در دوران بارداری، کاهش اضطراب پدران و همچنین تأثیر مثبت بر دانش، نگرش و عملکرد زنان و مردان در زمینه سلامت دوران بارداری نشان داده‌اند [۴۹، ۵۰]. افزایش آگاهی پدران در مورد زایمان و دوره پس از آن و مشکلات زنان در این دوران از

جمله ابزارهای ارائه حمایت عاطفی آنان به همسرانشان است. که با حضور پدران در کلاس‌های آموزشی امکان‌پذیر است. نتایج پژوهش حاضر با آنچه در بالا ذکر شد مطابقت دارد که بیانگر تأثیر مثبت آموزش یا مشاوره شوهر بر حمایت اجتماعی مادران است. لذا لازم است آگاهی همسران نسبت به نقش مثبتشان در دوران پس از زایمان و مشارکت آنها در ارتقای سلامت مادر و نوزاد افزایش یابد.

نتایج بخش کیفی مطالعه نشان داد که تلاش‌های سیستم بهداشتی و درمانی کشور باید در جهت افزایش حمایت همه جانبه، کاهش موانع حمایت و افزایش دسترسی به راهکارهای ارتقای حمایت مادران در دوره پس از زایمان باشد.

بر اساس داده‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و نتایج مطالعه مروری سیستماتیک به تهیه لیست مداخلات ارتقاءدهنده حمایت اجتماعی مادران پس از زایمان پرداخته شد. مداخلات در جلسه گروه اسمی اولویت‌بندی شد و مداخله‌ای که بالاترین امتیاز از نظر اهمیت و قابل‌اجرایی داشت، تدوین گردید. در مرحله بعد این مداخله ارزیابی شد. به عبارتی، بخش کیفی و کمی مطالعه به هم مرتبط و متصل شدند. در پاسخ به این سؤال که «آیا درک و تجربه حمایت اجتماعی در دوره پس از زایمان به ارتقای حمایت مادران در این دوره کمک می‌کند؟» در واقع همان چیزی است که به عنوان فرا استنباط بیان شده است. همراستا با مطالعه حاضر، کهن و همکاران یک مطالعه ترکیبی با هدف طراحی و ارزیابی برنامه توانمندسازی شیردهی با رویکرد اکتشافی متوالی انجام دادند. در این مطالعه در مرحله کیفی، تجربیات زنان در مورد توانمندسازی شیردهی و در مرحله مداخله برنامه توانمندسازی شیردهی را بر اساس یافته‌های مرحله کیفی طراحی و ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل نتایج در مرحله کیفی، سه دسته اصلی «دانش و مهارت کافی در مورد شیردهی»، «غلبه بر مشکلات شیردهی» و «درک حمایت خانواده از شیردهی» را استخراج کرد. در مرحله کمی، پس از اجرای برنامه، میانگین نمرات توانمندسازی تغذیه با شیر مادر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری

بالتر بود [۵۱].

افسردگی پس از زایمان نباشد.

آنچه بیش از هر چیز در این مطالعه اهمیت دارد این است که محققین موفق شدند تحقیق کیفی را در همین مطالعه کاربردی کنند. تحقیق کمی انجام شده راهی برای کاربردی کردن تحقیق کیفی اولیه شد. همچنین طراحی مداخله‌ای که اساس آن بخش کیفی اولیه بود؛ دلیل محکمی بر این ادعاست. در صورتی که مداخله طراحی شده بر اساس درک و تجربه مادران در دوره پس از زایمان بتواند حمایت اجتماعی آنان را بهبود بخشد، مرحله سوم این مطالعه با موفقیت به پایان رسیده است. در واقع مطالعه ترکیبی نه تنها به تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جامعه بزرگتر کمک کرد، بلکه موجب افزایش روایی و صحت داده‌ها و کاربرد آنها در محیط بالینی نیز شد.

یکی از محدودیت‌های اصلی مرحله کیفی مطالعه، همه‌گیری کووید -۱۹ در زمان جمع‌آوری داده‌ها رخ داد، که ما را ملزم کرد تا تقریباً با نیمی از شرکت‌کنندگان به صورت تلفنی مصاحبه کنیم. بنابراین، علاوه بر عدم ارتباط چهره به چهره با شرکت‌کنندگان، درک آنها از حمایت اجتماعی ممکن است تحت تأثیر وضعیت همه‌گیری این بیماری قرار گرفته باشد. با وجود این کاستی‌ها، مصاحبه با مادران پس از زایمان فرصتی منحصر به فرد برای بررسی نقش حمایت اجتماعی در زندگی زنان پس از زایمان فراهم کرد. از مهمترین نقاط قوت مطالعه، شرکت دادن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و همسران مادران زایمان کرده بود که امکان بررسی موضوع تحقیق در دیدگاه‌های مختلف را فراهم کرد.

در مرحله مرور سیستماتیک مقایسه نتایج در مورد اثربخشی مداخلات در هر مطالعه دشوار بود، زیرا این مرور شامل مطالعاتی بود که از نظر عواملی مانند ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، نوع مداخله و ابزار متفاوت بودند. بنابراین، ما نتوانستیم شواهدی ارائه کنیم که کدام مداخله در بهبود حمایت اجتماعی در میان زنان پس از زایمان مؤثرتر است. علاوه بر این، نتایج مداخلات مؤثر گزارش شده در این مرور ممکن است قابل تعمیم به جمعیت‌های پرخطر مانند مادران مبتلا به

محدودیت‌هایی برای مطالعه کمی نیز وجود داشت. اولین محدودیت این بود که اکثر زنان دارای تحصیلات دانشگاهی، شغل خانه‌دار، شغل همسر کارمند و وضعیت اقتصادی متوسط بودند و این می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج در زنان بی‌سواد، شاغل، همسر بیکار و وضعیت اقتصادی ضعیف تأثیر بگذارد. دومین محدودیت این بود که جمع‌آوری داده‌ها صرفاً بر اساس گزارش خود شرکت‌کنندگان انجام شد و از منابع دیگر مانند مشاهدات استفاده نشد. همچنین به علت ماهیت مداخله، پژوهشگر نسبت به جمع‌آوری داده‌های پس از مداخله کور نبود. در نهایت به علت عدم وجود ابزار استاندارد، نظر همسران در مورد مداخله بررسی نشد. علیرغم این محدودیت‌ها، نکات قوت مطالعه عبارت بودند از تخصیص تصادفی، پنهان‌سازی تخصیص، انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان از مراکز بهداشتی درمانی در ۴ منطقه شهر، پیگیری طولانی‌مدت، ارائه شماره تلفن برای پاسخگویی به سؤالات شرکت‌کنندگان و ارائه محتوای آموزشی به گروه کنترل در پایان مطالعه.

با توجه به نیاز مادران به حمایت اجتماعی و نیاز به رفع موانع حمایتی موجود و با توجه به اهمیت حمایت همسر در کنار سایر راهکارها به دست آمده در بررسی سیستماتیک در این مطالعه، توصیه می‌شود سیاستگذاران در راستای افزایش حمایت اجتماعی مادران در مراقبت‌های پس از زایمان، مشارکت همسران را در فرآیند مراقبت پس از زایمان مدنظر قرار دهند و برای افزایش آگاهی همسران و نقش آنها در ارتقای سلامت مادر و نوزاد برنامه‌ریزی کنند. از آنجا که یافته‌های این مطالعه، اطلاعات غنی راجع به درک و تجربه حمایت اجتماعی مادران زایمان کرده ارائه نمود، به مدیران و سیاستگذاران در جهت تدوین و اجرای برنامه جامع جهت ارتقای حمایت اجتماعی و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی مادران در دوره بعد از زایمان کمک خواهد کرد. همچنین نتایج این مطالعه می‌تواند به مدیران و سیاستگذاران در جهت تدوین و اجرای مداخله طراحی شده ویژه همسران کمک نمایند. امروزه سرمایه‌گذاری برای سلامت

مامایی نویسنده اول است. همچنین این مطالعه با کد کارآزمایی بالینی IRCT20160427027633N8 به ثبت رسیده است. بدین وسیله از همه شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در ایده‌پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بوده‌اند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز انجام شد.

مادران در محیط‌های آموزشی به عنوان یکی از مهمترین مداخلات نظام سلامت بوده است. همچنین به سیاستگذاران در مراقبت‌های بارداری و بعد از زایمان توصیه می‌شود که مشارکت همسران را در فرآیند مراقبت از بارداری و پس زایمان مدنظر قرار دهند و برای افزایش آگاهی همسران و نقش آنها در ارتقای سلامت مادر و نوزاد برنامه ریزی کنند. بنابراین با فراهم نمودن زمینه برای این مقدمات می‌توان در جهت ارتقای حمایت اجتماعی مادران، کاهش و پیشگیری از عوارض و پیامدهای منفی گامی اساسی برداشت.

پیشنهادهایی برای مطالعات بیشتر در این زمینه ارائه می‌شود: انجام تحقیقات کیفی و کمی برای بررسی عوامل تأثیرگذار بر حمایت اجتماعی مادران زایمان کرده؛ تبیین نیازهای آموزشی همسران در حیطه ارتقای حمایت اجتماعی مادران زایمان کرده؛ طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات مناسب به منظور ارتقای حمایت اجتماعی مادران باردار.

تشکر و قدردانی

این مقاله که با کد IR.AJUMS.REC.1399.401 در تاریخ ۱۳۹۹/۵/۲۵ در دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز به تصویب رسیده است، حاصل پایان‌نامه دکترای تخصصی

References

1. Baghersad Z, Mokhtari F, Bahadoran P. Effect of postpartum home care on mothers' health. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2020;23(4):45-53. [Persian] doi:10.22038/ijogi.2020.16289
2. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. Journal of Nursing Scholarship 2004;36(3):226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
3. Roohi M, Mohammad Alizadeh Charandabi S. Mothers' problems experienced during the first year of postpartum and their association with the kind of childbirth in mahabad, iran, 2011. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(23):28-37. [Persian] doi:10.22038/ijogi.2012.5655
4. Mangoli MKW, Mobini F, Ramezani T. Impact of delivery method on postpartum mental health. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2011;14(4):325-333. [Persian]
5. Ghodsbini F, Yazdani K, Jahanbin I. Impact of supportive efforts on the quality of life of primiparous women in the first six weeks after delivery. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(17):17-24. [Persian] doi:10.22038/ijogi.2012.5673
6. Shorey S, Lau Y, Dennis CL, Chan YS, Tam WWS, Chan YH. A randomized-controlled trial to examine the effectiveness of the 'Home-but not Alone' mobile-health application educational programme on parental outcomes. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(9):2103-2117. doi:10.1111/jan.13293
7. Montgomery KS, Bushee TD, Phillips JD, Kirkpatrick T, Catledge C, Braveboy K, et al. Women's challenges with postpartum weight loss. Maternal and Child Health Journal. 2011;15(8):1176-1184. doi:10.1007/s10995-010-0681-9

8. Mirzaee K, oladi ghadikolaee s, Taghi Shakeri M, mousavi Bazzaz sm. Maternal knowledge on postpartum care in Healthcare Centers of Mashhad, Iran in 2013. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2015;3(4):456-464. [Persian] [doi:10.22038/jmrh.2015.4810](https://doi.org/10.22038/jmrh.2015.4810)
9. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, et al. Association between social support and postpartum depression. *Scientific Reports*. 2022;12(1):3128. [doi:10.1038/s41598-022-07248-7](https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7)
10. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SM-A, Nedjat S. Social support for women of reproductive age and its predictors: a population-based study. *BMC Women's Health*. 2012;12(1):30. [doi:10.1186/1472-6874-12-30](https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-30)
11. Hildingsson I, Tingvall M, Rubertsson C. Partner support in the childbearing period—A follow up study. *Women and Birth*. 2008;21(4):141-148. [doi:10.1016/j.wombi.2008.07.003](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.07.003)
12. Leahy Warren P. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):479-488. [doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x)
13. Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(70):8-18. [Persian]
14. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing factors of postpartum depression. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):78-87. [Persian]
15. Dennis CL, 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)
16. Howell EA, Balbierz A, Wang J, Parides M, Zlotnick C, Leventhal H. Reducing postpartum depressive symptoms among black and Latina mothers: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 2012;119(5):942-949. [doi:10.1097/AOG.0b013e318250ba48](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318250ba48)
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-112. [doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
18. FitzPatrick B. Validity in qualitative health education research. *Currents in Pharmacy Teaching & Learning*. 2019;11(2):211-217. [doi:10.1016/j.cptl.2018.11.014](https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.11.014)
19. Kakar ZUH, Rasheed R, Rashid A, Akhter S. Criteria for assessing and ensuring the trustworthiness in qualitative research. *International Journal of Business Reflections*. 2023;4:150-173. [doi:10.56249/ijbr.03.01.44](https://doi.org/10.56249/ijbr.03.01.44)
20. Khanzadeh Z, Mogaddam Tabrizi F. The effect of supportive couple-centered counselling on perception of support for spouse and maternal attachment in Parturients Referring to Health Centers of Urmia University of Medical Sciences in 2018-19. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2020;28(2):112-126. [Persian] [doi:10.30699/ajnm.28.2.112](https://doi.org/10.30699/ajnm.28.2.112)
21. Mohammadpour M, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Malakouti J, Nadar Mohammadi M, Mirghafourvand M. Effect of counselling with men on perceived stress and social support of their pregnant wives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2022;40(2):118-132. [doi:10.1080/02646838.2020.1792428](https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792428)
22. Sharifipour F, Javadnoori M, Moghadam ZB, Najafian M, Cheraghian B, Abbaspoor Z. Primiparous mothers' perception and expectations regarding social support during the postpartum period: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2023;28(1):38-46. [doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_383_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_383_21)
23. Sharifipour F, Javadnoori M, Behboodi Moghadam Z, Najafian M, Cheraghian B, Abbaspoor Z. Interventions to improve social support among postpartum mothers: A systematic review. *Health Promotion Perspectives*. 2022;12(2):141-150. [doi:10.34172/hpp.2022.18](https://doi.org/10.34172/hpp.2022.18)
24. Gao LL, Xie W, Yang X, Chan SW. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):22-29. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.006](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.006)
25. Hannan J. APN telephone follow up to low-income first time mothers. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(1-2):262-270. [doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04065.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04065.x)
26. Jiao N, Zhu L, Chong YS, Chan WS, Luo N, Wang W, et al. Web-based versus home-based postnatal psychoeducational interventions for first-time mothers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;99:103385. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.07.002)
27. Navidian A, Safarzadeh A, Koochakzai M. The Effect of Home-Based Supportive-Educational Counseling on Primigravidas' Postpartum Stress. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017;5:112-118. [doi:10.15296/ijwhr.2017.21](https://doi.org/10.15296/ijwhr.2017.21)
28. Reid M, Glazener C, Murray GD, Taylor GS. A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *Bjog*. 2002;109(10):1164-1170. [doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01306.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01306.x)
29. Roman LA, Gardiner JC, Lindsay JK, Moore JS, Luo Z, Baer LJ, et al. Alleviating perinatal depressive symptoms and stress: a nurse-community health worker randomized trial. *Archives of Women's Mental Health*. 2009;12(6):379-391. [doi:10.1007/s00737-009-0083-4](https://doi.org/10.1007/s00737-009-0083-4)
30. Sawyer MG, Reece CE, Bowering K, Jeffs D, Sawyer ACP, Mittinty M, et al. Nurse-Moderated Internet-Based Support for New Mothers: Non-Inferiority, Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2017;19(7):e258. [doi:10.2196/jmir.6839](https://doi.org/10.2196/jmir.6839)
31. Walkup JT, Barlow A, Mullany BC, Pan W, Goklish N, Hasting R, et al. Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(6):591-601. [doi:10.1097/CHI.0b013e3181a0ab86](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a0ab86)
32. Hayes BA, Muller R. Prenatal depression: a randomized controlled trial in the emotional health of primiparous women. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2004;18(2-3):165-183. [doi:10.1891/rtnp.18.2.165.61277](https://doi.org/10.1891/rtnp.18.2.165.61277)
33. Abbaspoor Z, Sharifipour F, Javadnoori M, Moghadam ZB, Cheraghian B, Najafian M. Evaluation of the effectiveness of a postnatal support education program for husbands in promotion of their primiparous wives' perceived social support: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*. 2023;23(1):139. [doi:10.1186/s12905-023-02270-x](https://doi.org/10.1186/s12905-023-02270-x)

34. Moghaddam Tabrizi F, Nournezhad H. The effect of family support based counselling on postnatal perceived stress and mother-child bonding in Nulliparous Women to Health Centers in Urmia in 2016-2017. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018;16(2):109-121. [Persian]
35. Mann JR, Mannan J, Quiñones LA, Palmer AA, Torres M. Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2010;39(6):645-657. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01188.x
36. Gözükar F. Key Factor for Achievement of Breastfeeding: Providing Father Support and Roles of Nurses. *Journal of Harran University Medical Faculty*. 2014;11(3):289-296. [Turkish]
37. Hunter LP, Rychnovsky JD, Yount SM. A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2009;38(1):60-68. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x
38. Sharma J, Dhar RL. Factors influencing job performance of nursing staff. *Personnel Review*. 2016;45(1):161-182. doi:10.1108/PR-01-2014-0007
39. Ahmaditar S, Makvandi B, Sodani M. The effectiveness of family education in cognitive-behavioral approach on marital adjustment, resilience and quality of life in couples. *Women and Family Studies*. 2018;41(11):23-41. [Persian]
40. Fatehi F, Malekzadeh G, Akhavamirab A, Rashidi M, Afkhami-Ardekani M. The effect of short message service on knowledge of patients with diabetes in Yazd, Iran. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*. 2010;2(1):27-31.
41. Fenwick J, Bayes S, Johansson M. A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2012;3(1):3-9. doi:10.1016/j.srhc.2011.11.001
42. Premberg Å, Carlsson G, Hellström AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth--a phenomenological study. *Midwifery*. 2011;27(6):848-853. doi:10.1016/j.midw.2010.09.002
43. Mbekenga CK, Lugina HI, Christensson K, Olsson P. Postpartum experiences of first-time fathers in a Tanzanian suburb: a qualitative interview study. *Midwifery*. 2011;27(2):174-180. doi:10.1016/j.midw.2009.03.002
44. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *Feyz Medical Sciences Journal*. 2008;12(2):15-22. [Persian]
45. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *Bjog*. 2011;118(12):1411-1421. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x
46. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*. 2014;41(4):384-394. doi:10.1111/birt.12136
47. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014;59(2):192-197. doi:10.1111/jmwh.12075
48. Dehcheshmeh FS, Salehian T, Parvin N. The effect of spouses' educational classes held for primiparous women referring to Hajar hospital on their quality of life and pregnancy outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014;19(7 Suppl 1):S59-63.
49. Li HT, Lin KC, Chang SC, Kao CH, Liu CY, Kuo SC. A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety. *Birth*. 2009;36(4):289-296. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00356.x
50. Mullany BC, Becker S, Hindin MJ. The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. *Health Education Research*. 2007;22(2):166-176. doi:10.1093/her/cyl060
51. Kohan S, Keshvari M, Mohammadi F, Heidari Z. Designing and evaluating an empowering program for breastfeeding: A mixed-methods study. *Archives of Iranian Medicine*. 2019;22(8):443-452.