

پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران در دوران بعد از زایمان

مژگان میرغفوروند^۱، سکینه محمد علیزاده چرندابی^۲، فهیمه فتحی^{۳*}، صیاد رزاق^۳

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: یکی از جنبه‌های مهم سازگاری مادران در دوران بعد از زایمان، آمادگی برای مراقبت از خانواده، عضو جدید، مراقبت از خود و برگشت به وضعیت عملکردی قبل از بارداری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران در دوران بعد از زایمان انجام گرفته است. روش بررسی: این مطالعه مقطعی در مورد ۴۲۲ مادر تازه زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بناب در سال ۱۳۹۵ با نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های فردی - اجتماعی، افسردگی بعد از زایمان و وضعیت عملکردی جمع‌آوری شد. جهت تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی از رگرسیون خطی چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کلی وضعیت عملکردی $2/24 \pm 2/22$ بود. بیش‌ترین نمره در بعد مراقبت از نوزاد ($3/32 \pm 3/64$) و کم‌ترین نمره در بعد فعالیت‌های اجتماعی و جامعه ($1/41 \pm 1/43$) بود. بین افسردگی بعد از زایمان و نمره کلی وضعیت عملکردی، بعد مراقبت از خود و فعالیت‌های اجتماعی، همبستگی معکوس معناداری وجود داشت. براساس مدل خطی عمومی، متغیرهای افسردگی بعد از زایمان، سن همسر، شغل همسر، وضعیت اقتصادی، تحصیلات مادر و تعداد بارداری، پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران در دوران پس از زایمان بودند.

نتیجه‌گیری: افسردگی بعد از زایمان و برخی از مؤلفه‌های فردی - اجتماعی از متغیرهای مؤثر بر وضعیت عملکردی مادران هستند، لذا تشخیص زودتر و درمان سریع افسردگی بعد از زایمان و توجه به مؤلفه‌های فردی - اجتماعی می‌تواند به بهبود وضعیت عملکردی مادران کمک کرده و باعث سازگاری بهتر مادران در دوران بعد از زایمان شود.

نویسنده مسؤول: فهیمه فتحی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
e-mail:
f.fathi1833@gmail.com

واژه‌های کلیدی: افسردگی بعد از زایمان، وضعیت عملکردی

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۹ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۹ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۱۱/۱۵

مقدمه

روزمره و از سرگیری فعالیت‌های اجتماعی و

شغلی آماده می‌شود (۲).

وضعیت عملکردی پس از زایمان به عنوان یک مفهوم چند بعدی که شامل مراقبت شخصی، مراقبت از نوزاد، مراقبت از خانواده، فعالیت‌های اجتماعی و شغلی است، مطرح می‌باشد (۳). برگشت به وضعیت عملکردی قبل از بارداری هنگامی به دست می‌آید که مادر مسؤولیت‌های نقش مادری خود را می‌پذیرد و

بارداری، زایمان و نیازهای نوزاد در دوران بعد از زایمان، از اتفاقات شایع در زندگی بسیاری از زنان است که بر تمام جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱) و در دوره انتقالی بعد از زایمان، مادر برای مراقبت از خود، عضو جدید و دیگر فرزندان و کارهای

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران؛ مرکز تحقیقات علوم اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳- شبکه بهداشت و درمان شهرستان بناب، تبریز، ایران

و خلق و خو فقط یک همبستگی منفی تا سه روز بعد از زایمان مشاهده شد و بعد از آن رابطه معناداری دیده نشد (۱۵) و در مطالعه‌ای گزارش شده است که بین افسردگی پس از زایمان و وضعیت عملکردی از نظر عملکرد شخصی و اجتماعی و کارهای منزل رابطه معکوسی وجود دارد ولی در امر مراقبت از نوزاد رابطه معناداری وجود ندارد (۱۶).

همچنین در مطالعه‌ای مشاهده شد عوامل فردی- اجتماعی و تاریخیچه باروری مانند میزان تحصیلات و سن مادر، تعداد بارداری و نوع زایمان بر وضعیت عملکردی مادران تأثیر گذاشته‌اند (۷). ولی در مطالعه‌ای دیگر بین میزان تحصیلات مادر، سطح درآمد و نوع زایمان با وضعیت عملکردی مادران رابطه معناداری مشاهده نشده است (۳).

لذا با توجه به تضاد نتایج در مطالعات انجام گرفته، اهمیت دوران بعد از زایمان و اهمیت برگشت سریع‌تر مادر به وضعیت عملکردی قبل از بارداری و نیافتن مطالعه‌ای در زمینه پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران در دوران پس از زایمان در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است. جامعه پژوهش، مادران تازه زایمان کرده در هفته‌های ۱۰-۸ بعد از زایمان و مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی- درمانی شهر بناب در سال ۱۳۹۵ بود.

با پذیرفتن نوزاد، زندگی خود را در برابر این مسؤولیت‌ها سازمان‌دهی مجدد می‌کند (۴). افت عملکرد در دوران بعد از زایمان شامل عدم توانایی در انجام وظایف مرتبط با فعالیت‌های اجتماعی و شغلی، مراقبت از خود و کارهای خانه است (۵).

عوامل بسیاری مانند سن مادر، پاریته و افسردگی بعد از زایمان می‌توانند بر وضعیت عملکردی مادر و سازگاری او با نقش مادری تأثیر بگذارند (۶ و ۷). افسردگی بعد از زایمان یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری و اختلالات روانی در زنان است که حدود ۴ تا ۶ هفته پس از تولد اتفاق می‌افتد (۸) و یک اختلال ناتوان‌کننده است که می‌تواند اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده بگذارد (۹). افسردگی بعد از زایمان یک مشکل شایع سلامتی در مادران ایرانی در سال اول بعد از زایمان است (۱۰). در مطالعه‌ای که در تبریز انجام گرفته شیوع افسردگی بعد از زایمان ۴۳٪ گزارش شده است (۱۱). زنان مبتلا به افسردگی بعد از زایمان ممکن است قادر به بر دوش گرفتن مسؤولیت‌های خانه‌داری و عملکردهای اجتماعی و یا حتی پرداخت یک صورت حساب و یا درخواست کمک برای افسردگی و دیگر مسایل مربوط به سلامت نباشند (۱۲).

اختلال عملکرد در مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان با اختلال رشد نوزاد و کاهش شیردهی مرتبط بوده است (۱۳)، با این حال یافته‌هایی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد مادران علی‌رغم داشتن افسردگی پس از زایمان به خوبی از نوزاد مراقبت کرده‌اند (۱۴). در مطالعه Koenigseder بین وضعیت عملکردی

بارداری، علاقه به جنس نوزاد، تعداد نوزادان، داشتن کمک در نگهداری نوزاد، دریافت مراقبت بعد از زایمان و مکان دریافت مراقبت بعد از زایمان بود.

پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ شامل ۱۰ آیتم است که در برخی سؤالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (۱، ۲، ۳، ۴) و در برخی دیگر از شدت زیاد به کم (۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴) مرتب شده است. این پرسشنامه شرایط روحی مادر را در دوران بعد از زایمان طی هفت روز گذشته بررسی می‌کند و به هر عبارت براساس پاسخ داده شده نمره صفر تا ۳ داده می‌شود. دامنه نمرات قابل کسب بین صفر تا ۳۰ می‌باشد و کسب نمره ۱۲ و بیش‌تر به عنوان افسردگی بعد از زایمان تشخیص داده می‌شود (۱۸). پایایی آن در مطالعه منتظری و همکاران در ایران با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و ICC ۰/۸ تأیید گردیده است (۱۹). لازم به ذکر است در مطالعه حاضر مادرانی که نمره بالاتر از ۱۲ کسب کرده بودند به روان پزشک ارجاع داده شدند.

پرسشنامه وضعیت عملکردی پس از زایمان IFSAC یک ابزار اختصاصی جهت ارزیابی وضعیت عملکردی مادران در دوران پس از زایمان است (۲۰). این ابزار شامل ۳۶ آیتم خودگزارشی است و توانایی مادر را برای از سرگیری مسئولیت‌های جدید در پنج زیرمقیاس شامل: ۱. مراقبت از نوزاد (۷ آیتم) با مواردی مانند تغذیه نوزاد، حمام کردن، تعویض لباس، بازی با نوزاد ۲. زیرمقیاس مراقبت از خود (۷ آیتم) شامل استراحت کردن، خوابیدن، پیاپی روی، ورزش و ... ۳. زیرمقیاس

حجم نمونه براساس نتایج مطالعه میرغفوروند و باقری‌نیا و با استفاده از فرمول برآورد میانگین $(n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times SD^2}{d^2})$ با در نظر گرفتن $d=0/02$ در اطراف میانگین نمره وضعیت عملکردی $(m=3/2)$ ، $sd=0/5$ ، $\alpha=0/05$ و $power=90\%$ تعداد ۴۲۲ برآورد شد (۱۷).

معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، گذشتن ۸ هفته از زایمان، داشتن تمایل برای شرکت در مطالعه و معیارهای عدم ورود شامل: داشتن نوزاد ناهنجار، سابقه مرده‌زایی، سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی قبل از بارداری و در دوران بارداری (از قبیل اختلال استرس و اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلال وسواس و ... و وقوع حوادث استرس‌زا در دوران بارداری و بعد از زایمان مثل فوت یکی از اقوام و طلاق، داشتن زایمان زودرس و سابقه بستری بودن نوزاد در بیمارستان بود. واجد شرایط بودن مادران برای ورود به مطالعه با استفاده از بررسی سوابق پرونده‌های بهداشتی و پرسش از مادران مشخص شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های فردی-اجتماعی و تاریخچه باروری، افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale=EPDS) و پرسشنامه وضعیت عملکردی مادر پس از زایمان (Inventory of Functional Status After Childbirth=IFSAC) بود.

پرسشنامه اطلاعات فردی-اجتماعی و تاریخچه باروری شامل سؤالاتی در زمینه سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، تعداد بارداری، محل سکونت، خواسته بودن

تصادفی خوشه‌ای انجام گرفت. شهر بناب یکی از شهرهای استان آذربایجان شرقی-ایران بوده و دارای ۳ مرکز بهداشتی-درمانی و ۳ پایگاه بهداشتی است که برحسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز و پایگاه بهداشتی تعداد نمونه مناسب برای هر مرکز و پایگاه با توجه به حجم نمونه (۴۲۲) به صورت سهمیه‌ای محاسبه شد. سپس لیست تمام مادران تحت پوشش هر مرکز در ۸-۱۰ هفته اول بعد از زایمان، با استفاده از پرونده بهداشتی تهیه شد و لیست مادرانی که پرونده بهداشتی نداشتند از روی دفتر واکسیناسیون نوزادان تهیه شد و افراد در لیست با شماره ردیف شدند و به تعداد سهمیه هر مرکز نمونه‌ها به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی کامپیوتری (WWW.RANDOM.ORG) انتخاب شدند. پژوهشگر با مادران تماس تلفنی گرفته و بعد از دادن توضیحات لازم در مورد پژوهش، افراد برای مشارکت در پژوهش دعوت شدند که در روز و ساعت معینی در مرکز یا پایگاه بهداشتی-درمانی حضور داشته باشند، در صورت عدم تمایل برای مراجعه، اما خواهان شرکت در مطالعه، پژوهشگر شخصاً به منزل آنها مراجعه می‌کرد. به مادران در مورد پژوهش و چگونگی انجام آن و محرمانه بودن، اطلاعات لازم داده می‌شد و شرکت در مطالعه به آنان پیشنهاد می‌شد و در صورت تمایل برای شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان گرفته می‌شد و پرسشنامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت.

مسئولیت‌های خانه‌داری (۱۰ آیتم) مانند مراقبت از افراد خانواده، تمیز کردن خانه، شستن ظرف، پختن غذا، خرید کردن، ۴. زیرمقیاس فعالیت‌های اجتماعی و جامعه (۷ آیتم) از قبیل معاشرت با دوستان و خویشاوندان، حضور در سازمان‌های حرفه‌ای، مذهبی، خدمات اجتماعی، ۵. زیرمقیاس مسئولیت‌های شغلی (۵ آیتم) مثل انجام دادن وظایف شغلی، رفتار با همکاران، ساعات کاری، درست انجام دادن وظایف شغلی، بررسی می‌کند. در خرده مقیاس‌های مراقبت‌های شخصی و فعالیت‌های شغلی، به گزینه هرگز نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، بیشتر اوقات نمره ۳ و همیشه نمره ۴ و در خرده مقیاس‌های دیگر به گزینه هرگز نمره ۱، به مقدار کم نمره ۲، تاحدودی نمره ۳ و تمام اوقات نمره ۴ تعلق می‌گیرد. نمره قابل کسب در پرسشنامه وضعیت عملکردی و در تمامی زیرمقیاس‌ها، در دامنه ۴-۱ استانداردسازی می‌شود و زمانی می‌گوییم که مادر به وضعیت عملکردی طبیعی بازگشته است که میانگین نمره وضعیت عملکردی برابر یا بیشتر از ۳/۵ باشد. از آنجا که مادران تا ۶ ماه پس از زایمان، مرخصی پس از زایمان دارند و به شغل خود باز نمی‌گردند، فعالیت‌های حرفه‌ای در این مطالعه ارزیابی نشده است. این پرسشنامه توسط میرغفوروند و همکاران در ایران روان‌سنجی شده و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و ICC=۰/۹۶ تأیید شده است (۲۱).

در مطالعه حاضر بعد از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد: ۵/۴/۹۹۲۹)، نمونه‌گیری به روش

استاندارد تخمین، مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون F (ANOVA) برای آزمون فرضیه استفاده شد. $p < 0/05$ به عنوان ارتباط معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن مادران و همسران تحت مطالعه به ترتیب $28/92 \pm 0/83$ و $33/43 \pm 0/71$ سال بود و حدود یک‌سوم مادران و همسران (به ترتیب $29/7\%$ و $30/2\%$) تحصیلات دیپلم داشتند. بیش نیمی از مادران ($56/1\%$) مولتی‌پار بودند. حدود نیمی از مادران (51%) زایمان سزارین انجام داده بودند. بیش از سه چهارم مادران ($83/3\%$) خانه‌دار بودند و حدود نیمی از همسران ($53/8\%$) شغل آزاد داشتند. حدود نیمی از مادران ($53/5\%$) اظهار داشتند که درآمد ماهیانه خانوار آن‌ها تا حدودی برای هزینه‌های زندگی کفایت می‌کند. همچنین اکثریت مادران ($89/7\%$) و همسران ($92/1\%$) از جنس نوزاد راضی بودند، حال آن‌که در $21/5\%$ بارداری ناخواسته اتفاق افتاده بود. نیمی از خانواده‌ها ($50/8\%$) در منزل شخصی سکونت داشته و حدود نیمی ($51/3\%$) برای مراقبت از نوزاد در منزل کمک داشتند. اکثر نوزادان ($97/3\%$) تک‌قلو بودند و بیش از سه چهارم مادران ($79/3\%$) مراقبت پس از زایمان دریافت کرده بودند و حدود نیمی از این تعداد ($46/7\%$) برای دریافت مراقبت بعد از زایمان به بخش دولتی مراجعه کرده بودند. بقیه مشخصات فردی-اجتماعی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

میانگین و انحراف معیار نمره کلی وضعیت عملکردی مادران $2/24 \pm 0/22$ از

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ انجام یافت. برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی، افسردگی پس از زایمان و وضعیت عملکردی مادران از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت تعیین ارتباط بین وضعیت عملکردی و خرده‌مقیاس‌های آن با افسردگی بعد از زایمان و مشخصات فردی و اجتماعی ابتدا از آزمون‌های دو متغیره شامل همبستگی پیرسون، t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد و سپس برای برآورد اثر متغیرهای مستقل (افسردگی بعد از زایمان و مشخصات فردی-اجتماعی) بر هر یک از متغیرهای وابسته (وضعیت عملکردی و زیرمقیاس‌های آن) و تبیین واریانس، آن دسته از متغیرهای مستقل که p -value آن‌ها در آزمون دو متغیره کم‌تر از $0/2$ بود، وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره با راهبرد Backward شدند. فرضیات برای رگرسیون خطی چند متغیره (به عنوان مثال، نرمال بودن مانده‌ها، همگنی تغییرات مانده‌ها، هم خطی داده‌های پرت و استقلال مانده‌ها) با بررسی نمودار هیستوگرام و نمودار احتمال نرمال از باقی‌مانده‌های استیودنت شده، نمودار پراکنش از مقادیر پیش‌بینی استاندارد شده در مقابل مانده‌های استاندارد شده و نمودار پراکنش از مقادیر متغیر وابسته در مقابل مانده‌های استاندارد شده، مورد ارزیابی قرار گرفت. هم خطی با بررسی ضریب تورم و شاخص تحمل ارزیابی شد. تناسب مدل با توجه به مقادیر ضریب همبستگی چندگانه (R)، ضریب تعیین R^2 ، ضریب تعیین تعدیل شده R^2 و خطای

(جدول شماره ۱). این متغیرها همراه با متغیر افسردگی وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره با راهبرد Backward شدند. مقادیر R^2 و تعدیل شده R^2 به ترتیب ۰/۳۹۸، ۰/۱۵۹ و ۰/۱۳۳ بود. متغیرهای مستقل ۳۹/۸٪ از واریانس متغیر وابسته را توضیح دادند. خطای استاندارد تخمین ۰/۲۵ بود. مقدار p برای آماره F کم‌تر از ۰/۰۰۱ بود. همه فرضیات رگرسیون خطی چندمتغیره برقرار بود. براساس مقادیر شاخص تحمل بین ۰/۶ تا ۱ و ضریب تورم بین ۱ و ۲، شواهدی از هم خطی بودن در داده‌ها وجود نداشت. در نهایت متغیرهای داشتن کمک در امر نگهداری نوزاد، سن مادر و علاقه همسر به جنس نوزاد از مدل خارج شدند و متغیرهای افسردگی بعد از زایمان، تعداد بارداری، سن و شغل همسر، تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی با نمره کلی وضعیت عملکردی در مدل ماندند و ۳۹/۸٪ از واریانس در نمره عملکردی را توضیح می‌دادند (جدول شماره ۳).

محدوده نمره قابل کسب ۴-۱ بود. مادران بیش‌ترین میانگین نمره را در زیرمقیاس مراقبت از نوزاد ($3/64 \pm 0/32$) و کم‌ترین میانگین نمره را در زیرمقیاس فعالیت‌های اجتماعی و جامعه ($1/43 \pm 0/41$) داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی بعد از زایمان در مادران $8/32 \pm 5/31$ از نمره قابل کسب ۳۰-۰ بود. بین افسردگی بعد از زایمان و نمره کلی وضعیت عملکردی و زیرمقیاس‌های فعالیت‌های اجتماعی و جامعه و مراقبت از خود همبستگی منفی و معنادار وجود داشت، اما با زیرمقیاس‌های مسئولیت‌های خانه و مراقبت از نوزاد هیچ همبستگی مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه و تی مستقل نشان داد که بین نمره کلی وضعیت عملکردی با وضعیت اقتصادی، شغل همسر، سن همسر، تعداد بارداری، داشتن کمک در امر نگهداری از نوزاد و تحصیلات مادر ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/05$)

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی و ارتباط آن‌ها با وضعیت عملکردی مادران در دوران پس از زایمان در مادران تازه زایمان کرده تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهر بناب در سال ۱۳۹۵ (n=۴۲۲)

متغیر	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	p-value	متغیر	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	p-value
سن همسر (سال)				سن مادر (سال)			
۰/۰۲۵	۲۵ و کمتر	۲۳	۲/۳۱±۰/۲۸	۰/۱۶۶	۲۵ و کمتر	۱۳۰	۲/۳۵±۰/۲۶
	۲۵ تا ۲۶	۲۴۹	۲/۴۲±۰/۲۶		۲۵ تا ۲۶	۲۴۰	۲/۴۱±۰/۲۶
	۲۶ و بیشتر	۱۵۵	۲/۳۹±۰/۲۶		۲۶ و بیشتر	۶۷	۲/۳۸±۰/۲۷
تعداد بارداری				نوع زایمان			
<۰/۰۰۱	نولی‌پار	۱۹۲	۲/۳۲±۰/۲۵	۰/۶۰۶	واژینال	۲۱۱	۲/۳۸±۰/۲۳
	مولتی‌پار	۲۵۴	۲/۴۴±۰/۲۷		سزارین	۲۲۶	۲/۳۹±۰/۲۹
تحصیلات مادر				شغل مادر			
۰/۰۴۳	بی‌سواد و ابتدایی	۷۶	۲/۴۱±۰/۲۱	۰/۴۳۵	خانه‌دار	۳۳۶	۲/۳۹±۰/۲۵
	راهنمایی	۶۵	۲/۳۴±۰/۲۷		شاغل	۷۱	۲/۳۶±۰/۳۲
	دبیرستان	۳۹	۲/۴۱±۰/۲۹	شغل همسر			
	دیپلم	۱۳۰	۲/۴۳±۰/۲۷	۰/۰۳۸	کارگر*	۶۸	۲/۴۱±۰/۲۳
	دانشگاهی	۱۲۷	۲/۲۴±۰/۲۷		کارمند	۱۰۹	۲/۳۸±۰/۲۷
			مغازه‌دار		۲۴	۲/۵۳±۰/۲۴	
تحصیلات همسر				محل سکونت			
۰/۸۹۰	بی‌سواد و ابتدایی	۷۴	۲/۴۱±۰/۲۸	وضعیت اقتصادی			
	راهنمایی	۷۰	۲/۴۰±۰/۲۶	۰/۰۲۰	مطلوب	۱۲۵	۲/۴۴±۰/۲۷
	دبیرستان	۴۰	۲/۴۱±۰/۲۱		تاحدی مطلوب	۲۳۴	۲/۳۷±۰/۲۷
	دیپلم	۱۳۲	۲/۳۸±۰/۲۶		نامطلوب	۷۸	۲/۳۴±۰/۲۲
	دانشگاهی	۱۲۱	۲/۳۷±۰/۲۸	محل سکونت			
خواسته بودن بارداری				شخصی			
۰/۳۶۶	بلی	۳۴۳	۲/۳۸±۰/۲۶	۰/۷۵۰	شخصی	۲۲۲	۲/۴۰±۰/۲۷
	خیر	۹۴	۲/۴۱±۰/۲۶		استیجاری	۱۳۵	۲/۳۸±۰/۲۵
علاقه مادر به جنسیت نوزاد					علاقه همسر به جنسیت نوزاد		
۰/۳۷۹	بلی	۳۹۲	۲/۳۸±۰/۲۶	۰/۰۸۱	بلی	۴۰۲	۲/۳۸±۰/۲۶
	خیر	۴۵	۲/۴۲±۰/۲۷		خیر	۳۵	۲/۴۶±۰/۳۲
داشتن کمک در امر نگهداری نوزاد				تعداد نوزادان			
۰/۰۱۲	بلی	۲۲۴	۲/۳۶±۰/۲۷	۰/۲۱۱	تک قلوبی	۴۲۵	۲/۳۹±۰/۲۶
	خیر	۲۱۳	۲/۴۲±۰/۲۵		دو قلوبی	۱۲	۲/۳۶±۰/۳۶
دریافت مراقبت پس از زایمان				مرکز دریافت مراقبت پس از زایمان			
۰/۲۵۸	بلی	۳۴۸	۲/۳۹±۰/۲۶	۰/۴۰۷	بخش خصوصی***	۶۰	۲/۴۰±۰/۲۵
	خیر	۸۹	۲/۳۶±۰/۲۸		بخش دولتی	۲۰۴	۲/۴۰±۰/۲۵
					هر دو بخش	۸۴	۲/۳۶±۰/۲۷

* از این تعداد ۳ نفر بیکار بودند.

** فقط ۲ مورد در منزل والدین خانم سکونت داشتند و ۱ مورد در خانه سازمانی دولتی سکونت داشت.

*** از این تعداد ۴۵ نفر به متخصص زنان و زایمان، ۵ نفر به پزشک عمومی و ۱۰ نفر به ماما مراجعه کرده‌اند.

جدول ۲- وضعیت عملکردی و زیرمقیاس‌های آن و ارتباط آن‌ها با افسردگی پس از زایمان در مادران تازه زایمان کرده تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهر بناب در سال ۱۳۹۵ (n=۴۲۲)

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	نمره قابل دستیابی	دامنه نمرات کسب شده	ارتباط با افسردگی
نمره کل وضعیت عملکردی	۲/۳±۰/۲	۱-۴	۱/۶-۳/۳	-۰/۱۴ (۰/۰۰۳)
مسئولیت‌های خانه	۲/۴±۰/۴	۱-۴	۱-۳/۷	-۰/۰۷ (۰/۱۴۶)
فعالیت‌های اجتماعی	۱/۴±۰/۴	۱-۴	۱-۳/۵	-۰/۱۶ (<۰/۰۰۱)
مراقبت از نوزاد	۳/۶±۰/۳	۱-۴	۲/۳-۴	-۰/۰۵ (۰/۲۳۶)
مراقبت از خود	۱/۹±۰/۳	۱-۴	۱-۳/۲	-۰/۰۹ (۰/۰۴۶)
افسردگی پس از زایمان	۸/۳±۵/۳	۰-۳۰	۰-۲۶	-

جدول ۳- پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی پس از زایمان براساس آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره (n=۴۲۲) در مادران تازه زایمان کرده تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهر بناب در سال ۱۳۹۵ (n=۴۲۲)

متغیر	فاصله اطمینان (%۹۵) β	p	متغیر	p	فاصله اطمینان (%۹۵) β
افسردگی پس از زایمان	-۰/۰۱ (-۰/۰۰ ، -۰/۱۰)	۰/۰۱۴	شغل همسر		
تعداد بارداری			آزاد (مرجع)		
مولتی‌پار (مرجع)	-		کارگر	۰/۲۹۱	۰/۰۴ (-۰/۰۳ ، ۰/۱۱)
نولی‌پار	-۰/۱۵ (-۰/۱۰ ، -۰/۲۱)	< ۰/۰۰۱	کارمند	۰/۳۴۳	۰/۰۲ (-۰/۰۳ ، ۰/۰۹)
وضعیت اقتصادی			مغازه‌دار	۰/۰۰۲	۰/۱۶ (۰/۰۶ ، ۰/۲۷)
مطلوب (مرجع)	-		تحصیلات مادر		
تاحدی مطلوب	-۰/۷۰ (-۰/۰۱ ، -۰/۱۲)	۰/۰۱۵	دانشگاهی (مرجع)		
نامطلوب	-۰/۱۰ (-۰/۰۲ ، -۰/۱۸)	۰/۰۱۰	بی‌سواد و ابتدایی	۰/۱۷۸	۰/۰۵ (۰/۱۸ ، ۰/۰۱)
سن همسر (سال)			راهنمایی	۰/۹۳۸	۰/۰۱ (-۰/۰۶ ، ۰/۰۹)
۳۵ و بیشتر (مرجع)	۰		دبیرستان	۰/۰۴۶	۰/۰۹ (-۰/۰۲ ، ۰/۱۶)
۲۵ و کمتر	۰/۰۶ (-۰/۰۴ ، ۰/۱۷)	۰/۲۳۲	دیپلم	۰/۰۰۸	۰/۰۸ (۰/۰۱ ، ۰/۱۴)
۳۵ تا ۲۶	۰/۱۲ (۰/۰۷ ، ۰/۱۸)	< ۰/۰۰۱			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که میانگین نمره کلی وضعیت عملکردی در مادران در حد متوسط بوده است. مادران بیش‌ترین و کم‌ترین نمره را به ترتیب در زیرمقیاس‌های مراقبت از نوزاد و فعالیت‌های اجتماعی و جامعه به دست آوردند. متغیرهای خودکارآمدی، افسردگی بعد از زایمان، تعداد بارداری، سن و شغل همسر، تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی به عنوان پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد وضعیت عملکردی مادران ایرانی در حد متوسط قرار دارد که با مطالعه Yoo در کره جنوبی همسو بوده (۲۲) ولی با مطالعه Barbacsy-MacDonald در کانادا (۳) و Sanli و Oncel در ترکیه (۷) و Posmontier در آمریکا (۱۶) هم‌خوانی ندارد. در این مطالعه‌ها میانگین نمره وضعیت عملکردی متوسط به بالا گزارش شده است. به نظر می‌رسد عدم هم‌خوانی به علت تفاوت در زمان

غیرافسرده تفاوتی وجود ندارد. در مطالعه Tammentie و همکاران، مادران افسرده نیاز به یک تلاش فوق‌العاده برای مراقبت از نوزاد را بیان کرده‌اند (۲۵). همچنین در بعضی مطالعات نشان داده شده که مادران افسرده اقدام به آسیب رساندن به نوزاد خود کرده‌اند (۲۶). به نظر می‌رسد یک طیفی در عملکرد مادران افسرده در مراقبت از نوزاد وجود دارد و مطالعه‌ای یافت نشد که توضیح دهد چرا مادران علی‌رغم داشتن افسردگی بعد از زایمان و کاهش عملکرد در دیگر سطوح، به خوبی از نوزاد خود مراقبت کرده‌اند.

در این مطالعه بین مسؤولیت‌های خانه‌داری و افسردگی بعد از زایمان رابطه معناداری وجود نداشت که با نتایج مطالعات دیگر هم‌خوانی ندارد (۱۶ و ۳) که علت این مسأله می‌تواند محیط پژوهش و فرهنگ جامعه ایرانی و آموزه‌های دینی باشد. خانواده در فرهنگ ایرانی پایه اصلی جامعه و واحدی ارزشمند است و در دین اسلام به خانواده تأکید زیادی شده است. بنابراین جامعه ایرانی خانواده را مقدس دانسته و در تحکیم و بقای آن کوشش زیادی می‌کنند و در این راستا مادران نیز علی‌رغم داشتن افسردگی بعد از زایمان در انجام وظایف خانه و تحکیم روابط بسیار تلاش می‌کنند.

در مطالعه حاضر یکی دیگر از پیش‌گویی‌کننده‌های وضعیت عملکردی تعداد بارداری است. به طوری که مادران مولتی‌پار و دارای فرزند دیگر نسبت به مادران نولی‌پار وضعیت عملکردی بهتری داشتند. Sanli و Oncel نیز به نتیجه مشابهی رسیدند (۷) که

نمونه‌گیری در دوران بعد از زایمان و محیط مطالعه باشد. مطالعه Barbacsy-MacDonald در ۱۲ هفته بعد از زایمان و مطالعه Posmontier در ۶-۲۶ هفته بعد از زایمان انجام یافته است. همان طوری که در مطالعه McVeigh و همکاران نشان داده شده است، با گذشت مدت زمان بیش‌تر از زایمان مادر، وضعیت عملکردی مادر بهبود می‌یابد (۲۳).

در این مطالعه یکی از متغیرهای پیش‌گویی‌کننده وضعیت عملکردی مادران، افسردگی بعد از زایمان بود که با نمره کلی وضعیت عملکردی، فعالیت‌های اجتماعی و جامعه و مراقبت از خود همبستگی معکوس و معناداری داشت. در مطالعه Posmontier نیز تأثیر منفی افسردگی بر وضعیت عملکردی نشان داده شده است (۱۶). در توضیح این مسأله احتمالاً می‌توان گفت افسردگی باعث ناراحتی و فقدان علاقه در افراد می‌شود و افراد احساس می‌کنند انرژی کافی برای انجام فعالیت‌های روزانه ندارند و از پس‌کاری بر نمی‌آیند و همچنین توانایی برقراری ارتباط مناسب با اعضای خانواده، دوستان و حتی فرزندان خود را نیز از دست می‌دهند (۲۴) و در نتیجه افسردگی باعث کاهش سطح عملکرد مادران می‌شود.

در این مطالعه بین افسردگی بعد از زایمان و زیرمقیاس مراقبت از نوزاد رابطه معناداری دیده نشد که این نتیجه با مطالعه McLearn و همکاران همسو است (۱۴) که با بررسی ۴۸۷۴ مادر به این نتیجه رسیده‌اند که در مراقبت از نوزاد بین مادران افسرده و

تحصیلات مادر است که این یافته همسو با مطالعه Sanli و Oncel هست (۷) و با مطالعه Posmontier و Barbacsy-MacDonald هم‌خوانی ندارد (۱۶ و ۳)، افزایش میزان تحصیلات و آگاهی مادران بر روابط اجتماعی و تعاملات خانوادگی آن‌ها، بر خودمراقبتی مادران تأثیر به‌سزایی گذاشته و باعث بهبود عملکرد مادران در دوران بعد از زایمان شده است. از سوی دیگر در این مطالعه مادرانی که سطح تحصیلات در حد دیپلم و دبیرستان داشتند نسبت به سطح تحصیلات دانشگاهی وضعیت عملکردی بهتری داشتند، در توجیه این مسأله می‌توان گفت، مادر شدن نیاز به صبر و حوصله زیادی دارد و مادرانی که تحصیلات دانشگاهی دارند دغدغه‌های فکری و مشغله‌های بیش‌تری در زندگی خود دارند و این امر احتمالاً باعث کاهش سطح عملکرد این مادران شده است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که به دلیل ماهیت مقطعی این مطالعه، ارتباط‌های نشان داده شده بین وضعیت عملکردی و افسردگی بعد از زایمان و مشخصات فردی-اجتماعی الزاماً نشان‌دهنده رابطه علیتی نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت دوران بعد از زایمان، مطالعات بیش‌تر کمی و کیفی در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های وضعیت عملکردی مادران انجام شود، تا راهکارهای مناسب در این زمینه به مادران ارائه شود و این که تحقیقات بیش‌تری نیاز است که نشان دهد چرا مادران علی‌رغم داشتن افسردگی بعد از زایمان و کاهش سطح عملکرد در زمینه مراقبت از خود و کاهش روابط

این مسأله می‌تواند به علت افزایش تجربه مادران مولتی‌پار نسبت به نولی‌پار باشد.

در مطالعه حاضر مادرانی که همسر آنان سنی بین ۲۶ تا ۳۵ سال داشتند، وضعیت عملکردی بهتری نسبت به مادرانی که همسران آنان سن ۳۵ سال و بالاتر داشتند، دارا بودند. در مطالعه Rostami و همکاران مشاهده شد، مردانی که دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال هستند، در شرایط دشوار حمایت بیش‌تری از همسرانشان می‌کنند (۲۷) و Aktan عنوان می‌کند با افزایش میزان حمایت اجتماعی از زنان وضعیت عملکردی آن‌ها در دوران بعد از زایمان سریع‌تر بهبود یافته و به سطح قبل از بارداری باز می‌گردد (۲۸).

از دیگر متغیرهای مؤثر بر وضعیت عملکردی مادران در این مطالعه شغل همسر و میزان درآمد خانوار بود، به طوری که افرادی که وضعیت اقتصادی مطلوب داشتند، از نظر وضعیت عملکردی نیز بهتر بودند. این یافته همسو با مطالعه Yoo در کره جنوبی هست (۲۲)، اما با نتایج مطالعه Barbacsy-MacDonald هم‌خوانی ندارد (۳). توضیحی که برای این یافته می‌توان داد این است که با بهبود وضع درآمد امکان فراهم آوردن تسهیلات زندگی و بهبود وضعیت معیشتی در تمام زمینه‌ها از جمله ورزش، تغذیه و... بیش‌تر می‌شود و این مسأله تا حدودی باعث کاهش استرس‌ها و تنش‌های زندگی روزمره شده (۲۹) و در نهایت باعث بهبود عملکرد افراد خانواده به خصوص مادر می‌شود.

از دیگر متغیرهای مؤثر بر وضعیت عملکردی مادران در این مطالعه سطح

دارد، توصیه می‌شود که مراقبان سلامت مادران در این زمینه اطلاعات کافی داشته و با تشخیص زودتر و درمان سریع افسردگی پس از زایمان و توجه به مؤلفه‌های فردی-اجتماعی مادران به بهبود وضعیت عملکردی مادران کمک کرده و باعث سازگاری بهتر مادر در دوران بعد از زایمان شوند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب و حمایت مالی شده است (شماره کد: ۵/۴/۹۹۲۹). بدین‌وسیله از معاونت بهداشتی، کادر کلیه مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بناب و کلیه مادران شرکت‌کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

اجتماعی به خوبی از نوزاد خود مراقبت می‌کنند. همچنین مادران دارای سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی از این مطالعه حذف شدند و نتایج قابل‌تعمیم به این مادران نمی‌باشد و در نتیجه نیاز به مطالعات بیشتر است تا وضعیت عملکردی را در این مادران مورد بررسی قرار دهند.

در مجموع در مطالعه حاضر رابطه معناداری بین وضعیت عملکردی و افسردگی بعد از زایمان و برخی مؤلفه‌های فردی-اجتماعی از قبیل تعداد بارداری، سن و شغل همسر، تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی دیده شد. با توجه به اهمیت برگشت مادران به عملکرد قبل از بارداری و تأثیری که افسردگی بعد از زایمان و شرایط زندگی بر وضعیت عملکردی مادران

منابع

- 1 - Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 May; 16(5): e8443. doi: 10.5812/ircmj.8443.
- 2 - Solmeyer AR, Feinberg ME. Mother and father adjustment during early parenthood: the roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behav Dev*. 2011 Dec; 34(4): 504-14. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.07.006.
- 3 - Barbacsy-MacDonald I. Physical activity and postpartum functional status in primiparous women. MSc. Thesis, Canada, Queen's University, 2011.
- 4 - McVeigh CA. Investigating the relationship between satisfaction with social support and functional status after childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2000 Jan-Feb; 25(1): 25-30. doi: 10.1097/00005721-200001000-00006.
- 5 - Noor NM, Aziz AA, Mostapa MR, Awang Z. Validation of the Malay version of the inventory of functional status after childbirth questionnaire. *Biomed Res Int*. 2015; 2015: 972728. doi: 10.1155/2015/972728.
- 6 - Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennett IM, Culhane JF. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth*. 2008 Sep; 35(3): 179-87. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00238.x.
- 7 - Sanli Y, Oncel S. Evaluation of the functional status of woman after childbirth and effective factors. *Turk J Obstet Gynecol*. 2014; 11(2): 105-114. doi: 10.4274/tjod.82574.
- 8 - Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Apr; 200(4): 357-64. doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.033.
- 9 - Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012 May; 23(2): 534-42. doi: 10.1353/hpu.2012.0037.
- 10 - 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)

- 11 - Galeshi M, Mirghafourvand M, Abbasnezhad SM, Afsari A. [Relationship between postpartum anxiety and depression and marital satisfaction]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 25(134): 351-356. (Persian)
- 12 - Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, Hammond CS, Zuckerman BS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics*. 2002 Dec; 110(6): 1169-76. doi: 10.1542/peds.110.6.1169.
- 13 - Stewart RC. Maternal depression and infant growth: a review of recent evidence. *Matern Child Nutr*. 2007 Apr; 3(2): 94-107. doi: 10.1111/j.1740-8709.2007.00088.x.
- 14 - McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Mar; 160(3): 279-84. doi: 10.1001/archpedi.160.3.279.
- 15 - Koenigseder LA. Patterns of change in primiparas' moods and functional status: an extension of Rubin's nursing model. Ph.D Thesis, University of Texas at Austin, 1991.
- 16 - Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Womens Health*. 2008 Jul-Aug; 53(4): 310-8. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.02.016.
- 17 - Mirghafourvand M, Bagherinia M. Relationship between maternal self-efficacy and functional status four months after delivery in Iranian primiparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018 Dec; 39(4): 321-328. doi: 10.1080/0167482X.2017.1394290.
- 18 - Kheirabadi GR, Maracy MR, Akbaripour S, Masaeli N. Psychometric properties and diagnostic accuracy of the edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women. *Iran J Med Sci*. 2012 Mar; 37(1): 32-8.
- 19 - Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007 Apr 4; 7: 11. doi: 10.1186/1471-244X-7-11.
- 20 - Fawcett J, Tulman L, Myers ST. Development of the inventory of functional status after childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1988 Nov-Dec; 33(6): 252-60. doi: 10.1016/0091-2182(88)90080-8.
- 21 - Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Mohammadi A, Soltanpour S. Psychometric properties of the Iranian version of the inventory of functional status after childbirth (IFSAC). *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017 May; 19(5): e30210. doi: 10.5812/ircmj.30210.
- 22 - Yoo EK. A study on functional status after childbirth under the Sanhujori. *Journal of Korean Academy of Women's Health Nursing*. 1999 Nov; 5(3): 410-419.
- 23 - McVeigh CA, Baafi M, Williamson M. Functional status after fatherhood: an Australian study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Mar-Apr; 31(2): 165-71. doi: 10.1111/j.1552-6909.2002.tb00036.x.
- 24 - Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1; 175: 53-65. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.049.
- 25 - Tammentie T, Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Tarkka MT. Family dynamics of postnatally depressed mothers - discrepancy between expectations and reality. *J Clin Nurs*. 2004 Jan; 13(1): 65-74. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00824.x.
- 26 - Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health*. 2005 Feb; 28(1): 27-38. doi: 10.1002/nur.20053.
- 27 - Rostami A, Ghazinour M, Richter J. Marital satisfaction: the differential impact of social support dependent on situation and gender in medical staff in Iran. *Glob J Health Sci*. 2013 May 12; 5(4): 151-64. doi: 10.5539/gjhs.v5n4p151.
- 28 - Aktan NM. Functional status after childbirth and related concepts. *Clin Nurs Res*. 2010 May; 19(2): 165-80. doi: 10.1177/1054773810369372.
- 29 - Williams DR, Priest N, Anderson NB. Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: patterns and prospects. *Health Psychol*. 2016 Apr; 35(4): 407-11. doi: 10.1037/hea0000242.

Predictors of maternal functional status during postpartum period

Mojgan Mirghafourvand¹, Sakineh Mohammad Alizadeh Charandabi², Fahimeh Fathi^{1*}, Sayyad Razzag³

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2020
Accepted: Dec. 2020
e-Published: 3 Feb. 2021

Background & Aim: The important aspects of maternal postpartum adjustment are readiness in caring for the family, newly-added member and self as well as return to pre-pregnancy functional status. The aim of the study was to determine the predictors of postpartum maternal functioning.

Methods & Materials: This cross-sectional study was conducted on 422 newly delivered mothers attended the healthcare centers of Bonab in 2016 using the cluster random sampling method. Data were collected through a socio-demographic characteristics form, the Edinburgh postpartum depression scale, and the functional status questionnaire. The multivariate linear regression model on the SPSS software version 21 was used to determine the predictors of functional status.

Results: Mean (SD) of the functional status total score was 2.3 (0.24). The maximum and the minimum scores were in the subdomains “infant care” [3.64 (0.32)], and “social activities and society” [1.43 (0.41)], respectively. There was a significant inverse correlation between postpartum depression and total score of functional status, self-care and social activities and society subscales. According to the general linear model, postpartum depression, spouse’s age and job, economic status, mother’s education level and the number of pregnancy were the predictors of mothers’ functional status during postpartum period.

Conclusion: Postpartum depression and some socio-demographic characteristics are among the variables influencing maternal functional status. Therefore, the early diagnosis and treatment of postpartum depression and consideration of the mothers’ socio-demographic characteristics, can improve maternal functional status and result in better maternal postpartum adjustment.

Corresponding author:
Fahimeh Fathi
e-mail:
f.fathi1833@gmail.com

Key words: postpartum depression, functional status

Please cite this article as:

- Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Fathi F, Razzag S. [Predictors of maternal functional status during postpartum period]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2021; 26(4): 396-408. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; Research Center of Social Determinants of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3 - Bonab Health Network, Tabriz, Iran