

# تأثیر مراقبت دوره پس از زایمان در منزل بر سلامت مادران

زهرا باقرصاد<sup>۱</sup>، فاطمه مختاری<sup>۱\*</sup>، پروین بهادران<sup>۱</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۹

خلاصه

**مقدمه:** ارائه خدمات پس از زایمان، از مهم‌ترین عوامل پیشگیری پیامدهای ناخواسته مادری می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت دوره پس از زایمان در منزل بر سلامت مادر انجام شد.

**روش کار:** مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۶۲ مادر در مرحله پس از زایمان در اصفهان انجام شد. افراد به‌طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته در ویزیت-های سه‌گانه دوران پست‌پارتوم جمع‌آوری شد. هر نوبت مداخله در منزل، مراقبت‌های پس از زایمان طبق پروتکل کشوری ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های تی مستقل، دقیق فیشر، کای اسکور و من‌ویتنی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در ارتباط با عفونت ( $p=0/029$ ) و درد و تورم در محل بخیه‌ها ( $p=0/021$ ) و وجود درد در قسمت شکم، بخیه، ساق، پستان، دندان ( $p=0/026$ ) در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد، لذا در گروه آزمون به‌طور معناداری شرایط بهتر از گروه کنترل بود. همچنین میانگین نمره آگاهی از الگوی صحیح شیردهی ( $p=0/02$ ) و رضایت‌مندی از نحوه عملکرد تیم مراقبت ( $p<0/001$ ) در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود.

**نتیجه‌گیری:** ارائه خدمات مراقبت پس از زایمان در منزل موجب افزایش سلامت مادران در جهت کاهش مواردی از قبیل درد شکم، پهلوی، ساق و ران، پستان، دندان و مشکلات محل ای‌زیاتومی شد. این مداخله موجب بهبود فرآیند شیردهی و افزایش رضایت‌مندی آنها شد.

**کلمات کلیدی:** دوره پس از زایمان، سلامت مادر، مراقبت در منزل

\* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه مختاری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۷۶۰۶؛ پست الکترونیک: f.mokhtary@gmail.com

## مقدمه

دوره پس از زایمان، به یک ساعت اول پس از خروج جفت تا ۶ هفته بعد از زایمان اطلاق می‌گردد. این دوره، زمانی حساس در زندگی مادر محسوب می‌شود (۱). در این دوره زن وارد مرحله جدیدی از زندگی می‌شود که سازگاری و تطابق با آن تأثیر مهمی بر توانایی وی جهت پذیرش نقش مادری دارد (۲). همچنین زن با تغییرات فیزیولوژیک شدیدی روبه‌رو است که تقریباً تمامی اعضای بدن وی را درگیر می‌کند. شکایات شایع این دوره مانند کمردرد، زخم پستان، ناراحتی‌های ناشی از زخم سزارین یا ایپی‌زیاتومی، یبوست، هموروئید، تغییر در الگوی خواب، دردهای مزمن، درد پرینه، درد شکم و مشکلات جنسی را گاهی مادران تا هفته‌ها بعد از زایمان تجربه می‌کنند. علاوه بر تغییرات فیزیولوژیک، زن با استرس‌هایی از بحران‌های عاطفی نیز مواجه می‌شود (۳). مطالعات نشان داده‌اند بیشترین فراوانی مشکلات سلامتی مادران در گروه مداخله و کنترل در هفته ششم پس از زایمان، مربوط به یبوست و کمردرد بوده و در گروه کنترل علاوه بر موارد ذکر شده، مشکلات مربوط به غم و غصه، ضعف یا خستگی، سردرد، سرگیجه، درد محل ایپی‌زیاتومی یا برش سزارین، زخم مقعد، گرفتگی و کرامپ پا نیز وجود دارد (۵، ۶). بیماری مادران در دوران نفاس می‌تواند بر رشد کودک تأثیرات منفی بگذارد (۷). مطالعات نشان داده‌اند تقریباً اکثر زنان حداقل یکی از مشکلات سلامتی را در طول دوران نفاس تجربه می‌کنند (۸). نتایج حاصل از مطالعات مختلف نشان داده است که بیشتر زنان مشکلات سلامتی خود را با پزشک در میان نمی‌گذارند، در حالی که ارائه راهکارها و توصیه‌ها از سوی پزشک می‌تواند در تسریع بهبودی آن‌ها مؤثر واقع شود (۹). نتایج مطالعه مارتین و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد آگاهی کم مادران، از جمله دلایل مشکلات سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی پس از زایمان، فقدان دریافت مراقبت‌های استاندارد مادری در طی دوران نفاس، قطع ارتباط بین ارائه‌دهندگان مراقبت و مادران و نیز عدم ارائه توصیه و پیشنهادات ضروری مراقبین سلامت است (۱۰)، لذا سلامت مادران در این دوران حساس به شدت در معرض آسیب است (۱۱). نتایج مطالعه میرزایی

(۲۰۱۵) نشان داد که کیفیت کلی مراقبت‌های پس از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی مشهد از سطح متوسطی برخوردار است (۱۲). در مطالعه پیتر (۲۰۰۹) کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان بیوا در اکثر موارد نامطلوب گزارش شد و مادران از ارائه خدمات ناراضی بودند (۱۳). همچنین در مطالعه فرخی و خدیوزاده (۲۰۰۸) عملکرد ۹۱/۹٪ ماماها در رابطه با انجام معاینات فیزیکی نامطلوب بود (۱۴). نتایج مطالعه محسنی و همکاران (۲۰۰۹) در ایران، نشان‌دهنده کیفیت ضعیف مراقبت پس از زایمان از دید مادران بود (۱۵).

ارائه خدمات پس از زایمان، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مراقبت‌های بهداشتی، عامل بسیار مهمی جهت جلوگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و به‌دنبال آن بهبود سلامت مادر و نوزاد است. با به‌کارگیری برنامه‌های حمایتی و اجرای صحیح مراقبت‌های مادر و نوزاد می‌توان موجب افزایش میزان بقاء در زنان و نوزادان شد (۱۶). همچنین ضرورت تدوین بسته‌های آموزشی و روش‌های حمایتی مناسب برای کاهش مشکلات سلامتی پس از زایمان مادران می‌تواند بسیار کمک کننده باشد (۱۷). در واقع برقراری ارتباط مناسب با مادران، از ابعاد مهم مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد که می‌تواند باعث ارتقای کیفیت و سطح رضایت‌مندی مادران شود. در مطالعه محسنی و همکاران (۲۰۰۹) به کیفیت ضعیف امکانات و شرایط موجود در بیمارستان شهر اصفهان اشاره داشتند و اظهار کردند که محیط فیزیکی نامناسب، از جمله عوامل ناراضی‌تی و ناراحتی مادران بوده و نقش مهمی در سلامت جسمی و روحی آنان دارد (۱۵). این در حالی است که پرسنل بهداشتی می‌توانند از طریق ارزیابی صحیح سلامت جسمی و روانی مادر و ارائه راهنمایی و مشورت مناسب در خصوص مراقبت از خود و نوزاد، بهترین حامی مادران باشند (۱۸). طبق تعریف انجمن علمی مراقبت در منزل (NAHC)<sup>۱</sup>، انجام معاینه و مراقبت در منزل جهت ارتقاء و حفظ سلامت افراد می‌باشد و ویژگی مهم آن این است که در این روش، مراقبت بهداشتی و اقدامات لازم

<sup>1</sup>National Hospice Association for home care

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۶۲ مادر در مرحله پس از زایمان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت. افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول ( Sample size for difference between two independent means ) و با در نظر گرفتن  $Z_1=1/96$ ،  $d=0/75$  و  $Z_2=0/84$  برای هر یک از گروه‌ها ۳۲ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰٪ ریزش نمونه، در ابتدا برای هر یک از گروه‌ها ۳۶ نفر انتخاب شد. در انتهای مداخله پس از ریزش نمونه‌ها، تنها ۳۱ نفر در هر گروه باقی ماند. نمونه‌گیری با استفاده از شیوه نمونه‌گیری آسان بر اساس معیارهای پژوهش انجام شد. به هر یک از افراد بر حسب تقدم در ورود به مطالعه به صورت تصادفی شماره‌ای تعلق گرفت، سپس افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۳۱ نفره کنترل و آزمون قرار گرفتند؛ بدین ترتیب که افراد با شماره‌های زوج در گروه آزمون و مادران با شماره فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. جهت برابری تعدد نمونه در هر دو گروه، نمونه‌گیری آن‌قدر ادامه یافت تا این تعداد بر اساس توضیحات داده شده در هر دو گروه یکسان شود. نمونه‌گیری و مرحله اول تکمیل پرسشنامه در زایشگاه شهید بهشتی اصفهان انجام شد. سپس در مراحل بعد، ۲ نوبت مراقبت پس از زایمان در منزل و تکمیل پرسشنامه‌ها برای گروه آزمون در منزل انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل مادر و همسر وی به همکاری در پژوهش، سکونت در اصفهان، ارائه رضایت‌نامه کتبی و زایمان کم‌خطر بود. و معیار خروج از مطالعه شامل عدم انجام مراقبت‌ها در ۲ نوبت به طور کامل بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر مشخصات دموگرافیک زوجین مشتمل بر ۱۱ سؤال (سن زن، سن همسر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، تعداد سقط، شاخص توده بدنی، شغل زن، شغل همسر، تحصیلات زن، تحصیلات همسر و نوع زایمان)، شکایات شایع مشتمل بر ۸ سؤال (سردرد و سرگیجه، تاری دید، مشکل ادراکی و اجابت مزاج، درد (شکم، پهلوی، بخیه ساق

در محل زندگی افراد و با توجه به نیاز آنها انجام می‌گیرد (۴). به کمک مراقبت در منزل می‌توان مراقبت‌های بهداشتی و آموزش‌های لازم را در منزل به مادران ارائه داد (۱۹). ویزیت در منزل بعد از زایمان، بهترین روش تأمین نیازهای آموزشی و حمایتی خانواده‌هاست، زیرا برای خانواده‌هایی که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند، در اولین روزهای پس از زایمان، جابجایی مشکل است و بهتر است این خدمات و مراقبت‌ها در منزل ارائه شود (۲۰). در همین راستا، نتایج مطالعه میرمولایی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که ویزیت منزل منجر به کیفیت عملکرد مناسب مادران در مراقبت از نوزادان می‌شود (۲۱)، لذا به نظر می‌رسد ارائه خدمات مراقبت پس از زایمان منجر به بهبود دسترسی به خدمات، کاهش صف انتظار و هزینه‌های پرداختی خانواده شده و فرصتی جهت آموزش و همراهی بهتر اعضای خانواده با مادر تازه زایمان کرده فراهم می‌کند (۲۲). علاوه بر این که ارائه مراقبت در منزل به ارائه‌دهندگان خدمت این امکان را می‌دهد که با شناخت محیط و شرایط زندگی و نیازهای اختصاصی هر خانواده، آموزش کافی و جامع را در اختیار نه تنها مادران؛ بلکه در اختیار تمام اعضای خانواده قرار دهند. ارائه مراقبت در منزل منجر به شناسایی مشکلات در مرحله ابتدایی خواهد شد و به این ترتیب امکان انجام اقدام مقتضی در مراحل ابتدایی آسیب یا مشکل فراهم خواهد شد، لذا از پیشرفت و آسیب‌های بعدی و به دنبال آن تحمیل هزینه‌های گزاف درمانی برای فرد و خانواده و حتی جامعه پیشگیری خواهد کرد. همچنین ارائه این نوع از خدمات رضایت مادر و همراهان وی را نیز به دنبال خواهد داشت.

برنامه ویزیت مادر در منزل و بررسی سلامت مادر و شیرخوار پس از زایمان علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد، تاکنون در ایران مورد توجه قرار نگرفته است. مطالعات انجام شده در رابطه با مشکلات وابسته به سلامت مادران تازه زایمان کرده در کل دنیا محدود است (۲۳) و تحقیقات اندکی درباره تأثیر دریافت مراقبت‌های دوران پس از زایمان به‌ویژه به صورت ویزیت در منزل وجود دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت در منزل دوره پس از زایمان بر سلامت مادر انجام شد.

و ران، پستان، دندان)، پستان (آبسه، ماستیت، احتقان، شقاق)، شکم (بزرگی رحم)، اندام‌ها (ورم یک‌طرفه ساق و ران) و بیماری زمینه‌ای، سلامت جسمی مشتمل بر ۴ سؤال (قرمزی محل بخیه، درد و تورم محل بخیه، لکه‌بینی/ خونریزی غیرطبیعی و ترشحات چرکی و بدبو از مهبل) و سلامت روانی مشتمل بر ۳ سؤال (علائم خفیف روانی (وسواس، اضطراب و ...)، اختلالات شدید روانی (افسردگی شدید، تمایل به خودکشی، سایکوز و ...)) و همسر آزاری، آگاهی از الگوی صحیح شیردهی (۱ سؤال) و رضایت‌مندی از عملکرد تیم مراقبت مشتمل بر ۴ سؤال (نحوه برخورد مراقبین نسبت به فرد و خانواده وی، نحوه هماهنگی تیم مراقبت با خانواده، انجام مراقبت‌های جسمی و نحوه عملکرد تیم مراقبت نسبت به پاسخگویی به مسائل و مشکلات و برطرف نمودن آن‌ها) بود. در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین منظور کتب، مقالات، مطالعات و پرسشنامه‌های مرتبط با پرسشنامه اولیه تهیه و سپس جهت روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی قرار داده شد، سپس نظرات اصلاحی جمع‌آوری و تغییرات لازم اعمال شد، بنابراین پرسشنامه معتبر تلقی شد. پایایی پرسشنامه به شیوه آزمون مجدد ارزیابی شد و پس از تکمیل، همبستگی درونی پرسشنامه اندازه‌گیری شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ برآورد گردید.

پرسشنامه در ویژگی‌های سه‌گانه دوران پست‌پارتوم (روز ۱-۳، ۱۵-۱۰ و ۶۰-۴۲ روز) توسط هر یک از افراد گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. در هر نوبت حدود ۱ ساعت مراقبت توسط حداقل ۲ یا ۳ نفر کارشناس ارشد مامایی انجام شد. نوبت اول مراقبت در بیمارستان و دو نوبت بعدی پس از هماهنگی با خانواده، در منازل مادران گروه مداخله انجام گرفت. محتوای انجام مراقبت‌های پس از زایمان شامل: تشکیل پرونده، بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، کسب شرح‌حال از مادر و نوزادش با توجه به اهداف پژوهش، معاینه فیزیکی مادر و نوزاد و وضعیت

برگشت‌پذیری دوره پس از زایمان انجام شد و تجویز مکمل‌های غذایی، آموزش و مشاوره در زمینه‌های مراقبت‌های دوران پس از زایمان از خود و نوزادش و مشاوره باروری سالم، همچنین بررسی سطح آگاهی مادر و محیط زندگی‌شان نیز انجام و آموزش‌های لازم در مورد مادر و نوزاد با توجه به نیاز ایشان به مادر و اعضای خانواده ارائه شد. شیوه انجام ورزش‌های پس از زایمان و نحوه شیردهی به صورت شبیه‌سازی اجرا شد و در طول جلسات از مادران فیدبک آموزش‌های داده شده گرفته می‌شد. لازم به ذکر است تمام خدمات مورد نیاز جهت سلامت مادران و نوزادان که در حیطه و شرح وظایف ماماها قرار داشت، توسط پژوهشگران برای واحدهای مورد پژوهش ارائه گردید و چنانچه مادر یا فرزند او نیاز به ارجاع و دریافت خدمات از سطوح بالاتر داشتند، این کار توسط پژوهشگران انجام شد.

در این مطالعه ۳۱ مادر نیز که در بخش پس از زایمان به صورت تصادفی در گروه کنترل قرار گرفتند، مراقبت‌ها و آموزش معمول بخش پس از زایمان در زمینه شیردهی صحیح و مراقبت از بخیه‌ها برای آن‌ها انجام شد و پرسشنامه و چک‌لیست مورد نظر تکمیل گردید. افراد گروه کنترل، مراقبت‌های معمول توسط مراکز بهداشت را دریافت کردند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و روش‌های آمار توصیفی (شاخص میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) و آزمون‌های تی مستقل، دقیق فیشر، کای اسکوتر و من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر دو گروه آزمون و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معناداری نداشتند ( $p > 0/05$ ) (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل

سطح	گروه آزمون		گروه
	گروه کنترل	متغیر	
معنی داری*	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
۰/۸۷	۲۹/۶۹ $\pm$ ۴/۹۴	۲۹/۴۵ $\pm$ ۵/۹۹	سن زنان
۰/۳۹	۳۴/۶۸ $\pm$ ۵/۵۲	۳۳/۳۷ $\pm$ ۶/۳۸	سن مردان
۰/۹۸	۶/۸۵ $\pm$ ۳/۵۶	۶/۸۹ $\pm$ ۴/۸۲	طول مدت ازدواج
۰/۳۷	۱/۹ $\pm$ ۰/۷۹	۱/۷۱ $\pm$ ۰/۹	تعداد فرزندان
۰/۳۹	۰/۱۳ $\pm$ ۰/۳۴	۰/۰۶ $\pm$ ۰/۲۵	تعداد سقط
۰/۲۸	۲۵/۳۸ $\pm$ ۴/۳۵	۲۳/۸۴ $\pm$ ۳/۶۲	شاخص توده بدنی
۰/۶۱	۷۴/۶۶ $\pm$ ۱۰/۹۳	۷۶/۲ $\pm$ ۱۱/۷۱	وزن بارداری

\* آزمون تی مستقل

آزمون؛ ۷ نفر (۲۱/۹٪) ابتدایی، ۱۰ نفر (۳۱/۲٪) زبردپیلم، ۱۳ نفر (۴۰/۶٪) دیپلم و ۱ نفر (۳/۱٪) دانشگاهی بودند، در حالی که در گروه کنترل؛ ۸ نفر (۲۵/۸٪) ابتدایی، ۱۰ نفر (۳۲/۳٪) زبردپیلم، ۱۱ نفر (۳۵/۴۸٪) دیپلم و ۲ نفر (۶/۵٪) دانشگاهی بودند که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، تحصیلات زن و همسر در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی داری نداشت ( $p>0/05$ ).

از نظر نوع زایمان در گروه آزمون ۱۳ نفر (۴۱/۴٪) زایمان طبیعی و ۱۸ نفر (۵۸/۶٪) زایمان سزارین داشتند و در گروه کنترل ۱۵ نفر (۴۷/۶٪) زایمان طبیعی و ۱۶ نفر (۵۲/۴٪) زایمان سزارین داشتند که بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، نوع زایمان در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی داری نداشت ( $p>0/05$ ). بر اساس نتایج مطالعه در بخش شکایت شایع زنان، تنها در جنبه درد بین دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت ( $p=0/026$ )، ولی در سایر ابعاد این اختلاف معنادار نبود ( $p>0/05$ ) (جدول ۲).

در گروه آزمون ۲۹ نفر (۹۳/۵٪) از مادران خانه‌دار و ۲ نفر (۶/۵٪) شاغل بودند، در حالی که در گروه کنترل ۳۱ نفر (۱۰۰٪) خانه‌دار بودند که بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، دو گروه آزمون و کنترل از نظر شغل مادران اختلاف آماری معنی داری نداشتند ( $p>0/05$ )، همسران گروه آزمون ۲۸ نفر (۹۰/۳٪) شغل آزاد، ۲ نفر کارمند (۶/۵٪) و ۱ نفر بیکار (۳/۲٪) بودند، در حالی که در گروه کنترل ۲۶ نفر (۸۳/۸٪) شغل آزاد، ۳ نفر کارمند و ۲ نفر (۶/۵٪) بیکار بودند که بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، شغل همسر در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی داری نداشت ( $p>0/05$ ).

در ارتباط با تحصیلات مادر و همسران آنها نتایج مطالعه نشان داد، تحصیلات زنان در گروه آزمون؛ ۷ نفر (۲۲/۵۸٪) ابتدایی، ۷ نفر (۲۲/۵۸٪) زبردپیلم، ۱۲ نفر (۳۸/۷۱٪) دیپلم و ۵ نفر (۱۶/۱۳٪) دانشگاهی بودند، در حالی که در گروه کنترل؛ ۹ نفر (۲۹٪) ابتدایی، ۱۱ نفر (۳۵/۵٪) زبردپیلم، ۸ نفر (۲۵/۸٪) دیپلم و ۳ نفر (۹/۷٪) دانشگاهی بودند. تحصیلات مردان در گروه

جدول ۲- توزیع فراوانی شکایات شایع زنان پس از زایمان در دو گروه آزمون و کنترل

سطح	گروه		شکایات شایع زنان
	آزمون	کنترل	
معنی داری*	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۲۴۶	۰	۳ (۹/۷۰)	دارد
	۳۱ (۱۰۰)	۲۸ (۹۰/۳۲)	ندارد
۱	۰	۰ (۰/۰۰)	دارد
	۳۱ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)	ندارد
۰/۲۴۶	۰	۳ (۹/۷۰)	دارد
	۳۱ (۱۰۰)	۲۸ (۹۰/۳۲)	ندارد

۰/۰۲۶	۵ (۱۶/۱۰)	۰ (۰)	دارد	درد (شکم، پهلو، بخیه ساق و ران، پستان، دندان)
۰/۲۴۶	۲ (۶/۵۰)	۰ (۰)	دارد	پستان (آبسه، ماستیت، احتقان، شقاق)
۰/۲۴۶	۲ (۶/۵۰)	۰ (۰)	دارد	شکم (بزرگی رحم)
۰/۲۴۶	۲ (۶/۵۰)	۰ (۰)	دارد	اندام ها (ورم یک طرفه ساق و ران)
۰/۰۵۶	۲۷ (۸۷/۱۰)	۳۰ (۹۶/۷۸)	ندارد	بیماری زمینه‌ای
-	۳۱ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)		جمع کل

\*آزمون کای اسکوتر

یکسان (۲۲ نفر الگوی صحیح و ۹ نفر ناصحیح) بود ( $P=1$ )، اما بعد از مداخله؛ فراوانی آگاهی از الگوی صحیح شیردهی در گروه آزمون (۲۹ نفر الگوی صحیح و ۲ نفر ناصحیح) به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل (۲۲ نفر الگوی صحیح و ۹ نفر ناصحیح) بود ( $P=0/02$ ). همچنین بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، قبل از مداخله رضایت‌مندی از نحوه عملکرد تیم مراقبت ( $P=0/74$ ) در رابطه با مراقبت پس از زایمان در منزل در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت، اما در مرحله بعد از مداخله رضایت‌مندی از نحوه عملکرد تیم مراقبت در رابطه با مراقبت پس از زایمان در منزل در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌داری داشت ( $P<0/001$ ).

در ارتباط با سلامت جسمی در گروه آزمون و کنترل نتایج نشان داد تنها از نظر سلامت محل بخیه‌ها ( $P=0/029$ ) و درد و تورم در محل بخیه‌ها ( $P=0/021$ ) بین دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت و در سایر ابعاد سلامت جسمی مانند خونریزی ( $P=0/38$ ) و ترشحات چرکی ( $P=0/25$ ) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین از نظر سلامت روان تفاوت آماری معناداری بین علائم خفیف روانی ( $P=0/12$ )، اختلال شدید روانی ( $P=0/25$ ) و همسرآزاری ( $P=0/25$ ) بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۳).  
بر اساس نتایج آزمون کای اسکوتر، قبل از مداخله فراوانی آگاهی از الگوی صحیح شیردهی در دو گروه

جدول ۳- توزیع فراوانی متغیرهای سلامت جسمی و سلامت روانی زنان پس از زایمان در دو گروه آزمون و کنترل

معنی‌داری*	سلامت زنان پس از زایمان	
	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
۰/۰۲۶	۵ (۱۶)	۰ (۰)
۰/۰۲۱	۶ (۱۹/۳۵)	۰ (۰)
۰/۳۸۱	۸ (۲۵/۸۱)	۲ (۶/۴۵)
۰/۲۴۶	۱ (۳/۲۰)	۰ (۰)
۰/۱۱۹	۳ (۹/۷۰)	۰ (۰)
۰/۲۴۶	۱ (۳/۲۰)	۰ (۰)
۰/۲۴۶	۱ (۳/۲۰)	۰ (۰)

\*آزمون کای اسکوتر

## بحث

انجام مراقبت پس از زایمان در منزل در ایران به ندرت انجام شده است (۲۱). از این نظر جهت اجرای این شیوه مراقبتی نیاز به مطالعات بیشتری وجود دارد. در مطالعه حاضر از بین موارد مختلف شکایت شایع زنان در دوره پس از زایمان، متغیر درد در قسمت شکم، پهلو، ساق و ران، پستان و دندان که از شایع‌ترین شکایات بود، بین دو گروه کنترل و آزمون اختلاف معناداری وجود داشت؛ به گونه‌ای که نمره درد در گروه کنترل به طور معناداری بالاتر از گروه مداخله بود. در سایر موارد این اختلاف معنادار نبود. در مجموع برای رسیدن به نتایج قابل اطمینان‌تر، نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه وجود دارد. همچنین در بین متغیرهای سلامت جسمی و روانی زنان در دوران پس از زایمان بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر سلامت محل بخیه‌ها و درد و تورم در محل آن، بین دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت و عوارض ذکر شده در گروه کنترل به مراتب بیشتر بود. برخلاف نتایج مطالعه حاضر که انجام مراقبت در منزل تأثیر قابل توجهی بر کیفیت سلامت روان مادران نداشت، در مطالعه اسکوبار (۲۰۰۱) مراقبت‌های پس از زایمان در منزل منجر به بهبود سطح آگاهی و شرایط روانی مادر شد (۲۴). با توجه به متفاوت بودن ابزار سنجش متغیر مورد بحث، شاید تفاوت در نتایج را بتوان به شیوه اندازه‌گیری وضعیت و سلامت روانی در مطالعه حاضر و مطالعه مقایسه شده نسبت داد. در مجموع، در مطالعه حاضر علی‌رغم حضور مراقبین در منزل مادران و ارائه خدمات آموزشی و مراقبتی طبق پروتکل‌های کشوری و پاسخ‌گویی به نیازهای اختصاصی هر خانواده، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر برخی ابعاد سلامت جسمی و نمره کلی سلامت روانی بین دو گروه مشاهده نشد. به نظر می‌رسد چندعاملی بودن شاخص سلامتی و همچنین انجام این تحقیق به عنوان اولین تجربه برای ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت در منزل می‌تواند عاملی برای عدم اثبات همه فرضیه‌های مورد نظر این تحقیق؛ مؤثرتر بودن مراقبت در منزل نسبت به مراقبت معمول مراکز بهداشتی درمانی در شاخص‌های سلامتی مادر باشد. با توجه به تجارب پژوهشگران، پیشنهاد

می‌گردد تحقیقات مشابه بیشتری با حجم نمونه گسترده‌تر در این زمینه انجام گردد.

در مطالعه حاضر بعد از مداخله، نمره آگاهی در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود، لذا به نظر می‌رسد حضور مراقبین سلامت در منزل و آموزش مادر و اعضای خانواده و اجرای آموزش از طریق نمایش، نقش بسزایی در فرآیند آموزش شیردهی به مادران و جلب حمایت سایر اعضای خانواده در این امر خطیر دارد. به طور مشابه نتایج مطالعه دنیس (۲۰۰۲) نشان داد ارائه خدمات پس از زایمان در منزل، بهترین روش تأمین نیازهای آموزشی و حمایتی خانواده‌هاست، زیرا در روزهای اول بعد از زایمان برای خانواده‌ها انتقال از جایی به جای دیگر مشکل بوده و بهتر است خدمات و مراقبت‌های مربوط به آنان در منزل ارائه شود (۲۵).

با توجه به اینکه در چند سال اخیر یکی از اهداف مهم وزارت بهداشت و درمان کشور توجه به مفهوم رضایت‌مندی مراجعین بوده است (۲۶)، در مطالعه حاضر میانگین نمره رضایت‌مندی از عملکرد تیم سلامت در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود، لذا مشابه مطالعه میرمولایی و همکاران (۲۰۱۲) می‌توان نتیجه گرفت که دریافت خدمات در منزل باعث افزایش میزان رضایت‌مندی زنان خواهد شد. همچنین حضور ارائه دهنده خدمت در فضای زندگی مادران منجر به در نظر گرفتن نیازهای مادران و تفاوت در اولویت‌بندی نیازهای خدماتی و آموزشی مادران شده است (۲۷). همچنین نتایج مطالعات فنویک و همکاران (۲۰۱۰) و زادورنی (۲۰۰۶) نشان دادند؛ زنانی که به طور مداوم خدمات مامایی در منزل را دریافت کردند، بیان داشتند که شیوه و کیفیت مراقبت‌ها بهتر از افرادی بوده است که مراقبت پس از زایمان را در بیمارستان دریافت کرده‌اند و از مراقبت‌های خود احساس رضایت بیشتری داشتند (۲۸، ۲۹). به نظر می‌رسد عواملی چون سهولت دسترسی، تداوم خدمت، موجود بودن و کارایی می‌تواند در ابعاد کیفیت و رضایت مددجویان مؤثر باشد (۳۰).

از طرفی در مطالعه کریسایت و همکار (۲۰۱۱) مراقبت‌های پس از زایمان در منزل موجب بهبود فرآیند شیردهی و افزایش رضایت‌مندی مادران شد که با نتایج

سلامت مادران در جهت کاهش مواردی از قبیل درد شکم، پهلو، ساق و ران پاها، پستان، دندان و مشکلات محل اپی‌زیاتومی شده است، اما در مورد سایر متغیرها به نظر می‌رسد نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه وجود دارد. از طرفی این مداخله موجب بهبود فرآیند شیردهی و افزایش رضایت‌مندی آنها شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از نتایج طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۳۱۹۴ مصوبه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین‌وسیله از پرسنل محترم مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان شهید بهشتی و تمام افرادی که پژوهشگر را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مطالعه مهدوی و همکاران (۲۰۱۰) که انجام مراقبت در منزل موجب افزایش رضایت‌مندی مراجعین شد، مشابهت داشت (۳۱، ۳۲). همچنین پژوهشگران بیان می‌کنند ویزیت منزل منجر به بهبود کیفیت در مراقبت‌های زایمان و نوزادی و کاهش مرگ و میر نوزادی شده که این امر از ایجاد و گسترش طرح‌های خلاقانه جهت شروع مراقبت در منزل از روز اول تولد حمایت می‌کند (۳۳) که نتایج مطالعه حاضر قادر به رد یا تأیید آن نمی‌باشد. با توجه به محدودیت‌های این پژوهش از جمله عدم برآورد هزینه - اثربخشی و همچنین پیگیری طولانی‌مدت، پژوهشگران توصیه به اجرا و انجام تحقیقات بیشتری در این زمینه دارند.

### نتیجه‌گیری

ارائه خدمات مراقبت پس از زایمان و حضور مراقبین سلامت در منزل و آموزش مادران موجب افزایش

### منابع

1. Chimtembo LK, Maluwa A, Chimwaza A, Chirwa E, Pindani M. Assessment of quality of postnatal care services offered to mothers in Dedza district, Malawi. *Open J Nurs* 2013; 3(4):343-50.
2. Dhafer E, Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Kramer A. Factor associated with lack of potential care among Palestine women: a cross-sectional study of three clinics in the West Bank. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8:26.
3. Kamali fard M, Mirghafourvand M, Mohammad alizade charandabi S, Khodabandeh F, Asghari JafarAbadi M, Mansoori A. Effect of Lifestyle Educational Package on Prevention of Postpartum Health Problems in Nulliparous Mothers: A Randomized Clinical Trial. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(132):33-48.
4. Rouhi M, Heravi-karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S, Shojaee M. Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity. *J Health Prom Manag* 2012; 1(4):51-60. (Persian).
5. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post-partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* 2014; 30(3):378-84.
6. Rouhi M, Mohammad-alizadeh Charandabi S, Usefi H, Rouhi N. Postpartum morbidity and help-seeking behaviours in Iran. *British Journal of Midwifery* 2011; 19(3):178-184.
7. Hamadani JD, Tofail F, Hilaly A, Mehrin F, Shiraji S, Banu S, et al. Association of postpartum maternal morbidities with children's mental, psychomotor and language development in rural bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2012; 30(2):193-204.
8. Nikpour M, Delavar MA, Abedian Z. Type of delivery and self-reported postpartum symptoms among Iranian women. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2013; 40(1):144-7.
9. Kabakian-Khasholian T, Shayboub R, Ataya A. Health after childbirth: Patterns of reported postpartum morbidity from Lebanon. *Women Birth* 2014; 27(1):15-20.
10. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell EA. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J* 2014; 18(3):707-13.
11. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 2011; 27(2):237-42.
12. Mirzaei Kh, Oladi Ghadikelaie S, Shakeri MT, Mousavi Bazz M. Evaluation of the Quality of Postpartum Care Based on Bruce Model in Medical Health Centers of Mashhad City in 2013-2014. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(177):1-10.
13. Peter ND. Patient satisfaction with intrapartum and postpartum nursing care. Buea: Bachelor in Nursing Sciences (BNS); 2009.
14. Farrokhi F, Khadivzadeh T. The quality of midwives in providing of prenatal care in urban health centers, affiliated. *Payesh* 2008; 7(3):203-10.(Persian).

15. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. The quality of postpartum care from mothers' viewpoint. *Hakim* 2009; 12(1):27-34. (Persian).
16. Mirzaee KH, Oladi Ghadikolaee S, Shakeri MT, Mousavi Bazzaz M. Maternal knowledge on postpartum care in healthcare centers of Mashhad, Iran in 2013. *J Midwifery Reprod Health* 2015; 3(4):456-64.
17. Duysburgh E, Kerstens B, Kouanda S, Kaboré CP, Belemsaga Yugbare D, Gichangi P, et al. Opportunities to improve postpartum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:131.
18. Jahani Shourab N, Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Esmaili H. Assessment of prenatal care process based on donabedian model in Mashhad health centers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(53):7-17. (Persian).
19. Shamshiri Milani H, Amiri P, Heidarnia MA, Abachizadeh K, Abadi A, Malekhhahi A. The Effects of Postpartum Home Care on Constipation and Hemorrhoids at Sixty Days Postpartum. *J Babol Univ Med Sci* 2015; 17(12):26-32.
20. Bjerke S, Vangen S, Nordhagen R, Yeterdahi T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: Prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008; 21(12):889-94.
21. Mirmolaei T, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakol Z. The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction. *J Evid Based Care* 2011; 1(1):35-50. (Persian).
22. Ghaderi H, Shafie H, Ameri H, Vafai Nasab MR. The cost effectiveness of home care and hospital care for stroke patients. *JHM (Journal Health Management)* 2012; 4(3-4):7-15. [In Persian].
23. Maurer FA, Smith CM. *Community/public health nursing practice*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p.250.
24. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001; 108(3):719-27.
25. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31 (1):12-32.
26. Shamsodin Sh, khalilzadeh H, Ghadimi H, Mortaz M. Evaluation of patient satisfaction of nursing behavior. *Avicenna Journal of Nursing & Midwifery Care* 2004; 11(2):17-22.
27. Mirmolaei T, AmelValizadeh M, Mahmoodi M, Tavakol Z. The Effect of Postpartum Home Care on Maternal Practices in Infant Care. *Nurs Midwifery J* 2012; 10(3).
28. Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women Birth* 2010; 23(1):10-21.
29. Zadoroznyj M. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal homecare programme. *Health Soc Care Community* 2006; 15(1):35-44.
30. Becker D, Koenig MA, Kim YM, Cardona K, Soenenstein FL. The quality of family planning services in the United States: Findings from a literature review. *Perspect Sex Reprod Health* 2007; 39(4):206-15.
31. Christie J, Bunting B. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(6):689-702.
32. Mahdavi J, Simbar M, Amir Aliakbari S, Alavi Majd H. Correlation of quality of care with satisfaction of family planning's clients in health centers of Shahid beheshty university medical of sciences and health services. *Advances in Nursing & Midwifery* 2010; 19(69):31-39. (Persian).
33. Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, Soremekun S, Weobong B, Gyan T, et al. Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2013; 381(9884):2184-92.