

تأثیر مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس

زهره خاکبازان* شهناز گلیان تهرانی* راضیه پیغمبردوست** انوشیروان کاظم‌نژاد***

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی و نفاس با تغییرات مهمی در کیفیت زندگی زنان همراه می‌باشد. از جمله ابزارهای ارتقای کیفیت زندگی مشاوره است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس طبیعی انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است که در بیمارستان رازی شهرستان مرند در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته است. تعداد ۲۶۰ زن پس از زایمان طبیعی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمون (۱۳۰ نفر) علاوه بر مراقبت‌های معمول دوره نفاس، هفته اول دو بار، هفته دوم تا ششم یک بار در هفته مشاوره تلفنی به مدت ۲۰ دقیقه دریافت نمودند. همچنین جهت پاسخگویی به نیازهای پیش‌بینی نشده مادران، آنان به صورت ۲۴ ساعته امکان برقراری تماس تلفنی با مشاور را داشتند. گروه شاهد (۱۳۰ نفر) فقط مراقبت‌های معمول دوره نفاس را دریافت می‌کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی، فرم ثبت مشکلات دوره نفاس و پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-36) بود که در روز اول و چهل و دو روز پس از زایمان توسط پرسشگر آموزش دیده و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو و تی تست) و نرم‌افزار SPSS v.13 استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، روز اول پس از زایمان کیفیت زندگی زنان در ابعاد جسمی و روانی در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف آماری معناداری نداشت که نشان دهنده همگن بودن دو گروه می‌باشد. اما شش هفته پس از زایمان زنان گروه آزمون، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه شاهد داشتند و در ابعاد جسمی ($p < 0/001$) و روانی ($p < 0/001$) بین دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد ارایه مشاوره تلفنی توسط ماما بتواند بر بهبود کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس مؤثر باشد. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌شود.

نویسنده مسؤول: زهره خاکبازان؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: khakbaza@sina.tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: مشاوره تلفنی، کیفیت زندگی، دوره نفاس

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۸ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۸۸

مقدمه

دوران نفاس، زمان انتقالی برای مادر و خانواده او محسوب می‌شود و نیازمند تطابق فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد با این دوره می‌باشد (۱). مطالعات در حال حاضر بیانگر آن

است که زنان در دوره نفاس با اختلالات جسمی و روانی متعددی مواجه می‌شوند (۲). تقریباً ۴۰٪ از زنان باردار (هر سال پنجاه میلیون نفر) مشکلات سلامتی را در طول بارداری یا در دوره نفاس تجربه می‌کنند و ۱۵٪ از عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آن‌ها را همراهی می‌کند، رنج می‌برند (۳).

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند
*** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس

حضور می‌باشد (۱۱). با این که چنین به نظر می‌رسد که ارزش مشاوره تلفنی نسبت به معاینات چهره به چهره پایین‌تر باشد، اما با این فن‌آوری می‌توان در مدت کوتاه، مداخلات مراقبتی بسیار مفیدی انجام داد، مراقبت‌ها را از حالت بیمارستان مداری به صورت جامعه مداری و از مراقب‌مداری به مددجو مداری تبدیل کرد (۱۲) و نیاز زنان برای مراقبت بیشتر را شناسایی نمود (۱۳).

امروزه مراقبت‌های پزشکی تلفنی یک جزء اصلی ارایه مراقبت‌ها در سراسر ایالات متحده است (۱۴). مشاوره تلفنی پس از زایمان نیز گرچه یک روش معمول در بسیاری از کشورها در ارایه مراقبت‌های پس از زایمان است، لیکن تاکنون مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی اندکی در این زمینه انجام شده است. در مطالعه مروری Shaw و همکاران حمایت‌های پس از زایمان (مشاوره تلفنی یا معاینه در منزل) بر بهبود کیفیت زندگی زنان در معرض خطر کمتر تأثیر بارزی نداشت. این محققان تصمیم‌پذیری نتایج را محدود به آمریکای شمالی و سایر کشورهای توسعه یافته دانستند و انجام مطالعات بیشتر را توصیه نمودند (۱). از آنجا که در ایران تاکنون مطالعه مداخله‌ای درباره کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس انجام نشده، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس انجام یافته است.

روش بررسی

این مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان با

کیفیت زندگی در مراحل مختلف، از جمله در دوره نفاس قابل اندازه‌گیری است (۴). تغییرات چشمگیری که در سلامت جسمی و روانی زنان در دوره نفاس رخ می‌دهد، با کاهش کیفیت زندگی آنان در این دوره بحرانی همراه است (۵). عدم غربالگری زنان در این دوره می‌تواند بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی و سلامت عمومی آنان تأثیرگذار باشد (۶). زنان در سه ماهه سوم حاملگی، دارای سطوح بسیار پایینی از عملکرد جسمی (۶۲/۹۱٪)، عملکرد اجتماعی (۷۴٪)، قابلیت زیست‌پذیری (Vitality) (۴۷/۲۴٪) بوده و محدودیت عملکردی ناشی از مشکلات سلامتی بالایی (۴۵٪) دارند (۷). این اختلالات تا پایان دوره نفاس ادامه می‌یابد. در این دوره در مقایسه با دوره حاملگی نمرات عملکرد اجتماعی و عملکرد ناشی از مشکلات احساسی کاهش نشان می‌دهد (۸). کاهش عملکرد اجتماعی زنان پس از زایمان و نمرات پایین‌تر آن در نتیجه دیسترس عاطفی دوره نفاس، دلالت بر نیاز مادران و زوجها بر آموزش‌های پیگیر دارد (۹). بر اساس مطالعات اخیر، زنان خواهان مراقبت‌های پیگیر و توصیه‌های مداوم و عدم اتلاف وقت در معاینه‌های مکرر پس از زایمان هستند. به منظور بهبود چنین مراقبت‌هایی دخالت مستمر ماماها در این زمینه پیشنهاد شده است (۱۰). همچنین در بررسی رضایتمندی زنان از مراقبت‌های دوران نفاس نشان داده شد که زنان خواهان روش‌هایی برای بهبود کیفیت این مراقبت‌ها هستند که یکی از این پیشنهادها، تماس تلفنی مستقیم با مراقب بهداشتی (ماما) در زمان‌های مورد نیاز و خارج از مراقبت‌های

تنظیم می‌شد و بخش دوم به نیازهای خاص هر مددجو و ارایه راه حل پیشنهادی به وی اختصاص می‌یافت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی، فرم ثبت مشکلات دوره نفاس و پرسشنامه استاندارد فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-36) بود. پرسشنامه ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی، حاوی ۱۷ سؤال در روز اول بعد از زایمان تکمیل گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی در دو مرحله، روز اول (قبل از ترخیص مادران) و روز چهارم و دوم پس از زایمان با مراجعه به درب منازل و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد.

پرسشنامه استاندارد فرم کوتاه کیفیت زندگی دارای ۳۶ سؤال در دو بعد سلامت جسمی و روانی است. بعد جسمانی شامل ۴ خرده مقیاس: عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی و بعد روانی شامل ۴ خرده مقیاس: احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت عملکرد با توجه به مشکلات عاطفی و عملکرد اجتماعی است. به هر سؤال امتیاز صفر تا صد تعلق گرفت، بدین ترتیب میانگین هر خرده مقیاس و همچنین میانگین کل نمره کیفیت زندگی نیز در محدوده صفر تا صد قرار گرفت. نمرات بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌داد. در این پژوهش به منظور کسب روایی پرسشنامه «اطلاعات جمعیت‌شناختی» از روایی محتوا استفاده گردید. پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی، نیز که یک پرسشنامه استاندارد است، روایی نسخه فارسی آن توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

زایمان طبیعی اعم از نخست‌زا و چندزا می‌باشند که در بخش پس از زایمان بیمارستان رازی مرند در سال ۱۳۸۶ بستری بودند. ۲۶۰ نفر پس از کسب رضایت به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی، ۱۳۰ نفر در گروه آزمون (مشاوره تلفنی) و ۱۳۰ نفر در گروه شاهد (مراقبت‌های معمول دوره نفاس) قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل به دنیا آوردن نوزاد زنده و سالم، تک قلو، سکونت در مرند و حومه، داشتن دسترسی به تلفن، نداشتن سابقه بیماری‌های داخلی و جراحی یا مصرف داروی خاص و نداشتن مشکل شنوایی و تکلم بود. شرایط حذف از مطالعه نیز عدم دسترسی به آدرس منزل مددجویان، موارد منجر به بستری، مرگ نوزاد و یا داشتن نیاز به مراقبت‌های ویژه نوزادی در نظر گرفته شد.

نوع مداخله در این پژوهش مشاوره تلفنی بود که در گروه آزمون، در هفته اول دو بار و هفته دوم تا ششم یک بار در هفته انجام گرفت. مدت مکالمات تلفنی به طور میانگین ۲۰ دقیقه بود که بر اساس نیاز مددجو تغییر می‌یافت. علاوه بر آن مادران به صورت ۲۴ ساعته جهت موارد پیش‌بینی نشده، امکان تماس و دسترسی به مشاور تلفنی را داشتند. گروه شاهد فقط مراقبت‌های معمول دوره نفاس را دریافت می‌کردند. محتوای مکالمات تلفنی بر اساس دستورالعمل مامایی سازمان جهانی بهداشت تعیین گردید (۱۵) و هر مشاوره تلفنی به دو بخش اختصاص یافت. بخش نخست شامل توصیه‌های معمول دوره نفاس بود که بر اساس مشکلات شایع دوران نفاس در هر هفته

مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهشکده برای تعیین روایی آن از روایی متقارن و برای تعیین پایایی آن، از همسانی درونی استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (۱۶).

با توجه به این که پس از اتمام دوره مداخله مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی، در هر دو گروه و با مراجعه به درب منازل تکمیل می‌گردید، در صورت عدم حضور فرد مورد مطالعه، پژوهشگر تا سه روز پی در پی و سپس هفته بعد مجدداً به درب منازل مراجعه و اقدام به تکمیل پرسشنامه می‌نمود. لازم به ذکر است اکثر مادران ساکن روستا بودند. در طول مطالعه ۵ نفر به علت تغییر آدرس یا مهاجرت به شهرهای دیگر از پژوهش خارج گردیدند و در نهایت ۲۵۵ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. در مجموع، نمونه‌گیری حدود سه ماه به طول انجامید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای دو و تی تست استفاده شد. کلیه محاسبات آماری به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS v.13 انجام یافت.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های این پژوهش، بیشترین درصد مادران (۶۶/۲٪) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و ۵۷/۳٪ دارای تحصیلاتی در سطح زیر دیپلم بودند. شغل همسر اکثر زنان در گروه آزمون (۴۶/۴۵٪) کارگر و در گروه شاهد (۴۵/۲٪) آزاد و اکثر زنان در گروه مداخله (۵۱/۲٪) و کنترل (۴۵/۲٪) درآمد خانوار ناکافی داشتند. بیش از نیمی از زنان در هر دو گروه آزمون (۵۵/۸٪) و شاهد (۵۳/۲٪) ساکن روستا

بودند. اکثر زنان مورد مطالعه، نولی‌پار (۵۸/۸٪)، دارای حاملگی خواسته (۸۷/۸٪) و برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به خانه بهداشت (۵۵/۳٪) مراجعه نموده بودند. دو گروه آزمون و شاهد از نظر میانگین سنی، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت مسکن، محل سکونت، حمایت همسر و اطرافیان، میزان درآمد خانوار و سوابق مامایی شامل: تعداد حاملگی و زایمان، سابقه نازایی و جنسیت نوزاد اختلاف آماری معناداری نداشتند و از نظر عوامل یاد شده همگن بودند. همچنین در روز اول پس از زایمان دو گروه از نظر کل نمره کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روانی آن همگن بودند و بین آن‌ها اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

یافته‌های این پژوهش نشان داد پس از مداخله میانگین امتیاز کسب شده در بعد جسمی کیفیت زندگی در گروه آزمون ۸۲/۶۴ و در گروه شاهد ۶۰/۵۹ بوده است. همچنین در بعد روانی نیز میانگین امتیاز کسب شده در گروه آزمون (۷۷/۷۰) بیشتر از گروه شاهد (۶۲/۳) بوده است و بر این اساس اختلاف معناداری بین دو گروه در ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در چهل و دو روز پس از زایمان دیده شد ($p < 0/001$). همچنین نمره کل کیفیت زندگی، شش هفته پس از زایمان در گروه آزمون (۸۰/۱۷) در مقایسه با گروه شاهد (۶۱/۴۵) به طور معناداری بالاتر بود ($p < 0/001$). به علاوه میانگین تمام خرده مقیاس‌های ابعاد کیفیت زندگی در چهل و دو روز پس از زایمان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بالاتر بود. آزمون آماری t اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان داد ($p < 0/001$) (جدول شماره ۲).

جدول ۱- مقایسه ابعاد جسمی و روانی و کل نمره کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد یک روز پس از زایمان

p-value	شاهد		آزمون		گروه کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p=۰/۲۴۶$	۲۰/۹۹	۵۹/۳۸	۱۴/۲۰	۶۱/۹۷	بعد جسمی
$p=۰/۷۱۸$	۲۲/۵۸	۵۹/۱۹	۱۷/۳۳	۵۸/۲۸	بعد روانی
$p=۰/۴۱۸$	۱۹/۴۴	۵۸/۳۷	۱۴/۷۵	۶۰/۱۲	کل نمره کیفیت زندگی

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی، ابعاد جسمی، روانی و خرده مقیاس‌های آن چهل و دو روز پس از زایمان در گروه آزمون و شاهد

p-value	شاهد		آزمون		گروه کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p<۰/۰۰۱$	۲۴/۲۶	۸۰/۱۶	۱۳/۴۳	۹۴/۳۰	بعد جسمی
$p<۰/۰۰۱$	۴۲/۵۹	۳۹/۴۸	۳۷/۳۰	۷۵/۵۸	
$p<۰/۰۰۱$	۴۸/۲۶	۵۵/۵۶	۴۰/۱۶	۷۷/۲۶	
$p<۰/۰۰۱$	۱۶/۲۷	۶۱/۲۱	۱۷/۳۴	۸۰/۶۸	
$p<۰/۰۰۱$	۲۱/۴۱	۶۰/۵۹	۱۸/۶۹	۸۲/۶۴	بعد روانی
$p<۰/۰۰۱$	۲۴/۴۶	۵۹/۶۸	۲۳/۶۷	۷۴/۷۳	
$p<۰/۰۰۱$	۲۲	۶۷/۷۱	۲۰/۴۶	۷۸/۷۰	
$p<۰/۰۰۱$	۲۱/۵۸	۶۶/۲۷	۲۵/۱۷	۸۰/۱۴	
$p<۰/۰۰۱$	۲۶/۰۶	۶۱/۵۳	۲۴/۳۱	۷۹/۹۸	
$p<۰/۰۰۱$	۲۳/۷۷	۶۲/۳	۲۳/۱۱	۷۷/۷۰	
$p<۰/۰۰۱$	۲۰/۴۶	۶۱/۴۵	۱۹/۶۶	۸۰/۱۷	

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش دو گروه (آزمون و شاهد) از نظر عوامل احتمالی مؤثر بر کیفیت زندگی دوره نفاس از جمله سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد خانوار، تعداد زایمان، جنسیت نوزاد، حمایت همسر و اطرافیان و همچنین کیفیت زندگی در روز اول پس از زایمان همگن بودند و بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. تأثیر عوامل یاد شده بر کیفیت زندگی در مقالات متعددی تأیید شده است از جمله Akyn و همکاران سن مادر، سطح تحصیلات زن و همسر، وضعیت

اقتصادی - اجتماعی و تعداد فرزندان را از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مطرح نموده‌اند (۱۷). Beck وضعیت اقتصادی - اجتماعی را از عوامل پیش‌گویی افسردگی بعد از زایمان می‌داند (۱۸). در پژوهشی که Hung و Chung در چین انجام دادند، دریافته‌اند که عوامل اجتماعی چون حمایت همسر و اطرافیان بر سطح استرس پس از زایمان در زنان تأثیر دارد و هر چه حمایت اطرافیان در هفته سوم و پنجم پس از زایمان افزایش یابد، عوارض روانی در این دوران نیز کمتر خواهد شد (۱۹).

در مورد اهداف اصلی این تحقیق، میانگین نمره کیفیت زندگی پس از مداخله، در گروه آزمون در هر دو بعد جسمی ($82/64 \pm 18/69$) و روانی ($77/70 \pm 23/11$) در مقایسه با ابعاد جسمی ($60/59 \pm 21$) و روانی ($62/3 \pm 23/77$) در گروه شاهد به طور معناداری بالاتر بود ($p < 0/001$). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که برنامه‌های حمایتی در دوره‌های انتقالی زندگی و استرس‌های حاد، تأثیر مثبتی بر سلامتی دارد. از این‌رو انتظار می‌رود، حمایت‌های اجتماعی در دوره نفاس نیز به عنوان یک دوره انتقالی مهم در زندگی، بتواند در ارتقای پیامدهای مادری، مؤثر واقع شود (۲۰). علی‌رغم توصیه‌هایی که برای این‌گونه حمایت‌ها می‌شود کمتر ارزشیابی جامعی وجود دارد که به بررسی تأثیر برنامه‌های حمایتی پس از زایمان (۱ و ۲۱) و از جمله مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس پرداخته باشد.

در مطالعه‌ای که توسط MacArthur و همکاران با هدف بررسی تأثیر مشاوره پس از زایمان توسط ماما بر سلامت جسمی و روانی زنان در دوره نفاس انجام یافت، ۴ ماه پس از زایمان در بعد جسمی کیفیت زندگی اختلاف معناداری بین گروه آزمون ($46/68$) و شاهد ($47/84$) مشاهده نگردید. در حالی که میانگین نمره بعد روانی کیفیت زندگی، همسو با نتایج این مطالعه، در گروه آزمون ($50/50$) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل ($47/54$) بود ($p < 0/001$). در مطالعه یاد شده گروه آزمون، خدمات مشاوره‌ای را توسط ماما و در روزهای ۱۰ و ۲۸ و همچنین هفته ۱۰ تا ۱۲ پس از

زایمان دریافت کرده بود (۲۲). در مطالعه دیگری که توسط Shaw و همکاران با هدف بررسی کارآزمایی‌های بالینی انجام گرفته در زمینه تأثیر حمایت‌های پس از زایمان بر بهبود کیفیت زندگی، سلامت جسمی و روانی زنان در آمریکا و به صورت مروری انجام گرفت، هیچ یک از مطالعات بیانگر تأثیر مداخلات انجام گرفته (مشاوره تلفنی، بازدید از منزل و گروه‌های حمایتی) بر جنبه جسمی کیفیت زندگی در زنان نبوده است. در مطالعه آنان، مداخله تنها بر جنبه روانی کیفیت زندگی، آن هم در یکی از کارآزمایی‌های بالینی تأثیر داشته است. Shaw و همکاران محدود بودن این مطالعه مروری را به بررسی کارآزمایی‌های بالینی انجام یافته در حیطه جغرافیایی ایالات متحده، از محدودیت‌های این مطالعه برشمرده‌اند و ضمن پیشنهاد به‌کارگیری برنامه‌های حمایتی با توجه به زمینه فرهنگی هر کشوری، انجام مطالعات بیشتر را توصیه نموده‌اند (۱). در مطالعه مروری یاد شده، اکثر زنان مورد پژوهش ساکن شهر بوده و دسترسی بسیار مطلوبی به منابع حمایتی پس از زایمان داشته‌اند. در حالی که در پژوهش حاضر، اکثر زنان مورد مطالعه ساکن روستا و دارای درآمد ناکافی بودند و برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به خانه بهداشت مراجعه می‌نمودند.

نتایج مثبتی که در این مطالعه حاصل شد، می‌تواند به دلیل متفاوت بودن کیفیت ارزیابی خدمات و جامعه پژوهش باشد. اول آن که مادران مورد مطالعه طی جلسات متعدد و بر اساس نیازسنجی از مشکلات، مورد مشاوره قرار گرفته و پس از آن نیز به حال خود رها

جایگاهی ویژه جهت ارائه خدمات حمایتی به مادران در نظر بگیرند که از آن جمله می‌توان به معاینه در منزل توسط تیم بهداشتی و ارائه خدمات تلفنی توسط ماماها به صورت گسترده و در سراسر کشور اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۵۶۶۶ مورخ ۸۶/۵/۱۶ می‌باشد. بدین‌وسیله از مسؤولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسؤولان و کارکنان بیمارستان رازی شهرستان مرند و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در این طرح شرکت نموده و ما را یاری رساندند، تشکر به عمل می‌آید.

نشده و قادر بودند دسترسی ۲۴ ساعته به مشاور داشته باشند. ثانیاً آنان همان‌گونه که اشاره شد از وضعیت اقتصادی-اجتماعی مطلوبی برخوردار نبودند و این مسأله دسترسی آنان را به دیگر منابع حمایتی محدود می‌کرد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مشاوره تلفنی به عنوان یک برنامه حمایتی آسان و ارزان قادر است، با افزایش آگاهی مادران و پاسخ‌دهی به نیازهای آنان در بهبود کیفیت زندگی زنان در دوره نفاس مؤثر باشد. این امر می‌تواند مورد توجه مسؤولان امر قرار گیرد تا در حیطه خدمات پس از زایمان حمایت جسمی و روانی مادران را مدنظر قرار داده و بخش‌های مشاوره‌ای توسط ماماها در بیمارستان‌های زنان و زایمان را فعال‌تر سازند و در برنامه‌ریزی‌های کلان بهداشتی کشور

منابع

- 1 - Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J; McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 2006 Sep; 33(3): 210-20.
- 2 - Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG*. 2000 Oct; 107(10): 1202-9.
- 3 - Givi M, Zoladle M. [Translation of community health nursing]. Anderson A, MacFarlyn G (Authors). Tehran: Boshra Publication; 2001. (Persian)
- 4 - Beydoun H, Saftlas AF, Harland K, Triche E. Combining conditional and unconditional recruitment incentives could facilitate telephone tracing in surveys of postpartum women. *J Clin Epidemiol*. 2006 Jul; 59(7): 732-8.
- 5 - Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *J Nurs Meas*. 2006 Winter; 14(3): 205-20.
- 6 - Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. *Birth*. 2002 Mar; 29(1): 40-6.
- 7 - Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol*. 1999 Dec; 94(6): 935-41.
- 8 - Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. 1989 Apr; 57(2): 269-74.
- 9 - Gjerdingen DK, Center BA. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *J Am Board Fam Pract*. 2003 Jul-Aug; 16(4): 304-11.

- 10 - Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth: breastfeeding. *Acta Paediatr Scand*. 1987 Sep; 76(5): 727-32.
- 11 - Lomoro OA, Ehiri JE, Qian X, Tang SL. Mothers' perspectives on the quality of postpartum care in Central Shanghai, China. *Int J Qual Health Care*. 2002 Oct; 14(5): 393-402.
- 12 - Park EJ. Telehealth technology in case/disease management. *Lippincotts Case Manag*. 2006 May-Jun; 11(3): 175-82.
- 13 - Steel O'Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. *Can J Public Health*. 2003 Mar-Apr; 94(2): 98-103.
- 14 - Thompson TG, Arthur D, Boxer R. A model for telephonic medical consults Guidelines for Decision-makers. Available at: <http://www.telehealthreports.com/documents/ModelForTelephonicConsults.pdf>. Accessed January 20, 2010.
- 15 - World Health Organization, Department of reproductive health and research. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1998
- 16 - Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005 Apr; 14(3): 875-82.
- 17 - Akyn B, Ege E, Kocodlu D, Demiroren N, Yylmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009 Feb; 35(1): 86-93.
- 18 - Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996 Sep-Oct; 45(5): 297-303.
- 19 - Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J Adv Nurs*. 2001 Dec; 36(5): 676-84.
- 20 - Hunker DF. Effects of adverse birth events on maternal mood, maternal functional status and infant care. Ph.D Dissertation in Nursing, University of Pittsburgh, 2007.
- 21 - Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J Adv Nurs*. 2001 Dec; 36(5): 676-84.
- 22 - MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Braunholtz DA, Gee H. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002 Feb 2; 359(9304): 378-85.