

بررسی تأثیر ارایه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، بر کیفیت زندگی مادران کم‌خطر

سیده طاهره میرمولایی* مهرانوش عامل‌ولی‌زاده** محمود محمودی*** زینب توکل**

چکیده

زمینه و هدف: معاینه در منزل می‌تواند در مورد بسیاری از مشکلات بهداشتی مانند عوارض روحی-روانی و پیامدهای نامساعد زایمانی، مزایای منحصر به فردی داشته باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان تأثیر ارایه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، بر کیفیت زندگی مادران کم‌خطر می‌باشد. **روش بررسی:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که در مرکز بهداشت اکبرآباد تهران در سال ۱۳۸۹ انجام یافته است. ۲۰۰ مادر زایمان کرده که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه شاهد (۱۰۰ نفر) مراقبت‌های پس از زایمان نوبت دوم و سوم را از مرکز بهداشت و گروه آزمون (۱۰۰ نفر) این مراقبت‌ها را در منزل خود دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه حاوی داده‌های مرتبط با مشخصات جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی مادران و چک لیست و نمودارهای پیش‌رشد بود که با مراجعه به منازل آنها، تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ۷.18 و آزمون‌های Mann-Whitney U و $wilcoxon$ X^2 استفاده و $p < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، دو گروه از نظر کیفیت زندگی در ابتدای مطالعه با یکدیگر همگن بودند. میزان دریافت مراقبت‌های مادری و نوزادی پس از زایمان در نوبت دوم و سوم بین دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت ($p < 0.01$ و $p < 0.001$). بعد از مداخله کیفیت زندگی در هیچ کدام از ابعاد جسمی ($p = 0.052$)، روحی و روانی ($p = 0.775$)، سلامت عمومی ($p = 0.618$)، عملکرد اجتماعی ($p = 0.780$) و کلی ($p = 0.213$) تفاوت آماری معناداری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد ارایه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی مادران کم‌خطر نداشته باشد، بنابراین انجام مطالعات بیشتر در این زمینه با محتوای مراقبتی متفاوت توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های پس از زایمان، معاینه در منزل، کیفیت زندگی

نویسنده مسؤول: زینب توکل؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: tavakolz@razi.tums.ac.ir

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۹ - پذیرش مقاله: تیر ماه ۱۳۹۰

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را ادراک فرد نسبت به وضعیت زندگی خود با در نظر گرفتن فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و اولویت‌های مدنظر خود او تعریف می‌نماید (۱). سنجش کیفیت زندگی و در

نظر گرفتن شرایط زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی، نقطه نظرات، علاقه‌مندی‌ها و اهداف افراد و ارزش‌های جامعه در برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت بسیار حایز اهمیت است (۲). کیفیت زندگی در دوره‌های مختلف، از جمله دوره بارداری (۳) و پس از زایمان قابل سنجش می‌باشد (۴). زنان حین زایمان و دوره پس از زایمان، عوارض فیزیکی، روحی-روانی و

* مربی گروه آموزشی بهداشت باروری، بارداری و زایمان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** کارشناس ارشد مامایی
*** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهم است (۱۶). نتایج بررسی رضایتمندی مادران از مراقبت‌های دوره نفاس نشان داده که مادران متقاضی ارایه روش‌هایی جهت بهبود کیفیت این مراقبت‌ها هستند (۱۷). در این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای دوره پس از زایمان برنامه جامعی را تدوین نموده است که شامل ۳ مرتبه مراقبت‌های مربوط به مادر در دوره پس از زایمان در روزهای ۱-۳، ۱۵-۱۰ و ۶۰-۴۲ بعد از زایمان می‌باشد. محتوای این مراقبت‌ها شامل معاینات، مشاهدات، پرسش‌ها و آموزش‌های لازم در مورد بهداشت فردی، روانی، جنسی، دهان و دندان، علایم خطر، شکایت‌های شایع، تغذیه این دوره و مکمل‌های دارویی، شیردهی، مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و تنظیم خانواده است. طبق تعریف NAHC (National Association For Home Care & Hospice) معاینه در منزل یک تعامل هدفمند و راهبردی کارآمد در منزل (یا محل سکونت) به منظور ارتقا و حفظ سلامت افراد و خانواده است و ویژگی مهم آن این است که در یک معاینه در منزل، مراقب بهداشتی به محل زندگی مددجو می‌رود (۱۸). به کمک معاینه در منزل می‌توان ارایه آموزش‌ها و مراقبت‌های بهداشتی را به درون منزل مادران انتقال داد (۱۹). از طرفی معاینه در منزل می‌تواند در مورد بسیاری از مشکلات بهداشتی مثل عوارض روحی-روانی و پیامدهای نامساعد زایمانی مزایای منحصر به فردی داشته باشد (۲۰). ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی از روش معاینه در منزل به عنوان یک راه برای بهبود پیامدهای مادران و شیرخواران، حمایت کرده‌اند (۱۹). با وجود این در مطالعه مروری

جنسی مختلفی را تجربه می‌کنند (۵) که این عوارض می‌تواند در روند زندگی آنان اختلال ایجاد کند (۶). تغییرات چشمگیری که در سلامت جسمی و روحی-روانی زنان در دوره پس از زایمان رخ می‌دهد، منجر به افت کیفیت زندگی آن‌ها در این دوره حساس و بحرانی می‌شود (۷). اکثر مادران در مورد مشکلات و مراقبت‌های دوره پس از زایمان آگاهی اندکی دارند (۸)، به همین دلیل است که بیشتر مادران نخست‌زا، آمادگی لازم را برای مادر شدن نداشته و به حمایت از طرف خانواده، دوستان و مراقبان بهداشتی نیاز دارند (۹). برخی از محققان معتقدند که اقدامات حمایتی پس از زایمان کیفیت زندگی مادران را بهبود می‌بخشد (۱۰)، در حالی که مطالعات دیگر نشان داده که حمایت‌های پس از زایمان تنها بر بعد روحی-روانی کیفیت زندگی زنان در دوره پس از زایمان مؤثر واقع می‌شود (۱۱). از طرفی جمعی از محققان نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیده‌اند که انجام مداخلات پس از زایمان در بهبود سلامت جسمی و روانی تأثیر مثبتی ندارد (۱۲-۱۴). مطالعات اخیر نشان داده که زنان مشتاق دریافت مراقبت‌های متوالی و پیگیرانه و آموزش‌های مداوم و معاینه‌های مکرر پس از زایمان هستند. برای ارتقای کیفیت این مراقبت‌ها دخالت مداوم ماماها در این زمینه توصیه شده است (۱۵). ارایه خدمات پس از زایمان مهم‌ترین عامل در پیشگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و نوزادی می‌باشد. بنابراین نحوه عملکرد مراقبان بهداشتی و میزان برخورداری مادر از حمایت‌های محیطی، در نحوه سازگاری وی با این دوره زمانی بسیار

به گفتگو و درک زبان فارسی بوده، همچنین ساکن مناطق ۱۰ و ۱۱ و ۱۷ شهر تهران باشد. مادر یا نوزاد به هیچ گونه اختلال و یا بیماری جسمی و روحی تشخیص داده شده مبتلا نباشند. حاملگی اخیر کم خطر بوده باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل نقل مکان کردن بدون اطلاع، مهاجرت از مناطق مورد مطالعه یا از شهر تهران، جدایی از همسر، بستری شدن مادر و یا نوزاد در بیمارستان به مدت بیشتر از ۷۲ ساعت، عدم دریافت هیچ کدام از دو نوبت مراقبت مادری دوم و سوم، بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه، چک لیست، نمودارهای پایش رشد، فشارسنج، ترمومتر، مترنواری و ترانوی نوزاد بود. پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی مادر، سؤالات مربوط به دریافت مراقبت‌های پس از زایمان و علت عدم دریافت این مراقبت‌ها (۲۹ سؤال) و بخش دوم، پرسشنامه استاندارد فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-36) بود. این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال در چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روحی-روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی است. حداکثر امتیاز قابل کسب ۱۰۰ و حداقل آن صفر است و هر چه کل نمره فرد بالاتر باشد، دلالت بر کیفیت زندگی بهتر دارد.

در این مطالعه جهت روایی بخش اول پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد. پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی نیز یک پرسشنامه استاندارد است و روایی نسخه فارسی آن توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است. در

Shaw و همکاران حمایت‌های پس از زایمان (ویزیت منزل یا مشاوره تلفنی) بر بهبود کیفیت زندگی زنان در معرض خطر تأثیر چشمگیری نداشته است، با این حال محققان یاد شده تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه خود را محدود به آمریکای شمالی و دیگر کشورهای توسعه یافته دانسته و پیشنهاد نموده‌اند که باید مطالعات بیشتری در این زمینه انجام گیرد (۲۱). از آن جا که تاکنون در ایران مطالعات مربوط به ویزیت در منزل جهت مراقبت‌های پس از زایمان اندک بوده و در هیچ کدام از آن‌ها کیفیت زندگی زنان در این دوره سنجیده نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر ارایه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بر کیفیت زندگی مادران کم خطر انجام یافته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. گواهی اخلاق انجام این مطالعه به شماره ۸۹/۱۳۰/۲۲۱۰ از دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ شده است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه مادرانی هستند که با زایمان اول یا دوم جهت انجام تست غربالگری نوزادان به مرکز بهداشت اکبرآباد در سال ۱۳۸۹ مراجعه کرده بودند. ۲۰۰ نفر از مادران پس از اخذ رضایت‌نامه به روش در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و طی تخصیص تصادفی، ۱۰۰ نفر در گروه آزمون (معاینه در منزل) و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد (دریافت مراقبت‌های پس از زایمان از مرکز بهداشت) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه: نوزاد، فرزند اول یا دوم مادر بوده و ترم و سالم باشد. مادر قادر

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 (۲۲). نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات قبلی داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته است.

مداخله شامل ارایه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بود که بر اساس آخرین پروتکل وزارت بهداشت در این زمینه ارایه شد. بر اساس پروتکل مذکور مراقبت‌های پس از زایمان طی ۳ نوبت معاینه در روزهای ۱-۳، ۱۰-۱۵، ۶۰-۴۲ پس از زایمان ارایه می‌گردد. قابل ذکر است که طبق پروتکل مذکور مراقبت‌های مربوط به کودک در دوره پس از زایمان در روزهای ۳-۵ و ۱۵-۴، ۳۰-۴۵ انجام می‌گیرد. مراقبت نوبت اول در هر دو گروه در بیمارستان محل زایمان انجام گرفت و مداخله، این مراقبت را شامل نمی‌شد. بنابراین جهت ارایه مراقبت‌ها برای گروه آزمون، پژوهشگر با کلیه وسایل مورد نیاز (شامل فشارسنج و گوشی پزشکی، ترمومتر، مترنواری، ترازوی نوزاد، چک لیست‌ها و نمودارهای رشد) همراه با رابط بهداشتی منطقه در روزهای مشترک مراقبت مادر و کودک (روز ۱۵±۲-۱۴ و روز ۴۲±۲-۴۵) به منزل مادران مراجعه می‌نمود، درحالی که مادران گروه شاهد در همین روزها جهت دریافت مراقبت‌ها به مرکز بهداشت مراجعه می‌کردند.

محتوای مراقبت‌ها، کلیه موارد ذکر شده در دستورالعمل وزارت بهداشت بود که شامل معاینات، مشاهدات، پرسش‌ها و آموزش‌های لازم در مورد بهداشت فردی، روحی-روانی،

جنسی، دهان و دندان، علایم خطر، شکایت‌های شایع دوره پس از زایمان، تغذیه این دوره و مکمل‌های دارویی، شیردهی، مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و تنظیم خانواده است. در مراقبت نوبت اول تأکید بر تزریق آمپول روگام و در مراقبت نوبت سوم تأکید بر بررسی دندانپزشکی و انجام آزمایش پاپ اسمیر و مشاوره تنظیم خانواده لحاظ شده است. میانگین مدت زمان هر معاینه در منزل ۵۰ دقیقه بود که بر اساس تقاضای مادران تغییر می‌یافت (۶۰-۴۵ دقیقه). هر معاینه در منزل به سه بخش تقسیم می‌شد. بخش اول شامل سؤالات و ارزیابی بهبود جسمی و روحی-روانی مادر و معاینات لازم و تعیین قد، وزن و دور سر نوزاد بود، بخش دوم شامل آموزش‌های ویژه دوره پس از زایمان و در بخش سوم، پژوهشگر چک لیست‌ها را تکمیل و نمودارها را ترسیم می‌نمود. همچنین در زمان معاینه به سؤالات والدین نیز پاسخ داده می‌شد. در نهایت طی دو هفته پس از ارایه مراقبت نوبت سوم (روز ۴۲±۲-۴۵) پرسشنامه برای هر دو گروه با مراجعه پژوهشگر به منزل مادران تکمیل گردید.

با توجه به این که جهت ارایه مراقبت‌ها و همچنین تکمیل پرسشنامه پژوهشگر موظف به مراجعه به منزل مادران بود، در موارد معاینه برای ارایه مراقبت تا محدوده زمانی مجاز (مثلاً روزهای ۱۵±۲-۱۴ برای ارایه مراقبت دوم پس از زایمان)، پژوهشگر منتظر می‌ماند، ولی در مواردی که مراجعه به دلیل تکمیل پرسشنامه بود پژوهشگر تا یک هفته برای برقراری ارتباط با مادر تلاش می‌نمود، اگر پس از این زمان

کرده بودند و از این لحاظ تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/058$)، تمام مادران گروه آزمون مراقبت مادری نوبت دوم (۱۵-۱۰ روز پس از زایمان) را دریافت کرده بودند، در حالی که این میزان در گروه شاهد ۷۰/۹٪ بود ($p<0/001$). همچنین میزان دریافت مراقبت مادری نوبت سوم (۶۰-۴۲ روز پس از زایمان) ۹۸/۹٪ در گروه آزمون و ۹۰/۷٪ در گروه شاهد بود ($p=0/015$). دلیل عدم تفاوت بین دو گروه در نوبت اول مراقبت این است که این مراقبت برای مادران طی روزهای بستری پس از زایمان در بیمارستان ارایه می‌شود ولی مراقبت‌های نوبت دوم و سوم با مراجعه مادر به مرکز بهداشت ارایه می‌گردد.

مقایسه وضعیت میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس‌ها (جسمی، روحی-روانی، سلامت عمومی و اجتماعی) و نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد، هم در زمان قبل از مداخله و هم بعد از آن در جدول شماره ۲ آورده شده است. همان طور که در جدول یاد شده مشاهده می‌شود نمرات همه ابعاد کیفیت زندگی و نمره کلی آن در هر دو گروه آزمون و شاهد در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنادار داشته است. از این رو به منظور بررسی اثر مداخله، اختلاف نمرات نمونه‌ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه بررسی گردید (جدول شماره ۳). اختلاف میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در ابعاد جسمی، روحی-روانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معناداری ندارد.

مادر به منزل مراجعه نمی‌نمود، پرسشنامه برای وی تکمیل نگردیده و از مطالعه خارج می‌شد. در مجموع نمونه‌گیری حدود ۴/۵ ماه به طول انجامید. ۱۲ نفر از گروه آزمون و ۱۴ نفر از گروه شاهد از مطالعه خارج شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای اسکوئر برای بررسی همگن بودن دو گروه و آزمون‌های Wilcoxon و Mann-Withney U برای بررسی ارتباط بین خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله و بین دو گروه استفاده شد. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS v.18 صورت گرفت.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های این مطالعه اکثر مادران (۶۸٪) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال قرار داشتند و بیشتر آنان (۶۰٪) دارای تحصیلات در حد دبیرستان بودند. شغل اکثر مادران (۹۱٪) خانه‌دار و شغل همسران آن‌ها (۴۵٪) آزاد بود. دو گروه از نظر پاریتی (تعداد بارداری، تعداد سقط و مرتبه فرزند) با همدیگر همگن بودند ($p=0/796$) و اکثر آن‌ها به روش سزارین زایمان نموده بودند (۷۰٪). حاملگی اخیر در بیشتر مادران (۷۸٪) خواسته بود. بیشتر مادران در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند (۸۱٪)، با وجود این اکثر افراد (۸۴٪) در مورد مراقبت‌های پس از زایمان اطلاعاتی را کسب نموده بودند و بیشتر مادران (۶۰٪) میزان درآمد خانوادگی خود را تا حدی مطلوب گزارش کرده بودند (جدول شماره ۱).

در مجموع ۸۵٪ کلیه مادران مراقبت مادری نوبت اول (۳-۱ روز پس از زایمان) را دریافت

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های مادران زایمان کرده تحت پوشش مرکز بهداشت اکبرآباد در دو گروه آزمون و شاهد سال ۱۳۸۹

نتیجه آزمون	گروه شاهد		گروه آزمون		نام متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
* $p=0/092$	٪۲/۳۳	۲	٪۱/۱۴	۱	کمتر از ۲۰ سال
	٪۶۲/۷۹	۵۴	٪۷۰/۴۵	۶۲	بین ۲۰-۲۹ سال
	٪۳۴/۸۸	۳۰	٪۲۸/۴۱	۲۵	۳۰ سال و بیشتر
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
* $p=0/451$	٪۴۵/۳	۳۹	٪۵۳/۴	۴۷	اول
	٪۴۶/۵	۴۰	٪۳۶/۴	۳۲	دوم
	٪۸/۱	۷	٪۱۰/۲	۹	سوم و بیشتر
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
* $p=0/166$	٪۵۸/۱	۵۰	٪۶۱/۴	۵۴	اول
	٪۴۱/۹	۳۶	٪۳۸/۶	۳۴	دوم
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
** $p=0/824$	٪۷۹/۱	۶۸	٪۸۱/۸	۷۲	صفر
	٪۱۸/۶	۱۶	٪۱۷/۰	۱۵	یک
	٪۲/۳	۲	٪۱/۱	۱	دو و بیشتر
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
** $p=0/128$	٪۲۳/۳	۲۰	٪۲۹/۵	۲۶	طبیعی
	٪۰	۰	٪۳/۴	۳	طبیعی با کمک ابزار
	٪۷۶/۷	۶۶	٪۶۷/۰	۵۹	سزارین
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
* $p=0/169$	٪۷۴/۴	۶۴	٪۸۳/۰	۷۳	بلی
	٪۲۵/۶	۲۲	٪۱۷/۰	۱۵	خیر
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
* $p=0/285$	٪۱۶/۲۷	۱۴	٪۱۹/۳	۱۷	بلی
	٪۸۳/۷۳	۷۲	٪۸۰/۷	۷۱	خیر
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
* $p=0/488$	٪۸۲/۶	۷۱	٪۸۶/۴	۷۶	بلی
	٪۱۷/۴	۱۵	٪۱۳/۶	۱۲	خیر
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
** $p=0/135$	٪۳۱/۰	۲۲	٪۱۹/۷	۱۵	مطالعه کتاب و مجله
	٪۱۲/۷	۹	٪۵/۳	۴	تلویزیون و رادیو
	٪۱/۴	۱	٪۲/۶	۲	سایت‌های اینترنتی
	٪۱۵/۵	۱۱	٪۲۶/۳	۲۰	دوستان و اقوام
	٪۳۹/۴	۲۸	٪۴۶/۱	۳۵	مرکز بهداشت
	٪۱۰۰	۷۱	٪۱۰۰	۷۶	جمع
** $p=0/577$	٪۵/۸	۵	٪۳/۴	۳	ابتدایی
	٪۴/۷	۴	٪۹/۱	۸	راهنمایی
	٪۵۹/۳	۵۱	٪۶۱/۴	۵۴	دبیرستان
	٪۳۰/۲	۲۶	٪۲۶/۱	۲۳	دانشگاه
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
* $p=0/109$	٪۱۰/۵	۹	٪۹/۲	۷	شاغل
	٪۸۹/۵	۷۷	٪۹۲/۰	۸۱	خانه دار
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع
** $p=0/108$	٪۴۳/۰	۳۷	٪۴۷/۷	۴۲	آزاد
	٪۱۶/۳	۱۴	٪۱۵/۹	۱۴	کارگر
	٪۳۹/۵	۳۴	٪۳۱/۸	۲۸	کارمند
	٪۰/۰	۰	٪۱/۱	۱	بازنشسته
	٪۱/۲	۱	٪۳/۴	۳	بی کار
	٪۱۰۰	۷۱	٪۱۰۰	۷۶	جمع
* $p=0/440$	٪۱۹/۸	۱۷	٪۱۹/۳	۱۷	مطلوب
	٪۵۷/۰	۴۹	٪۶۴/۸	۵۷	تا حدی مطلوب
	٪۲۳/۳	۲۰	٪۱۵/۹	۱۴	نامطلوب
	٪۱۰۰	۸۶	٪۱۰۰	۸۸	جمع

* کای اسکور

** دقیق فیش

جدول ۲- مقایسه ابعاد جسمی، روحی-روانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده تحت پوشش مرکز بهداشت اکبر آباد دو گروه آزمون و شاهد دو ماه پس از زایمان

نتیجه آزمون	گروه شاهد		گروه آزمون		گروه‌ها	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	قبل از مداخله	بعد از مداخله
$p^b=0/822$	۱۶/۲۵	۴۶/۴۷	۱۵/۲۲	۴۷/۷۶	قبل از مداخله	جسمی
$p^b=0/052$	۱۳/۳۶	۶۴/۱۵	۱۳/۳۳	۶۸/۰۷	بعد از مداخله	
	$p^a<0/001$		$p^a<0/001$			
$p^b=0/712$	۶/۵۸	۶۰/۴۱	۷/۰۳	۵۹/۸۹	قبل از مداخله	روحی و روانی
$p^b=0/775$	۱۶/۹۴	۸۰/۳۷	۱۱/۷۷	۸۱/۸۸	بعد از مداخله	
	$p^a<0/001$		$p^a<0/001$			
$p^b=0/68$	۱۶/۸۸	۴۹/۲۱	۱۵/۱۴	۵۳/۹۹	قبل از مداخله	سلامت عمومی
$p^b=0/68$	۹/۹۴	۵۵/۳۴	۹/۹۸	۵۸/۵۵	بعد از مداخله	
	$p^a=0/027$		$p^a=0/007$			
$p^b=0/975$	۱۸/۲۲	۴۶/۴۳	۱۹/۷۴	۴۶/۵۹	قبل از مداخله	عملکرد اجتماعی
$p^b=0/780$	۱۷/۱۵	۸۱/۴۷	۱۱/۸۱	۸۲/۵۸	بعد از مداخله	
	$p^a<0/001$		$p^a<0/001$			
$p^b=0/190$	۸/۲۰	۵۰/۶۳	۸/۳۰	۵۲/۰۶	قبل از مداخله	نمره کلی
$p^b=0/212$	۹/۷۱	۷۰/۳۳	۶/۹۷	۷۲/۷۷	بعد از مداخله	
	$p^a<0/001$		$p^a<0/001$			

a آزمون wilcoxon

b آزمون Mann-Withney U

جدول ۳- مقایسه اختلاف میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در ابعاد جسمی، روحی-روانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده تحت پوشش مرکز بهداشت اکبر آباد در دو گروه آزمون و شاهد

نتیجه آزمون (Mann-Withney U)	گروه شاهد		گروه آزمون		گروه‌ها کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p=0/755$	۱۵/۸۴	۲۱/۹۲	۱۷/۹۳	۲۳/۵۶	جسمی
$p=0/509$	۱۳/۱۷	۲۳/۹۰	۱۲/۶۹	۲۲/۶۲	روحی و روانی
$p=0/122$	۱۲/۰۲	۱۶/۹۳	۱۰/۴۳	۱۳/۹۹	سلامت عمومی
$p=0/640$	۲۰/۷۷	۳۸/۱۴	۲۱/۹۶	۳۶/۵۹	عملکرد اجتماعی
$p=0/775$	۱۰/۵۰	۲۰/۹۶	۱۰/۴۶	۲۰/۷۶	نمره کلی

بحث و نتیجه‌گیری

گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بهبود چشمگیر نیافت. دو گروه (آزمون و شاهد) از نظر عوامل احتمالی مؤثر بر کیفیت زندگی دوره پس از زایمان از جمله سن، سطح تحصیلات، میزان درآمد خانوار، پاریتی (تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان)، جنسیت نوزاد و

بر اساس نتایج این پژوهش هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی، روحی-روانی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی و نمره کلی در دوره پس از زایمان تحت تأثیر ارایه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، در

همچنین کیفیت زندگی در ابتدای مطالعه همگن بودند. تأثیر عوامل یاد شده بر کیفیت زندگی در مقالات متعددی نشان داده شده است، از جمله مطالعه Akyn و همکاران که سن مادر، سطح تحصیلات مادر و همسر، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، حمایت همسر و تعداد فرزندان را از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مطرح نموده‌اند (۲۳).

دلیل عدم تفاوت در بعد جسمی کیفیت زندگی بین دو گروه می‌تواند مربوط به این باشد که مداخله انجام یافته بیشتر بر ارایه مراقبت‌های معمول دوران بارداری در منزل تأکید داشت و با توجه به این که در این مراقبت‌ها برنامه ورزشی ویژه این دوران لحاظ نشده است، لذا بر سلامت جسمی و توان بدنی مادران تأثیرگذار نبوده و علت بهبود هر دو گروه در انتهای مطالعه روند بهبود تدریجی بدنی و برگشت وضعیت جسمانی به حالت قبل از بارداری است.

در توضیح علت عدم تفاوت در نمره بعد روحی-روانی کیفیت زندگی دو علت احتمالی را می‌توان مؤثر دانست: اول این که مداخله مورد نظر از زمان مراقبت دوم پس از زایمان به مادران ارایه می‌شد و این یعنی از دست رفتن حداقل ۱۰ روز اول پس از زایمان که از روزهای طلایی برای سازگاری روحی-روانی مادر با شرایط جدید زندگی‌اش است و علت دوم می‌تواند مربوط به تعداد کم و ناکافی معاینه در منزل پس از زایمان باشد، چرا که فاصله بین مراقبت دوم و سوم زیاد بوده و احتمالاً نمی‌تواند از لحاظ روحی-روانی در سازگاری مادر تأثیرگذار باشد. مطالعات

مختلف در زمینه کیفیت زندگی زنان در دوران پس از زایمان نشان داده است که حمایت‌های پس از زایمان تنها بر جنبه روحی-روانی کیفیت زندگی، آن هم در برخی کارآزمایی‌های بالینی تأثیر داشته است (۲۱) که تا حدودی با یافته‌های پژوهش حاضر مطابقت دارد. همچنین Shaw و همکاران در مطالعه مروری خود که با هدف بررسی کارآزمایی‌های بالینی انجام گرفته در زمینه تأثیر حمایت‌های پس از زایمان بر بهبود کیفیت زندگی، سلامت جسمی و روانی مادران در آمریکا انجام دادند، مشاهده کردند که حمایت‌های عمومی بعد از زایمان برای زنان کم خطر، بهبود آماری بارزی بر هیچ یک از پیامدهای اندازه‌گیری شده نداشته است. Shaw و همکاران از این مرور نتیجه می‌گیرند که برخی شواهد حاکی از آن است که در جوامع کم توسعه، حمایت پس از زایمان می‌تواند منافی به همراه داشته باشد. در مطالعه MacArthur و همکاران نیز در ابعاد جسمی کیفیت زندگی تفاوت آماری معناداری بین گروه آزمون و شاهد مشاهده نگردید (۱۱). بنابراین جمعی از محققان به این نتیجه رسیدند که انجام مداخلات پس از زایمان در بهبود سلامت جسمی و روحی-روانی تأثیر مثبتی نداشته است (۱۴-۱۲). اما در مطالعه‌ای که توسط خاکبازان و همکاران تحت عنوان «تأثیر مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی زنان در دوران نفاس» در یکی از روستاهای شهر مرند انجام شد، مداخله توانسته بود نمره ابعاد جسمی و روحی-روانی و عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی را در گروه آزمون افزایش دهد (۲/۸۰ در مقابل ۶۴/۶۱). محققان یاد شده در

تعداد معاینه در منزل بیشتر و با آغاز نزدیک‌تر به زمان زایمان و محتوای بهتر انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مامایی، ثبت شده در سایت کارآزمایی‌های بالینی (www.irct.com) به شماره ثبت IRCT201009204785N1 می‌باشد. بدین‌وسیله از مسؤولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسؤولان و کارکنان مرکز بهداشت اکبرآباد و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در اجرای این پژوهش شرکت نموده و ما را یاری رساندند، تشکر به عمل می‌آید.

بیان علت تفاوت نتایج خود با اکثر مطالعات، پایین‌تر بودن وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه مورد مطالعه را مؤثر دانسته‌اند (۱۰).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ارایه مراقبت‌های پس از زایمان، در منزل به طور کلی نتوانسته بهبود بارزی در کیفیت زندگی مادران در دوران پس از زایمان ایجاد نماید که این امر می‌تواند ناشی از نوع مراقبت‌های ارایه شده در دوره پس از زایمان باشد، چرا که در این مراقبت‌ها به برخی عوامل مؤثر همچون فعالیت‌های بدنی مناسب این دوره توجه خاصی نشده است، همچنین تعداد اندک مراقبت‌ها نیز در عدم تأثیر مداخله بی‌تأثیر نبوده است. بنابراین توصیه می‌شود مطالعات مشابهی با

منابع

- 1 - Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecol Endocrinol*. 2007 Mar; 23(3): 166-72.
- 2 - Aghamolai T, Eftekhar Ardbili H. [Principle of health services]. 1st ed. Tehran: Andisheh Rafie Publishers; 2005. P. 66-77. (Persian)
- 3 - Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women. *Minerva Ginecol*. 2005 Aug; 57(4): 451-60.
- 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 - Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 2002 Jun; 29(2): 83-94.
- 6 - 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.
- 7 - 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.
- 8 - Asghar Nia M, Heidar Zadeh A, Zahiri Z, Seyhani AR, Pormehr Yabandeh L, Oudi M. [Assessment of women's knowledge regarding postpartum complications and cares]. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences*. 2005; 14(55): 56-62. (Persian)
- 9 - Cronin C, McCarthy G. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs*. 2003 Mar; 12(2): 260-7.
- 10 - Khakbazan Z, Golyan Tehrani Sh, Payghambardoost R, Kazemnejad A. [Effect of Telephone Counseling during Post-Partum Period on Women's Quality of Life]. *Hayat, Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2010; 15(4): 5-12. (Persian)
- 11 - MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. 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.
- 12 - Stamp GE, Williams AS, Crowther CA. Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. *Birth*. 1995 Sep; 22(3): 138-43.

- 13 - Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Sep; 105(9): 991-7.
- 14 - Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2000 Sep 9; 321(7261): 593-8.
- 15 - Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth: breastfeeding. *Acta Paediatr Scand*. 1987 Sep; 76(5): 727-32.
- 16 - Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. [The quality of postpartum care from mothers' viewpoint]. *Hakim Research Journal*. 2009; 12(1): 27-34. (Persian)
- 17 - 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.
- 18 - Maurer FA, Smith CM. Community/public health nursing practice: Health for families and populations. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2005. P. 250.
- 19 - National Commission to Prevent Infant Mortality. Home visiting: Opening doors for America's pregnant women and children. Washington, DC: National Commission to Prevent Infant Mortality; 1989.
- 20 - McNaughton DB. Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. *Public Health Nurs*. 2004 May-Jun; 21(3): 207-19.
- 21 - 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.
- 22 - 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.
- 23 - 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.