

بررسی تأثیر ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بر عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد

سیده طاهره میرمولایی^۱، دکتر مهرانوش عامل ولیزاده^۲، دکتر محمود محمودی^۳، زینب توکل^۴*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۳/۱۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: مادران اولین مراقبت‌کنندگان نوزادان هستند. هر عاملی که روی مادر تأثیر بگذارد، نوزاد و در نتیجه بهداشت جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از انجام این مطالعه تعیین تأثیر ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بر عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مداخله‌ای، بر روی ۲۰۰ مادر مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت اکبرآباد که به صورت تصادفی در قالب ۲ گروه ۱۰۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند، انجام شد. گروه کنترل، مراقبت‌های پس از زایمان را از مرکز بهداشت و گروه مداخله این مراقبت‌ها را در منزل خود دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه، چک لیست، نمودارهای رشد و تکامل، فشارسنج، ترازوی نوزاد، ترمومتر، و متر نواری بود. پرسش‌نامه حاوی داده‌های مرتبط با مشخصات دموگرافیک واحدها و نحوه عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد بوده و با مراجعه به منازل آن‌ها، تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی (آزمون‌های کای اسکوئر، من ویتنی یو و ویلکاکسون) استفاده شد. سطح معنی داری آزمون‌ها ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: اکثریت مادران در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و بیشتر آن‌ها نخست‌زا بودند (۵۹٪). میانگین نمره عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد، پس از انجام مداخله در گروه ویزیت منزل (۱۱/۵۹±۲/۰۰) و کنترل (۹/۵۸±۲/۲۵) اختلاف آماری معنی داری داشت ($p < 0/001$). عملکرد مادران در ابعاد تغذیه با شیر مادر، مراقبت از بند ناف، مصرف مکمل، استفاده از پستانک و مواجهه با دود سیگار بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری داشت اما در مورد قنداق کردن، استفاده از شیر کمکی بین دو گروه تفاوت معنی دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: ارائه مراقبت‌های پس از زایمان، در منزل تأثیر مثبتی بر عملکرد مادران در نگهداری از نوزاد خود دارد، بنابراین می‌توان این نوع از ارائه مراقبت‌ها را به مسئولین بهداشتی پیشنهاد کرد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت‌های پس از زایمان، ویزیت منزل، عملکرد مادران، مراقبت از نوزاد

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره سوم، پی‌در پی ۳۸، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، ص ۴۴۸-۴۴۰

آدرس مکاتبه: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دپارتمان مامایی، کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱

تلفن: ۰۹۱۳۱۸۸۲۹۶۳

Email: tavakolz@razi.tums.ac.ir

این کار آزمایشی بالینی با شماره IRCT201009204785N1 به ثبت رسیده است.

مقدمه

متعددی که بر وضعیت سلامت مادر و کودک تأثیر دارد،

اقدامات حمایتی جامعه می‌باشد که ارائه آن می‌تواند از

تسهیلات مراقبت بیماران در درمانگاه‌های سرپایی تا مراقبت

بیمار در منزل باشد (۲). در این رابطه برنامه‌های مختلفی مانند

مادران اولین مراقبت‌کنندگان نوزادان هستند. هر عاملی

که روی مادر تأثیر داشته باشد، نوزاد و در نتیجه بهداشت جامعه

را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). بنا به نظر لیفر از جمله عوامل

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار اپیدمیولوژی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ استاد آمار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول)

طبق تعریف NAHC¹ ویزیت منزل یک تعامل هدفمند و استراتژی کارآمد در منزل (یا محل سکونت) به منظور ارتقاء و حفظ سلامت افراد و خانواده است و ویژگی مهم آن این است که در یک بازدید منزل، بازدید کننده بهداشتی به محل زندگی مددجو می‌رود (۹). منظور از مراقبت در منزل بعد از زایمان کلیه اقداماتی است که منجر به پیشگیری از مشکلات و ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت ارتباط بین مادر و نوزاد می‌شود و به تطابق با یک زندگی توأم با اضطراب و به افزایش توانایی مادر در مراقبت از خود و نوزادش، کمک می‌کند (۱۰).

در این رابطه برخی محققین معتقدند که بازدید منزل پس از زایمان بهترین روش تأمین نیازهای آموزشی و حمایتی خانواده‌هاست، زیرا برای خانواده‌ای که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند در اولین روزهای پس از زایمان، انتقال از جایی به جای دیگر مشکل بوده و بهتر است خدمات و مراقبت‌های مربوط به این دوره در منزل ارائه گردد (۱۱).

بازدید منزل پس از ترخیص شامل پیگیری وضع سلامت مادر پس از بارداری و زایمان، کمک به سازگاری خانواده با نوزاد، ارائه اطلاعات مورد نیاز برای مراقبت مادر و نوزاد و بررسی نیاز به خدمات حمایتی جامعه می‌باشد. اهداف مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، حفظ و بهبود سلامت مادر، کودک و خانواده و انجام مراقبت، مشاوره و آموزش متناسب با نیازهای فردی، پر کردن نواقص مراقبت‌ها پس از ترخیص از بیمارستان، همسو نمودن تلاش‌ها و فراهم نمودن ارجاع در زمان مقتضی می‌باشد (۲، ۱۲). بویاک و همکاران معتقدند که هدف از بازدید منزل این است که مطمئن شویم مادر و نوزاد مراقبت‌های پس از زایمان را در حد مطلوب دریافت کرده‌اند (۱۳).

بازدید اول به طور معمول بین روزهای دوم تا چهارم پس از ترخیص بر اساس نیازهای فردی و موقعیت خانواده صورت

بازدید از منزل، درمانگاه‌های سرپایی مادر و کودک، گروه‌های حمایتی، خطوط اطلاع رسانی و مشاوره تلفنی توسط پژوهشگران، مطرح شده‌اند (۳). طی دهه گذشته، ترخیص زودرس مادران و نوزادان، به دلیل کاهش مخارج بیمارستانی، مسئولیت به خصوصی در زمینه سلامت مادر و کودک بر عهده مراقبین بهداشتی قرار داده است (۴). همچنین تحقیقات انجام شده مبنی بر آن است که آموزش‌های شفاهی ارائه شده در بخش‌های پس از زایمان در بیمارستان، سطح آگاهی زنان را به میزان قابل توجهی افزایش نمی‌دهد (۵). بنابراین با کاهش طول مدت بستری مادران، طرح‌ریزی یک برنامه مراقبتی پیگیرانه در دوره پس از زایمان ضروری است.

خدمات بهداشتی، خدماتی پیچیده بوده و نگرانی در مورد عملکرد این خدمات، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است (۶). با توجه به این که ارائه خدمات پس از زایمان مهم‌ترین عامل در جلوگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و نوزادی می‌باشد (۷). نحوه عملکرد مراقبین بهداشتی و میزان برخورداری مادر از حمایت‌های محیطی، در نحوه سازگاری او با این مقطع زمانی بسیار حائز اهمیت است (۸).

در این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای دوره پس از زایمان برنامه جامعی را تدوین نموده است که شامل سه نوبت مراقبت‌های دوره پس از زایمان برای مادر در روزهای ۳ (نوبت اول)، ۱۵-۱۴ (نوبت دوم)، ۴۵-۴۲ (نوبت سوم) بعد از زایمان می‌باشد. محتوای این مراقبت‌ها شامل معاینات، مشاهدات، پرسش‌ها و آموزش‌های لازم در مورد بهداشت فردی، روانی، جنسی، دهان و دندان، علائم خطر، شکایت‌های شایع، تغذیه این دوره و مکمل‌های دارویی، شیردهی، مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و تنظیم خانواده است.

¹ - National Association For Home Care & Hospice ,
www.nahc.org

منزل) و ۱۰۰ نفر در گروه کنترل (دریافت مراقبت‌های پس از زایمان از مرکز بهداشت) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل نوزاد، فرزند اول یا دوم مادر بوده و ترم و سالم باشد. مادر قادر 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-روانی قابل تشخیص مبتلا نباشند. حاملگی اخیر کم خطر بوده باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل نقل مکان کردن بدون اطلاع پژوهشگر، مهاجرت از مناطق مورد مطالعه یا از شهر تهران، جدائی از همسر، بستری شدن مادر در بیمارستان به مدت بیشتر از ۷۲ ساعت، بستری شدن نوزاد در بیمارستان به مدت بیشتر از ۷۲ ساعت، عدم دریافت هیچ کدام از دو نوبت مراقبت مادری دوم و سوم بود.

طبق دستورالعمل وزارت بهداشت مراقبت‌های دوره پس از زایمان به دو دسته مراقبت‌های مربوط به مادر و مراقبت‌های مربوط به کودک تقسیم می‌گردد. مراقبت‌های مربوط به مادر طی سه نوبت در روزهای ۳ (نوبت اول)، ۱۴-۱۵ (نوبت دوم)، ۴۲-۴۵ (نوبت سوم) بعد از زایمان ارائه می‌شود، همچنین مراقبت‌های مربوط به کودک در دوره پس از زایمان شامل سه نوبت مراقبتی در روزهای ۳-۵ (نوبت اول)، ۱۴-۱۵ (نوبت دوم) و ۳۰-۴۵ (نوبت سوم) است (۱۵).

مداخله در این پژوهش ارائه مراقبت‌های نوبت‌های دوم و سوم پس از زایمان، در منزل بود. قابل ذکر است که مراقبت نوبت اول در هر دو گروه در بیمارستان انجام می‌گرفت و مداخله، این مراقبت را شامل نمی‌شد. برای جلوگیری از اضافه کاری، مراقبت‌های مربوط به مادر و کودک در روزهای مشترک ارائه گردید. بدین منظور مراقبت دوم و سوم در این مطالعه به ترتیب در روزهای $2 \pm 14-15$ و $2 \pm 42-45$ ارائه شد. در پایان طی دو هفته پس از ارائه آخرین مراقبت (روز $2 \pm 42-45$) پرسش‌نامه با

می‌گیرد. بنابراین ماما می‌تواند جهت ارائه خدمات مورد نظر در روزهای ۳، ۱۵-۱۴، ۴۵-۴۲ در منزل مادر حاضر شده و پس از گرفتن شرح حال، معاینه بالینی مادر و نوزاد انجام شده و توصیه و آموزش‌های لازم در زمینه نگهداری صحیح از نوزاد در ابعاد بهداشتی، تغذیه‌ای، خواب و کنترل رشد و تکامل وی انجام گردد، باید توجه داشت که ارتقا ارتباط والدین با کودک، ارزیابی توانایی والدین در مراقبت از کودک و شناخت نیازها، مهم‌ترین مواردی هستند که در طی ویزیت‌های پس از زایمان باید ثبت گردند، همچنین در صورت وجود مشکل بسته به نوع آن درمان یا ارجاع انجام می‌شود. (۱۴).

با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده در ایران در مورد میزان دریافت مراقبت‌های پس از زایمان، وضعیت عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد و تأثیر ارائه مراقبت‌ها در منزل مادران بر این عملکرد، اندک بوده است؛ همچنین از آنجایی که ارائه مراقبت‌های پس از زایمان و تلاش برای بهبود سلامتی مادران در این دوران از جمله وظایف ماماها عزیز می‌باشد؛ بنابراین پژوهشگر بر آن شد تا با انجام تحقیقی در زمینه ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل به مادران، تأثیر این اقدام را بر عملکرد ایشان در مراقبت از نوزاد مادران بسنجد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای از نوع کار آزمایشی بالینی است و گواهی اخلاق انجام این پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ گردید. جمعیت مورد مطالعه، کلیه مادران با زایمان اول یا دوم را که جهت انجام تست غربالگری نوزادان به مرکز بهداشت اکبرآباد در سال ۱۳۸۹ مراجعه کرده بودند، شامل می‌شد. ۲۰۰ نفر از مادران پس از کسب رضایت به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و پس از تخصیص تصادفی، ۱۰۰ نفر در گروه مداخله (ویزیت

مراجعه پژوهشگر به منزل مادران در هر دو گروه تکمیل گردید. میانگین مدت زمان هر ویزیت منزل ۵۰ دقیقه بود که بر اساس تقاضای مادران تغییر می‌یافت. شماره تلفن پژوهشگر در اختیار مادران قرار گرفت تا به محض رخداد هرگونه مشکل یا سؤال امکان دسترسی به پژوهشگر وجود داشته باشد. گروه کنترل تنها با مراجعه به مراکز بهداشتی می‌توانستند این مراقبت‌ها را دریافت کنند. محتوای هر مراقبت با آنچه مراقبین بهداشتی موظف به انجام آن هستند مطابق بود و کاملاً از دستورالعمل وزارت بهداشت پیروی می‌کرد. هر ویزیت منزل به سه بخش تقسیم می‌شد؛ بخش اول شامل سؤالات و ارزیابی از بهبود جسمی و روحی-روانی مادر و معاینات لازم و تعیین قد و وزن و دور سر نوزاد و بخش دوم شامل آموزش‌های ویژه دوران پس از زایمان بود. در بخش سوم پژوهشگر به تکمیل چک لیست‌ها و ترسیم نمودارهای پایش رشد می‌پرداخت. در طی مدت زمان ویزیت به سؤالات والدین نیز پاسخ داده می‌شد.

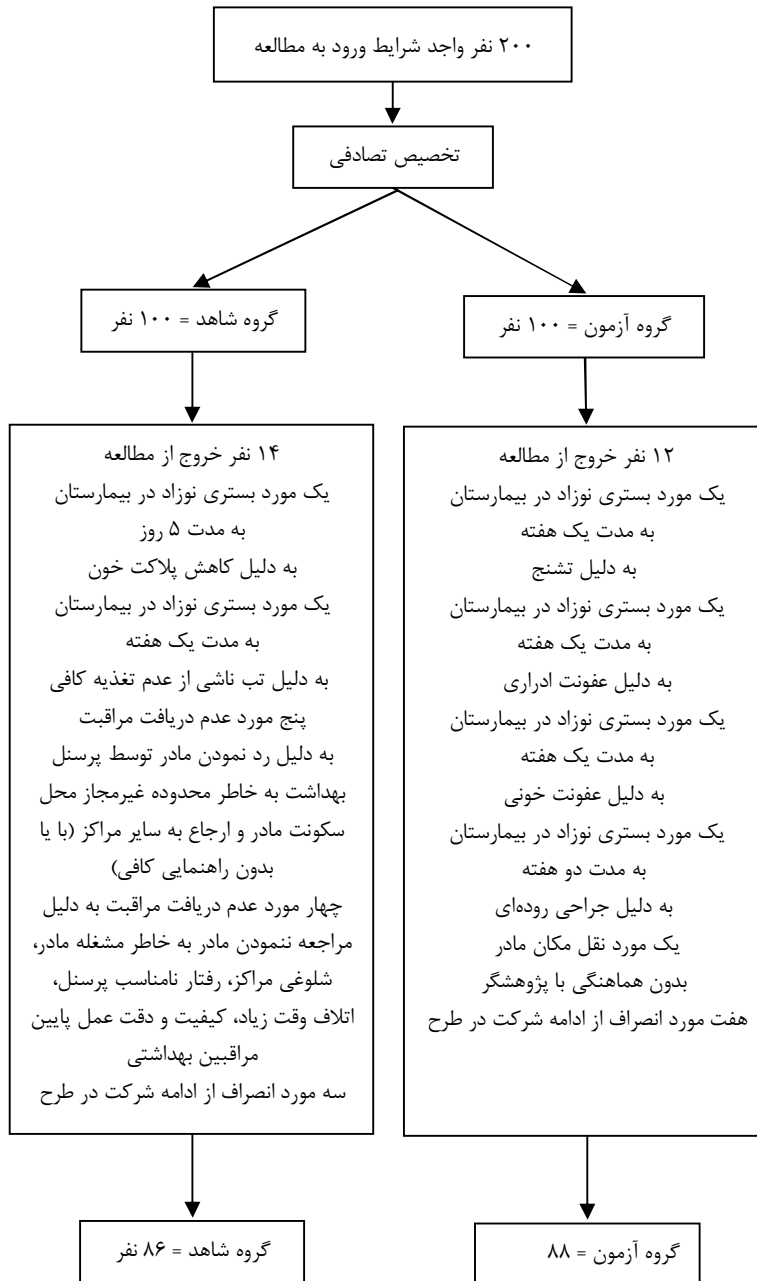
ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه، چک لیست، نمودارهای رشد و تکامل، فشارسنج، ترازوی نوزاد، ترمومتر، متر نواری بود؛ پرسش‌نامه حاوی داده‌های مرتبط با مشخصات دموگرافیک واحدها و سؤالات مربوط به دریافت مراقبت‌های پس از زایمان و علت عدم دریافت این مراقبت‌ها (که حاوی ۲۹ سؤال بود) و پرسش‌نامه نحوه عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد بوده و با مراجعه به منازل آن‌ها، تکمیل شد.

پرسش‌نامه عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد شامل ۲۳ سؤال بود که دو بعد تغذیه نوزاد و بهداشت نوزاد را در برمی‌گرفت. بعد تغذیه نوزاد مشتمل بر خرده مقیاس‌های رفتار شیردهی مادر (۱۱ سؤال) و مکمل درمانی (۱ سؤال) و بعد بهداشت نوزاد مشتمل بر خرده مقیاس‌های بهداشت فردی نوزاد (۸ سؤال)، عادات نادرست رواج یافته در مراقبت از نوزاد (مانند قنداق کردن، استفاده از

پستانک یا گول زنک، استعمال پودر جهت پیشگیری یا درمان سوختگی پا، ۴ سؤال) و مواجهه با دود سیگار (۱ سؤال) بود. برخی از سؤالات جنبه توصیفی داشت و به برخی دیگر نمره دهی تعلق گرفت. امتیازبندی سؤالات بدین صورت بود که گزینه‌ای که مطرح کننده اقدام صحیح بود، نمره ۱ و گزینه‌های دیگر که اقدام نادرست را بیان می‌کرد نمره صفر داشت؛ بنابراین هرچه کل نمره فرد بالاتر بود رفتار صحیح تری را در مادر نشان می‌داد. حداکثر نمره قابل کسب ۱۴ و حداقل صفر بود.

در این مطالعه جهت روایی پرسش‌نامه‌ها از روایی محتوا استفاده شد و برای تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده گردید و ضریب پایایی ۰/۶۵ به دست آمد. تمام موارد چک لیست‌ها و نمودارهای ترسیم رشد مورد استفاده در این پژوهش توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۷ تهیه شده و روایی و پایایی دارند. همچنین کلیه لوازم مورد استفاده مانند ترازو، فشارسنج، ترمومتر و متر نواری جدید خریداری شد و پایایی داشت.

با توجه به اینکه جهت ارائه مراقبت‌ها و همچنین تکمیل پرسش‌نامه پژوهشگر موظف به مراجعه به منزل مادران بود، در موارد ویزیت برای ارائه مراقبت تا محدوده زمانی مجاز پژوهشگر برای بازگشت مادر به منزل منتظر می‌ماند ولی در مواردی که مراجعه به دلیل تکمیل پرسش‌نامه بود پژوهشگر تا یک هفته برای برقراری ارتباط با مادر تلاش می‌نمود، اگر چنانچه پس از این زمان مادر به منزل مراجعه نکرده بود، آن مراقبت ارائه نمی‌شد یا پرسش‌نامه برای وی تکمیل نگردیده و از مطالعه خارج می‌شد. در مجموع نمونه گیری حدود ۴/۵ ماه به طول انجامید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای اسکوئر، من ویتنی یو و ویلکاکسون) استفاده شد. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS18 صورت گرفت.



نمودار شماره (۱)

یافته‌ها

۲۹-۲۰ سال قرار داشتند. از نظر پاریتی نیز دو گروه همگن بودند. اکثر مادران (۷۱٪) به روش سزارین زایمان نموده‌اند و نسبت به بارداری اخیر خود تمایل داشته‌اند (۷۸/۵٪). همچنین بیشتر آن‌ها (۸۲٪) در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند. ولی در مورد مراقبت‌های پس از زایمان اطلاعاتی را کسب نموده بودند

از ۲۰۰ مادر واجد شرایط ورود به مطالعه که پرسش‌نامه اولیه را پاسخ دادند، ۱۲ نفر در گروه مداخله و ۱۴ نفر در گروه کنترل به دلایل ذکر شده در نمودار شماره ۱ از پژوهش خارج شدند و ۱۷۴ نفر باقی ماندند. بیشترین درصد مادران (۶۶٪) در گروه سنی

به دریافت این مراقبت نشده بودند ($p=0/000$). سومین مراقبت مادری پس از زایمان را توسط اکثریت مادران هر دو گروه (۹۴٪) دریافت شد اما اختلاف آماری معنی داری در دریافت این مراقبت بین دو گروه دیده شد ($p=0/015$). در مورد مراقبت‌های نوبت دوم و سوم مربوط به کودک وضعیت دریافت همانند مراقبت‌های مادری بود. در گروه مداخله هیچ موردی وجود نداشت که هیچ کدام از دو مراقبت را دریافت نکرده باشند. درحالی‌که علت نیمی از موارد عدم دریافت مراقبت در گروه کنترل مراجعه مادر بدون دریافت مراقبت بود. وضعیت عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد در سه بعد تغذیه نوزاد، بهداشت نوزاد و عملکرد کلی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

(۸۴٪) که در بیشتر موارد منبع کسب این اطلاعات مرکز بهداشت بود (۴۲٪). سطح تحصیلات بیشتر مادران (۶۰٪) در حد دبیرستان و شغل آن‌ها خانه دار بود (۹۰٪). همچنین سطح تحصیلات بیشتر همسران (۴۹٪) در حد دبیرستان و شغل آن‌ها آزاد بود (۴۵٪). اکثر مادران (۶۰٪) میزان کفایت درآمد خانواده خود را تا حدی مطلوب گزارش کردند.

۸۵ درصد واحدها اولین مراقبت مادری پس از زایمان را که در ۱-۳ روز اول بعد از زایمان در بیمارستان ارائه می‌شود، دریافت کرده بودند. در مورد مراقبت دوم پس از زایمان (۱۵-۱۰ روز بعد از زایمان) کلیه مادران گروه ویزیت منزل این مراقبت را دریافت کرده بودند، درحالی‌که بیشتر مادران گروه کنترل (۷۰/۹٪) موفق

جدول شماره (۱): مقایسه بعد تغذیه در عملکرد مادر در نگهداری از نوزاد در دو گروه آزمون و کنترل قبل و دو ماه پس از زایمان

نتیجه آزمون	گروه شاهد		گروه آزمون		گروه‌ها عملکرد مادر در نگهداری از نوزاد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P^b=0/174$ $Z=-1/360$	۳/۱۳	۱/۴۴	۱/۳۵	۳/۴۷	قبل از مداخله
$P^b<0/0001$ $Z=-4/661$	۱/۶۰	۳/۷۰	۱/۴۳	۴/۸۸	تغذیه نوزاد بعد از مداخله
	$P^a<0/001$		$P^a<0/001$		
	$Z=-4/434$		$Z=-6/057$		

$P^a =$ آزمون ویلکاکسون

$P^b =$ آزمون من ویننی یو

جدول شماره (۲): مقایسه بعد بهداشت در عملکرد مادر در نگهداری از نوزاد در دو گروه آزمون و کنترل قبل و دو ماه پس از

نتیجه آزمون	گروه شاهد		گروه آزمون		گروه‌ها عملکرد مادر در نگهداری از نوزاد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P^b=0/833$ $Z=-0/211$	۱/۲۳	۲/۳۶	۱/۱۲	۲/۳۵	قبل از مداخله
$P^b<0/0001$ $Z=-4/658$	۱/۲۰	۵/۸۸	۱/۱۵	۶/۷۲	بهداشت نوزاد بعد از مداخله
	$P^a<0/001$		$P^a<0/001$		
	$Z=-8/080$		$Z=-8/094$		

$P^a =$ آزمون ویلکاکسون

$P^b =$ آزمون من ویننی یو

جدول شماره (۳): مقایسه عملکرد کلی مادر در نگهداری از نوزاد در دو گروه آزمون و کنترل قبل و دو ماه پس از زایمان

نتیجه آزمون	گروه شاهد		گروه آزمون		عملکرد مادر در نگهداری از نوزاد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P^b = 0/341$ $Z = -0/952$	2/14	5/49	1/84	5/82	قبل از مداخله
$P^b < 0/001$ $Z = -5/550$	2/25	9/58	2/00	11/59	بعد از مداخله
	$P^a < 0/001$		$P^a < 0/001$		
	$Z = -8/001$		$Z = -8/118$		

$$P^a = \text{آزمون ویلکاکسون}$$

$$P^b = \text{آزمون من ویننی یو}$$

کودک خود را قنطاق نکردند ($p=0/290$) و بیشتر آنان در هر دو گروه در طول دوره پس از زایمان از پستانک استفاده نمودند ($81/8\%$ در گروه مداخله و $53/5\%$ در گروه کنترل) ولی در این مورد اختلاف آماری معنی بین دو گروه دیده شد ($p=0/000$). اکثر مادران جهت برطرف نمودن سوختگی لای پای نوزاد از نوعی روغن و یا کرم استفاده می نمودند ($p=0/120$). همچنین مواجهه مادر و نوزاد با دود سیگار در گروه ویزیت منزل کم تر از گروه مرکز بهداشت بود ولی اختلاف آماری بین دو گروه معنی دار نبود ($p=0/068$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که ارائه مراقبت های پس از زایمان، در منزل می تواند بر عملکرد مادر در نگهداری از نوزاد خود مثر و ثمر واقع شود. میانگین نمره کلی عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود؛ آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف آماری معنی داری را بین دو گروه پس از انجام مداخله نشان داد ($p=0/000$). که بیان کننده این است که ارائه مراقبت ها در منزل می تواند تأثیر مثبتی بر نحوه مراقبت مادر از نوزاد داشته باشد. چرا که با دیدن محیط زندگی مادر و آشنایی نزدیک تر با لوازم و امکانات او برای نگهداری از نوزاد می توان توصیه های بهتری را در این زمینه اعمال نمود. بیشترین تأثیری

بعد تغذیه نوزاد شامل خرده مقیاس هایی مانند، رفتارهای شیردهی مادر (مدت زمان هر شیردهی، وضعیت صحیح در آغوش گرفتن نوزاد، استفاده کردن از انتهای شیر هر پستان برای تغذیه نوزاد، تغذیه بر اساس تقاضای نوزاد)، تغذیه انحصاری با شیر مادر و مصرف مکمل ها و هرگونه ماده غذایی بجز شیر مادر در طی دو ماه اول پس از تولد بود؛ بعد بهداشت نوزاد شامل خرده مقیاس هایی مانند استفاده از پستانک یا گول زنگ، قنطاق کردن، مراقبت از بند ناف، ابتلا نوزاد به برفک دهان و مواجهه با دود سیگار بود.

نوزاد اکثر مادران در هر دو گروه تا پایان ماه دوم پس از زایمان تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند، ولی اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه در این مورد دیده شد ($p=0/038$). همچنین پس از انجام مداخله، از نظر نمره رفتار صحیح شیردهی (مدت زمان هر شیردهی، پوزیشن صحیح در آغوش گرفتن نوزاد، استفاده کردن از انتهای شیر هر پستان برای تغذیه نوزاد، تغذیه بر اساس تقاضای نوزاد) تفاوت آماری معنی داری میان دو گروه دیده شد ($p=0/000$). بیشتر مادران قطره مکمل مولتی ویتامین را روزانه به طور مرتب به نوزاد داده بودند، ولی در این مورد نیز اختلاف آماری بین دو گروه معنی دار بود ($p=0/009$). بیشترین اقدامی که والدین در قبال زردی نوزاد انجام داده بودند مراجعه سریع به پزشک بود، درحالی که بقیه افراد از داروهای گیاهی و لامپ مهتابی و سایر اقدامات استفاده کرده بودند ($p=0/997$). اکثر مادران

مهم بوده و سلامتی آینده مادر و نوزاد به میزان زیادی متأثر از این دوره می‌باشد، بنابراین نمی‌توان نسبت به گذراندن این ایام بدون توجه و مراقبت افراد ماهر، بی تفاوت ماند. مادران پس از زایمان به دلیل مشکلات جسمی و روحی خود، گاهی قادر نیستند که به موقع و با توجه کافی جهت دریافت مراقبت‌های این دوره مراجعه نمایند، از طرفی به دلیل اینکه مراکز بهداشتی و درمانی به خاطر انواع خدماتی که موظف به انجام آن هستند، بسیار شلوغ بوده و گاهی قادر به ارائه کامل آموزش‌ها و مراقبت‌های پس از زایمان نیستند، همچنین مسائل دیگری از جمله دوری مراکز بهداشت از منازل مادران، نامناسب بودن ساختمان مراکز بهداشتی (برای مثال مرکز بهداشت واقع در طبقه دوم و یا بالاتر ساختمان باشد) که می‌تواند خطراتی نظیر امکان سقوط مادر به همراه کودک در آغوش او از پله‌ها را در برداشته باشد، رفتار نامناسب برخی از پرسنل که مددجو گریز بوده، طولانی شدن مدت زمان انتظار، عدم ارائه مراقبت به مادر در شرایطی که مادر کمی با تأخیر به مرکز مراجعه نموده باشد و... نیز در پایین آوردن سطح کیفیت آموزش‌ها و مراقبت‌های پس از زایمان موثر هستند. با توجه به اینکه مراقبت‌های مادری پس از زایمان تنها در مراکز بهداشت انجام می‌گیرد و مطب‌های پزشکان متخصص بیشتر جنبه درمانی داشته و مشاوره و آموزش رفتارهای بهداشتی و عملکرد صحیح در نگهداری و مراقبت از نوزاد در اکثر موارد کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد، در نتیجه وظیفه ماماها در ارائه این خدمات بسیار سنگین تر می‌شود، لذا با وجود مشکلات بیان شده فوق ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل مادران می‌تواند، راهکاری برای برطرف نمودن بسیاری از مسائل مطرح شده باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌باشد. بدین وسیله از مسئولان

که ویزیت منزل بر عملکرد مادران داشته است در ابعاد دریافت مراقبت‌های روتین نوزادی (کنترل قد و وزن و دور سر و ...)، تغذیه انحصاری با شیر مادر، رفتار صحیح مادر در امر شیردهی، عدم استفاده از پستانک (گول زنک)، مصرف مرتب روزانه قطره مولتی ویتامین و عدم مواجهه با دود سیگار بوده است. تأثیر کم‌تری نیز بر نحوه مراقبت از بند ناف و اقدام در جهت برطرف نمودن سوختگی پای نوزاد (که در اثر پوشک کردن و تعریق نوزاد ایجاد می‌گردد) داشته است.

به طور کلی میانگین مراقبت از نوزاد در هر دو گروه در ۶۰ روز پس از زایمان نسبت به ابتدای مطالعه افزایش داشته و اختلاف آماری معنی دار بوده است ($P=0/000$) دلیل آن می‌تواند مربوط به افزایش تدریجی توانایی مادران در مراقبت از نوزادشان باشد. طبق گزارش وزارت بهداشت و درمان به یونیسیف میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران ۲۸ درصد می‌باشد (۱۶). با شور و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود مشاهده کردند که تنها پیامدی که توسط ویزیت منزل بهبود یافته بود، تغذیه نوزاد با شیر مادر بود (۱۷). در سایر مطالعاتی که در زمینه تأثیر ویزیت منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام شده نیز این یافته‌ها تأیید شده است (۱۸). مطالعات نشان داده است که تنها در معرض دود سیگار بودن نیز می‌تواند بر طول مدت شیردهی مادر تأثیر گذار باشد، دالیتین در مطالعه خود مشاهده کرد که طول مدت شیردهی در زنانی که در معرض دود سیگار محیطی بودند نسبت به آن‌هایی که در معرض دود سیگار نبودند کم‌تر است (۳/۹ ماه در مقابل ۴/۸)؛ همچنین تعداد زنانی که بیش از ۴/۵ ماه شیردهی انحصاری داشته‌اند در گروه بدون مواجهه بیشتر از گروه مواجهه با دود سیگار محیطی بود (۵۷٪ در مقابل ۳۱٪، $P<0/001$)، محقق چنین نتیجه‌گیری می‌کند که در مواجهه با دود سیگار محیطی، شانس کاهش مدت شیردهی ۱/۷ برابر افزایش می‌یابد (۱۹). در نهایت می‌توان گفت با توجه به اینکه دوران پس از زایمان بسیار

اجرای این طرح شرکت نموده و ما را یاری رساندند، تشکر به عمل می‌آید.

محترم دانشکده پرستاری و مامایی تهران، مسئولان و کارکنان مرکز بهداشت اکبرآباد و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در

References:

1. Cynthia RK, Pamela SH. Quality of life from nursing and patient perspectives: theory practice. Canada, Jones and Bartlett. 1999.
2. Liefer G. Maternity nursing an introductory text. 9th ed Philadelphia w. B, Saunders co. 2005; 298-99.
3. Shaw E, Levitt C, Wong S. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health, Journal of birth 2006; 33 (3): 210-20.
4. Diane J, Madlon-Kay AD. Maternal postpartum health care utilization and the effect of Minnesota early discharge legislation. J Am board fampract 2005;18: 307-11.
5. Regun M, Russel I, Glazner C, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Tempelton A. Postnatal maternal morbidity: extent cause prevention and treatment. Br J Obstet Gynecology 1995; 282-7.
6. Aghamolaie T. Principles of Health Services Based on New Resources. Tehran: Andisheh Rafie Publications; 2005. (Persian)
7. Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. J Adv Nurs 2001; 36 (5): 676-84.
8. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi HA. Quality of postpartum care from the perspective of mothers. Journal of Hakim 2010; 12 (1): 27-34. (Persian)
9. Maurer A, Smith M. Community public health nursing practice. 3rd ed. Elsevier; 2005: 250.
10. Chen Ch. Effects home visits and telephone contacts on breast-feeding compliance in Taiwan. MCN 1993; 21 (3): 102-7.
11. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration. JOGNN 2002; 31: 12-27.
12. Hunt R. Home health care nursing in: Introduction to community based nursing. 2nd ed. Lippincot 2001: 325-7.
13. Bobak LJ. Maternity woman's health care. 7th ed. St. Louis. Mosby. 2000: 782.
14. Harris M, Dugan M. Evaluating the quality of home care services using patient outcome data. Home health care nursing 2000;16: 463-8.
15. Ministry of health and medical education, National program of safety maternal (Integrated cares of maternal health), Guideline for external hospital's services 2008; 141-40. (Persian)
16. Ministry of health and medical education, Improving growth and nutrition of children (Special training for physicians), 2005: 12. (Persian)
17. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, AsmarKh El, Tabb MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in syria: a randomized controlled trial. Public Health Nurs 2008; 25 (2): 115-25.
18. Sakkaky M, Danesh Kojury M, Khairkhan M, Hosseini AF. The effect of home visit after caesarean delivery on exclusive breastfeeding in neonatal period. Journal of Nursing & Midwifery university of Iran 2010; 23 (64): 72-80. (Persian)
19. Dolatian M, Kariman N, Ghodsi F, Valaei N. Relationship between smoking and breastfeeding duration, Journal of Hamadan university of Medical Sciences and Health Services 2001; 7 (17): 34-7.