

بررسی تأثیر ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، بر میزان دریافت مراقبت و رضایت مندی مادران

سیده طاهره میرمولایی^۱، مهرنوش عامل ولی زاده^۲، محمود محمودی^۳، * زینب توکل^۴

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس، عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دکترای اپیدمیولوژی، عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دکترای آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. دانش آموخته کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول، پست الکترونیک: tavakolz@razi.tums.ac.ir

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی، ارزیابی و سنجش رضایت مندی بیماران از دریافت خدمات ارائه شده است که از پژوهش‌های جامعه‌شناسی نشأت می‌گیرد.

هدف: تعیین تأثیر ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، بر دریافت مراقبت و رضایت مندی مادران.

روش: این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است از بین مادران مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت اکبرآباد تعداد ۲۰۰ مادر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون اختصاص پیدا کردند. گروه شاهد، مراقبت‌های پس از زایمان را از مرکز بهداشت و گروه آزمون، مراقبت‌ها را در منزل خود دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود، که حاوی سؤالاتی مرتبط با مشخصات دموگرافیک و میزان دریافت و رضایت مندی مادران از مراقبت‌ها بود که با مراجعه به منازل آنان، تکمیل شد. داده‌ها با نرم افزار، SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های تی و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: مادران در دو گروه در رده سنی ۲۹-۲۰ سال بودند. میزان دریافت مراقبت‌های مادری و نوزادی پس از زایمان، بین دو گروه، در نوبت دوم و سوم تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p=0/01$ ، $p=0/01$) همچنین میانگین نمره‌ی دریافت خدمات عاطفی-ارتباطی و آموزشی و همچنین رضایت مندی مادران از این خدمات، بین دو گروه به طور معنی‌داری متفاوت بود ($p=0/01$)

نتیجه‌گیری: ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، تأثیر مثبتی بر میزان دریافت و رضایت مندی مادران از خدمات عاطفی-ارتباطی و آموزشی دارد. بنابراین می‌توان این نوع از ارائه مراقبت‌ها را به مسئولان بهداشتی پیشنهاد کرد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت‌های پس از زایمان، ویزیت منزل، دریافت مراقبت، رضایت مندی مادران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۷/۰۷

مقدمه

می‌کند (۷). در رابطه با اهمیت آن، دنیس اظهار می‌دارد که بازدید منزل پس از زایمان، بهترین روش تأمین نیازهای آموزشی و حمایتی خانواده هاست، زیرا برای خانواده‌های که به تازگی صاحب فرزند شده است 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 شود (۸).

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت ارائه‌ی خدمات و پایش خدمات بهداشتی-درمانی، ارزیابی و سنجش رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده است که از تحقیقات جامعه‌شناسی نشأت می‌گیرد (۹-۱۰). رضایتمندی یک فرد، عبارت است از گزارش وی از کیفیت درمان و تأثیر متقابل بین بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات درمانی که بر اساس میزان تطابق مراقبت‌ها با انتظارات آن فرد سنجیده می‌شود؛ می‌توان گفت که مراقبت‌های ارائه شده، دارای کیفیت بالایی نیست، مگر این که بیماران از آن خدمات راضی باشند (۱۱-۱۲). تحقیقات بین‌المللی نشان می‌دهد که کیفیت ارائه‌ی مراقبت‌های اطلاعاتی برای زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی، مطلوب نیست (۱۳).

از دهه‌ی ۱۹۹۰ در اغلب مراکز مراقبت سلامت، اندازه‌گیری رضایت بیمار، به عنوان یک روش دریافت دیدگاه‌ها و عقاید بیماران درباره‌ی مراقبت‌شان در نظر گرفته شده است (۱۴)، با این کار، جنبه‌هایی از مراقبت که روی رضایت یا عدم رضایت مددجویان تأثیر می‌گذارد را می‌توان تعیین کرد (۱۵) اطلاعات به‌دست آمده از مراجعان، می‌تواند شواهد مثبتی را برای نیاز به تغییر در سازماندهی و شیوه‌ی ارائه‌ی خدمات بهداشتی فراهم کند (۱۶). برخی محققان معتقدند که جمع‌آوری داده‌های رضایت بیمار، ممکن است برای شناخت کارکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی و یا برای شناخت فرآیندهای کاری

دوره پس از زایمان عبارت است از دوره‌ی استراحت در بستر که از یک ساعت پس از زایمان شروع شده، تا ۴۲ روز ادامه پیدا می‌کند (۱). این دوره، زمانی بسیار بحرانی در سلامت مادر و نوزاد به شمار می‌رود (۲). در این دوره که شش هفته پس از زایمان، طول می‌کشد؛ تغییرات ناشی از بارداری طبیعی، به تدریج به حالت اولیه باز می‌گردد، اما تمام سازگاری‌های مادر با حاملگی، به طور کامل، در طی این مدت فروکش نمی‌کند (۳).

خدمات بهداشتی، خدماتی پیچیده است؛ نگرانی در مورد عملکرد این خدمات، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است (۴). با توجه به این که ارائه‌ی خدمات پس از زایمان مهم‌ترین عامل در جلوگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و نوزادی است (۵)؛ نحوه‌ی عملکرد مراقبان بهداشتی و میزان برخورداری مادر از حمایت‌های محیطی، در نحوه‌ی سازگاری او با این مقطع زمانی بسیار اهمیت دارد (۶). در این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای دوره پس از زایمان، برنامه‌ی جامعی را تدوین کرده است که شامل ۳ مرتبه مراقبت‌های مادری در روزهای ۱-۳، ۱۵-۱۰ و ۶۰-۴۲ پس 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، تغذیه‌ی این دوره و مکمل‌های دارویی، شیردهی، مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و تنظیم خانواده است.

منظور از مراقبت در منزل بعد از زایمان، کلیه‌ی اقدام‌هایی است که منجر به پیشگیری از مشکلات و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت ارتباط بین مادر و نوزاد می‌شود و به تطابق با یک زندگی توأم با اضطراب و افزایش توانایی مادر در مراقبت از خود و نوزاد، کمک

که نیازمند بهبود است، به کار رود (۱۷).

تحقیقات متعدد نشان داده است که توانایی ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی در برقراری ارتباط مناسب با مراجعان نقش تعیین کننده‌ی در میزان رضایتمندی مراجعان دارد (۱۸)، همچنین برخی محققان، مهارت‌های ارتباطی ارائه دهنده‌گان در رضایت مددجویان را مؤثرتر از مهارت‌های تخصصی آنان نشان داده اند (۱۹). زنانی که به طور مداوم خدمات مامایی در منزل را دریافت کردند، بیان داشته اند که هم شیوه و هم کیفیت مراقبت‌ها بهتر از آنانی بوده است که مراقبت پس از زایمان را در بیمارستان دریافت کرده اند؛ با وجود این، به طور میانگین، زنان کیفیت مراقبت‌هایی را که در بیمارستان دریافت کرده بودند، بین طیف کافی تا خوب و کیفیت جنبه‌های مراقبتی در منزل را بین طیف خوب تا عالی بیان کردند، مدارک موجود از این مسأله حمایت می‌کند که زنانی که ویزیت منزل را در دوره‌ی پس از زایمان دریافت می‌کنند، از مراقبت‌های خود بیشتر راضی اند (۲۰-۲۱).

هندلر و همکاران می‌نویسند که ویژگی‌های محل دریافت مراقبت‌ها، مانند خصوصیات فردی مادران، بر روی رضایت و دریافت مراقبت‌های دوره‌ی بارداری تأثیر دارد، از جمله، توضیح مراحل مراقبت توسط مراقبان، جواب دادن به سؤال‌های مراجعان، مدت زمان انتظار، مدت زمان ملاقات با مراقبان (۲۲). تحقیقاتی که در زمینه‌ی کیفیت خدمات، انجام شده، نشان می‌دهد که مشاوره‌های بهداشتی و ارتباط ارائه دهنده‌گان خدمات بهداشتی با مراجعان، در بسیاری از کشورها ضعیف است. حتی وقتی که ارائه دهنده‌ی خدمات می‌داند که چه پیامی باید منتقل کند، ارتباط مؤثری برقرار نمی‌کند (۲۳).

علاوه بر ویژگی مراقبت‌های ارائه شده، رضایت فرد، به عوامل متعددی بستگی دارد؛ عواملی چون ویژگی‌های شخصیتی، فرهنگی و اجتماعی، سبک زندگی، تجربیات قبلی و سلامت عمومی فرد.

مشخص کردن انتظاراتها و عوامل مؤثر در رضایت و ناراضی‌ت بی‌ماران و تعیین نقاط ضعف و نواقص موجود در سیستم ارائه‌ی خدمات، می‌تواند راه گشای مدیران در برنامه ریزی برای اصلاح و ارتقای شیوه‌های ارائه خدمات طبق الگوی استاندارد سلامتی، سازماندهی خدمات مراقبتی از نظر تقسیم کار و تعداد کارکنان باشد (۲۴). ابعاد کیفیت چون سهولت دسترسی، تداوم خدمت، موجود بودن و کارایی نیز می‌تواند در رضایت مددجویان، مؤثر باشد (۲۵-۲۶).

با توجه به این‌که تحقیقات انجام شده در ایران، در مورد میزان دریافت مراقبت‌های این دوران و رضایتمندی مادران از این مراقبت‌ها و نحوه‌ی ارائه مراقبت‌های پس از زایمان، به‌ویژه به صورت ویزیت در منزل، اندک بوده است و از طرفی با وجود تنظیم برنامه‌ای جامع برای ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان و آموزش رفتارهای بهداشتی مناسب توسط وزارت بهداشت، طبق مشاهدات پژوهشگر، عواملی موجب شده تا این برنامه به نحو مطلوب ارائه نشود، عواملی همچون کمبود کارکنان، شلوغی مراکز، کافی نبودن وقت، اهمیت ندادن یا فراموش کردن مادران برای دریافت کامل مراقبت‌های این دوره، عدم آگاهی کامل کارکنان بهداشتی از وضعیت منزل مادران و امکانات آنان برای اجرای توصیه‌های بهداشتی و عدم آگاهی کارکنان از مشکلات درون منزل و خانواده مادران. از آنجایی که درمیان کارکنان بخش بهداشت، ماما وظیفه‌ی مهمی در امر مشاوره و آموزش بهداشت؛ نه تنها برای زنان، بلکه برای خانواده و جامعه دارد و همچنین مسئول حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک، ارائه‌ی مراقبت با کیفیت بالا و دادن اطلاعات صحیح به مددجوست (۲۷)، پژوهشگر برآن شد تا با انجام دادن تحقیقی در زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل به مادران، تأثیر این اقدام را بر میزان دریافت مراقبت‌ها و رضایتمندی مادران بسنجد.

روش

این مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی است. جمعیت مورد مطالعه، همه‌ی مادران با زایمان اول یا دوم بودند که برای تست غربالگری نوزادان، به مرکز بهداشت اکبرآباد مراجعه کرده بودند. ۲۰۰ نفر از مادران پس از اخذ رضایت به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی، ۱۰۰ نفر در گروه مداخله (ویزیت منزل) و ۱۰۰ نفر در گروه کنترل (دریافت مراقبت‌های پس از زایمان از مرکز بهداشت) قرار گرفتند. دلیل انتخاب این مرکز بهداشت وجود بخش تست غربالگری نوزادان بود که این مسئله باعث شده بود که تمامی مادران ساکن در مناطق تحت پوشش مراکز بهداشتی دانشگاه تهران در روزهای اول پس از زایمان به این مرکز مراجعه نمایند. بنابراین انتخاب این مرکز بهداشت جهت دسترسی آسان به تعداد جامع و کافی نمونه‌ها بود. این مرکز بهداشت با ۴ پرسنل در واحد بهداشت خانواده متشکل از دو کاردان و یک کارشناس مامایی و یک کارشناس بهداشت خانواده حدود ۱۵۰۰ خانوار را تحت پوشش خود قرار داده بود. برای تعیین تعداد نمونه، از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای یافت نشده که صرفاً رضایتمندی مادران را از مراقبت‌ها در دوران پس از زایمان بررسی کند، با استفاده از مطالعات مشابه دیده شد که تقریباً ۶۵ درصد مددجویان از ارائه‌ی مراقبت‌های مامایی در مراکز بهداشتی رضایت کامل ندارند (۲۸). بنابراین تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر در هر گروه) برای این مطالعه در نظر گرفته شدند. برای تخصیص تصادفی، پس از این که نام واجدان شرایط ورود به مطالعه، در لیست ثبت شد با استفاده از جدول ارقام تصادفی، اسامی واحدها به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: نوزاد فرزند اول یا دوم مادر بوده، نوزاد ترم و سالم، مادر قادر به گفتگو و درک زبان فارسی بوده

و ساکن مناطق ۱۰ و ۱۱ و ۱۷ شهر تهران و تحت پوشش مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران باشد، عدم ابتلاء مادر یا نوزاد به اختلال و یا بیماری جسمی و روحی قابل تشخیص، حاملگی اخیر کم خطر بوده باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: 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.

نوع مداخله در این پژوهش، ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بود که این مراقبت‌ها طبق دستورالعمل وزارت بهداشت در روزهای ۱۵-۱۰ و ۶۰-۴۲ انجام گرفت در گروه مداخله در نوبت‌های دوم و سوم، انجام شد. شایان ذکر است که مراقبت نوبت اول در هر دو گروه در بیمارستان انجام می‌گرفت و مداخله، این مراقبت را شامل نمی‌شد. میانگین مدت زمان هر ویزیت در منزل ۵۰ دقیقه بود که بر اساس تقاضای مادران تغییر می‌یافت. میانگین مدت زمان هر ویزیت منزل ۵۰ دقیقه و هر ویزیت مرکز بهداشت حدوداً ۲۵-۲۰ دقیقه بود که بر اساس تقاضای مادران تغییر می‌یافت. شماره تلفن پژوهشگر در اختیار مادران قرار می‌گرفت 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 مراقبان بهداشتی موظف به انجام داده، مطابق بود و کاملاً از دستورالعمل وزارت بهداشت پیروی می‌کرد. هر ویزیت در منزل به دو بخش تقسیم می‌شد؛ بخش اول شامل سؤال‌ها و ارزیابی از بهبود جسمی و روحی مادر و معاینات لازم و تعیین قد و وزن و دور سر نوزاد و بخش

شیردهی و مصرف مکمل‌ها (۴ سؤال)، مراقبت از نوزاد (۱ سؤال)، عدم مصرف الکل و مواد مخدر و سیگار (۱ سؤال)، بهداشت فردی (۱ سؤال)، روش‌های پیشگیری از بارداری (۱ سؤال)، شیردهی و مشکلات آن (۲ سؤال)، مشکلات روحی- روانی پس از زایمان (۱ سؤال)، انجام تست پاپ اسمیر (۱ سؤال) مورد سنجش قرار گرفت. برای هر کدام از سؤال‌ها دو بعد عاطفی ارتباطی و آموزشی مطرح شده در بالا نظر مادر در قالب میزان اهمیت موضوع مورد سؤال، وضعیت دریافت آن و میزان رضایتمندی وی از آن مورد سنجش قرار گرفت. امتیاز بندی سؤال‌ها بدین صورت بود که گزینه‌ها برای هر سؤال اهمیت مراقبت به صورت اهمیت زیاد (۳ نمره)، اهمیت متوسط (۲ نمره) و اهمیت کم (۱ نمره) و برای هر سؤال دریافت مراقبت به صورت بلی (۳ نمره)، تاحدی (۲ نمره) و خیر (۱ نمره) و برای هر سؤال رضایتمندی به صورت راضی هستم (۳ نمره)، نسبتاً راضی هستم (۲ نمره) و ناراضی هستم (۱ نمره) محاسبه شد. براین اساس در هر بعد (عاطفی- ارتباطی یا آموزشی) کمترین امتیاز ۱۳ و بیشترین امتیاز ۳۹ بود.

دراین مطالعه برای مشخص شدن روایی پرسشنامه‌ها از روایی محتوا استفاده شد و پرسشنامه‌ها را ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران تأیید کردند. برای پایایی نیز از آزمون مجدد استفاده شد و ضریب همبستگی $0/8$ به دست آمد. عوامل مداخله گر احتمالی شامل سن مادر، سطح تحصیلات وی و همسر او، میزان درآمد خانواده، وضعیت مسکن، تعداد بارداری‌ها، تعداد فرزندان و نوع زایمان از طریق پرسشنامه شناسایی و سعی شد تا دو گروه، ازاین جهات با یکدیگر مقایسه شوند.

چون پژوهشگر برای ارائه‌ی مراقبت‌ها و تکمیل پرسشنامه، موظف بود که به منزل مادران برود، در موارد ویزیت برای ارائه‌ی مراقبت تا

دوم شامل آموزش‌های ویژه دوران پس از زایمان بود، در انتهای هر ویزیت چک لیست‌ها مراقبتی و نمودارهای رشد ترسیم می‌شد. در کل مدت زمان ویزیت به سؤال‌های والدین نیز پاسخ داده می‌شد. از آنجایی که عامل ارائه دهنده مراقبت در مرکز بهداشت و منزل متفاوت بود قبل از انجام دادن مطالعه، یکسان سازی در نحوه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌ها برای آنان صورت گرفت. پژوهشگر در هر ویزیت، همانند سایر مراقبان بهداشتی، چک لیست مربوط به مراقبت‌های پس از زایمان را تکمیل می‌کرد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته بود که دو بخش داشت؛ بخش اول اطلاعات دموگرافیک مادر و سؤال‌های مربوط به دریافت مراقبت‌های پس از زایمان و علت عدم دریافت این مراقبت‌ها (حاوی ۲۹ سؤال) بود و بخش دوم اهمیت، دریافت و رضایتمندی مادران از ابعاد مختلف خدمات ارائه شده را می‌سنجید. در واقع دریافت مراقبت دراین مطالعه به دو صورت دریافت کلی هر نوبت از مراقبت و دریافت آیت‌های جزئی هر مراقبت مورد سؤال قرار گرفت.

پرسشنامه‌ی اهمیت، دریافت و رضایتمندی، شامل دو جدول بود که در آن ابعاد خدمات مراقبتی پس از زایمان، به دو بخش بعد عاطفی- ارتباطی و بعد آموزشی تقسیم می‌شد. هر کدام ازاین ابعاد شامل ۱۳ سؤال بود. در بعد عاطفی- ارتباطی مواردی مانند سلام و احوال‌پرسی با مادر (۲ سؤال)، احترام گذاشتن به وی (۲ سؤال)، برقراری تماس چشمی (۱ سؤال)، توجه به خواسته‌ها (۲ سؤال)، برطرف کردن نگرانی‌ها (۲ سؤال)، پاسخگویی به سؤال‌ها (۲ سؤال)، ارائه شماره تلفن جهت تماس در مواقع ضروری (۱ سؤال)، تعیین وقت بعدی (۱ سؤال) و در بعد آموزش مواردی مانند آموزش در زمینه‌های علائم خطر دوران پس از زایمان (۱ سؤال)، تغذیه دوران پس از زایمان و

نمودار شماره ۱: تعداد و دلایل خروج از مطالعه در دو گروه مراقبت در منزل و مرکز بهداشتی



آزمون‌های آماری تی و کای اسکوئر استفاده شد. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۱۸ صورت گرفت.

یافته‌ها

از میان ۲۰۰ نفر واحد پژوهشی ۱۲ نفر از گروه مداخله و ۱۴ نفر از گروه کنترل، طی مدت پیگیری از مطالعه خارج شدند (نمودار شماره ۱).

محدوده‌ی زمانی مجاز، برای بازگشت مادر به منزل منتظر می‌ماند ولی در مواردی که مراجعه به دلیل تکمیل پرسشنامه بود، تا یک هفته برای برقراری ارتباط با مادر تلاش می‌کرد؛ اگر چنانچه پس از این زمان مادر به منزل نمی‌آمد، آن مراقبت ارائه نمی‌شد یا پرسشنامه برای وی تکمیل نگردیده، از مطالعه خارج می‌شد. در مجموع، نمونه گیری حدود ۴/۵ ماه طول کشید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از

جدول شماره ۱- توزیع مادران شرکت کننده در تحقیق بر حسب شاخص های جمعیت شناختی به تفکیک نوع مراقبت ارائه شده (در مرکز بهداشت اکبرآباد در سال ۱۳۸۹)

نتیجه آزمون	گروه مرکز بهداشت ۸۶ نفر	گروه ویزیت منزل ۸۸ نفر	شاخص
آزمون کای اسکوتر df = ۲۲ p = ۰/۰۹۲	۲۸/۳۰ ± ۴/۶۴	۲۷/۱۸ ± ۴/۳۶	سن (سال ± انحراف معیار)
آزمون کای اسکوتر df = ۳ p = ۰/۴۵۱	۳۹ (۴۵/۳) ۴۰ (۴۶/۵) ۷ (۸/۱)	۴۷ (۵۳/۴) ۳۲ (۳۶/۴) ۹ (۱۰/۲)	مرتبۀ بارداری - اول - دوم - سوم و بیشتر
آزمون کای اسکوتر df = ۱ p = ۰/۶۶۵	۵۰ (۵۸/۱) ۳۶ (۴۱/۹)	۵۴ (۶۱/۴) ۳۴ (۳۸/۶)	مرتبۀ فرزند - اول - دوم
آزمون دقیق فیشر df = ۲ p = ۰/۸۲۴	۶۸ (۷۹/۱) ۱۶ (۱۸/۶) ۲ (۲/۳)	۷۲ (۸۱/۸) ۱۵ (۱۷/۰) ۱ (۱/۱)	مرتبۀ سقط - صفر - یک - دو و بیشتر
آزمون دقیق فیشر df = ۲ p = ۰/۱۲۸	۲۰ (۲۳/۳) ۰ (۰) ۶۶ (۷۶/۷)	۲۶ (۲۹/۵) ۳ (۳/۴) ۵۹ (۶۷/۰)	نوع زایمان - طبیعی - طبیعی با کمک ابزار - سزارین
آزمون کای اسکوتر df = ۱ p = ۰/۱۶۹	۶۴ (۷۴/۴) ۲۲ (۲۵/۶)	۷۳ (۸۳/۰) ۱۵ (۱۷/۰)	خواستۀ بودن بارداری اخیر - بلی - خیر
آزمون کای اسکوتر df = ۲ p = ۰/۲۸۵	۱۴ (۱۶/۲۷) ۷۲ (۸۳/۷۳)	۱۷ (۱۹/۳) ۷۱ (۸۰/۷)	شرکت در کلاسهای آمادگی برای زایمان - بلی - خیر
آزمون کای اسکوتر df = ۱ p = ۰/۴۸۸	۷۱ (۸۲/۶) ۱۵ (۱۷/۴)	۷۶ (۸۶/۴) ۱۲ (۱۳/۶)	کسب اطلاعات پس از زایمان - بلی - خیر

مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهشی که در جدول شماره ۱ شماره ۲ نشان داده شده است. علت نیمی از موارد عدم دریافت آورده شده است، نشان داد که دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک مراقبت در گروه کنترل، مراجعه مادر بدون دریافت مراقبت بود. همان طور که در جدول شماره ۳ آورده شده است نتایج مطالعه نشان داد هم گن بوده اند. وضعیت دریافت مراقبت ها در دو گروه نیز در جدول

ادامه جدول شماره ۱

شاخص	گروه ویزیت منزل ۸۸ نفر	گروه مرکز بهداشت ۸۶ نفر	نتیجه آزمون
میزان تحصیلات مادر			
- ابتدایی	۳ (۳/۴)	۵ (۵/۸)	آزمون دقیق فیشر
- راهنمایی	۸ (۹/۱)	۴ (۴/۷)	df= ۳
- دبیرستان	۵۴ (۶۱/۴)	۵۱ (۵۹/۳)	p=۰/۵۷۷
- دانشگاه	۲۳ (۲۶/۱)	۲۶ (۳۰/۲)	
وضعیت اشتغال مادر			
- شاغل	۷ (۹/۲)	۹ (۱۰/۵)	آزمون کای
- خانه دار	۸۱ (۹۲/۰)	۷۷ (۸۹/۵)	اسکوئر
			df= ۱
			p=۰/۶۰۹
وضعیت اشتغال همسر			
- آزاد	۴۲ (۴۷/۷)	۳۷ (۴۳/۰)	آزمون دقیق فیشر
- کارگر	۱۴ (۱۵/۹)	۱۴ (۱۶/۳)	df= ۴
- کارمند	۲۸ (۳۱/۸)	۳۴ (۳۹/۵)	p=۰/۶۰۸
- بازنشسته	۱ (۱/۱)	۰ (۰/۰)	
- بی کار	۳ (۳/۴)	۱ (۱/۲)	آزمون کای
میزان کفایت درآمد خانواده			
- مطلوب	۱۷ (۱۹/۳)	۱۷ (۱۹/۸)	اسکوئر
- تا حدی مطلوب	۵۷ (۶۴/۸)	۴۹ (۵۷/۰)	df= ۲
- نامطلوب	۱۴ (۱۵/۹)	۲۰ (۲۳/۳)	p=۰/۴۴۰

مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های بهداشتی اهمیت بسیار ویژه یافته است و براین اساس یکی از اهداف مهم وزارت بهداشت و درمان کشور نیز بوده و مورد توجه قرار گرفته است (۳۹).

وقتی ارتباط مؤثر با بیمار برقرار شود، مشکل بیمار دقیق‌تر شناسایی شده، بیمار رضایت بیشتری از مراقبت‌های خود دارد و مشکل خود و انتخاب‌های درمانی ممکن را بهتر درک می‌کند، بهتر از دستورهای درمانی و از تغییرهای پیشنهادی در شیوه‌ی زندگی پیروی می‌کند و در نهایت از استرس و نگرانی وی کاسته می‌شود (۳۰). هنگامی که زمان کافی صرف برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با مددجو نشود، پیامدهای بسیاری به همراه خواهد داشت. این پیامدها، نه تنها جنبه‌ی روانی (احساس رضایتمندی) و رفتاری (تکمیل دوره درمان) دارد، بلکه جنبه‌های جسمی؛ نظیر بهبود شاخص‌های سلامت و

که میانگین نمرات اهمیت، دریافت رضایتمندی از مراقبت‌ها در هر دو بعد خدمات عاطفی-ارتباطی و آموزشی در دوران پس از زایمان، پس از مداخله، بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد و بیانگر افزایش این نمرات توسط ارائه مراقبت‌ها در منزل مادران بود.

بحث

عدم امکان کورسازی واحدها، عدم ارائه هر دو نوع مراقبت (منزل و مرکز بهداشت) توسط یک نفر، محدودیت‌هایی بود که در این مطالعه وجود داشت. اما پژوهشگر با هم‌سازسازی عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها و همچنین تکمیل ابزار توسط مادران و در محیطی یکسان در منزل مادران، برای هر دو گروه مطالعه تلاش کرد تا اثرات این محدودیت‌ها را بر نتایج مطالعه کاهش دهد. رضایتمندی بیمار

جدول شماره ۲- مقایسه واحدهای پژوهشی برحسب دریافت نوبت‌های مراقبت مادر و کودک در دو گروه ویزیت منزل و مرکز بهداشت (مرکز بهداشت اکبرآباد در سال ۱۳۸۹)

شاخص	گروه ویزیت منزل ۸۸ نفر	گروه مرکز بهداشت ۸۶ نفر	نتیجه آزمون
مراقبت نوبت اول مادر			آزمون کای اسکوئر
- بلی	۷۴(۸۴/۱)	۵۷(۸۷/۲)	df= ۱
- خیر	۱۴(۱۵/۹)	۱۱(۱۲/۸)	p=۰/۵۵۸
مراقبت نوبت دوم مادر			آزمون کای اسکوئر
- بلی	۸۸ (۱۰۰)	۲۵ (۲۹/۱)	df= ۱
- خیر	۰ (۰)	۶۱ (۷۰/۹)	p=۰/۰۰۱
مراقبت نوبت سوم مادر			آزمون کای اسکوئر
- بلی	۸۷ (۹۸/۹)	۷۸ (۹۰/۷)	df= ۱
- خیر	۱ (۱/۱)	۸ (۹/۳)	p=۰/۰۱۵
مراقبت نوبت اول کودک			آزمون کای اسکوئر
- بلی	۵۲ (۵۹/۱)	۱۲ (۱۴/۰)	df= ۱
- خیر	۳۶ (۴۰/۹)	۷۴ (۸۶/۰)	p=۰/۰۰۱
مراقبت نوبت دوم کودک			آزمون کای اسکوئر
- بلی	۸۸ (۱۰۰)	۵۱ (۵۹/۳)	df= ۱
- خیر	۰ (۰)	۳۵ (۴۰/۷)	p=۰/۰۰۱
مراقبت نوبت سوم کودک			آزمون کای اسکوئر
- بلی	۸۸ (۱۰۰)	۷۰ (۸۱/۴)	df= ۱
- خیر	۰ (۰)	۱۶ (۱۸/۶)	p=۰/۰۰۱

میزان بهبودی را، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۱).
 $p=۰/۰۰۷$ و $p=۰/۰۲۰$. این نتایج نشان می‌دهد که در این مطالعه،

مادران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، در مورد مراقبت‌های پس از زایمان، حساسیت بیشتری پیدا کرده بودند؛ می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مداخله توانسته بود اهمیت مراقبت‌ها را برای مادران پررنگ‌تر سازد.

محققان معتقدند که تفاوت اولویت‌بندی بر نیازهای آموزشی مادر در دوره‌ی پس از زایمان، بین مادر و ارائه‌دهنده‌ی خدمت، قابل توجه است، از این رو، باید مادران را در تعیین نیازهای آموزشی و تصمیم‌گیری برنامه ریزی مراقبتی خود مشارکت داد (۳۴).

در این مطالعه، وضعیت دریافت مراقبت‌ها، به طور کلی، در تمامی نوبت‌های مراقبتی مربوط به مادر و کودک به استثنای مراقبت مادری

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میزان دریافت مراقبت‌ها و همچنین رضایتمندی مادران از آن‌ها، با ارائه‌ی خدمات در منزل، افزایش می‌یابد. که با یافته‌های مطالعه Christie و Bunting هم خوانی دارد، زیرا آنان نیز نشان دادند که ارائه‌ی مراقبت‌ها در منزل می‌تواند رضایتمندی مادران را افزایش دهد (۳۲)، اما در مطالعه‌ی بویل وین و همکاران (۲۰۰۴) ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل تأثیری بر میزان رضایتمندی مادران نداشت (۳۳). میانگین نمره‌ی اهمیت خدمات عاطفی-ارتباطی و همچنین میانگین نمره‌ی اهمیت خدمات آموزشی در دوره‌ی پس از زایمان، بین مادران دو گروه مورد مطالعه، اختلاف آماری معنی‌داری داشت (به ترتیب

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان اهمیت، دریافت و رضایت مادران از خدمات عاطفی-ارتباطی و آموزشی در دوران پس از زایمان بین دو گروه مداخله و کنترل ۶۰ روز پس از زایمان (مرکز بهداشت اکبرآباد در سال ۱۳۸۹)

شاخص	گروه ویزیت منزل ۸۸ نفر	گروه مرکز بهداشت ۸۶ نفر	نتیجه آزمون
خدمات عاطفی-ارتباطی			
- اهمیت	۲۰/۰۸±۱/۷۰	۱۹/۱۹±۲/۴۴	p=۰/۰۰۶
- دریافت	۲۰/۳۴±۱/۱۹	۱۵/۹۰±۳/۳۲	p=۰/۰۰۱
- رضایت	۲۰/۵۱±۱/۲۱	۱۵/۲۸±۳/۸۷	p=۰/۰۰۱
خدمات آموزشی			
- اهمیت	۲۵/۶۷±۲/۴۴	۲۴/۳۶±۴/۵۹	p=۰/۰۲۰
- دریافت	۲۵/۹۸±۲/۲۴	۱۵/۴۷±۴/۶۷	p=۰/۰۰۱
- رضایت	۲۶/۰۲±۱/۸۱	۱۵/۲۵±۵/۲۶	p=۰/۰۰۱

مطلوب دانسته و ۵۴/۷ درصد افراد از مراقبت‌ها راضی بودند (۳۸). شامی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی که با هدف تعیین میزان رضایتمندی مراجعه‌کنندگان واحد مراقبت‌های پیش از بارداری، در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت، انجام دادند، مشخص کردند که رضایتمندی بیشتر زنان (۶۲/۷ درصد)، در حد متوسط بود و بیشترین عامل مورد رضایت واحدها، مهارت‌های حرفه‌ای خدمات‌دهندگان بود (۲۸). یافته‌های مطالعه‌ی دانش کجوری و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که گرچه ۸۷/۲ درصد از زنان از مراقبت‌های دوران بارداری به میزان زیاد راضی بودند، نیمی از موارد از اطلاعات دریافت شده در دوران بارداری رضایت کمی داشتند، آنان در مطالعه‌ی خود دیدند که هرچه تعداد بارداری افزایش می‌یابد، میزان رضایت مادر از خدمات ارائه شده کاهش نشان می‌دهد. در این مطالعه ۹۳/۶ درصد مادران از برقراری ارتباط مراقبت‌دهندگان، به میزان زیاد، راضی بودند. سهولت در دسترسی به مراقبت‌ها و سطح تحصیلات مادر از عوامل مؤثر بر میزان رضایتمندی او نسبت به برقراری ارتباط با مراقبت‌دهنده بود (۳۹).

مهدوی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ی خود، کیفیت مراقبت‌ها را

اول که برای تمامی مادران در بیمارستان طی روزهای بستری پس از زایمان ارائه می‌شود بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت. از آنجایی که پژوهشگر مطالعه‌ای را نیافت که وضعیت دریافت مراقبت‌های پس از زایمان را بررسی کرده باشد، ناگزیر به بررسی مطالعات مشابه در دوران بارداری پرداخت. خنجری و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه‌ی خود تحت عنوان «دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه دریافت‌کنندگان مراقبت» به این نتیجه رسیدند که ۴۳/۵ درصد مادران در حد ناکافی به مرکز بهداشت مراجعه و حدود نیمی از نمونه‌ها (۴۸ درصد) مراقبت‌های بارداری را در حد ناکافی دریافت کرده بودند (۳۵). در مطالعه‌ی عمر و همکاران نیز ۴۷ درصد زنان کمتر از حد کافی از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده کرده بودند (۳۶)؛ همچنین در تحقیق دیگری که بر روی زنان سیاه پوست آمریکایی کم درآمد انجام شد، مشخص گردید که ۴۹ درصد زنان کمتر از حد کافی از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده کرده بودند (۳۷). در مطالعه‌ی میرمولایی و همکاران (۱۳۸۶) که با عنوان «میزان دریافت و رضایت از مراقبت‌های دوران بارداری» انجام شد، نیز تنها ۵۳/۴ درصد افراد، میزان دریافت مراقبت‌ها را

در تطابق با معیار استاندارد، متوسط ارزیابی کردند؛ در این پژوهش حیطةی آموزش، کمترین نمره و حیطة گرفتن شرح حال مددجو، بیشترین نمره را به خود اختصاص داد. در عین حال، رضایت مددجویان از مراقبت‌ها بالا ارزیابی شد. محقق چنین نتیجه‌گیری کرد که رضایت مددجو می‌تواند به معنی کیفیت بالای فرآیند مراقبتی نباشد و عوامل دیگری هم در این زمینه مؤثر است (۴۰). واقعیت این است که مددجویان معمولاً از مراقبت‌های تخصصی که به آنان ارائه می‌شود، اطلاعات جامعی ندارند و در نتیجه نمی‌توانند قضاوت مناسبی درباره‌ی کیفیت روش‌های مراقبتی، داشته باشند و رضایت آنان می‌تواند ناشی از سایر عوامل باشد (۴۱) تکیه‌ی صرف بر دیدگاه و اظهارات مددجویان راه برای بررسی کیفیت مراقبت، به عنوان نقطه‌ی ضعف قضاوت در مورد کیفیت ارائه‌ی مراقبت بیان می‌کنند (۴۲). در نهایت برخی مطالعات نشان داد که مادران از مراقبتی که در منزل دریافت نموده‌اند، رضایت بیشتری داشته، کیفیت آن را بالاتر ارزیابی کردند (۲۰ و ۴۳).

نتیجه گیری

از آنجایی که رضایتمندی مادران از مراقبت‌ها علت مهمی در پیگیری فعالانه‌ی ایشان برای دریافت مراقبت‌ها و همکاری مناسب با مراقبان بهداشتی است؛ باید توجه کرد که نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات به گونه‌ای باشد که هم از لحاظ عاطفی-ارتباطی و هم به لحاظ ارائه‌ی آموزش‌های ضروری، بتواند رضایت مددجو و مراقب بهداشتی را فراهم کند. قابل ذکر است که در این مطالعه مدت زمان ویزیت مادران در گروه مداخله، نسبت به گروه کنترل، بیشتر بوده است و این خود می‌تواند منجر به رضایت بیشتر آنان شود؛ بنابراین باید به این مسئله نیز توجه کرد که برای افزایش رضایتمندی مددجویان از مراقبت‌های دریافتی، مدت زمانی که برای ارائه‌ی مراقبت صرف می‌شود، باید با

نیاز افراد متناسب باشد تا بتوان به تمامی نیازهای مرتبط مددجویان پاسخ داد، با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر و همچنین سایر مطالعات انجام شده در جهان، ارائه‌ی مراقبت‌ها در منزل مادران، تاحدودی توانسته است که اکثر نیازهای مادران را در امر مراقبتی و آموزشی برطرف سازد، بنابراین ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، به مسئولین محترم کادر بهداشت و درمان توصیه می‌شود. البته ارائه‌ی خدمات مراقبتی در منزل، نیازمند برنامه ریزی دقیق و تربیت کارکنان کارآمد است و این خود می‌تواند هزینه‌ای را بر سیستم‌های مراقبتی تحمیل کند، ولی باید توجه نمود که این شیوه از ارائه‌ی مراقبت‌ها با بالا بردن میزان دریافت مراقبت‌ها و در پی آن، بالا رفتن سطح سلامت افراد در دراز مدت می‌تواند از بسیاری از مشکلات بهداشتی پر هزینه پیشگیری کند. مدیران خدمات بهداشتی می‌توانند با تشکیل کلاس‌های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت و برگزاری سمینارها، دانش و مهارت‌های حرفه‌ای ماماها‌ی شاغل را در جهت انجام ویزیت منزل پس از زایمان افزایش دهند. شایان ذکر است که تهیه‌ی دستورالعمل‌های ویژه برای ویزیت منزل، بر اساس نیاز مادران، از ضرورت‌ها و پیش نیازهای ارائه‌ی مراقبت در منزل است که دست اندرکاران امر آموزش در تهیه و تدارک آن باید توجه کافی را مبذول دارند. پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی خصوصاً بر روی مراقبت‌های دوران بارداری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد استخراج گردیده است. بدین وسیله از مسئولان محترم دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تهران، مسئولان و کارکنان مرکز بهداشت اکبرآباد و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

References:

1. World health organization, (Practical Guide to Postpartum Care) , 2005.
2. Wing Hung T. , Dominic Task Sing L. , Fung Kum Chinu H. , Kowk Hung Chung T. , A randomized controlled trail of educational counseling on the management of women who have suffered suboptimal-outcomes in pregnancy. *International Journal of obstetrics & gynecology*. 2003,17 (110) :853-9
3. Cunningham G. , Levono K J. , Bloom S L. , Hauth J C. , Rouse D J. , Spooning C Y. Williams obstetrics, 23rd edition, translated by Ghazijahani b. , Ghotbi r. Golban publications, 2010.
4. Aghamolai T, Eftekhar Ardbili H. [Principle of health services]. 1st ed. Tehran: Andisheh Rafie Publishers, 2005; 66-77. (Persian)
5. Chung H. , Hung Chich. The postpartum stress and support on postpartum women's health status. *Journal of advanced nursing*. 2001; 36 (5) :676-84.
6. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. [The quality of postpartum care from mothers' viewpoint]. *Hakim Research Journal*. 2009;12 (1) :27-34. (Persian)
7. Chen, Ch. Effect's home visits and telephone contacts on breast-feeding compliance in Taiwan. *MCN*, 1993; 21 (3) :102-7.
8. Dennis, C. L. Breastfeeding initiation and duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2002; 7 (31) :12-27.
9. Schmidth L. A. Patient's perception of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 44 (4) :393-9.
10. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept. *Socio science medicine*; 1994, 38 (4) :509-16.
11. Becker C. Patient satisfaction is in the details. 6 N. Y. hmos will give enrolees specific explanations when treatment is denied. *Mod health*; 2001; 31 (43) :34.
12. Freidson E. (editors) Patient viewer of medicine practice. 1st (edit) , Russel sage foundation. New York, 1996.
13. Erci B. , Ivanov L. The relationship between women,s satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2004;9 (1) :16-28.
14. Schulmeister L. , quiet k. , mayer k. Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: Perceptions of patient undergoing outpatient antilogous stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 2005; 32 (1) :57-67.
15. Nickpour S. , Shapoorian F. , Haji Kazemi E. S. , Hosseini F. , Safdari M. T. (Women,s satisfaction with prenatal care and its relation with their demographic characteristics and the procedure of the services). *Quarterly Journal of Iran,s Nursing*, 2007; 20 (49) :15-27. (Persian).
16. Atkinson S. , Haran D. Individual and district scale determinants of users, satisfaction with primary health care in developing countries. *Journal of Social Science and Medicine*, 2005; 60 (3) :501-13.

17. Brédart A. , Coens C. , Aaronson N. , Chie W. C. , Efficace F. , Conroy T. , et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: Preliminary results based on the Eortgin Patsat 32 questionnaire. *European Journal of Cancer*, 2007; 43 (2) :323-30.
18. Betz Brown J. , Bolesm M. , Mullooly J. P. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. *An International Journal*, 2006;11 (4) :299-307.
19. Fantahun M. Quality of family planning services in northwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 2005; 19 (3) :195-202.
20. Fenwick A. , Janice But B. , Satvinder Dhaliwal C. , Yvonne Hauck D. , Virginia, Schmied E. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home, *Journal of Women and Birth*. 2009; doi:10. 1016/j. wombi. 2009. 06. 001
21. Zadoroznyj M. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal homecare programme. *Health Social Care Community*, 2006; 15 (1) :35-44.
22. Handler A. , Raube K. , Kelley M A. , Giachello A. Women,s satisfaction with prenatal care settings: a focus group study. *Journal of Birth*, 1996; 23 (1) :31-7.
23. Brown L. , Negri B D E. , Hernandez O. , Dominguez L. , Sanchack J. H. , Roter D. An evaluation of the impact of training Honduran health care providers in interpersonal communication. *International Journal for Quality in Heath Car*, 2000; 12 (6) :495-501.
24. Claton J. Patient's views of continence services. *Journal of advanced nursing*, 1998; 28 (2) :353-61.
25. Becker D. , Koenig M A. , Kim Y M. , Cardona K. , Soenenstein F L. The quality of family planning services in the United States: Findings from a literature review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2007; 39 (4) :206-15.
26. Kipp W. User feedback from family planning client in Uganda. *International Journal Health Care Assurance*, 2003; 16 (7) :334-40.
27. Jones S. R. Ethics in midwifery. Mosby com; 2000; 26.
28. Sharami S H. , Zahiri Z. , Zende Del M. The survey of Satisfaction in clients of prenatal care units in public hospitals of Rasht, *Journal of medicine faculty of Gilan university of medical sciences*, 2009; 17 (66) :29-37. (Persian).
29. Shamsodin sh. , khalil zadeh h. , ghadimi h. , et al. Evaluation of patient satisfaction of nursing behavior, *Journal of nursing & midwifery faculty of Hamedan*, 2003; 11 (2) :17-22. (Persian).
30. Maguire P. , Pitcealthy C. Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 2002; 325 (7360) :697-701.
31. Hargie O. , Dickson D. , Boohan M. , hughes k. A survey of communication skills training in U. K schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Journal of the American Medical Association*, 2003:289-93.
32. Christiea J. , Buntingb B. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time

- mothers: cluster randomised trial, *International Journal Of Nursing Studies*, Article In Press, 2010; Doi: 10.1016/J.Ijnurstu.2010.10.011
33. Boulvain M. , Perneger T V. , Othenin-Girard V. , Petrou S. , Berner M. , Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial, *BJOG*, 2004;111:807-13.
34. Bowman K G. Postpartum Learning Needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2005; 34 (4) , 438-43.
35. Khanjari S. , Mola F. , Hosseini F. , Faragollahi M. Receive of prenatal cares and Factors from the viewpoints of care recipients, *Journal of Iran nursing*, 2007; 19 (45) :37-47. (Persian).
36. Omar M A. , Schiffmavr R F. Recipient and provider perspectives of barriers to rural prenatal care. *Journal of Community Health Nursing*, 1998; 15: 237-49.
37. Mikhail B. Prenatal care utilization among low income African American women. *Journal of Community Health Nursing*, 2000;17:235-46.
38. Mirmolaei S T. , Khakbazan Z. , Kazem Nejad A. , Azari M. Intake and satisfaction of prenatal care, *Journal of nursing and midwifery of Tehran, Hayat*, 2008;13 (2) :31-40. (Persian).
39. Danesh Kajori M. , Karimi S. , Shekarabi R. , Hosseini F. The survey of satisfaction from prenatal care received in clients of Shirvan Chadavol health centres. *Journal of nursing of Iran*, 2006; 18 (43) :61-9. (Persian).
40. Mahdavi J. , Symbar M. , Amir Ali Akbari S. , Alavimajd H. Correlation of quality of care with satisfaction of family planning's clients in health centers of Shahidbeheshty university medical of sciences and health services, *Journal of nursing and midwifery faculty of Shahidbeheshty*, 2011;20 (69) :31-9. (Persian).
41. Symbar M. , Alizadeh Dibazari Z. , Abed Saeedi J. , Alavi Majd H. Evaluate the quality of postpartum care in affiliated hospitals by Shahidbeheshty University of medical sciences, *Journal of Pajoohandeh*, 2004;10 (43) :45-9. (Persian).
42. Ramarao S. , Mohanam R. The quality of family planning programs: Concepts, measurements, interventions, and effects. *Studies in Family Planning*, 2003; 34 (4) :227-48.
43. Escobar G. J. , Braveman P. A. , Ackerson L. , Odouli R. , Coleman-Phox K. , Capra A. M. , et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Journal of Paediatrics*, 2001; 108:719-27.

The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction

Mirmolaei T¹, Amel Valizadeh M¹, Mahmoodi M², * Tavakkol Z¹

1. Department of Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Biostatistics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author, Email: tavakolz@razi.tums.ac.ir

Abstract

Background: One of the most important indicators of quality of services and monitoring health services is evaluation and assessment of patient satisfaction of services that comes from sociology research.

Aim: To identify the effect of providing post partum care at home on maternal received care and satisfaction.

Method: This clinical trial was carried out on 200 mothers who referred to Akbar Abad Health Care Center for their infant screening tests. They were randomly allocated to two experimental and control groups. Experimental group received their first and second post partum care at home, but control group only received routine postpartum care of the health center. Data were collected using a questionnaire containing demographic characteristics and some question to assess maternal received care and satisfaction with postpartum care. Chi square and T test were applied for analyzing data using SPSS version 18. P value less than 0.05 considered statistically significant.

Results: Most of the mothers were 20-29 years old. Two groups were significantly different in relation to percentage of received care at the first and second post partum and infant care ($P=0.00$, $P=0.01$). The average score of emotional and educational services that mothers received and also maternal satisfaction were also significantly different between two groups ($p=0.00$).

Conclusion: Postpartum care provided at home, has positive effect on maternal emotional and educational received care and also their satisfaction. So we suggest post partum health care provision by health care providers at home.

Keywords: Postpartum care, Home visits, Received care, maternal satisfaction

Received: 10.04.2011

Accepted: 29.09.2011

