

بررسی تأثیر حمایت تلفنی بر رضایت مندی زنان از مراقبت های پس از زایمان

راضیه پیغمبر دوست^{۱*}، زینب فدایی^۲

^۱دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، مرند، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: رضایت مندی بیماران از خدمات دریافتی، یک شاخص مناسبی برای سنجش کیفیت خدمات سلامت است. میزان رضایت بیماران، نشان دهنده توانایی کادر درمان است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر رضایت مندی زنان در دوره نفاس انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش بر روی ۲۶۰ زن واجد شرایط در دوران پس از زایمان طبیعی در بیمارستان رازی شهرستان مرند که به طور تصادفی و در دسترس به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند، انجام گرفت. گروه مداخله علاوه بر مراقبت های روتین دوره نفاس، هفته اول ۲ بار، هفته دوم تا ششم یک بار در هفته مشاوره تلفنی به مدت ۲۰ دقیقه دریافت نمودند. گروه کنترل مراقبت های روتین نفاس را دریافت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رضایت از مراقبت های دوره نفاس بود که ۶ هفته بعد از زایمان تکمیل گردید. آنالیز داده ها با نرم افزار SPSS و با آزمون های آماری کای دو، فیشر و تی تست انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی مادران در گروه مداخله $25/57 \pm 5/63$ و در گروه کنترل $24/61 \pm 5/63$ بود. میانگین امتیاز رضایت مندی زنان در گروه مداخله $29/78 \pm 5/82$ و در گروه کنترل $18/96 \pm 10/91$ بود. بین میانگین امتیاز رضایت مندی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی داری ($P < 0/001$) مشاهده گردید. سطح رضایت مندی از مراقبت های دوران نفاس در گروه مداخله ($79/4\%$) در حد متوسط و گروه کنترل ($92/2\%$) ناراضی بودند. بین رضایت از مراقبت های دوران نفاس و سن ($P = 0/033$)، شغل مادر ($P < 0/001$)، تحصیلات پدر ($P = 0/001$)، تحصیلات مادر ($P = 0/001$)، محل سکونت ($P = 0/001$)، تعداد حاملگی ($P = 0/021$)، و جنسیت نوزاد ($P = 0/025$) ارتباط معنی دار آماری دیده شد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد حمایت تلفنی رضایت مندی زنان پس از زایمان را افزایش داده و لذا توصیه می شود که این مداخلات، پس از زایمان جهت افزایش آگاهی زنان و رضایت مندی آن ها به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: نفاس، مراقبت تلفنی، پس از زایمان، رضایت مندی، حمایت تلفنی.

مقدمه:

دوره نفاس، شایع ترین زمان نیاز به ارائه خدمات بهداشتی، سنجش رضایت مندی زنان از مراقبت های ارائه شده در طی زایمان و پس از زایمان است (۲،۱). این دوره بهترین زمان برای تصمیم گیری و سیاست گذاری به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت ها و سازمان دهی مراقبت ها می باشد (۳-۵). زنان رضایت مند دریافت کننده مراقبت های نفاس، اغلب برای دریافت مراقبت ها

مراجعه نموده و پیامدهای سلامتی بهتری دارند (۷،۶). در مراقبت های مادری، سطوح بالای رضایت مندی می تواند تحت تأثیر فاکتورهای متعددی قرار گیرد. به نظر پیترسون، رضایت مندی در امور بیمارستانی، به چندین عامل بستگی دارد: میزان مراقبت های پرستاری- مامایی انجام یافته، مراقبت های پزشکی، ارتباط با حرفه های مختلف بهداشتی، مدیریت بخش و محیط بخش که از این

میان مراقبت های مامایی، مهمترین و موثرترین فاکتور بوده است (۹،۸). رضایت مندی زنان از تجارب دوره نفاس می تواند بر روی سلامتی مادران و ارتباط مادر و نوزاد، افسردگی پس از زایمان، اختلالات استرسی پس از تروما، عملکرد جنسی، تطابق با نقش مادری و کاهش بروز مشکلات شیردهی تأثیر داشته باشد (۳). رضایت مندی بیمار به معنای گزارش وی از کیفیت درمانی و تأثیر متقابل بین بیمار و ارائه کنندگان خدمات سلامتی- درمانی است که بر اساس میزان تطابق مراقبت ها با انتظارات فرد سنجیده می شود و یک معیار مهم برای سنجش کیفیت مراقبت های بهداشتی شناخته شده است (۱۰-۱۲). رضایت مندی یک مفهوم چند بعدی است که توسط طیف وسیعی از عوامل مانند مراقبت های واقعی ارائه شده، انتظارات، ارزش ها و ترجیحات شخصی بیمار تعیین می شود که می تواند سطوح بالای رضایت مندی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳،۱۴). بسیاری از بیمارستان ها، برای ارزیابی کیفیت مراقبت انجام شده، از نتایج رضایت مندی بیماران استفاده می کنند (۱۰،۱۵).

از اوایل دهه ۱۹۹۰ شکایت ها از نحوه انجام مراقبت های بهداشتی افزایش یافته و منجر به ارزیابی رضایت مندی بیماران شده است (۱۶). مطالعات Biro و Melachan که هر دو در ملبورن استرالیا انجام شد، نشان داد که به طور کلی تا حدی رضایت از ارائه مراقبت های بهداشتی وجود دارد (۱۷،۱۸). با وجود این رضایت مندی از ارائه مراقبت های دوره نفاس پایین تر است (۱۹). در سال ۱۹۶۰، مراقبت های نفاس بیشتر روی استمرار شیردهی، استراحت مادران، افزایش وزن کودک و آموزش مراقبت از کودک متمرکز بود. پس از آن، به دنبال کوتاه شدن اقامت مادران در بیمارستان، مسئولیت مراقبت از کودک توسط والدین افزایش یافت (۲۰). این تغییرات نشان دهنده چالش هایی برای یافتن پیش بینی مراقبت ها در دوره نفاس بود

که یکی از این راه ها برقراری ارتباط با اطلاعات مراقبین بهداشتی است (۲۱). در مطالعه ای که در سوئد بر روی رضایت مندی بیماران از مراقبت های بهداشتی انجام شد، ۲۸٪ مادران از مراقبت های پزشکی و ۵۰٪ به دلایل شخصی از مراقبت های نفاس ناراضی بودند (۲۲). در دیگر مطالعات، تعامل ضعیف بین مادر و پرستار گزارش شده است (۲۳) گرسی می نویسد: تعاملات مادر و پرستار تحت تأثیر خستگی و استرس پرستاران قرار می گیرد (۲۴). مطالعات نشان می دهد که زنان نیاز به دریافت خدمات مراقبتی سلامتی یکپارچه دارند ولی با وجود این نیاز، حساسیت مراقبین بهداشتی در رابطه با نیازهای زنان کمتر می باشد (۱،۲۵). استمرار مراقبت می تواند مفاهیم مختلفی از جمله، بیشتر بودن حضور مراقب بهداشتی در سرتاسر دوران نفاس تا افزایش مراقبین بهداشتی در زمینه های حرفه ای مختلف باشد. کوتاهی مدت اقامت مادران در بیمارستان از نظر دریافت خدمات مامایی و پرستاری، چالش هایی را ایجاد می نماید. لذا جهت حمایت موثر و افزایش توان مندی مادران برای خود مراقبتی توصیه می شود از این میان، حمایت اجتماعی توسط اینترنت، حمایت از طریق شبکه های اجتماعی آنلاین و برنامه های حمایتی بر اساس تلفن بیشتر استفاده شود (۲۵).

تلفن مهم ترین کانال ارتباط عمومی جهت پیگیری برنامه های حمایتی است که موثر بودن مداخله را فراهم می نماید (۲۶). استفاده از تلفن نسبت به مشاوره چهره به چهره ارزان تر بوده و قادر به تحت پوشش قرار دادن تعداد زیادی از افراد است که در مناطق جغرافیایی گسترده ای به سر می برند (۲۷). این خدمات راحت بوده و توسط افراد آموزش دیده ارائه می شود (۲۸)؛ همچنین Lomoro و همکاران در بررسی رضایت مندی زنان از مراقبت های دوران نفاس نشان دادند که زنان خواهان روش هایی برای بهبود کیفیت این

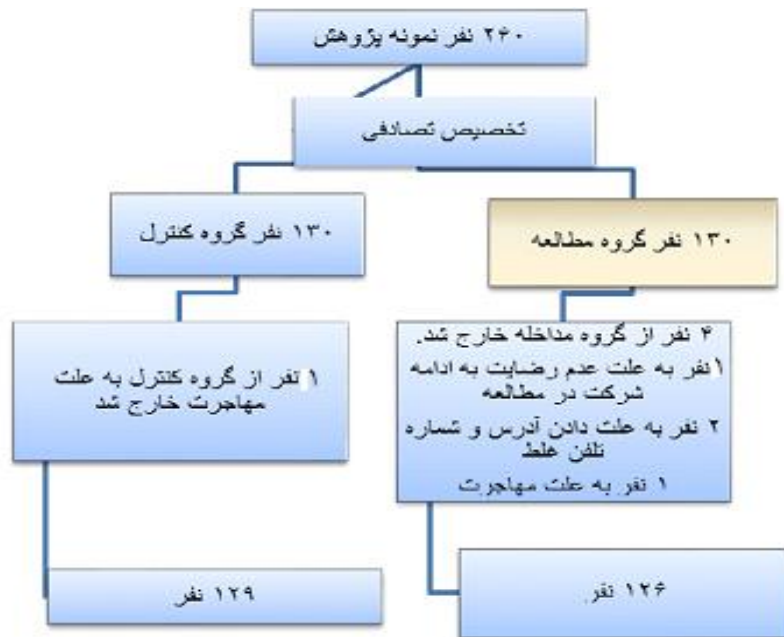
در مراقبت های معمول دوره نفاس (گروه شاهد) قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل به دنیا آوردن نوزاد زنده و سالم، تک قلو، سکونت در مرند و حومه، دسترسی به تلفن، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی یا داروهای دیگر در بارداری و پس از زایمان، نداشتن سابقه افسردگی یا بیماری های خاص دیگر، نداشتن مشکل شنوایی و تکلم بود. شرایط خروج از مطالعه نیز عدم دسترسی به آدرس مددجویان، موارد منجر به بستری، مرگ نوزاد و یا نداشتن نیاز به مراقبت های ویژه نوزادی در نظر گرفته شد.

نوع مداخله در این پژوهش، حمایت پس از زایمان به صورت مشاوره تلفنی بود که در گروه آزمون، هفته اول دو بار در هفته، هفته دوم تا ششم یک بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه انجام گرفت که بر اساس نیاز مددجو تغییر می یافت. گروه شاهد (۱۳۰ نفر) فقط مراقبت های روتین نفاس را که شامل آموزش جزئی در مورد مشکلات پس از زایمان و شیردهی بود، دریافت می کردند؛ همچنین جهت ارزیابی نیازهای پیش بینی نشده مادران، واحدهای پژوهش به صورت ۲۴ ساعته امکان برقراری تماس تلفنی با مشاور را داشتند. لازم به ذکر است که اکثر مادران ساکن روستا بودند. در طول مطالعه ۵ نفر به دلیل تغییر آدرس محل سکونت یا مهاجرت به شهرهای دیگر از مطالعه خارج شدند. (۴ نفر از گروه مداخله و یک نفر از گروه کنترل) در نهایت ۲۵۵ نفر در این مطالعه شرکت نمودند (نمودار شماره ۱). محتوای مکالمات تلفنی بر اساس دستورالعمل مامایی سازمان جهانی بهداشت تعیین گردید (۲۵). هر مشاوره تلفنی به ۲ بخش اختصاص یافت. بخش اول شامل توصیه های معمول دوره نفاس بود که بر اساس مشکلات شایع دوران نفاس در هفته تنظیم می شد و بخش دوم به نیازهای خاص هر مددجو و ارائه راه حل پیشنهادی به وی اختصاص می یافت.

مراقبت ها می باشند. یکی از پیشنهادات ارائه شده توسط مادران، امکان تماس مستقیم با ماما یا سایر مراقبین سلامت در زمانی است که آن ها نیاز دارند (۲۹). واضح است که مادران، نیازمند داشتن فرصت جهت بحث بیشتر درباره نیازهای خود در دوره نفاس هستند و ماماها در این میان می توانند به خوبی از عهده این نقش برآیند (۳۰). خاک بازان و همکاران مطالعه ای جهت تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر کیفیت زندگی پس از دوره نفاس انجام داده اند که آن مطالعه توانسته بود، کیفیت زندگی را ارتقاء دهد (۲۶). عطف به این که مطالعات اندکی تاکنون در رابطه با تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر رضایت مندی زنان در دوره نفاس انجام شده است و در ایران نیز مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است و با توجه به این که مطالعه ای در ایران انجام نشده است و شرایط فرهنگی و اجتماعی در کشور ما متفاوت است. نیاز به شواهد علمی در جهت برنامه ریزی برای فراهم آوردن برنامه های حمایتی در جهت ارتقای سلامتی وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر رضایت مندی زنان در دوره نفاس انجام گرفته، تا بتوان از نتایج آن در بهبود مراقبت های پس از زایمان در جهت ارتقای سلامت مادر و نوزاد استفاده کرد.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان نخست زا و چندزا با زایمان طبیعی است که در بخش پس از زایمان بیمارستان رازی مرند، بستری بودند. پس از انجام مطالعه مقدماتی، ۲۶۰ نفر به صورت هدفمند و در دسترس پس از کسب رضایت به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی ۱۳۰ نفر در گروه حمایت های پس از زایمان (مداخله) و ۱۳۰ نفر



نمودار شماره ۱: تعداد نمونه های پژوهش در دو گروه و دلایل خروج از مطالعه

مطالعات ثابت شده است (۳۰، ۲۹). این پرسشنامه با اجازه نویسنده آن ترجمه شده بود؛ لذا، ابتدا روایی ترجمه برای پرسشنامه انجام گرفت؛ بدین ترتیب که ترجمه انجام شده توسط ۳ نفر از اساتید مامایی و ۱ نفر استاد زبان انگلیسی بازمینی و اصلاحات لازم انجام گرفت و مجدداً پرسشنامه ترجمه شده توسط ۲ نفر از اساتید زبان به انگلیسی برگردانده شد و با نسخه اصلی مقایسه شد و اصلاحات لازم در ترجمه انجام گرفت؛ سپس پایایی پرسشنامه در ایران در مطالعه پایلوت با ۳۰ نمونه با آزمون آلفای کرونباخ سنجیده شد که آلفای پرسشنامه ۰/۸۴ بود.

با توجه به اینکه پرسشنامه مذکور از هر ۲ گروه در روز چهارم پس از زایمان با مراجعه به منزل تکمیل می شد، اگر واحدهای پژوهش در منزل نبودند، پرسشگر تا ۳ روز پی در پی و سپس هفته بعد به درب منزل مراجعه می نمود. در مجموع، نمونه گیری حدود ۳ ماه به طول انجامید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. برای آنالیز داده ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو، فیشر و تی تست) استفاده گردید. سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ثبت مشخصات جمعیت شناختی، فرم ثبت مشکلات دوران نفاس و پرسشنامه رضایت از مراقبت های نفاس بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، حاوی ۱۷ سوال در روز اول پس از زایمان تکمیل شد. پرسشنامه رضایت در روز چهارم پس از زایمان در ۲ گروه مداخله و شاهد با مراجعه به درب منزل و با مصاحبه حضوری توسط پرسشگر که نسبت به مطالعه کور بود، تکمیل گردید. پرسشنامه رضایت دارای ۹ سوال می باشد که هر آیتم ۷ پاسخ دارد که در مقیاس لیکرت ۱ به شدت مخالفم تا ۷ به شدت موافقم تنظیم شده است. در مجموع امتیازبندی پرسشنامه حداکثر ۶۳ امتیاز و حداقل ۹ امتیاز می باشد و در تقسیم بندی که براساس مطالعه پایلوت طبق نظر مشاور آمار انجام شد. اگر امتیاز بین ۹-۲۷ بود رضایت مندی در سطح ضعیف، بین ۲۷-۴۵ رضایت مندی در سطح متوسط و امتیاز بالای ۴۵ رضایت مندی در سطح بالا محسوب می شود. در این پژوهش برای کسب روایی پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی از روایی محتوا استفاده شد. همچنین پرسشنامه حاضر یک پرسشنامه استاندارد است که روایی و پایایی آن در

یافته ها:

($P=0/187$)، میزان درآمد خانوار ($P=0/365$) و سوابق مامایی شامل: تعداد حاملگی ($P=0/167$) و نوع زایمان ($P=0/305$)، سابقه نازایی ($P=0/412$) و جنسیت نوزاد ($P=0/124$) اختلاف آماری معنی داری نداشتند و از نظر عوامل یاد شده همگن بودند.

میانگین امتیاز رضایت مندی زنان در گروه مداخله $29/78 \pm 5/82$ و در گروه کنترل $18/96 \pm 10/71$ بود. بین میانگین امتیاز رضایت مندی در ۲ گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی داری ($P < 0/001$) مشاهده گردید. سطح رضایت مندی از مراقبت های دوران نفاس در گروه مداخله ($79/4\%$) در حد متوسط و گروه کنترل ($92/2\%$) ناراضی بودند (جدول شماره ۱ و ۲).

بر اساس یافته های این پژوهش، بیشترین درصد مادران ($66/2\%$) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال، بیش از نیمی از زنان در هر ۲ گروه مداخله ($55/8\%$) و کنترل ($53/2\%$) ساکن روستا بودند. اکثر زنان مورد مطالعه، اول زا ($58/8\%$)، دارای حاملگی خواسته ($87/8\%$) و برای دریافت مراقبت های پس از زایمان به خانه بهداشت ($55/3\%$) مراجعه می نمودند. ۲ گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین سنی ($P=0/271$)، میزان تحصیلات مادر ($P=0/224$)، تحصیلات پدر ($P=0/051$)، شغل مادر ($P=0/325$)، شغل پدر ($P=0/125$)، وضعیت مسکن ($P=0/071$)، محل سکونت ($P=0/573$)، میزان حمایت همسر و اطرافیان

جدول شماره ۱: میانگین نتایج رضایت مندی از مراقبت های دوره نفاس در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	انحراف معیار		گروه	موضوع رضایت مندی
	کنترل	مداخله		
$P=0/012$	$2/17 \pm 1/02$	$3/38 \pm 0/56$	۱	ماما در مورد آنچه اتفاق افتاده، مرا آگاه نموده و در درک تمام مسائل به من کمک کرده است.
$P=0/015$	$1/55 \pm 1/07$	$3/26 \pm 0/40$	۲	من همواره در تصمیم گیری در مراقبت از خود و کودکم توصیه لازم را دریافت نموده ام.
$P=0/015$	$1/80 \pm 1/11$	$3/23 \pm 0/53$	۳	من همواره حمایت و توصیه لازم را در مورد شیردهی دریافت نموده ام.
$P=0/011$	$2/14 \pm 1/09$	$3/25 \pm 0/37$	۴	من حمایت و توصیه لازم را جهت مراقبت از کودک، در مواردی که نیاز داشتم، دریافت داشتم.
$P=0/010$	$1/77 \pm 1/06$	$3/34 \pm 0/40$	۵	من حمایت و توصیه لازم را درباره مشکلات سلامتی و رشد کودکم در موارد نیاز، دریافت نموده ام.
$P=0/017$	$1/70 \pm 1/00$	$3/36 \pm 0/50$	۶	من حمایت و توصیه لازم را در مورد سلامتی و بهبودی پس از زایمان در موارد نیاز، دریافت کرده ام.
$P=0/013$	$1/93 \pm 1/05$	$3/36 \pm 0/63$	۷	ماماها بسیار حساس بوده و مرا درک می کردند.
$P=0/012$	$2/74 \pm 1/11$	$3/39 \pm 0/64$	۸	تشویق و اطمینان خاطر از طرف ماما دریافت می کردم.
$P=0/013$	$2/92 \pm 1/13$	$3/25 \pm 0/67$	۹	از اینکه ماما مرا از نظر جسمی مراقبت می کند، خوشحالم.
$P=0/018$	$18/96 \pm 10/91$	$29/78 \pm 5/82$	۱۰	میانگین مجموع امتیاز رضایت مندی.

جدول فوق نشان می دهد که میزان رضایت مندی از مراقبت های دوره نفاس در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است.

جدول شماره ۲: مقایسه سطح رضایت مندی از مراقبت های دوره نفاس در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون
سطح رضایت مندی			
ناراضی	۲۱(٪۱۶/۷)	۱۱۹(٪۹۲/۲)	$P < ۰/۰۰۰۱$
رضایت متوسط	۱۰۰(٪۷۹/۴)	۱۰(٪۷/۸)	
راضی	۵(٪۴/۰۰)	۰(٪۰)	
جمع	۱۲۶(٪۱۰۰)	۱۲۹(٪۱۰۰)	

می باشد. Salonen و همکاران و Lomere و همکاران، نتایج مشابهی از این مطالعه را به دست آوردند (۲۹،۲۵)، ولی در ۲ مطالعه اخیر میزان رضایت مندی در گروه کنترل نیز افزایش یافته بود، ولی در مطالعه حاضر، گروه کنترل سطح رضایت مندی پایینی نسبت به گروه مداخله داشت که این تفاوت می تواند به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش، پایین بودن مراقبت های بعد از زایمان که به صورت روتین ارائه می گردد در ۲ مطالعه باشد. همچنین، تفاوت زیادی که در ۲ گروه در این مطالعه می باشد، می تواند به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش و کیفیت ارائه خدمات باشد. واحدهای پژوهش در گروه مداخله به دنبال ترخیص از بیمارستان، به حال خود رها نشده و طی جلسات متعدد و بر اساس نیازسنجی مورد حمایت قرار گرفته و قادر بودند دسترسی ۲۴ ساعته به مراقب داشته باشند. این در حالی بود که در حالت روتین زنان بعد از ترخیص در دوره نفاس با وجود این که برنامه هایی برای ویزیت در دوره بعد از نفاس وجود دارد، ولی عملاً اکثر بیماران رها می شوند و تا عوارض جدی بروز نکرده، به مراکز بهداشتی و درمانی یا پزشک مراجعه نمی کنند. این نتایج لزوم توجه جدی به مراقبت های دوران نفاس را جهت ارتقای سلامتی مادران و همچنین افزایش رضایت مندی آنان را آشکار می سازد. در مطالعه میر مولایی و همکاران، امتیاز رضایت مندی پس از ارائه مراقبت در منزل به طور معنی داری افزایش یافته بود (۳۱). در مطالعه

آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که بین رضایت از مراقبت های دوران نفاس و سن ($P=۰/۰۳۳$)، شغل مادر ($P < ۰/۰۰۰$)، تحصیلات پدر ($P < ۰/۰۰۰$)، تحصیلات مادر ($P=۰/۰۰۱$)، محل سکونت ($P=۰/۰۰۱$)، تعداد حاملگی ($P=۰/۰۲۱$) و جنسیت نوزاد ($P=۰/۰۲۵$) ارتباط معنی دار آماری دیده شد. به طوری که با افزایش سن میزان رضایت مندی نیز افزایش می یافت. میزان رضایت مندی در زنان خانه دار بالا بود. با افزایش تحصیلات والدین میزان رضایت مندی پایین بود. میزان رضایت مندی در افراد ساکن شهر کمتر بود. مادران با تعداد حاملگی کمتر رضایت مندی پایین تری داشتند؛ همچنین میزان رضایت مندی در مادرانی که دارای نوزاد پسر بودند بالاتر بود. بین میزان رضایت مندی از مراقبت های دوران نفاس و سایر متغیرهای دموگرافیکی ارتباط معنی دار آماری دیده نشد.

بحث:

نتایج این مطالعه نشان داد که مدل جدید ارائه مراقبت توسط ماما از طریق حمایت تلفنی بر افزایش رضایت مندی زنان در دوره نفاس در مقایسه با مراقبت های معمول موثرتر است. در مورد هدف اصلی پژوهش «تعیین میزان تأثیر حمایت های پس از زایمان بر رضایت مندی زنان در دوره نفاس» میانگین نمره رضایت پس از مداخله در ۶ هفته پس از زایمان در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از کنترل

و Lomore و همکاران تأثیر سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد، تعداد زایمان، جنسیت نوزاد و میزان حمایت همسر از مادران، بر رضایت مندی دوره نفاس را در مطالعات خود ذکر کرده اند (۲۹،۲۵). با توجه به همگن بودن گروه های مطالعه، احتمالاً بتوان تفاوت ایجاد شده در نتایج رضایت مندی را به مداخله نسبت داد.

با توجه به نتایج پژوهش که ارتباط معنی دار آماری با تحصیلات و سایر متغیرهای جمعیت شناختی دیده می شود، به نظر می رسد افزایش تحصیلات احتمالاً باعث آگاهی بیشتر از حقوق خود می گردد و عدم تأمین انتظارات احتمالاً عامل نارضایتی از خدمات دریافتی می شود. با توجه به افزایش سطح دانش جامعه و اطلاع مردم از حقوق خود باید کیفیت ارائه مراقبت ها را افزایش داده تا بتوانیم رضایت مندی را افزایش دهیم. نتایج مطالعه بیانگر ارتباط بین افزایش رضایت مندی و جنسیت نوزاد پسر بوده که می تواند در ارتباط با متفاوت بودن شرایط فرهنگی جامعه پژوهش باشد. مادرانی که صاحب فرزند پسر می شوند در جامعه مذکور بیشتر حمایت می شوند. این ارتباط با محل سکونت هم دیده می شود. به طوری که در ساکنین شهری میزان رضایت مندی کمتر است؛ لذا این ارتباط نیز ناشی از زیاد بودن انتظارات افراد شهر نشین می تواند باشد.

نتیجه گیری:

نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت تلفنی پس از زایمان قادر به افزایش قابل توجه رضایت مندی زنان از دریافت مراقبت های پس از زایمان است. با توجه به اهمیت رضایت مندی از خدمات که امروزه مورد توجه سازمان ها می باشد و با توجه به ارزان و قابل دسترس بودن تلفن با افزایش آگاهی مادران و پاسخ دهی به نیازهای مادران در این دوران انتقالی، در بهبود سلامت مادران می تواند مثر ثمر واقع گردد؛ همچنین در رابطه با ارتباط عوامل فرهنگی مثل جنسیت

Christie and Bunting نیز ارائه مراقبت در منزل، میزان رضایت مندی را افزایش داده بود (۳۲). با توجه به نتایج مطالعات که همسو با مطالعه کنونی می باشند، بهتر است پیگیری مراقبت های پس از زایمان از طریق تلفن توسط مراقبین سلامت (ماماها و پرستاران) ارائه شود و همچنین آموزش های لازم در این زمینه برای پرسنل سلامت فراهم شود. در مطالعه Boulvain و همکاران، ارائه مراقبت های پس از زایمان در منزل نتوانسته بود میزان رضایت مندی را افزایش دهد (۳۳). اختلاف نتایج ۲ مطالعه می تواند بدلیل متفاوت بودن بستر فرهنگی جامعه پژوهش و طراحی متفاوت مطالعه باشد. زیرا که در پژوهش حاضر با توجه به نوع پرسشنامه که برای سنجش رضایت مندی ارائه مراقبت های پس از ترخیص به دنبال زایمان طراحی شده است، لذا رضایت مندی قبل از انجام مداخله بررسی نشده بود.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین رضایت از مراقبت های دوران نفاس و سن، شغل مادر، تحصیلات پدر و مادر، محل سکونت، تعداد حاملگی و جنسیت نوزاد همان طور که در قسمت یافته ها بیان شده، ارتباط معنی دار آماری دیده شد. در مطالعه جعفری و همکاران نیز ارتباط معنی دار آماری بین رضایت مندی و متغیرهای فوق دیده شد (۳۴). بین میزان رضایت مندی از مراقبت های دوران نفاس و سایر متغیرهای دمو گرافیکی ارتباط معنی دار آماری دیده نشد؛ همچنین مسگر زاده و همکاران، در مطالعه خود ارتباط معنی دار آماری بین رضایت از مراقبت های ارائه شده و سطح تحصیلات، نوع حاملگی (حاملگی خواسته و ناخواسته)، جنسیت نوزاد و شغل را گزارش کرده است (۳۵).

بر اساس نتایج این پژوهش، ۲ گروه مداخله و کنترل از نظر عوامل احتمالی موثر بر رضایت از جمله سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد خانوار، تعداد زایمان، جنسیت نوزاد، میزان حمایت همسر و اطرافیان در روز اول پس از زایمان همگن بودند و بین ۲ گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد. Salonen و همکاران

نوزاد با میزان رضایت مندی می توان با فرهنگ سازی موجبات رفتار مناسب اطرافیان با مادر را بدون توجه به جنسیت نوزاد فراهم آورد.

حمایتی به مادران در قالب ویزیت در منزل و مشاوره تلفنی در نظر بگیرند.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

با توجه به یافته های پژوهش پرستاران و ماماها می تواند با بهره گیری از پیگیری و مراقبت تلفنی به ارتقای سطح مراقبت های پس از زایمان و در نهایت ارتقای سلامت مادران کمک نمایند. در این رابطه مسئولین برگزاری دوره های ضمن خدمت شیوه های مختلف مراقبت پس از زایمان از جمله مراقبت تلفنی را برای پرسنل بهداشتی و درمانی در نظر بگیرند و مسئولان در برنامه ریزی های کلان کشوری جایگاه ویژه ای جهت ارائه خدمات

تشکر و قدردانی:

این مقاله نتیجه بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۵۶۶۶ مورخ ۱۳۸۶/۵/۱۶ می باشد. بدین وسیله از مسئولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسئولان و کارکنان محترم بیمارستان رازی شهرستان مرند و کلیه همکاران که در این طرح شرکت نموده و ما را یاری رساندند، نهایت تقدیر به عمل می آید.

منابع:

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; 2(2): 1-52.
- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002; 186(5 Suppl Nature): S160-72.
- Martin CH, Fleming V. The birth satisfaction scale. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2011; 24(2): 124-35.
- Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. Psychology and Health. 2011; 26(12): 1553-70.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. Journal of Advanced Nursing. 2004; 46(2): 212-9.
- Van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". Birth. 2003; 30(2): 75-82.
- Green JM. Integrating women's views into maternity care research and practice. Birth. 2012; 39(4): 291-5.
- Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. Journal of Advanced Nursing. 2005; 52(6): 672-81.
- Gutysz-Wojnicka A, Dyk D, Cudak E, Ozga D. Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2013; 27(2): 311-8.
- Britton JR. Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressful medical events. American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality. 2006; 21(3): 200-5.
- Gjerdingen DK, McGovern P, Pratt R, Johnson L, Crow S. Postpartum doula and peer telephone support for postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. Journal of Primary Care and Community Health. 2013; 4(1): 36-43.

12. Alidosti M, Tahmasebi M, Raeisi M. Evaluating the women's satisfaction of Hajar hospital services after the delivery. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013; 2(1): 1-8. [Persian]
13. Monazea EM, Al-Attar GS. Quality of delivery care in Assiut University Hospital, Egypt: mothers' satisfaction. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2015; 90(2): 64-71.
14. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012; 28(3): 348-57.
15. Miller YD, Dane AC, Thompson R. A call for better care: the impact of postnatal contact services on women's parenting confidence and experiences of postpartum care in Queensland, Australia. *BMC Health Services Research*. 2014; 14: 635.
16. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*. 2002; 6(32): 1-244.
17. Biro MA, Waldenstrom U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*. 2003; 30(1): 1-10.
18. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 119(12): 1483-92.
19. Ellberg L, Högberg U, Lindh V. 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*. 2010; 26(4): 463-8.
20. Rudman A, Waldenstrom U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*. 2007; 7: 178.
21. Rowe HJ, Holton S, Fisher JR. Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Australian Journal of Primary Health*. 2013; 19(1): 46-52.
22. Nguyen Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine*. 2002; 54(4): 493-504.
23. Hildingsson IM. New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2007; 20(3): 105-13.
24. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene J. First class delivery: a national survey of women's views of maternity care: Audit Commission London; 1998.
25. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*. 2011; 27(6): 832-41.
26. Khakbazan Z, Golyan Tehrani S, Payghambaroost R, Kazemnejad A. Effect of telephone counseling during post-partum period on women's quality of life. *Hayat*. 2010; 15(4): 5-12. [Persian]
27. Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P, et al. The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2013; 10(1): e1001362.
28. David S, Fenwick J, Bayes S, Martin T. A qualitative analysis of the content of telephone calls made by women to a dedicated 'Next Birth after Caesarean' antenatal clinic. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2010; 23(4): 166-71.
29. Lomoro OA, Ehiri JE, Qian X, Tang SL. Mothers' perspectives on the quality of postpartum care in Central Shanghai, China. *Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua*. 2002; 14(5): 393-402.

30. Waldenstrom U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*. 2000; 27(3): 156-67.
31. Mirmolaei T, Mahmoodi M, Tavakkol Z. The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction. *Journal of Evidence-based Care*. 2012; 1(1): 35-50.
32. Christie J, Bunting B. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 48(6): 689-702.
33. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004; 111(8): 807-13.
34. Jafari F, Johari Z, Zayeri F, Ramazankhani A, Sayah Iran Z. Assessment client satisfaction and factors effective in health center. *Daneshvar*. 2006; 14(66): 15-22. [Persian]
35. Mesgarzade M, Orujlu S, Ebrahimi M, Baghaie R. Survuy of mother's satisfaction from provided care in delivery unit in the Khoy Qamar Bani Hashem hospital in 2012. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014; 12(10): 919-25. [Persian]

Effect of telephone support and women satisfaction of postpartum care

Peighambardoust R¹, Fadaiy Z^{2*}

¹Islamic Azad University, Marand Branch, Marand, I.R. Iran; ²Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R. Iran.

Received: 6/Jul/2015 Accepted: 28/Nov/2015

Background and aims: Patient satisfaction is a suitable indicator of the quality of health care. Patient satisfaction reflects the ability of medical staff. This study aimed to evaluate the effect of telephone support on postpartum women's satisfaction in lying.

Methods: This interventional study was carried out in Marand city. 260 mothers who have inclusion criteria were selected by convenience sampling after normal delivery in Razi hospital and were randomly divided into two groups. The intervention group received telephone counseling for 20 minutes at the first week twice, second week till 6th weeks once a week plus routine cares. Control group received general postpartum education. Data were collected using demographic data sheet, and satisfaction questionnaire from postpartum care which was administered by a trained interviewer six weeks after delivery. The data were analyzed using SPSS software, and descriptive and inferential statistical, chi-square and t-test tests.

Results: The results showed the mean of mother age in interventional and control groups was 25.57 ± 5.63 , and 24.61 ± 5.63 , respectively. After intervention, the average total satisfaction score in the intervention group was 29.78 ± 5.82 , while it was in control group 18.96 ± 10.91 . The difference between two groups was statistically significant ($P < 0.001$). Satisfaction level of postpartum care in the intervention group was 79.4% on average, and in the control group was 92.2% in unsatisfaction level. No significant relationship was found among the satisfaction of Postpartum care and age ($P = 0.033$), mother's job ($P < 0.0001$), father's education ($P < 0.0001$), maternal education ($P = 0.001$), location ($P = 0.001$), the number of pregnancies ($P = 0.021$), and sex ($P = 0.025$).

Conclusion: The results of this research showed that telephone support postpartum by midwife increase women's postpartum satisfaction. So, it is recommended that interventions are employed to promote awareness of postpartum women and their satisfaction.

Keywords: Telephone care, Postpartum, Phone, Support satisfaction, Puerperium.

Cite this article as: Peighambardoust R, Fadaiy Z. Effect of telephone support and women satisfaction of postpartum care. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(1): 36-46.

***Corresponding author:**

Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R. Iran, Tel: 00989143914631,
E-mail: fadaiez@razi.tums.ac.ir