

کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان از دید مادران

مریم محسنی^{۱*}، پروین بهادران^۲، دکتر حیدرعلی عابدی^۳

۱- دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی ۲- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی ۳- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی

* نویسنده مسؤول: رفسنجان، خیابان مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۵۲۲۵۹۰۰۰؛ نامبر: ۵۲۲۸۴۹۷. پست الکترونیک: mohseni_2007@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۶/۲۲ پذیرش: ۸۸/۲/۵

چکیده

مقدمه: تولد نوزاد یک تغییر ژرف و پایدار در زندگی زنان است و آنان را با تغییرات فیزیولوژیک و سایکولوژیک مختلفی روبرو می‌سازد. از آنجا که این دوران بحرانی پیامدهای ماندگاری برای مادر و خانواده دارد، انجام مراقبت‌های اصولی و مقرون به صرفه یک چالش مهم مراقبت‌های این برهه زمانی است. با توجه به اینکه شناخت ماهیت و ساختار مراقبت‌های پس از زایمان و فهم نقایص، کمبودها و نیازهای مادران می‌تواند در جهت مداخله برای دستیابی به مراقبت‌های بهتر و موثرتر مثمرتر باشد، این تحقیق با هدف فهم عمیق تجارب مادران از مراقبت‌های این دوران برنامه‌ریزی شده است.

روش کار: این پژوهش کیفی و به روش فنومنولوژی است. داده‌ها از طریق انجام مصاحبه عمیق با ۱۵ زن که در دوران پورپورتوم به سر برده و در بخش بعد از زایمان بیمارستان‌ها و یا مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان حضور داشته‌اند به دست آمده است. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف بوده و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات هم از روش کلایزی استفاده شده است. یافته‌ها: از مجموع یافته‌های پژوهش چهار مفهوم زیر استخراج شده است: تعامل و ارتباط موثر، مراقبت حرفه‌ای، آموزش، شرایط و امکانات موجود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نحوه عملکرد مراقبین بهداشتی و میزان برخورداری مادر از حمایت‌های محیطی، در نحوه سازگاری او با این مقطع زمانی بسیار حائز اهمیت است. بنابراین با در نظر گرفتن عوامل موثر مختلف در این دوران و تغییر سیاست‌ها و مراقبت‌ها از انجام مراقبت روتین و یک‌سویه به مراقبت مطلوب نظر مادر و مطابق خواست او، می‌توان در بهبود تجاربش از این دوران حساس موثر واقع شد.

کلواژگان: دوران پس از زایمان، تجارب پس از زایمان، مراقبت‌های پس از زایمان.

مقدمه

می‌گذارد. بر اساس مطالعات نقص سلامت روانی و ذهنی در این مرحله، می‌تواند اثرات طولانی مدتی هم بر کیفیت زندگی مادر و هم بر تکامل شناختی فرزندش داشته باشد از این رو امروزه توجه خاصی به کیفیت مراقبت‌های این مقطع می‌شود (۳ و ۴). بر طبق نظریه‌های جدید اهداف مراقبت‌های بعد از زایمان علاوه بر ارتقاء سلامت جسمی زنان و نوزادشان تامین نیازهای روانی و عاطفی، آموزش بهداشت و تسهیل گذر موفق به دوران والدی هم هست اما متأسفانه هنوز مراقبت‌های پس از زایمان طبق روال قبلی، بر کنترل روتین وضعیت جسمی و فیزیکی و عوارض مادر و نوزاد تاکید می‌کنند (۵ و ۶). و با بهار ۸۸، دوره دوازدهم، شماره اول

حاملگی و زایمان سفر به ناشناخته‌هاست. در دوران پس از زایمان یا پورپورتوم که به ۶ هفته اول پس از زایمان اطلاق می‌شود مادر تغییرات فیزیولوژیک و سایکولوژیک مختلفی را تجربه می‌کند (۱) تغییرات فیزیکی و آناتومیکی شگرف جهت برگشت بدن به وضعیت قبل از حاملگی و تغییرات روانی برای کسب نقش مادری و ایجاد ارتباط نزدیک با فرزند و گرچه همه زنان تغییرات مشابهی را طی این دوران تجربه می‌کنند اما عوامل خاصی این تجربیات را برای آنها منحصر به فرد می‌سازد (۲). مقطع زمانی حول و حوش زایمان و هفته‌های اول پس از آن، دوران بحرانی است و پیامدهای عمیق و ماندگاری بر جای

وجودی که مراقبین بهداشتی می‌توانند با تقویت توانایی مادران در مراقبت از فرزند، راهنمایی و مشورت مناسب، ارزیابی سلامت جسمی و روانی و تایید و تصدیق عوامل فرهنگی مورد نظر مادران و خانواده‌شان، بهترین حامی آنها باشند (۷)، اما مدارک موجود حاکی از آن است که نیازهای زنان در این دوران توسط مراقبین به خوبی برآورده نمی‌شود زنان، زایمان را در زمینه فرهنگی خاص خود یعنی آداب اجتماعی، باورهای فرهنگی مذهبی رایج، و ارزش‌های حاکم بر جامعه‌شان تجربه می‌کنند (۸) و فرهنگ‌های مختلف عقاید، باورها و آداب و رسوم متفاوتی حول و حوش زایمان دارند (۹)، به همین جهت فراهم کردن مراقبت‌های متناسب با باورهای بهداشتی و ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی از جمله هدف‌های مراقبت‌های این دوران است (۱۰) لذا باید به درستی به داستان‌های زنان درباره چگونگی مادر شدنشان گوش داد و اجازه داد آنها بگویند چه مراقبت‌هایی نیاز دارند، چرا که این تنها راه مطمئن جهت ارائه خدمات مراقبتی مناسب با محوریت مادران است (۱۱). از آنجا که شناخت ماهیت و ساختار مراقبت‌های پس از زایمان و فهم نقایص، کمبودها و نیازهای مادران می‌تواند در جهت مداخله برای دستیابی به مراقبت‌های بهتر و موثرتر مثرتر باشد، پژوهشگران بر آن شدند به جای استفاده از نظرات مادران و اینکه آنها را در مسیر تفکر از پیش تعیین شده‌ای بیندازند، با سؤالات باز از تجربیات آنها استفاده نموده (۱۲) و دنیا را از دید آنها بنگرند و امیدوارند که از فهم عمیق تجارب مادران برای شناخت دوران پس از زایمان استفاده کرده و از این طریق در جهت تدوین و برنامه‌ریزی مراقبت‌های پس از زایمان و حمایت از مادران تلاش نمایند.

روش کار

با توجه به این که عواطف و احساسات به عنوان جزئی از تجارب، ماورای بعد جسمی انسان بوده و دارای مفهوم کیفی است نوع پژوهش نیز متناسب با آن و کیفی می‌باشد که این نوع تحقیق یک نگرش و شیوه منظم برای توصیف تجربیات زندگی و معنی دادن به آنها بوده (۱۳) و سعی در کسب اطلاعات غنی، واقعی، عمیق و معتبر دارد (۱۴) و از آنجا که پدیده مورد مطالعه تجارب انسانی است از روش پدیدشناسی که از طرق مختلفی مثل داستان‌ها و حکایات بدست آمده و نهایتاً موجب بینش و درک مفهوم یک پدیده از دیدگاه شرکت‌کنندگان می‌شود (۱۵) استفاده شده است. منابع اطلاعات خانم‌هایی بوده اند که زایمان کرده و دوران پست پارتوم (۶ هفته اول پس از زایمان) را سپری می‌کرده‌اند و در مدت انجام پژوهش در بخش

بعد از زایمان بیمارستان حضور داشته و یا به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان مراجعه نموده‌اند. معیارهای پذیرش، درک پدیده مورد نظر، علاقمندی به بیان تجربیات و شرکت در پژوهش و توانایی بیان اطلاعات مورد نظر بوده است. با توجه به اینکه در این نوع تحقیق دانش و انگیزه مشارکت‌کنندگان برای دادن اطلاعات مهم است و نمونه‌گیری به روش تصادفی روش مناسبی برای انتخاب مشارکت‌کنندگان نمی‌باشد (۱۶) بنابراین نمونه‌گیری با روش مبتنی بر هدف شروع و تا اشیاع اطلاعات یعنی عدم دریافت اطلاعات جدید ادامه یافته که در آخر شمار شرکت‌کنندگان به ۱۵ نفر رسیده است. برای جمع‌آوری داده‌ها، از روش مصاحبه عمیق و ضبط آن بر روی نوار کاست، مشاهده و یادداشت‌های روزانه استفاده شده است. مصاحبه بصورت نیمه سازمان یافته بوده و با یک سؤال کلی در مورد تجارب مادران از مراقبت‌های دریافتی از زمان تولد فرزندشان شروع و با تشویق برای توضیح بیشتر درباره احساس و درک آنها از چگونگی و کیفیت این مراقبت‌ها و نقاط ضعف و قوت آنها ادامه می‌یافت. مدت مصاحبه‌ها از ۹۰-۲۰ دقیقه متغیر بود (مصاحبه با یکی از شرکت‌کنندگان در دو نوبت انجام شده و هر نوبت ۹۰ دقیقه طول کشید). کلیه مطالب با رضایت نمونه‌ها روی نوار کاست ضبط، سپس به طول کامل روی کاغذ پیاده‌سازی و نسخه‌برداری شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات هم از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی استفاده گردید (۱۷) که بر اساس آن ابتدا با خواندن دقیق و مکرر مصاحبه‌ها و توصیف شرکت‌کنندگان سعی در درک بهتر و هم احساس شدن با آنها شد و در مرحله دوم جملات و واژه‌های مهم از متن مصاحبه‌ها استخراج شد. سپس این معانی استخراج شده، مفهوم‌سازی و فرموله شده و در ۱۵۰ کد قرار داده شدند در مرحله بعدی، پس از بازخوانی مکرر کدها مفاهیم فرموله شده درون دسته‌ها و خوشه‌های موضوعی قرار داده شده و تم‌های اصلی بدست آمد و در آخر با ترکیب کردن کلیه عقاید استنتاج شده به درون یک توصیف جامع و کامل از همه جزئیات پدیده مورد نظر، تم‌های بدست آمده درون چهار مفهوم کلی و محوری قرار داده شدند. از آنجا که در تحقیق کیفی واژه اعتبار به منطبق بودن یافته‌های تحقیق بر واقعیت اطلاق می‌گردد، بدین معنی که یافته‌های تحقیق نشانگر واقعیت باشد (۱۸).

پژوهشگر پس از انجام مصاحبه و استخراج داده‌ها و کدگذاری آنها، مجدداً به تک تک نمونه‌ها مراجعه و موافقت آنها با برداشت او از مطالب را بررسی کرده است. و همچنین مطالب مبهم احتمالی مورد بحث و شفاف‌سازی قرار گرفته و از این طریق توافق و تایید نمونه‌ها حاصل شده و بدین صورت

روش هفت مرحله‌ای کلایزی که قبلاً اشاره شد چهار مفهوم کلی و محوری بدست آمد که این مفاهیم پایه و اساس پژوهش فعلی را تشکیل می‌دهند و بیانگر چگونگی مراقبت‌های بعد از زایمان هستند. این تجارب نه تنها نقص و کمبودهای موجود که گاهی دلایل و علت‌های این نواقص را هم بیان می‌کنند. نتایج مطالعه در قالب مفاهیم محوری ذیل بحث شده اند:

تعامل و ارتباط موثر: مادران شرکت‌کننده در این مطالعه نوع ارتباط و رفتار پرسنل را به عنوان مهم‌ترین شاخص ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها برشمرده‌اند. آنان در کنار عکس‌العمل‌هایی مثل دلداری و آرامش دادن، همدردی کردن، ارتباط کلامی مناسب، میل و رغبت در ارائه مراقبت که از یک تعامل خوب حکایت می‌کند: "یک خانم مامایی بود خیلی رسیدگی می‌کرد، خیلی خوش اخلاق... واقعاً معلوم بود از ته دلش دارد کار انجام می‌دهد"؛ "برخوردهایشان خیلی خوب بود. تسکین می‌دادند به آدم، حتی آن موقعی که من بچه‌ام را می‌بردم خیلی با آرامش با من صحبت می‌کردند به من دلداری می‌دادند"

مهم‌ترین مشکل و مسأله موجود در باب ارتباط با مددجو را اطلاع‌رسانی نامناسب می‌دانند که در ساعات بحرانی پس از زایمان عاملی برای تنش و رنج بیشتر است. عدم توجیه یا اطلاع‌رسانی در مورد وضعیت نوزاد یا زائو، سهل انگاری در پاسخ‌دهی صحیح، عدم راهنمایی یا کمک به مددجو یا همراه، توضیح ندادن در مورد نحوه عملکرد یا مراقبت‌ها و حتی گاهی نوعی خشونت و توهین از جمله مواردی است که سبب ایجاد استرس و نگرانی و یا افزایش رنج و تنش در مادر و خانواده شده است: "هر چه می‌روم هر کسی یک جوابی می‌دهد آدم را ناامید می‌کنند"؛ "نمی‌گذارند بچه را ببینم، اصلاً رفتارشان خوب نیست می‌گویند خانم برو خودمان می‌دانیم و بچه..."; "همراهم داشت کمکم می‌کرد داد زد مگر خودش نمی‌تواند؟ درست است که ساعت ۱۲ نیمه شب بود و خسته بودند اما این دلیل نمی‌شود با مریض بدرفتاری کنند"؛ "می‌گفتند ما خودمان کارمان را بلدیم هی نیاید بگویند سرم تمام شد یا چکار بکنید و چکار نکنید آدم به خاطر این حرف‌هایشان خیلی اذیت می‌شد"؛ "پرسنل اتاق معاینه خیلی بد برخورد می‌کردند سر همراهم داد زد برو بیرون، برو بیرون مگر من فارسی حرف نمی‌زنم"؛ "بعضی وقت‌ها می‌گویی این دارو اینجوری، دعوا می‌کنند، با آن برخوردهای سردی که دارند آدم بدتر می‌شود...".

بی‌توجهی به نیازهای عاطفی و روحی مادر، مقدم داشتن شرایط یا منافع خود به منافع مددجو، بی‌توجهی به درد زائو، عدم توجه به نیاز و راحتی همراه و... از دیگر تجارب مادران بوده که باعث ناراحتی آنها شده و از طرف دیگر بی‌اعتمادی نسبت به

باورپذیری^۱ یا اعتبار داده‌ها جهت موثق بودن^۲ آنها تضمین شده است. همچنین به منظور استفاده از نظر داوران ماهر و متخصص، نوار ضبط شده و متن نسخه برداری شده و کدگذاری شده و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به نظر اساتید صاحب‌نظر رسیده و پیشنهادات اصلاحی و نظرات ایشان مدنظر قرار گرفته شده و بدین ترتیب با استفاده از بازنگری و نظارت صاحب‌نظران هم اطمینان‌پذیری^۳ و هم تأییدپذیری^۴ یافته‌ها امکان‌پذیر شده است. علاوه بر این به منظور افزایش قابلیت انتقال^۵ یافته‌ها به موقعیت‌ها و گروه‌های دیگر هم سعی شده از شرکت‌کنندگانی که از نظر موقعیت اجتماعی و اقتصادی، تعداد زایمان، تحصیلات و... متفاوت بوده‌اند استفاده شود. پژوهش حاضر با کسب مجوزهای لازم از مسؤولین مربوطه انجام و قبل از انجام هر مصاحبه اهداف و اهمیت تحقیق برای شرکت‌کنندگان شرح داده شده و مصاحبه‌ها با اجازه و رضایت آگاهانه و حتی‌الامکان در محیطی کاملاً خصوصی و مورد توافق نمونه‌ها (اتاق مشاوره مرکز و یا در صورت تمایل واحدها در منزل آنها) انجام شده است. در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شده و آنها در هر مرحله از مصاحبه و تحقیق در مورد انصراف از ادامه همکاری مختار بودند جهت حفظ محرمانه بودن مصاحبه‌ها به جای نام شرکت‌کننده از شماره آنها استفاده شده است.

نتایج

از ۱۵ مادر شرکت‌کننده در پژوهش ۸ نفر خانه دار، ۶ نفر کارمند و یک نفر دانشجو بودند. از این افراد ۷ نفر فرزند اولشان، ۶ نفر فرزند دوم، ۱ نفر فرزند سوم و یک نفر فرزند ششم را به دنیا آورده بودند. از نظر میزان تحصیلات: یک نفر بی‌سواد، یک نفر تحصیلات ابتدایی، ۶ نفر دیپلم، یک نفر فوق دیپلم، ۵ نفر لیسانس و یک نفر دانشجوی فوق لیسانس بودند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان ۳۵-۲۱ سال و میانگین سنی آنها ۲۸ سال بود. روش زایمان ۶ نفر از آنها واژینال و ۹ نفر سزارین بود. مدت زمان سپری شده از زایمان در بین افراد شرکت‌کننده از چند ساعت تا ۴۲ روز پس از زایمان متفاوت بود. یک نفر از شرکت‌کنندگان سابقه مرگ نوزاد در زایمان قبلی و ۲ نفر سابقه نازایی (۲سال و ۳سال) را ذکر می‌کردند. از میان شرکت‌کنندگان یک نفر بارداری ناخواسته (حاملگی سوم) و ۲ نفر زایمان دوقلویی داشتند. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها با

¹ Credibility

² Trustworthyness

³ Dependability

⁴ Confirmability

⁵ Transferability

کادر درمانی را در پی داشته است. "توی ایستگاه پرستاری نشسته بودند می‌گفتند و می‌خندیدند و هیچ اهمیتی نمی‌دادند..."; "دکتر نیامد و یک روز بعد سزارین شدم الان هم بچه‌ام مشکل دارد می‌گویم شاید به این دلیل است"; "با وجودی که سزارین قبلی بودم و درد داشتم، دکتر رفت مطب و تا ساعت ۷/۳۰ شب نیامد..."; "بچه همه را داده بودند بجز بچه من خیلی می‌ترسیدم می‌گفتم شاید دروغ گفته‌اند که بچه‌ام سالم است." علاوه بر اطلاع‌رسانی ناکافی و بی‌توجهی به نیاز و خواست مددجو، تاثیر وضعیت اقتصادی و متعاقب آن نوع بیمارستان (خصوصی یا دولتی) در انجام مراقبت‌ها و برقراری ارتباط پرسنل، هم از مواردیست که مادران به آن اشاره کرده‌اند: "درست است که توقعی که از بیمارستان خصوصی می‌رود نمی‌توان از اینجا داشت اما نباید اینطور هم باشد کسی که اینجا می‌آید او هم انسان است"; "یکی از مریض‌ها خدمه را برای کمک صدا زد او هم گفت اول شیرینی مرا بده یعنی تا شیرینی ندهی کمک نمی‌کند"; "اهمیتی که توی بیمارستان خصوصی می‌دهند، رسیدگی دکتر و بقیه پرسنل و... خیلی فرق می‌کند"

مراقبت‌های حرفه‌ای: بنابر اظهارات مادران گرچه انجام مراقبت‌های روتین، در دسترس بودن، مشارکت در مراقبت نوزاد و... از جمله نکات مثبت و قابل توجه در امر مراقبت بوده است: "مرتب می‌آمدند چک می‌کردند... کمک کردند روی تخت بخوابم... مسکن آوردند، ملافه‌ها را عوض کردند..."; "همه کمکی به من می‌کردند، اگر نمی‌آمد اینجا و خانم‌ها به من نمی‌رسیدند خودم از بین می‌رفتم." اما در مواردی هم تعلل و سهل‌انگاری در انجام مراقبت‌ها مشهود است و مواردی مثل عدم ارایه مراقبت کافی، محول کردن وظیفه مراقبت به همراه و عدم همکاری و مشارکت با همراه از جمله عواملی هستند که در ذهن مادران فقدان مراقبت مناسب را تداعی می‌کنند: "۳-۲ ساعت بعد از زایمان همینجوری روی تخت زایمان خوابیده بودم، خشک شده بودم، اصلاً نمی‌توانستم حرکت کنم..."; "۵-۴ ساعت بود سرم تمام شده بود اما نیامدند دربیابورند می‌خواستم بچه را بگیرم جای سرم فوق‌العاده اذیت می‌کرد دستم درد می‌گرفت"; "پرستار تب گیر گذاشت زیر زبان من گفت می‌روم برمی‌گردم رفت و برگشتش ۲ ساعت طول کشید خودم تب گیر را برداشتم"; "باید لگن استفاده می‌کردم وقتی لگن می‌خواستم شاید یک ساعت طول می‌کشید تا بیابورند باید این همه مدت خودم را کنترل می‌کردم..."

عدم ارایه مراقبت مناسب نه تنها سبب ناراحتی یا استرس مادران شده بلکه باعث تحمیل مسؤلیت مراقبت به همراه نیز بوده است که در این میان گاهی فقدان مشارکت و همکاری

پرسنل با همراه شرایط را برای آنها بفرنج‌تر نموده و سبب ایجاد تنش و ناراحتی بیشتر شده است. "آنها فقط می‌گفتند این کار را بکن اما همراه همه کارها را انجام می‌داد"; "برای جابجائی، راه رفتن، پایین آمدن پرسنل هیچ کمکی نمی‌کردند فقط خواهرم کمک می‌کرد"; "به مامانم می‌گفتند: قرص و کپسولم را بدهد یا شباف بگذارد یا زیر پام را عوض کند..."; "از کمر بیهوش شده بودم اصلاً خودم را نمی‌توانستم تکان بدهم فقط همراه بود، خدمه‌ای که از اتاق عمل آمده بود و باید کمک می‌کرد خیلی راحت ایستاده بود و به همراهم می‌گفت مریض را ببر روی تخت، همراهم با بدبختی و به تنهایی..."

آموزش: مادران در خلال صحبت‌های خود از نداشتن اطلاعات کافی در مورد مراقبت از خود یا نوزادشان به عنوان دلیلی برای ایجاد ناراحتی و نگرانی نام برده و از کافی نبودن آموزش‌های ارایه شده ابراز نارضایتی کرده‌اند با توجه به یافته‌ها، محدود بودن آموزش‌ها به آموزش شیردهی، آموزش در حد وظیفه بدون توجه به یادگیری مادر، زمان نامناسب و عدم توجه به نیازهای آموزشی از جمله علل و عوامل ناکارآمدی آموزش‌های فعلی و باقی ماندن نگرانی و استرس ناشی از ندانستن در مادران است. "شیردهی را صحبت کردند اما چیز دیگری را نه..."; "آموزشش خیلی ضعیف بود... نه درمورد شیردهی و نه داروها هیچ توضیحی ندادند... تقریباً توی این فاصله ۲۴ ساعته که توی بیمارستان بودم هیچ آموزشی ندادند..."; "من اولین تجربه ام بود خیلی برایم سخت بود آن هم با بچه‌های دوقلو ولی آنها هیچ آموزشی برای ما نداشتند، ما هم بلد نبودیم..."; "آنها فقط یک‌سری چیزها را در حدی که در برگه نوشته شده می‌گویند بقیه موارد را مسؤلیت خود نمی‌دانند"; "بعد از زایمان آدم حوصله ندارد بخصوص اگر بیهوش شده باشد. اینها را قبل از زایمان بگویند خیلی بهتر است."

به علاوه مادران بر حسب تفاوت میزان آگاهی و اطلاعات، سطح سواد یا وضعیت اجتماعی اقتصادی نیازهای آموزشی خود را بیان کرده‌اند و در حقیقت به نوعی خلاهای موجود را گوشزد کرده‌اند: "باید به من می‌گفتند چه جوری نافش را مراقبت کنم... یا چه جور شیر بدهم... یا چکار کنم بخیه‌هایم زودتر خوب شود یا اگر دل درد داشتم چکار بکنم؟"; "روش‌های جلوگیری را... تغذیه نوزاد را... تا چه مدت بعدش بر می‌گردیم سر جای اولمان... در مورد روابط جنسی... باید توضیح می‌دادند"; "در مورد روش برخورد با بچه اول، تغذیه مادر... خصوصاً برای کسانی که بچه اولشان بود باید شیردهی را می‌گفتند یا مثلاً حمام کردن بچه را..."

ناخوشایندی هستند که مادران به آن اشاره می‌کنند: "دستشویی توی سالن بود خیلی سخت بود تا آنجا باید می‌رفتیم"; "دستشویی فرنگی نشسته و کثیف بود... باید می‌شستم، تمیز می‌کردم بعد استفاده می‌کردم..."; "زیر تخت‌ها... یا توی دستشویی سوسک بود..."; "اتاق‌ها خیلی شلوغ است، سروصدای بچه‌ها، درد و..."; "غذایشان را اصلاً نمی‌شد خورد از این لحاظ اذیت می‌شدم پرسنل هم اصلاً اهمیت نمی‌دادند"; "لباس می‌خواستیم می‌گفتند بروید از توی سبد لباس‌ها بردارید اما همه نشسته بودند"; "مامانم شب قبل اصلاً نخوابیده بود یک پتو دادند گفتند کف اتاق بخوابید ساعت ۵ صبح هم که تازه بچه آرام شده بود و مامانم خوابیده بود آمدند پتوها را تحویل گرفتند و نگذاشتند بخوابد، برای همراهان بی‌انصافی می‌کنند یک جای استراحت ندارند یا یک محیط آرام و..."

بحث

مراقبت اصولی مراقبتی است که شخص مراقبت شونده حداکثر ممکن احساس سلامتی را داشته باشد و این شامل یک محدوده کلی از عوامل روانی، اجتماعی، بیولوژیکی، جنسی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی است (۱۹). تفاوت مراقبت طبیعی با مراقبت حرفه‌ای دوسویه بودن آن است اگر مراقبت یک‌طرفه شود (مراقبت حرفه‌ای خشن) می‌تواند ایجاد مزاحمت کرده و به جای مراقبت تبدیل به آسیب شود که این امر احتمالاً از عملکرد روتین، فقدان عکس‌العمل اولیه و دیگر پدیده‌های فرهنگی بیمارستان نشات می‌گیرد. اینها موارد جدی هستند که یک درد غیرضروری را برای مادر آسیب‌پذیر به وجود آورده و به او آسیب بیشتری وارد می‌کنند. بطور حتم برقراری ارتباط مراقبتی یکی از عناصر اصلی حمایت از بیماران است که این ارتباط، براساس انگیزه مراقبت و زمینه معنایی آن متفاوت است. انگیزه اصلی مراقبت عشق، امید و ایمان است و این باعث قدرت و آزادی مراقبت حرفه‌ای می‌شود تا آنچه را برای دیگران خوب است انجام دهد. با این حال یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعات مشابه حاکی از فقدان چنین ارتباط مراقبتی است. در مطالعه سالون^۶ بدلیل نبود این ارتباط، مادران احساس درد و رنج ناشی از عدم مراقبت، خشونت و نادیده گرفته شدن کرده و گاهی پرسنل را به ماشین‌های بی‌نام و یا آدم آهنی روتین شده و سرد تشبیه کرده بودند که این نشان از ارتباط ضعیف پرسنل داشت (۲۰). بر اساس نتایج مطالعه مارگا^۷ بیشترین دلیلی که زنان برای عدم استفاده از مراکز بهداشتی داشتند این بود که مراقبت‌های اولیه

شرایط و امکانات موجود: با توجه به اهمیت محیط و شرایط روانی در ایجاد احساس آرامش متأسفانه تنها مادرانی که در بیمارستان خصوصی و یا اتاق خصوصی بسر می‌برند از وجود شرایط و امکانات خوب راضی بوده‌اند: "فوق العاده تمیز بود... من اتاقم خصوصی بود خب یک تخت هم برای همراهم داشت، میبلان، میز و تلویزیون، حمام، یخچال، دستشویی و..."; "خوب بود چون خصوصی بود باز هم بهتر از دولتی است. بیشتر رسیدگی می‌کنند، همه جوری امکاناتش بهتر است..."; "و در بقیه موارد مجموعه عواملی مانند مقررات دست و پاگیر بیمارستانی، محیط فیزیکی نامناسب، فقدان امکانات رفاهی اولیه و کمبود پرسنل، محیط بیمارستان را به محیطی تنش‌زا و استرس‌آور برای مادر و خانواده تبدیل نموده‌اند. بطور مثال عدم امکان حضور مداوم همراه و تنها گذاشتن بیمار در شرایطی که گاهی به دلیل کمبود پرسنل امکان تأمین نیازهای ضروری مادر هم فراهم نیست اغلب مشکلاتی را به همراه دارد: "همراهم را بیرون کردند، خودم به زور آمدم پائین... تنهایی..."; "خودشان کارها را انجام نمی‌دهند لاقلاً همراه کنار آدم باشد می‌تواند کارهایش را انجام دهد"

کمبود پرسنل ظاهراً مشکل دیرینه‌ای در سیستم بهداشتی ماست و ریشه در عوامل گوناگون دارد و عواقبی مثل تاخیر در پاسخگویی به درخواست و نیاز مادر، عدم دقت و رسیدگی، فراموشکاری در انجام بعضی مراقبت‌ها، عدم امکان آموزش صحیح و ندادن فرصت یادگیری به مادران و... از نتایج این معضل به شمار می‌آید: "یک بار آمد به من آموزش شیردهی داد و رفت گفت من برمی‌گردم ببینم چکار کردی که دیگر سرش شلوغ بود اصلاً نرسید بیاید... فکر می‌کنم علتش کمبود تعداد پرسنل هست..."; "اینجا [مرکز بهداشت] حجم مراجعه‌کنندگان زیادت نمی‌تواند رسیدگی کنند وقت زیادی هم ندارند که بخواهند بگذارند..."

عدم امکان حضور همسر و یا ممانعت از ملاقات او با زانو و فرزندش هم از علل دیگر نارضایتی مادران و خانواده‌هاست که از دید آنها به نقد کشیده می‌شود: "خیلی بد بود که توی این بیمارستان مخالف بودند آقایان بیایند تو... تا روزی که مرخص شدم اصلاً شوهرم را ندیدم حتی او هم بچه را ندید"; "شوهرم تا زمانی که مرخص شدیم دوقلوها را ندید"

علیرغم اهمیت و نقش محیط در سلامت جسمی و روحی، محیط فیزیکی نامناسب هم از جمله عوامل نارضایتی و ناراحتی مادران بوده است. فقدان سرویس بهداشتی در اتاق، ازدحام و شلوغی اتاق‌ها، عدم رعایت بهداشت محیط، سر و صدای زیاد، فقدان امکانات رفاهی اولیه برای بیمار یا همراه از جمله تجارب

⁶ Salonen

⁷ Marga

برای رفع نیازهای روانی و عاطفی و معنوی آنها کافی نبوده است (۲۱) یا در یک مطالعه دیگر به این نکته اشاره شده که تنها نیمی از زنان حمایت عاطفی مورد نیاز را دریافت کرده‌اند و بیش از یک چهارم صحبت‌های زنان حاکی از عدم دریافت حمایت عاطفی لازم است (۲۲) علاوه بر این یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است ارایه مراقبت‌های حرفه‌ای هم خالی از اشکال نبوده همچنانکه مطالعات مشابه هم به این نکته اشاره دارند که توجه پرستاران در رابطه با ناراحتی‌های بعد از عمل بیماران از قبیل درد، ناکافی بوده و آنها به آموزش و توجه بیشتری را در این زمینه نیاز دارند (۲۳). و یا اینکه بیماران دریافت اطلاعات ضد و نقیض، عمل نکردن به وعده‌ها، دیر آمدن و تاخیر در پاسخ به درخواست خود را تجربه کرده‌اند (۲۴) و یا تجاربی منفی در مورد کیفیت مراقبت داشته و پرسنل را بی‌علاقه و بی‌تفاوت توصیف کرده‌اند (۲۵). در این زمینه گزارش قبیری هم نشان می‌دهد اکثر مادران (۷۲/۸٪) کیفیت مراقبت‌های بخش بعد از زایمان را ضعیف دانسته‌اند (۲۶).

از سوی دیگر متعاقب قرار گرفتن مادران در شرایط جدید پس از زایمان، رویارویی آنها با مسؤولیت‌ها و مشکلات جدید احساس نیاز به دانستن را در آنان به وجود آورده است. با توجه به لزوم آموزش موثر به مادران یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد در این زمینه هم بین آنچه هست و آنچه باید باشد شکاف عمیقی وجود دارد که به نظر می‌آید عوامل مختلفی مثل کمبود پرسنل و یا فقدان انگیزه کافی در آنها، نبود امکانات مناسب، کوتاه بودن طول مدت بستری، شرایط زمانی و مکانی نامناسب، تنوع نیازهای آموزشی و... در این امر دخیلند. که در همین راستا مطالعات دیگر هم به نقص آموزش اشاره داشته و تاکید می‌کنند مادران اطلاعاتی را که در مورد مراقبت از نوزاد، شیردهی و وضعیت حال و آینده زندگی‌شان نیاز داشتند دریافت نکرده بودند. البته چنانچه اشاره شد زمان در دسترس برای آموزش و کمک به مادران در بیمارستان کوتاه است و آموزش موثر در این زمان کم با مشکل مواجه می‌شود (۲۷ و ۲۸). بنابراین قبل از شروع آموزش باید نیازهای یادگیری و نگرانی‌های اصلی خانواده تعیین شوند، چرا که تجربیات قبلی مادر در مورد حاملگی و مراقبت از نوزاد می‌تواند مسیر آموزش را تغییر دهد (۲۹) و در این بین توجه به تفاوت تنوع نیازهای آموزشی بر حسب سن، پیشینه، تجارب و وضعیت اجتماعی و اقتصادی مهم است (۳۰ و ۳۱). همچنین محیط فیزیکی نامناسب، عدم امکان حضور همسر در کنار مادران، نبود امکانات رفاهی اولیه جهت همراه و بعضی مقررات غیراصولی از علل عمده ایجاد محیط روانی نامناسب و بروز ناراضی‌تبی و ناراحتی مادران در این مطالعه بوده است که

مطالعات دیگر هم به این موارد اشاره دارند. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند مشکلات متعددی در ارتباط با جنبه‌های غیر تکنیکی مراقبت مثل احترام به اولویت‌های بیمار، هماهنگی مراقبت و... وجود دارند که چنین مشکلاتی نه تنها با میزان رضایت بیمار مرتبط هستند بلکه پیامدهای بالینی وخیمی نیز به دنبال دارند (۳۲). در بعضی مطالعات به این نکته اشاره شده بیماران و خانواده‌های آنان از محیط بیمارستان رضایت نداشتند زیرا بوروکراسی و اولویت مقررات بر نیازهای بیماران خود را تجربه کرده بودند (۳۳) و یا اینکه ساختمان‌های بیمارستان‌ها و مؤسسات مراقبتی براساس نیازهای همراهان بیمار طراحی نشده و امکانات رفاهی از قبیل صندلی و تخت و... وجود ندارد (۳۴) در تأیید این نتایج یافته‌های مطالعه خادمی و همکاران نیز عملکرد ضعیف محیط در پاسخ به نیازهای همراه از قبیل نیاز به ارتباط مناسب با پرسنل، مراقبت و حمایت روانی، عاطفی، امکانات رفاهی و... را نشان می‌دهد و حاکی از آن است که در مجموع رفاه و سلامت همراه مورد توجه نبوده و نیاز به توجه بیشتر جهت فراهم کردن امکانات رفاهی برای این افراد لازم است (۳۵). و در آخر اینکه بر اساس مطالعات یکی از عواملی که بر کیفیت مراقبت اثر منفی می‌گذارد و باعث می‌شود تیم مراقبتی برای ارایه مراقبت صحیح به تک تک بیماران وقت نداشته باشند کمبود پرسنل است که می‌تواند از جمله علل عدم ارتباط بین پرسنل و بیمار بوده و باعث افزایش احتمال غفلت آنها شده و بر نحوه مراقبت‌ها اثر بگذارد که توجه به این کمبودها و مشکلات برای ارایه یک مراقبت اصولی باید مد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

سازگاری مادر با وقایع زایمان و مقطع زمانی پس از آن در زندگی آتی او و فرزندش تاثیر به‌سزایی دارد و بدیهی است که نحوه عملکرد مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای و میزان برخورداری مادر از حمایت‌های لازم در چگونگی گذران این دوره حائز اهمیت است. درک تجارب مادران در این دوران زمینه‌ای برای معنا بخشیدن به مفهوم تجربه مراقبتی مادران است و معنا یافتن این تجارب می‌تواند راهی برای رفع نقایص باشد. با توجه به گذر زمان و تغییر بسیاری از مفاهیم مراقبتی، امروزه مفهوم مراقبت پس از زایمان از مراقبت مادر یا نوزاد به تنهایی، به مراقبت خانواده تغییر یافته است و در این گذر باید مراقبت خانواده محور را جایگزین مراقبت بیمار محور نمود. اما یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد برنامه‌های آموزشی فعلی، مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای را برای انجام چنین مراقبت‌هایی آماده نمی‌کند. تجارب مادران نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی برای مراقبت‌کنندگان

(اعم از پزشک، ماما، پرستار وغیره) و به ویژه مدیران عرصه بهداشت می‌باشد. در آخر به منظور افزایش دانش تیم درمانی در این خصوص مطالعه تجارب پدران و خانواده‌ها و مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای از این دوران پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که هزینه این طرح از محل بودجه معاونت پژوهشی آن دانشگاه پرداخت شده و از همه شرکت‌کنندگانی که ما را در امر پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- 1- Littlean LY, Engebretson JC. Maternal, Neonatal and women's health nursing. New York: Delmar; 2002: 878.
- 2- Lowdermilk & Perry. Maternity Nursing. St. Louis: Mosby; 2003: 390.
- 3- Fraiser DM, Cooper MA. Myles textbook of Midwives. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003: 655
- 4- Losley A. The new midwifery. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000: 171.
- 5- Alexander J, Roth C, Levy V. Midwifery practice. London: Macmillan press LTD; 2000: 1.
- 6- Fraiser DM, Cooper MA. Myles textbook of Midwives. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003: 628.
- 7- Walsh LV. Midwifery. Philadelphia: Saunders; 2001: 321.
- 8- Alexander J, Roth C, Levy V. Midwifery practice. London: Macmillan press LTD; 2000: 2- 4
- 9- Walsh LV. Midwifery. Philadelphia: Saunders; 2001: 369.
- 10- Murray SS, Mckinney ES, Gorrie TM. Foundations of Maternal –newborn Nursing. 3rd Ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
- 11- Alexander J, Roth C, Levy V. Midwifery practice. London: Macmillan press LTD; 2000: 13.
- 12- Azari Z, Azari G. Principles and practice of research in midwifery. Tehran: Hayyan; 1382: 142.
- 13- Burns N, Grove SK. Understanding nursing research. Philadelphia: Saunders; 2001.
- 14- Hollowag & wheeler S. Qualitative Research for Nursing. London: Blackwell publishing; 2002: 2.
- 15- Salsali M, Parvizi S, Adib M, et al. Research in Nursing. Tehran: Boshra; 1382: 15.
- 16- Adib M, Parvizi S, salsali M. "Qualitative research" Tehran, Boshra com, 1386: 33.
- 17- Abedi H, Ravanipoor M, Karimollahi M. et al "Qualitative research in Nursing" Tehran, Boshra com, 1385: 144.
- 18- Dempsey PA, Dempsey AD. Using nursing research process, critical evaluation and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
- 19- Mngadi PT, Zwane IT, Ahlberg BM et al. Family and community support to adolescent mothers in Swaziland. Journal of Advanced Nursing 2003; 43: 137- 44.
- 20- Salonen B. New mothers' experiences of postpartum care Jomal clinical Nursing 1998; 7: 165- 74.
- 21- Thome M. Severe postpartum distress in Icelandic mothers with difficult infants: a follow-up study on their health care. Scand J Caring Sci 2003; 17: 104–12.
- 22- Singh D. Postnatal care in the month after birth. Practicing Midwife 2001; 4: 22–5.
- 23- Nagi– fen cherng "chinese zue yue zi (sitting in for the first month of the postnatal period) in Scotland " midwifery 1997; 17 (55): 55- 64.
- 24- Irurita V. Factors affecting the quality nursing care the patient's perspective. International journal of nursing practice. 1999; 5: 86.
- 25- Thorsteinsson L. The quality of nursing care as perceived by Individual with chronic illness, The magical touch of nursing. Journal of clinical Nursing 2002; 11:32.
- 26- Ghanbari F. Survey quality of presenting professional cares in view of clients in the postpartum wards in teaching hospitals of Esfahan University of Medical Sciences in 1377. MS thesis, Esfahan University of Medical Sciences, 1378.
- 27- Ruchala P. Teaching new mothers: Priorities of nurses and postpartum women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29: 265–73.
- 28- George L. Lack of Preparedness: Experiences of First-Time Mothers American journal of maternal-child nursing 2005; 30: 251-5.
- 29- Littlean LY, Engebretson JC. Maternity nursing care. New York: Thomson; 2005: 653.
- 30- Olds S, London ML, Ladewig PW at al. Maternal Newborn nursing 6th ed. New Jersey: Prentice Hall Health; 2000: 945.
- 31- Emmanuel E, Creedy D, Fraser J. What mothers want: A postnatal survey. Aust J Midwifery 2001; 14: 16–20.
- 32- Fremont AM, Clearly PD, Hargrover JI. Patient-centered process of care and Long Term outcomes of myocardial infraction 2001; 16: 800.
- 33- Rogers A, Karisen S, Addington- Hall J. All the services were Excellent, it is when human element comes in that things go wrong . Journal of advanced nursing 2000; 31: 768.
- 34- Kurki PA, lethi K, Pannonen M et al. Family members as a hospital patient: sentiment and functioning of the family. International journal of nursing practice 1999; 5: 155.
- 35- Khademi M, Family caregivers' experiences of hospitalized elderly patients. MS thesis, Esfahan University of Medical Sciences, 1383.

The quality of postpartum care from mothers' viewpoint

Mohseni M^{1*}, (MSc); Bahadoran P², (MSc); Abedi H³ (PhD).

1- Midwifery Dept, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2- Midwifery Dept, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor, Nursing Dept. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: After the birth of an infant, profound changes occur in the mothers' lives. Although all women experience similar physiological changes in the postpartum period, certain factors make these experiences unique. This critical period has long-lasting effects on mothers and their families; appropriate and cost-effective care is an important challenge in this time. Thus, this study has tried to understand mothers' experiences, to provide a desired postpartum care.

Methods: This study is a phenomenological qualitative research. After a purposive sampling of 15 postpartum women in hospitals or health centers in Isfahan, an in-depth interview by use of open-ended semi-structured questions was conducted. Colaizzi method was utilized for data analysis.

Results: The four concepts extracted from this research are: effective interrelationship, professional care, education and finally, current conditions and available facilities.

Conclusion: According to the results of this research, the type of care and support which mothers receive is very important. Therefore, to be able to help the mother and her family to play their influential role with minimum stress, paying attention to various effective factors along with changing the care's strategy from routine care to mother's desirable care is important in this critical period.

Keywords: postpartum's experiences, mothers' experiences, postpartum care

Hakim Research Journal 2009; 12(1): 27- 34.

*Corresponding Author: Dept.faculty of nursing & midwifery, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
Tel: 0391-5225900 Fax: 0391- 5228497 E.mail: mohseni_2007@yahoo.com