

میزان اجرای "راهنمای کشوری مراقبت‌های حین لیبر و زایمان" در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی منتخب شهر تهران

معصومه سیمبر^{۱*}، سونیا مینویی^۱، زهره شیخان^۱، حمید علوی مجد^۲

۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- گروه آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی * نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ولی عصر، تقاطع بزرگراه نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن: ۸۸۶۵۵۳۶۶-۰۲۱
نمبر: ۸۸۲۰۲۵۲۱-۰۲۱

پست الکترونیک: E-mail: msimbar@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۴/۱۸ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: زایمان به عنوان پدیده‌ای که منجر به تولد نوزاد می‌گردد، جزء جدایی‌ناپذیر زندگی بشر است. این پدیده در جهان روند صعودی داشته است. با پیشرفت علوم پزشکی، انسان همواره درصدد بهبود کیفیت فرآیند زایمان بوده است. کیفیت و نحوه ارایه مراقبت‌های مامایی از مؤثرترین عوامل بر نتایج زایمان است و بر سلامت فیزیکی و عاطفی مادر و نوزاد تأثیر قابل توجهی می‌گذارد. پژوهش توصیفی حاضر با هدف بررسی میزان اجرای راهنمای کشوری مراقبت‌های حین لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی منتخب شهر تهران انجام گرفت.

روش کار: نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای انجام شد. روند نمونه‌گیری در چهار بیمارستان شهید اکبرآبادی، آرش، میرزا کوچک‌خان و هدایت شهر تهران به مدت سه ماه از فروردین الی خرداد سال ۱۳۹۰ به طول انجامید. در این مدت عملکرد ارایه دهندگان مراقبت در حین ارایه خدمت بر روی ۲۰۰ مادر باردار که با هدف زایمان طبیعی در بخش لیبر و زایمان بستری شده بودند مشاهده شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: یک فرم اطلاعات دموگرافیک مادر باردار، یک چک‌لیست مشاهده مراقبت و سه پرسشنامه بررسی عوامل مرتبط با اجرا بود. فرم اطلاعات دموگرافیک از طریق مصاحبه با مادر، چک‌لیست‌ها به طریق مشاهده و پرسشنامه توسط ارایه دهندگان مراقبت (اعم از دانشجوی و پرسنل) تکمیل شدند. اعتبار ابزار با روش اعتبار محتوایی تأیید گردید. پایایی چک‌لیست و پرسشنامه به ترتیب از طریق مشاهده همزمان ($\alpha=0/93$) و آزمون مجدد ($\alpha=0/9$) بررسی شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و همبستگی و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین درصد اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان در حیطه شرح حال گرفتن (۸۸/۳٪ مطلوب)، کنترل علائم حیاتی (۶۴/۶٪ متوسط)، انجام معاینه شکم (۳۸/۵٪ متوسط)، ارزیابی اولیه (۸۳/۴٪ مطلوب)، حیطه مراقبت‌های حین دردهای زایمان (۲۲/۵٪ نامطلوب)، حیطه روش‌های کاهش درد زایمان (۶۳/۵٪ متوسط)، حیطه بررسی پیشرفت زایمان (۷۱/۵٪ مطلوب)، حیطه انجام زایمان طبیعی (۸۹/۵٪ مطلوب) و حیطه اداره بلافاصله بعد از زایمان (۸۹/۵٪ مطلوب) بوده است. از نظر میزان آگاهی، ۵۷/۵٪ از ارایه دهندگان (اکثریت) دارای آگاهی متوسط بودند و صرفاً ۱۰٪ از آن‌ها نگرش منفی نسبت به مراقبت‌های راهنمای کشوری لیبر و زایمان داشتند. بین میانگین نمره آگاهی ارایه دهندگان و میزان اجرای مراقبت ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($p=0/03$). همچنین از میان عوامل مرتبط دموگرافیک، صرفاً میان نمره آگاهی و سابقه کار بالینی ارایه دهندگان خدمت ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($p=0/04$).

نتیجه‌گیری: از آنجایی که میزان اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان در تعدادی از معیارها و حیطه‌ها نامطلوب است، ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و نظارت بر اجرای دستورالعمل‌ها پس از تدوین پیشنهاد می‌شود.

کلواژگان: اجرا، مراقبت، لیبر و زایمان

مقدمه

هدف از مراقبت در زایمان طبیعی داشتن یک مادر و کودک سالم با انجام حداقل مداخلات مغایر با سلامتی است (۱ و ۲). در تمام دنیا این نگرانی وجود دارد که مداخلات و مراقبت‌های غیرمبتنی بر شواهد، در لیبر و زایمان به عنوان اقدام استاندارد باقی بمانند (۱، ۳ و ۴). از این رو دسترسی به مراقبت‌های مامایی جامع در بیشتر استراتژی‌های کاهش میزان عوارض مرتبط با بارداری و زایمان یک اولویت محسوب می‌شود (۵). در راستای اهداف توسعه هزاره برای کاهش مرگ و میر مادران، ایران نیز تعهد کرده است که تا سال ۲۰۱۵، میزان مرگ و میر مادران را به ۲۰٪ هزار موالید کاهش دهد (۶). در حال حاضر کل نظام ارایه خدمات با مشکلات و چالش‌های جدی روبروست و سازمان‌های مراقبت بهداشتی در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه مجبور شده‌اند اقدامات مختلفی را برای ارتقای کیفیت اجرا نمایند. سنجش و ارتقای کیفیت به هم گره خورده‌اند و هر یک، یک روی سکه می‌باشند؛ بنابراین ارتقای کیفیت بدون سنجش معنی ندارد (۷).

از میان پژوهش‌های انجام شده، در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ به بررسی کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخت، کیفیت انجام مراقبت‌ها نامطلوب گزارش شد (۸). همچنین در سال ۱۳۸۵، سیمبر و همکاران مطالعه‌ای را به منظور بررسی کیفیت ارایه مراقبت‌های مامایی در بخش زایمان انجام دادند که یافته‌های حاصل از آن حاکی از مطلوب نبودن کیفیت مراقبت‌ها در تعدادی از معیارهای ارزیابی بود (۹). با توجه به اهمیت بالای سلامت زنان در لیبر و زایمان و همچنین با توجه به این که پس از تدوین راهنمای کشوری ارایه خدمات زنان و مامایی و ابلاغ آن به بیمارستان‌های سراسر کشور مطالعه‌ای برای بررسی میزان اجرای راهنمای کشوری مراقبت‌های حین لیبر و زایمان در کشور انجام نشده است، پژوهشگران بر آن شدند تا این مطالعه را در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۰ انجام دهند.

روش کار

در این مطالعه توصیفی، عملکرد ۴۰ نفر از ارایه‌دهندگان مراقبت بر روی ۲۰۰ مادر باردار که با هدف زایمان طبیعی به چهار بیمارستان آموزشی-درمانی منتخب شهر تهران (شهید اکبرآبادی، آرش، میرزا کوچک خان و هدایت) مراجعه کرده و در بخش لیبر بستری شده بودند مشاهده شد. از نمونه‌ها

رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای در این مطالعه به این ترتیب بود که ابتدا به هر بیمارستان، متناسب با تعداد زایمان، سهمیه‌ای اختصاص یافت. سپس در هر یک از بیمارستان‌ها نمونه‌گیری به صورت در دسترس مبتنی بر هدف انجام شد. با توجه به این که نسبت زایمان‌ها در دو بیمارستان شهید اکبرآبادی و هدایت به دو بیمارستان آرش و میرزا کوچک خان ۸ به ۱ می‌باشد، بنابراین هفت نهم از سهمیه به بیمارستان‌های شهید اکبرآبادی و هدایت و دو نهم از سهمیه به بیمارستان‌های آرش و میرزا کوچک خان اختصاص یافت. با توجه به این که در این مطالعه، روش تصادفی به کار گرفته نشده است از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی به روش آسان استفاده شد و مطالعه به مدت سه ماه از فروردین الی خرداد سال ۱۳۹۰ به طول انجامید.

معیار ورود به مطالعه عبارت بود از امکان انجام زایمان طبیعی که به حداقل یک تولد زنده منجر گردد. در صورت بروز عواملی که سبب انجام سزارین در حین لیبر می‌شدند نمونه از مطالعه حذف می‌گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک فرم اطلاعات دموگرافیک مادر باردار، یک چک‌لیست مشاهده مراقبت و سه پرسشنامه بررسی عوامل مرتبط بود.

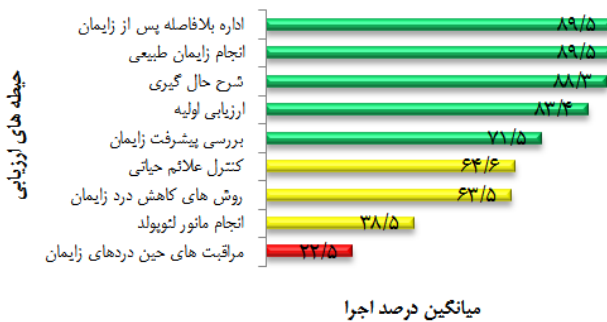
فرم اطلاعات دموگرافیک از طریق مصاحبه با مادر تکمیل شد. چک‌لیست مشاهده محقق ساخته اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان، شامل نه حیطة ارزیابی و ۱۲۱ مورد از مراقبت‌های لیبر و زایمان و شامل چهار مرحله زایمانی بود. این چک‌لیست از راهنمای کشوری ارایه خدمات زنان و مامایی (۱۰) استخراج شد که پرسنل بخش زایمان ملزم به اجرای آن می‌باشند. بر اساس اهمیت موارد مشاهده شده، ضرابی از ۱ تا ۳ به موارد تعلق گرفت و در مقابل هر مورد مشاهده، گزینه‌های "انجام داد"، "انجام نداد" و "موردی ندارد" در نظر گرفته شد؛ به این مفهوم که: "انجام داد": در موارد ضروری، اصول مورد نظر انجام شود؛ "انجام نداد": در موارد ضروری اصول مورد نظر انجام نشود؛ و "موردی ندارد": ضرورتی برای انجام اصول مورد نظر وجود ندارد. بر این اساس به گزینه "انجام داد" نمره ۲، به گزینه "انجام نداد"، نمره صفر و به گزینه "موردی ندارد"، نمره ۱ تعلق گرفت.

پرسشنامه بررسی عوامل مرتبط شامل عوامل فردی، محیطی و شغلی بود. پرسشنامه عوامل فردی مشتمل بر فرم اطلاعات دموگرافیک، سنجش آگاهی و سنجش نگرش بود. پرسشنامه سنجش آگاهی محقق ساخته ۱۰ سؤالی به صورت بلی، خیر و

نتایج

در این مطالعه، عملکرد ۴۰ نفر از ارایه‌دهندگان مراقبت مامایی بر روی ۲۰۰ زن با بارداری طبیعی مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین سن نمونه‌ها ۷/۶۳ ± ۲۵/۰۴ سال (میانگین ± انحراف معیار) بود. در ۸۴٪ از واحدهای پژوهش، تعداد زایمان ۱ الی ۲ مورد بود. ۴۹/۵٪ از مادران تحصیلاتی در سطح راهنمایی داشتند. ۸۸٪ از نمونه‌ها خانه‌دار و ۳۰٪ از آنان دارای درآمد متوسط ماهیانه کمتر از ۴۰۰ هزار تومان بودند. در گروه ارایه‌دهندگان مراقبت، نمونه‌ها (۵۲/۵٪) در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال قرار داشتند و دارای میانگین سنی (۶ ± ۲۷/۱۲) سال بودند. از میان ۴۰ نفر نمونه، بیشتر نمونه‌ها (۸۰٪) دانشجوی (دستیار زنان و زایمان، اینترن یا دانشجوی مامایی) بودند. اکثریت واحدها (۹۵٪) دارای نوبت کاری چرخشی بودند. در این پژوهش از میان افرادی که دارای سابقه بالینی بودند عمدتاً (۲۵٪) بین ۵-۱ سال سابقه داشتند.

نمودار ۱، میانگین درصد تطابق با راهنمای کشوری را در حیطه‌های شرح حال گرفتن، کنترل علائم حیاتی، انجام مانور لئوپولد، ارزیابی اولیه، مراقبت‌های حین دردهای زایمانی، روش‌های کاهش درد زایمان، بررسی روند پیشرفت مراحل زایمان، زایمان طبیعی و اداره بلافاصله پس از زایمان نشان می‌دهد.



نمودار ۱- میانگین درصد اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان بر حسب حیطه‌ها در بیمارستان‌های آموزشی درمانی منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۰

در حیطه شرح حال گرفتن، بالاترین میزان فراوانی انجام (۱۰۰٪) مربوط به سؤال‌هایی در مورد سن حاملگی، وجود خونریزی واژینال، پاره شدن کیسه آب و سابقه مصرف داروها بود. در حیطه کنترل علائم حیاتی، بیشترین و کمترین میزان فراوانی انجام، به ترتیب مربوط به کنترل فشار خون (۱۰۰٪) و کنترل تعداد تنفس (۱۸/۵٪) بودند. در حیطه انجام مانور لئوپولد بیشترین و کمترین میزان فراوانی انجام، به ترتیب مربوط به انجام مانور اول (۵۲٪) و انجام مانور چهارم (۰٪) بود. در حیطه

نمی‌دانم تنظیم شد و یافته‌های آن به درصد بیان شدند. تقسیم واحدهای پژوهش به طور قراردادی به سه گروه آگاهی خوب (۱۰۰-۶۷٪)، متوسط (۶۶-۳۳٪) و ضعیف (۳۳-۰٪) صورت گرفت. پرسشنامه سنجش نگرش محقق ساخته حاوی ۱۰ سؤال بود که در مقیاس لیکرت موافقم، مخالفم و نظری ندارم تنظیم و به صورت درصد بیان شد. بر همین اساس، واحدهای پژوهش به سه گروه نگرش مثبت (۱۰۰-۶۷٪)، خنثی (۶۶-۳۳٪) و منفی (۳۳-۰٪) تقسیم شدند. پرسشنامه عوامل محیطی و شغلی، حاوی نه سؤال محقق ساخته بود که توسط پرسنل و دانشجویان تکمیل شد. این سؤالات بر اساس اهمیت تعدادی از مراقبت‌های لیبر و زایمان که در پژوهش‌های گذشته به اثبات رسیده بود طراحی شدند. واحدهای مورد پژوهش مجاز به انتخاب بیش از یک گزینه در پاسخگویی بودند.

در خاتمه بر اساس تعداد موارد مشاهده شده امتیاز هر چک‌لیست جمع‌بندی و به درصد بیان شد و بر اساس میزان اجرا رتبه‌بندی شد؛ بدین صورت که امتیاز ۳۳-۰٪ عملکرد نامطلوب؛ ۶۶-۳۳٪ عملکرد متوسط؛ و ۱۰۰-۶۷٪ عملکرد مطلوب در نظر گرفته شد. چک‌لیست مشاهده مراقبت‌های لیبر و زایمان توسط پژوهشگر طی سه شیفت صبح، عصر و شب از هنگام ورود زائو به بخش زایمان تا یک ساعت اول پس از زایمان (اداره بلافاصله پس از زایمان) تکمیل شد. پس از مشاهده نمونه‌ها در هر مرکز، جهت اطلاع از عوامل مرتبط با میزان اجرای راهنمای کشوری، پژوهشگر اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها میان پرسنل بخش‌های زایمان (اعم از مامای شاغل، دانشجوی مامایی و پزشکی و دستیار زنان و زایمان) کرد. در این پژوهش به منظور اعتبار ابزار تحقیق از روش تعیین اعتبار محتوی استفاده شد. در این رابطه، چک‌لیست مشاهده از طریق مطالعه کتب، نشریات و پژوهش‌های انجام شده تهیه شد و در اختیار ۱۵ تن از اساتید محترم مامایی و اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفت و در نهایت اصلاحات لازم در آن به عمل آمد. برای پایایی چک‌لیست مشاهدات، از روش مشاهده همزمان (سنجش بین مشاهده‌گران) استفاده گردید. بدین ترتیب که ۱۵ مشاهده همزمان و مستقل توسط پژوهشگر و فرد دیگری که اطلاعات هماهنگ با موضوع پژوهش را داشت انجام شد و ضریب همبستگی اسپیرمن بین دو مشاهده محاسبه گردید و با ضریب (۰/۹۳ = r) مورد تأیید قرار گرفت. جهت پایایی پرسشنامه‌های عوامل مرتبط با اجرا از روش آزمون مجدد استفاده شد و با ضریب (۰/۹ = r) تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱- میزان آگاهی ماماها و دانشجویان ارایه‌دهنده مراقبت از راهنمای کشوری مراقبت‌های لیبر و زایمان و نوع نگرش آن‌ها نسبت به راهنمای کشوری در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۰

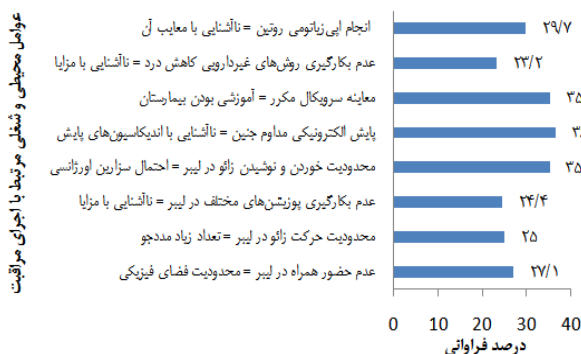
میزان آگاهی / نوع نگرش	آگاهی		فراوانی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خوب/ مثبت (۱۰۰-۶۸٪)	۴۵	۲۵	۱۰	۱۰
متوسط/ خنثی (۳۴-۲۷٪)	۴۵	۵۷/۵	۲۳	۲۳
ضعیف/ منفی (۰-۳۳٪)	۱۰	۱۷/۵	۷	۷
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۴۰	۴۰
میانگین نمره (انحراف معیار)	۳۸/۹ ± ۲/۸		۴۷/۶ ± ۳/۳۶	

جدول ۲ بیانگر همبستگی بین میزان آگاهی ارایه‌دهندگان مراقبت و میانگین درصد اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان می‌باشد که نشان دهنده وجود همبستگی معنادار است ($p=۰/۰۳$).

جدول ۲- همبستگی بین میزان آگاهی ارایه‌دهندگان مراقبت و میانگین درصد اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان

میزان آگاهی	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین درصد اجرای مراقبت	p
خوب		۱۰	۸۸/۹	۰/۰۳
متوسط		۲۳	۷۷	Sig.
ضعیف		۷	۶۳/۵	

یافته‌های نمودار ۲، طی نظرسنجی به عمل آمده از ارایه‌دهندگان مراقبت‌های مامایی به دست آمد. در این نظرسنجی در خصوص تعدادی از مهم‌ترین اقدامات حین لیبر و زایمان (که با توجه به مطالعات گذشته به دست آمده بودند)، سؤالاتی در قالب پرسشنامه تهیه شد تا دیدگاه ارایه‌دهندگان مراقبت را در خصوص مهم‌ترین علت اجرا و یا عدم اجرای یک مراقبت را جویا شود. به عنوان مثال، از نظر ارایه‌دهندگان مراقبت در این مطالعه، مهم‌ترین علت انجام اپی‌زیاتومی روتین، ناآشنایی با معایب آن گزارش شد.



نمودار ۲- عوامل محیطی و شغلی مرتبط با اجرای راهنمای کشوری مراقبت‌های لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی منتخب شهر تهران، سال ۱۳۹۰

ارزیابی اولیه، بیشترین میزان فراوانی انجام (۱۰۰٪)، مربوط به بررسی سونوگرافی و آزمایشات قبلی، معاینه لگن، ارسال آزمایش‌ها، سمع قلب و بررسی دستگاه ژنیتال بود. در حیطه مراقبت‌های حین دردهای زایمان، بیشترین میزان فراوانی انجام (۱۰۰٪)، مربوط به NPO بودن، انجام شیو روتین و انجام پایش الکترونیکی جنین بود و کمترین میزان فراوانی انجام، مربوط به حضور همراه در لیبر (۰٪)، معرفی خود (ارایه‌دهنده مراقبت) به مددجو (۹٪)، تشویق به تخلیه مکرر مثانه (۱۱/۵٪)، توضیح در مورد مراقبت‌ها (۱۱/۵٪)، آگاه کردن مادر از نتیجه مراقبت‌ها (۱۹٪) و اجازه حرکت آزادانه حین لیبر (۲۳٪) بود.

در حیطه روش‌های کاهش درد زایمان، بیشترین و کمترین میزان فراوانی انجام، به ترتیب مربوط به مطلع کردن مادر از پیشرفت زایمان (۷۱٪) و استفاده از تکنیک‌های تنفسی (۳۶/۵٪) بود. در حیطه بررسی پیشرفت زایمان، نامطلوب‌ترین مراقبت معاینه واژینال بود که در ۶۶/۵٪ با فاصله نامناسب از هم انجام می‌شد. در حیطه انجام زایمان طبیعی، بیشترین میزان فراوانی انجام (۱۰۰٪)، مربوط به تشویق زانو به پوشینگ، زایمان نوزاد، گرم کردن، ساکشن کردن و ارزیابی نوزاد و اداره فعال مرحله سوم لیبر بود. در این حیطه، کمترین میزان فراوانی انجام، مربوط به تشویق مادر به شیردهی بود که در ۷۶٪ از نمونه‌ها انجام نمی‌گرفت. در حیطه اداره بلافاصله پس از زایمان، بیشترین میزان فراوانی انجام، مربوط به تداوم دریافت اکسی‌توسین (۱۰۰٪) و کمترین میزان فراوانی انجام، مربوط به انجام هم‌اناقی^۱ و تشویق به شیردهی بود که در ۸۵٪ از نمونه‌ها صورت نگرفت. یافته‌ها نشان دادند که میانگین درصد اجرای راهنمای کشوری مراقبت‌های حین لیبر و زایمان در حیطه شرح حال گرفتن (۸۸/۳٪)، کنترل علائم حیاتی (۶۴/۶٪)، انجام مانور لئوپولد (۳۸/۵٪)، ارزیابی اولیه (۸۳/۴٪)، مراقبت‌های حین دردهای زایمانی (۲۲/۵٪)، روش‌های کاهش درد زایمان (۶۳/۵٪)، بررسی روند پیشرفت مراحل زایمان (۷۱/۵٪)، زایمان طبیعی (۸۹/۵٪) و اداره بلافاصله پس از زایمان (۸۹/۵٪) در این میان، بیشترین و کمترین میانگین درصد اجرا مربوط به حیطه‌های انجام زایمان طبیعی و اداره بلافاصله پس از زایمان (۸۹/۵٪ و مطلوب) و مراقبت‌های حین دردهای زایمان (۲۲/۵٪ نامطلوب) بود. جدول ۱ بیانگر این است که ۵۷٪ از نمونه‌ها دارای سطح آگاهی متوسط و یک چهارم آن‌ها دارای سطح آگاهی ضعیف بودند. همچنین در این پژوهش نمونه‌ها به نسبت مساوی (۴۵٪) دارای نگرش مثبت و خنثی نسبت به راهنمای کشوری بودند.

¹ Rooming in

بحث

ضربان قلب جنین در هنگام پذیرش، سبب بهبود پیامدهای نوزادی نمی‌شود و کاربرد این روش می‌تواند به افزایش مداخلات منجر شود (۱۶). البته یکی از مزایای پایش مداوم را که سهولت در سمع قلب جنین است، نمی‌توان نادیده گرفت؛ به ویژه در بخش‌های شلوغ زایمانی که فرصت سمع متناوب برای تمام پرسنل مهیا نیست، استفاده از این شیوه به کاهش بار کاری منجر می‌گردد. از طرف دیگر به نظر می‌رسد تمام پرسنل درمانی با اندیکاسیون‌های پایش الکترونیکی مداوم آشنا نبوده و به طور روتین همه مادران را تحت مانیتورینگ قرار می‌دهند. همچنین نگرانی از بابت مسایل قانونی در مورد سلامت جنین نیز در انجام این اقدام دخیل می‌باشد.

نتایج نشان داد که بالاترین میانگین درصد اجرا مربوط به دو حیطة انجام زایمان طبیعی و اداره بلافاصله پس از زایمان بود. در حیطة انجام زایمان طبیعی، انجام زایمان نوزاد، گرم کردن، ساکشن کردن و ارزیابی نوزاد و همچنین زایمان جفت به طور ۱۰۰٪ اجرا می‌شدند که به نظر می‌رسد دلیل آن آگاهی پرسنل از اهمیت بالای انجام این موارد در سلامت مادر و نوزاد باشد. در این حیطة، مورد تشویق به شیردهی در ۷۶٪ از موارد انجام نمی‌پذیرفت. نتایج مطالعه سیمبر و همکاران (۹) نیز مشابهت با پژوهش حاضر داشت. در حالی که کویست^۲ و همکاران (۱۷) در پژوهش خود در سوئد، میزان برقراری تماس اولیه پوست با پوست مادر و نوزاد، و شیردهی را ۶۶/۷٪ گزارش کردند. شاید علت این اختلاف، بالاتر بودن سطح آموزش‌ها در آن کشور و همکاری عاملان زایمان در این جهت بوده باشد. به نظر می‌رسد پرسنل و دانشجویان در این مطالعه، اطلاعات کم و یا نگرش خنثی نسبت به برقراری تماس اولیه مادر و نوزاد و انجام شیردهی در اتاق زایمان داشتند. در مطالعه ویبرا^۳ و همکاران (۱۸)، این میزان ۴۷/۱٪ بود. آن‌ها از دلایل شیردهی موفق در یک ساعت اول پس از زایمان به سه مورد اشاره می‌کردند: وجود حاملگی ترم، آموزش پره‌ناتال مادران و انجام زایمان واژینال طبیعی. به نظر می‌رسد آموزش‌های دوران بارداری به مادران نیز در بالاتر بودن این نتایج تأثیر گذاشته باشد؛ در حالی که در کشور ما آموزش‌ها در زمینه شیردهی و فواید آن عمدتاً در بخش پس از زایمان داده می‌شود و این زمانی است که فرصت طلایی یک ساعت اول بعد از زایمان از دست رفته است. کی^۴ نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی

این مطالعه برای اولین بار با استفاده از راهنمای کشوری مراقبت‌های حین لیبر و زایمان که در سال ۱۳۸۵ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شد، به بررسی میزان اجرای این مراقبت‌ها در چهار بیمارستان زنان و زایمان شهر تهران پرداخته است. این مطالعه نشان داد که حیطة مراقبت‌های حین لیبر، نامطلوب‌ترین حیطة بوده است و از آنجایی که سیر مناسب لیبر می‌تواند متضمن یک زایمان طبیعی و نوزاد سالم گردد، به نظر می‌رسد توجه به این حیطة از اهمیت بالایی برخوردار است. دقت در برقراری ارتباط مناسب و توضیح مراقبت‌ها برای زائو، آگاه‌سازی او از سیر لیبر، کسب اجازه از زائو پیش از انجام هر اقدام و رعایت حریم زائو از مواردی در این حیطة بودند که با فراوانی کم انجام می‌گرفتند. این چالش در مطالعه سیمبر و همکاران نیز به وضوح دیده می‌شد (۹)؛ به طوری که کمترین درصد فراوانی مربوط به حمایت روحی و روانی در مرحله اول زایمان بود. اجازه حرکت آزادانه حین لیبر نیز با فراوانی پایین انجام می‌گرفت. در مطالعات متعدد، مشخص شده است که راه رفتن در طی لیبر مضر نیست و تحرک ممکن است راحتی بیشتری را برای مادر ایجاد کند؛ زائو باید به حرکت کردن تشویق شود و وضعیت‌های مختلفی به خود بگیرد (۱۰ و ۱۱). به نظر می‌رسد تعداد زیاد زائو، ناآشنایی با مزایا و اهمیت این اقدامات و تعداد کم پرسنل از دلایل مهم پایین بودن میزان انجام مراقبت‌های مؤثر حین لیبر باشند. از طرف دیگر امکان حضور همراه برای نمونه‌ها فراهم نبود و از آنجایی که حضور همراه در طی لیبر، باعث کوتاه شدن فاز فعال و مرحله دوم لیبر و کاهش میزان سزارین می‌گردد (۱۲)، به نظر می‌رسد اختصاص فضای مناسب و توجه مسؤولان وزارت بهداشت و رؤسای بیمارستان‌ها به این امر می‌تواند سبب افزایش تعداد زایمان‌های فیزیولوژیک در کشور گردد.

در این مطالعه، نمونه‌ها در شرایط NPO به سر می‌بردند و این در حالیکه بر اساس شواهد موجود، غذا و مایعات در لیبر به صورت معمول نباید محدود شود (۱۳). به نظر می‌رسد دلیل مهم در این خصوص، نگرانی ارایه‌دهندگان مراقبت نسبت به احتمال انجام سزارین اورژانسی باشد؛ در حالی که پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که خوردن و نوشیدن در طی یک لیبر نرمال، ایمن هستند (۱۴). مورد مهم دیگر در این پژوهش، پایش مداوم الکترونیکی بود که برای همه زائوها در طول لیبر انجام می‌گرفت. البته این میزان مشابه بسیاری از کشورهای پیشرفته می‌باشد (۱۵) و این در حالیکه استفاده از پایش الکترونیکی

² Kvist³ Vieira⁴ Kay

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصله، به نظر می‌رسد آموزش ناکافی قبل و ضمن خدمت پرسنل و نبود نظارت مستمر بر اجرای دستورعمل‌های مصوب از مهم‌ترین علل ارایه مراقبت‌های نامطلوب در بیمارستان‌های منتخب می‌باشد. از طرفی با برگزاری دوره‌های بازآموزی مداوم، تجدید پروتکل‌های کشوری و اصلاح نواقص موجود، نظارت بر اجرا و آشنا کردن پرسنل با اجرای صحیح آن‌ها، می‌توان در جهت ارایه مراقبت‌های مطلوب تلاش کرد. از آنجایی که میزان اجرای مراقبت‌های لیبر و زایمان در تعدادی از معیارها و حیطه‌ها نامطلوب است، از این رو ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و نظارت بر اجرای دستورالعمل‌ها پس از تدوین پیشنهاد می‌شود.

دست یافت. او خلاء دانش مامایی را یکی از دلایل کاهش کیفیت مراقبت مامایی دانسته بود (۱۹). با توجه به این که انتظار می‌رفت سطح آگاهی ارایه دهندگان مراقبت در حد خوب به دست آید، به نظر می‌رسد بهره‌گیری از آموزش‌های مستمر ضمن خدمت بتواند در این زمینه کمک کننده باشد. سالم و همکاران در مطالعه خود که به بررسی آگاهی و نگرش کارکنان بهداشتی در ارتباط با خدمات تنظیم خانواده پرداخته بود، ادعان داشتند که با افزایش سن و سابقه کار بالینی، آگاهی کارکنان نیز افزایش می‌یابد که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۲۰). در تحقیق امیری و کسائی (۱۳۸۸)، نیز که آگاهی و نگرش ارایه دهندگان خدمات تنظیم خانواده در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری بررسی شده بود، ارتباط معناداری میان آگاهی و سابقه کار بالینی مشاهده شد (۲۱). در این مطالعه نیز میان نمره آگاهی ارایه دهندگان مراقبت و سابقه کار بالینی همبستگی وجود داشت.

References

- 1- World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. World Health Organization, Geneva; 1996a: 132.
- 2- Swedish National Board of Health and Welfare. Normal birth—state of the art. Stockholm; Social styrelsen 2001: 331.
- 3- Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000:430.
- 4- Qian X, Smith H, Zhou L, Liang J, Garner P. Evidence-based Obstetrics in Four Hospitals in China: An Observational Study to Explore Clinical Practice, Women's Preferences and Provider's Views, BMC Pregnancy Childbirth 2001; 1(1); 432-7.
- 5- Freedman L, Graham WJ, Brazier E, Smith JM, Ensor T, Fauveau V. Practical Lessons From Global Safe Motherhood Initiatives. Lancet 2007; 370; 1381-91.
- 6- Ministry of Health and Medical Education. Family Health and Population. Abstract of Mothers' Health Program. Tehran; 2004; [Cited 2005 Apr]. Available From URL: <http://www.fhp.hbi.ir/e-books/S-MTH/world/20health/20day.pdf>
- 7- Lameii A. *Quality Management (Principles, Application and Lessons From an Experience)*. 1st ed. Tehran; Tebbe- Novin Publisher; 2009: 54. (in Persian)
- 8- Simbar M, Dibazari ZA, Saeidi JA, Majd HA. Assessment of Quality of Care in Postpartum Wards of Shaheed Beheshti Medical Science University Hospitals. Int J Health Care Qual Assur 2005; 18(4-5): 333-42.
- 9- Simbar M, Ghafari F, Zahrani ST, Majd HA. Assessment of Quality of Midwifery Care in Labour and Delivery Wards of Selected Kordestan Medical Science University Hospitals. Int J Health Care Qual Assur 2009; 22(3): 266-77.
- 10- Ministry of Health and Medical Education. *National Guide of Midwifery and Birth Services in Mother Friendly Hospitals*. 1st ed. Tehran; Charsuye Honar Publisher; 2006: 139- 147. (in Persian)
- 11- Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL. *Williams Obstetrics*. 23rd Ed. New York; McGraw-Hill Co; 2009: 132.
- 12- Khashanian M, Javadi F, Haghghi M. Effect of Continuous Support during Labor on Duration of Labor and Rate of Cesarean Delivery. Int J of Gynecol Obstet 2010; 109; 198-200.
- 13- Luthian J, Amis D, Crenshaw J. No Routine Intervention. J Perinat Edu 2007; 16(3); 29-34.
- 14- Kubli M. An Evaluation of Isotonic "Sport Drink" during Labor. Anesth Analg 2002; 94(2); 404- 408.
- 15- Sandin-Bojo AK, Hall-Lord ML, Axelsson O, Larsson BW. Intrapartal Care in a Swedish Maternity Unit after a Quality-improvement Programme. J Midwifery 2007; 23; 113-122.
- 16- Mires G, Williams F, Howie P. Randomized Controlled Trial of Cardiotocography versus Doppler Auscultation of Fetal Health at Admission in Labor in Low Risk. Obstetrics Population BMJ 2001; 322: 1457.
- 17- Kvist LJ, Damiani N, Rosenqvist J, Sandin-Bojöö AK. Measuring the Quality of Documented Care Given by Swedish Midwives during Birth. Midwifery 2010; 7; 234-8.
- 18- Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of Breastfeeding Initiation within the First Hour of Life in a Brazilian Population: Cross- Sectional Study. BMC Public Health 2010; 10:760.
- 19- Kay K. Quality of Midwifery Care in Soroti District, Uganda. East Afr Med J 2000; 77(10): 558- 561.
- 20- Salem Z, Vazirinejad R, Tabatabai SZ, Dehghan S. Survey of the Knowledge, Attitude and Practice Status of the Health Workers of the Rafsanjan Health Services Centers Regarding Family Planning. Seasonal Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2003; 4(2, 3): 1-11. (in Persian)
- 21- Amiri M, Kasaeian A. Study of Family Planning Service Providers' Knowledge about and Attitude toward Pregnancy Prevention Methods. Knowledge and Health Seasonal Journal 2009; 4(1) 24- 29. (in Persian)

Implementation of "The National Guide of Labor and Delivery Cares" and Related Factors in Selected Educational- Therapeutic Hospitals of Tehran

Simbar M^{1*} (PhD, MHPEd), Minooe S¹ (MSc), Sheikhan Z¹ (MSc), Majd HA² (PhD)

¹ Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Bio- Statistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 8 Jul 2012, Accepted: 14 Mar 2013

Abstract

Introduction: Delivery, as a phenomenon leading to childbirth, is an inseparable part of human life and has an ascending trend worldwide. By medical developments, human beings have always endeavored to improve the quality of delivery processes. Annually, approximately 600000 women die from pregnancy and childbirth complications from which more than 99 percent occur in developing countries. The quality of midwifery care influences birth results and functions of health care providers in labor. Birth has considerable effect on physical and emotional health of mother and child. The present study aimed to assess the rate of implementation of "The national guide of labor and delivery cares" and its related factors in selected educational- therapeutic hospitals in Tehran, 2011.

Methods: In this descriptive study, using quota sampling, the function of 40 health care providers regarding 200 pregnant women who were admitted for normal vaginal delivery was evaluated. The tools for data collection included a demographic sheet, an observational checklist and three questionnaires. Content validity was assessed beforehand. Reliability of the observational care checklist and questionnaires were assessed using concurrence observation method ($r=0.93$) and test re-test method ($r= 0.9$). Data were analyzed in the SPSS version 17.

Results: The followings show the compatibility of the performances of the care providers with the national labor and delivery guide: history taking 88.3%, vital sign control 64.6%, Leopold maneuver 38.5, initial assessment 83.4%, caring measures during labor pain 22.5%, pain relief methods 63.5%, labor progress 71.5%, vaginal delivery 89.5%, and postpartum management 89.5%. The knowledge score of 57.7 percent of care providers was leveled as medium; and 10 percent of them had negative attitudes towards the national care guideline. There was statistical difference between knowledge with attitude scores ($P= 0.001$); and between knowledge score with the rate of care implementation ($P= 0.03$).

Conclusion: Results showed that the rate of implementation of labor and delivery care in several assessment criteria was not desirable. Improvement in quality of cares and supervision on performance of health care providers are recommended.

Key words: implementation, care, labor, delivery

Please cite this article as follows:

Simbar M, Minooe S, Sheikhan Z, Majd HA. Implementation of "The National Guide of labor and Delivery Cares" and Related Factors in Selected Educational- Therapeutic Hospitals of Tehran. *Hakim Research Journal* 2013; 16(1): 58- 64.

*Corresponding Author: Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 8888202516, Fax: +98- 21- 88202516, E-mail: msimbar@yahoo.com