راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبتهای حین زایمان

فرحناز چنگایی[*1]، معصومه سیمبر[2]، علیرضا ایرج پور[3]، سهیلا اکبری[4]

۱- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- دانشیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۳ / پاییز ۹۳ / مسلسل ۶۱

چکیده

دریافت مقاله: ۹۳/۸/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۳/۹/۱۰

* **مقدمه:** دسترسی به مراقبت‌های مناسب و با کیفیت یکی از مهم ترین راههای کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد می‌باشد. هدف این مطالعه ارائه راهکاری ارتقاء کیفیت مراقبتهای حین زایمان استان لرستان در سال ۱۳۹۰ بود.

* **مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه ترکیبی (کمی، کیفی) است که طی آن کیفیت ۲۰۰ مراقبت حین زایمان در مراکز درمانی استان لرستان مورد ارزیابی قرار گرفت. گردآوری اطلاعات از طریق ابزار محقق ساخته (چک لیست های تهیه شده بر اساس دستورالعمل های وزارت بهداشت) بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS استفاده گردید. در بخش کیفی نیز از طرق مصاحبه با ارائه دهندگان خدمت، مسئولین زایشگاه و مسئولین رده بالای دانشگاه علوم پزشکی (تصمیم گیرندگان) به بررسی راهکارهای ارتقاء کیفیت پرداخته شد.

* **یافته‌ها:** نتایج نشان دادکه مراقبت‌های مرحله اول زایمان دارای ۵۴/۵٪، مرحله دوم ۵۷٪ و مرحله سوم ۶۶٪ تطابق با وضعیت مطلوب بودند و در هر سه مرحله کیفیت مراقبت ها متوسط ارزیابی گردید. بر اساس مصاحبه های انجام شده مسئولین دانشگاه علوم پزشکی لرستان راهکارهایی از جمله ایجاد انگیزه مالی برای ماماها و آموزش‌های ضمن خدمت را جهت ارتقاء کیفیت خدمات مناسب دانسته اند.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج بدست آمده، راهکارهایی همچون ایجاد انگیزه مالی، استفاده بیشتر از خدمات بخش خصوصی جهت کاهش بار کاری بخش دولتی و افزایش کیفیت و استفاده بیشتر از آموزش‌های ضمن خدمت جهت ارتقاء کیفیت خدمات توصیه می‌گردد.

* **واژه‌های کلیدی:** ارزیابی کیفیت، مراقبت ها، مراحل زایمان، راهکارهای ارتقاء کیفیت.

*آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی.

پست الکترونیک: farahnazchangavi@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

انگیزه اصلی و هدف نهایی تمامی تلاشها و تحولات جوامع بشری، تأمین و ارتقاء سلامت انسانهاست و در این میان مادران و کودکان بعنوان دو گروه آسیب پذیر جامعه مستلزم توجه بیشتری می‌باشند (۱). ارتقاء سلامت مادران یکی از هشت هدف مهم توسعه هزاره سوم سازمان بهداشت جهانی در نشست سال ۲۰۰۰ است. مهم ترین علت مرگ مادران عوارض بارداری است و در کشور های در حال توسعه ۱۸٪ بیماریهای زنان را (عوارض بارداری) تشکیل می دهد (۲). ۱۱ تا ۱۷ درصد مرگ‌های مادری طی زایمان رخ می دهد (۳). بیش از ۷۵٪ مرگ‌های مادری در دو منطقه جهان اتفاق می افتد که ۵۳٪ در منطقه آفریقا و ۲۵٪ در جنوب شرقی آسیا است. قسمت عمده این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد و بیشتر در مناطقی است که به مراقبت‌های بهداشتی مناسب دسترسی ندارند (۴،۵).

در ایران میزان مرگ و میر مادران در سال ۲۰۰۸ حدود ۲۴/۶ در یکصد هزار تولد زنده برآورد شده است (۶). بر اساس آمار مرگ و میر سال ۱۳۸۹ میزان مرگ و میر مادران در لرستان از میانگین مرگ مادران در کشور اندکی بالاتر است (۷). در ایران نیز مهمترین علت مرگ مادران خونریزی است و یکی از استراتژیهای کاهش مرگ و میر مادران مراقبت‌های قبل و حین بارداری و مراقبت‌های حین و بعد از زایمان ذکر شده است (۸). علاوه بر مرگ‌های ناشی از بارداری و زایمان، هر ساله زنان با بیش از ۵۰ میلیون مشکل بهداشتی مرتبط با بارداری روبرو می‌شوند. بطور تقریبی بیش از یک چهارم (۳۰۰ میلیون نفر) زنان بالغ کشورهای در حال توسعه، از بیماریها و جراحات مزمن مرتبط با حاملگی و زایمان رنج می برند (۹).

سازمان بهداشت جهانی همواره کاهش مرگ و میر مادران و کودکان را از اهداف اصلی فعالیتهای خود قرار داده و یکی از راهکارهای اساسی جهت تحقق این هدف را ارائه مراقبت‌های دوران بارداری، حین و بعد از زایمان می‌داند (۱۰). بررسی‌ها نشان داده اند در صورت تأمین منابع و در اختیار قرار گرفتن خدمات کافی، بسیاری از این مرگ‌ها قابل پیشگیری است (۶). ارائه مراقبت‌های مناسب مامایی در کاهش مرگ و میر مادران نقش حیاتی دارد (۱۱). علی رغم تلاش سازمان بهداشت جهانی، یونیسف، بانک جهانی و سایر سازمان‌های دست‌اندرکار برای کاهش مرگ مادر به سه چهارم تا سال ۲۰۱۵، پیشرفت کمی وجود داشته و در بعضی نقاط وضعیت بدتر شده است (۱۲). برای رسیدن به نتایج مطلوب می بایست مراقبت‌هایی با کیفیت بالا طی بارداری، زایمان و بعد از زایمان توسط افراد ماهر و تحصیلکرده ارائه گردد (۱۳). در ایران ۹۸٪ زایمان‌ها توسط افراد تحصیلکرده انجام شده و پوشش مراقبت‌های دوران بارداری نیز بیش از ۹۸٪ می‌باشد. مراقبت از زنان و نوزادان در حین زایمان رایج‌ترین علت بستری در بیمارستان است (۱۴). هدف مراقبت‌های حین زایمان دستیابی به بالاترین سطح سلامت مادر و نوزاد با کمترین مداخلات است. اقدامات اصلی لیبر شامل مراقبت‌های مرحله اول، مرحله دوم، مرحله سوم و دو ساعت اول بعد از زایمان است (۱۵).

وزارت بهداشت ایران نیز در راستای اهداف و استراتژیهای جهانی بهداشت باروری که در کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در سازمان بهداشت جهانی پذیرفته شده است، ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده را یکی از اولویتهای برنامه خود قرار داده است (۱۶). با توجه به اینکه کاهش مرگ و میر مادران از اهم اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ۳۰ در صد هزار در سال ۱۹۹۰ به ۱۸ در صد هزار تا سال ۲۰۱۵ است ولی روند کاهش مرگ و میر مادران نسبت به برنامه پیش بینی شده کند می‌باشد (سرعت کاهش عملاً ۲/۳٪ در سال است که می بایست ۵/۵٪ در سال باشد) (۱۷). همچنین علی رغم پوشش بیش از ۹۷٪ مراقبت‌ها در

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

کشور ما (۱۴)، هنوز میزان مرگ و میر مادران بالا بوده و فاصله ما با هدف توسعه هزاره سوم قابل توجه است، بنابراین به نظر می‌رسد کیفیت مراقبت‌ها نیاز به بررسی دارد. علاوه بر این در استان لرستان نیز همگام با اهداف وزارت بهداشت کاهش مرگ میر مادر و نوزاد از اهم اهداف بوده و ارزیابی کیفیت خدمات جهت ارتقاء آنها از اولویتهای مهم دانشگاه می‌باشد (۱۸). این مطالعه با هدف بررسی کیفیت مراقبت‌های حین و پس از زایمان و ارائه راهکار جهت ارتقاء این مراقبت‌ها انجام شد تا راهگشای برنامه‌های مداخلاتی در استان لرستان باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه ترکیبی توضیحی (کمی – کیفی) بود که در بخش اول (کمی) آن به بررسی کیفیت مراقبت‌های حین زایمان و در بخش دوم (کیفی) به بررسی راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها پرداخت. روش نمونه گیری بخش کمی از نوع غیر تصادفی سهمیه‌ای بود که از نمونه های در دسترس استفاده شد. تعداد نمونه این پژوهش بر اساس مطالعات مشابه ۲۰۰ نفر تعیین شد. بطور کلی در این مطالعه کیفیت مراقبت‌ها در ۹ بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان واقع در شهرهای مختلف استان که محیط پژوهش را تشکیل می‌دادند مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که با توجه به جمعیت مراجعین زایمان به هر بیمارستان تعداد ۱۰ تا ۳۰ مراقبت از هر کدام از مراحل زایمان (مرحله اول، مرحله دوم و مرحله سوم و چهارم) در بیمارستان‌های دولتی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان) مورد ارزیابی قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان باردار ۱۸ تا ۳۵ سال، نداشتن سابقه شناخته شده طبی و جراحی، نداشتن موارد منع زایمان طبیعی، شروع خودبخودی زایمان، سن بارداری ۳۷ تا ۴۱ هفته، ضربان قلب طبیعی جنین، نداشتن سابقه قبلی عوارض بارداری. معیارهای خروج شامل مشاهده هر کدام از موارد فوق طی زایمان و یا نیاز به سزارین اورژانس بود (۱۹). در این مرحله پژوهشگر با مرور مطالعات مرتبط (۲۰)، کتابهای مرجع و دستورالعملهای وزارت بهداشت (۲۱-۱۹)، چک لیستهای مشاهده فرایند مراقبت‌های حین زایمان را تدوین نمود. فهرست بازبینی مشاهده فرایند مراقبتی در سه بخش تهیه شد. بخش اول شامل فهرست بازبینی مراقبت‌های مرحله اول زایمان که حاوی ۹۳ معیار برای ارزیابی ارتباط بین ارائه دهنده خدمت با مددجو، ارزیابی گرفتن شرح حال توسط ارائه دهنده، ارزیابی معاینه واژینال، ارزیابی علائم حیاتی، ارزیابی قلب جنین، ارزیابی انقباضات و ارزیابی حمایت روحی و روانی بود. بخش دوم شامل ارزیابی مراقبت‌های مرحله دوم حاوی ۴۳ معیار ارزیابی برای کنترل علائم حیاتی، کنترل ضربان قلب جنین، شستن دستها، حمایت روحی و مراقبت فیزیکی بود. بخش سوم شامل فهرست بازبینی ارزیابی مرحله سوم زایمان حاوی ۷۱ مورد جهت ارزیابی کنترل علائم حیاتی، ارزیابی خروج جفت، مراقبت فوری از نوزاد، معاینه جفت، معاینه نوزاد، ترمیم محل اپیزیوتومی، حمایت روحی و ثبت گزارش در پرونده بود. فهرست بازبینی ارزیابی مرحله چهارم شامل ۳۵ مورد از جمله ارزیابی خونریزی پس از زایمان، آموزش شیردهی، ترمیم اپیزیوتومی و ... بود. فهرست بازبینی مراقبت‌ها بر اساس معیارهای مورد نظر ارزیابی و نمره بندی گردید. هر معیار با سه گزینه، انجام شد، ناقص انجام شد و انجام نشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر به آنها داده می‌شد مورد ارزیابی قرار گرفت. گزینه (مورد ندارد) نیز برای هر معیار در نظر گرفته شد که در صورت مورد نداشتن انجام معیاری، آن معیار حذف و از احتساب کلی خارج گردید. سپس جمع امتیازات برای کلیه موارد مشاهده شده محاسبه و بصورت درصد بیان شد. درصد برآورد شده به مثابه درصد تطابق با وضعیت مطلوب تلقی گردید. سپس بر اساس درصد تطابق محاسبه شده امتیاز ۳۳-۰٪ نامطلوب، امتیاز ۶۷-

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

۳۴٪ متوسط و ۱۰۰-۶۸٪ به منزله کیفیت مطلوب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه برای ۱۰ نفر از اساتید و اعضای هیئت علمی مامایی و ارائه دهندگان خدمات و مدیران در بخش لیبر و زایمان دانشگاههای علوم پزشکی اصفهان و لرستان پست الکترونیک و جهت اعتبار محتوی و صوری نظرخواهی گردید. بر اساس نظر این متخصصین اصلاحات نهایی انجام گرفت. برای بررسی پایایی فهرست مشاهده مراقبت از روش مشاهده همزمان استفاده شد که با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفت.

پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی لرستان و اصفهان پرسشگران در سه شیفت صبح، عصر و شب جهت نمونه گیری به بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه (محیط پژوهش) مراجعه و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. اطلاعات از طریق چک لیستها با مشاهده فرایند مراقبت در مراحل مختلف زایمان گردآوری شد. در پایان اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و جهت توصیف کیفیت موجود از آمار توصیفی (میانگین، میانه، ماکزیمم، مینیمم و ...) استفاده گردید.

در بخش دوم (بخش کیفی) با توجه به میزان نمره کسب شده مواردی که نیاز به ارتقاء داشت و نمره کمتر از حد مطلوب کسب نمودند مشخص و سوالات مصاحبه طرح گردید. از جمله مواردی که نیازمند بررسی و ارتقاء کیفیت شناخته شدند کنترل علائم حیاتی، انجام معاینه واژینال، آموزش‌های پس از زایمان، معاینه و مراقبت‌های اولیه نوزاد بود. پس از انجام مصاحبه با پرسنل زایشگاه‌ها راهکارهای اولیه بررسی شد. در مرحله بعد مصاحبه با مسئولین زایشگاه‌ها انجام و بدنبال آن مصاحبه با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی لرستان صورت گرفت و راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های حین زایمان با انجام مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار یافته که هر کدام بین ۴۵ تا ۹۰ دقیق به طول انجامید مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

بخش کمی: در این مطالعه ۲۰۰ مراقبت در هر کدام از مراحل سه گانه زایمان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد در مرحله اول زایمان ارائه مراقبت‌ها در اکثر حیطه‌ها وضعیت مطلوبی داشتند و بیشتر از ۶۷٪ امتیاز کل را کسب نموده اند فقط در ارائه مراقبت‌هایی مانند انجام مانور لئوپولد (۱۰/۸٪)، کنترل نبض (۳۲/۴٪) و شنیدن ضربان قلب جنین با گوشی پینارد (۳٪) امتیاز کمتر از ۳۳٪ کل را کسب نموده و کیفیت آنها ضعیف ارزیابی گردید. در مرحله دوم زایمان نیز در اکثر حیطه های مراقبت نمره کسب شده در حد مطلوب بوده و تنها مراقبت‌هایی مانند شستن دستها، کنترل نبض، کنترل ضربان قلب با گوشی پینارد امتیاز کمتر از ۳۳٪ کل را کسب نموده و کیفیت ضعیفی داشتند و در این بین نیز کنترل ضربان قلب با گوشی پینارد کمترین امتیاز را کسب نمود. در این مرحله کنترل فشارخون و آمادگی جهت زایمان امتیاز بین ۶۷-۳۴٪ کل را کسب نموده و کیفیت متوسطی داشته‌اند. در سایر موارد کیفیت مطلوب بود. در مرحله سوم زایمان فقط کنترل نبض نمره کمتر از ۳۳٪ کل را کسب نموده و کیفیت ارائه این مراقبت ضعیف ارزیابی گردید. کنترل فشارخون و معاینه نوزاد هم امتیاز ۶۷-۳۴٪ نمره کل را کسب نموده و کیفیت متوسطی داشتند. در سایر موارد کیفیت مطوب ارزیابی شد.

بطور کلی میانگین کیفیت مراقبت‌های حین زایمان در هر چهار مرحله در استان لرستان متوسط ارزیابی گردید (جدول۱). نتایج مطالعه نشان داد در برخی ازحیطه‌های مراقبت در مراحل مختلف زایمان کیفیت ارائه در اکثر شهرها تقریباً مشابه بود. بر این اساس مشاهده شد در مرحله اول زایمان اکثر شهرها در حیطه هایی

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

مانند ارزیابی شرح حال، انجام معاینه واژینال، شنیدن ضربان قلب جنین با سونی کید و کنترل فشار خون کیفیت مطلوبی داشته اند. در مرحله دوم زایمان حیطه هایی مانند شنیدن ضربان قلب جنین با سونی کید، مراقبت فیزیکی و حمایت روحی، ارزیابی فرایند زایمان و کنترل فشار خون کیفیت مطلوب داشته اند. در مرحله سوم زایمان موارد مثل کنترل فشار خون، مراقبت فیزیکی و حمایت روحی، ارزیابی ترمیم اپیزیوتومی، ارزیابی خروج جفت، ارزیابی مراقبت فوری از نوزاد و ارزیابی ثبت گزارش زایمان در پرونده در اکثر شهرها کیفیت مطلوب داشت. در مرحله اول زایمان برخی موارد مانند ارتباط ماما با مددجو و انجام مانور لئوپولد کیفیت ضعیفی داشتند. در مرحله دوم زایمان نیز حیطه های مراقبت مانند شستن دستها و در مرحله سوم هم کنترل فشار خون در اکثر شهرها کیفیت ضعیف داشت. همچنین کیفیت مراقبت‌های مرحله چهارم (دو ساعت اول پس از زایمان) در مرکز درمانی استان لرستان کیفیت متوسطی داشته و میانگین نمره کسب شده در این مرحله ۶۵٪ نمره کل بود.

جدول ۱. فراوانی نسبی و میانگین درجه کیفیت مراقبت‌های حین زایمان ارائه شده در مراکز درمانی استان لرستان به تفکیک مراحل زایمان

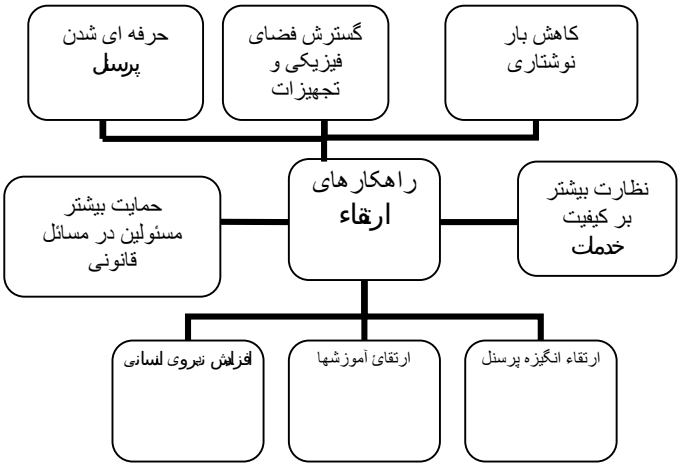
	درجه کیفیت مراقبت ها			
وضعیت مراحل مورد ارزیابی زایمان	نامطلوب ۳۳-۰٪	متوسط ۶۷-۳۴٪	مطلوب ۱۰۰-۶۸٪	میانگین درجه کیفیت
اول	۳	۸۳	۱۴	۵۴/۵٪ (متوسط)
دوم	۴	۷۱/۴	۲۴/۶	۵۷٪ (متوسط)
سوم	۳/۶	۳۸/۵	۵۷/۹	۶۶٪ (متوسط)
چهارم	۲/۶	۵۱/۵	۴۶/۹	۶۵٪ (متوسط)

بخش کیفی: در این بخش به بررسی راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها پرداخته شد که نتایج نشان داد مسئولین زایشگاه راهکارهای ارتقاء کیفیت را مواردی همچون جذب بیشتر ماماها جهت کاهش بار کاری در هر شیفت، افزایش انگیزه مالی جهت ترغیب ماماها به ارائه خدمات با کیفیت بالاتر، توجه بیشتر مسئولین به قشر مامایی، واگذاری بخش اعظم آموزشهای مادران به همکاران شاغل در معاونت بهداشتی بدلیل موثرتر واقع شدن این آموزشها در طی بارداری، بکار گرفتن نیروی آنکال مامایی جهت کاهش بار کاری و افزایش کیفیت در شیفت‌های شلوغ، واگذاری مسئولیت‌های بیمارستان‌های تخصصی زنان به افرادی که تخصص بیشتری در زمینه زنان دارند (ماماها)، جهت تسهیل روند اقدامات تخصصی و افزایش کیفیت و تکرار آموزش‌های ضمن خدمت و ایجاد انگیزه برای استقبال بیشتر پرسنل از این آموزش‌ها، می دانند.

در بخش انتهایی طرح به بررسی راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبت ها از دید مسئولین دانشگاه علوم پزشکی لرستان پرداخته شد. نتایج نشان داد در برخی زمینه ها (بر اساس مصاحبه های اولیه با پرسنل مامایی) از جمله کمبود نیروی انسانی، نبود انگیزه کافی ماماها بعنوان علت کاهش کیفیت مراقبت ها و کم توجهی مسئولین به قشر مامایی، بین مسئولین و پرسنل اتفاق نظر وجود نداشته و به بیانی دیگر مسئولین علل فوق را بعنوان عامل کاهش کیفیت مراقبت‌ها رد نمودند. چون با توجه به مستندات ذکر شده توسط مسئولین میانگین نیروی انسانی شاغل در زایشگاههای استان در حد استاندارد بوده و ایشان توزیع نامناسب نیرو در شیفت‌های مختلف و غیر قابل پیش بینی بودن مراجعین زایشگاه را از عمده دلایل شلوغ تلقی نمودن و یا کمبود نیروی انسانی ذکر نمودند. علاوه بر این راهکارهایی از جمله تقویت بخش خصوصی جهت کاهش بار کاری بخش دولتی و افزایش انگیزه پرسنل از طریق تشویق و مساعدتهای مالی جهت ارائه خدمات با کیفیت تر را نیز مناسب دانستند. جهت

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

ارتقاء کیفیت آموزشهای ضمن خدمت و استقبال پرسنل از این آموزشها راهکارهایی مانند احتساب ساعت آموزش بعنوان شیفت کاری یا اضافه کار، احتساب مأموریت کاری جهت افرادی که از شهرستانهای استان در کلاسهای آموزشی مرکز استان شرکت می‌نمایند و منوط نمودن اعطای گروه سالانه به شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن خدمت را ذکر نمودند که اکنون نیز تا حدود زیادی اجرا می‌گردد. در مورد واگذاری مسئولیت بیمارستانهای تخصصی زنان به افرادی که تجربه و تخصص بیشتری در زمینه زنان و مامایی دارند نیز اکثر مسئولین نظر موافق داشته و ذکر نمودند در صورت فراهم بودن بستر (متقاضی مناسب و توانمند) مسئولین تمایل به همکاری لازم خواهند داشت (دیاگرام ۱).



دیاگرام ۱. راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبتهای حین زایمان

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد مراقبت‌های ارائه شده در مرحله اول زایمان در استان لرستان در اکثر حیطه ها کیفیت مطلوب یا متوسطی داشته و تنها در چند مورد از جمله انجام مانور لئوپولد و کنترل نبض کیفیت مراقبت ضعیف بود. با کمی تأمل در نتایج متوجه میزان تطابق بالای (بیش از ۹۰٪) کنترل ضربان قلب جنین با سونی کید در مرحله اول و دوم زایمان در کل و در اکثر شهرهای استان می شویم که نشان می‌دهد استفاده آسان و در دسترس بودن این وسیله سبب جایگزین شدن آن با گوشی پینارد شده است. پس از شنیدن ضربان قلب با سونی کید، ارزیابی شرح حال زائو بیشترین میزان تطابق با وضعیت مطلوب را داشته است. انجام مانور لئوپولد یکی از راههای آسان تشخیص قرار جنین، نمایش جنین، تعیین موقعیت پشت و اندامهای جنین، وجود یا عدم آنگاژمان و تعیین میزان نزول است. علاوه بر آن می‌توان ضمن انجام این مانور برآوردی تخمینی از وزن و جثه داشت که همگی نشان دهنده اهمیت و مفید بودن انجام این اقدام مراقبتی حین زایمان بوده و در عین حال به راحتی و با صرف زمان کوتاهی امکان پذیر است. ولی با نگاهی به نتایج این مطالعه متوجه کیفیت ضعیف این مراقبت در مراکز درمانی استان لرستان می شویم و از جمله مواردی است که نیاز به بررسی علت دارد و شاید بدلیل درک ناکافی اهمیت این اقدام مراقبتی از سوی کارکنان باشد (۲۲). البته با توجه به نسبت استاندارد کارکنان مامایی، در هنگام زایمان که یک ماما به یک زائو می‌باشد (۲۳) و عدم وجود این استاندارد در مراکز درمانی لرستان، کمبود نیرو سبب فشار کار زیاد و کارآمدی ناکافی ماماها در بخش زایمان شده و بدنبال آن برخی مراقبت ها که می‌توان با سایر اقدامات از جمله معاینه واژینال تا حدودی از انجام آنها صرف نظر نمود را کمتر مورد توجه قرار دهند. کنترل علائم حیاتی از جمله کنترل نبض زائو در مرحله اول زایمان بایستی هر چهار ساعت یکبار انجام گیرد (۲۴،۲۵) و یکی از مراقبت‌های ضروری حین زایمان است ولی نتایج این مطالعه نشان دهنده کیفیت ضعیف ارائه این مراقبت در مراکز درمانی استان لرستان بود.. امروزه استفاده از پارتوگراف در مراکز درمانی بصورت یک اقدام رایج مراقبتی تبدیل شده است. استفاده از پارتوگراف سبب افزایش کیفیت و نظم معاینات مادر و جنین در طی زایمان شده و مشکلات هر کدام را سریعاً تشخیص می‌دهد. این نمودار به ماما اجازه

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

می دهد جزئیات زایمان را بصورت تصویری نشان دهد (۲۶). وقتی که امکان پایش الکترونیکی سلامت جنین در همه مراکز درمانی فراهم نیست استفاده از پارتوگراف برای ارزیابی دقیق تر سلامت مادر و جنین و همچنین ارزیابی بهتر عملکرد ارائه دهندگان خدمت توسط مدیران می‌تواند موثر واقع شود. در این مطالعه کیفیت استفاده از پارتوگراف در مراکز درمانی استان لرستان متوسط بوده و نیاز به ارتقاء دارد.

در مرحله دوم زایمان نیز مراقبت‌هایی مانند شستن دستها، کنترل نبض امتیاز کمتر از ۳۳٪ کل را کسب نموده و کیفیت ضعیفی داشته اند. کنترل فشار خون نیز به دلیل اهمیت فراوان در طی مراحل زایمان (۲۷) با وجودی که نمره بیشتر از ۳۳٪ را کسب نمود ولی کیفیت ضعیفی داشته و نیاز به ارتقاء دارد. سازمان بهداشت جهانی شستن دستها را یکی از پنج عنصراصلی در ایمنی بیماران اعلام کرده است (۲۸) و نظافت، شامل شستن دستها، اولین و مقدم‌ترین نیاز در اداره زایمان است. رعایت بهداشت حین مراحل مختلف زایمان از جمله شستن دستها را در پیشگیری از عفونت مهم‌تر از مصرف آنتی بیوتیک ذکر شده است (۲۹). ولی متأسفانه در مراکز درمانی استان لرستان این اقدام از کیفیت ضعیفی برخوردار بوده و به نظر میرسد بدلیل کم اهمیت تلقی شدن موضوع توسط ارائه دهندگان خدمت در این استان می‌باشد. بنابراین برگزاری کلاسهای آموزشی در این زمینه ها می‌تواند موثر واقع شود.

مراقبت فیزیکی و حمایت روحی از جمله مراقبت‌هایی است که در استان لرستان در تمام مراحل زایمان از کیفیت مطلوبی برخوردار بوده و امتیاز بالایی کسب نموده است. از مزایای ارائه این مراقبت می‌توان کاهش میزان درد، کاهش اضطراب و افزایش میزان زایمان خودبخود را نام برد (۳۰). نتایج مطالعه سینگ نشان داد تنها نیمی از زنان مورد مطالعه حمایت روانی مورد نیاز را دریافت نموده و یک چهارم زنان از عدم دریافت حمایت عاطفی شاکی بودند و با نتایج مطالعه حاضر همخوان نمی‌باشد (۳۱). یکی از موارد مهم در این حیطه مراقبت مداوم و حضور ماما بر بالین زائو است که اصلی ترین بخش حمایت روحی می‌باشد. حضور مداوم ماما به اندازه کیفیت آن برای زائو مهم است و حفظ چنین ارتباطی موجب اعتماد به نفس و آرامش زن می‌گردد. حضور ماما در قالب مراقبت مداوم در تمام مراحل زایمان توانایی بدن زن را در تولید اندورفین‌ها را تقویت می‌کند (۳۲). نتایج مطالعه گاگنون و همکاران نشان داد وجود یک فرد مراقب به ازای هر زائو در طی مراحل زایمان سبب کاهش چشمگیر استفاده از اکسی توسین می‌گردد و بدنبال آن عوارض زایمانی نیز کاهش می یابد (۳۳). با توجه به اینکه در مراکز درمانی کشور ما حضور همسر در کنار زائو که می‌تواند بسیار کمک کننده باشد امکان پذیر نیست ولی در مراکز درمانی استان لرستان ماماهای ارائه دهنده خدمت به انجام این مراقبت ضروری توجه نموده و آن را با کیفیت مطلوبی به مددجویان ارائه می‌دهند.

کنترل ضربان قلب در مرحله دوم با فاصله هر پانزده دقیقه در زایمان های کم خطر و هر پنج دقیقه یکبار در زایمان‌های پرخطر توصیه شده است (۲،۲۲) که نتایج این پژوهش نیز تایید کننده اجرای دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی در این زمینه است. آماده کردن زائو برای مرحه دوم زایمان، آموزش به وی برای همکاری در مرحله دوم زایمان یکی از اقدامات مهم در پیشرفت مرحله دوم زایمان است (۲۲) که با توجه به نتایج این مطالعه با کیفیت مطلوبی در مراکز درمانی استان لرستان انجام می‌گیرد. انجام اپیزیوتومی از دیگر اقداماتی است که در مراکز درمانی استان لرستان با کیفیت مطلوبی صورت می گیرد ولی امروزه تمایل برای انجام اپیزیوتومی بدلیل عوارضی از جمله بی اختیاری دفع گاز و مدفوع کاهش یافته است و بایستی این عمل را در موارد انتخابی که اندیکاسیون های جنینی مانند دیستوشی شانه، نمایش بریچ، استفاده از فورسپس و واکیوم و . . . دارند استفاده نمود (۳۴). تصور می‌شود ارائه دهندگان خدمت در این استان نیاز به آموزشهای ضمن خدمت جهت آشنایی با نتایج تحقیقات جدید و دستورالعمل های مربوطه دارند.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

در مرحله سوم زایمان انجام معاینه نوزاد و کنترل فشارخون از کیفیت متوسطی برخوردار بوده و کمتر از ۶۷٪ نمره کل را کسب نموده است. با توجه به اهمیت معاینه اولیه نوزاد در ساعت اول جهت شناسایی سریع ناهنجاری‌ها و کسب اطلاعات پایه برای معاینات بعدی (۳۵) به نظر می‌رسد به این اقدام مراقبتی در مراکز درمانی استان لرستان اهمیت لازم داده نشده و نیاز به ارتقاء دارد. در مطالعه سیمبر و همکاران (۱۳۸۸) نیز درصد تطابق با وضعیت مطلوب کنترل علائم حیاتی ۳۳/۶٪ ذکر شده که نشان دهنده کیفیت پایین این مراقبت در بخش های زایمان بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان بود و نتایج مطالعه را در این زمینه تأئید می‌نماید (۳۶). کنترل فشارخون طی مراحل زایمان یکی از اقدامات اساسی جهت ارزیابی سلامت مادر و پیش بینی و تشخیص به موقع اختلالات خطرناکی همچون خونریزی ها می‌باشد (۳۷). براساس مطالعات متعدد خونریزی از علل اصلی مرگ مادران در اثر بارداری و زایمان در سراسر جهان است که با تشخیص و اقدام بموقع می‌توان از بسیاری از این مرگها جلوگیری کرد (۶). افت فشارخون از علائم اولیه خونریزی مخفی بوده و با کنترل دقیق آن می‌توان اقدامات درمانی را بعمل آورد و از عوارض بعدی پیشگیری نمود. ولی بر اساس نتایج مطالعه، این مراقبت در مراکز درمانی لرستان از کیفیت متوسطی برخوردار بوده و نیاز به ارتقاء دارد تا بتوان گامی در جهت ارتقاء سلامت مادران برداشت.

بر اساس نتایج بدست آمده، کیفیت مراقبت‌های حین زایمان استان لرستان در بسیاری از حیطه ها خصوصاً حیطه های مهم و حیاتی مراقبت که مورد بحث قرار گرفت، در حد مطلوب و یا متوسط بوده و فقط در چند حیطه کیفیت در حد ضعیف ارزیابی شد. با توجه به بحث فوق نقاط ضعف مربوط به مواردی است که یا بدلیل جایگزین شدن وسایل مراقبتی جدید اهمیت خود را تا حدودی از دست داده اند و به این دلیل کمتر مورد توجه ارائه دهندگان مراقبت قرار گرفته اند یا مواردی مانند کنترل فشار خون و ... است که نیازمند بررسی علل و ارائه راهکار می‌باشند.

در این مطالعه ابزار سنجش کیفیت مراقبت از دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص مراقبت‌های مراحل مختلف زایمان ساخته شد و با توجه به نتایج بدست آمده برگزاری دوره های آموزشی بیشتر در خصوص مهارتهای عملی بخش زایمان، نصب پروتوکل های وزارت بهداشت در مراکز، ترویج استفاده از پارتوگراف و آشنا نمودن کارکنان با نحوه استفاده از آن، لزوم حساس سازی کارکنان به انجام مراقبت‌های ساده ولی مهم مانند کنترل نبض و شستن دستها هنگام انجام مراقبت، برقراری ارتباط بهتر با بیماران و آماده نمودن و آشنایی آنها با محیط زایمان و کسب رضایت هر چه بیشتر آنها و به دنبال آن ارتقاء کیفیت توصیه می‌گردد.

نتایج بخش کیفی حاکی از آن بود که مسئولین دانشگاه علوم پزشکی استان در بسیاری از زمینه های مراقبتی از جمله راهکارهای ارتقاء کیفیت و استقبال از آموزشهای ضمن خدمت، بکارگیری نیروی آنکال (مامای مسئول مراقبت نوزاد)، ارتقاء کیفیت فضای فیزیکی زایشگاهها و استاندارد نمودن نسبت ماما به زایمان در استان واقف بوده و طی مدت دوسال انجام طرح تحقیقاتی مذکور اقدامات عمده ای در این زمینه ها صورت گرفته است. همچنین برخی علل کاهش کیفیت را با اسناد و مدارک (از جمله کمبود نیروی انسانی) تأیید ننمودند. با توجه به اتفاق نظر مسئولین رده بالای دانشگاه علوم پزشکی لرستان با مسئولین زایشگاه و ماماها در زمینه هایی مانند گسترش فضای فیزیکی، افزایش کمیت و کیفیت آموزشهای ضمن خدمت و واگذاری مسئولیت به افراد متخصص در زمینه مراقبت‌های زنان و اقدامات عملی در این زمینه ها طی سالهای اخیر به نظر می‌رسد این راهکارها بتواند کاستی های موجود در برخی از حیطه‌های مراقبتی را برطرف نماید. لازم به ذکر است ضمن مصاحبه با پرسنل و مسئولین زایشگاه تغییرات ملموسی در برخی مراقبت ها

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

از جمله معاینه نوزاد، مراقبت‌های اولیه نوزاد، تکمیل صحیح برگه‌های پارتوگراف و تجهیزات لازم جهت شستشوی دستها در زایشگاه مشاهده گردید که خود تأیید کننده نتایج بخش کمی طرح و واقف شدن مسئولین به این گونه مشکلات و اقدامات لازم در جهت رفع آنها می‌باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان و اصفهان دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، معاونت آموزشی و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان که در جهت اجرای این طرح همکاری صمیمانه نمودند قدردانی می نماییم.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

References

1. Simbar M, Alizadeh Dibazy G, Abed Saeedi ZH, Alavi Majd H. Quality of care after deliveryin affiliated hospital of Medical Sciences and health servicesShahid Beheshti 2003. Pazhoohandeh.10(42): 45. (In Persian)
2. Mutihir JT, Utoo BT. Postpartum maternal morbidity in Jos Niger. J Clinical Pract. 2011;14:38-42.
3. Tork Zahrani SH, Khazaeean S, Shikhan Z, Akbarzadeh Bazgban A, Satisfaction of mothers admitted to the maternity ward of the hospital medical staff elected Zahedan. Journal of Nursing and Midwifery faculty Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2010; 20(69): 21-24. (In Persian)
4. World Health Organization. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: World Health Organization, 2007.
5. UNICEF, Progress for children. A world fit for children: statistical review. New York, USA: UNICEF,2007 Available: http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41854.htm Aaccessed March 4, 2011.
6. World Health Organization. Regional office for the Eastern Mediterranean. Making Pregnancy Safer Data Base in the EMR 2009. Available online at: http://www.who.int/statistic.
7. Ministry of Health - Medical Education. Deputy of Health, Lorestan University of Medical Sciences, 2010.
8. Ministry of Health and Medical Education, Health Department, Maternity care plan 2011. Available online at: http://www.hbi.ir/
9. WHO. Strategic direction for accelerating the reduction of Maternal Mortality in EMRO.Regional office for the Eastern Mediterranian care 2005.
10. Liang J, Xiaohong Li, Li Dai, Weiyue Z. The Changes in Maternal Mortality in 1000 Counties in Mid-Western China by a Government - Initiated Intervention. PLoS ONE. 2012; 7(5): e37458. doi:10.1371/Journal.
11. Vanhoof TJ, Casy BA, Tate JP. The status of prenatal care among Medicaid managed care patients in connecticate. Evaluation & the health profession. 2000; 23:409-421.
12. Elaine Kidney, Heather R Winter, Khlid s Khan, et al. systematic review of effect of community – level interventions to reduce maternal mortality. BNC Pregnancy Childbirth. 2009; 9:2.
13. Mohammad Yavar Y, Malukh Ayesha A, Mohammad Usman A, et al. The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirth. BMC Public Health. 2011; 11(suppl3): S7. doi 10.1186/1471-2458-11-s3-s7.
14. Ministry of Health - Medical Education. International Day of the Midwife Health Ministry reported. May 2011. Available

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

online at: http://www.behdasht.gov.ir. Accessed May 7, 2011.
15. World health organization Maternal health and safe motherhood programme, division of family health .Mother baby pakage .WHO Geneva.(2010).Available online at: http://who.int/hq/2010/WHO-FHE-MSM-94.11-Rev.1.pdf.
16. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd H. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Sciences University. International Journal of Health Quality Assurance. 2005; 18(5): 403-442. (In Persian)
17. World Health Organization. Maternal Mortality. 2010. Available at: http://www.who.int/EMRO statistic.
18. Deputy of Research and Technology, Lorestan University of Medical Sciences in the year 2008, Research priorities, priorities of Midwifery.
19. Simbar M, Ghaffari F, Tork Zahrani SH, Alavi Majd H. Assessment of quality of midwifery care in labor and delivery wards of selected Kordestan Medical Sciences University hospitals. IJHCQA. 2009; 22(3): 266-278. (In Persian)
20. Azari S, Sehhati F, Ibrahimi H. The quality of care in public and private hospitals after cesarean delivery in Tabriz. The First International Conference on Health Promotion and Education. Tabriz University of Medical Sciences, 2010. (In Persian)
21. Cunningham FG, Gant. NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrivs, 23ed. mcGraw-Hill companies. 2010 chapter 8, p:436.
22. Amirshahi M, Badakhshan, M, Salehin SH. Delivery care before and after. Tehran: Community, 2010. 219 - 32(In Persian).
23. Ministry of Health and Medical Education. Health Department. Maternity Care Plan.2011. Available online at: http://www.hbi.ir/
24. Clemen-stone S, Mcguire S, Eigsti D. Comprehensive community health nursing. 6 th Edition, Mosby Co: Londen, 2002.
25. World Health Organization. Clean care is safer care, 2006; Available 0nline: http://www.who.int/gpsc/en/
26. WHO, UNFPA, UNICEF C- Managing complication in pregnancy and childbirth: A Guide for Midwives and Doctors from WHO, WHO/RHR/00.7 Department of Reproductive Health and Research Geneva (2003).
27. Omidvar A, Ja'farnejad F, Noorani S, Esmaeili H. A comparative study of physical and psychosocial care in primiparous and multiparous women in Mashad University hospitals, The Journal of Nursing and Midwifery, Mashhad, 2003;Vol 5, No. 15-16, pp:73-8(In Persian).
28. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Maternal Mortality Rate in 2005. WHO library cataloguing in population data. Available online at: http://www.who.int/maternal mortality rate.
29. UNFPA. State of World population2004. Maternal Health ,Quality of Maternal Health, 2009, Available online at: http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch7/page12.htm.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

30. Page IA, Percival P, Kitzinger SH. The new midwifery science and sensitivity in practice, 1 sted.Charchll living ston.2007: 125.
31. Singh A, Yadave A. Utilization of postnatal care for newborn and its association with neonatal mortality in India, BMC Pregnancy and Childbirth. 2013 Article URL http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/33.
32. Sehhati F, Najarzadeh M, Seyyedrasouli A. Effect of continuous midwifery care on length of labor during childbirth. Journal of Caring Sciences. 2012;1(1): 47-52. (In Persian)
33. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. Birth 1997; 24(2):71-77.
34. Frankman Elizabeth A, Wang Li, Bunker Clareann H, Lowder Jerry L. Episiotomy in United State: has anything changed? American J ObS Gyn. 2009; 200 (5): 573.
35. Babara J. Nelson Newborn. Translate Norouzi N, Alipour M, Fallah R. Tehran: Andisheh Rafi Publication, second edition, 2007;pp: 17.
36. Simbar M, Ghafari F, Zahrani SH, Alavi Majd H. Quality of care during delivery in affiliated hospital of Kordestan Medical Sciences and health services. Payesh. 2009; 8(2): 191- 201. (In Persian)
37. Impecy L, Hobson J, Oherlihy C. Graphic analysis of activity managed labor: prospective nulliparous women in spontneous labor at term. Am J Obstet. 2000; 183(2); 438-443.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]