

بررسی کیفیت مراقبت‌های مامایی ارائه شده به زنان بستری در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب یزد

مرضیه عربان^۱، محمود کریمی^۲، محمود طاووسی^۳، محسن شمسی^۴، شراره رستم‌نیاکان کلهری^۵،
سمیه خزائیان^۶، معصومه سیمبر^۷

۱. استادیار گروه بهداشت عمومی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
 ۲. دکتری تخصصی آموزش بهداشت، مربی گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی ساوه ایران
 ۳. استادیار گروه آموزش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
 ۴. دکتری تخصصی آموزش بهداشت، استادیار گروه آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
 ۵. استادیار گروه بهداشت عمومی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
 ۶. کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران
 ۷. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی تهران، ایران
- نویسنده مسئول مکاتبات: مرضیه عربان پست الکترونیک: arabanm@ajums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سازمان بهداشت جهانی برای ارتقای سطح کیفیت، بر نظارت بر کیفیت خدمات تاکید می‌کند. چراکه هدف اصلی سنجش کیفیت، بهبود خدمات و به بیان دقیق تر تشخیص نقاط ضعف برای تقویت برنامه هاست لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت مراقبت‌های مامایی در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب یزد سال ۱۳۸۹ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که بر روی ۱۰۰ نفر با بارداری کم خطر که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات مردم شناختی و همچنین چک لیست پایا و روای مشاهده مراقبت از مادر در چهار مرحله زایمانی شامل ۲۶ معیار ارزیابی و شامل ۲۴۷ گزینه بود که توسط یک کارشناس مامایی ارزیابی می‌گردید. روایی ابزار به روش روائی محتوی و پایایی آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۳ مورد تایید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS 16 و آمارهای توصیفی استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سن واحدهای پژوهش $24/43 \pm 5/4$ سال و تعداد حاملگی در ۶۴ درصد واحدهای پژوهش ۱ الی ۲ مورد و تحصیلات اکثر (۴۱ درصد) دبیرستانی بود. میانگین کیفیت (درصد تطابق با استاندارد) مراقبت‌های مرحله اول و دوم ۴۹ درصد و در مراحل سوم و چهارم به ترتیب ۶۷ و درصد بود. پایین‌ترین سطح مربوط به حیطه‌های کنترل علایم حیاتی و شستن دستها و بالاترین سطح نیز مربوط به دو حیطه نحوه ترمیم پرینه و ارتباط ماما با مددجو بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، ضروریست که مسئولین با برنامه‌ریزی در جهت کنترل ارائه خدمات توسط پرسنل مطابق با استانداردهای وزارت بهداشت، آگاه نمودن پرسنل به شرح وظایف و برگزاری کارگاه‌های آموزشی مدون بتوانند در جهت رفع نواقص موجود گام بردارند.

کلمات کلیدی: کیفیت مراقبت، لیبر و زایمان، مراقبت مامایی

مقدمه

با شناخت وضعیت موجود می‌توان راه حل‌های مناسبی جهت رفع مشکل و بهبود کیفیت ارائه خدمات حین زایمان ارائه داد تا بدین ترتیب گامی مثبت جهت ارتقای سطح مادران برداشته شود. با توجه به موارد ذکر شده و اینکه تا کنون پژوهشی در این خصوص در شهر یزد انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت مراقبت‌های مامایی ارائه شده به زنان بستری در بخش لیبر بیمارستان‌های منتخب شهر یزد در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که به منظور ارزیابی کیفیت ارائه مراقبت‌های حین زایمان در بیمارستان‌های شهید صدوقی و افشار شهر یزد سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. شایان ذکر است که این دو بیمارستان تنها بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد می‌باشند. جامعه مورد مطالعه شامل زنان باردار ۴۰-۱۸ ساله مراجعه‌کننده به بخش لیبر و زایمان است که جهت زایمان طبیعی به آن مراکز مراجعه می‌کردند بعلاوه پرسنل بخش که از بیمار مراقبت بعمل می‌آوردند. برای بدست آوردن تعداد نمونه از فرمول زیر استفاده گردید:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P (1-P)}{d^2}$$

با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و $d = 0.08$ و $p = 80\%$ ، تعداد ۱۰۰ نمونه مورد نیاز بود که این تعداد نمونه متناسب با حجم طبقات بصورت راندوم از زنان مراجعه‌کننده و بر اساس آمار مراجعین انتخاب شدند. نمونه پژوهش شامل زنان بستری در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب شهر یزد بود که خصوصیات واحدهای پژوهش را داشتند و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین ترتیب که تعداد ۵۸ نفر از مراجعین بیمارستان افشار و ۴۲ نفر از مراجعین بیمارستان شهید صدوقی انتخاب گردیدند و معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: خانم‌های باردار با جنین تک قلوئی سفالیک، ضربان قلب جنین نرمال (۱۶۰-۱۱۰ ضربه در دقیقه)، مایع آمنیوتیک شفاف، فشار دیاستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه، عدم وجود بیماری شناخته شده طبی. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعاتی مامایی و دمو گرافیک و فرم مشاهده مراقبت از مادر در بخش زایمان بود. پژوهشگر ضمن معرفی خود به واحدهای

فراهم نمودن مراقبت‌های مامایی ضروری بخش اصلی برنامه‌های مادری ایمن است (Delvaux و همکاران ۲۰۰۷). هدف برنامه‌های مادری ایمن کسب اطمینان از دسترسی همه مادران به مجموعه خدمات قابل دسترس و دارای کیفیت مطلوب در زمینه بهداشت جنسی و باروری است. این خدمات به ویژه باید شامل مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان باشد، تا مرگ و میر و معلولیت مادران را کاهش دهد (Park و Park 2001). براساس آمار و اطلاعات سالانه در دنیا بیش از نیم میلیون زن در اثر عوارض ناشی از بارداری و زایمان و یا عدم دریافت مراقبت‌های اساسی این دوران جان خود را از دست می‌دهند، که تقریباً همه (۹۹ درصد) این مرگ و میرها در کشورهای درحال توسعه رخ می‌دهد (Nada و همکاران ۲۰۱۱). امروزه در کشور ما علی‌رغم افزایش دسترسی مادران به خدمات زایمانی، و همچنین کاهش میزان مولید خام از ۱۸ به ۱۶ در هزار نسبت به سرشماری سال ۱۳۸۰ که حاکی از تعداد زایمانها است، الگوی مرگ و میر و ناتوانی کماکان تغییر نیافته است و به نظر می‌رسد تاکید کافی بر کیفیت خدمات صورت نمی‌گیرد (Araban, ۲۰۱۰). کما اینکه مطالعات معدود انجام شده در ایران، حاکی از کیفیت پایین و نه چندان مطلوب مراقبت‌های مامایی ارائه شده است (Araban 2010, Seyedoshohadaee, Simbar 2005 و Simbar 1999).

کیفیت مناسب خدمات مستلزم آن است که کارکنان خدمات بهداشتی مهارت لازم را دارا بوده و به نیازهای مددجویان توجه کنند. (Rezasoltani, Parsaee 2008) این امر جز با نظارت و ارزیابی واحدهای مربوطه و توجه جدی به سنجش کیفیت خدمات میسر نمی‌شود (Baghbanian, ۲۰۰۳). با سنجش کیفیت نه تنها چگونگی اجرای یک برنامه در مقایسه با استانداردها مشخص می‌شود، بلکه مشکل برنامه نیز بازگو می‌شود تا پس از تعیین مشکل در جهت شناسایی علت و رفع آن اقدام گردد (Hatami, ۲۰۰۵).

باتوجه به اینکه امروزه سلامت مادر نه تنها به عنوان شاخص بهداشتی قلمداد می‌شود، بلکه به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه و یکی از اهداف توسعه هزاره نیز محسوب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۰) تلاش‌های وسیعی صورت گرفته است تا با ارائه راهکارهای موثر، سطح سلامت مادران ارتقا یابد (Ghafari ۲۰۰۶) و یکی از بهترین راه‌های موثر در این زمینه بررسی کیفیت مراقبت‌های حین زایمان است، چرا که

و بصورت درصد تطابق با استاندارد بیان می‌گردید. امتیازات داده شده بدین گونه محاسبه شد که امتیاز ۳۳%-۰% بعنوان نامطلوب، ۶۷%-۳۴% بعنوان متوسط و ۱۰۰%-۶۸% بعنوان کیفیت مطلوب در نظر گرفته شد. اطلاعات پس از ورود به SPSS 16 و با آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن واحدهای پژوهش $24/43 \pm 5/4$ سال و تعداد حاملگی در ۶۴ درصد واحدهای پژوهش ۱ الی ۲ مورد بود. از نظر میزان تحصیلات، بیشتر واحدهای پژوهش (۴۱ درصد) تحصیلات دبیرستانی داشته و ۹۵ درصد آنها خانه دار بودند. ۷۱ درصد همسران واحدهای پژوهش شغل آزاد داشته، و ۷۳ درصد از آنها دارای مسکن رهن - اجاره‌ای بودند و میانگین درآمد ماهانه ایشان ۳۰۰ هزار تومان بود که نشان می‌دهد اکثر افراد از قشر کم درآمد جامعه بوده‌اند. مقطع تحصیلی ارائه‌دهنده مراقبت در بخش زایمان به تفکیک بیمارستان‌های منتخب شهر یزد در نیمی از موارد کارشناسی بود و نسبت مراقبت‌دهنده به تعداد مددجو ۱ به ۱ بود، روش اداره بیمارستان بصورت اداره تیمی بود.

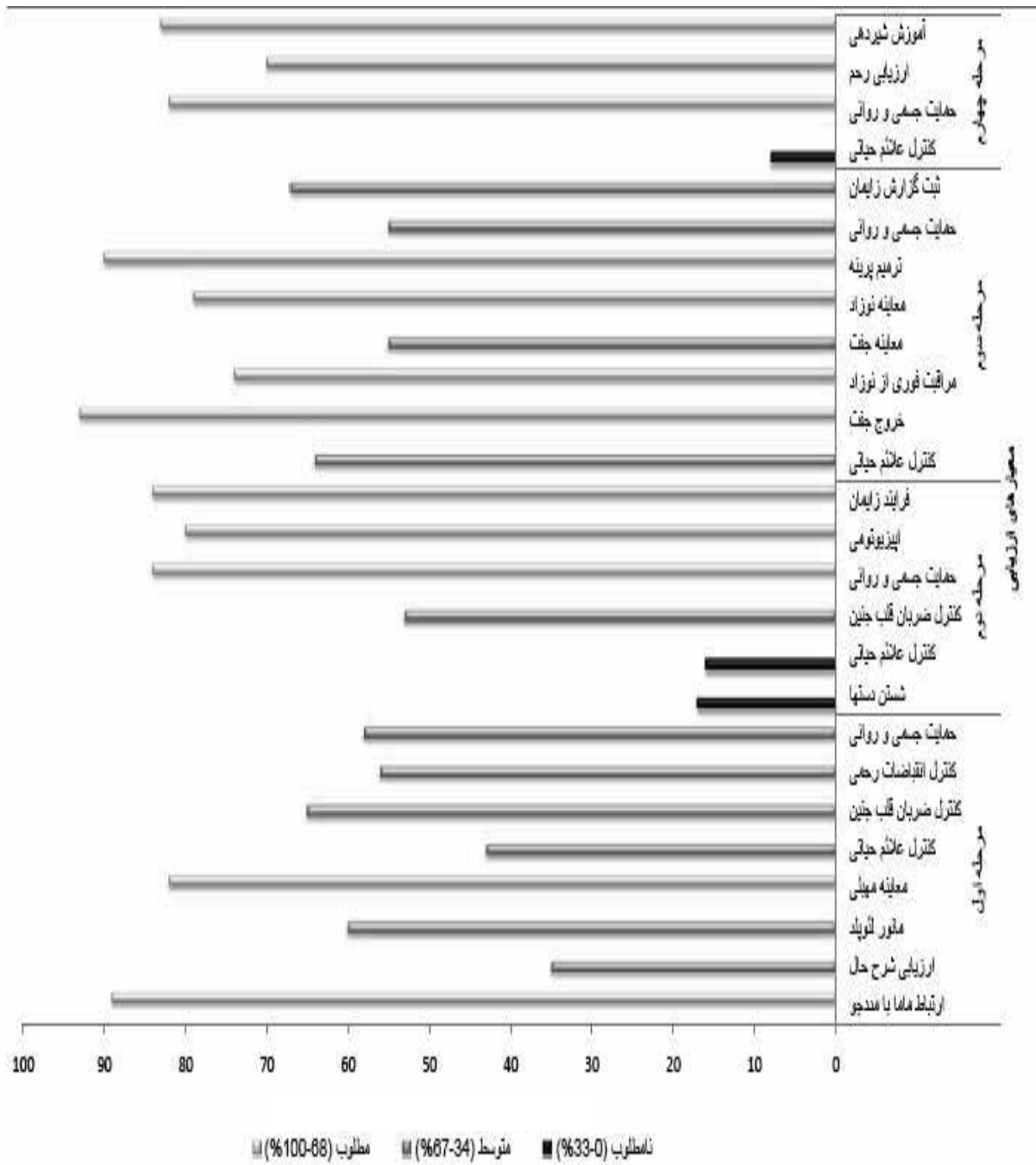
میانگین کیفیت (درصد تطابق با استاندارد) مراقبت‌های مرحله اول و دوم ۴۹ درصد و در مراحل سوم و چهارم به ترتیب ۶۷ و ۶۰ درصد بود. پایین‌ترین سطح کیفیت مربوط به حیطه‌های کنترل علائم حیاتی و شستن دستها و بالاترین سطح نیز مربوط به دو حیطه نحوه ترمیم پرینه و ارتباط ماما با مددجو بود.

نمودار شماره یک درصد تطابق با استاندارد مراقبت‌های مراحل زایمانی را نشان می‌دهد در مرحله اول، ارزیابی شرح حال نامطلوب‌ترین و ارتباط ماما با مددجو مطلوب‌ترین حیطه می‌باشد. در مرحله دوم کنترل علائم حیاتی و فرایند زایمان به ترتیب از نامطلوب‌ترین و مطلوب‌ترین کیفیت برخوردارند در مرحله سوم مرحله معاینه جفت از مطلوب‌ترین کیفیت و ارزیابی خروج جفت از نامطلوب‌ترین کیفیت برخوردارند و بالاخره در مرحله چهارم کنترل علائم حیاتی کیفیت ضعیف و آموزش شیردهی کیفیت مطلوب دارند.

نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت مراقبت‌های مامایی ارائه شده به زنان بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر یزد در

پژوهش، در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات به ایشان طمینان داد. فرم مشاهده پایا و روایی که روایی با استفاده از روایی محتوی و پایایی آن با استفاده از مشاهده همزمان صورت گرفته بود و با آلفای کرونباخ ۰.۹۳ مورد تایید قرار گرفته بود، مورد استفاده قرار گرفت و شامل مراقبت از مادر در بخش لیبر و زایمان شامل چهار مرحله زایمانی است این فرم بر پایه استانداردهای سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص اداره زایمان ساخته شده است (GHafari ۲۰۰۶ و راهنمای کشوری ارائه مراقبت در بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک ۲۰۰۶) و شامل جزئیات زیر است: ۷ معیار سنجش در حیطه ارتباط بین ماما و مددجو، ۱۳ معیار سنجش در حیطه ارزیابی شرح حال، ۱۰ معیار سنجش در حیطه مانور لئوپولد، ۱۷ معیار سنجش در حیطه معاینه مهبل، ۶ معیار سنجش در حیطه کنترل نبض مددجو، ۷ معیار سنجش در حیطه کنترل فشار خون مددجو، ۷ معیار سنجش در حیطه کنترل دمای بدن مددجو، ۹ معیار سنجش در حیطه کنترل ضربان قلب جنین، ۱۱ معیار سنجش در حیطه کنترل انقباضات رحمی مددجو و ۷ معیار سنجش در حیطه حمایت جسمی و روحی مددجو است که این معیارها مربوط به مراقبت‌های مرحله اول زایمان بودند. موارد ارزیابی مراقبت مرحله دوم زایمانی شامل: ۶ معیار سنجش در مورد شستن دستها، ۲۰ معیار سنجش در مورد کنترل علائم حیاتی، ۹ معیار سنجش در حیطه کنترل ضربان قلب جنین، ۴ معیار سنجش در مورد حمایت جسمی و روحی مددجو، ۱۲ معیار سنجش در مورد اپی زیوتومی و ۱۱ معیار سنجش در مورد ارزیابی فرایند زایمان هستند. موارد مورد ارزیابی مراقبت در مرحله سوم زایمان شامل: ۴ معیار سنجش در حیطه کنترل علائم حیاتی، ۵ معیار سنجش در حیطه خروج جفت، ۷ معیار سنجش حیطه مراقبت فوری از نوزاد، ۱۰ معیار سنجش در حیطه معاینه جفت، ۲۱ معیار سنجش در حیطه معاینه نوزاد، ۱۹ معیار سنجش در حیطه ترمیم پرینه، ۶ معیار سنجش در حیطه حمایت جسمی و روحی مرحله سوم و ۷ معیار سنجش در حیطه ارزیابی ثبت گزارش زایمان در پرونده مددجو می‌باشند. مراقبت‌های مرحله چهارم شامل: ۴ معیار سنجش در حیطه کنترل فشار خون، ۹ معیار سنجش در حیطه حمایت جسمی و روحی، ۴ معیار سنجش در حیطه ارزیابی رحم و ۱۰ معیار سنجش در حیطه آموزش شیر دهی می‌باشند. هر معیار مورد ارزیابی با سه گزینه «انجام شد»، «ناقص انجام شد» و «انجام نشد» که به ترتیب به آنها نمره ۲، ۱ و صفر تعلق می‌گرفت بررسی می‌گردید. سپس امتیازات با یکدیگر جمع می‌گردید



نمودار ۱- کیفیت مراقبت (درصد تطابق با استاندارد)

را تشخیص داد، لذا آموزش دقیق کادر بیمارستان جهت توجه به این نکته بسیار ضروری و مهم به نظر می‌رسد. این یافته با پژوهش‌های قبلی منتشر شده در این زمینه متفاوت بوده است چراکه نتیجه پژوهش غفاری (GHafari, ۲۰۰۶) نشان داد که در مرحله اول زایمانی کیفیت مهارت‌های ارتباطی ماما با مددجو یکی از مشکلات اساسی این مرحله از مراقبت‌ها بوده است ولی این تحقیق نشان داد که ارتباط ماما با مددجو از تطابق بالایی با استاندارد برخوردار است. دلیل این تفاوت می‌تواند در نسبت ماما

اکثر حیطه‌های مورد ارزیابی از کیفیت مطلوبی برخوردار نیست که با سایر نتایج انجام شده هم جهت است (Delvaux و همکاران ۲۰۰۷، Simbar و همکاران ۲۰۰۵، Simbar و همکاران ۲۰۰۹ GHafari ۲۰۰۶، Turan، ۲۰۰۶).

در مرحله اول زایمانی، ارزیابی شرح حال نامطلوب‌ترین حیطه می‌باشد احمدی (Ahmadi ۲۰۰۳) به نقل از لاکمن و سورنسن می‌نویسد: در صورت عدم انجام دقیق و صحیح بررسی و شناخت و گرفتن شرح حال نمی‌توان مشکلات بیمار

(۲۰۰۴). لذا توجه ویژه به این مورد در آموزش به پرسنل بسیار با اهمیت است. در این مطالعه اکثر افراد نخست‌زا اپی زیوتومی شدند. در حالی که بر اساس مطالعات، اپی زیوتومی محدود دارای منافعی همچون کاهش صدمه به عضلات پرینه (Carroli و Mignini ۲۰۰۹) خونریزی و درد کمتر برای بیمار می‌باشد (Cunningham و همکاران ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت این موارد اکثر مطالعات استفاده محدود از اپی زیوتومی را به جای استفاده روتین توصیه می‌کنند (Aukee، ۲۰۰۶، Dannecker ۲۰۰۴، Kudish ۲۰۰۸ و Power ۲۰۰۶). مطالعات نشان داده‌اند که اداره زایمان توسط ماما می‌تواند باعث کاهش میزان اپی شود (Robinson ۲۰۰۰). در تحقیق حاضر عامل اکثر زایمان‌ها دانشجویان مامایی و زیدنت‌های زنان بوده‌اند و این میزان بالا می‌تواند ناشی اداره زایمان توسط این افراد باشد. همچنین یافت شده است که اپی زیوتومی عامل پیچیده‌ای است که توسط فاکتورهای متعددی در زمان زایمان تعیین می‌شود (Vendittelli ۲۰۰۶). در این خصوص تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش افراد می‌تواند در جلوگیری از اپی زیوتومی‌های بی مورد موثر باشد (Ho و همکاران ۲۰۱۰) بالا بودن میزان اپی زیوتومی می‌تواند بازگو کننده درمان بیش از حد لازم باشد که نشان‌دهنده مراقبت پایین تر از سطح استاندارد است (Delvaux و همکاران ۲۰۰۷).

در مرحله سوم زایمانی، کنترل علایم حیاتی، حمایت جسمی و روانی و معاینه جفت از کیفیت مطلوب برخوردار نبودند، تجربه پژوهشگر نشان می‌دهد که با توجه به اینکه بعد از زایمان توجه فوری مراقبت کنندگان به نوزاد تازه متولد شده معطوف می‌شود، مادر مورد فراموشی قرار می‌گیرد و شاید به همین دلیل است که حمایت جسمی و روانی و همچنین کنترل علایم حیاتی در مرحله سوم زایمانی از کیفیت مطلوبی برخوردار نیست، لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت این حیطه‌های مراقبتی، ضمن برگزاری کارگاه‌های آموزشی، لزوم توجه به مادر برای مراقبت کنندگان از وی مشخص گردد.

در مرحله چهارم زایمانی نیز کنترل علایم حیاتی مانند مراحل قبل از کیفیت نامطلوبی برخوردار بود. در این مرحله معاینه جفت در نزدیک به نیمی از موارد از کیفیت مطلوبی برخوردار نبود، علی‌رغم اینکه لزوم معاینه جفت جهت شناسایی ناهنجاری‌های جنینی و جفتی واضح است عدم توجه به این حیطه می‌تواند ناشی از عجله ماماها جهت ترمیم اپی زیوتومی و پرداختن به وضعیت نوزاد باشد. یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش عدم تطابق صددرصدی (۷۰ درصد) حیطه ارزیابی رحم

به تعداد مددجو باشد، چرا که در این پژوهش این نسبت یک به یک در حالیکه در پژوهش غفاری این نسبت یک به ۳ بوده است. مطالعات نشان داده‌اند که برقرار کردن ارتباطی مناسب با مددجویان به عنوان بخش مهمی از مراقبت‌های پرستاری و مامایی است (Mullan و Kothe ۲۰۱۰) و می‌تواند باعث ارتقای پیامدهای بهداشتی و سلامتی و رضایت افراد شود (Street و همکاران ۲۰۰۹). از دیگر یافته‌های مربوط به کیفیت مراقبت‌های مرحله اول زایمانی کیفیت متوسط اکثر حیطه‌های مورد ارزیابی از جمله حیطه حمایت روحی و روانی است. با توجه به اینکه مطالعات (Sleutel ۲۰۰۳، Hodnett ۲۰۰۵ و Hodnett ۲۰۰۷) نشان داده‌اند که کاهش زایمان سزارین، کاهش نیاز به داروهای ضد درد و کاهش اضطراب بیمار از منافع حمایت روحی و روانی در حین لیبر می‌باشند، به نظر می‌رسد اجازه به بیمار از جهت آوردن همراه به بخش زایمان از اهمیت بالایی برخوردار باشد. همچنین با توجه به اهمیت کنترل ضربان قلب جنین جهت اطمینان از رضایت بخش بودن وضعیت جنین کنترل ضربان قلب در این مرحله هر نیم ساعت یکبار در بارداری‌های کم خطر ضروری است (Cunningham و همکاران ۲۰۰۵). در این پژوهش عدم سمع قلب برای یک دقیقه کامل و بازگو نکردن نتیجه به مادران نیز یکدیگر از علل پایین بودن کیفیت این حیطه مراقبتی بوده است. در حیطه کنترل انقباضات رحمی نیز عدم ثبت موارد در پارتوگراف یک علت عمده متوسط بودن کیفیت این حیطه از مراقبت‌ها بوده است. این در حالی است که استفاده از پارتوگراف یکی از راه‌های کشف موارد غیرطبیعی در لیبر و زایمان است و استفاده از آن توسط سازمان جهانی بهداشت مورد تاکید قرار گرفته است (Fahdhy ۲۰۰۵). به رغم اینکه کنترل علایم حیاتی برای کشف هرچه سریع تر مواردی چون سپسیس و خونریزی و فشارخون و بویژه پراکلامپسی از اهمیت زیادی برخوردار است (Cunningham و همکاران ۲۰۰۵). در این مطالعه این حیطه کیفیت ضعیف و نامطلوبی داشت، لذا توجه ویژه به این نکته از اهمیت والایی برای اطمینان از وضعیت سلامت مادر برخوردار است.

در مرحله دوم زایمانی کنترل علایم حیاتی و شستن دست از کیفیت نامطلوبی برخوردار بودند، بطوریکه کنترل علایم حیاتی و شستن دست به ترتیب فقط ۱۶ و ۱۷ درصد تطابق با استاندارد را به خود اختصاص دادند. شستن دست یکی از راه‌های کنترل عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد (Larson و همکاران ۲۰۰۶، Widmer ۲۰۰۰ و Petty ۲۰۰۹). در حالی که اغلب به فراموشی سپرده می‌شود (Widmer و Trampuz)

می‌توانند نیازهای آموزشی ضروری این دوران را طراحی نمایند. حضور یک فرد ناظر جهت بررسی کیفیت مراقبت می‌توانست در نتیجه پژوهش تأثیر داشته باشد که با توجیه اهداف به پژوهش به پرسنل و بالا بردن تعداد مشاهدات سعی شد این تأثیر به حداقل رسانیده شود. البته با توجه به اینکه کیفیت مراقبت در اکثر موارد مطلوب نبوده است می‌توان گفت که این تورش در حداقل میزان بوده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد جهت تصویب این طرح به شماره «۱۰۹۷» و از کلیه نمونه‌های پژوهش نیز که وقت گرانبهای خود را در اختیار پژوهشگران نهادند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین از سرکار خانم فتنه طاهر نژاد» کارشناس مامایی» که مسئولیت جمع‌آوری اطلاعات این تحقیق را تقبل فرمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

بعد از زایمان بود. با توجه به اهمیت این ارزیابی در تشخیص خونریزی و جلوگیری از عوارض مربوطه، لازم است که پرسنل بخش زایمان به نحوه ارزیابی رحم آشنا بوده و به اهمیت آن واقف باشند.

با توجه به اینکه حفظ و ارتقای سلامت مادران تا حد زیادی به ارائه خدمات توسط کادر درمانی بستگی دارد، بنابراین مسئولین باید با بکارگیری نیروی متخصص در امور مامایی و ایجاد انگیزه در آنان در بالا بردن کیفیت ارائه خدمات توسط کادر درمانی تلاش نمایند. در این خصوص و جهت پیاده نمودن دستورالعمل‌های بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک، همکاری همه جانبه بین ماماها و متخصصان زنان ضروری بنظر می‌رسد.

از نتایج این پژوهش می‌توان در دو بعد بالینی و آموزشی سود جست: در بعد بالینی، می‌توان با مرور و یادآوری استانداردهای مراقبت حین زایمان، انتظارات شغلی کارکنان را یادآور شد. در بعد آموزشی، با توجه به نقاط ضعف شناسایی شده، مسئولین

REFERENCES

- Ahmadi F, Mohammadi E (2003). [Physical Examination for Nurses]. Tehran: Tarbiat modares university press. (persian).
- Araban M. (2010) [Documentation trends in women's health promotion in Iran: Time to improve midwifery care quality]. *Strategies to Improve Quality of Nursing and Midwifery care*. yazd/iran: shaheed Sadoughi Medical University. (persian)
- Aukee P, Sundstrom H, Kairaluoma MV(2006). The role of mediolateral episiotomy during labour: analysis of risk factors for obstetric anal sphincter tears. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85(8)856-60.
- Baghbanian a(2003). [Administration of Healthcare systems]. 1 editor. Tehran: Gap (persian).
- Carroli G, Mignini L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Review*. (1): CD000081.
- Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth. (2005) *William's Obstetrics*. New York: MC Graw-Hill.
- Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, et al (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 83(4) 364
- Delvaux T, Aké-Tano O, Gohou-Kouassi V et al (2007) Quality of normal delivery care in Côte d'Ivoire. *African Journal of Reproductive Health*. 11(1)22-32.
- Fahdhy M, Chongsuvivatwong V (2005) Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. *Midwifery*. 21(4)301-10.
- Ghafari F(2006) *Assessment of Quality of Midwifery Care in Labor and Delivery Wards of Selected Kordestan Medical Sciences University Hospitals*. Dissertation submitted for master degree in Midwifery. Tehran: Shaheed Beheshti Medical University (persian).
- Hatami H (2005) [Comprehensive Public Health]. Tehran, Arjmand. (persian)
- Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, et al (2010) Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. [doi: DOI: 10.

- 1016/j. ijgo. 2010. 04. 035]. 2010;111(1):13-8.
- Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C(2007) Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3.
- Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C (2005) Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Khazaeian S (2008)[*Assessment of Quality of midwifery care in post partum wards of selected zahedan medical sciences university haspital*]. Dissertation submitted for master degree in midwifery. Tehran: Shaheed Beheshti University of Medical Sciences. (persian)
- Kudish B, Sokol RJ, Kruger M (2008) Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 102(2)165-70.
- Larson EL, Early E, Cloonan P et al (2000) An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behavioral Medicine*. 26(1)14-22.
- Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Education in Practice*. 2010;10(6)374-4001.
- Nada K, Barakat A, Gipson R (2011) Quality of care for obstetric emergencies in 4 general hospitals in Egypt: An observational study of delays in receiving care and blood bank services. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 17(1) 19-25.
- Park JE, Park JE, editors. (2001) [Textbook of Preventive Medicine]. Tehran Besharat. (persian)
- Petty WC (2009) PACU--Why Hand Washing Is Vital! *Journal of Perianesthesia Nursing*. 24(4):250-3.
- Power D, Fitzpatrick M, O'Herlihy C (2006) Obstetric anal sphincter injury: how to avoid, how to repair: a literature review. *The Journal of Family Practice*. 55(3)193-200.
- Rahnamaye keshvari eraee khadamat mamaee va zayman dar bimarestanhaye dusrdar madar va koudak. Tehran: char sooye honar; 2006. (persian)
- Rezasoltani P, Parsaee S. *Maternal child health*. second, editor. tehran: sanjesh; 2005. (persian)
- Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2000 Aug;96(2):214-8.
- Seyedoshohadaee F. Assessment of Quality Of Prenatal Care In Network System And Praivate Ward Of Selected Kordestan. *Majale daneshgah olom pezeshki kordestan*. 1998;4(13):28-33. (persian)
- Simbar M, Alizadeh Z, Abedsaeidi Z, Alavimajd H. "Assessment of Quality of midwifery care in post partum wards of shaheed beheshti medical sciences university haspital". *Pejouhandeh*. 2005;10(43):45-9. (persian)
- Simbar M, GHafari F, Zahrani S, "Alavimajd HAssessment of Quality of Midwifery Care in Labor and Delivery Wards of Selected Kordestanmedical Sciences University Haspital". *Payesh*. 2009;8(2):191-201. (persian)
- Sleutel MR. Intrapartum Nursing: Integrating Rubin's Framework with Social Support Theory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003 Jan-Feb;32(1):76-82.
- Street RL, Jr. , Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295-301.
- Trampuz A, Widmer AF, editors. Hand hygiene: a frequently missed lifesaving opportunity during patient care2004: *Mayo Clinic*.
- Turan J. the quality of hospital-based atenatal care in istambul. student family planning. 2006;37(1):49-60.
- Vendittelli F, Gallot D. [What are the epidemiologic data in regard to episiotomy?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006 Feb;35(1 Suppl):1S12-1S23.
- Widmer AF. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub? *Clinical Infectious Diseases*. 2000;31(1):136.
- WHO. improve maternal health. 2010 [cited 2010 6/6]; Available from: www.who.int/health-related-statistics.

Quality of Midwifery Care Provided to Women Admitted for Delivery in Selected Hospitals of Yazd

Araban M¹, Karimy M², Tavousi M³, Shamsi M⁴,
Niakan Kalhori Sh⁵, Khazaiyan S⁶, Simbar M⁷

-
1. Assistant professor Public health department, Social determinants of health research center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
 2. Public Health department, faculty of health, Saveh university of medical sciences, Saveh, Iran
 3. Assistant Professor, Health education department of Iranian Institute for Health Sciences Research.
 4. Health education department, faculty of health, Arak university of medical sciences, Arak, Iran
 5. Public health department, Social determinants of health research center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
 6. MSc in midwifery, Zahedan university of medical sciences, faculty of nursing and midwifery
 7. Associate professor , department of midwifery and reproductive health , Faculty of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences Tehran ,Iran.

■ Corresponding author: Araban M; arabanm@ajums. ac. ir.

Abstract

Back ground and aim: The World Health Organization emphasizes the evaluation of health services to improve quality of care. Because the main purpose of quality measurement is to identify the weaknesses of a program, this study aims to assess the quality of midwifery care provided to women admitted for delivery in selected hospitals of Yazd medical science university.

Materials and methods: A total number of 100 women randomly selected and were included in a cross-sectional study conducted in Yazd, Iran. Data were collected in the labor and delivery wards of Shaheed Sadoughi and Afshar hospitals, between September 2010 and February 2011. A valid and reliable observation check list was used for data collection. The validity of check list was accessed by content validity and the reliability was approved by computing spearman coefficient (0.93). The check list included 247 items covered the 26 dimension of care across labor process. Observation was done by a midwife who was not practicing at the study sites, and was especially trained in study method. Data were analyzed using SPSS 16.

Results: The mean age of subjects was $24 / 43 \pm 5/4$ years. The Number of pregnancies of was 1 to 2 , in 64 percent of participants in the study. The results showed that the overall quality of midwifery care provided in different stages of labor, was not desirable. The highest scores of quality was related to midwife- mother communication and perennial repair, and the poorest score was related to vital sign control.

Conclusion: it is essential that the authorities plan to control the services provided by staff, Installation and implementation of treatment protocols of ministry of health, informing personnel duties and holding workshops to take steps to eliminate the existing shortcomings. The protocols should be translated into action with an enhanced collaboration among midwives, obstetrics and reproductive health programmers.

Key Words: quality of care, labor, midwifery care