

ارزیابی ارائه مراقبت به نوزاد سالم در زایمان طبیعی و سزارین

مرضیه یداللهی فارسانی^۱، فرشته راستی^۲، حمید علوی مجد^۳، فرین سلیمانی^۳، شهناز ترک زهرانی^{۳*}

^۱دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ ^۳مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۲۶

چکیده:

زمینه و هدف: ارائه مراقبت به نوزاد در ساعات اولیه تولد تأثیر فراوانی بر سلامت و کاهش مرگ‌ومیر نوزادان دارد. این مقاله با هدف ارزیابی ارائه مراقبت به نوزاد سالم در زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ارائه مراقبت به ۲۸۲ نوزاد سالم ترم (۱۷۸ طبیعی و ۱۰۴ سزارین)، از طریق مشاهده و با استفاده از چک‌لیست مورد ارزیابی قرار گرفت. کیفیت مراقبت بر اساس درصد نمره به‌دست‌آمده به سطوح ضعیف (کمتر از ۳۲٪)، متوسط (۳۳-۶۶٪) و خوب (بیشتر از ۶۷٪) طبقه‌بندی گردید. داده‌ها توسط SPSS و با آزمون‌های t-test و من ویتنی مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین کیفیت ارائه مراقبت به نوزاد سالم در کل نمونه‌ها ۵۸/۳٪ و درصد تطابق با استاندارد مراقبت از نوزاد سالم در زایمان واژینال بالاتر از زایمان سزارین بود (P=۰/۰۱۱). اقدامات فوری جهت احیاء و خدمات حمایتی تغذیه با شیر مادر در گروه سزارین بالاتر از گروه زایمان طبیعی بود، ولی این نوزادان در حیطه ارزیابی و اقدامات اولیه، اقدامات جهت تماس مادر و نوزاد، مراقبت ضعیف‌تری دریافت کرده بودند، همچنین مدت زمان تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بعد از زایمان و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد در گروه سزارین پایین‌تر بود (P=۰/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: نتایج ارزیابی ارائه مراقبت به نوزاد سالم در بیمارستان‌های تحت مطالعه در محدوده متوسط بوده و در زایمان سزارین پایین‌تر از زایمان طبیعی است. پس می‌توان با اتخاذ رویکردهای بهداشتی در آموزش مادران جهت ترویج زایمان طبیعی و کاهش موارد سزارین اکتیو اقدامات موثری در افزایش کیفیت ارائه مراقبت به نوزاد انجام داد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی ارائه مراقبت، نوزاد سالم، زایمان طبیعی، سزارین.

مقدمه:

متولدشده در ماه اول تولد می‌میرند که ۴۱٪ کل مرگ‌ومیر زیر ۵ سال را تشکیل می‌دهند. از این تعداد ۷۵٪ در اولین هفته و ۵۰-۲۵٪ در اولین روز تولد رخ می‌دهد (۴،۳). بیش از ۹۰٪ این مرگ‌ومیر مربوط به کشورهای در حال توسعه و کم درآمد است، در این کشورها علاوه بر هفته اول، حتی قسمت عمده مرگ‌ومیر هفته‌های دوم تا چهارم عمر ناشی از علل پری‌ناتال است (۵). نارس بودن، آسپیکسی و عفونت‌ها علل مستقیم مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه

ارتقای سطح سلامت به‌عنوان یکی از اهداف تحولات جوامع در گروه توجه به کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی به‌ویژه در زمینه مادران و نوزادان به‌عنوان دو گروه آسیب‌پذیر می‌باشد؛ به‌طوری‌که جلوگیری از مرگ‌ومیر در این دو گروه یکی از ارکان عدالت اجتماعی به‌شمار می‌رود (۱). نخستین روزهای تولد زمان حساسی برای نوزادان به‌شمار می‌رود و نوزاد در این دوران بسیار آسیب‌پذیر است (۲)؛ چنانچه طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی ۳/۳ میلیون از نوزادان

* نویسنده مسئول: تهران- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- تلفن: ۰۹۱۹۶۰۷۲۵۵۴، E-mail: zahranishahnaz@yahoo.com

است که به سادگی با مداخلات کم هزینه و تکنولوژی ارزان قابل پیشگیری است (۷،۶،۴).

اجزای مراقبت روتین بعد از تولد شامل مواردی مانند تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، نگهداری از نوزاد در کنار مادرش و سپس انتقال مادر و نوزاد به بخش مراقبت‌های بعد از زایمان، واکسیناسیون، تزریق ویتامین K، مراقبت از بند ناف، برقراری روابط عاطفی نوزاد و مادر، شیردهی و معاینه کامل نوزاد توسط پزشک می‌باشد (۸). طی انجام این معاینات، بسیاری از ناهنجاری‌ها و بیماری‌های نوزاد قابل تشخیص هستند. از طرف دیگر برای ارضای نیازهای عاطفی مادر و کودک و همچنین بهره‌مندی نوزاد از یک تغذیه‌ی مطلوب در ساعات اولیه عمر و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، بهتر است که هر دو در کنار هم باشند (۵،۳). حصول این شرایط، همگی در زایمان طبیعی به لحاظ شرایط مادر و نوزاد آسان‌تر و امکان‌پذیرتر می‌باشد (۵). با وجود خطراتی که زایمان سزارین برای مادر و کودک دارد، هنوز هم درصد تقاضا برای زایمان سزارین در کشورهای در حال توسعه روز به روز رو به افزایش است (۱۰،۹). تغییرات فرهنگی - اجتماعی و وجود تسهیلات پزشکی منجر به افزایش تقاضا برای زایمان به روش سزارین شده است. هرچند که زایمان سزارین مادر و نوزاد را در معرض خطرات مرتبط با آن قرار می‌دهد، در شرایطی که جان مادر و نوزاد در خطر می‌باشد، مزایای خود را نسبت به زایمان طبیعی دارا می‌باشد، اما این مسئله موجب نمی‌شود که زایمان سزارین بدون علت پزشکی ارجحیت داشته باشد (۱۲،۱۱). بر این اساس، ارائه مراقبت‌ها باید در جهت افزایش تمایل مادران به انتخاب زایمان طبیعی بهبود یابند (۹). کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، در واقع کاربرد مناسب دانش و علوم پزشکی در مراقبت از بیماران است. به طوری که سعی می‌شود، تعادلی بین خطرات ناشی از اجرای مراقبت‌های بهداشتی و مزایایی که از این مراقبت‌ها مورد انتظار است، برقرار شود (۱۳). در ایران، در حال حاضر استاندارد مدون کشوری برای ارائه حداقل‌های فرآیندی در مراقبت

نوزادان، بسته خدمتی نوزاد سالم می‌باشد که با هدف تعیین فرآیندهای اصلی و استانداردهای انجام آن و فرآیندهای پشتیبان می‌کوشد با استفاده از دانش روز و نظرات کارشناسان این حوزه بسته خدمتی متناسب برای سطح کشور ارائه دهد (۱۴).

جهت کاهش مرگ‌ومیر و افزایش رشد مطلوب نوزادان تازه متولدشده، ارائه خدمات با کیفیت و مراقبت‌های متناسب، امری اجتناب‌ناپذیر است (۱۵). هرچند که دسترسی به خدمات زایمانی افزایش یافته است، کیفیت ارائه خدمات چندان بهبودی نیافته است (۱۶). ارزیابی مراقبت‌های دوره نوزادی از جمله مهم‌ترین برنامه‌های ارتقاء سلامت مادر و نوزاد است. سنجش کیفیت خدمات بهداشتی در جهت دستیابی به نتایج مطلوب انجام می‌شود و هدف اصلی آن تشخیص نیازها، نقاط ضعف و تقویت برنامه‌ها در ارائه این خدمات است (۱۸،۱۷). با توجه به اهمیت دوره نوزادی و کیفیت ارائه مراقبت‌ها در این دوره و نظر به اینکه تاکنون ارائه مراقبت به نوزاد سالم در کشور مورد ارزیابی قرار نگرفته است، این مطالعه با هدف بررسی ارزیابی مراقبت ارائه‌شده به نوزاد سالم در زایمان واژینال و سزارین در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی بر روی نوزادان سالم متولدشده حاصل از زایمان طبیعی و سزارین در ۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد شامل: بیمارستان‌های هاجر شهرکرد، شهدا لردگان، سیدالشهدا (ع) فارسان، ولیعصر (عج) بروجن و امام جواد (ع) ناغان از اول دی ماه ۱۳۹۲ تا پایان فروردین ۱۳۹۳ انجام شد. تعداد نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه (کوکران) ۲۸۰ نفر محاسبه شد که از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای استفاده شده و متناسب با تعداد زایمان در هر بیمارستان سهمیه‌ای به هر بیمارستان تعلق گرفته است. از بیمارستان هاجر ۱۰۰، شهدا ۹۲،

بدین ترتیب که ۳۰ مشاهده هم‌زمان و مستقل توسط پژوهشگر و فرد دیگری که اطلاعات هماهنگ با موضوع پژوهش را داشت و با روش جمع‌آوری اطلاعات به طریق مشاهده آشنا بود، صورت گرفت. با توجه به ضریب همبستگی ($r=0/096$) پایایی فرم مشاهده تأیید گردید.

قبل از ورود نمونه‌ها به مطالعه اهداف پژوهش و چگونگی آن برای آن‌ها توضیح داده شد و اجازه ورود به مطالعه از آن‌ها به صورت شفاهی گرفته شد. سپس پرسشنامه دموگرافیک جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در این پژوهش جهت ثبت اطلاعات حاصل از ارائه فرآیند مراقبت به نوزاد از روش مشاهده استفاده شد. به این صورت که محقق قبل از زایمان بر بالین مادر حضور یافته و تا پایان زایمان، مراقبت و اقداماتی که برای نوزاد سالم در بدو تولد انجام شده مشاهده و ثبت کرده است، بعد از انتقال نوزاد به بخش بعد از زایمان نیز فرآیندهای بعدی مراقبت از نوزاد تا ترخیص مشاهده و در چک‌لیست مربوط به هر نوزاد ثبت شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی همچون آزمون‌های t -test و من‌ویتنی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

به‌طور کلی ۲۸۲ مادر باردار وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۱۰۴ نفر سزارین و ۱۷۸ نفر زایمان طبیعی داشتند. متوسط سن مادران بستری $26/4 \pm 5/9$ سال، تحصیلات $59/6\%$ آن‌ها راهنمایی و متوسطه، $3/2\%$ بی‌سواد و 17% دانشگاهی بود. $97/4\%$ مادران خانه‌دار تعداد حاملگی در $70/6\%$ آن‌ها ۱ الی ۲ مورد بود. $97/9\%$ از مادران مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت نموده بودند. میانگین کلی خدمات مراقبتی نوزاد سالم در کل نمونه‌ها $58/3\%$ در حد متوسط محاسبه شد و بین دو گروه نوزادان سالم متولد شده حاصل از زایمان طبیعی و سزارین از نظر میانگین کلی کیفیت خدمات مراقبت از نوزاد تفاوت معنی‌داری

سیدالشهدا (ع) ۴۵، ولیعصر (عج) ۴۲ و بیمارستان امام جواد (ع) ۳ نمونه انتخاب شد. معیارهای لیبر و زایمان بدون عارضه برای مادر و نوزاد، آپکار دقیقه اول تولد مساوی یا بالاتر از ۷، سن حاملگی بین ۳۷ و تا ۴۱ هفته و ۶ روز، وزن تولد بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم، جزء معیارهای ورود در نظر گرفته شد. در صورت بروز مشکل برای مادر یا نوزاد، هر دو از روند مطالعه کنار گذاشته می‌شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک و مامایی و ابزار پژوهشگر ساخته است. این ابزار بر اساس چک‌لیست بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده به نوزاد سالم تحت فرآیندهای ارائه مراقبت به نوزاد سالم تنظیم گردید (۱۴). مشاهده مراقبت از نوزاد، در ۹ حیطه ارزیابی و اقدامات اولیه، اقدامات فوری جهت احیاء، جلوگیری از هیپوترمی نوزاد، ثبت اطلاعات در پرونده، تغذیه با شیر مادر، معاینه و غربالگری، تماس مادر و نوزاد، واکسیناسیون و آموزش تنظیم گردید. طیف پاسخگویی به سوالات دربرگیرنده‌ی گزینه‌هایی از قبیل انجام شد، انجام نشد و کاربرد ندارد، می‌باشد. به گزینه انجام می‌شود نمره ۱ و به گزینه انجام نمی‌شود صفر داده شد. در مواردی که گزینه موردی ندارد انتخاب شده بود، آن مورد در محاسبه امتیاز کل قابل کسب، در نظر گرفته نشد. پس از محاسبه امتیاز کسب‌شده در هر حیطه و امتیاز کل و مقایسه با امتیاز قابل کسب، نمره هر بخش به‌صورت درصد تطابق با استاندارد (کیفیت) محاسبه شد. سپس نمرات به‌دست‌آمده به ۳ گروه ضعیف (کمتر از 32%)، متوسط ($33-66$) و خوب (بیشتر از 66%) طبقه‌بندی گردید. مدت‌زمان تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بعد از زایمان نیز برحسب دقیقه توسط پژوهشگر ثبت شد.

جهت بررسی اعتبار ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوی و با همکاری ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی و برای تعیین پایایی فرم مشاهده مراقبت ارائه‌شده به نوزاد در بخش زایمان از روش مشاهده هم‌زمان استفاده شد.

وجود داشت ($P=0/011$). همچنین میانگین مدت زمان تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بعد از زایمان، در زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر بود ($P=0/000$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارزیابی کلی خدمات مراقبتی نوزاد سالم و مدت زمان تماس پوستی مادر و نوزاد در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ۱۳۹۳

P	سزارین	زایمان طبیعی	کل نوزادان	نوزادان سالم
$P=0/011$	$56/4 \pm 9/37$	$59/4 \pm 11/69$	$58/34 \pm 10/96$	کیفیت کلی خدمات مراقبت از نوزاد سالم
$P=0/000$	$0/47 \pm 1/2$	$1/58 \pm 2/2$	$2/03 \pm 1/17$	مدت زمان تماس پوستی مادر و نوزاد بعد از زایمان

داده ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان شده اند.

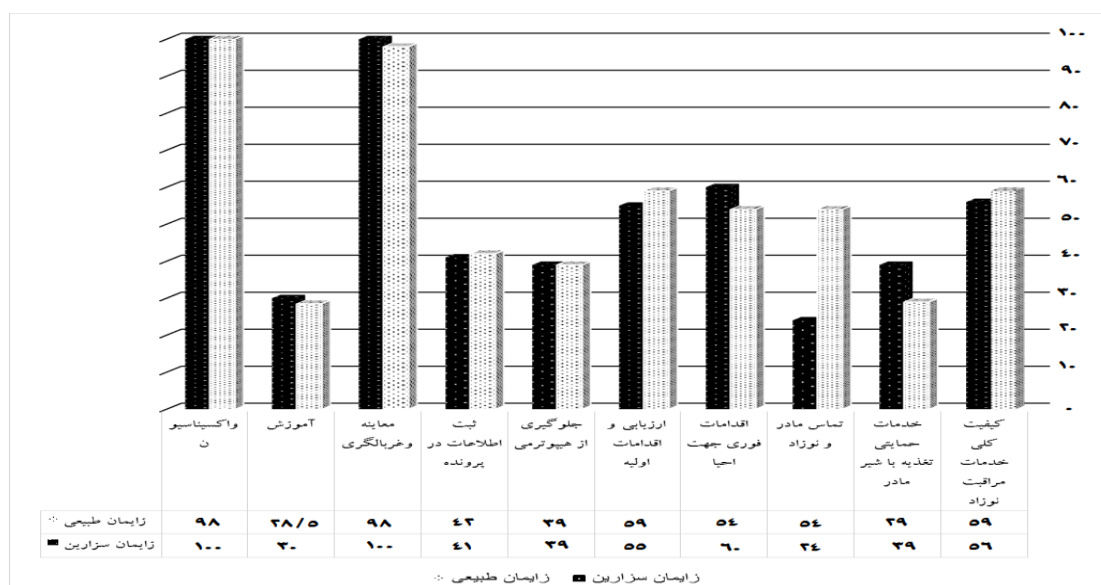
همچنین درصد تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد در زایمان طبیعی $85/4\%$ محاسبه شد که در مقایسه با درصد تغذیه

با

گزارش نشد ($P=0/162$). در بخش ثبت اطلاعات در پرونده هم تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. در حیطه ارزیابی و اقدامات اولیه در زایمان طبیعی به طور معنی داری کیفیت خدمات بالاتر بود ($P=0/004$). همچنین بین دو گروه از نظر اقدامات جهت تماس مادر و نوزاد، اختلاف معنی داری گزارش شد و در گروه زایمان طبیعی بالاتر بود ($P=0/001$).

میانگین نمره اقدامات جهت بررسی نیاز به احیاء به طور معنی داری در گروه سزارین بالاتر از گروه زایمان طبیعی بود ($P=0/050$) (نمودار شماره ۱).

شیر مادر در ساعت اول تولد در زایمان سزارین $70/2\%$ ، به طور معنی داری بالاتر بود ($P=0/020$). نتایج پژوهش نشان داد خدمات حمایتی تغذیه با شیر مادر با درصد بالاتری به موارد سزارینی ارائه می‌شد ($P<0/001$). در حیطه مراقبت مربوط به واکسیناسیون در هر دو نوع زایمان کیفیت 100% بود. هر دو گروه در حیطه مراقبتی اقدامات جهت جلوگیری از هیپوترمی نوزاد، میانگین نمره 39% داشتند و تفاوتی مشاهده نشد. در حیطه‌های آموزش، معاینه و غربالگری اگرچه گروه نوزادان سالم سزارینی میانگین بالاتری کسب کرده بودند، ولی تفاوت معنی داری



نمودار شماره ۱: میانگین نمره حیطه‌های مختلف خدمات مراقبت از نوزاد سالم در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

بحث:

ارزیابی کیفیت ارائه مراقبت به نوزاد سالم در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد برای اولین بار در این مطالعه به صورت خاص مورد بررسی قرار گرفت. ارتقاء کیفی سیستم‌های مراقبتی مبتنی بر امکانات موجود جهت مراقبت از نوزادان آسیب‌پذیر، موثرترین روش برای نجات زندگی این نوزادان است (۱۹).

بر اساس نتایج این مطالعه کیفیت ارائه مراقبت به نوزاد سالم در زایمان طبیعی نسبت به زایمان سزارین بالاتر می‌باشد. این تفاوت خصوصاً در مواردی چون تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و میانگین مدت زمان تماس پوستی مادر و نوزاد بعد از زایمان مشهودتر است، به طوری که در نوزادان سزارینی به طور معنی‌داری کمتر است. در مطالعه‌ای که Vesel و همکاران در کشور غنا در مراکز تسهیلات زایمانی انجام دادند، کیفیت ارائه مراقبت به نوزادان را در حد متوسط گزارش کرده‌اند، لازم به ذکر است که نتایج این مطالعه به طور کلی بوده و مقایسه‌ای بین انواع زایمان نشده است. طبق گزارشات این مطالعه تغذیه با شیر مادر با تأخیر صورت می‌گرفته که مشابه زایمان‌های سزارین در مطالعه حاضر می‌باشد (۵). در مطالعه دیگری که توسط Mbwele و همکاران در شمال کلیمانجارو انجام شد، کیفیت خدمات انجام‌شده توسط کارکنان پایین گزارش شده است که با مطالعه ما همخوانی دارد (۷). به دلیل شرایط جسمی و روانی مادر بعد از زایمان طبیعی توانایی در شیردهی و برقراری رابطه عاطفی با نوزاد بیشتر می‌باشد. در مقایسه بعد از زایمان سزارین به خاطر دریافت مواد بیهوشی و همچنین درد و ناراحتی برش جراحی شرایط برای شیردهی و همچنین برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد سخت‌تر می‌باشد؛ بنابراین ساعات اولیه و طلایی اول تولد نوزاد به دور از مادر سپری می‌شود. درحالی‌که نتایج مطالعات بیش از

۲۵ سال گذشته نشان می‌دهد که ساعت اول پس از تولد یک زمان بحرانی جهت برقراری ارتباط بین مادر و کودک می‌باشد، زمانی که هر مادر و نوزاد آماده برای یک تعامل متقابل هماهنگ هستند. همچنین تماس پوستی مادر و نوزاد می‌تواند روشی موثر در افزایش دل‌بستگی و کاهش اضطراب مربوط به کودک باشد و سبب افزایش توانایی مادر برای مراقبت از نوزادش شود (۲۱، ۲۰). تحقیقات نشان داده‌اند که طول تماس پوست با پوست مادر و نوزاد نیز در برقراری رابطه عاطفی مادر و نوزاد اهمیت دارد و حداقل مدت تماس ۲۰-۱۵ دقیقه را مناسب می‌دانند (۲۲). آن‌ها همچنین اعلام کردند، در حالت ایده آل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد باید بلافاصله یا اندکی بعد از تولد شروع شود و حداقل تا پایان اولین تغذیه با شیر مادر به طول انجامد. همچنین به دنبال تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اولیه تولد ضربان قلب و تنفس نوزاد منظم شده و موجب تنظیم درجه حرارت بدن و درنهایت خواب آرام نوزاد می‌شود (۲۳). طبق تحقیقات برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، موجب ثبات فیزیولوژیک و متابولیک نوزاد، بهره‌مندی از منافع آغوز، برقراری پیوند عاطفی مادر و نوزاد، موفقیت و استمرار بیشتر در تغذیه با شیر مادر و تضمین سلامت کودک و نهایتاً پیشگیری از یک میلیون موارد مرگ‌ومیر نوزاد در جهان می‌گردد (۲۴). نتایج ارزیابی این مطالعه در حیطه آموزش، نمره پایینی را نشان می‌دهد، در همین راستا، میلانی و همکاران در مطالعه‌ی خود که در برخی از مراکز بهداشتی درمانی تهران انجام‌شده، کیفیت ارائه خدمات خصوصاً برای کودکان زیر ۲ سال را پایین گزارش کردند که در این میان ارائه آموزش توسط کارکنان پایین گزارش شده که همسو با مطالعه ما می‌باشد (۲۵). مطالعات مختلف نشان دادند

ریشه‌ای مشکلات اقدام کرد و کیفیت مناسب، به‌عنوان یک الویت در نظام بهداشتی درمانی مطرح می‌باشد، به‌گونه‌ای که در اکثر کشورها، درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، وابسته به مراقبت‌ها و کیفیت آن‌ها می‌باشد. آنچه مسلم است، با اتخاذ رویکردی ادغام یافته در سیستم بهداشتی درمانی می‌توان مرگ‌ومیر نوزادی را به حداقل رساند (۳۳). رویکرد اتخاذشده باید در امتداد اجرای مراقبت‌های بهداشتی و با شناسایی افراد در معرض خطر بالا و ارائه به‌موقع خدمات با کیفیت و مراقبت‌های حمایتی باشد (۳۴).

نتیجه‌گیری:

به‌طورکلی نمره حاصل از ارزیابی خدمات ارائه‌شده به نوزادان در حد متوسط بوده و ضعف کیفیت ارائه‌ی خدمات بیشتر در زایمان سزارین نمود پیدا می‌کند. در مقایسه، ضعف‌های موجود بیشتر در حیطه تماس مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد به چشم می‌خورد. با اتخاذ رویکردهای بهداشتی جهت آموزش مادران و ترویج زایمان طبیعی و همچنین کاهش موارد سزارین الکتیو می‌توان اقدامات موثری در افزایش کیفیت ارائه مراقبت به نوزاد سالم انجام داد. در حیطه تماس پوستی مادر و نوزاد هم می‌توان با جایگزین کردن بی‌حسی اسپینال به‌جای بیهوشی عمومی توانمندی مادران را جهت این اقدام موثر افزایش داد. با توجه به یافته‌های این مطالعه و چالش‌های موجود در کیفیت ناهمگون ارائه مراقبت‌های نوزاد سالم در زایمان‌های طبیعی و سزارین پیشنهاد می‌شود ضمن توجه به ماهیت چندوجهی کیفیت، پس از استخراج چالش‌ها و ضعف‌ها در مطالعه دیگری راهکارهای ارتقای کیفیت متناسب با وضعیت مادر و نوزاد در هر دو فرآیند زایمان طبیعی و سزارین با در نظر گرفتن سیاست‌ها و امکانات موجود با مشارکت ارائه‌کنندگان خدمت و گیرندگان خدمت استخراج شود و این راهکارهای نهایی ارتقای کیفیت قادر باشد چالش‌ها و نقاط ضعف موجود در ارائه مراقبت‌ها را به بهترین نحو و هزینه اثربخش برطرف کند

که آموزش در شروع و تداوم شیردهی مادران موثر است. نتایج مطالعه سهرابی و همکاران نشان داد، آموزش بر خودکارآمدی شیردهی مادران موثر است (۲۶)؛ بنابراین مسئولین باید با به‌کارگیری نیروی آگاه و متخصص در امور مامایی و بالا بردن آگاهی پرسنل، در زمینه اهمیت آموزش و انجام صحیح مراقبت‌ها از طریق برنامه‌های آموزشی و ایجاد انگیزه در آنان در بالا بردن کیفیت ارائه خدمات توسط کادر درمانی تلاش نمایند. این مطالعه در حیطه معاینه فیزیکی نتایج خوبی نشان داد. در مقایسه مطالعه‌ای که توسط Khanam و همکاران در برخی از مراکز بهداشتی درمانی هند انجام شد، کیفیت خدمات ارائه‌شده خصوصاً در حیطه‌ی معاینه فیزیکی را ضعیف گزارش کرد که با مطالعه ما متفاوت بود (۲۷). شاید یکی از دلایل این اختلاف این باشد که نمونه‌گیری ما در مراکز شهری و نمونه‌گیری مطالعه مذکور در منطقه روستایی بوده است که می‌تواند ناشی از وضعیت اقتصادی اجتماعی، تحصیلات و دسترسی به امکانات باشد. خدمات پیشگیری (واکسیناسیون و غربالگری) در مطالعه فوق در سطح خوب ارزیابی شد که با نتایج حاصل از مطالعه همخوانی دارد. در مطالعه‌ی Abd El Fattah و همکاران، بر روی کیفیت ارائه مراقبت در بیمارستانی در مصر، انجام اقدامات اولیه در سطح متوسط و آموزش نیز ضعیف گزارش شده است که از نظر سطح آموزش با مطالعه‌ی کنونی همخوانی دارد (۲۸)، اما در حیطه معاینه فیزیکی با مطالعه حاضر مغایر است. چنین نوساناتی در نتایج مطالعات متعدد در ارزیابی کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند ناشی از عوامل متعددی باشد. ارتباطات موثر، دانش و مهارت کافی کارکنان، منابع مادی و تجهیزات، نیروی انسانی و مستندسازی می‌توانند بر کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی تأثیرگذار باشند (۱۴، ۳۲-۲۹).

ارزیابی کیفیت، چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد و نارسایی‌های برنامه‌ها را نیز مشخص می‌کند تا بتوان نسبت به حل

استانداردسازی و بالا بردن کیفیت خدمات ارائه شده به نوزادان هم در زایمان‌های طبیعی و هم در زایمان سزارین برداشته شود.

و در آینده شاهد ارائه مراقبت‌های جامع و باکیفیت برای نوزادان سالم متولدشده در طی هر دو فرآیند زایمان طبیعی و سزارین باشیم.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمام کسانی که مار را در اجرای این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمائیم. لازم به ذکر است مقاله‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مصوب با کد ۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می‌باشد.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

با توجه به یافته‌های این مطالعه مسائل و مشکلات وضعیت فعلی ارائه خدمات و علت مشکلات موجود در خدمات ارائه شده به مادر و کودک باید بررسی شود و اقدامات اصلاحی در این زمینه ارائه گردد. از این رو می‌شود قدم‌های مثبتی در زمینه

منابع:

1. Park J, Park K. Preventive and social medicine. 21 ed. Translated to Persian by: Shojaei T, editor. Tehran: Samat publication; 2011: 7-15.
2. UNCs F. Levels and trends in child mortality: Report 2014. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
3. Organization WH. Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool. WHO; 2014.
4. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee AC, Waiswa P, et al. Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival. The Lancet. 2014; 384(9938): 189-205.
5. Vesel L, Manu A, Lohela TJ, Gabrysch S, Okyere E, ten Asbroek AH, et al. Quality of newborn care: A health facility assessment in rural Ghana using survey, vignette and surveillance data. BMJ open. 2013; 3(5): e002326.
6. Lee AC, Katz J, Blencowe H, Cousens S, Kozuki N, Vogel JP, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. The Lancet Global Health. 2013; 1(1): e26-e36.
7. Mbwele B, Reddy E, Reyburn H. A rapid assessment of the quality of neonatal healthcare in Kilimanjaro region, northeast Tanzania. BMC Pediatrics. 2012; 12(1): 182.
8. Marandi A PAS, Mohaghegh P, Basir MF, Nayeri F, Kalani M, et al. Neonatal care Hand book. first ed. Avaye ferdos publishing; 2012: 6-45. [Persian]
9. Kabakian-Khasholian T, Ataya A, Shayboub R, El-Kak F. Mode of delivery and pain during intercourse in the postpartum period: Findings from a developing country. Sexual and Reproductive Healthcare. 2015; 6(1): 44-7.
10. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Bioscience trends. 2011; 5(4): 139-5.
11. Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. Deutsches Ärzteblatt International. 2015; 112(29-30): 489.
12. Ostovar R, Rashidian A, Pourreza A, Rashidi BH, Hantooshzadeh S, Ardebili HE, et al. Developing criteria for cesarean section using the RAND appropriateness method. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010; 10(1): 52.
13. Mohammadi A, Shoghli A. Survey on quality of primary health cares in Zanjan District Health Centers. Zanjan University of Medical Sciences Journal. 2009; 16(65): 89-100.
14. Jafari Pardasti H, Heidarzade M, Habibollahi A. Healthy newborn care service package. 1 ed. Tehran: Ideh padazane Fan va Honar Publication; 2011: 9-13.
15. Moxon SG, Lawn JE, Dickson KE, Simen-Kapeu A, Gupta G, Deorari A, et al. Inpatient care of small and sick newborns: A multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15(2): S7.

16. Soltani R, Parsae S. Maternal and child health. 5nd ed. Tehran: Sanjesh publication; 2011.
17. Changae F, Simbar M, Irajpour A, Akbari S. Quality assessment of peripartum care. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014; 16(6): 66-9.
18. Wilunda C, Putoto G, Dalla Riva D, Manenti F, Atzori A, Calia F, et al. Assessing coverage, equity and quality gaps in maternal and neonatal care in sub-saharan Africa: An integrated approach. PloS one. 2015; 10(5): e0127827.
19. Lawn JE, Kinney MV, Black RE, Pitt C, Cousens S, Kerber K, et al. Newborn survival: A multi-country analysis of a decade of change. Health Policy and Planning. 2012; 27(suppl 3): iii6-iii28.
20. Widstrom AM, Ransjo Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-berg K. Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour. Acta Paediatrica Scandinavica. 1987; 76(4): 566-72.
21. Nahidi F, Tavafian SS, Haidarzade M, Hajizadeh E. Opinions of the midwives about enabling factors of skin-to-skin contact immediately after birth: a descriptive study. Journal of Family and Reproductive Health. 2014; 8(3): 107.
22. Moore E, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Date: 10/07/2016.
23. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatrica. 2011; 100(1): 79-85.
24. World Health Organization. Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses, and midwives; 2012.
25. Jadid Milani M, Mahfoz PS, Vlari N, Hoseinzade S, Soheil Arshadi F. Quality of services for children less than 6 years in urban health centers affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Shahid Beheshti University. Pejouhandeh. 2003; 8(4): 291-7. [Persian]
26. Sohrabi Z, Sohrabi N, Hashemzadeh M, Mehran A, Mirmohammadali M. An evaluation of the effect of electronic education on breastfeeding knowledge in the postpartum period. Health System Research. 2015; 11(4): 741-6.
27. Khanam N, Quazi S, Goyal R, Athavale A, Gaidhane A, Agarwal S, et al. Prospective study on quality of newborn care. Indian Journal of Community Health. 2013; 25(4): 432-7.
28. Abd El Fattah N, Negawa A, El Dein Z. Assessment of quality of nursing care provided immediately after birth at university hospital. Life Science Journal. 2009; 9(4): 2115-26.
29. Mirfakhreddiny H, Farid D, Tahari Mehrjardi M, Zareei Mahmood Abadi M. Identification and ranking of factors affecting quality improvement of health and treatment services using multiple attribute decision making (MADM): A case study. Journal of Health Administration. 2011; 14(43): 51-62.
30. Khayatan M, Nasiri Pour A, Amini M, Mohamad Nejad S. The Effective factors on receivers' access to health care services in urban health care centers. Journal of Payavard Salamat. 2011; 4(3): 18-27.
31. Khorasani Zavareh D, Mohammadlou F. Exploring factors affecting on quality of healthcare delivery services in a pediatric emergency ward based on nurses perception: finding from a qualitative study. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 12(5): 361-72.
32. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. The quality of postpartum care from mothers viewpoint. Hakim Research Journal. 2009; 12(1): 27-40.
33. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? The Lancet. 2014; 384(9940): 347-70.
34. Lawn JE, Davidge R, Paul VK, Von Xylander S, de Graft Johnson J, Costello A, et al. Born too soon: Care for the preterm baby. Reproductive Health. 2013; 10 (Suppl 1): S5. Available from: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/S1/S5>.

Assessment of care offered to the healthy newborn in the natural normal vaginal delivery and the cesarean section

Yadollahi Farsani M¹, Rasti F², Alavi Majd H², Soleimani F³, Tork Zahrani S^{2*}

¹Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran; ²Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ³Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 2/Jan/2016

Accepted: 17/Oct/2016

Background and aims: Care services to infants in the length of primary time after birth has much effect on the health and decrease of their mortality and morbidity. This study aimed to assess the care provided to the healthy newborn in the normal vaginal delivery (NVD) and the cesarean section (CS) in the hospitals affiliated with Shahrekord University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive study has been performed upon 282 healthy term infants (104 CS and 178 NVD cases) through direct observation and using the health care evaluation checklists. Data were analyzed using , SPSS software and t-test and Mann- Whitney tests.

Results: The average of total health infant services among all of the samples was 58/3% and the percentage of agreement with standard of healthy infants care was more in NVD than CS labor (P=0.011). The emergency acts to retrieve and supporting services to feed infants with mothers' milk in the CS group were more than NVD infants, but these infants received poor care in the area of primary procedures and assessment, and procedures to contact to mothers and infant. Also, the length of skin contact time between infants and their mothers after delivery and initiating to feed infants with mothers' milk in the primary time in the CS group was lower than NVD infants(P=0.000).

Conclusion: Assessment of care services to healthy infants in hospitals under study had average quality and its quality was even lower in CS labors than NVD labors. Therefore, it can be performed more procedures to promote quality of care services to infants by health approaches in mothers education to develop NVD and reduce active CS.

Keywords: Assessment of Health Care, Healthy Infant, Normal vaginal delivery, Cesarean Section.

Cite this article as: Ydollahi Farsani M, Rasti F, Alavi Majd H, Soleimani F, Tork Zahrani S. Assessment of care offered to the healthy newborn in the natural normal vaginal delivery and the cesarean section. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6(2): 14-22.

***Corresponding author:**

Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989196072554,
E-mail: zahranihashnaz@yahoo.com