کیفیت ارایه مراقبت‌های مامایی به زنان بستری در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

معصومه سیمبر: * استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
فریده غفاری: مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
شهناز زهرانی: مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
حمیدرضا علوی مجد: استادیار، گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره دوم بهار ۱۳۸۸ صص ۲۰۱-۱۹۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۳۱ فروردین ۱۳۸۸]

چکیده

ارتقای سطح کیفیت یکی از ۵ راهبرد جهانی برای بهبود برنامه‌های بهداشت باروری در سال ۲۰۰۴ اعلام شده است. سازمان بهداشت جهانی بر نظارت و ارزیابی ساختار، فرایند و پیامد خدمات، برای ارتقای سطح کیفیت تأکید می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت ارائه مراقبت‌های حین زایمان طبیعی به مادران بستری در دو بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی کردستان، در سه بعد فوق صورت گرفت.

در این مطالعه توصیفی، کیفیت ارائه مراقبت به ۹۶ زن با بارداری طبیعی که به روش غیرتصادفی سهمیه‌ای انتخاب شده بودند، با استفاده از دو فهرست بازبینی مشاهده ساختار و مراقبت و یک پرسشنامه رضایت سنجی مورد بررسی قرارگرفت. سپس اطلاعات با نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد.

مراقبت‌های مامایی در مراحل مختلف زایمان، با میانگین درصد تطابق با وضعیت مطلوب، در مرحله اول (۷۱/۴ درصد)، مرحله دوم (۶۳/۰۳ درصد)، مرحله سوم (۸۰/۶۳ درصد) و در مرحله دو ساعت اول بعد از زایمان (۷۰/۵۰ درصد)، ارائه شدند. پایین‌ترین سطح کیفیت مراقبت‌ها به حمایت روحی و روانی، شستن دست و کنترل علایم حیاتی مربوط می‌شد.

نصب دستورالعمل‌ها و یا ترویج استفاده از پارتوگراف برای نظارت و ارزیابی مستمر کیفیت مراقبت توسط مدیران، افزایش کارکنان مامایی، فراهم کردن امکانات برای حضور همراه به منظور بالا بردن سطح کیفیت مراقبت‌های روحی و روانی می‌توانند موجب ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌ها و در نهایت، افزایش میزان سلامت و رضایت مشتریان شوند.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی، کیفیت، مراقبت، زایمان

* نویسنده پاسخگو: خیابان شریعتی، جنب بیمارستان مفید، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه مامایی، طبقه دوم
تلفن: ۸۸۸۸۳۱۳۳
E-mail: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

مقدمه

دسترسی به خدمات بیمارستانی و بهبود کیفیت، تنها راه کاهش مرگ و میر مادران ذکر شده‌اند [۱، ۲]. ارتقای سطح کیفیت، یکی از پنج راهبرد جهانی برای بهبود برنامه‌های بهداشت باروری در سال ۲۰۰۴ اعلام شده است [۳] و بسیاری از کشورها به مداخلاتی برای ارتقای سطح مراقبت‌های مادران اقدام کرده‌اند [۴]. در راستای اهداف توسعه هزاره [۵] برای کاهش مرگ و میر مادران، ایران نیز تعهد کرده است که، تا سال ۲۰۱۵، میزان مرگ و میر مادران را به ۲۰ در صد هزار موالید کاهش دهد[۶]. «کیفیت» در خدمات بهداشت باروری را به طرق مختلف تعریف کرده‌اند، اما این توافق وجود دارد که کیفیت خوب خدمات، به کارکنان تحصیل کرده‌ای نیازمند است که انواع خدمات مناسب را به صورتی مؤدبانه، در درمانگاهی که به خوبی برای متقاضی مهیا باشد، ارائه کند [۷]. مراقبت کیفی از مادر مراقبتی است که مناسب، رضایت‌بخش، کم هزینه و به آسانی قابل دسترس باشد و نیز زنان را قادر به انتخاب زندگی سالمی سازد [۸]. بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ماما فردی است که مراقبت‌های مامایی ارائه می‌دهد و به طور خاص در زمینه مراقبت در زایمان طبیعی آموزش می‌بیند، که آموزشی مقرون به صرفه و با تمرکز بر نیاز زنان و نوزادان آنها است و شمار زیادی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در جامعه، مراکز بهداشت و بیمارستان‌ها انجام وظیفه می‌کنند [۹] که فعالیت آنها با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران نیز مطابقت دارد. برای تعیین کیفیت برنامه‌های بهداشت باروری، روش آنالیز موقعیت، در سال ۱۹۹۰، برای اولین بار توسط بروس جین طراحی و اجرا گردید. در این روش، کاستی‌های موجود در کیفیت خدمات به صورتی وسیع، اما بسیار اختصاصی، در حیطه بهداشت باروری مورد بررسی و آنالیز قرار می‌گرفت [۱۰، ۱۱]؛ به آن معنا که به طور کلی موقعیت بهداشت باروری، میزان دسترسی گروه‌های هدف به این خدمات و کیفیت آنها و نیازهای برآورده نشده، مشخص و به اطلاع مدیران و مسئولان رسانده می‌شد تا برای ارتقای سطح نظام و انجام اقدامات مورد استفاده قرار گیرند. سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می‌کند که در هنگام نظارت و ارزیابی مراقبت‌ها، استفاده از چهارچوب ساختار، فرایند و پیامد مهم است [۱۷]. ساختار، زمینه‌ای است که خدمات در آن ارائه می‌شود، فرایند به معنی روند دادن و گرفتن خدمات و پیامد به معنی اثرات خدمات بر وضعیت سلامت بیماران و مردم هستند [۱۲].

در ایران نیز مطالعات معدودی سعی در ارزیابی مراقبت‌های قبل، حین و بعد از زایمان در سه زمینه فوق کرده‌اند. در مطالعه‌ای در شهر تویسرکان در سال ۱۳۷۸ [۱۳] مراقبت‌های حین زایمان، نسبت به مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، کیفیت کم‌تری داشت و کیفیت مراقبت‌ها ارتباط معنی‌داری با ساختار یا رضایت کارکنان نداشت. در این مطالعه، افزایش تعداد کارکنان مامایی، برگزاری دوره‌های آموزشی حین خدمت و نظارت مستمر مدیران به مثابه راهکارهایی برای رفع چالش‌ها پیشنهاد گردید.

کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز در سال ۱۳۸۴ [۱۴]، حاکی از کیفیت اندک این مراقبت‌ها بود و برای ارتقای سطح کیفیت این مراقبت‌ها به کارگیری فارغ‌التحصیلان مامایی، کیفیت سنجی دوره‌ای و دادن بازخورد و آموزش مداوم کارکنان برای رفع مشکلات موجود پیشنهاد شد.

برای بررسی مراقبت‌های حین زایمان، تا به حال، مطالبی پژوهشی در سطح کشور منتشر نشده است. از همین رو، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت مراقبت‌های حین زایمان طبیعی به مادران بستری در بیمارستان‌های منتخب کردستان، طراحی و اجرا گردید و در این راستا کیفیت ساختار، فرایندهای مراقبتی حین زایمان و پیامد رضایت مادران، به منظور نشان دادن چالش‌ها و موانع، بررسی گردیده‌اند. برای انجام سنجش کیفیت تدوین استانداردها الزامی است. استاندارد مراقبت‌های مادری و نوزادی، شامل دسته‌ای از جزوات است که توصیه‌های اصلی سازمان بهداشت جهانی در مورد زایمان و مراقبت از نوزاد را در تسهیلات بهداشتی ارائه می‌دهد که از سطح اول مراقبت شروع می‌شود و می‌توان از آنها در سطوح بالاتر نیز به مثابه حداقل مراقبت یا مراقبت ضروری از مادران و نوزادان استفاده کرد [۱۵]. اما برای ارزیابی کیفیت فرایندهای مراقبتی حین زایمان، پروتکل مدونی تا زمان شروع پژوهش در دسترس نبود و از پروتکل اداره زایمان طبیعی که توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده است استفاده گردید [۹]. از آنجا که این پژوهش فقط در صدد ارزیابی کیفیت خدمات در حیطه زایمان طبیعی بوده است، فرایند ارائه مراقبت از زایمان طبیعی را که توسط ماماها در سطح کشور انجام می‌شود، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. مراقبت کیفی از مادران به معنی مؤثرترین استفاده از مواد و منابع انسانی است. در نظام سلامت مادر باید از افرادی استفاده شود که قادر به ارائه مراقبت از قبل از لقاح، در طول بارداری و هنگام زایمان باشند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

زمانی که استمرار مراقبت، از جامعه تا بیمارستان را در بر گیرد، مداخلات می‌توانند تأثیر چشمگیری داشته باشند. بهترین فردی که برای ارائه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه آمادگی دارد و دارای تکنیک مناسب و مقرون به صرفه در زمان حیات باروری زنان است، فردی با مهارت‌های مامایی است. ماماها از زمان تولد یک زن، نوجوانی، بارداری، زایمان و هنگام ارائه خدمات تنظیم خانواده و در هر زمانی که نیاز باشد زنان را همراهی می‌کنند. تجارب نشان می‌دهند که ارتقای سطح مهارت‌های مامایی برای کمک به پاسخگویی در مراقبت‌های مامایی می تواند مرگ و میر و عوارض را کاهش دهد[۲].

به رغم پوشش ۷۷ درصدی مراقبت‌های قبل از زایمان و حضور ۹۰ درصدی کارکنان ماهر در هنگام زایمان، میزان متعادل شده مرگ و میر مادران ۷۶ درصد هزار موالید زنده در سال ۲۰۰۰ در ایران اعلام شده است [۱۶]. علل مرگ مادران در تمام دنیا همگون‌اند و به ترتیب عبارت از خونریزی، سپسیس، اختلالات فشار خون، زایمان انسدادی، سقط غیرایمن و بیماری‌های تشدید شده در بارداری هستند و آنهایی که زنده می‌مانند دچار عوارضی مزمن، مانند عفونت‌های دستگاه تناسلی و یا فیستول می‌شوند و این در حالی است که بسیاری از این عوارض با ارائه خدمات با کیفیت قابل پیشگیری و درمان هستند[۱۷].

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی بر روی ۹۶ زن با بارداری کم خطر مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی کردستان شامل بیمارستان‌های بعثت و بیمارستان هفت تیر بیجار در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. روش نمونه برداری از نوع غیرتصادفی سهمیه‌ای و با توجه به نسبت ۳ به ۱ مراجعان به این دو بیمارستان، ۷۲ نفر از بیمارستان بعثت و ۲۴ نفر از بیمارستان هفت تیر بیجار در سه شیفت صبح و عصر و شب تقسیم شدند.

در این مطالعه، دو بیمارستان بعثت سنندج و هفتم تیر مریوان انتخاب شدند تا بررسی کیفیت دو بیمارستان در استان، که اولی آموزشی و دیگری غیرآموزشی است، نیز امکان‌پذیر گردد. چون، با توجه به نسبت زایمان‌ها و همچنین نسبت زایمان در سه شیفت صبح و عصر و شب، سهمیه هر بیمارستان باید مشخص می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان باردار ۱۸ تا ۳۵ سال، بدون سابقه شناخته شده طبی و جراحی و دارای سواد خواندن و نوشتن، با بارداری تک قلوی سفالیک، با شروع زایمان خودبخودی، سن حاملگی ۳۷ تا ۴۱ هفته، ضربان طبیعی قلب جنین بین ۱۲۰ تا ۱۶۰ ضربه در دقیقه، مایع آمنیوتیک شفاف، فشار خون کمتر از ۱۳۰/۹۰، نداشتن سابقه قبلی عوارض بارداری، شامل سزارین، مرگ و میر حوالی تولد، خونریزی سه ماهه اول و دوم و سوم.

کیفیت به معنی ارائه خدمات به افراد و جوامع برای ارتقای پیامدهای سلامت و همگام با اطلاعات حرفه‌ای نوین است [۱۸] و سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می‌کند که در هنگام نظارت و ارزیابی مراقبت‌ها، استفاده از چهارچوب ساختار، فرایند و پیامد در نظر گرفته شود[۱۷]. بنابراین، ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارت بودند از: یک فهرست بازبینی مشاهده فرایندهای مراقبتی، یک پرسشنامه رضایت سنجی و یک فهرست بازبینی مشاهده ساختار.

فهرست بازبینی مشاهده فرایندهای مراقبتی

این فهرست بازبینی در چهار بخش تهیه شده بود که شامل بخش اول: فهرست بازبینی ارزیابی مراقبت‌های مرحله اول زایمان، حاوی ۹۳ معیار، برای ارزیابی ارتباط بین ارائه دهنده خدمت با مددجو، ارزیابی گرفتن شرح حال توسط ارائه دهنده، ارزیابی معاینه واژینال، ارزیابی علایم حیاتی، ارزیابی قلب جنین، ارزیابی انقباضات و ارزیابی حمایت‌های روحی و روانی؛ بخش دوم: ارزیابی مراقبت‌های مرحله دوم زایمان شامل ۴۳ معیار ارزیابی برای کنترل علایم حیاتی، کنترل ضربان قلب جنین، شستن دست، حمایت روحی و روانی، انجام اپیزیوتومی و ارزیابی اداره مرحله دوم زایمان؛ بخش سوم: فهرست بازبینی ارزیابی مرحله سوم زایمان، در برگیرنده ۷۱ مورد ارزیابی، شامل کنترل علایم حیاتی، ارزیابی خروج جفت، مراقبت فوری از نوزاد، معاینه جفت، معاینه نوزاد، ترمیم محل اپیزیوتومی، حمایت جسمی و روحی و ثبت گزارش در پرونده و بخش چهارم: فهرست بازبینی ارزیابی مراقبت‌ها در دو ساعت پس از زایمان که حاوی ۳۰ معیار درباره کنترل علایم حیاتی، حمایت جسمی و روحی، ارزیابی رحمی و نحوه آموزش شیردهی بودند. هر معیار با سه گزینه «انجام شد»، «ناقص انجام شد» و «انجام نشد» که به ترتیب، نمرات ۲ تا صفر به آنها داده می‌شد، مورد ارزیابی قرار گرفت. گزینه «مورد ندارد» نیز برای هر معیار در نظر گرفته شده بود که در صورت مورد نداشتن انجام معیاری، آن معیار حذف و از احتساب کلی نیز خارج می‌شد. سپس جمع امتیازات محاسبه و به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

صورت درصد بیان می‌شد. در هر بخش از فرایندهای مراقبتی، مجموع امتیازات کسب شده محاسبه و به صورت درصد نیز برآورد و به مثابه درصد تطابق با حداقل مطلوب، بیان می‌شد. سپس، بر اساس درصد تطابق محاسبه شده، امتیاز ۳۳٪-۰ نامطلوب، ۶۷-۳۴٪ متوسط و ۱۰۰-۶۸٪ به منزله کیفیت مطلوب در نظر گرفته می‌شد.

پرسشنامه سنجش میزان رضایت

این پرسشنامه با ۳۹ سؤال بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی، که نمره‌ای از ۱ تا ۵ به آنها تعلق می‌گرفت، تنظیم شده بود. سپس نمره کل محاسبه و به درصد بیان می‌گردید. امتیازات صفر تا۳۹ به منزله ناراضی، ۴۰ تا ۵۹ به مثابه بی‌نظر و ۶۰ تا ۱۰۰ درصد به عنوان راضی تلقی می‌گردیدند. این پرسشنامه در سه بخش، رضایت از عوامل محیطی، رضایت از فرایندهای مراقبتی و رضایت از آموزش‌های ارائه شده، تهیه گردیده بود. ۱۲ سؤال جمعیت شناسی و دو سؤال درباره توصیه این مرکز به دیگران و پیشنهاد آنان برای ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌های مامایی نیز در این پرسشنامه قرار داده شده بود.

فهرست بازبینی مشاهده ساختارارائه مراقبت‌ها

این فهرست در سه بخش ارزیابی فضای فیزیکی با ۸ معیار ارزیابی، ارزیابی وسایل و تجهیزات با ۴۶ معیار ارزیابی، کادر مامایی با ۶ معیار ارزیابی تهیه شده بود.

برای تعیین اعتبار و پایایی فهرست مشاهده مراقبت از مادر، از روش مشاهده همزمان استفاده شد که با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۳ مورد تأیید قرار گرفت.

برای تعیین پایایی پرسشنامه سنجش رضایت مادر، از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که با ضریب ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت. بررسی و تایید اعتبار محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه و وزارتخانه صورت گرفت. سپس با گرفتن مجوز و معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و انجام هماهنگی‌های لازم با بیمارستان‌های منتخب، ابتدا فهرست بازبینی مشاهده فضای فیزیکی و امکانات و تجهیزات با هماهنگی سرپرستار تنظیم می‌گردید. وضعیت کادر مامایی نیز از طریق فهرست بازبینی مربوطه و نیز مصاحبه با سرپرستار تکمیل می‌شد. بعد از توضیح اهداف پژوهش، برای ماماهای ارئه دهنده مراقبت، فهرست بازبینی مشاهده فرایندهای مراقبتی توسط محقق تکمیل می‌گردید. سپس پرسشنامه سنجش میزان رضایت مادران، بعد از ارائه توضیحات لازم جلب موافقت مادران، توسط خود مادر تکمیل می‌شد. آنگاه اطلاعات مربوط به فهرست بازبینی و پرسشنامه، پس از وارد کردن به نرم افزار SPSS ۱۱/۵، با استفاده از این نرم‌افزار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۹۶ زن با بارداری طبیعی مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ میانگین سن نمونه‌ها ۴/۴۲±۲۴/۹۹ سال (میانگین ± انحراف معیار) بود. در ۸۵/۴ درصد از واحدهای پژوهش، تعداد زایمان ۱ تا ۲ مورد و در ۸۰/۲ درصد از زنان، بعد خانواده ۲ تا ۴ نفر بود. ۶۳/۵ درصد از مادران، تحصیلاتی در سطح راهنمایی و پایین‌تر داشتند. ۸۸/۵ درصد از آنان خانه‌دار، ۵۶/۲ درصد فاقد مسکن شخصی و ۶۶/۷ درصد ساکن شهر بودند. ۵۸/۳ درصد از افراد نیز دارای درآمد زیر ۲۰۰۰۰۰ تومان بودند. نمودار شماره ۱، میانگین درصد تطابق با حداقل مطلوب مراقبت‌های ارائه شده را در مرحله اول، دوم و سوم زایمان و دو ساعت اول پس از زایمان، به تفکیک موارد مختلف ارزیابی در هر مرحله، نشان می‌دهد. در مرحله اول زایمان، بالاترین درصد تطابق مربوط به کنترل ضربان قلب (۸۹/۶۹ درصد) و کمترین درصد تطابق مربوط به حمایت روحی و روانی (۲۹/۳۴ درصد) و کنترل انقباضات رحمی (۴۶/۵۱ درصد) بود. در مرحله دوم زایمان نیز بیشترین درصد تطابق مربوط به انجام اپیزیوتومی (۹۹/۵ درصد) و کم‌ترین درصد تطابق مربوط به شستن دست (۱۴/۵۱ درصد) و سپس کنترل علایم حیاتی با درصد تطابق (۳۳/۶ درصد) بود. در مرحله سوم زایمان نیز بیشترین میزان تطابق به ترمیم اپیزیوتومی (۹۹/۶۵ درصد) و کم‌ترین درصد تطابق به معاینه نوزاد (۴۹/۲۳ درصد) مربوط می‌شدند. در مرحله دو ساعت پس از زایمان نیز بیشترین میزان تطابق به ارزیابی رحم (۹۳/۷ درصد) و کم‌ترین میزان تطابق مربوط به آموزش شیردهی (۴۰/۳۵ درصد) مربوط بودند. نتایج نشان دادند که کیفیت مراقبت در حیطه حمایت روحی و روانی در مرحله اول زایمان و کنترل علایم حیاتی و شستن دست در مرحله دوم زایمان، نامطلوب است. لازم به ذکر است که پوشیدن دستکش به منزله یک مورد از موارد ارزیابی در فهرست بازبینی ارزیابی فرایند معاینه واژینال و بار دیگر به عنوان یک مورد از موارد ارزیابی در چک لیست ترمیم اپیزیوتومی مورد ارزیابی قرار گرفت. اما شستن دست به علت اهمیت (توجه سازمان بهداشت جهانی به طور خاص در سال ۲۰۰۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

به شستن دست و از طرف دیگر، کم توجهی به آن) و نیز متعدد بودن مراحل لازم برای انجام آن به صورت فرایندی مجزا مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که ارائه مراقبت‌های مامایی در مرحله اول زایمان با ۷۱/۴ درصد تطابق، در مرحله دوم با ۶۳/۰۳ درصد تطابق، در مرحله سوم با ۸۰/۶۳ درصد تطابق و در مرحله دو ساعت اول بعد از زایمان با ۷۰/۵۰ درصد تطابق با حداقل وضعیت مطلوب، به ترتیب، با کیفیت مطلوب، متوسط، مطلوب و مطلوب ارائه می‌شوند. میانگین تطابق با وضعیت مطلوب مراقبت‌ها در بیمارستان بعثت سنندج ۶۸/۶ درصد و در بیمارستان هفتم تیر بیجار ۷۶/۳ درصد بود. میزان رضایت‌مندی زنان از خدمات ارائه شده به آنان نیز بررسی شد. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی مادران را، به تفکیک طیف رضایت‌مندی از نحوه ارائه مراقبت‌های مامایی و عوامل محیطی در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب، نشان می‌دهد. بیشترین میزان رضایت‌مندی در حیطه ارائه مراقبت و آموزش، به آگاه شدن مادر در مورد پیشرفت زایمان (۷۰/۲۵ درصد) و کمترین میزان رضایت‌مندی به محتوای مطالب آموزش شیردهی (۳۷/۷۵ درصد) و ارتباط و ملاقات با خانواده (۴۲/۵ درصد) مربوط‌اند. بیشترین میزان رضایت‌مندی در حیطه عوامل محیطی نیز مربوط به نظافت و پاکیزگی اتاق درد(۸۳ درصد) و کمترین میزان رضایت نیز مربوط به سکوت اتاق درد (۶۷/۲۵ درصد) بودند. میانگین کل میزان رضایت‌مندی، ۸۱/۷۷ درصد بود که نشان‌دهنده رضایت اکثریت مراجعان به بخش زایمان بود. ۹۰ نفر (۹۳/۸ درصد) از زنان، این مرکز را برای زایمان به دیگران توصیه می‌کنند و ۶ نفر(۶/۳ درصد) نیز این مرکز را توصیه نمی‌کنند. آزمون همبستگی پیرسون ارتباط ضعیف معنی‌داری را بین درصدهای تطابق با وضعیت مطلوب ارائه مراقبت با میزان رضایت‌مندی مادران نشان داد (P<۰/۰۵).یافته‌های حاصل از بررسی فضای فیزیکی، امکانات و تجهیزات نشان دادند که بیمارستان بعثت سنندج از ۶۸/۳ درصد تطابق فضای فیزیکی و ۹۶ درصد تطابق امکانات و تجهیزات با وضعیت مطلوب برخوردار است و بیمارستان هفتم تیر بیجار نیز از ۷۲/۳ درصد تطابق فضای فیزیکی و ۹۲ درصد تطابق امکانات و تجهیزات با وضعیت مطلوب بهره‌مند است. در این مطالعه، ۳۵ نفر ماما در این دو بیمارستان به کار اشتغال داشتند که به طور متوسط، دارای ۷/۵۵±۱۰/۲۰ سال سابقه کار بودند و از این میان، ۱ نفر (۲/۹ درصد) بهیار ماما، ۱۲ نفر(۴۰ درصد) کاردان مامایی و ۲۰ نفر (۵۷/۱ درصد) کارشناس مامایی بودند. از ۳۵ مامای ارائه دهنده مراقبت، ۳۱نفر (۸۸/۶ درصد) سابقه آموزش ضمن خدمت داشتند که ۸ نفر (۲۲/۸ درصد) مدعی سابقه ۱ تا ۴ بار آموزش ضمن خدمت و ۲۳ نفر (۶۵/۸ درصد) مدعی سابقه ۵ تا ۸ بار آموزش ضمن خدمت بودند. در بیمارستان بعثت، نسبت ماماها به مادران به طور متوسط ۱ به ۳ و در بیمارستان هفتم تیر، همین نسبت به طور متوسط ۱ به ۲ بود.



نمودار شماره ۱- میانگین درصد تطابق با حداقل مطلوب مراقبت‌های ارائه شده در مرحله اول، دوم و سوم زایمان و دو ساعت اول پس از زایمان، به تفکیک موارد مختلف ارزیابی در هر مرحله، در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کردستان در سال ۱۳۸۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

جدول شماره۱- فراوانی (درصد) مادران به تفکیک راضی و ناراضی و بی‌نظر در مورد نحوه ارائه مراقبت‌های مامایی و عوامل محیطی در بخش زایمان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۸۵

طیف رضایت	راضی (درصد)	بی‌نظر (درصد)	ناراضی (درصد)	میانگین رضایت‌مندی (درصد)
عوامل سنجش در حیطه ارزیابی				
نحوه ارائه مراقبت و آموزش				
آگاه شدن در مورد چگونگی پیشرفت زایمان	۸۷/۵	۲/۱	۱۰/۴	۷۰/۲۵
میزان دانش و مهارت ماما در اتاق درد و زایمان	۷۶	۱۲/۵	۱۱/۵	۷۵
احساس اطمینان و اعتماد به ماما	۷۷/۱	۱۰/۴	۱۲/۵	۶۶/۷۵
میزان ارائه توضیحات ماما در مورد اقدامات انجام شده	۷۹/۱	۴/۲	۱۶/۷	۶۶/۵
نحوه انتقال از اتاق زایمان به پس از زایمان	۶۹/۸	۱۵/۶	۱۴/۶	۶۵
نحوه معاینه مهبلی	۷۵	۷/۳	۱۷/۷	۶۵
مشارکت در تصمیم گیری	۶۹/۸	۱۶/۷	۱۳/۵	۶۴/۷۵
ابزار ارائه مراقبت	۶۹/۸	۱۷/۷	۱۲/۵	۶۴/۵
مدت زمان ماما بر بالین	۷۶	۲/۱	۲۱/۹	۶۴/۲۵
میزان توجه ماما در اتاق زایمان به شما	۷۶	۱/۱	۲۳/۹	۶۴
حفظ حریم و پوشش در اتاق معاینه	۷۵	۵/۲	۱۹/۸	۶۴
اقدامات در خصوص کنترل علایم حیاتی	۷۰/۹	۱۳/۵	۱۵/۶	۶۴
حمایت و یاد آوری ماما	۶۹/۸	۶/۳	۲۳/۹	۶۲/۷۵
کمک در تخلیه مثانه	۶۹/۸	۱۰/۴	۱۹/۸	۶۲
مجرمانه بودن اطلاعات	۶۱/۵	۲۶	۱۲/۵	۶۲
توجه ماما به نیازهای شما در اتاق زایمان	۷۲/۹	۰	۲۷/۱	۶۱/۵
فراهم شدن فرصت جهت بیان مشکل	۶۵/۶	۱۲/۵	۲۱/۹	۶۱/۵
انتخاب وضعیت دلخواه	۵۹/۳	۱۹/۸	۲۰/۹	۵۷/۵
آشنا شدن با محیط اتاق زایمان	۵۴/۲	۱۸/۸	۲۷	۵۵/۵۰
تامین در خواست نوشیدن مایعات	۵۶/۲	۱۳/۵	۳۰/۳	۵۵
نحوه انتقال از اتاق درد به زایمان	۵۴/۲	۱۱/۵	۳۴/۳	۵۴/۵
فاصله زایمان تا شیر دادن	۵۳/۳	۱۰	۳۶/۷	۵۳/۷۵
نحوه رفتار ماما در اتاق زایمان	۵۹/۳	۴/۲	۳۶/۵	۵۲/۵
فاصله زایمان تا در آغوش گرفتن نوزاد	۵۵/۲	۱	۳۹/۶	۵۱/۵
مدت زمان ارائه آموزش	۴۲/۷	۷/۳	۵۰	۴۴/۵
ارتباط و ملاقات با خانواده	۳۲/۳	۱۶/۷	۵۱	۴۲/۵
محتوای مطالب آموزش شیردهی	۴۰/۷	۱	۵۸/۳	۳۷/۷۵
عوامل محیطی				
نظافت و پاکیزگی اتاق درد	۹۷	۱	۲	۸۳
نظافت و پاکیزگی اتاق زایمان	۹۵/۸	۰	۴/۲	۸۲
نظافت و پاکیزگی اتاق معاینه	۹۱/۷	۲/۱	۶/۲	۸۰/۵
راحتی تخت اتاق درد	۹۴/۸	۲/۱	۳/۱	۸۰
راحتی تخت زایمان	۹۴/۸	۰	۶/۲	۷۹
در اختیار گذاشتن ملحفه و پتو	۹۱/۷	۲/۱	۶/۲	۷۸/۷۵
روشنایی، تهویه و دمای اتاق معاینه	۸۸/۵	۹/۴	۲/۱	۷۸/۵
روشنایی و تهویه و دمای اتاق درد	۸۷/۵	۵/۲	۷/۳	۷۷
وسایل و امکانات و تسهیلات موجود	۸۷/۵	۵/۲	۷/۳	۷۶/۷۵
روشنایی، تهویه . دمای اتاق زایمان	۸۳/۴	۶/۳	۱۰/۴	۷۵/۷۵
در اختیار گذاشتن لباس تمیز	۷۰/۸	۱۲/۵	۱۶/۶	۷۵/۲۵
سکوت اتاق درد	۷۵	۱	۲۴	۶۷/۲۵

* نمره رضایت صفر تا۳۹ به عنوان ناراضی، ۴۰ تا ۵۹ به عنوان بی‌نظر و ۶۰ تا ۱۰۰ درصد به عنوان راضی تلقی شده بود.

* موارد راضی در بر گیرنده کاملاً راضی و تا حدودی راضی و موارد ناراضی شامل تا حدودی ناراضی تا کاملاً ناراضی هستند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه برای اولین بار با استفاده از وضعیت مطلوب مراقبت‌ها در زایمان طبیعی که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شد، به ارزیابی ارائه این مراقبت‌ها توسط ماماها در بخش زایمان دو بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی کردستان پرداخته است.

این مطالعه به خوبی نشان داد که، در مرحله اول زایمان، حمایت روحی و روانی، کمترین میزان تطابق را با وضعیت مطلوب و پایین‌ترین سطح کیفیت دارد و در سایر مراحل، شامل مرحله دوم، سوم و دو ساعت پس از زایمان نیز با کیفیتی متوسط ارائه می‌شود. این چالش در ارائه مراقبت از مادران در مطالعات دیگر نیز در ایران نشان داده شده است [۱۶، ۱۹] و این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی، حمایت از زن و همسر و خانواده را در طول زایمان و پس از آن، یکی از وظایف اصلی ارائه دهندگان خدمت مطرح کرده است و حمایت مداوم روحی و روانی در طول زایمان را دارای مزایای فراوان شامل کوتاه‌تر شدن مرحله اول زایمان، نیاز کمتر به دارو و بی‌حسی اپیدورال، کمتر شدن موارد نمره آپگار کمتر از ۷ و زایمان همراه با عمل، ذکر می‌کند [۱۸]. کاهش مداخلات پزشکی، افزایش میزان زایمان خودبخود [۲۰] و کاهش میزان درد و اضطراب [۴] از دیگر مزایای حمایت‌های روحی و روانی ذکر شده است.

به نظر می‌رسد که در این مطالعه تنها و بدون همراه بودن مادر، گرفتار بودن ماما با کارهای بخش و در نتیجه، نداشتن وقت کافی برای ارائه حمایت‌های روحی و روانی، از دلایل مهم پایین بودن سطح کیفیت مراقبت‌های روحی و روانی حین زایمان بوده‌اند. علاوه بر این‌ها، سازمان بهداشت جهانی [۱۸] بر این موارد تأکید می‌کند که فردی مانند همسر، دوست، دولا یا ماما باید همراه زن باشند؛ عامل زایمان باید به اندازه‌ای که زن نیاز و تمایل دارد اطلاعات و توضیحات ارائه دهد؛ محرمانه بودن محل زایمان مورد توجه قرار گیرد و دارای اتاق مخصوص خود باشد و تعداد حاضران نیز به حداقل برسد. اما این شرایط غالباً در عمل اغلب بسیار متفاوت است و به خصوص در کشورهای در حال توسعه، بیمارستان‌های بزرگ به قدری شلوغ هستند که در آنها امکان حمایت‌های شخصی و خصوصی کردن محیط وجود ندارد و تعداد زیادی از زنان بدون همراه هستند. بنابراین، بخش‌های بزرگ، به تغییرات ساختاری برای بر آوردن نیازهای خاص هر زن و سازمان‌دهی مجدد برنامه کاری برای حمایت و مراقبت مستمر نیاز دارند[۱۸]. سازمان بهداشت جهانی ارائه این قبیل مراقبت‌ها توسط دولا را مطرح کرده است. دولا فردی است که در زمینه زایمان، آموزش‌های پایه‌ای می‌بیند، با طیف وسیعی از فرایندهای مراقبتی آشنا است و می‌تواند حمایت‌های روحی، مانند تحسین، اطمینان بخشی، بهبود راحتی مادر و توضیحات در مورد فرایندهای مراقبتی را ارئه دهد و حضوری صمیمانه و مستمر در جهت حمایت روحی داشته باشد. این وظایف را ماما نیز می‌تواند انجام دهد، اما ماماها اغلب در حال انجام فرایندهایی تکنیکی هستند که توجه آنها به حمایت روحی مادر را کم می‌کند[۱۸].

نتایج نشان دادند که کنترل انقباضات رحمی، برای پیشگیری از هیپر یا هیپوتونیسیته شدن رحم (افزایش یا کاهش قدرت انقباضی رحم)، باید در مرحله فعال زایمان انجام پذیرد و هر نیم ساعت، از نظر تعداد و مدت، کنترل و ثبت گردد [۱۸، ۲۱، ۲۲]. این فرایند مراقبتی با کیفیتی متوسط در مرحله اول زایمان ارائه می‌شد. حیطه علایم حیاتی، کنترل نبض در هر نیم ساعت و اندازه گیری فشار خون و درجه حرارت، حداقل در هر ۴ ساعت [۱۸، ۲۱، ۲۲] می‌بایست انجام می‌گرفت. فرایند مراقبتی نیز با کمترین میزان تطابق با حد مطلوب در مرحله دوم و با کیفیت متوسط در مرحله سوم ارائه می‌شد. این در حالی است که کنترل علایم حیاتی برای کنترل سلامت مادر از اهمیت زیادی برخوردار است، به طوری که درجه حرارت، بهترین وسیله برای کشف درجه حرارت زیاد مادر و پیشگیری از عفونت و سپسیس است و کنترل نبض برای کشف خونریزی‌ها به خصوص خونریزی‌های پنهان و کنترل فشارخون برای کشف تغییرات فشار خون بسیار حیاتی هستند. کنترل ضربان قلب جنین نیز که برای ارزیابی سلامت جنین و پیشگیری از دیسترس جنینی، هر نیم ساعت [۱۸، ۲۱، ۲۲] ضرورت دارد، با کیفیتی متوسط ارائه می‌شد.

به نظر می‌رسد تا زمانی که امکانات برای پایش الکترونیکی سلامت جنین یا کنترل انقباضات رحمی در بیمارستان‌ها فراهم نشده‌اند، استفاده از دستورالعمل‌هایی، مانند پارتوگراف سازمان بهداشت جهانی، برای ارزیابی دقیق‌تر سلامت مادر و جنین و نیز نظارت و ارزیابی بیشتر و بهتر عملکرد کارکنان بخش زایمان توسط مدیران می‌توانند نقشی حیاتی ایفا کنند. به علاوه، در تمام موارد فوق به نظر می‌رسید که تعداد کم ماماها و حجم کاری زیاد در این بیمارستان‌ها علل عمده کیفیت این مراقبت‌ها بودند، زیرا ماماهای شاغل در این دو بیمارستان، به غیر از انجام فرایند زایمان، عهده‌دار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

اقداماتی همچون آماده سازی بیماران برای سزارین و کورتاژ و کنترل مادران پرخطر نیز بودند، که این خود سبب ایجاد نسبت یک به سه ماما به مددجو در بیمارستان بعثت سنندج و نسبت یک به دو در بیمارستان هفتم تیر شده بود؛ در صورتی که نسبت استاندارد کارکنان مامایی، در هنگام زایمان یک ماما به یک زائو است [۲۲] و این امر سبب فشار کار زیاد و کارآمدی ناکافی ماماها در بخش زایمان می‌شود. به علاوه، به نظر می‌رسد که شستن دست‌ها در مرحله دوم زایمان که کم‌ترین میزان تطابق با حد مطلوب را در مراقبت‌های ارائه شده در بخش زایمان به خود اختصاص می‌داد، با عوامل فوق در ارتباط باشد و این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی، شستن دست‌ها را یکی از پنج عنصر اصلی در ایمنی بیماران اعلام کرده است [۲۳] و نظافت، شامل شستن دست‌ها، اولین و مقدم‌ترین نیاز در اداره زایمان محسوب می‌شود[۱۸].

اگرچه مراقبت فوری از نوزاد در مرحله سوم زایمان با کیفیت نسبتاً مطلوبی انجام می‌شد، اما معاینه نوزاد در این مرحله کیفیت متوسطی داشت و این در حالی است که معاینه دقیق فیزیکی نوزاد در بدو تولد، به جهت تشخیص زود هنگام نارسایی‌های قلبی و تنفسی، ناهنجاری‌های مادرزادی و صدمات حین زایمان، ضروری است [۲۴، ۲۵]. از مراقبت‌های ارائه شده در دو ساعت اول بعد از زایمان، آموزش شیردهی با کم‌ترین درصد تطابق با وضعیت مطلوب ارائه می‌شد. مشابه همین وضعیت، در ارزیابی مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌های دیگر نیز نشان داده شده است [۲۶] و این در حالی است که ارائه آموزش تکنیک صحیح شیردهی توسط ماما، به فاصله کوتاهی بعد از زایمان، موجب افزایش شیوع شیردهی و همچنین تداوم آن می‌شود [۲۹-۲۷].

به نظر می‌رسد که کیفیت مراقبت در بیمارستان بعثت سنندج، در مقایسه با بیمارستان هفتم تیر بیجار، مربوط به نسبت ماما به مددجو (۱ به ۳ در بیمارستان بعثت در مقایسه با نسبت ۱ به ۲ در بیمارستان بیجار) باشد. قابل ذکر است که بیمارستان بعثت تنها بیمارستان فوق تخصصی و آموزشی استان است و این موضوع سبب شده است که از سایر مراکز، بیماران به این مرکز ارجاع داده شوند. خاصه این که، پذیرش بیماران پرخطر نیاز به مراقبت ویژه و مستمر را افزایش می‌دهد و این مسئله سبب افزایش بار کاری ماماهای این بیمارستان می‌شود.

ارزیابی میزان رضایت‌مندی مادران از عوامل مورد سنجش نشان می‌دهد که کمترین میزان رضایت آنان به امکان ارتباط و ملاقات با افراد خانواده، سکوت و آرامش اتاق درد و محتوای مطالب آموزشی، مربوط است. مطالعات گذشته نیز بیشترین میزان نارضایتی بیماران را از عدم امکان ارتباط و ملاقات با افراد خانواده در بخش پس از زایمان نشان داده‌اند[۲۶]. همان طور که قبلاً نیز اشاره شد، حمایت روحی و روانی از مادر که سازمان بهداشت جهانی، حضور همراه را یکی از معیارها برای آن ذکر کرده است [۱۸]، می‌تواند در پیشرفت سیر زایمان مؤثر باشد [۲۰]. دلیل تشابه این دو تحقیق به این دلیل است که این بیمارستان‌ها، از نظر ساختاری، امکانات کمی برای تماس مددجویان با تلفن، یا ملاقات کوتاه با خانواده و یا پاسخ‌دهی کارکنان به خانواده در مورد وضع مادر دارند و همین امر باعث نارضایتی مددجویان گردیده است. بنابراین، به نظر می‌رسد که ایجاد تغییرات در ساختار سازمانی بیمارستان، مانند در نظر گرفتن فضای فیزیکی برای حضور همراه و به خصوص در نظر گرفتن اتاق‌های تک نفره جهت حضور همسر، یا اتاق‌هایی با ظرفیت بیمار کمتر، بتواند در جلب رضایت مادران مراجعه کننده مؤثر واقع شود. در واقع، هدف اساسی کادر پرستاری، جلب رضایت بیمار است که با فراهم نمودن آسایش جسمی و روحی برای وی تأمین می‌گردد [۳۰]. به ویژه آن که، رضایت بیمار از نشانگرهای مهم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌آید. تردیدی نیست که میزان رضایت بیمار، منعکس کننده قابلیت و توانایی پزشک و کارگزاران درمان و یا کیفیت درمان است [۳۱].

در این مطالعه، مددجویان از آموزش شیردهی به وسیله ماماها ناراضی بودند. با توجه به این نکته که شیردهی به فاصله کوتاهی بعد از زایمان باید شروع شود، ارائه اطلاعات شیردهی در بخش زایمان اهمیت اساسی دارد و باید بیشتر از گذشته مورد توجه قرارگیرد ضمن آن که به نظر می‌رسد آموزش ماماها و ایجاد انگیزه بیشتر در آنان در زمینه آموزش مادران در بخش زایمان و تهیه دستورالعملی برای ارائه آموزش شیردهی در بخش زایمان می‌توانند در رفع این مشکل و ارتقای سطح کیفیت این معیار مربوط به مراقبت و بهبود رضایت مادران نقش بسزایی داشته باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که برگزاری دوره‌های آموزشی شیردهی برای کارکنان ارائه دهنده مراقبت به مادران می‌تواند بر تداوم و موفقیت مادران در شیردهی مؤثر باشد [۳۲، ۳۳].

اکثریت مادران مراجعه به این مرکز را توصیه می‌کنند. تمایل بازگشت مجدد به بیمارستان، یکی از نشانه‌های رضایت مادر از مراقبت‌های حین زایمان است [۳۴]. بنابراین، به نظر می‌رسد که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

مسؤولان بیمارستان می‌توانند، با پایه‌ریزی مراقبت‌های زایمانی بیمار محور، رضایت بیشتر مادران را جلب کنند که این خود با مراقبت‌های مستمر و آمیخته با ادب و مهربانی، در دسترس بودن کارکنان، آسایش فیزیکی، حمایت روانی، حضور خانواده یا دوستان و احترام به علایق آنان حاصل خواهد شد. همانند مطالعات پیشین [۱۵، ۱۶، ۳۵]، ارتباط ضعیف معنی‌داری بین میزان رضایت‌مندی و کیفیت مراقبت‌ها مشاهده شد. این ارتباط ضعیف، نشان‌دهنده این واقعیت است که گرچه رضایت مراجعان از نشانگرهای کیفیت خدمات است، اما در زمینه خدمات تخصصی مربوط به سلامت نمی‌تواند نشانگر مطلق محسوب گردد، زیرا معمولاً مددجویان از اطلاعات و مهارت‌های لازم آگاهی ندارند و نمی‌توانند قضاوت مناسبی داشته باشند [۳۶]. بنابراین، در مراقبت‌های بهداشتی بسیار اهمیت دارد که روش‌های کنترل کیفیت رسماً با استفاده از استانداردهایی که در هر نظام مراقبتی، برای کسب اعتبار ،گواهی و مجوز تعریف می‌شود، انجام گردد [۳۷]. لازم به ذکر است که ابزار سنجش کیفیت مراقبت در این تحقیق بر اساس استاندارد «حداقل» سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ساخته شده است و باید اذعان کرد که بهتر بود ابزار سنجش بر اساس استاندارد مطلوب آماده سازی می‌شد. ولی با توجه به این مسئله که فرآیندهایی مانند وجود پارتوگراف، روش‌های غیرداروییِ تسکین درد و وجود همراه یا دولا بر بالین زائو، انجام اپی زیوتومی فقط در موارد نیاز ـ که از مراقبت‌های مطلوب مامایی به شمار می‌روند ـ در این مطالعه معیار مطلوب در نظر گرفته نشدند.

با توجه به مطالب فوق، افزایش کارکنان مامایی بخش زایمان بیمارستان، فراهم کردن امکانات برای حضور همراه برای ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌های روحی و روانی از مادران، برگزاری دوره‌های آموزشی بیشتر در خصوص مهارت‌های عملی بخش زایمان، نصب پروتکل‌های وزارت بهداشت و یا ترویج استفاده از پارتوگراف و آشنا کردن کارکنان با نحوه استفاده از آنها می‌توانند در جهت ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌هایی مانند ارزیابی مناسب و به موقع علایم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین، کنترل انقباضات و شستن دست که در این پژوهش کیفیت چندانی نداشتند، مؤثر واقع شوند. این پروتکل‌ها، ارزیابی مستمر عملکرد کارکنان را نیز توسط مدیران امکان پذیر می‌سازند و می‌توانند موجب ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌ها و در نهایت، افزایش میزان رضایت و سلامت مشتریان شوند.

منابع

۱- امامی افشار نهضت. جلیلوند پوران. دلاور بهرام. راد پویان لاله. عازمی خواه آرش. مطلق محمد اسماعیل. والافر شهرزاد. *نظام کشوری مراقبت مرگ مادری*. چاپ دوم، تهران تندیس، تهران، ۱۳۸۵

2- Bennet V, Brown L. *Myles Text Book for Midwives*. 13th Edition, Churchill-Livingstone Co: London, 1997

3- World Health Organization. Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. *Reproductive Health Matters* 2005; 13: 11-18

4- UNFPA. State of World population 2004, Maternal Health, Quality of Maternal Health, 2009, available on line at: http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch7/page12.htm

5- World Health Organization. Millennium development goals and sexual and reproductive Health, 2009. Availabe online at: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html

۶- دفتر سلامت خانواده و جمعیت، معاونت سلامت وزارت بهداشت. خلاصه‌ای از برنامه مربوط به سلامت مادران جهت بهره برداری در روز جهانی بهداشت (۷ آوریل ۲۰۰۵/ ۱۶ فروردین ۱۳۸۴). وزارت بهداشت، تهران، ۱۳۸۳؛ قابل دسترس به صورت آن لاین: http://www.fhp.hbi.ir/e-books/S-MTH/world/20health/20day.pdf

7- RamaRao S, Raji M. The quality of family planning programs concepts: measurements, interventions and effects. *Studies in Family Planning* 2003; 34: 227-48

8- Collins-Fulea c, Mohr JJ, Tillet JL. Improving midwifery practice: the American college of nurse-midwives benchmarking project. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2005; 50: 461-71

9- World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood, Division of reproductive health, Care in normal birth, a practical guide, Safe motherhood. Report of a technical working group, World Health Organization, Geneva, 1997; Availavle online at:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

آموزشی شهر مشهد. *مجله علمی ـ پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد*، ۱۳۸۲، ۵، ۷۸-۷۳

20- Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *The Journal American of Medical Association* 2002; 288: 1373-81

21- World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. *The partograph Part II: User's Manual*, Maternal Health and Safe motherhood Programme, Division of Family Health Organization: Geneva, 1994

22- Cunningham G, Leveno JK, Bloom SL. *Williams Obstetrics*. 22 th Edition, McGraw-Hill Professional Co: USA, 2005

23- World Health Organization, clean care is a safer care, 2006; available online: http://www.who.int/gpsc/en/

24- Fuloria M. The Newborn examination: emergencies and common abnormalities involving the abdomen, pelvis, extremities, genitalia, and spine. *American Family Physician* 2002; 65: 265-70

25- Behrman RE, Kligman R, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th Edition, WB Saunders Company: Philadelphia, 2000

۲۶- سیمبر معصومه. علیزاده زهره. عابد سغیدی ژیلا. علوی مجد حمیدرضا. بررسی کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی. *مجله پژوهنده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۱۳۸۴، ۴۹، ۴۵-

27- Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from father and families. *Midwifery* 2002; 18: 87-101

28- Taylor PM, Maloni JA, Brown DR. Early sucking and prolonged breast-feeding. *American Journal of Diseases of Children* 1986; 140: 151-54

29- Svedulf CI, Bergbom Engberg IL, Berthold H, Hoglund IE. A comparison of the incidence of breast feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after 72 hours post delivery. *Midwifery* 1998; 14: 37-47

۳۰- قابلجو منیژه. *کاربرد مهارت‌های مدیریت در خدمات پرستاری*. چاپ اول، آینده سازان، تهران، ۱۳۶۹

۳۱- صدقیانی ابراهیم. *ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی*. چاپ اول، معین و علم و هنر، تهران، ۱۳۷۶

http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf

10- Miller R, Fisher A, Miller K, Ndhlovu LMaggwa BN, Askew I, Saogo D, et al. *The situation analysis approach to assess family planning and reproductive health services: A Handbook.* Population Council, New York, 1997

11- Stein K. Using situation Analysis to assess women perceptions of quality of maternal-child health and family planning services. *Reproductive Health Matters* 1998; 6: 45-54

12- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *The Journal American of Medical Association* 1998; 260: 1743-48

۱۳- طوسی نجف آبادی زهرا. *ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری. زایمان و پس از زایمان و تأثیر برخی فاکتورهای مؤثر برآن در شهرستان تویسرکان*. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ۱۳۷۸

14- Simbar M, Alizadeh Dibazari Z, Abed-Saeidi J, Alavi Majd H. Assessment of quality of care in postpartum wards of Shaheed Beheshti Medical Science university hospitals. *International Journal of Health Quality Assurance* 2005; 18: 333-42

15- World Health Organization, Department of making pregnancy safer, Standard s for maternal and neonatal care, integrated Management of Pregnancy and Child Birth. World Health Organization, Geneva, 2006; available online at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91272.pdf

16- UNICEF At a glance: Iran (Islamic Republic of) http://www.unicef.org/infobycountry/iran_statistics.html. 2006

17- World Health Organization. Maternal health and safe motherhood programme, division of family health. Mother baby package: implementing safe motherhood in countries. WHO: Geneva, 1996; available online at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf

18- Clemen-stone S, Mcguire S, Eigsti D. *Comprehensive community health Nursing*. 6th Edition, Mosby Co: London, 2002

۱۹- امیدوار آرین‌دخت. جعفرنژاد فرزانه. نورانی هلا. اسماعیلی حبیب‌اله. بررسی و مقایسه کیفیت مراقبت‌های فیزیکی و روانی حین زایمان از دیدگاه مادران نخست زا و چند زا در بیمارستان‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]

32- Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professional on durational of breastfeeding. *Birth* 2004; 31: 302-7

33- Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breast-feeding: a prospective randomized open trial. BJOG: *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 110: 847-52

34- Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinly M, Smith LN. Satisfaction with Midwife-managed care in different time period: a randomized controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 1998; 14: 85-93

35- Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd H. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2006; 19: 430-42

36- Kols AJ, Sherman JE. The quality movement in health care .In: *Family planning programs: improving quality*, Population Reports Series, No.47, Baltimore Johns Hopkins university school of public health, population information program, November 1998; Available online at: http://www.infoforhealth.org/pr/j47/j47print.shtml

37- Simpson RL. The Role of IT in health care quality assessment. *Nursing Administration Quarterly* 2003; 27: 355-59

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.9.2]