

تبیین مفهوم و ابعاد مراقبت مستمر مامایی در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان

اعظم باقری^۱، معصومه سیمبر^{۲*}، منصوره صمیمی^۳، فاطمه ناهیدی^۴، حمید علوی مجد^۵

^۱ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۳ استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ دانشیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۵ استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۶ استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: معصومه سیمبر، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و

مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن:

۰۲۵۱۶۲۰۸۸۲۱-۲۹۸+، ایمیل: msimbar@sbmu.ac.ir

DOI: 10.21859/nmj-25014

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۰۹

مقدمه: با توجه به اهمیت مراقبتهای مادری مطالعه‌ای با هدف تبیین مفهوم و ابعاد مراقبت مستمر در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان انجام شد.

روش کار: یک مطالعه آنالیز محتوی کیفی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته انجام شد. روش تحلیل محتوای مرسوم جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد که بطور همزمان با جمع آوری اطلاعات انجام می‌شد. برای تأیید صحت و استحکام داده‌های کیفی از روشهای متنوعی مانند درگیری مداوم با داده‌های پژوهش و بررسی توسط همکاران خارج از مطالعه استفاده گردید. مکان مطالعه بخشی از فیلدهای مراکز بهداشتی درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان-ایران بود. مشارکت کنندگان این مطالعه ۱۸ ماما و ۵ پزشک در مشاغل و سمتهای مختلف اجرایی آموزشی و عملکردی مرتبط با مامایی بودند.

یافته‌ها: پاسخهای مشارکت کنندگان این تحقیق در نهایت پنج مفهوم را برای مراقبت مستمر مامایی مشخص کرد شامل "تداوم"، "فرایند مراقبت"، "آموزش و اطلاع رسانی"، "مدیریت" و " حرفه‌ای گری". تداوم سه طبقه دسترس مستمر فیزیکی، پیوستگی مراقبت در دوره‌های مختلف زمانی و استمرار در ارتباط روحی روانی و عاطفی داشت. طبقات فرایند مراقبت شامل فلسفه مراقبت، مراقبت در منزل و پاسخگویی بود. ارتقای مستمر و آموزش گروههای هدف، اخلاق، حقوق، پشتیبانی، اجرا، ثبت و پیگیری سایر طبقات بودند.

نتیجه گیری: مراقبت مستمر در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان از نظر مشارکت کنندگان مفهومی چند بعدی و البته حائر اهمیت است. لذا پیشنهاد می‌شود جهت حفظ پیوستگی مراقبت مادران و برآورده شدن نیازهای آنان در طراحی و اجرای بسته‌های مراقبت مستمر مامایی به ابعاد مختلف آن توجه گردد.

واژگان کلیدی:

مراقبت مستمر

مامایی

تداوم

مطالعه کیفی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

فردی بیمار تمرکز کند. در اصل مفهوم استمرار برای بیمار و خانواده‌اش این است که مراقبین می‌دانند قبلاً چه اتفاقی افتاده است و بر یک برنامه مراقبتی مدیریت شده اتفاق نظر دارند. همان مراقبی که برای آنها آشنا و شناخته شده است در آینده نیز از آنان مراقبت خواهد کرد و بهترین شایستگی‌های

مراقبت مستمر اولین بار در دهه ۱۹۷۰ و با هدف مراقبت از سالمندان بکار برده شد لکن در دهه‌های بعد استفاده از آن در همه شرایط مزمن نیازمند مراقبت، بطور وسیعی گسترش پیدا کرد [۱]. مراقبت مستمر بر این دو موضوع اساسی تأکید می‌کند که مراقبت، بطور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای

است [۲] اما با توجه به اختصاصات دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان، مطالعاتی که در زمینه مراقبت مستمر در این دوران انجام شده به مفاهیم و ابعاد دیگری نیز اشاره می‌کند. مطالعه‌ای اعتمادی را که در اثر ارتباط مستمر بین مادران و مراقبین ایجاد می‌شود اصلی‌ترین درون مایه معرفی می‌کند [۱۳]. در مطالعه‌ای دیگر مراقبت مستمر، مفهومی چند بعدی بود و مضامین تداوم در کارکنان، تداوم در اطلاعات، تداوم در ارتباط، تداوم بین بارداری‌ها و تداوم مکانی را شامل می‌شد [۱۴]. برخی فرد محور بودن مراقبت مداوم را اصلی‌ترین درون مایه آن یافتند [۱۵]. در سایر مطالعات ثبات مراقب، حضور همیشگی مراقب در کنار زن باردار و خانواده، ارائه مراقبت منطبق با نیازهای زن باردار، توانمند نمودن زنان در خود مراقبتی، حمایت روانی و توان پیش بینی در فرایند مراقبت به عنوان جنبه‌های مهم مراقبت مستمر ذکر شده‌اند [۱۴، ۱۶] و در مطالعه‌ای بارداری و زایمان یک فرایند طبیعی و نرمال برشمرده شد که نیاز به هیچ مداخله خاصی ندارد [۱۷]. به هر حال تعریف دقیق مفهوم مراقبت مستمر در متن هر جامعه و بر اساس نظر ذینفعان بعنوان زمینه ساز اصلی در ارائه مدل‌های مراقبت مداوم مامایی اهمیت اساسی دارد. با توجه به پیشرفتهای چشمگیری که در سالهای اخیر در زمینه ارائه خدمات ماما محور و ترویج زایمان طبیعی در کشور ایران صورت گرفته است پژوهشگران تحقیقی کیفی با هدف تبیین مفهوم و ابعاد مراقبت مستمر در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان انجام دادند تا با استفاده از نتایج آن بتوانیم برنامه‌ای عملیاتی و متناسب با وضعیت بهداشتی کشور خود طراحی و برای اجرا آماده نماییم.

روش کار

یک مطالعه کیفی از نوع "تحلیل محتوای متعارف" انجام شد تا نظر ماماها و پزشکان در مورد مفهوم مراقبت مستمر در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان اکتشاف شود. اگرچه مطالعه اصلی یک اقدام پژوهی بود که با هدف طراحی، اجرا و ارزشیابی یک مدل مراقبت مستمر مامایی از بارداری تا بعد از زایمان بود که طی ۸ مرحله صورت می‌گرفت [۱۸، ۱۹] و در شهرستان کاشان و فیلدهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی انجام می‌شد. این مقاله بخش مربوط به تبیین مفهوم مراقبت مستمر بود که بر اساس آن یک مدل مراقبت مامایی طراحی شد. برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته فردی یا گروهی استفاده شد. از آنجا که ماماها و پزشکان شرکت کننده از رده‌های مختلف انتخاب شده بودند و بخاطر این که شرایط و زمینه تشویقی برای بیان

فنی خود را بکار خواهد گرفت و دانش و اطلاعات کافی در اختیار آنان قرار خواهد داد [۲، ۳].

ارائه مراقبت مستمر مامایی بهترین راه برای زنان است تا تجربه مثبتی از زایمان داشته باشند [۴]. و یکی از شاخصترین توصیه‌ها برای افزایش کیفیت خدمات در این دوران ارائه مدل‌های مراقبت مستمر می‌باشد مطالعات نشان می‌دهد زنانی که از مراقبت‌های دوران بارداری رضایت دارند با احتمال بیشتری برنامه‌های مراقبتی خود را پیگیری می‌کنند و تمایل بیشتری به مشارکت در مراقبت از خود نشان می‌دهند بنابراین، بارداری در آنها منجر به عواقب بهتر در مادر و نوزاد خواهد شد [۵]. تاکنون یک تعریف واحد از مراقبت مستمر و ابعاد آن به ویژه در بارداری و زایمان ارائه نشده است. اگرچه به چند بعدی بودن مفهوم آن اشاره شده و این موضوع با تنوع در مدل‌های مراقبتی طراحی شده همراه بوده است. بسیاری از سرویس‌های ارائه خدمات، امروزه در حال تغییر به سوی مدل مراقبت مداوم هستند [۶] و مراقبت مستمر برای احقاق حقوق زنان ضرورت دارد [۷].

در کشور ایران ارائه خدمات بهداشتی اولیه به ویژه به مادران باردار در مراکز دولتی از طریق ماماها شاغل در سیستم شبکه و با رعایت سطح بندی خدمات و سیستم ارجاع انجام می‌شود. اگرچه تدارک ارائه مستمر خدمات به مادران باردار یکی از اصلی‌ترین اهداف و سیاست‌های این برنامه بوده لکن بصورت کلی مطرح شده و شرح مبسوطی از چگونگی آن ارائه نشده است [۸]. برخی مطالعات کیفیت در خدمات ارائه شده در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان در ایران را متوسط تا ضعیف گزارش کرده و بر لزوم تغییراتی در جهت کیفیت بهتر و رضایتمندی بیشتر مادران تاکید نموده‌اند و عدم پیوستگی در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان توسط یک فرد یا تیم مشخص از مشکلات مرتبط با سزارین‌های غیر ضروری اعلام شده است [۹-۱۲]. این درحالیست که دستورالعمل‌های انجام فعالیت‌های ماما محور که با تاکید بر زایمان فیزیولوژیک صادر شده هیچگاه بطور کامل اجرایی نشده است که یکی از دلایل آن می‌تواند سطحی نگری به تدارک مراقبت مستمر یا تک بعدی انگاشتن آن باشد. واضح است که برای تدارک بسته‌های مراقبت مستمر به ویژه در بارداری و زایمان نیاز است تا مفاهیم و ابعاد مختلف آن شناسایی شود. نیازها و ظرفیت‌های محلی هر کشوری متفاوت است و عناصر متعددی مانند تولید، منابع، حمایت، مدیریت و ظرفیت‌های سیستم بهداشتی هر کشور در برنامه ریزی‌های بهداشتی تأثیر گذار هستند [۱].

هگرتی و همکاران (۲۰۰۳) در مقاله خود سه نوع تداوم در اطلاعات، تداوم در مراقبت و تداوم در ارتباط را معرفی نموده

محتوای مرسوم صورت گرفت. تجزیه و تحلیل همزمان با جمع آوری اطلاعات انجام شد. در این روش کدها و طبقات مستقیماً و به صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج گردید [۲۰، ۲۱]. بلافاصله بعد از هر مصاحبه کلمه به کلمه پیاده و تایپ می‌شد. برای تشخیص واحدهای معنایی، هر مصاحبه چندین بار مطالعه و مرور می‌شد. سپس، واحدهای معنایی چندین بار مرور شده و بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه بندی می‌شدند. طبقات و زیرطبقات باهم مقایسه شده و از تحلیل و تفسیر این داده‌ها درنماینده‌ها یا مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج گردید.

برای تأیید صحت و استحکام داده‌های کیفی از روشهای متنوعی استفاده شد. با درگیری مداوم با داده‌های پژوهش، کدبندی همزمان با گردآوری داده‌ها و تأیید مشارکت کنندگان، استفاده از نظرات اصلاحی پنج نفر از اساتید راهنما مقبولیت داده‌ها تأیید شد. برای تأیید پذیری داده‌ها از نظرات شش نفر از اعضای هیئت علمی (peer check) که خارج از مطالعه بودند استفاده گردید ضمناً به دقت مراحل انجام کار ثبت و با راهنمایی اساتید مرتب پیوستگی کار کنترل می‌شد. از تلفیق داده‌های جمع آوری شده در مصاحبه‌های انفرادی، گروهی و یادداشت برداری‌های حین انجام کار برای اعتماد پذیری اطلاعات استفاده شد. برای تأیید قابلیت انتقال داده‌ها از روش بازبینی و تأیید پنج نفر از افراد خبره و شش نفر از اعضای هیات علمی خارج از مطالعه استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع با ۱۸ ماما و ۵ پزشک عمومی و متخصص مصاحبه به عمل آمد. ماماهايي که در این بخش مشارکت داشتند دو نفر استادیار، دو نفر مربی، سه نفر کارشناس ارشد غیر هیات علمی و ۱۱ نفر کارشناس بودند. از پزشکان نیز یک نفر کارشناس مسئول واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت، ۱ نفر دانشیار، دو نفر استادیار و یک نفر پزشک متخصص غیر هیات علمی بود. سایر ویژگیهای فردی آنها در جدول ۱ آمده است.

نظرات همه و بصورت جامع امکان پذیر گردد مصاحبه‌های فوکوس گروپ برای ایشان اجرا شد. این جلسات ۵ تا ۶ نفری بود و در محیطی که جمع بر آن توافق داشت و از فیلدهای دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود انجام می‌شد. پزشکان تمایل به مصاحبه‌های فردی داشتند و مصاحبه‌های چهره به چهره، در محیطی که آنها (کلینیک یا بیمارستان) انتخاب کرده بودند صورت گرفت. یک راهنمای از پیش تعیین شده نیمه ساختار یافته برای مصاحبه تهیه شد. ابتدا از مشارکت کنندگان سؤال می‌شد برای ارائه مراقبت مستمر در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان به چه مفاهیمی باید توجه کرد؟ مراقبت مستمر مامایی چه موانع و مزایایی دارد؟ تاکنون با چه وقایعی مربوط به آن مواجه شده‌اند؟ سپس بر اساس پاسخ آنان سؤالات بعدی مطرح می‌شد. هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بطول انجامید و تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه داشت.

جامعه نمونه شامل ماماها و متخصصین زنان و زایمان شاغل در شهرستان کاشان. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف از افراد داوطلب صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه به شرح ذیل بود:

- ماماهايي که در یکی از سمتهای مسئولیتی مرتبط با مامایی از قبیل مسئولیت در بخشهای مختلف بیمارستان، زایشگاه، مرکز بهداشت، گروه‌های آموزشی، معاونت درمان و مراکز بهداشتی درمانی شاغل بوده و حداقل سه سال سابقه کار داشتند.

- متخصصین زنان و زایمان که حداقل سه سال سابقه کار داشتند

معیار خروج از مطالعه عدم تمایل به ادامه مطالعه به هر دلیل توسط مشارکت کننده بود.

تنوع از نظر کار در مراکز دولتی و خصوصی، مدیریت درمان، مدیران مرکز بهداشتی، اعضای هیات علمی، کار در مراکز بهداشتی و بیمارستانها، سوابق و مقاطع تحصیلی متفاوت در ماماها و پزشکان در نظر گرفته شد.

تحلیل داده‌های حاصل از این مطالعه بر اساس تحلیل

جدول ۱: ویژگی‌های فردی ماماها و پزشکان مشارکت کننده در بخش کیفی پژوهش					
ویژگی رده شغلی	سن، سال	سابقه کار، سال	تحصیلات، تعداد	رده شغلی	تعداد کل
ماما	۴۲/۳۸ (۵۰-۲۶)	۱۵/۵ (۲۴-۵)	لیسانس ۱۱ نفر؛ فوق لیسانس؛ ۵ نفر؛ دکترا ۲ نفر	مدیر ۴ نفر؛ بهداشت ۵ نفر؛ درمان ۵ نفر؛ هیات علمی ۴ نفر	۱۸
پزشک	۴۷ (۵۳-۴۰)	۱۲/۴ (۲۵-۳)	متخصص ۴ نفر؛ پزشک عمومی ۱ نفر	مدیر ۱ نفر؛ هیات علمی ۳ نفر؛ تامین اجتماعی ۱ نفر	۵

درون مایه اول: تداوم یا پیوستگی

تداوم یا حفظ پیوستگی مراقبت‌ها اصلی‌ترین بخش مراقبت مستمر مامایی در نظر گرفته شد. برای تداوم مراقبت، باید امکان دسترسی همیشگی به مراقب در تمام اوقات شبانه‌روز حتی روزهای تعطیل برای مادران حاصل شود. در تمام مواقع بستری شدن، مراقب باید در کنار زنان باردار باشد.

"باید تلفن بدی به خانومای باردار، به جای مشخصی را داشته باشه همیشه بهش پاسخگو باشند" (مصاحبه گروهی مامایی)

دسترسی همیشگی به یک منبع اطلاعاتی که پاسخگوی سؤالات زنان و خانواده آنان باشد را بخشی ضروری برای تداوم مراقبت دانستند. آنان بیان کردند سؤالات فراوانی دارند که بطور مستمر برای خود و یا خانواده ایشان ایجاد می‌شود. پیدا کردن پاسخ مطمئن می‌تواند بار مراجعات غیر ضروری را کاهش داده و پیوستگی مراقبت را حفظ کند.

"خیلی‌ها زنگ می‌زنن زایشگاه، سه بعد نصف شب مشکل شونو میگن خوب نیاز دارن مرتب سؤال پیش میاد" (مصاحبه گروهی مامایی)

نباید مراقبت‌ها صرفاً بخاطر وقوع بارداری آغاز شود. مشکلات دوران بارداری می‌تواند انعکاس مسائل مختلفی باشد که از مدتها قبل نیاز به رسیدگی داشته است. بهتر است آشنایی با مراقب بلافاصله بعد از ازدواج شروع شود و پس از مشاوره‌ها، ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، زایمان برنامه ریزی شده اتفاق بیفتد.

"برای سیفتی (ایمنی) حاملگی باید از قبل از حاملگی اقدام کرد، الان یه کار فرمالیته‌ای انجام میشه" (متخصص مامایی)

مراقبت در صورتی مستمر خواهد بود که فردی آشنا به تاریخچه قبل از بارداری زن، پس از زایمان مراقبت‌ها را ادامه دهد. برخی از آنان پیوستگی مراقبت در فاصله بین بارداری‌های مختلف و حتی پایش رشد کودک توسط مراقبین را لازم دانستند.

"بعد از زایمان مریضا سرگردون، اتفاقن بیشترین مشکل را دارن، خودش تقریباً فراموش می‌شه" (مصاحبه گروهی مامایی)

استرس ناشی از بارداری و زایمان در زنان، نیاز به رسیدگی مداوم داشت چون به طور مرتب و به دلایل متفاوت حتی به دلیل یک اقدام تشخیصی غیر ضروری استرس در آنها ایجاد می‌شد و منجر به تصمیم‌گیری‌های غلط و تعویض متعدد مراقبین می‌شد.

"بعضی از خانواده‌ها خودشون اصلاً ناقل استرس هستن، با رفتارهاشون باعث میشن بچه شون سزارین بشه به زانو

آنالیز تماتیک در نهایت پنج تم یا درون مایه اصلی را مشخص کرد که شامل این موارد بود: تداوم، فرایند مراقبت، آموزش و اطلاع رسانی، اخلاق و حرفه‌ای‌گری و مدیریت. هر کدام از این تمها دارای طبقات و زیرطبقات متعددی بودند که در جدول شماره سه آمده است (جدول ۲).

جدول ۲: درون مایه‌ها، طبقات و زیر طبقات مراقبت مداوم در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان	
زیرطبقات	
تداوم یا پیوستگی	
دسترسی مستمر فیزیکی	دسترسی همیشگی به مراقبین
دسترسی همیشگی به اطلاعات	اطلاعات
پیوستگی مراقبت در دوره‌های مختلف زمانی	پیوستگی مراقبت قبل از بارداری
	پیوستگی مراقبت بعد از بارداری
استمرار در ارتباط روحی روانی و عاطفی	کنترل مداوم استرس
	حضور همدلانه در کنار مادر
	جلب مداوم اعتماد
فرایند مراقبت	
فلسفه مراقبت	مسئول محوری فرایند مراقبت
	مراقبت مستمر تیمی
	زایمان فیزیولوژیک
	مشارکت مداوم
مراقبت در منزل	اهمیت مراقبت در منزل
	تامین امنیت همه جانبه
پاسخگویی فرایند مراقبت	پاسخگویی مدام به سیستم
	پاسخگویی مدام به مراجعین
آموزش و اطلاع رسانی	
ارتقای مستمر فرایند آموزش	برنامه ریزی آموزشی
	روشهای آموزش
گروههای هدف آموزش	آموزش جامعه و خانواده
	آموزش زنان باردار
	آموزش تیم مراقبت
حرفه‌ای‌گری	
اخلاق	ارزشهای انسانی
	تعهد کاری
حقوق	مراجعه‌ین
	پرسنل
مدیریت	
پشتیبانی	مسائل مالی
	تدارکات
	نیروی انسانی
	حمایت
اجرای برنامه	برنامه ریزی مناسب
	ارزیابی و نظارت
ثبات و پیگیری	مستند سازی
	ارجاع مناسب

طبیعی بپذیرند. از اقدامات تشخیصی و درمانی افراسی خودداری کنند و بستری زود هنگام نکنند. مداخلات غیر ضروری می‌تواند عامل سلب اعتماد و گسستگی مراقبت باشد. "مادرا هرچه احساس نرالمتری تو حاملگی داشته باشن بهتره، در واقع خیلی‌ها دارن اورتریت منت و اوردیاگنوز می‌کنن این همه دارو و این همه هپارین و آسپرین و این همه پروژسترون و اینایی که مد شده واقعن مشکل ساز شده یعنی پرگنسی تو ایران حالت نرمال و فیریولوژیکش را از دست داده باید یه مقدار تعدیلش کرد" (مصاحبه با متخصص زنان)

مشارکت مستمر در فرایند مراقبت توسط زنان و خانواده ایشان را ضروری دانستند. برخی از پزشکان از این که از آنان خواسته می‌شود تا تنها تصمیم گیرنده باشند ناراضی بودند و مشارکت فعال خانواده را عاملی در تصمیم گیری‌های بهتر دانستند.

"میگن هرچی تو بگی سزارین یا طبیعی. در حالی که خودشون باید تصمیم بگیرن" (مصاحبه با متخصص زنان). برخی شرح حالهای بیان نشده را عاملی بر قطع مراقبت دانستند و برای حفظ پیوستگی مراقبت، ارائه آموزشهای عملی و تشخیص بموقع موارد خطر، ادامه فرایند مراقبت در منزل را حائز اهمیت دانستند. البته برای اجرای ویزیت در منزل در جامعه ما لازم است ملاحظاتی خاص تری مثل مسائل فرهنگی و تأمین امنیت تیم در حین انجام ویزیت منزل را مد نظر قرار دهیم.

"کلن خانومای باردار، خیلی وقتا نیاز دارن، خیلی هم دوست دارن که تو خونه ویزیت بشن. بخشی از مراقبت ما واقعن به اوضاع توی خونه بستگی داره چیزایی که هیچوقت شاید به ما نگن میشه انتخاب کرد بعضی‌ها را خودمون پیشنهاد بدیم" (مصاحبه گروهی ماما)

فرایند مراقبت مستمر در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان باید در راستای اهداف سیستم باشد، منافات و تضادی با آن نداشته باشد. تکمیل کننده گپ‌های موجود بوده و بتواند تغییرات مورد نیاز سیستم را اعمال کند. ضمناً فرایند مراقبت مداوم باید نسبت به انواع نیازهای مشتریان خود پاسخگو باشد. سرویس دهی طوری باشد که مشتری تفاوت‌های برتری مدل مراقبت مداوم را نسبت به سیستم‌های جاری درک کند. "اگر مراجع احساس کنه که یک چیزایی در مقایسه با دیگران کم داره دیگه مراجعه نمی‌کنه" (مصاحبه گروهی ماما)

درون مایه سوم: آموزش و اطلاع رسانی مستمر

بی توجهی به پذیرش اجتماعی برنامه، نقائص علمی و عملی

به ماما به پزشک هم استرس وارد می‌کنن اینه که کنترل استرس همراه خیلی مهمه" (مصاحبه گروهی ماماها)

حضور همدلانه در کنار مادر: آشنایی زن باردار با تیم مراقبت اعم از ماما و پزشک عامل مهمی در ایجاد یک ارتباط عاطفی و نهایتاً انگیزه‌ای برای تداوم مراقبت دانستند. مراقب آشنایی که در طول دوران بارداری با زن باردار در ارتباط بوده، همدل با وی در محیط‌های درمانی حاضر می‌شود و محبت خود را به زن باردار منتقل می‌کند باعث می‌شود پیوستگی مراقبت حفظ شود.

"اینجا خانومی مراجعه کرده دنبال مامایی میگرده که سر زایمان اولش بوده می‌گه از بس غمخوار و مهربون بود همه شهر و دنبالش می‌گردم تا پیدااش کنم" (مصاحبه گروهی ماماها)

بی اعتمادی مادران عامل قطع در زنجیره مراقبت معرفی شد. جلب اعتماد می‌تواند باعث جلوگیری از مراجعات غیر ضروری، عدم تعویض متعدد مراقب و عمل به توصیه‌ها شود. "باردار میاد سه تا کارت تو کیفشه، زرد! صورتی! قرمز. مال چند تا پزشکند این یعنی در اصل اعتماد نداره." (مصاحبه گروهی مامایی)

درون مایه دوم: فرایند مراقبت

مراقبت مستمر در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان بایستی ویژگی‌های منحصر بفردی داشته باشد. فلسفه مراقبت مستمر در دوران بارداری تا بعد از زایمان که توسط مراقب و مراجع پذیرفته می‌شود بایستی بر نرمال بودن بارداری تمرکز داشته باشد. انجام مداخلات غیر ضروری باعث گسستگی مراقبت می‌شود. فرایند مراقبت بایستی با ارائه مراقبت در منزل تکمیل شود. برخی لازم دانستند فرایند مراقبت مستمر منطبق با اهداف نظام بهداشت و درمان کشور باشد چراکه تناقض باعث عدم پیوستگی روند مراقبت می‌شود. اداره فرایند مراقبت باید یک مسئول داشته باشد که از ابتدا تا انتها برنامه مراقبتی را پیگیری کند و با زن در ارتباط باشد. مراقب اصلی باید همواره خود را در قبال مراجع مسئول بداند تمام برنامه‌ها اعم از انجام آزمایشات، درمان‌ها، شرکت در کلاسها و... را دیده بانی کند. بیشتر مشارکت کنندگان ماما محوری فرایند مراقبت را عاملی بر امکان پذیر و مقرون به صرفه شدن آن دانستند.

"آگه بخوایم آمار سزارین را کم کنیم، ماماها می‌تونن همیشه در کنار زن باردار باشند، اونا کارشون اینه" (مصاحبه با متخصص).

مراقبین و مراجعین باید بارداری و زایمان را به عنوان پدیده

مستمر در این دوران باید صادقانه، بدون هیچ قید و شرط و فراتر از کسب پول یا هر موضوع دیگر باشد. همواره باید از اتلاف وقت و هزینه مراجعین خودداری کرد. زنان باردار و خانواده‌هایشان حق دارند همواره در تصمیم‌گیری‌ها نقشی آگاهانه داشته باشند. انتخاب مراقب، محل زایمان، تغییر مراقب و کسب اجازه برای ارائه خدمت در محیط آموزشی بخشی از حقوق مراجعین دانسته شد.

"ببینید من خودم الان دارم با پزشک کار می‌کنم خود ایشون به من اعتماد کامل داره یعنی باردارای بدون مشکل تمام کارهاشون با من انجام میشه ولی گاهی وقتا می‌بینم یه مریض لاو ریسک که میاد پیش خانم دکتر میگه پیش ماما می‌رفته اگر شده با چشم و ابرو بش حالی می‌کنه که عجب اشتباهی کرده! بلد نیستیم این حق را برا مریض قائل بشیم خودش انتخاب کنه" (مصاحبه گروهی ماماها)

پرسنلی که مراقبت مستمر را ارائه می‌کنند نیاز به انگیزه‌های خاص دارند چراکه در دسترس بودن همیشگی و مؤثر کار بسیار دشوار است. آنان حق دارند احساس کنند به اندازه لازم و کافی قدرت و جایگاه دارند، شرح وظایف محوله به آنان منطبق بر تحصیلات آکادمیک و توان آنهاست.

"ماماها قبلن مستقیم به اتند زنگ می‌زدن، حالا می‌گن به رزیدنت می‌گفتی! زایمان را ما می‌گیریم گزارشش را رزیدنت می‌نویسه" (مصاحبه گروهی ماماها)

درون مایه پنجم: مدیریت

فرایند مراقبت از زنان باردار حفظ شود. برنامه مراقبت مستمر باید مقرون به صرفه باشد، پرداختهای عادلانه و سیستم مدیریت مالی صحیح داشته باشد تا انگیزه ادامه در آن وجود داشته باشد.

"برای بستن قرارداد مامای بخش خصوصی اینقدر بازی در می‌آرن که نگوا!" (مصاحبه گروهی با ماماها)

بهینه‌سازی مکان و تجهیزات مرکز مراقبت به حفظ مراجع کمک شایانی می‌کند. مکانی در دسترس با امکانات بهداشتی و رفاهی برای زنان باردار و همراهانشان حائز اهمیت است.

"وقتی می‌بینم از اون طرف مریض پنج سانتیم هست تختام پره، مثلاً آگه یه مریض از راه برسه جا ندارم مجبورم آگمنته اش کنم همون کاری را بکنم که کار غلطیه. متوجهین؟ یعنی شما اون شاخص‌هایی رو که می‌خواوی باید اون فیزیکی‌شم داشته باشی دیگه که بتونی اجراش بکنی" (مصاحبه با متخصص) نیروی انسانی معتقد، بانگیزه، مجرب، با مهارت‌های علمی، عملی، ارتباطی و اعتماد بنفس کافی در حفظ پیوستگی ارتباط مراجعین نقش بسیار مهمی دارد.

مراقبین و عدم ارائه اطلاعات کافی به خانواده باعث گسستگی فرایند مراقبت و مراجعات مکرر می‌گردد. برنامه آموزشی از هر نظر مانند زمان، مکان، انتخاب گروهها، محتوی و روشهای مناسب آموزش بطور مستمر باید بازبینی و ارتقا یابد تا به همه نیازها توجه شود. روتین شدن کارها منجر به قطع ارتباط مداوم خواهد شد.

"علاوه بر آموزشهای فردی باید برنامه جداگانه برای آموزشهای گروهی داشته باشیم، اینکه گروه هستند و بقیه باردارها را مثل خودشان می‌دانند خودش کمک می‌کند که هم جواب سوالاتشان را پیدا کنند هم اینکه واقعاً برای زایمان آماده بشوند" (مصاحبه گروهی ماماها)

مراقبین باید توجه کنند که همواره شیوه‌های آموزشی مناسب انتخاب کنند. هر برنامه یا هر گروه آموزشی روش مخصوص به خود را نیاز دارد. نیازهای آموزشی گروهها مرتب در حال تغییر است و به روز رسانی منابع آموزشی بسیار ضروریست. باید زنان باردار محور آموزش مداوم در این دوران باشند و اولویتهای آموزشی متناسب با نیازها، اطلاعات و شاخصهای بهداشتی جامعه طراحی و مرتب بازنگری شود مانند امکان آشنایی با بخش زایمان یا نحوه انجام عمل سزارین.

"ماه رمضان همه در مورد روزه در بارداری می‌پرسند مرتب سوالها عوض میشه" (مصاحبه گروهی با ماماها).

به روز نمودن دانش علمی و عملی تیم مراقبت و آشنایی با دستورالعملهای موجود در کنار افزایش مهارتهای ارتباطی نقش مهمی در مراقبت مستمر دارد.

"هرچی سوادت بالا باشه وقتی خوب جواب ندادی مطمئن باش مریضت بر نمی‌گرده" (مصاحبه گروهی ماماها)

درون مایه چهارم: حرفه‌ای‌گری

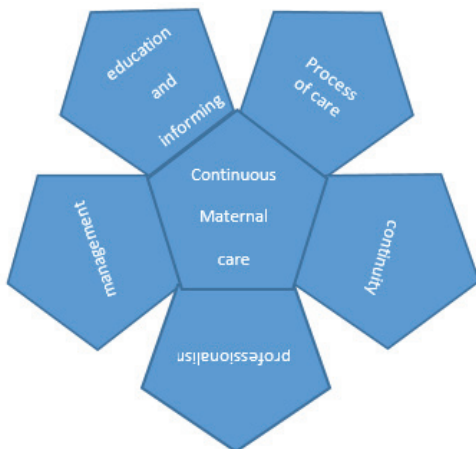
رفتارهای نقض‌کننده اخلاق، تعهد حرفه‌ای و ارزشهای انسانی باعث قطع پیوستگی مراقبت‌ها می‌شود. در برنامه مراقبت مستمر بر توجه دائم به حقوق مراجعین و مراقبین به یک نسبت تاکید شد.

"با این وضعی که زایشگاه داره نه اتلاق خصوصی نه هیچی امکانش نیست بیشتر بی احترامی میشه خونواده انتظار داره" (مصاحبه با متخصص)

بی توجهی به شخصیت و ارزش وجودی انسانها دلیلی بر قطع ارتباط با مراقبین می‌شود. برخوردهای محترمانه، پرهیز از رفتارهای توهین آمیز و مخرب، احترام به تصمیمات مراجعین، رعایت حریم خصوصی افراد و پرهیز از ویژگیهای دسته جمعی در حفظ پیوستگی مراقبت مؤثر شناخته شد. ارائه مراقبت

مراقبین آشنا انجام شود [۲] و حتی بسیار فراتر از این است که در طول زمان و با تغییر مکان پیوستگی مراقبت حفظ شود [۱۴]. بر اساس نتایج این مطالعه ابعاد مراقبت مستمر مامایی شامل حفظ تداوم، فرایند مراقبت، آموزش و اطلاع رسانی، حرفه‌ای‌گری و مدیریت می‌باشد. ما در مطالعه خود مراقبت مستمر مامایی را بسیار وسیع‌تر از مفهومی دانستیم که در برخی مطالعات قبلی آمده بود و آن را از جنبه‌های مدیریتی، اطلاعاتی و ارتباطی معرفی کرده است [۲، ۲۲]. مسلماً بخاطر ویژگیهای منحصر بفرد مراقبت مادری، این مفهوم اجزای اضافه‌تری داشت و علاوه بر موارد ذکر شده در سایر مطالعات، حفظ تداوم، فرایند مراقبت و حرفه‌ای‌گری نیز از اجزای مهم مراقبت مستمر دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان در نظر گرفته شدند. بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر مراقبت مستمر را می‌توان مرکز یک چرخ در نظر گرفت که در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور در حال گردش می‌باشد و پنج درون مایه مذکور دنده‌های مختلف این چرخ هستند که در صورت نقص هر یک از حرکت باز خواهد ایستاد و فرایند مراقبت دچار گسستگی خواهد شد (تصویر ۱).

اولین درون مایه در مطالعه حاضر حفظ تداوم یا پیوستگی بود که ما آن را قلب یک برنامه مراقبت مستمر مامایی دانستیم. حفظ پیوستگی مراقبت از مراجعات مکرر و غیر ضروری جلوگیری می‌کند و منجر به ایجاد اعتماد می‌شود. این اعتماد باعث مشارکت فعال زن باردار و پرهیز از تصمیم‌گیری‌های غلط خواهد شد لذا محققین توصیه می‌کنند برای تدارک مدل‌های مراقبت مستمر مامایی در هر جامعه‌ای عوامل برهم زننده پیوستگی مراقبت شناسایی و مداخلات لازم برای حفظ تداوم صورت بگیرد.



تصویر ۱: اجزای مفهوم مراقبت مستمر مادری

"یکی از مسائل مهم، علاقمندی خود مامااست که مراقبت را تا آخر ادامه بده باید در ساعتهای غیر اداری بخواد در دسترس باشه، یعنی افرادی باشند که واقعاً متعهد به این موضوع باشند نه اینکه یه آدمی بنا به وظیفه‌اش داره کار می‌کنه" (مصاحبه گروهی مسئولین مرکز بهداشت).

حمایت درونی و بیرونی برای مدیریت برنامه مراقبت مستمر بسیار مهم است. اگر اعضای تیم مراقبت از یکدیگر حمایت نکنند منجر به سلب اعتماد مراجعین خواهد شد. حمایت سازمانهای صنفی مؤثر مانند بیمه و نظام پزشکی انگیزه مراقبین را برای کار در مدل‌های مراقبت مستمر از بین می‌برد. "یه مشکل دیگه اینکه من به عنوان ماما یه چیزی برای مریض نسخه می‌کنم تو دفترچه‌اش، اصلاً تأیید نمیشه" (مصاحبه گروهی ماماها)

پایش و ارزیابی مستمر باید طوری طراحی شود تا همواره جنبه‌های قطع کننده ارتباط مراقبین و مراجعین را شناسایی و اصلاح کند. داشتن سیستم تشویق و تنبیه مناسب و بررسی عملکرد کار تیمی ضروری شمرده شد.

"اونی که از بالا ناظره اشکالات را میبینه این فید بک‌ها باید مدام داده بشه" (مصاحبه گروهی ماماها)

وجود اطلاعات ناقص در پرونده عامل سلب اعتماد مراجع ذریبط است. یک سیستم ثبت صحیح برای جلوگیری از مستند سازی جعلی و پیوستگی مراقبت‌ها لازم است.

"چیزایی که تو پرونده ثبت می‌کنی پنج دقیقه بعد عوض میشه!" (فوکوس گروه مامایی)

برای حفظ استمرار یک برنامه مراقبتی باید از مراجعات غیر ضروری پرهیز کرد. نوبت دهی نامناسب و معطلی‌های بسیار زیاد باعث قطع استمرار مراقبت می‌شود. مادرانی که مراقبت‌هایشان به تأخیر افتاده مرتب پیگیری شوند و در صورت ارجاع مادر به سطوح تخصصی سرنوشت آنان توسط تیم مراقبت پیگیری شود.

"اصلن قانونی نیست که سرساعت بتونی بری تو. منشی به همه حامله‌ها می‌گه ساعت ۴ تا ۶ اینجا باشن!" (مصاحبه گروهی زنان)

بحث

هدف ما در این مطالعه تبیین مفهوم و ابعاد مراقبت مستمر مامایی در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان بود. ما دریافتیم که مراقبت مستمر در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان از دیدگاه مشارکت کنندگان یک مفهوم چند بعدی است. این مفهوم بسیار فراتر از آن است که مراقبت، از یک زن باردار در طول بارداری توسط یک مراقب یا گروهی از

باید مد نظر قرار گیرد. هگرتی توصیه می‌کند با لینک اطلاعات گذشته برای ادامه برنامه مراقبت باید برنامه ریزی کرد، برنامه‌ای که مبتنی بر نیازهای زنان باردار، انعطاف پذیر و به روز باشد [۲] لکن در مطالعه حاضر ضمن تاکید بر لزوم تداوم اطلاعات و آموزش زنان باردار، آموزش مستمر کارکنان و تیم مراقبت اضافه شد.

چهارمین درون مایه مراقبت مستمر مامایی در این مطالعه حرفه‌ای گری بود که از جنبه اخلاق و حقوق ارزیابی شد. متأسفانه در سالهای اخیر بیش درمانی‌ها، بیش تشخیص‌ها و فرایندهای مخدوش کننده اخلاق و حقوق مراجعین و پرسنل به حدی در جامعه رایج شده که توسط بسیاری از مشارکت کنندگان به عنوان عوامل گسستگی مراقبت‌ها بیان شدند. در مطالعات مختلف بر کیفیت ارتباط مراقبین و زن باردار و تأثیر آن بر حفظ پیوستگی مراقبت‌ها تاکید شده است [۱۳]. برخوردهای غیر مؤدبانه [۱۳، ۱۴] ویزیت‌های سرسری و عجولانه، که حالت مکانیکی دارد، معطلی‌های طولانی و برخوردهای تبعیض آمیز باعث سلب اعتماد شده و تداوم در مراقبت خدشه دار می‌شود [۲۶، ۲۹]. ارتباط بین زن باردار و ماما، ارتباط دو طرفه‌ای معرفی شده است که در آن هر دو انتظار دارند حقوقشان رعایت شود. حقوقی مانند حق تصمیم گیری، عدالت، حریم خصوصی و ایمنی به آنان تعلق گیرد [۳۰]. ضمناً در این مطالعه با توجه به محدودیت‌های عملکردی که ماماها در سالهای اخیر در زمینه فعالیت‌های حرفه‌ای خود داشته‌اند حقوق پرسنل درگیر در مراقبت مستمر مادری را جنبه مهمی معرفی کردند. این موضوع باعث کاهش انگیزه ارائه خدمات مستمر می‌شود. لذا توصیه می‌شود شیوه نامه‌های اخلاقی حقوقی تنظیم شود و لازم الاجرا باشد.

درون مایه پنجم در این مطالعه یا مدیریت در مراقبت مداوم معنای گسترده و جایگاه بسیار ویژه‌ای داشت و بیشترین کدها را به خود اختصاص داد. مدیریت مراقبت مستمر به پشتیبانی، اجرا، ثبت و پیگیری مستمر اشاره می‌کند. مدیریت بالایی نیاز است تا برنامه یا مدل‌های ارئه مراقبت مستمر مامایی را به عنوان یکی از جایگاه‌های ارائه خدمت در سیستم بهداشت و درمان ادغام نماید. جلب حمایت و هماهنگی با سایر اجزا سیستم از قبیل سازمانهای نظام پزشکی و حمایتگرهای بیمه‌ای از مشغله‌های مدیریتی است که در حال حاضر جامعه ما با آن روبروست و در سالهای اخیر کمتر به آن توجه شده است. مدیریت صحیح منجر به عدالت در پرداختها و دریافتها خواهد شد و انگیزه‌های لازم برای مراقبت مستمر در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان را ایجاد خواهد کرد. حفظ پیوستگی مراقبت در عین حال رعایت سیستم ارجاع کار

بر اساس مطالعه ما، جنبه‌های مختلف تداوم شامل دسترسی مستمر فیزیکی، پیوستگی در طول زمان و استمرار در ارتباط روحی روانی بین مادر و مراقب بود. همانند ما برخی مطالعات بر تداوم در کارکنان، تداوم در ارتباط، تداوم در اطلاعات و تداوم در استمرار مراقبت بین بارداری‌های مختلف یک زن تاکید کرده‌اند [۴، ۱۴، ۲۳]. البته تداوم در کنترل استرس بخشی است که در این مطالعه اضافه شد و به شکل خاص مورد تاکید قرار گرفت چرا که بارداری و زایمان فرد را مرتب دستخوش تغییر و تحولاتی می‌کند که از جنبه سلامت مادر و جنین استرس زا ظاهر می‌شود. همچون تحقیقات دیگر در این مطالعه، دسترسی به مراقب و حضور مراقب آشنا در کنار بیمار از دوران بارداری تا بعد از زایمان یکی از اصلی‌ترین جنبه‌های مراقبت مداوم معرفی شد [۲۴-۲۶]. در نهایت دریافتیم برای حفظ پیوستگی به عنوان قلب مراقبت مستمر مامایی بایستی همواره مراقب در دسترس زن باردار باشد و در دوره‌های مختلف زمانی از قبل تا بعد از بارداری و حتی در فاصله بین باروری‌های مختلف این پیوستگی حفظ شود. بالاترین درجه پیوستگی زمانی است که همواره ارتباط قوی و مؤثر روحی روانی بین آنان برقرار شده و ادامه یابد.

دومین درون مایه مراقبت مستمر مامایی در مطالعه ما فرایند مراقبت بود. فرایند مراقبت اهمیت زیادی دارد چراکه اگر فلسفه فرایند مراقبت در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان مبتنی بر طبیعی بودن باشد، پاسخگویی مناسبی به انواع نیازهای زن باردار و خانواده وی وجود داشته باشد و فرایند با انجام مراقبت در منزل تکمیل گردد می‌توان انتظار داشت مراقبت مامایی به اهداف خود که بارداری و زایمان فیزیولوژیک می‌باشد با حداکثر احتمال دست یابد. اگرچه تفاوت چندانیتی بین پیامد مدل‌های مراقبت ماما محور تیمی و انفرادی گزارش نشده است [۲۷] ولی در مطالعه حاضر و با توجه به شرایط سیستم ارائه خدمات کشور، مانند برخی مطالعات دیگر مراقبت تیمی را برای اجرای فرایندها مناسب‌تر دانستند [۲۸].

سومین درون مایه در مطالعه حاضر آموزش و اطلاع رسانی بود. ارتقای فرایندهای آموزشی در یک برنامه مراقبت مستمر مامایی می‌تواند توان پاسخگویی به سؤالات و خودمراقبتی را افزایش دهد، منجر به افزایش اطمینان و عزت نفس شده و از مراجعات غیرضروری و سردرگمی پرهیز نماید در نهایت پذیرش اجتماعی آن را افزایش دهد. برخی مطالعات دیگر نیز رد و بدل شدن مستمر اطلاعات را جزئی مهم از برنامه مراقبت مداوم می‌دانند [۱۳، ۱۴، ۲۲]. ارتقای مستمر در همه گروه‌های مختلف درگیر اعم از زن باردار، جامعه و مراقبین

دشواریست و نیاز به انگیزه‌های قوی مادی و معنوی دارد. عدم توجه به این موضوعات منجر به گسستگی مراقبت، عدم پیگیری و خدشه در مستندات خواهد شد. لزوم مدیریت مراقبت بین سطوح مختلف متناسب با موقعیت و زمان، ترخیص آسان و دریافت حمایت‌های مناسب در برخی مطالعات بیان شده است [۲، ۳۱] همچنین بی عدالتی در پرداختها، فقدان ساختارهای پاداش و مزد که مورد قبول همه حرف پزشکی درگیر باشد همراه با مشکلات قوانین و دستورالعملهای اجرایی به عنوان بزرگترین موانع در همکاری پزشکان با اجرای مدل‌های مامامحور مطرح شده است [۳، ۳۲، ۳۳]. اصلی‌ترین موانع برای عدم اجرای بسته‌های مراقبت مداوم در اغلب کشورها دانش ناکافی یا حتی سیاست‌گذارانهایی غیر حمایت‌گرانه نیست بلکه مدیریت‌های غیرعملیاتی و ناکارآمد در سطوح منجر به این مسئله شده است [۱]. آنالیز نتایج نشان داد که با در نظر گرفتن شرایط سیستم بهداشت و درمان در کشور ما، مراقبت مستمر مادری بایستی قابلیت پاسخگویی و ادغام در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی داشته باشد در حالی که سایر مطالعات بر تدارک انواع ستینگ‌های مراقبتی خصوصی و دولتی تاکید می‌کنند و تفاوتی در اثربخشی و قابلیت اجرایی آن ذکر نمی‌کنند [۳۴].

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه‌ای در مقطع دکتری بهداشت باروری است که پس از تصویب به عنوان طرح پژوهشی تأیید در کد کمیته اخلاق (1395.515.IR.SBMU.PHNM) در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تأیید کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۹/۵/۱/۴۹۱۹) پ مورخه ۹۳/۱۰/۲۸ در فیلد مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان اجرا گردید. لذا از معاونتهای محترم آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی دانشگاههای علوم پزشکی کاشان و شهید بهشتی تشکر می‌نمایم.

تضاد منافع

در این مطالعه وجود ندارد.

REFERENCES

- Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358-69. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61578-5 PMID: 17933651
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219 PMID: 14630762
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Lib*. 2016. DOI: 10.1002/14651858.cd004667.pub3
- Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4):407-15. DOI: 10.1016/j.midw.2012.09.006 PMID: 23399319
- Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:108. DOI: 10.1186/1471-2393-13-108 PMID: 23656701
- Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012;28(3):348-57. DOI: 10.1016/j.midw.2011.03.009 PMID: 21546142
- WHO. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011-2015 2010. Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.
2013. Available from: <http://health.behdasht.gov.ir/>.
- Simbar M, Dibazari ZA, Saeidi JA, Majd HA. Assessment of quality of care in postpartum wards of Shaheed Beheshti Medical Science University hospitals, 2004. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2005;18(4-5):333-42. PMID: 16167648
- Simbar M, Ghafari F, Zahrani ST, Majd HA. Assessment of quality of midwifery care in labour and delivery wards of selected Kordestan Medical Science University hospitals. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009;22(3):266-77. DOI: 10.1108/09526860910953539 PMID: 19537187
- Simbar M, Nahidi F, Dolatian M, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti Medical Science University centers. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(3):166-76. DOI: 10.1108/09526861211210394 PMID: 22755472
- Bagheri A, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F. Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: a qualitative study. *Women Birth*. 2013;26(1):e45-9. DOI: 10.1016/j.wombi.2012.09.004 PMID: 23083642
- Aune I, Dahlberg Msc U, Ingebrigtsen O. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*. 2012;28(4):372-8. DOI: 10.1016/j.midw.2011.06.006 PMID: 21764190
- Jenkins MG, Ford JB, Todd AL, Forsyth R, Morris JM, Roberts CL. Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery*. 2015;31(1):25-30. DOI: 10.1016/j.midw.2014.05.007 PMID: 24861672
- Beake S, Acosta L, Cooke P, McCourt C. Caseload midwifery in a multi-ethnic community: the women's experiences. *Midwifery*. 2013;29(8):996-1002. DOI: 10.1016/j.midw.2013.01.003 PMID: 23399319

- 23415359
16. Aune I, Olufsen V. 'From fragmented to interdisciplinary understanding of integrated antenatal and postnatal care'-an interprofessional project between public health nursing students and midwifery students. *Midwifery*. 2014;30(3):353-8. DOI: [10.1016/j.midw.2013.03.007](https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.007) PMID: [23623472](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23623472/)
 17. Carolan M, Cassar L. Antenatal care perceptions of pregnant African women attending maternity services in Melbourne, Australia. *Midwifery*. 2010;26(2):189-201. DOI: [10.1016/j.midw.2008.03.005](https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.03.005) PMID: [18653262](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18653262/)
 18. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Education*. Australia: Taylor & Francis; 2007.
 19. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*: Wolters Kluwer Health. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
 20. Eio SKH. The Qualitative content analysis process. *J Advanced Nurs*. 2007;62(1):107-15.
 21. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on qualitative methods. *Qualitative metasynthesis: issues and techniques*. *Res Nurs Health*. 1997;20(4):365-71. PMID: [9256882](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256882/)
 22. Freeman LM. Continuity of carer and partnership. A review of the literature. *Women Birth*. 2006;19(2):39-44. DOI: [10.1016/j.wombi.2006.05.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.002) PMID: [16890901](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16890901/)
 23. Kuo SC, Wu CJ, Mu PF. Taiwanese women's experiences of hospital midwifery care: a phenomenological study. *Midwifery*. 2010;26(4):450-6. DOI: [10.1016/j.midw.2008.09.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.09.002) PMID: [19084299](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19084299/)
 24. Fereday J, Collins C, Turnbull D, Pincombe J, Oster C. An evaluation of Midwifery Group Practice. Part II: women's satisfaction. *Women Birth*. 2009;22(1):11-6. DOI: [10.1016/j.wombi.2008.08.001](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.08.001) PMID: [18926788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18926788/)
 25. Anwar S, Jan R, Qureshi RN, Rattani S. Perinatal women's perceptions about midwifery led model of care in secondary care hospitals in Karachi, Pakistan. *Midwifery*. 2014;30(3):e79-90. DOI: [10.1016/j.midw.2013.10.020](https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.020) PMID: [24290946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24290946/)
 26. Hildingsson I, Thomas JE. Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):126-33. DOI: [10.1016/j.jmwh.2006.10.023](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.023) PMID: [17336818](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17336818/)
 27. Bick DE, Rose V, Weavers A, Wray J, Beake S. Improving inpatient postnatal services: midwives views and perspectives of engagement in a quality improvement initiative. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:293. DOI: [10.1186/1472-6963-11-293](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-293) PMID: [22044744](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22044744/)
 28. Biro MA, Waldenstrom U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*. 2003;30(1):1-10. PMID: [12581034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12581034/)
 29. Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(3):226-37. DOI: [10.1016/j.jmwh.2009.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.003) PMID: [19410215](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19410215/)
 30. Thompson JB. A human rights framework for midwifery care. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(3):175-81. DOI: [10.1016/j.jmwh.2003.12.011](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2003.12.011) PMID: [15134669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15134669/)
 31. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vazquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(1):39-48. DOI: [10.1093/intqhc/mzr068](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068) PMID: [22146566](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22146566/)
 32. Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Med J Aust*. 1995;163(6):289-93. PMID: [7565233](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7565233/)
 33. Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S. Models of maternity care in rural environments: barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*. 2013;29(6):646-52. DOI: [10.1016/j.midw.2012.06.004](https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.004) PMID: [22863239](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22863239/)
 34. Jennifer JH, Janet H, Doherty DA. *Models of Maternity Care: A Review of the Evidence 2007*. Available from: http://www.health-networks.health.wa.gov.au/docs/Models_of_Maternity_Care_Review_of_Evidence.pdf.

Exploring the Concept of Continuous Midwife-Led Care and its Dimensions in Prenatal, Perinatal, and Postnatal Periods

Azam Bagheri ^{1,2}, Masoumeh Simbar ^{3,*}, Mansooreh Samimi ⁴, Fateme Nahidi ⁵, Hamid Alavi Majd ⁶

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

² Faculty Member of Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

³ Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Medical School, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Professor, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author: Masoumeh Simbar, Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

DOI: 10.21859/nmj-25014

Received: 01.08.2016

Accepted: 29.11.2016

Keywords:

Continuous Care
Midwifery
Continuity
Qualitative Study

How to Cite this Article:

Bagheri A, Simbar M, Samimi M, Nahidi F, Alavi Majd H. Exploring the Concept of Continuous Midwifery-Led Care and its Dimensions in Prenatal, Perinatal, and Postnatal Periods. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(4):24-34. DOI: 10.21859/nmj-25014

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Considering the importance maternal care, this study aimed at exploring the concept of continuous care and its dimensions in prenatal, perinatal, and postnatal periods.

Methods: This was a content analysis qualitative study that was performed using semi-structured in depth interviews. Conventional content analysis method was used for data analysis simultaneously data gathering. Different strategies were adopted for ensuring the accuracy and the rigor of the findings such as prolonged engagement with the data and external peer check. The setting of the study was healthcare, hospital and instruction centers of Kashan University of Medical Sciences. The participants included eighteen midwives and five physicians, who had different official positions.

Results: The participants' experiences revealed five concepts for the concept of continuous midwifery-led care, which included continuity, the process of care, education and informing, management, and professionalism. Continuity had 3 categories including continuous physical access, continuity of care in different time periods and continuity of a psycho-emotional relationship. Philosophy of continuous care, home care provision and accountability of the process of care were the process of care categories. Continued promotion, target groups of educations, ethics, rights, backing up, implementation of program documentation and follow-up were other categories.

Conclusions: Continuous midwifery-led prenatal, perinatal, and postnatal care is a multidimensional and important concept. Given the differences in health infrastructures of different countries as well as the unique characteristics of pregnancy, higher priorities are recommended for continuous midwifery-led care and its dimensions.