

## ارزشیابی برنامه‌ی تسهیل زایمان فیزیولوژیک در بیمارستان‌های منتخب اصفهان\*

دکتر زیبا فرج زادگان<sup>۱</sup>، دکتر احمد رضا زمانی<sup>۱</sup>، محبوبه والیانی<sup>۲</sup>، دکتر الهام گلشاه<sup>۳</sup>

### خلاصه

**مقدمه:** مراقبت‌های دوران بارداری که در حال حاضر در کشور به اجرا در می‌آید، پاسخ‌گوی نیازهای مادران باردار نمی‌باشد؛ از طرفی میزان سزارین در ایران بسیار بالاتر از استانداردهای جهانی است. از این رو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه‌ای تحت عنوان تسهیل زایمان فیزیولوژیک را به صورت Pilot study، در چند استان از جمله اصفهان به اجرا گذاشته است. در مطالعه‌ی حاضر بر آن شدیم تا با ارزشیابی این برنامه به نقاط ضعف و قوت آن دست یابیم تا در سطح استان و کشور به نحو بهینه به اجرا در آید.

**روش‌ها:** این مطالعه‌ی Program Evaluation در سال ۱۳۸۸ بر روی برنامه‌ی تسهیل زایمان فیزیولوژیک در اصفهان انجام گردید. بدین منظور از مدل ارزشیابی CDC آمریکا و به صورت ۶ مرحله‌ای استفاده شد. در این بررسی، ۱۵۰ زن باردار شرکت کننده در برنامه، ۱۴۴ تن از همسرانشان، ۲۹ مامای مجری، ۲۱ متخصص زنان و ۸ رئیس بیمارستان حضور داشتند. جهت ارزشیابی شاخص‌های دستیابی به اهداف در هر ۴ حیطه درون‌داد، فرآیند، برون‌داد و زمینه‌ی برنامه بر اساس چک لیست به دست آمده از نظرات ذی‌نفعان تعیین گردید. از طریق مشاهده، مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه، اطلاعات جمع آوری و با استفاده از SPSS<sup>۱۵</sup> تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** در ارزشیابی، موارد مهارت و دانش ماماها، محتوای آموزشی کلاس‌ها، کار تیمی پزشک و ماما، کیفیت آموزش‌های علمی و عملی، پی‌گیری ماما جهت بررسی روش زایمان، رضایت‌مندی مادر، افزایش میزان درخواست زایمان طبیعی، دیدگاه ذی‌نفعان به برنامه و فرهنگ سازی رتبه‌ی عالی، آمادگی بیمارستان‌ها برای زایمان فیزیولوژیک و نحوه‌ی زایمان رتبه‌ی متوسط و نقش رسانه‌ها و اطلاع رسانی رتبه‌ی ضعیف کسب نمود.

**نتیجه‌گیری:** برنامه از نظر محتوی قابل قبول است ولی از نظر محیط و زمینه‌ی اجرایی نیاز به تجدید نظر دارد.

**واژگان کلیدی:** زایمان فیزیولوژیک، تسهیل زایمان فیزیولوژیک، ارزشیابی CDC

### مقدمه

درخواست مادران است. در همین راستا به منظور ارتقاء سلامت مادران، کاهش سزارین‌های غیر ضروری، وزارت بهداشت به تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان فیزیولوژیک (زایمان بدون استفاده‌ی روتین از اکسی توسین روتین و یا سرم تراپی روتین) مبادرت ورزیده و از سال ۱۳۸۷ در چند استان کشور از جمله اصفهان در حال اجرا می‌باشد (۴).

هر برنامه‌ای به منظور بهبود روند خود نیاز به ارزشیابی‌های مستمر یا دوره‌ای دارد (۵). یکی از

دو راه مهم کاهش مرگ و میر مادران ایجاد مراقبت‌های بارداری کافی و زایمان ایمن می‌باشد (۱). مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران که هم اکنون در کشور ما اجرا می‌شود مشابه الگوی مراقبتی امریکا است (۲) و آموزش به مادران در زمینه نحوه زایمان و فواید و مشکلات زایمان طبیعی و سزارین به چشم نمی‌خورد.

آمار سزارین در ایران ۴۶٪ و در استان اصفهان بالاتر بوده است (۳) و یکی از بالاترین دلایل سزارین

\* این مقاله حاصل پایان نامه دوره تخصصی پزشکی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> مربی، دانشکده‌ی مامایی و پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دستیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر زیبا فرج زادگان

روش های ارزشیابی، به روش CDC امریکا است، که طی ۶ مرحله انجام می گردد (۸-۶).

برنامه تسهیل زایمان فیزیولوژیک هم دارای نقاط ضعف و قوت می باشد، از طرفی اجرایی شدن برنامه، باعث کاهش بار سزارین های غیر ضروری و کمک به ارتقاء بهداشت بارداری زنان می گردد. بر آن شدیم تا با ارزشیابی برنامه قبل از اجرای کشوری نقاط ضعف و قوت آن را استخراج و با ارائه بازخورد به وزارتخانه، به بهبودی روند اجرای آن کمک کرده و در نهایت به هدف WHO در کاهش میزان سزارین های غیر ضروری (۲) و داشتن دوره ی بارداری سالم تری برای زنان ایرانی، نزدیکتر شویم.

### روش ها

مطالعه حاضر، program evaluation با روش CDC، بصورت مقطعی و توصیفی بوده و در سال ۱۳۸۸ در اصفهان انجام شده است.

جامعه مورد مطالعه، برنامه تسهیل زایمان فیزیولوژیک بود. محیط پژوهش شامل بیمارستان های دکتر شریعتی، عیسی بن مریم، شهید بهشتی، اصفهان کلینیک، سینا، عسگریه و گلдіس شاهین شهر بود. ابزار گردآوری داده ها، چک لیست، پرسشنامه، مشاهده و مصاحبه بود. پرسشنامه ذی نفعان به صورت مصاحبه پرسشنامه همسران self report جمع آوری گردید.

### مراحل ارزشیابی به روش CDC:

مادران باردار سالم از هفته ۲۰ بارداری بدون در نظر گرفتن سن مادر، که حداقل ۴ جلسه در کلاسهای آمادگی زایمان فیزیولوژیک شرکت کرده بودند، همسرانشان، ماماها ی مجری برنامه، متخصصین زنان مربوطه، مسئول اجرای برنامه در استان، مسئول

واحد مامایی استان، روسای بیمارستانهای مربوطه با سرشماری وارد مطالعه شدند. در صورتی که شرکت کنندگان در مطالعه ۲۰٪ سوالات پاسخ نداده بودند از مطالعه حذف می شدند از مادران و همسرانشان جهت شرکت در مطالعه رضایت شفاهی گرفته شد.

کلاس ها از هفته ۲۰ تا ۳۷ برای زنان بارداری ۸ جلسه تشکیل، هر جلسه ۹۰ دقیقه و شامل: سلام و احوالپرسی، آموزش تئوری، ورزش، تن آرامی، فیلم، بازدید زایشگاه، پرسش و پاسخ. در ۲ جلسه حضور همسر الزامی بود. سپس ارزشیابی CDC و ضرورت ارزشیابی برنامه ارائه گردید.

طی ۵ جلسه، نظرات ذی نفعان به صورت بارش افکار و سوالات باز گرفته، متن گفتگوها نوشته و به منظور تأیید روائی استنباط ها با ذی نفعان آیتم ها، چک گردید. نتایج در ۲۸ آیتم در ۴ حیطه کلی درون داد ها، فرآیندها، نتایج و زمینه به صورت جدول تنظیم و به علت زیاد بودن آیتم ها، کمبود وقت و هزینه به روش دلفی اهم آیتم های الویت دار جهت ارزشیابی استخراج گردید.

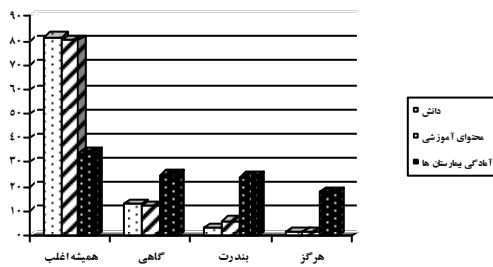
چک لیست تهیه، معیارها و شاخص هاتعیین شد. سپس مشخص شد که در پاسخ به هر سؤال چند درصد پاسخهای همیشه و اغلب را انتخاب کرده اند. اگر بیش از ۶۰ درصد مجموع همیشه و اغلب را انتخاب امتیاز عالی، ۴۱ تا ۶۰ درصد خوب، ۲۰ تا ۴۰ درصد متوسط و کمتر از ۲۰ درصد ضعیف می گرفتند.

جهت ارزشیابی کلی آیتم های دوازده گانه، میانگین درصد های فراوانی مجموع پاسخهای همیشه و اغلب محاسبه و مانند چک لیست امتیازدهی گردید.

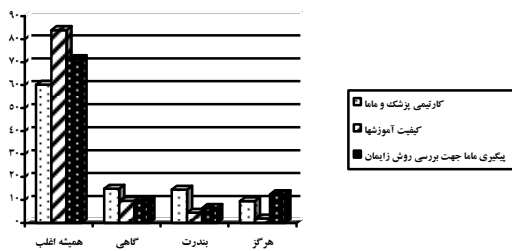
پرسشنامه های ذی نفعان استخراج و پاسخها بر اساس مقیاس لیکرت طبقه بندی گردید. Internal Reliability، validity و face Content validity تعیین شد.

پرسشنامه های ذی نفعان توزیع و سوالات پاسخ داده نشده به صورت تلفنی پرسیده شد.

پرسشنامه ها جمع آوری، ورود اطلاعات با SPSS 15 و با آمار توصیفی محاسبات انجام گردید.



نمودار ۱. ارزشیابی درونداد



نمودار ۲. ارزشیابی فرآیند

## یافته‌ها

میانگین سنی مادران  $31.17 \pm 25.77$  بود. مادران missing data نداشتند. تحصیلات مادران ۲٪ ابتدایی، ۶.۷٪ سیکل، ۴۸٪ و دیپلم و ۴۳٪ تحصیلاتی فوق دیپلم و بالاتر داشتند. از نظر شغل، ۷۸.۷٪ مادران خانه دار، ۱۰٪ کارمند، ۷.۳٪ کار آزاد و ۴٪ نیز دانشجو بودند. از ۱۵۰ همسر، تعداد ۶ نفر پرسشنامه تکمیل نکردند. (دلایل: ۲ نفر مشکلات خانوادگی، ۱ نفر مسافرت و ۳ نفر عدم تمایل)

## ذی نفعان:

۱	روسای ۸ بیمارستان عیسی بن مریم، شهیدبهبشتی، شریعتی، امین، عسگریه، سینا، کلینیک اصفهان و گلدریس شاهین شهر	۲۲/۲۷٪
۲	۱۵۰ مادر بردار شرکت کننده در کلاسهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک	۵۱/۹۶٪
۳	۱۴۴ نفر همسران این مادران	۸/۲۳٪
۴	۲۹ ماما ی مجری کلاسها	۴۲/۵۱٪
۵	۲۱ متخصص زنان که از محتوای برنامه اطلاع داشتند (۱۲ نفر هیئت علمی دانشگاه اصفهان و ۹ نفر غیر هیئت علمی)	۴۰/۹٪
۶	مسئول برگزاری برنامه از طرف وزارت متبوع در استان اصفهان و عضو هسته آموزش و ترویج زایمان فیزیولوژیک	۰/۲۸٪
۷	مسئول واحد مراقبت مادران معاونت درمان استان و عضو هسته مرکزی ترویج زایمان فیزیولوژیک	۰/۲۸٪
۸	جمع ذینفعان ۳۵۴ نفر	۱۰۰٪

جدول ۱. ارزشیابی درونداد

رتبه‌ی ارزشیابی	همیشه-اغلب	گاهی	بندرت	هرگز	آیتم
عالی	۸۱/۵٪	۱۲/۷۵٪	۲/۹۹٪	۱/۷٪	دانش ماماها
عالی	۸۰/۱٪	۱۲/۳۳٪	۶/۰۱٪	۱/۵۵٪	محتوای آموزشی
متوسط	۳۳/۸٪	۲۴/۹۹٪	۲۴/۰۴٪	۱۸/۱۸٪	آمادگی بیمارستان ها از نظر نیروی انسانی و تجهیزات

جدول ۲. ارزشیابی فرآیند

رتبه‌ی ارزشیابی	همیشه-اغلب	گاهی	بندرت	هرگز	آیتم
عالی	۶۰/۲۳٪	۱۴/۸۷٪	۱۴/۴۷٪	۹/۰۵٪	کار تیمی پزشک و ماما
عالی	۸۳/۹۴٪	۹/۶۱٪	۴/۴۸٪	۱/۹۴٪	کیفیت آموزشها
عالی	۷۱/۲۹٪	۹/۶۴٪	۶/۴۷٪	۱۲/۴۷٪	پیگیری ماما جهت بررسی روش زایمان

جدول ۳. ارزشیابی برون داد

آیتم	همیشه-اغلب	گاهی	بندرت	هرگز	رتبه‌ی ارزشیابی
رضایتمندی مادران	٪۹۲/۳۳	٪۷/۳۸	٪۰/۴۳	٪۰/۳۵	عالی
نحوه‌ی زایمان	٪۵۹/۹۴	٪۱۵/۱۶	٪۱۰/۹۱	٪۱۸/۱۷	متوسط
افزایش درخواست زایمان طبیعی	٪۷۹/۵۶	٪۱۲/۷۲	٪۴/۹	٪۱/۵	عالی

جدول ۴. ارزشیابی زمینه

آیتم	همیشه-اغلب	گاهی	بندرت	هرگز	رتبه‌ی ارزشیابی
فرهنگ سازی	٪۸۰/۵۶	٪۱۳/۴۳	٪۴/۴	٪۱/۶۳	عالی
دیدگاه ذی نفعان	٪۷۶/۶۴	٪۱۷/۸۵	٪۶/۶۶	٪۳/۷۲	عالی
فعالیت رسانه	در همه‌ی موارد از یک نفر سوال شد به صورت درصد محاسبه نشد.				ضعیف

## بحث

توسط مامابود. دلایل امتیاز عالی "رضایتمندی مادران" افزایش توانمندی، مشارکت واحساس وابستگی به گروه بود. دلایل امتیاز متوسط "نحوه‌ی زایمان" انجام زایمان در بیمارستان دیگر و عدم حضور همسر بود. آموزش به همسران باعث تخفیف مشکلات بارداری می شود (۱۶). دلایل امتیاز عالی "افزایش درخواست زایمان طبیعی" بالا رفتن آگاهی مادران (۱۷) و آموزش گروهی آگاهی زنان باردار را ارتقاء می بخشد (۱۸).

دلایل رتبه ضعیف "نقش رسانه" عدم تعامل وزارت بهداشت، با رسانه ها و عدم تبلیغات بود. تشویق مادران به استفاده از مراقبت های بارداری، از رسانه مفید میباشد (۱۹).

دلایل رتبه عالی "دیدگاه ذی نفعان"، آنها سزارین را ارزش نمی دانستند. رتبه عالی ماماها به علت ذی نفع بودنشان بود. دلایل رتبه عالی "فرهنگ سازی"، برنامه باید مد نظر قانون گزاران و مردم قرار گیرد.

### محدودیت های مطالعه:

۱. ارزشیابی با توجه به نظر ذی نفعان بود. با ذی نفعان دیگر، شاید موارد دیگر انتخاب میگردید. اکثر ذی نفعان دیپلم و بالاتر بودند که با دموگرافی دیگر مناطق کشور مطابقت ندارد (۲۰). این برنامه در مقیاس کوچک و انجام، در صورت اجرای کشوری ممکن است

دلایل امتیاز عالی "دانش ماماها"، آموزشهای مناسب وزارت بهداشت (۹) و علاقه‌ی ماماها به زایمان واژینال بود. دلایل امتیاز عالی "محتوای آموزشی" کمبود آموزش های بارداری و آموزش بهداشت طی بارداری باعث ارتقاء رفتارهای سلامتی (۱۰) و بهبود کیفیت و کمیت مراقبت ها می شود (۱۱). مدیریت استرس و ورزش عالی ارزیابی شد، کاهش استرس بارداری از اختلالات روانی پیشگیری (۱۲) و فعالیت بدنی زایمان را آسانتر و تولد فرزندی سالم تر را تضمین می نماید (۱۳).

آگاهی های تغذیه ای ضعیف بود. سطح آگاهی های تغذیه ای زنان باردار ایرانی کافی نیست (۱۴). دلایل امتیاز متوسط "آمادگی بیمارستان ها"، عدم امتیاز خاص به خانواده ها، عدم دستمزد به ماماها و کمبود تعداد ماماها ی آموزش دیده بود. مراقبت های بارداری در بیمارستان مشکل داشته است، روسای بیمارستان با پاداش باعث بالا رفتن توانمندی پرسنل می شوند (۱۵).

دلایل نمره‌ی عالی ارزشیابی "کار تیمی پزشک و ماما" متخصصین زنان و ماماها اعتقاد به کار تیمی داشتند. طبق مشاهدات هماهنگی بین دو گروه ضعیف بود. دلایل امتیاز عالی "کیفیت آموزشها" سادگی بیان و آموزشها بود. دلایل امتیاز عالی "پیگیری ماما" آموزش گزارش دهی نحوه‌ی زایمان و ثبت

حیطه های ذکر شده موفق می داند. مراقبت های کنونی، جوابگوی نیازهای مادران نیست، این برنامه پس از رفع معایب و همکاری گسترده ذی نفعان توان اجرایی در کشور را دارا است .

نتایج ارزشیابی بدین گونه نباشد. عدم ارزشیابی تمامی آیتمها ۳. منافع برای ماماها ۴. پاسخ های بهتر به علت تحت نظر بودن (۲۱).

پس از ارزشیابی کلی، محقق این برنامه را در

## References

1. Wang S, Lin A, Cochran S. Women. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, Editors. Oxford Textbook of Public Health. 5<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2005.
2. Lockwood CJ, Magriples U, Ramin SM, Barss VA. The initial prenatal assessment and routine prenatal care [Online]. 2008 Apr [cited 2008 Nov 11]; Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/the-initial-prenatal-assessment-and-routine-prenatal-care/>
3. Registration and reporting system, health deputy -Midwifery Unit Isfahan [Online]. 2009; Available from: URL: [www.http/ cc.mui.ac.ir/](http://www.cc.mui.ac.ir/)
4. Valafar SH. National Safe Motherhood Programme: maternal health care has special integration experts resourceful family. Tehran: Publication Arvij Ministry of Health Medical Education; 2006.
5. Baker QE, Davis DA, Gallerani R, Sanchez V, Viadro C. An Evaluation Framework for Community Health Programs [Online]. 2000; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/eval/evalcbph.pdf/>
6. Morbidity and Mortality Weekly Report. Framework for Program Evaluation in Public Health. CDC 1999; 48(RR-11): 1-35.
7. Cousins JB, Aubry TD, Fowler HS, Smith M. Using key component profiles for the evaluation of program implementation in intensive mental health case management. Evaluation and Program Planning 2004; 27(1): 1-23.
8. Stuff D. Evaluation checklists project [Online]. 2002 Jun; Available from: URL: [www. edu /evalctr / checklists/](http://www.edu/evalctr/checklists/)
9. Group Authors. Country guide Midwifery and maternity services by Doustdaremadar hospital. Tehran: Charsouye Honar, Ministry of Health Medical Education, Office of Population and Family Health, Maternal Health Administration; 2006.
10. Belizan JM, Barros F, Langer A, Farnot U, Victora C, Villar J. Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research. Am J Obstet Gynecol 1995; 173(3 Pt 1): 894-9.
11. Brooks F, Scott P. Knowledge work in nursing and midwifery: an evaluation through computer-mediated communication. Int J Nurs Stud 2006; 43(1): 83-97.
12. Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery 2009; 25(4): 344-56.
13. Sedaghattei P, Arjomand A, Sedaghattei N. Do regular exercise bicycle Karsnj any impact on pregnancy outcome. Journal of Pediatrics 2006; 16(3): 325-31.
14. Khajavei Shojaei K, Parsaei S, Falah N. Knowledge, attitude and practice of pregnant women referred to university hospitals in Tehran, nutrition during pregnancy. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2001; 3(8): 70-5.
15. Mohammadei A, Shoghlei AR. Gap between employee expectations and perceptions about the components of TQM in hospitals Zanjan 2003-2004. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2006; 14(54): 32-9.
16. Hosseini SF, Pour Reza A, Hosseini M, Shojaei Zadeh D. Depression during pregnancy: need for integration of patients, increased participation of husbands. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2005; 7(1): 60-5.
17. Arjmandi Rafsanjani B, Farzinmoghdam S. Assessment of the level of the pregnant womens knowledge towards the advantages and disadvantages of normal vaginal delivery and cesarean section. Journal of Iran University of Medical Sciences 2007; 14(55): 13-22.
18. Toghyani R, Ramazani MA, Izadi M, Shahidi SH, EGhdak P, Motie Z, et al. Effect of group prenatal care on knowledge, attitude and practice of pregnant mothers. Iranian Journal of Medical Education 2007; 7(2): 317-24.
19. Khazar Doust S, Ghanbarei Z, Borna S, Hantoush Zadeh S. Knowledge of factors predisposing maternal high risk pregnancy. Payesh, Journal of Health Sciences Research Institute, University Jihad 2005; 4(2): 121-5.
20. Research & Technology National Research Center of Medical Sciences. Health Sciences and Clinical Medical. Department of Health, Secretariat of the Applied Research. Tehran: Tabalvour; 2002.
21. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical epidemiology: the essentials. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 131.

## Evaluation of “Facility of Physiologic Delivery Program” in Selective Hospitals of Isfahan, Iran\*

Ziba Farajzadegan MD<sup>1</sup>, Ahmad Reza Zamani MD<sup>1</sup>, Mahboobeh Valiani MSc<sup>2</sup>,  
Elham Golshah MD<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** Current ante natal care in Iran is not sufficient to meet the needs of pregnant women; at the same time, the caesarian section procedures are fairly common in the country. Therefore Ministry of Health and Education offered “Facility of physiologic delivery program” as pilot study in several provinces including Isfahan. In this study, we would like to evaluate the strength and weakness of this program in order to improve the national operation.

**Methods:** In this study we performed a program evaluation on operation of Facility of physiologic delivery program in Isfahan in 2009. To achieve this, we used the American CDC evaluation program in 6 levels. In this study, a sample of 150 pregnant women, 144 of their husbands, 29 midwives, 21 gynecologist, and 8 hospital managers participated. The indicators in 4 areas of in-put, process, out-put, and context were received based on ideas stack-holders checklist. The data were gathered through observation interviews and questioners. We has been analyzed and interpreted with SPSS<sub>15</sub>.

**Finding:** The midwives’ skills and knowledge, course’s educational content, physicians and midwife teamwork, scientific and practical education, midwife follow-up with pregnant women, mother’s satisfaction, increasing in request of normal vaginal delivery, stakeholders opinion of the program, and public acceptance of the program received excellent ranking, hospital readiness for normal vaginal delivery and type of delivery received intermediate ranking, and media role in informing public received low ranking.

**Conclusion:** In general, our evaluation indicates that the program is successful and with some correction can be implemented in national level.

**Keywords:** Physiologic delivery, Facility of physiologic delivery, CDC evaluation

\*This paper derived from a medical Speciality thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>2</sup> Instructor, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Resident, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Corresponding Author:** Ziba Farajzadegan MD, Email: farajzadegan@med.mui.ac.ir