

# تأثیر آموزش استفاده از پارتوگرام بر کیفیت مراقبت‌های ارایه شده توسط ماماها

مریم مدرس\*: عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مهوش مشرفی: عضو هیأت علمی گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
سیده طاهره میرمولایی: عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مرجان ضیایی بیدهندی: دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مامایی

## چکیده

**مقدمه:** بر اساس تحقیقات سازمان بهداشت جهانی، یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر مادر و نوزادان زایمان طولانی مدت است که در ۲۵-۵ درصد زایمان‌ها رخ می‌دهد و عامل ۱۱-۸ درصد مرگ‌هاست. در واقع زایمان طولانی در هر ۱۳ دقیقه منجر به مرگ یک مادر می‌شود. به همین دلیل با هدف تعیین تأثیر آموزش استفاده از پارتوگرام بر کیفیت مراقبت‌های ارایه شده توسط ماماها، شاغل در بیمارستان‌های دولتی تهران این تحقیق انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه تجربی با طرح تک گروهی می‌باشد که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون به مرحله اجرا در آمد. واحدهای مورد پژوهش، شامل ۵۳ ماما بودند که در مدت اجرای طرح در زایشگاه‌ها فعالیت داشته و مسئول ثبت سیر زایمان و کنترل زائو در کلیه مراحل زایمانی بودند. نمونه‌های مورد پژوهش، به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پارتوگرام، برگه ثبت اطلاعات و پرسش‌نامه شامل اطلاعات فردی نمونه‌ها بود. برگه‌ی ثبت اطلاعات مورد استفاده شامل چهار بخش کیفیت ثبت سلامت مادر، جنین، سیر زایمان و کیفیت اداره زایمان بود.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که بین آموزش پارتوگرام و نحوه‌ی ثبت انقباضات رحمی، ثبت منحنی اتساع دهانه رحم، ثبت ضربانات قلب جنین، ثبت وضعیت خونریزی واژینال، وضعیت مایع آمنیوتیک، علایم حیاتی مادر، مصرف داروها، آزمایشات ادراری، مناسب بودن تعداد معاینات مهبل، ثبت زمان پارگی کیسه آب و زمان انجام آمنیوتومی و ثبت وضعیت مصرف اکسی‌توسین با  $p < 0/0001$  ارتباط معناداری وجود داشت، یعنی در عملکرد ماماها قبل و پس از آموزش نحوه استفاده از پارتوگرام از نظر این موارد تفاوتی معنادار وجود داشت ولی در نحوه رسم منحنی نزول عضو نمایش، ثبت مولدینگ و وضعیت ارجاع به پزشک متخصص تفاوت معناداری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه آموزش را در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های مامایی مؤثر می‌داند و پیشنهاد می‌شود آموزش پارتوگرام در تمام سطوح مورد توجه قرار گیرد و هم‌چنین بر آموزش استفاده از پارتوگرام در برنامه آموزشی دانشجویان مامایی و برنامه‌های آموزش مداوم، تأکید شود.

## واژه‌های کلیدی: پارتوگرام، آموزش، کیفیت مراقبت‌های مامایی

تاریخ دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۲ تاریخ پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۲ صص ۸۷-۷۹

\* نویسنده مسئول مقاله: تهران - میدان توحید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن و نامبر: ۶۹۳۳۶۰۰

E-mail: MA\_Modares@yahoo.com



## مقدمه

زایمان اگر چه فرایندی طبیعی است، ولی بالقوه خطرناک است. هر ساله، ۲۰۰ میلیون زن باردار می‌شوند که از این تعداد حداقل ۵۸۵/۰۰۰ مرگ مادری در سال معادل ۱۶۰۰ مرگ در روز رخ می‌دهد. بازاء هر مرگ حداقل ۱۵ زن دچار عوارض و نواقص مزمن تا پایان عمر می‌گردند (۱).

هر دقیقه یک مادر به دنبال عوارض حاملگی و زایمان می‌میرد که ۶۰ تا ۸۰ درصد این مرگ و میرها به دنبال خونریزی، عفونت، زایمان طولانی یا انسدادی، پارگی رحمی و پره اکلامپسی<sup>۱</sup> است. مرگ مادر به عنوان هسته خانواده و عامل سلامت و موفقیت سایر اعضای صدمات جبران‌ناپذیری را به خانواده و جامعه وارد می‌سازد و باید گفت با مرگ نیم میلیون نفر زائو، حداقل یک میلیون کودک بی‌مادر می‌شوند (۲).

مورفی<sup>۲</sup> عقیده دارد خستگی مادر، نازایی، خطر پارگی رحم، فیستول‌های وزیکوواژینال<sup>۳</sup> یا سرویکوواژینال<sup>۴</sup>، پارگی‌های شدید ناحیه تناسلی خارجی، سیستوسل<sup>۵</sup> و رکتوسل<sup>۶</sup> و بی‌اختیاری ادراری از جمله عوارض نامطلوب زایمان طولانی هستند که در انتها این تغییرات دستگاه تناسلی منجر به اختلافات شدید با همسر و گاه ویرانی بنیاد خانواده را به همراه دارد (۳).

سالانه ۸/۱ میلیون نوزاد می‌میرند و میلیون‌ها نوزاد بر اثر زایمان طولانی دچار خفگی، تشنج و فلج مغزی می‌گردند و اختلالات ذهنی و فیزیکی را تا آخر عمر تحمل می‌کنند. میزان مرگ و میر نوزادی از ۴۷ به ۲۹۴ در هر هزار تولد زنده در زایمان

انسدادی افزایش می‌یابد و سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که مرگ بر اثر خفگی و صدمات حین زایمان عامل بیش از یک سوم مرگ‌های نوزادی است و زایمان سخت شانس مرگ و میر حول وحوش زایمان را تا پنج برابر افزایش می‌دهد (۴).

۵۹ درصد مرگ‌های مادری در کشورهای آسیایی رخ می‌دهد. میزان مرگ و میر مادر در ایران سالانه ۳۷ در ۱۰۰/۰۰۰ و در تهران ۶۱ در ۱۰۰/۰۰۰ و مرگ نوزادی ۲۰-۱۶ در هزار تولد زنده در سال است.

پارتوگرام<sup>۷</sup>، نموداری ساده و ارزان بوده و بهترین ابزار پایش سیر زایمان و سلامتی مادر و جنین است و به ماما اجازه می‌دهد جزئیات زایمان را به صورت تصویری نمایش دهد. محققین سوئدی یکی از علل عمده کم بودن میزان مرگ و میر مادری - نوزادی در این کشور را کاربرد مداوم پارتوگرام در پایش زایمانی و اهمیت دادن به نقش ماما در این رابطه می‌دانند. کاربرد پارتوگرام، کاهش طول مراحل زایمان، کاهش تعداد دفعات معاینات مهبل، کاهش میزان مصرف اکسی‌توسین<sup>۸</sup> و طول مدت القاء زایمان و کاهش خستگی مادر به دلیل حمایت مداوم را به همراه دارد. علاوه بر این «شبکه پیشگیری از مرگ و میر مادری» اعلام می‌دارد که پارتوگرام زمان دقیق پاره کردن کیسه آب را به ماما نشان داده و سیستم اخطاردهنده زودرسی است که به تصمیم‌گیری در ارجاع به موقع مادر کمک فراوانی می‌کند (۵ و ۶).

پارتوگرام باعث بهبود کار گروهی حین زایمان، درک بهتر فرآیند زایمان و آزادی ماما در توجه فردی به زائو می‌شود. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که به کمک پارتوگرام، ماما رخداد‌های حین زایمان را لمس کرده و کیفیت مراقبت‌های مامایی ارتقاء می‌یابد.

کالج آمریکایی زنان و مامایی توصیه می‌کند، همه ماماها باید پارتوگرام را در پایش

7 - partogramme

8 - oxytocin

1 - preeclampsia

2 - Morphy

3 - vesicovaginal fistula

4 - cervicovaginal fistula

5 - cystocele

6 - rectocele



## مواد و روش کار

در این پژوهش ۵۳ مامای شاغل در بیمارستان بهارلو، ضیائیان، اکبرآبادی و هدایت که مشخصات واحدهای پژوهش را دارا بودند به روش تصادفی از بین کلیه زایشگاه‌های شهر تهران انتخاب شدند. کلیه نمونه‌ها در مدت اجرای طرح در زایشگاه‌های بیمارستان‌های ذکر شده در سال ۱۳۸۱ فعالیت داشته و مسئول ثبت سیر زایمان و کنترل زائو در مرحله اول و دوم زایمان بوده‌اند. پس از کسب مجوز رسمی از بیمارستان‌های مربوطه و رضایت کتبی از ماماها، شاغل، پارتوگرام به وسیله ماماها در مورد زایمان‌هایی تکمیل شد که: بیماری خاص طبی یا جراحی که مانع زایمان واژینال گردد وجود نداشته باشد، حداکثر دیلاتاسیون حین پذیرش ۳ سانتیمتر بوده و جنین علایم زجر جنینی نداشته باشد، عدم وجود سابقه سزارین قبلی و جنین ترم و دارای نمایش سفالیک<sup>۱۰</sup> باشد.

ابزار مورد استفاده این پژوهش، عبارت بودند از پارتوگرام سازمان بهداشت جهانی، که با مشاهده و معاینه زائو توسط واحدهای مورد پژوهش یعنی ماماها تکمیل می‌شد و برگه ثبت اطلاعات<sup>۱۱</sup> جهت ارزیابی کیفیت مراقبت‌های مامایی حین زایمان که در ۴ قسمت طبقه‌بندی شده و با مشاهده عملکرد ماما و نحوه ثبت اطلاعات در پارتوگرام توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. چهار بخش برگه ثبت اطلاعات عبارت بودند از: الف) نحوه ثبت وضعیت سلامتی مادر (علایم حیاتی مادر، مصرف داروها، آزمایش ادراری، وضعیت خونریزی واژینال)، ب) نحوه ثبت وضعیت سلامتی جنین نظیر نحوه ثبت ضربان قلب جنین، مولدینگ<sup>۱۲</sup> سر (روی هم قرار گرفتن استخوان‌های سر جنین) و

زایمان به کار برند، زیرا ثبت صحیح اطلاعات حین زایمان اهمیت زیادی در ارزیابی عملکرد ماما دارد. به رغم تأثیر مثبت این ابزار، هنوز پارتوگرام در سطح جهانی مورد استفاده قرار نگرفته است و هنوز زایمان انسدادی عامل یک سوم مرگ و میرهای زایمانی است (۷). لذا آموزش نحوه صحیح استفاده از پارتوگرام به ماماها، ضروری است.

آموزش منجر به ارتقاء کیفیت خدمات مامایی و افزایش کارایی و اثر بخشی در مراقبت‌ها و بهره‌وری در سیستم بهداشتی درمانی می‌گردد. شبکه پیشگیری از مرگ و میر مادری اعلام می‌دارد که کمبود نیروی انسانی آموزش دیده در اداره زایمان موجب تأخیر در تشخیص زودرس زایمان‌های عارضه دار می‌باشد که این امر باعث ۳۶ درصد از مرگ و میر مادران است. ماماهاهایی که خوب آموزش دیده‌اند، می‌توانند مدیریت کنند، روش‌های جدید را به کار ببرند، از نتایج پژوهش‌ها استفاده کنند و با مهارت تغییرات لازم در نحوه خدمات مورد نیاز قرن ۲۱ را اعمال نمایند (۸).

به منظور کاهش مرگ و میر مادری، کمیته‌ای در سال ۱۹۸۹ در نیامی<sup>۱</sup>، تحت عنوان «دوران مادری ایمن» تشکیل شد که هدف آن کاهش مرگ و میر مادری تا ۵۰ درصد بود. این کمیته که تحت نظر سازمان بهداشت جهانی، یونسف و سازمان‌های غیر دولتی فعالیت دارد، اعلام کرده است: تأمین زایمان ایمن و سلامت به کمک ارتقاء پایش زایمان و کاربرد پارتوگرام از مهم‌ترین مداخلات در جهت ارتقاء سلامت مادر و نوزاد است که این امر تنها به کمک کارکنان آموزش دیده امکان‌پذیر است (۵).

هدف از این پژوهش تعیین تأثیر آموزش استفاده از پارتوگرام بر کیفیت مراقبت‌های مامایی ارایه شده بود.

10 - cephalic

11 - check list

12 - molding

9 - Niamey



ترسیم شده دوباره توسط محقق و همکارش با توجه به برگه ثبت اطلاعات ارزیابی شد و تأثیر آموزش بر کیفیت مراقبت‌های مامایی در رسم پارتوگرام ارزیابی شد.

جهت ارزیابی برگه ثبت اطلاعات برای هر متغیر امتیاز یک یا صفر در نظر گرفته شد. در صورت پاسخ «بلی» امتیاز یک و در صورت پاسخ «خیر» امتیاز صفر به متغیر تعلق گرفت. در صورتی که سؤال مربوطه، جهت زایمان کاربرد نداشت پاسخ «موردی ندارد» در نظر گرفته شد که امتیازی نداشت. امتیاز حاصل از رفتارهای انجام شده به صورت ذیل محاسبه شد:

جمع امتیاز تعداد پاسخ‌های صحیح تقسیم بر کل امتیازات ضربدر ۱۰۰، که تعداد پاسخ‌های «بلی» معیار سنجش کیفیت مراقبت‌ها بود. بدین ترتیب جهت هر برگه ثبت اطلاعات، امتیاز کسب شده جمع‌آوری شد و سپس با بررسی ۵ پارتوگرام قبل از آموزش و ۵ پارتوگرام بعد از آموزش، مجموع نمرات هر ماما، استخراج گردید. کیفیت مراقبت‌ها بر حسب امتیاز به دست آمده به سه دسته مطلوب (۱۰۰٪ - ۷۵٪)، تا حدودی مطلوب (۷۵٪ - ۵۰٪) و نامطلوب (۵۰٪ - ۰٪) تقسیم‌بندی شد. برای به دست آوردن ارتباط متغیر مستقل (آموزش) با متغیر وابسته (نحوه ثبت مراقبت‌ها) از آزمون آماری غیر پارامتریک «ویلکاکسون»<sup>۱۲</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج به دست آمده در مورد مشخصات فردی واحدها نشان داد که ۷۵/۵ درصد نمونه‌ها، کارشناس هستند و ۶۹/۸ درصد از آنها در مورد پارتوگرام اطلاعاتی ندارند. ۳۰/۲ درصد سابقه کار ۱۵-۱۰ سال دارند و سن آنها بین ۳۰ تا ۳۵ سال است.

نحوه ثبت وضع مایع آمنیوتیک، (ج) نحوه ثبت سیر زایمان (رسم منحنی باز شدن دهانه‌ی رحم، رسم منحنی نزول عضو نمایش، انتقال منحنی دیلاتاسیون به خط هشدار، نحوه‌ی ثبت انقباضات رحمی) و (د) نحوه‌ی اداره زایمان به وسیله ماما (تعداد معاینات مهبل، زمان آمنیوتومی، ثبت وضعیت مصرف اکسی‌توسین، وضعیت ارجاع زائو به پزشک متخصص). پرسش‌نامه شامل اطلاعاتی در مورد سن ماما، مدرک تحصیلی، سابقه کار در اطاق زایمان و میزان اطلاعات آنها در مورد پارتوگرام بود که با روش مصاحبه، اطلاعات در پرسش‌نامه کتبی ثبت شدند.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از مطالعه مقدماتی و آزمون هم‌زمان استفاده شد. در پیش‌آزمون هر ماما جهت ۵ زایمان پارتوگرام ترسیم نمود. با کمک برگه‌های ثبت اطلاعات، کیفیت مراقبت‌های مامایی شامل کیفیت ثبت وضعیت سلامت مادر و جنین، کیفیت ثبت سیر زایمان و کیفیت اداره‌ی زایمان ارزیابی شد. سپس آموزش به ماماها طی سه جلسه به مدت ۳۰ دقیقه در طول یک ماه در مراحل زیر آرایه شد: در ابتدا تاریخچه، اصول و اجزای پارتوگرام، نحوه‌ی ثبت اطلاعات و کاربرد پارتوگرام با روش سخنرانی و پرسش و پاسخ به صورت فردی به هر ماما آموزش داده شد، به صورت آزمایشی دو نمونه پارتوگرام به وسیله آموزش‌دهنده تکمیل شد، اشکالات موجود در نمودارهای زایمانی رسم شده به وسیله ماما رفع و جزوه آموزشی در اختیار ماما قرار گرفت.

نمونه‌ایی از جزوه‌ی آموزشی نیز در اختیار سرپرست اطاق زایمان قرار گرفت. سپس هر ماما ۵ نمودار را برای ۵ زایمان به عنوان پس آزمون ترسیم نمود. نمودارهای

**جدول شماره ۱-** توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت ثبت وضع سلامت جنین توسط ماماها‌ی شاغل در اتاق زایمان قبل و پس از آموزش پارتوگرام زایشگاه‌های دولتی شهر تهران سال ۱۳۸۱

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		تاحدی مطلوب		نامطلوب		بعد از آموزش قبل از آموزش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$Z=6/831$	۷۵/۵	۴۰	۱۷	۹	۵۸/۵	۳۱	۰	۰	نا مطلوب
$p<0/0001$	۲۴/۵	۱۳	۲۴/۵	۱۳	۰	۰	۰	۰	تاحدی مطلوب
تغییرات پس از آموزش معنادار است	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	مطلوب
	۱۰۰	۵۳	۴۱/۵	۲۲	۵۸/۵	۳۱	۰	۰	جمع

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که ۷/۵ درصد از افرادی که قبل از آموزش، ثبت نامطلوبی داشتند، پس از آموزش دارای ثبت تا حدی مطلوب شده و ۵۰/۹ درصد از آنها ثبت مطلوب یافتند. ۳۵/۹ درصد افراد گروه تا حدی مطلوب، پس از آموزش ثبت مطلوب نشان دادند. در مجموع ۵/۷ درصد بدون تغییر ماندند. نتیجه آزمون آماری ویلکاکسون، با  $p<0/0001$  نشانه معنادار بودن نحوه ثبت وضعیت سلامتی مادر پس از آموزش بود.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که ۵۸/۵ درصد افرادی که کیفیت ثبت نامطلوبی قبل از آموزش داشتند پس از آموزش ثبت تا حدی مطلوب پیدا کردند و ۱۷ درصد آنها نیز دارای ثبت مطلوب شدند. کیفیت ثبت ۲۴/۵ درصد افرادی که پیش از آموزش ثبت تا حدی مطلوب داشتند پس از آموزش به مطلوب ارتقاء یافته بود. نتیجه آزمون ویلکاکسون، با  $p<0/0001$  بهبود معنادار کیفیت ثبت وضع سلامتی جنین پس از آموزش را نشان می‌دهد.

**جدول شماره ۲-** توزیع فراوانی مطلق و نسبی نحوه ثبت وضعیت سلامت مادر توسط ماماها‌ی شاغل در اتاق زایمان قبل و پس از آموزش پارتوگرام زایشگاه‌های دولتی شهر تهران سال ۱۳۸۱

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		تاحدی مطلوب		نامطلوب		بعد از آموزش قبل از آموزش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$Z=6/353$	۵۸/۴	۳۱	۵۰/۹	۲۷	۷/۵	۴	۰	۰	نا مطلوب
$p<0/0001$	۳۵/۹	۱۹	۳۵/۹	۱۹	۰	۰	۰	۰	تاحدی مطلوب
تغییرات پس از آموزش معنادار است	۵/۷	۳	۵/۷	۳	۰	۰	۰	۰	مطلوب
	۱۰۰	۵۳	۹۲/۵	۴۹	۷/۵	۴	۰	۰	جمع



**جدول شماره ۳-** توزیع فراوانی مطلق و نسبی ثبت سیر زایمان توسط ماماها‌ی شاغل در اتاق زایمان قبل و پس از آموزش پارتوگرام زایشگاه‌های دولتی شهر تهران سال ۱۳۸۱

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		تاحدی مطلوب		نامطلوب		بعد از آموزش قبل از آموزش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$Z=0/340$	۹۸/۱	۵۲	۱۳/۲	۷	۴۹/۱	۲۶	۳۵/۸	۱۹	نا مطلوب
$p<0/0001$	۱/۹	۱	۰	۰	۱/۹	۱	۰	۰	تاحدی مطلوب
تغییرات پس از آموزش معنادار است	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	مطلوب
	۱۰۰	۵۳	۱۳/۲	۷	۵۱	۲۷	۳۵/۸	۱۹	جمع

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که ۳۳/۳ درصد از افرادی که قبل از آموزش اداره زایمان نامطلوب داشته‌اند، پس از آموزش در گروه تا حدودی مطلوب قرار گرفته و ۱۹/۱ درصد اداره زایمان مطلوبی را نشان دادند. ۹/۵ درصد افرادی که قبل از آموزش اداره زایمان تاحدی مطلوب داشتند، پس از آموزش، وضعیت مطلوبی را نشان دادند و ۱۴/۳ درصد از آنها تغییری نشان ندادند و ۱۴/۳ درصد در گروه نامطلوب قرار گرفتند. آزمون آماری ویلکاکسون، با  $p<0/0001$  تغییرات معناداری را در اداره زایمان نشان داد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که ۳۵/۸ درصد افرادی که قبل از آموزش ثبت سیر زایمان نامطلوب داشته‌اند، پس از آموزش نیز بدون تغییر مانده‌اند و ۴۹/۱ درصد ثبت تاحدی مطلوب و ۱۳/۲ درصد ثبت مطلوب یافته‌اند. تمام افرادی که قبل از آموزش ثبت تا حدودی مطلوب داشتند، پس از آموزش تغییری نکردند. قبل از آموزش هیچ مورد ثبت مطلوب مشاهده نشده بود ولی پس از آموزش در ۱۳/۲ درصد ثبت مطلوب بود. نتیجه آزمون آماری ویلکاکسون، با  $p<0/0001$  نشانه بهبود معنادار ثبت سیر زایمان پس از آموزش بود.

**جدول شماره ۴-** توزیع فراوانی مطلق و نسبی نحوه اداره زایمان توسط ماماها‌ی شاغل در اتاق زایمان قبل و پس از آموزش پارتوگرام زایشگاه‌های دولتی شهر تهران سال ۱۳۸۱

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		تاحدی مطلوب		نامطلوب		بعد از آموزش قبل از آموزش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$Z=4/22$	۵۲/۴	۲۲	۱۹/۱	۸	۳۳/۳	۱۴	۰	۰	نا مطلوب
$p<0/0001$	۳۸/۱	۱۶	۹/۵	۴	۱۴/۳	۶	۱۴/۳	۶	تاحدی مطلوب
تغییرات پس از آموزش معنادار است	۹/۵	۴	۰	۰	۴/۷۵	۲	۴/۷۵	۲	مطلوب
	۱۰۰	۴۲	۲۸/۶	۱۲	۵۲/۳۵	۲۳	۱۹/۰۵	۸	جمع



## بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آموزش بر نحوه‌ی ثبت وضعیت سلامتی جنین تأثیری مثبت ( $p < 0/0001$ ) دارد. در این زمینه باید گفت که آموزش تأثیر مثبت بر ثبت ضربان قلب جنین و وضعیت مایع آمنیوتیک داشته است که این دو از مهم‌ترین عوامل شناسایی زودرس نیاز نوزاد به احیاء و کاهش مرگ و میر جنینی - نوزادی هستند. نتیجه این تحقیق نشان داد که آموزش بر نحوه ثبت مولدینگ اثر ندارد که علت این امر می‌تواند مربوط به مرسوم نبودن ثبت مولدینگ در بیمارستان‌های کشور ایران و مشکل بودن تشخیص مولدینگ به دلیل وجود بوس<sup>۱۴</sup> زایمانی یا کاپوت ساکسی دانوم<sup>۱۵</sup> باشد. تغییر شکل استخوان‌های سر، نشانه وجود زایمان سخت، زایمان طولانی یا زایمان انسدادی است. هر چه میزان روی هم رفتن استخوان‌های سر جنین بیشتر باشد، احتمال عوارض جنینی - نوزادی نظیر خونریزی‌های داخل مغزی و شکستگی‌های استخوان‌های جمجمه افزایش می‌یابد.

با ثبت صحیح مولدینگ می‌توان زایمان سخت را بسیار سریع شناسایی کرده و از عوارض مادری و نوزادی بالقوه خطرناک کاست (۸). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد آموزش نحوه‌ی ثبت وضع سلامت مادر را بهبود می‌بخشد ( $p < 0/0001$ ). ثبت صحیح خونریزی واژینال، در تشخیص اختلالات جفتی نظیر جفت سرراهی، دکولمان<sup>۱۶</sup> (جدا شدن زودرس جفت) یا اختلالات انعقادی مادر مؤثر است و می‌توان قبل از بروز عوارض

جنینی یا شوک هایپوولمیک در مادر اقدامات مناسب درمانی را به مرحله اجراء در آورد. ثبت صحیح آزمایشات ادراری نقش مهمی در تشخیص عفونت‌های ادراری تحتانی و فوقانی دارد و نیز ثبت میزان پروتئین ادرار در تشخیص زودرس پره‌اکلامپسی مؤثر است. ثبت مصرف داروها و مایعات به طور دقیق برای مادران موجب افزایش کیفیت مراقبت از مادر خواهد بود. بنابراین آموزش چگونگی ثبت این موارد می‌تواند باعث دقت بیشتر مراقبین (ماماها) در مراقبت خود از زائوها شود و مانع از مصرف بیش از حد داروها به دلیل عدم آگاهی کارکنان شود. ثبت صحیح وضعیت سلامتی مادر، در تصمیم‌گیری صحیح و تداوم مراقبت‌ها و رشد شغلی ماماها نقش بسیار مهمی دارد و تمام ماماها بر این عقیده‌اند که بدون کاربرد پارتوگرام اداره زایمان، کورکورانه است.

نتایج این مطالعه نشان داد آموزش بر کیفیت ثبت سیر زایمان اثر مثبت دارد ( $p < 0/0001$ ). در این زمینه باید گفت که آموزش تأثیر مثبت در ثبت منحنی دیلاتاسیون، انتقال منحنی و ثبت انقباضات رحمی دارد ولی در نحوه ثبت منحنی نزول تغییر مثبتی مشاهده نشد ( $p < 0/059$ ). دلیل این امر در مطالعه اخیر می‌تواند روش اندازه‌گیری و ثبت نزول عضو نمایش جنین در پارتوگرام باشد، زیرا نزول عضو نمایش جنین، جهت ثبت در پارتوگرام باید به وسیله پهنای انگشت شصت و سایر انگشتان که به صورت بسته کنار هم قرار گرفته‌اند اندازه‌گیری شود. این روش از معاینه مهلی دقیق‌تر است زیرا تورم سر جنین با نزول واقعی توسط افراد بی‌تجربه اشتباه گرفته می‌شود. حجم کاری زیاد کارکنان و مشکل

14 - boss

15 - cuput succedaneum

16 - placenta abruption



مهارت‌های عملی، نگرشی و کیفیت مراقبت‌ها را افزایش دهد.

### پیشنهادات

با توجه به عدم کاربرد پارتوگرام به خصوص در ایران پیشنهاد می‌شود که پارتوگرام به مسئولین وزارت بهداشت و درمان و مسئولین بیمارستان‌های زنان و مامایی معرفی گردد. در این راستا لازم است کارگاه‌های منظم آموزشی جهت آموزش تمام ماماها، شاغل در بیمارستان‌ها، مراکز تسهیلات زایمانی و ماما روستاها برگزار گردد. بهتر است مسئولیت کلیه بخش‌های اورژانس زایمان و اتاق زایمان با ماما باشد تا از اجرای پارتوگرام حمایت کند. همچنین می‌توان در تحقیقات آینده ارزش خطوط پارتوگرام، ارزش نقاط ارجاعی پارتوگرام، تأثیر آموزش پارتوگرام در کاهش مرگ و میر مادری - نوزادی، میزان سزارین، کاهش طول مراحل زایمانی و کاهش میزان زایمان‌های طولانی و انسدادی مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

از کلیه‌ی ماماها و سایر همکاران که در تمام مراحل انجام این تحقیق با پژوهشگران همکاری داشته‌اند تشکر می‌نماییم.

بودن روش فوق و مرسوم نبودن این روش در تعیین نزول سر جنین در بیمارستان‌های ما می‌تواند در عدم استفاده از پارتوگرام در هدف این پژوهش مؤثر باشد. به نظر محققین آموزش بیشتر و بهتر در مورد نحوه‌ی اندازه‌گیری نزول عضو نمایش اهمیت خاصی دارد زیرا اندازه‌گیری نزول و اتساع دهانه رحم و انقباضات رحمی از اجزاء اصلی پارتوگرام هستند که در تشخیص زودرس زایمان طولانی نقش بسیار با اهمیتی دارند. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش بر کیفیت اداره زایمان شامل مصرف اکسی‌توسین، تعداد معاینات مهبل و زمان آمنیوتومی<sup>۱۷</sup> (توسط فرد معاینه کننده) به طور معناداری اثر دارد ( $p < 0/0001$ )، ولی بین آموزش و وضعیت ارجاع به پزشک رابطه معناداری وجود نداشت ( $p < 0/076$ ).

با توجه به سیستم اداره زایمان‌های طبیعی در بیمارستان‌های آموزشی تفکیک موارد ارجاع به پزشک که در پارتوگرام سازمان بهداشت جهانی آمده است امکان‌پذیر نیست و ارجاع فوری مادر به پزشک و یا مرکز مجهز بیشتر در مواردی که ماما به صورت مستقل و تنها در مرکزی دور از پزشک متخصص زنان فعالیت می‌نماید کاربرد دارد.

مطالعه اخیر نشان داد که در کل آموزش بر ثبت اطلاعات در پارتوگرام، کاربرد پارتوگرام، ارتقاء دانش ذهنی و توانایی مداخله بالینی ماماها مؤثر است. کاربرد صحیح پارتوگرام، کلید مراقبت‌های با کیفیت بالا در طول زایمان است و آموزش به ماما در این راستا می‌تواند دانش ذهنی،





## منابع

- 1 - Kean L, Baker P, Edelstone D, editors. Best practice in labour ward management. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Harcourt publisher Co; 2000.
- 2 - Pettersson KO, Svensson ML, Christensson K. Evaluation of an adapted model of the World Health Organization partograph used by Angolan midwives in a peripheral delivery unit. *Midwifery*. 2000; 16 (2): 82-8.
- 3 - Murphy DJ. Failure to progress in the second stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001; 13(6): 557-61.
- 4 - [No authors listed] The mother-baby package: WHO's guide to saving women's and infants' lives. *Safe Mother*. 1994; (15): 4-7.
- 5 - Theron GB. Effect of the maternal care manual of the perinatal education programme on the ability of midwives to interpret antenatal cards and partograms. *J Perinatol*. 1999; 19 (6 Pt 1): 432-5.
- 6 - Wacker J, Kyelem D, Bastert G, Utz B, Lankoande J. Introduction of a simplified round partogram in rural maternity units: Seno province, Burkina Faso, West-Africa. *Trop Doct*. 1998 Jul; 28(3):146-52.
- 7 - DeSandre CA. Midwives as primary care providers. *J Midwifery Womens Health*. 2000; 45(1): 81-3.
- 8 - Enkin M, Keirse MJ, Chalmers I, Enkin E. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 1<sup>st</sup> ed. Oxford New York: Oxford University Press; 1989.

