

تجارب مراقبین بهداشتی از مراقبتهای قبل از لقاح زنان دیابتی در سیستم بهداشتی

*نفیسه السادات نکویی^۱ شراره دوازده امامی^۲

چکیده

زمینه و هدف: امروزه دانش و آگاهی زیادی جهت بررسی مراقبت مامائی از زنان حامله مبتلا به دیابت وجود دارد و به کارگیری مراقبت صحیح قبل و حین حاملگی یک روش موثر و مفید برای محدود کردن عوارض بیماری می‌باشد. مراقبین شاغل در مراکز بهداشتی درمانی از جمله مهمترین افرادی هستند که قادر به ارائه مراقبت قبل از لقاح می‌باشند. هدف از این مطالعه تعیین تجربیات مراقبین بهداشتی در مورد مراقبت قبل از لقاح در زنان دیابتی بوده است.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه کیفی به شیوه فنومنولوژی بود که در آن تجارب ۱۵ نفر از مراقبین بهداشتی شاغل در مراکز دولتی و خصوصی شهر اصفهان در ارتباط با مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی با استفاده از مصاحبه عمیق مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف تا اشباع اطلاعات انجام شد. نتایج با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلازی آنالیز گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر مراقبین بهداشتی عملکرد و مشخصات سیستم بهداشتی درمانی (اعم از کارکنان و سیستم) در کیفیت مراقبت قبل از لقاح خانم دیابتی مهم است. همچنین طبق یافته‌ها وضعیت آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی از نظر مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی مناسب به نظر نمی‌رسد. یافته‌های به دست آمده بر طبق بیان تجارب توسط کارکنان در سه مفهوم اصلی ۱- آگاهی و نگرش کارکنان ۲- آموزش کارکنان ۳- سیستم بهداشتی درمانی دسته بندی شد.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌های پژوهش لزوم آگاه سازی کارکنان، آموزش مداوم، طراحی یک سیستم مناسب و رفع مشکلات موجود برای ارائه مراقبت قبل از لقاح خانم‌های دیابتی احساس می‌شود.

کلید واژه‌ها: تجارب مراقبین بهداشتی، مراقبت قبل از لقاح، زنان دیابتی

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۸۹/۴/۱۸

^۱ کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (*مؤلف مسؤول)

شماره تماس: +۳۱۱۷۹۲۲۹۳۹
Email: Nekuei@nm.mui.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

یکی از راههایی که می‌تواند بر سلامتی مادر و جنین در دوران حاملگی و بعد از آن مؤثر باشد، ارائه مراقبت قبل از لقاح است. این عملکرد عامل مهمی در کاهش مرگ و میر نوزاد و باعث افزایش سلامت فیزیکی و فیزیولوژیکی و اطمینان از پیشرفت سالم حاملگی است.^(۱)

دیابت بیماری مزمنی است که می‌تواند بر سرانجام حاملگی تاثیر بگذارد و نیز می‌تواند تحت تاثیر حاملگی قرار گرفته و عوارض شدیدی در مادر بیمار ایجاد کند. در صورت عدم کنترل بیماری قبل و حین حاملگی عوارض مهم کوتاه و دراز مدت در مادر و جنین ایجاد خواهد شد.^(۲) ارائه مراقبت قبل از لقاح در این افراد شامل کنترل دقیق قند خون قبل از حاملگی، ارائه مشاوره ژنتیک، ارزیابی عوارض دیابت (نفروپاتی، نوپاتی و رتینوپاتی) ارزیابی جنبه‌های روانی حاملگی و زایمان^(۳) صحبت در مورد میزان انتقال دیابت، اثرات حاملگی بر روی عوارض مادری و جنینی^(۴) و سایر موارد است. این موارد اقدام می‌تواند باعث کاهش شیوع ناهنجاری مادر زادی، ماکروزومی، ابتلا، نوزاد^(۵)، سقط خودبخود و کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و صرف هزینه شود.^(۶،۷،۸)

زنانی که قبل از حاملگی مبتلا به دیابت هستند، در معرض خطر از دست دادن جنین، ناهنجاری مادرزادی، اختلال رشد جنین و سایر عوارض می‌باشند ارائه مراقبت قبل از لقاح می‌تواند باعث کاهش این خطرات شود.^(۹) مطالعات نشان داده است که بسیاری از زنان دیابتی از خطرات حاملگی آگاهی ندارند. بیش از دو سوم حاملگی‌ها در این افراد بدون برنامه‌ریزی است و انجام مراقبت قبل از لقاح باعث کاهش بروز عوارض و ایجاد حاملگی با برنامه می‌شود.^(۱۰)

یک مطالعه انجام شده بر روی خانم‌های دیابتی نشان داد که زنانی که مراقبت قبل از لقاح دریافت داشته بودند، نتایج بارداری نسبت به کسانی که حاملگی بدون برنامه‌ریزی داشتند، بهتر بود.^(۱۱) با این بررسی کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی از جمله مهمترین افرادی هستند که به صورت مستمر با زنان در سنین باروری در ارتباط می‌باشند و قادر به ارائه مراقبت قبل از لقاح هستند. توجه این گروه به

این مسئله، توانایی و تجربه آنها در انجام آن و شرایط محیطی نقش مهمی در کیفیت این نوع مراقبت دارند و بررسی تجارب این افراد در ارائه مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی در سیستم بهداشتی درمانی می‌تواند راهکارهای مناسبی را جهت ارائه بهتر آن فراهم کند. شناسایی تجارب این افراد می‌تواند چالش‌های موجود در ارائه مراقبت قبل از لقاح و نقش مراقبین بهداشتی درمانی در ارائه این خدمات را تا حد زیادی مشخص کند. هدف از این مطالعه تعیین تجارب مراقبین بهداشتی از مراقبت قبل از لقاح در زنان دیابتی بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر تحقیق کیفی با روش فنومنولوژی بود. نمونه‌های این پژوهش مراقبین بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر شهر اصفهان بودند. حجم نمونه تا زمان اشباع اطلاعات تعیین شد (۱۵ نفر) به طوری که با مصاحبه بعدی کد جدیدی حاصل نشد شرایط ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

۱- مراقبین بهداشتی که با زنان دیابتی سن باروری در ارتباط بودند

۲- وجود تجربه انجام مراقبت قبل از لقاح در زنان دیابتی

۳- تمایل به شرکت در مطالعه

محیط پژوهش مرکز دیابت وابسته به تأمین اجتماعی شهر اصفهان، مرکز بهداشتی درمانی تأمین اجتماعی خوراسگان و چند مطب خصوصی بود. در سایر مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان به دلیل عدم مراجعه زنان دیابتی نمونه‌ای که مراقبت قبل از بارداری به این زنان ارائه داده باشد، وجود نداشت. نحوه تجزیه و تحلیل با روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد.

در این مطالعه پژوهشگران پس از اخذ مجوزهای قانونی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مراکز دولتی و خصوصی که احتمال وجود نمونه‌های مورد نظر داده می‌شد، مراجعه نمودند. پس از مشخص شدن وجود شرایط لازم برای نمونه مورد نظر با افراد واجد شرایط صحبت شده و در مورد هدف تحقیق و شرایط آن توجیه شدند. سپس زمانی جهت مصاحبه حضوری مشخص گردید. مصاحبه با روش غیر ساختاری انجام شد. به صورتی که نمونه‌های مورد نظر در

یافته ها

از ۱۵ نفر شرکت کننده در مطالعه ۶ نفر پزشک عمومی ۳ نفر ماما ۲ نفر متخصص زنان ۳ نفر متخصص داخلی و ۱ نفر کارشناس بهداشت خانوادگی بود. (لازم به ذکر است که در محیط های بالینی شهر اصفهان حداقل در زمان انجام پژوهش سایر اعضا تیم پزشکی درگیر در ارائه مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی نبودند.) در این پژوهش ۳ مفهوم و ۸ زیر مفهوم به دست آمد که شامل موارد زیر است:

الف- آگاهی و نگرش کارکنان:

۱- آگاهی در مورد نقش خود

۲- آگاهی و نگرش در مورد بیماری و سرانجام حاملگی

۳- آگاهی و نگرش در مورد کیفیت مراقبت

ب- آموزش کارکنان:

۱- کیفیت آموزش ۲- لزوم آموزش

ج- سیستم بهداشتی درمانی:

۱- لزوم وجود تیم مراقبتی و مسئولیتهای حرفه‌ای

۲- نحوه کار و عملکرد مراکز بهداشتی

۳- کیفیت ارائه مراقبت که نمونه‌ای از آن به شرح زیر است:

همه مفاهیم به دست آمده ناشی از آنالیز مصاحبه ها می باشد که به صورت خلاصه قسمتهایی از مصاحبه های بیان شده توسط کارکنان ذکر می گردد:

۱-۱ آگاهی در مورد نقش خود:

در ارتباط با این زیر مفهوم با سوالات انجام شده از نمونه ها اطلاعاتی در مورد وضعیت آگاهی آنها به دست آمد که نمونه ای از آن در مصاحبه زیر نشان داده شده است:

یکی از شرکت کنندگان می گوید: " مسئولیت مستقیم بیماران دیابتی به عهده مراقبین بهداشتی است و من به عنوان یک متخصص زنان مسئولیت جانبی دارم."

۱-۲ آگاهی و نگرش در مورد بیماری دیابت و سرانجام حاملگی در آن

وضعیت آگاهی و نگرش نمونه ها در ارتباط با بیماری و سرانجام حاملگی متفاوت بود که نمونه هائی از آن در مصاحبه های زیر مشهود است. شرکت کننده شماره ۵ می گوید "در سنین باروری نمی توان گفت حامله نشود". شرکت کننده شماره ۲ می گوید:

مطرح کردن مسائل و تجربیات آزادی کامل داشتند. جهت انجام مصاحبه یک محیط خصوصی و آرام تعیین گردید. مدت زمان مصاحبه ۶۰-۲۰ دقیقه بود. با اجازه شرکت کنندگان متن مصاحبه ها بر روی کاست ضبط گردید و سپس بر روی کاغذ پیاده شد. نمونه گیری تا حد اشباع اطلاعات برای رسیدن به سؤال پژوهش انجام شد. (سؤال پژوهش: تجارب توصیف شده توسط مراقبین بهداشتی از مراقبت قبل از بارداری در زنان دیابتی چه بوده است؟) به طوری که پس از مصاحبه های مکرر کد جدیدی به دست نیامد. زمان نمونه گیری از آبان ماه ۱۳۸۴ تا مرداد ماه ۱۳۸۵ بود.

محدودیت اصلی این مطالعه شامل کمبود نمونه واقعی بود، به دلیل اینکه بسیاری از افراد تیم پزشکی درگیر در ارائه مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی نبودند و بسیاری از افرادی که به نظر نمونه مطالعه بودند، به دلایل مختلف تاکنون چنین تجربه‌ای نداشتند. این مسئله باعث طولانی شدن زمان نمونه گیری گردید. پس از استخراج، مطالب به روش هفت مرحله‌ای کلایزی تجزیه و تحلیل گردید. در ابتدای تجزیه و تحلیل، پژوهشگر با خواندن دقیق و مکرر متن مصاحبه‌ها و توصیف وضعیت هر یک از شرکت کنندگان سعی در درک بهتر مطلب نمود. در مرحله دوم جملات و واژه‌های مهم از متن مصاحبه‌ها استخراج گردید. در مرحله سوم بر اساس مراحل کلایزی پژوهشگر اقدام به مفهوم سازی و فرموله کردن معانی استخراج شده نمود که در نتیجه آن ۸۳ کد تنظیم گردید. در مرحله چهارم کلایزی پژوهشگر مرحله سوم را برای هر کدام از مطالب عنوان شده توسط شرکت کنندگان تکرار کرد و آنها را درون دسته بندی‌های خاصی مرتب نمود. در نهایت بر اساس هدف پژوهش این دسته ها در ۳ مفهوم اصلی و ۸ زیر مفهوم خلاصه گردیدند. در مرحله پنجم کلایزی ۳ مفهوم و ۸ زیر مفهوم به دست آمده ترکیب شده و به صورت یک توصیف جامع درون یک مفهوم کلی سیستم بهداشتی درمانی قرار داده شد. این مفهوم پایه این پژوهش را تشکیل می دهد. جهت اطمینان از قابلیت اعتماد و صحت یافته‌ها پس از استخراج نهایی، مطالب مجدداً با شرکت کنندگان در میان گذاشته شد و مشخص شد که نتایج به دست آمده با نظرات واقعی آنها مطابقت دارد.

" چیزی که من دیده ام کارکنان درمانگاهها روی خانم دیابتی باردار بیشتر دقت دارند و کار می کنند ولی برای زنان دیابتی غیرباردار خیلی توجه نمی کنند که اینها در معرض بارداری هستند"

۱-۳ آگاهی و نگرش در مورد کیفیت مراقبت در این مورد یکی از شرکت کنندگان می گوید " بیمارانی که دارای عوارض هستند باید توسط متخصص تحت نظر قرار گیرند. " همچنین نمونه دیگری می گوید " در تمام کلاسهای دیابت باید قند خون به صورت دقیق کنترل شود "

۱-۲ کیفیت آموزش: در این رابطه شرکت کننده شماره ۴ گفته است " هیچ آموزشی در ارتباط با مراقبت بیماران دیابتی (خصوصاً قبل و بعد از حاملگی) برای کارکنان وجود نداشته است که کد "عدم آموزش کارکنان در ارتباط با مراقبت قبل از بارداری دیابتی حین تحصیل و کار" به آن تعلق گرفت. (منظور از کارکنان کلیه افراد تیم پزشکی است که به نحوی در مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی درگیر می شوند).

۲-۲ لزوم آموزش در ارتباط با این زیر مفهوم شرکت کننده شماره ۱۱ گفته است: " باید در سیستم بهداشتی درمانی ماماها و پزشکان عمومی کاملاً در مورد قضیه دیابت و حاملگی توجیه شوند، اینها بیشتر با مردم ارتباط دارند. به طور جدی نیاز به آموزش برای همه داریم."

و شرکت کننده شماره ۱۲ نیز بیان کرده است " اکثرأ توجهی به مسئله دیابت و مراقبت قبل از بارداری ندارند. حساسیت کم است. اطلاعات هم سطحی و فرمالیته است. در دوران تحصیل توجه زیادی به این مسئله نشده است. در دوران کار هم کمی آموزش دیده ایم، ولی کافی نیست."

لزوم وجود تیم مراقبتی و مسئولیتهای حرفه ای در این رابطه شرکت کننده شماره ۷ بیان کرده است که: مراقبت قبل از بارداری یک کار تیمی است. یک مرحله به عهده بهداشت خانواده است بعد ماما و بعد پزشک عمومی و

متخصص غدد، باید مراحل رعایت شود. و نیز در این مورد شرکت کننده شماره ۶ میگوید:

" اکثرأ زنان دیابتی نزد متخصص زنان می روند و زمانی به متخصص غدد مراجعه می کنند که دیر است و در حالی که قند خون بالا است، حامله می باشند. گاهی پزشک زنان به آنها نمی گوید یا آنها به پزشک نمی گویند."

نظر شرکت کننده شماره ۱۵ (متخصص زنان) این است که: " همه افراد پزشکی جهت مراقبت دوران بارداری مسئولند اما بیشتر متخصصین داخلی باید فعالیت کنند، زیاد با ما کاری ندارند."

و شرکت کننده شماره ۷ اظهار داشته است که: " شاید یکی از علل اینکه کارشناسان ما به این مسئله توجه نمی کنند یا کم توجه می کنند این باشد که پشتوانه آنها به پزشک است و یا اینکه مسئولیت مستقیم بیمار را ندارند و لذا همه چیز را به عهده پزشک می گذارند."

که کد "لزوم وجود یک تیم جهت ارائه مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی" به آن تعلق گرفت.

۲-۳ نحوه کار و عملکرد مراکز بهداشتی

شرکت کننده شماره ۱۰ می گوید: " وضعیت سیستم بهداشتی طوری است که صرفاً قرار است کار به صورت فرمالیته انجام شود. فقط اعلام می شود که کاری انجام شده است و آمار می دهند، در حالی که عملاً کاری انجام نشده است " که کد "سنجیده شدن کیفیت کار از روی آمار" به آن تعلق گرفت. و نیز شرکت کننده شماره ۱۳ اظهار داشته است که: " نه مراکز خصوصی و نه دولتی هیچکدام مشاوره خوب نمی دهند. مراکز دولتی بسیار شلوغ است و چون بیماران کم درآمد مراجعه می کنند کسی آنها را به حساب نمی آورد."

۳-۳ کیفیت ارائه مراقبت

در ارتباط با این زیر مفهوم شرکت کننده شماره ۱۲ می گوید " کارکنان درمانگاهها انگیزه زیادی برای وقت گذاشتن روی بیمار ندارند. چه یک دقیقه و چه ۱۰ دقیقه وقت گذاشتن برای بیمار فرقی نمی کند فقط از ما حساب و آمار می خواهند. کیفیت را از روی آمار می سنجند، پس ما هم لزومی نمی بینیم که وقت زیادی روی بیمار بگذاریم." در این مورد

سایر مراقبین بهداشتی هم مهارت لازم برای ورود به تیم مراقبتی و انجام این کار را دارند^(۱۴).

در مطالعه دیگری که با هدف بررسی نقش عملکرد و آموزش کارکنان در ارتباط با مشاوره قبل از لقاح خانم‌های دیابتی در سال ۲۰۰۶ انجام شد، نتایج مطالعه حاکی از این بود که اکثر پرستاران نسبت به مشاوره قبل از لقاح آگاهی داشتند، اما اغلب آموزش منظم و دقیق دریافت نکرده بودند^(۱۵). در کل در مطالعه حاضر اکثریت نمونه‌ها تاکید بسیار زیادی بر اهمیت آگاهی در نحوه ارائه این مراقبت داشتند به طوری که قسمت اعظم سخنان آنها در بیان این مسئله بود. یکی از مفاهیم اصلی دیگری که در این مطالعه به دست آمد آموزش کارکنان بود و یکی از زیر مفهومی‌های آن کیفیت آموزش می‌باشد. اکثر نمونه‌های مورد مصاحبه معتقد بودند که کیفیت آموزش تیم پزشکی در ارتباط با مراقبت قبل از لقاح خانم‌های دیابتی مناسب نیست. آموزشها سطحی، مقطعی و کلی بوده است و نتوانسته نیاز آموزشی افراد را برآورده کند و همین مسئله باعث شده است که امر مراقبت قبل از لقاح خانم‌های دیابتی با نقص بزرگی روبرو شود.

مطالعات نشان می‌دهند که ضعف آموزش‌های دوران تحصیل فاصله گرفتن از آموخته‌های دوران تحصیل، توجه ناکافی به دوره‌های بازآموزی و ناکافی بودن جزوه‌های آموزشی در مراقبت مادران تأثیر گذارند^(۱۶).

مشارکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند نقص در کیفیت آموزش موضوع مورد نظر، هم در دوران تحصیل و هم دوران اشتغال وجود دارد. عدم وجود دوره‌های بازآموزی به اندازه کافی و عدم ایجاد حساسیت در کارکنان بوسیله بیان موارد خاص باعث نقص در این خدمات شده است. با توجه به نقص در کیفیت آموزش، نمونه‌های مورد مطالعه این تحقیق بیان داشتند که لزوم وجود آموزشی دقیق از دوران دانشجویی تا دوران اشتغال جهت همه رده‌های تیم پزشکی برای مراقبت قبل از لقاح خانم‌های دیابتی احساس می‌شود.

طبق مطالعات چنانچه خدمات بهداشتی توسط کارکنانی ارائه گردد که آموزش مناسب را دریافت ننموده اند در آن صورت اقدامات و فعالیتهای بهداشتی درمانی ناموفق و ناکام خواهند ماند^(۱۷). البته ممکن است آموزشهای ارائه شده به این افراد در

شرکت کننده شماره ۱۴ هم می‌گوید: "در مراکز دولتی چون بیمار هر بار به یک فرد مراجعه می‌کند قابل پیگیری و کنترل دقیق نیست. اکثراً خوب مراقبت نمی‌شوند و در هر بار مراجعه بستگی به فردی که او را کنترل می‌کند حرفی به او زده می‌شود که ممکن است با حرف قبلی تا حدی تفاوت داشته باشد."

بحث و نتیجه گیری

یکی از مفاهیم اصلی به دست آمده در بررسی تجارب مراقبین بهداشتی آگاهی و نگرش آنها بود. سه زیر مفهوم مهم به دست آمده در این مورد شامل آگاهی در مورد نقش خود، آگاهی و نگرش در مورد بیماری و سرانجام حاملگی و آگاهی و نگرش در مورد کیفیت مراقبتهای است. تمام نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مراقبین بهداشتی اکثراً نگرش خوبی در موارد بالا دارند ولی به نظر می‌رسد وضعیت آگاهی آنها در حد متوسط و پائین است. به نظر آنها به مسئله مراقبت قبل از بارداری زنان دیابتی توجه چندانی نمی‌شود و قسمت اعظم این بی توجهی به کارکنان بر می‌گردد. رده‌های مختلف بهداشتی توجه لازم را به این مسئله ندارند و اگر قرار باشد توجه کنند، آگاهی کافی ندارند و اکثراً مراقبتهای ویژه دیابتی را صرفاً برای خانم‌های حامله انجام می‌دهند، این در حالی است که نظر محققین چیز دیگری است به طوری که Leyzzi بیان می‌کند: تمام مراقبین بهداشتی که درگیر مراقبت زنان در سنین باروری هستند باید فواید مشاوره قبل از لقاح را بدانند و ارزیابی سطح سلامتی زنان در هر ویزیت را انجام دهند. فراهم کردن فرصتهای آموزشی برای زنان و اثراتی که سبک زندگی و وضعیت سلامت فعلی روی حاملگی بعدی دارد، باید به آنها گوشزد شود^(۱۲).

نتایج یک مطالعه بر روی دانشجویان مامائی نشان داد که میانگین میزان آگاهی آنها در مورد مراقبتهای قبل از لقاح ۳۵/۲۳ درصد و میزان تصمیم‌گیری آنها در این مورد ۳۵/۶۲ درصد بود. و اکثریت آنها از هر دو جنبه در سطح متوسط قرار داشتند^(۱۳). نتایج مطالعه‌ای در ارتباط با مشاوره قبل از لقاح نشان داد که نگرش اکثریت کارکنان در مورد مشاوره قبل از لقاح به طور معنی‌داری مثبت بود و آنها عقیده داشتند که

زمانهای مختلف با کیفیت نامناسب بوده باشد در واقع به صورتی که نتوانسته باعث تغییرات عمده در سیستم آگاهی و عملکرد آنها شود. چرا که گاهی آموزشها سطحی و صرفاً تئوریک می باشد. به نظر می رسد لازم است با ارائه موارد کاربردی، سوالات عملی به صورت تصمیم گیری بالینی و آموزش عملی در کلینیک به صورت رویارویی مستقیم با مراجع و انجام اقدامات لازم در مورد وی این آموزشها به صورت واقعی و موثر اعمال شود

مفهوم اصلی دیگر به دست آمده در این مطالعه سیستم بهداشتی درمانی بود. زیر مفهوم اول آن لزوم وجود تیم مراقبتی و مسئولیتهای حرفه ای است. طبق نظر شرکت کنندگان این مطالعه، مراقبت قبل از لقاح یک کار تیمی است که افرادی چون کارشناس بهداشت خانواده، ماما، پزشک عمومی، متخصص زنان و متخصص داخلی در آن مسئولیت دارند و هر کس باید مسئولیت خاص در رده خاص خود را انجام دهد. مطالعات نشان داده است که برای ارتقاء سطح سلامت و حمایت از بیماران در جهت درک اثر دیابت روی حاملگی ضرورت ایجاد یک تیم منضبط قبل، حین و بعد از بارداری وجود دارد^(۱۸). طبق نظر شرکت کنندگان این تحقیق همه افراد تیم مسئول ارائه خدمات می باشند، اما هر کس باید وظیفه خاص خود را بداند. مطالعات نیز نشان داده اند که برای به دست آوردن بهترین نتیجه از مراقبت قبل از لقاح یک خانم دیابتی، یک تیم پزشکی شامل متخصص دیابت یا پزشک خانواده، متخصص مائوئی، متخصص تغذیه، مربی آموزش دیده و مددکار اجتماعی لازم است^(۱۹) وجود یک تیم جهت انجام اقدامات فوق باعث موفقیت بیشتر آن می شود. در یک تیم موفق همه افراد محدوده کاری، اختیارات، وظایف و جایگاه خود را به خوبی می دانند و با صرفه جویی در وقت و انرژی کیفیت انجام کار افزایش می یابد. با وجود این تیم مراجعین نیز دچار سردرگمی نمی شوند و با اعتماد بیشتری نسبت به افراد تیم روند مراقبتی خود را پیگیری می کنند. عدم وجود تیم باعث انجام اقدامات بی مورد، بی فایده، پرهزینه و گاهی مضر می شود. در جستجوهای انجام شده مطالعات مشابهی (کیفی یا کمی) که توان در این زمینه نتایج فوق را با آن مقایسه کرد یافته نشد.

زیر مفهوم دیگر به دست آمده، نحوه کار و عملکرد مراکز بهداشتی است طبق نظر اکثر افراد شرکت کننده در این مطالعه نحوه کار و عملکرد مراکز بهداشتی درمانی در ارتباط با مراقبت قبل از لقاح خانمهای دیابتی درست نیست. (نه مراکز دولتی و نه مراکز خصوصی). علت آن هم می تواند شلوغی مراکز، عدم توجه کارکنان، سطحی بودن کارها، کمبود نیروی انسانی و سایر موارد باشد. بعضی مطالعات ذکر کرده اند که یکی از عواملی که بر کیفیت مراقبت اثر منفی می گذارد، کمبود کارکنان است و این مسئله می تواند یکی از عوامل عدم ارتباط کارکنان با بیماران و باعث افزایش احتمال غفلت آنها شده و بر نحوه مراقبتها اثر گذارد^(۲۰). مطالعه ای بر روی تعداد ۶۶۳ خانم ۴۵-۱۸ ساله دیابتی با هدف تعیین وضعیت کنترل قند خون قبل از لقاح و استفاده از برنامه تنظیم خانواده انجام شد. نتایج نشان داد که ۴۲ درصد آنها در مورد کنترل قند خون توصیه دریافت کرده بودند و ۳۷ درصد آنها برنامه تنظیم خانواده را اجرا می کردند. اما نتایج نهائی مطالعه بیانگر این بود که میزان مشاوره قبل از لقاح برای زنان مبتلا به دیابت کم و نحوه آن نیز به طور کاملاً مطلوب نمی باشد^(۲۱) نتایج یک مطالعه دیگر بر روی خانمهای دیابتی نشان داد که ۷۳/۵ درصد آنها حداقل یک بار با پزشک ملاقات داشتند ولی تنها ۴ درصد اینها توسط متخصص غدد ویزیت شده بودند. ۳۴ درصد آنها آزمایش خون انجام داده بودند و از این درصد ۹۳ درصد قند خون ناشتا و تنها ۹ درصد HbA1c (هموگلوبین A1C) داشتند نتایج نهائی نشان داد که کیفیت ارزیابی دیابت و سرانجام آن وابسته به میزان ارتباط بیماران و کارکنان بهداشتی و ارائه مراقبت استاندارد است. طبق نتایج این مطالعه بیماران، پزشکان و کارکنان همه مسئول کیفیت پائین دریافت مراقبت بودند^(۲۲) زیر مفهوم دیگر به دست آمده در این مطالعه کیفیت ارائه مراقبت بود. طبق نظر شرکت کنندگان این مطالعه در اکثر موارد کیفیت ارائه مراقبت قبل از لقاح خانمهای دیابتی به دلایلی از جمله: عدم وجود انگیزه برای کارکنان، عدم برنامه ریزی دقیق و اصولی در سیستم و عدم آگاهی بیماران خوب نیست. طبق نظر آنها روند مراجعه بیماران و پیگیری آنها در سیستم بهداشتی صحیح نمی باشد. در بعضی موارد بیماران در ابتدای کار به متخصص زنان یا

داخلی مراجعه می‌کنند، بدون اینکه توسط رده‌های پائین تر ارزیابی شده باشند. در بعضی موارد هم اصلاً تا پایان کار به متخصص داخلی مراجعه نمی‌کنند. اکثراً بیان می‌کردند که بیماران وقتی حامله می‌شوند، مراجعه می‌کنند. طبق نظر بعضی مراقبین بهداشتی در مراکز دولتی توجهی به کیفیت واقعی مراقبت نمی‌شود و بعضی از افراد تیم پزشکی جایگاه و وظیفه خود را در این مورد نمی‌دانند و همچنین شلوغی مراکز، بی-نظمی، عدم وجود سیستم ارجاع درست، عدم وجود امکانات کافی مانند آزمایشهای تخصصی به قیمت مناسب جهت همه بیماران و عدم آگاهی و توجیه کامل بیماران و تفاوت در نحوه ارائه مراقبت توسط افراد مختلف، عدم وجود نظام هماهنگ در ارائه مراقبت از نظر مشارکت کنندگان در مطالعه باعث کیفیت نامناسب مراقبت قبل از بارداری بیمار دیابتی شده است. نتایج مطالعه‌ای بر روی ۴۵ زن مبتلا به دیابت در قبل از حاملگی نشان داد که شیوع بالای بی‌اعتنایی به مشاوره قبل از لقاح و ویژگیهایی آن به طور وضوح به چشم می‌خورد و مراقبتهای غیر موثر و غیر متمرکز قبل از لقاح (نامنظم) اثر بخشی مناسبی در پیشگیری از افزایش قند خون در سه ماهه اول حاملگی در این دسته از زنان دیابتی نداشته و میزان بالای حاملگی ناخواسته و فقدان چارچوب منظم برای مراقبتهای قبل از لقاح به چشم می‌خورد^(۲۲).

مطالعات نشان داده است که شلوغی مراکز ارائه دهنده خدمات و انتظار طولانی جهت دریافت خدمات باعث دلسردی و نارضایتی و عدم مراجعه بعدی بیماران می‌شود^(۲۳). نتایج کلی این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت آگاهی و نگرش افراد تیم پزشکی در ارتباط با مراقبت قبل از لقاح خانم‌های دیابتی در حد مطلوب نیست و همه آنها احساس نیاز به آموزش بیشتر در دوران تحصیل و دوران اشتغال به کار را دارند. از آنجا که بحث آگاهی و نگرش کادر بهداشتی در مورد بیماری دیابت و اثرات آن بر روی حاملگی اهمیت فراوان دارد و شامل ویژگیهایی از قبیل تبادل اطلاعات با بیمار، مشخص نمودن روند برنامه ریزی برای حاملگی و فراهم کردن فرصتهای آموزش برای زنان می‌باشد، لذا با در نظر گرفتن آنچه ذکر شد، اگر تیم مراقبتی اطلاعات لازم را

نداشته باشد، علاوه بر اختلال در جریان مراقبت باعث سلب اعتماد مراجعه کنندگان نیز خواهد شد.

به نظر می‌رسد مهمترین و اساسی ترین اقدامی که می‌تواند خلأها و شکافهای موجود را پر کند، آموزش صحیح و کافی به کارکنان و برگزاری دوره‌های بازآموزی برای آنها می‌باشد. از سوی دیگر با الزام کارکنان به استفاده از چک لیست های ویژه حاوی رئوس مطالب آموزش لازم به بیماران می‌توان از دریافت اطلاعات کافی در ارتباط با زنان دیابتی اطمینان حاصل کرد.

از سوی دیگر یافته ها نشان داد اکثر قریب به اتفاق مراقبین وجود یک تیم مراقبتی را جهت مراقبت قبل از لقاح در زنان دیابتی ضروری می‌دانستند و همچنین لزوم مراقبتهای قبل از لقاح در زنان دیابتی را در قالب خدمات قبل از بارداری مهم تلقی می‌کردند.

مطالعات نیز بیانگر این مسئله اند که بایستی نیروی انسانی آموزش دهنده دیابت جهت فراهم آوردن مشاوره قبل از لقاح تربیت گردد به گونه ای که همه افراد تیم بهداشتی که با زنان در سن باروری ارتباط دارند منافع مراقبتهای قبل از بارداری را بدانند و آن را در ویزیت های معمول انجام دهند این افراد فرصت خوبی برای آموزش زنان در ارتباط با مداخلات لازم در قبل و حین بارداری و سرانجام آن دارند.

از جمله موارد دیگر بحث عملکرد سیستم بهداشتی درمانی در رابطه با مراقبت قبل از لقاح در زنان دیابتی بود. گرچه ارتباط مشخصی در مطالعه از نظر کیفیت مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی با سیستم بهداشتی درمانی حاصل نشده، اما هر گونه ارائه اطلاعات توسط سیستم باعث دریافت بهتر مراقبت می‌شود. در غیر این صورت اقدامات و فعالیتهای بهداشتی درمانی ناموفق و ناکام خواهد ماند بنابراین توفیق برنامه های بهداشتی به سازمانهای ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی درمانی بستگی دارد.

به نظر می‌رسد که اقدامات زیر در جهت بهبود کیفیت مراقبت قبل از لقاح زنان دیابتی موثر باشد: انجام برنامه غربالگری دیابت جهت کلیه زنان سن باروری، آموزش عمومی دیابت و عوارض حاملگی همراه با آن در مراکز بهداشتی درمانی و از طریق رسانه های عمومی و مجلات،

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از مسئول و کارکنان مرکز دیابت تأمین اجتماعی شهر اصفهان، مرکز بهداشتی درمانی خوراسگان و نیز سایر شرکت کنندگان در مطالعه تشکر نمایند. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل همکاری و تأمین بودجه انجام این طرح تحقیقاتی قدردانی و تشکر می‌شود.

آموزش کلیه افراد تیم پزشکی که به طریقی با زنان سن باروری ارتباط دارند، در مورد دیابت و حاملگی، برنامه ریزی همکاری تیمی اعضاء پزشکی در جهت مراقبت قبل از لقاح دیابتی، اصلاح ساختار سیستم بهداشتی درمانی از نظر مدیریت، برنامه ریزی و عملکرد، ایجاد چند مرکز تخصصی با امکانات لازم برای مراجعه بیماران دیابتی.

فهرست منابع

- 1- Dunkly J. Health promotion in midwifery practice A resource for health professionals. Harcourt: Bailliere Tindall 2000;p:85-90.
- 2- Bernasko J. Contemporary management of type 1 diabetes mellitus in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2004;59(8):628-36.
- 3-Kendrick Jo M. Preconception care of women with diabetes. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004; 18(1): 14-25.
- 4- Klink J, Toth EL. Preconception care for women with type 1 diabetes. *Can Fam Physician* 2003;49:769-73.
- 5- Delgado Del Rey M, Herranz L, Martin Vaquero P, Janez M, Juan Lozano Garcia J, Darias R, et al. Effect of preconceptional metabolic control in the course of pregnancy in diabetic patients. *Med Clin (Barc)* 2001;117(2):45-8.
- 6- Kim C , et al. Preconception care in managed care: The translating research into action for diabetes study. *Am J obstet Gyncol*. 2005; 192(1): 227-32
- 7- Grubbs S, Brundage SC. Preconception management of chronic diseases. *J S C Med Assoc* 2002; 98(6):270-6.
- 8- McElvy SS, Miodovnik M, Rosenn B, Khoury JC, Siddiqi T, Dignan PS, et al. A focused preconceptional and early pregnancy program in women with type 1 diabetes reduces perinatal mortality and malformation rates to general population levels. *J Matern Fetal Med* 2000;9(1):14-20.
- 9- Crocker A, Farrell T. Pregnancy and pre-existing diabetes: key concerns. *Hosp Med* 2004;65(6):351-4.
- 10- Boulot P, Chabbert-Buffet N, d'Ercole C, Floriot M, Fontaine P, Fournier A, et al. French multicentric survey of outcome of pregnancy in women with pregestational diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(11):2990-3.
- 11- Jaffiol C, Baccara MT, Renard E, Apostol DJ, Lefebvre P, Boulot P, et al. Evaluation of the benefits brought by pregnancy planning in type 1 diabetes mellitus. *Bull Acad Natl Med* 2000;184(5):995-1007; discussion 1007-8.
- 12- Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. *Med Clin North Am* 1996;80(2):337-74.
- 13-Nekouei NS , et al. Evaluation of knowledge and clinical decision making in midwifery students about preconception care in medical sciences universities of Tehran. MS thesis .Tehran: Tehran university of medical sciences. 2003.
- 14- Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. *Fam Pract* 2004;21(1):22-7.
- 15- Michel B, Charron-Prochownik D. Diabetes nurse educators and preconception counseling. *Diabetes Educ* 2006;32(1):108-16.
- 16-Hotchkiss DR, Eckert E, Macintyre k .The role of health service research in the safe motherhood initiative.*Am J public health*. 2000;90(5): 810a-811a

- 17- Tabatabai M. Evaluation of knowledge, attitude and practice of professions of treatment health centers of Shiraz city about nutritional counseling in pregnancy .MS thesis. Shiraz. Shiraz University of medical sciences.2000.
- 18- Hofmanova I. Pre-conception care and support for women with diabetes. *Br J Nurs* 2006;15(2):90-4.
- 19-Nekouei NS .Pakgozar M. Preconception counseling.1st ed .Isfahan .*kankash* .2005:60.[Persian]
- 20- Vera I. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. *Int J nurs pract* 1999; 5(2): 86.
- 21- Rodriguez-Vigil E, Kianes-Perez Z. Quality of care provided to patients with diabetes mellitus in Puerto Rico; managed care versus fee-for-service experience. *Endocr Pract* 2005;11(6):376-81.
- 22- Rodgers BD, Rodgers DE. Efficacy of preconception care of diabetic women in a community setting. *J Reprod Med* 1996;41(6):422-6..
- 23-Jahanfar M, Jahanfar SH .Population and family planning. Tehran: Dorang. 1st ed. p :14[Persian].

Lived experience of health care providers about preconception care for diabetic women

*Nafiseh Sadat Nekuei¹ MSc Sharareh Davazdah Emami² MSc

Abstract

Background and Aim: Today, there is a lot of knowledge about care of diabetic pregnant women. Optimal care, before and during pregnancy is a suitable method to minimize the complications of diseases. Health care providers are the important agents to deliver preconception care. The aim of this study was to understand lived experience of health care providers about preconception care for diabetic women.

Material and Method: This was a qualitative study with phenomenological approach in which 15 health care providers; working in public and private centers in Isfahan, were selected by purposive sampling and in-depthly interviewed. Data analyzed was done by 7-stages Colaizzi's phenomenological method.

Results: According to experiences of health care providers, performance and characteristics of health care system is important for high quality preconception care of diabetic women. Also, the results showed that knowledge of health care personnel about preconception care of diabetic women were not suitable. Findings (according to the experiences of participants) were classified into 3 main concepts: 1) Knowledge and attitude of personnel, 2) education of personnel, and, 3) health care system.

Conclusion: Continuous education for personnel and creating a suitable system to deliver preconception care for diabetic women is necessary.

Keywords: Lived experience- Health care providers- Preconception care- Diabetic women.

Received: 8 Mar 2009

Accepted: 9 Jul 2010

¹ Senior Lecturer in Midwifery, Department of Gynecology and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (*Corresponding author), Tel:03117922939
E-mail: Nekuei@nm.mui.ac.ir

² Senior Lecturer in Midwifery, Department of Gynecology and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran