

## ارزیابی کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم در بیمارستان: مروری نظام‌مند بر مطالعات

فرشته راستی-بروجنی<sup>۱</sup>، فاطمه ناهیدی<sup>۲</sup>، معصومه سیمبر<sup>۳</sup>، محمد حیدرزاده<sup>۴</sup>، حمید علوی مجد<sup>۵</sup>

## مقاله مروری

## چکیده

**مقدمه:** ارزیابی کیفیت مراقبت نوزاد، برای دستیابی به پیامدهای مطلوب و مؤثر بر سلامت آینده‌ی نوزاد ضروری است. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، مرور نظام‌مند معیارهای مورد استفاده در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم در مطالعات مختلف، بر طبق الگوی Donabedian بود.

**روش‌ها:** بانک‌های اطلاعاتی PubMed، Google scholar، Scopus، Science Direct، Magiran Iran medex و Scientific Information Database (SID) برای مطالعات مرتبط با کلید واژه‌های «Healthy newborn»، «Quality of care» و «Quality assessment» و معادل آن‌ها در Mesh و مترادف‌های فارسی جستجو شدند. کلیه‌ی مقالات کمی، کیفی، انگلیسی و فارسی زبان در محدوده‌ی زمانی ابتدای ۱۹۹۸ تا انتهای سپتامبر ۲۰۱۹، که به بررسی کیفیت در مراقبت‌های نوزاد سالم پرداخته بودند، وارد مطالعه شدند. از تعداد ۲۲۱۹ مقاله‌ی دست‌یابی شده، در نهایت ۲۵ مقاله وارد مطالعه شدند.

**یافته‌ها:** پس از بررسی مطالعات، معیارهای ارزیابی کیفیت مراقبت نوزاد سالم طبق الگوی Donabedian در سه گروه جای گرفتند: ساختار (زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزات و داروها، منابع انسانی با صلاحیت، سیاست‌ها و دستورالعمل‌های بالینی)، فرایندها (مراقبت فوری نوزاد و اقدامات دو ساعت اول تولد، مراقبت‌های غیر فوری و احیای نوزادی)، پیامدها (رضایتمندی مادران، شاخص‌های مرگ و میر و عوارض نوزادی) بودند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مرور نظام‌مند نشان داد که در حال حاضر، روش ارزیابی کیفیت جامعه‌ی برای مراقبت‌های نوزاد سالم تعریف نشده است و تدوین ابزار جامع و معتبر برای ارزیابی کیفیت این مراقبت‌ها، به گونه‌ای که همه‌ی معیارهای استخراج شده از این مطالعه را در بر بگیرد، به عنوان یک نیاز نظام سلامت برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های نوزادان سالم ضروری است.

**واژگان کلیدی:** مراقبت نوزاد، کیفیت مراقبت، مدل Donabedian

**ارجاع:** راستی-بروجنی فرشته، ناهیدی فاطمه، سیمبر معصومه، حیدرزاده محمد، علوی مجد حمید. **ارزیابی کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم در بیمارستان:**

**مروری نظام‌مند بر مطالعات.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۵۱): ۱۲۶۲-۱۲۵۲

## مقدمه

نوزادان در بدو تولد نیازمند خدمات مراقبتی و حمایتی اصولی و درست می‌باشند و هر گونه کوتاهی یا نقص در ارائه‌ی خدمات با کیفیت و به موقع، می‌تواند منجر به بروز عوارض منجر به مرگ و میر و ناتوانی برگشت ناپذیر در نوزاد سالم و به ظاهر سالم شود و با ارزیابی مراقبت‌های با کیفیت در این دوره، می‌توان از دو سوم مرگ و میر نوزادان جهان پیش‌گیری کرد (۱).

کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، عبارت از درجاتی از

خدمات ارایه شده به افراد و جوامع است که احتمال نتایج مطلوب را افزایش دهد و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد (۲). کیفیت بالای ارایه‌ی خدمات و مراقبت به نوزادان سالم در بدو تولد، علاوه بر کاهش مرگ و میر نوزادان، سبب کاهش هزینه‌های مراقبتی و درمانی در سنین کودکی و حتی سایر دوران‌های زندگی می‌شود و در نتیجه، سرمایه‌های اجتماعی را افزون‌تر خواهد نمود. از سال ۲۰۰۴، سازمان بهداشت جهانی یکی از پنج راهبرد جهانی برای بهبود برنامه‌های بهداشت باروری را ارتقای سطح کیفیت مراقبت نوزادان اعلام نموده

۱- دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه اطفال، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

استانداردهای بالینی شناسایی شود و برای طراحی ابزارها و ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های ارایه شده در نظام سلامت استفاده شود (۴). اما قبل از انجام هر گونه اقدامی، آگاهی از مبنای ارزیابی کیفیت در ارتباط با مراقبت‌های نوزاد سالم و مطالعات مرور نظام‌مند، می‌توانند در این زمینه و برای پاسخگویی به چنین سؤالاتی مؤثر باشند. بر اساس دانش ما و جستجوی صورت گرفته، مطالعه‌ی مروری نظام‌مند در ارتباط با روش‌های ارزیابی کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم در بیمارستان و عوامل مرتبط با آن صورت نگرفته است. تنها مطالعات مروری نظام‌مند در ارتباط با مراقبت‌های خاص در این زمینه، انجام شده است و وضعیت کلی کیفیت مراقبت‌ها مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین، هدف از انجام مطالعه‌ی مروری حاضر، بررسی معیارهای ارزیابی و عوامل مؤثر بر کیفیت در ارتباط با مراقبت‌های نوزاد سالم بود.

### روش‌ها

بانک‌های اطلاعاتی PubMed (MEDLine)، Google scholar، Magiran Iranmedex، Science Direct، Scopus و Scientific Information Database (SID) برای مطالعات مرتبط در سال‌های ۲۰۱۹-۱۹۹۸ برای مقالات انگلیسی و فارسی با کلید واژه‌های «Healthy newborn»، «Newborn/neonatal care»، «Quality of care» و «Quality assessment» و معادل آن‌ها در Mesh و مترادف‌های فارسی و با استفاده از عملگرهای AND و OR به صورت ترکیبی جهت جستجو به کار گرفته شدند.

پس از بررسی اولیه از بین مقالات به دست آمده از منابع الکترونیکی و حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط بر اساس غربالگری سه مرحله‌ای و جستجو در فهرست منابع، مقالات مرتبط انتخاب شدند. غربالگری و انتخاب مقالات در سه مرحله صورت گرفت. در مراحل اول و دوم، مقالات بر اساس عنوان و چکیده بررسی شدند و در مرحله سوم، متن کامل مقالات جهت مطالعات مرتبط مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات کلی مقالات و نتایج مطالعات شامل معیارهای ارزیابی در مطالعات مختلف، استخراج گردید (شکل ۱).

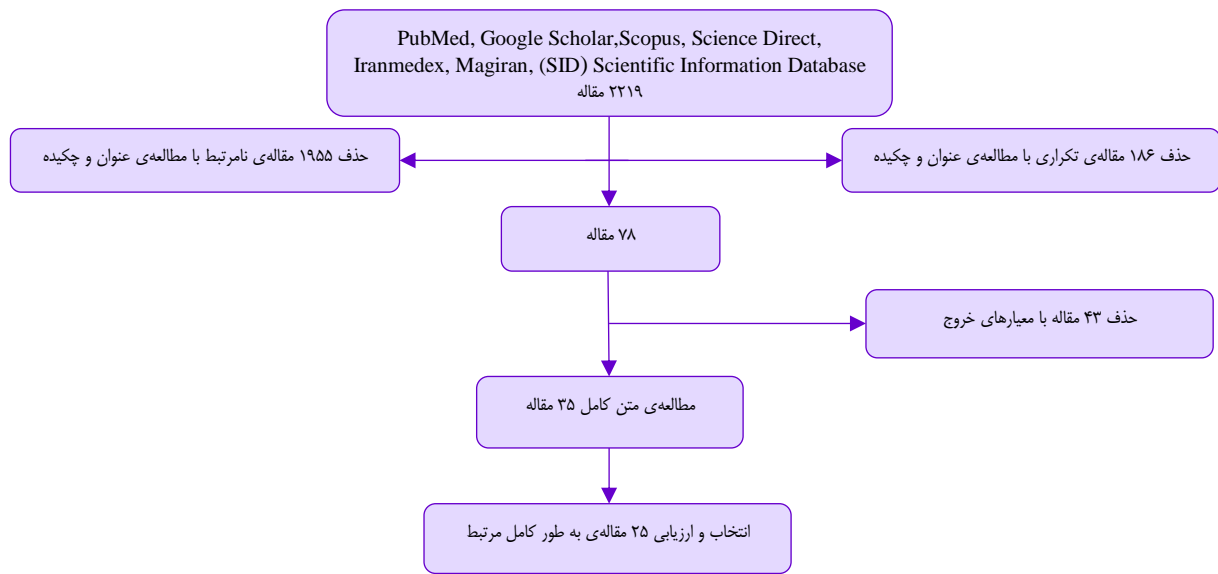
**معیارهای ورود و خروج:** معیارهای ورود به مطالعه عبارت از مطالعات مشاهده‌ای و کیفی بودند که کیفیت مراقبت‌های ارایه شده به نوزادان سالم را در بیمارستان‌ها مورد ارزیابی قرار داده بودند. کلیه مقالات کمی، کیفی، انگلیسی و فارسی زبان در محدوده‌ی زمانی ابتدای ۱۹۹۸ تا انتهای سپتامبر ۲۰۱۹ که به بررسی کیفیت در مراقبت‌های نوزاد سالم پرداخته بودند، وارد مطالعه شدند. کارآزمایی‌های بالینی، نامه به سردبیر، مطالعات مروری و مطالعاتی که به بررسی کیفیت در نوزادان غیر سالم پرداخته بودند، از مطالعه خارج شدند.

و بر ارتقای سطح کیفیت از طریق نظارت و ارزیابی ساختار، فرایند و پیامد خدمات، تأکید کرده است (۳).

طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر دسترسی به خدمات زایمانی در تمام دنیا افزایش یافته است، اما کیفیت ارایه‌ی خدمات به مادران و نوزادان بهبود نیافته است (۴). دلیل این امر، تفاوت بین کیفیت مراقبت‌های واقعی و کیفیت بر اساس استانداردهای ساخته شده است و بدیهی است که افزایش پوشش مراقبت‌های نوزاد، وقتی کیفیت مراقبت‌ها ضعیف باشد، به تنهایی کافی نیست (۵). برنامه‌ریزی برای ارایه‌ی خدمات با کیفیت در ساعات اولیه‌ی تولد نوزاد باید بر اساس استانداردهای مناسب تدوین شده باشد تا سلامت نوزاد را تأمین کند (۶). کیفیت مناسب ارایه‌ی خدمات با کیفیت به مادر و نوزاد در حین زایمان، به عنوان یک اولویت در نظام‌های بهداشتی و درمانی مطرح می‌باشد و به عنوان یکی از مهم‌ترین مراقبت‌های بهداشتی، عامل بسیار مهمی در بهبود شاخص‌های سلامت مادر و نوزاد است (۷).

در حال حاضر، طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، مرگ و میر نوزادان در ایران ۹/۱ در هزار است (۸). هر چند پوشش مراقبت‌های نوزادان سالم در ایران مطلوب است، اما برای افزایش سطح سلامت نوزادان در ایران، باید به کیفیت ارایه‌ی مراقبت‌ها توجه کرد. دفتر سلامت نوزادان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌های مختلفی را برای بهبود کیفیت مراقبت‌های نوزادان سالم و بیمار فراهم کرده است و ارزیابی کیفیت ارایه‌ی این مراقبت‌ها در بیمارستان به عنوان برنامه‌ای کارآمد برای بهبود کیفیت و به دنبال آن، حفظ و ارتقای سلامت نوزادان تأثیرگذار خواهد بود (۹).

ارزیابی کیفیت، چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد و نارسایی‌های برنامه‌ها را نیز مشخص می‌کند تا بتوان نسبت به حل ریشه‌ای مشکلات اقدام کرد. علاوه بر این، تدوین ابزارهای مناسب به منظور سنجش و ارتقای کیفیت در عرصه‌ی سلامت بسیار حایز اهمیت است، چنان که بزرگان علم کیفیت، همگی معتقدند که بهبود وضعیت، نیازمند سنجش دقیق و سنجش دقیق، نیازمند داشتن ابزار مناسب است (۷). نظام سلامت به ابزارهایی نیازمند است تا اطمینان حاصل کند که خدمات ارایه شده، مبتنی بر شواهد و با بهترین کیفیت ممکن ارایه می‌گردد. در این میان، با وجود معیارهای متعدد برای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، توانایی اقدام کلی نظام‌های سلامت برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نوزادان و کودکان نامشخص است و اندازه‌گیری کیفیت و شناسایی شکاف‌ها در ارایه‌ی خدمات نیاز به توسعه‌ی تحقیقات بیشتر دارد (۱۰). پژوهشگران این عرصه، معتقدند مطالعات بیشتری لازم است تا معیارهای متناسب با ابعاد کیفیت مراقبت‌های مادر و نوزاد و



شکل ۱. مراحل جستجو و انتخاب مقالات

جهانی بهداشت و یونیسکف کردند و در بخش اول، ساختار بیمارستان‌ها با استفاده از یک چک لیست ارزیابی شد. امکانات و میزان آمادگی ساختاری با مشاهده‌ی محیط فیزیکی، در دسترس بودن داروهای ضروری و تجهیزات و عملکرد سیستم ارجاع بررسی شد. در مورد منابع انسانی، مصاحبه‌ی ساختار یافته با ارایه دهندگان مراقبت و مدیران تسهیلات انجام شد و از مشاهده‌ی زایمان‌ها، بررسی سوابق بیمار و مصاحبه با زنانی که از مراکز انتخابی مرخص شده بودند، برای ارزیابی تأمین و تجربه‌ی امکانات استفاده شد (۱۴). برخی مطالعات، بر نقش سیاست‌های ملی در تأمین داروها و دستورالعمل‌های بالینی و کوریکولوم‌های آموزشی تأکید کرده بودند. در افغانستان، مطالعه‌ی با تمرکز بر ارزیابی کیفیت مراقبت از نوزادان انجام شد. چک لیست تهیه شده از مطالعات مشابه انجام شده توسط آژانس توسعه‌ی بین‌المللی ایالات متحده (United States Agency for International Development) یا USAID در برنامه‌ی جامع سلامت مادران و کودکان مورد استفاده قرار گرفت و بخش اول امکانات ساختاری بود. ابزار بررسی، مشتمل بر ارزیابی شرایط زیرساخت‌ها و در دسترس بودن وسایل، ملزومات و تجهیزات، مصاحبه و آزمون دانش کارکنان در مورد چگونگی تشخیص، مدیریت و درمان عوارض شایع مادر و نوزاد، از جمله مهارت‌های احیای نوزاد می‌شد. علاوه بر این، از طریق مصاحبه با مطلعین کلیدی خبره، سیاست‌های ملی مربوط به مراقبت از مادر و نوزاد شامل لیست‌های دارویی اساسی کشور، دستورالعمل‌های بالینی و برنامه‌های درسی و آموزش ضمن خدمت برای ارایه دهندگان مراقبت‌ها، بررسی شد (۱۵).

### یافته‌ها

در مجموع، ۲۵ مقاله که در راستای اهداف پژوهش بودند، وارد مطالعه شدند که ۶ مورد مربوط به مطالعات داخلی و بقیه مربوط به مطالعات خارج از ایران بودند. این مطالعات در کل پژوهش یا بخش‌هایی از آن، به بررسی معیارهای کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم و ارتباط آن با عوامل مختلف پرداخته بودند (جدول ۱). نتایج بررسی این مطالعات در ارتباط با جنبه‌های ارزیابی کیفیت مراقبت نوزاد سالم طبق الگوی Donabedian که گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و ارزشیابی خدمات در حیطه‌ی ساختار، فرایند و پیامد می‌باشد (۱۱)، دسته‌بندی و خلاصه شدند (جدول ۲).

**ساختار:** بررسی مطالعات نشان داد که در بخش ساختار، ارزیابی محیط فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز مراقبت‌های نوزاد سالم از ملزومات ارایه‌ی خدمات با کیفیت است، تدوین و وجود دستورالعمل‌های ملی در زمینه‌ی استاندارد مراقبت‌ها و همچنین، مهارت‌های علمی و عملی پرسنل ارایه دهنده‌ی خدمات معیارهای دیگری از ساختار بود که در ارزیابی کیفیت خدمات و مراقبت‌های نوزاد سالم به کار رفته بود. در سال ۲۰۱۹، یک مطالعه‌ی کیفی در انگلستان منتشر شد که برای تهیه‌ی یک ابزار بر پایه‌ی چهارچوب کیفیت مراقبت‌هایی که در سری مامایی Lancet (۱۲) طراحی شده بود و معیارهای مؤثر در کیفیت مراقبت‌ها، مؤلفه‌های ساختار سازمانی و کاری، ارتباطات و اطلاعات و حمایت‌های مراقبتی و درمانی به دست آمده بود (۱۳).

در مطالعه‌ی ای در بنگلادش، گروهی از پژوهشگران اقدام به ارزیابی کیفیت در ۱۵ بیمارستان بر مبنای استانداردهای سازمان

جدول ۱. مشخصات مطالعات مورد بررسی در مرور نظام‌مند

نوع مطالعه	معیارهای ارزیابی کیفیت	مکان مطالعه	نویسنده(گان)
کیفی	مراقبت‌های نوزاد قبل و پس از ترخیص، ارزیابی مراکز ارائه مراقبت	آمریکا	Moran و همکاران (۲۳)
	فرایندهای مراقبت از نوزاد و پیش‌گیری از بیماری‌ها	دفتر منطقه‌ای اروپا	Lazzerini و همکاران (۲۴)
	فرایندهای مراقبت از نوزاد	۵ کشور آسیایی، افریقا و امریکای لاتین	World Health Organization (۲۵)
	رضایت مادران	مالاوی	Lawn و همکاران (۲۶)
	مراقبت‌های پیش‌گیری، ارتقا و محافظت سلامت نوزاد	سازمان جهانی بهداشت	Kumbani و همکاران (۳۷)
	ارزیابی مهارت‌های فنی، بین فردی، غربالگری و مراقبت و پایش، پیش‌گیری و کنترل عفونت و اجتناب از فرایندهای آسیب‌رسان به نوزاد	افریقا	Committee WGR (۲۷)
	مراقبت‌های نوزاد حین تولد و پس از آن، سیستم ارجاع کارآمد، حفظ حریم خصوصی و احترام مادر و نوزاد	سازمان جهانی بهداشت	Tripathi و همکاران (۳۱)
کمی	ساختار سازمانی، ارتباطات، اطلاعات و اقدامات مراقبتی و درمانی	انگلستان	Symon و همکاران (۱۳)
	مشاهده‌ی ساختار و ارزیابی فضای فیزیکی، وسایل و تجهیزات، کادر ماما، مشاهده‌ی فرایندهای مراقبتی و پرسش‌نامه‌ی رضایت‌سنجی	ایران	سیمبر و همکاران (۲۱)
	ساختار بیمارستان، تجهیزات و داروها، مراقبت‌های نوزاد، تماس پوستی و شیردهی در ساعت اول بعد از تولد	برزیل	Menezes و همکاران (۱۹)
	فرایند مراقبت‌های نوزاد در حین زایمان و اداره‌ی فعال مرحله‌ی سوم زایمان	ایران	سیمبر و همکاران (۳۲)
	در دسترس بودن تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت‌های پایه و احیای نوزادان، رعایت استانداردهای بالینی در مراقبت‌های پایه‌ی نوزادان تا یک ساعت پس از تولد	تانزانیا	Makene و همکاران (۱۶)
	دانش ارایه دهندگان خدمت و مهارت‌های احیای نوزاد	هند	Malhotra و همکاران (۱۷)
	ساختار فیزیکی و زیرساخت‌ها و تجهیزات مربوط به مراقبت‌های پایه‌ی نوزاد و دانش و مهارت پرسنل در مراقبت‌های پایه‌ی نوزاد	ایران	عریان و همکاران (۳۵)
	ارزیابی کیفیت در مرحله‌ی سوم و چهارم زایمان، مراقبت فوری از نوزاد، معاینه‌ی جفت، معاینه‌ی نوزاد، آموزش شیردهی	ایران	غفاری و همکاران (۳۴)
	مراقبت فوری از نوزاد در مرحله‌ی سوم زایمان	افغانستان	Atiqzai و همکاران (۱۵)
	زیرساخت‌ها، تجهیزات، پرسنل، دستورالعمل‌ها، فرایندها و عملکرد بالینی	بنگلادش	Billah و همکاران (۱۴)
	ساختار مراکز درمانی و تسهیلات، فرایند مراقبت‌های ارایه شده و پیامد درک مادران از مراقبت‌ها و رضایتمندی آن‌ها	ایران	یداللهی فارسانی و همکاران (۳۳)
	فرایند مراقبت از نوزاد و آموزش مادر	جزایر سلیمان	Tosif و همکاران (۱۸)
	ساختار ارایه‌ی مراقبت، تجهیزات و پرسنل، داروهای ضروری و پیامد نرخ و مرگ و میر و شاخص‌های مرگ و میر نوزادان در طول ۱۲ ماه	سنغال	Faye و همکاران (۲۹)
ترکیبی	فرایند مراقبت از نوزادان تا دو ساعت پس از تولد نوزاد	ایران	چنگایی و همکاران (۲۰)
	آموزش شیردهی و معاینه‌ی نوزادان و رضایتمندی مادران	آمریکا	Renfrew و همکاران (۱۲)
	مراقبت‌های مؤثر در بهبود پیامدها		
	مداخلات مبتنی بر جامعه برای کاهش بیماری و مرگ و میر نوزاد		
	زایمان بهداشتی و فرایند مراقبت نوزاد	۱۲ کشور افریقایی و آسیایی	Enweronu-Laryea و همکاران (۱)
اقدام پژوهی	ارزیابی کار تیمی و کیفیت فنی مراقبت‌های نوزاد	آمریکا	Thomas و همکاران (۲۲)
	ارایه‌ی مراقبت‌های مداخله‌ای و یا پیش‌گیرانه برای نوزادان	کامرون، هند، مالاوی، نیجریه، فیلیپین و آفریقای جنوبی	World Health Organization (۳۰)

جدول ۲. معیارهای استخراج شده از مطالعات بر طبق الگوی Donabedian

ابعاد ارزیابی کیفیت	معیارهای مورد استفاده در مطالعات
ساختار	میزان آمادگی ساختاری مراکز ارایه‌ی مراقبت، محیط فیزیکی و شرایط زیرساخت‌ها، در دسترس بودن داروهای ضروری، وسایل و تجهیزات، عملکرد سیستم منابع انسانی، ساختار سازمانی، ارتباطات، اطلاعات، دانش ارایه دهندگان خدمات در مراقبت‌های پایه‌ی نوزاد سالم و مهارت‌های احیای نوزاد
فرایند	سیاست‌های ملی شامل فهرست دارویی اساسی کشور، سیاست‌ها و دستورالعمل‌های بالینی و برنامه‌های درسی، آموزش ضمن خدمت مربوط به مراقبت از نوزاد برای ارایه دهندگان خدمت و وجود بسته‌ی مداخلات مبتنی بر جامعه برای کاهش بیماری و مرگ و میر نوزاد
پایامد	زایمان بهداشتی و مراقبت‌های نوزاد حین زایمان، مراقبت فوری از نوزاد در مرحله‌ی سوم زایمان، اقدامات فوری دو ساعت اول تولد، ارزیابی فوری نوزاد، مراقبت حرارتی، خشک کردن فوری نوزاد، تماس پوست با پوست، کلامپ تأخیری بند ناف، شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر و دادن آغوز، کمک به مادر برای شیردهی، حمام تأخیری، بهداشت و تمیزی پوست و بند ناف، قطع بهداشتی ناف، شستشوی دست‌ها، معاینه‌ی نوزاد، تزریق ویتامین K، واکسیناسیون، اقدامات مربوط به ایندز و هیپتیت و ارایه‌ی به موقع خدمات احیای نوزادی
	درک زنان از مراقبت‌های دریافتی و رضایتمندی مادران، نتایج بالینی، کاهش شاخص‌های مرگ و میر و عوارض نوزادی، کاهش تعداد مداخلات غیر ضروری و بهبود پیامدهای روانی و عمومی

به ارزیابی فضای فیزیکی ارزیابی وسایل و تجهیزات، دستورالعمل‌ها و پرسنل ارایه دهنده‌ی خدمت پرداختند (۲۱).

**فرایند:** در بخش فرایند، به طور تقریبی، ۲۳ مطالعه به ارزیابی مراقبت‌های ارایه شده به نوزاد سالم در بیمارستان پرداخته بودند که روش‌های ارزیابی فرایند در برخی مطالعات متفاوت و جالب توجه بود. به عنوان نمونه، در مطالعه‌ای، اندازه‌گیری کیفیت مراقبت با ضبط و مشاهده‌ی ویدئوهایی از رفتارهای تیم ارایه دهنده‌ی خدمت در حین مراقبت در اتاق زایمان و سزارین انجام شد. مراحل کامل مراقبت در اتاق زایمان، ارزیابی اولیه، مراقبت حرارتی، خشک کردن تا تنفس و احیای نوزاد مورد بازبینی و ارزیابی قرار گرفت (۲۲). یک کارگروه فنی (Technical Working Group یا TWG) در آمریکا، با مطالعه‌ی کیفی در زمینه‌ی ارزیابی مراقبت‌های نوزادان، شاخص‌هایی در سه دامنه‌ی مراقبت‌های حین زایمان، مراقبت‌ها و اقدامات فوری برای نوزادان تازه متولد شده و مراقبت‌های نوزاد پس از ترخیص را معرفی نمود. این مطالعه، علاوه بر شاخص پوشش مراقبت، چند شاخص اضافی دیگر برای مراقبت از نوزاد پس از تولد ارایه نمود که شامل خشک کردن نوزاد، تأخیر در حمام کردن و قطع بند ناف با ابزار تمیز، تماس پوستی مادر و نوزاد و استفاده‌های کاربردی از بند ناف بود (۲۳). دفتر منطقه‌ای اروپا، طی یک مطالعه‌ی کیفی اولین نسخه از یک ابزار برای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی برای مادران و نوزادان برای پشتیبانی فنی ۵۳ کشور در منطقه‌ی اروپا را منتشر کرد. در این ابزار، کیفیت فرایند در اقدامات فوری دو ساعت اول تولد، ارزیابی فوری نوزاد، احیای نوزاد، شروع شیردهی و فرایند پیش‌گیری از بیماری‌ها در یک ارزیابی نیمه سیستماتیک برای هر زایمان نمره‌دهی می‌شد (۲۴). نسخه‌ی جدید این ابزار نیز با افزودن یک فصل خاص برای ارزیابی حقوق

در تانزانیا هم در دسترس بودن تجهیزات و لوازم مورد نیاز برای احیای نوزاد و مراقبت‌های اساسی نوزادان با استفاده از یک چک لیست مشاهده و دانش ارایه دهندگان خدمت و مهارت‌های احیای نوزاد در حین سناریوهای موردی شبیه‌سازی شده با استفاده از یک مانکن و سؤالاتی در مورد مراقبت مادر و نوزاد ارزیابی شد (۱۶). در هند، علاوه بر مشاهده و بررسی زیرساخت‌ها، منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز در اتاق زایمان و اتاق عمل سزارین برای ارایه‌ی مراقبت‌های نوزاد، دانش و مهارت عملی پزشکان متخصص کودکان و زنان و زایمان و کارکنان پرستاری و مامایی درپنج دامنه‌ی احیای نوزاد، پیش‌گیری از عفونت، مراقبت از بدو تولد، پیش‌گیری از هیپوترمی، مراقبت کانگورویی و شیردهی از طریق مشاهده‌ی مراحل عملی بر روی مانکن و با استفاده از چک لیست‌های ارزیابی عملکرد، ارزیابی شد (۱۷). محققان در جزایر سلیمان از یک ابزار ارزیابی بومی شده برای ارزیابی کیفیت مراقبت نوزادان استفاده کردند و امکانات، تجهیزات، داروهای ضروری، نیروی کار و تخصص آن‌ها را به عنوان معیارهای کیفیت، ارزیابی کردند (۱۸). پژوهشگران در برزیل نیز به ارزیابی ساختار فیزیکی بیمارستان، تجهیزات و داروها در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های اساسی برای نوزادان سالم توجه کردند (۱۹).

درايران نیز چنگایی و همکاران، با یک مطالعه‌ی کیفی از طریق مصاحبه با پرسنل و مدیران، علل و راه‌کارهای ارتقای کیفیت مراقبت‌ها را مورد بررسی قرار داده بودند. در این مطالعه، مدیران و ارایه دهندگان خدمت، نظارت بیشتر بر کیفیت خدمات، ارتقای آموزش‌ها و مهارت‌های حرفه‌ای و گسترش تجهیزات و ساختار فیزیکی را جزء راه‌کارهای ارتقای کیفیت مراقبت‌ها بر شمرده و بر آن تأکید کرده بودند (۲۰). سیمر و همکاران، در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های مامایی که بخشی از آن مربوط به مراقبت‌های نوزاد بود،

زنان و کودکان، به روزرسانی شده است (۲۵).

برنامه‌ی نجات کودکان و نوزادان در ۵ کشور مالای، بنگلادش، نپال، ویتنام و اندونزی با طراحی یک مطالعه‌ی کیفی با مصاحبه با مادران انجام شد. در این برنامه، ۳ کارکرد استخراج شد و مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل مراقبت حرارتی (خشک کردن، تماس پوست با پوست و حمام تأخیری)، بهداشت و تمیزی پوست و بند ناف (قطع بهداشتی، شستشوی دست‌ها) و شیردهی (شروع بلافاصله‌ی شیر مادر و دادن آغوز) بود (۲۶). سازمان بهداشت جهانی، نتایج یک مطالعه‌ی کیفی را به صورت دستورالعملی منتشر کرد که در آن به بخش کیفیت فرایندها در زمینه‌ی پیش‌گیری، ارتقا و محافظت نوزاد شامل مراقبت فوری پس از تولد، مراقبت‌های پس از تولد تا ترخیص، ایمن‌سازی نوزاد و مدیریت شرایط نوزاد در شرایط احیای نوزاد، درمان سپسیس نوزادی، مراقبت از نوزادان پرخطر پرداخته بود (۲۷). این سازمان، در یک مطالعه‌ی کیفی دیگر استانداردهایی برای بهبود کیفیت مراقبت از مادران و نوزادان در تسهیلات زایمانی تعریف کرد که در مورد نوزاد عملکرد مبتنی بر شواهد برای مراقبت‌های معمول نوزاد و مدیریت عوارض، سیستم ارجاع کارآمد و حفظ حریم خصوصی و احترام مادر و نوزاد را در بر می‌گرفت (۲۸).

در برخی مطالعات، ارزیابی فرایندها مطابق دستورالعمل‌های ملی هر کشور انجام شده بود، به عنوان مثال، در سنگال ابزاری برای مشاهده‌ی مستقیم و ارزیابی کیفیت خدمات و مراقبت‌های حین زایمان مطابق با نرم‌ها و فرایندهای موجود در کشور سنگال طراحی شد که از طریق مشاهده‌ی مستقیم ناظران، فرایند زایمان و دو ساعت بعد از آن اقدامات، معاینه و ارزیابی نوزاد سالم تا دو ساعت پس از تولد نمرده‌ی می‌شد و نشان داد که بین کیفیت مراقبت‌هایی که با مشاهده‌ی مستقیم سنجیده می‌شود و آن چه که در پرونده ثبت می‌شود، تفاوت مشخصی وجود دارد (۲۹). در تمام ۳۴ ولایت افغانستان، مطالعه‌ی ملی با تمرکز بر کیفیت شیوه‌های مراقبت از نوزاد، فرایندها و مراقبت‌های معمول و غربالگری، پیش‌گیری و مدیریت عوارض عمده‌ی مادر و نوزاد در زمان تولد و تعامل و احترام به گیرنده‌ی خدمات یعنی مادر نوزاد انجام شد (۱۵). یک مطالعه‌ی ترکیبی در ۱۲ کشور آفریقایی و آسیایی، کیفیت مراقبت‌های پایه‌ی نوزادان را مورد ارزیابی قرارداد. معیارهای مراقبت پایه‌ی نوزاد در این مطالعه، شامل زایمان بهداشتی و فرایندهای مراقبت از بند ناف، مراقبت‌های حرارتی و شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر، معاینه‌ی نوزاد، تزریق ویتامین K و اقدامات مربوط به ایدز و هپاتیت و همچنین، ارایه‌ی به موقع خدمات احیای نوزادی در صورت نیاز نوزاد بود (۱).

وزارت بهداشت کامرون، هند، مالای، نیجریه، فیلیپین و آفریقای جنوبی نیز در آوریل ۲۰۱۴ برای بحث در دامنه‌های کیفیت مراقبت‌ها و کار روی استانداردها اقدام کردند. این کار در راستای یک طرح اقدام‌پژوهی در زمینه‌ی فرایندهای ارایه‌ی مراقبت‌های مداخله‌ای و یا پیش‌گیرانه برای نوزادان (نظیر واکسیناسیون و تغذیه با شیر مادر) انجام شد (۳۰). یک مطالعه‌ی کیفی، دامنه‌های کلیدی را برای کیفیت فرایند مراقبت‌های نوزاد در تسهیلات زایمانی کشورهای صحرای افریقا تعریف کرد. در نتیجه‌ی آن، ۵ دامنه‌ی فنی، بین فردی، غربالگری و مراقبت و پایش، پیش‌گیری و کنترل عفونت و اجتناب از فرایندهای آسیب‌رسان به نوزاد استخراج شدند (۳۱).

در ایران، سیمبر و همکاران در مطالعات جداگانه در کردستان (۲۱) و تهران (۳۲)، برای بررسی کیفیت مراقبت‌ها در بخش زایمان، به ارزیابی فرایند مراقبت‌های نوزاد در حین زایمان و اداره‌ی فعال مرحله‌ی سوم زایمان پرداخته بودند. چنگایی و همکاران، در یک مطالعه‌ی ترکیبی متوالی توضیحی با استفاده از یک رویکرد کمی، کیفیت مراقبت‌های حین و پس از زایمان را مورد ارزیابی قرار دادند و از الگوی Donabedian در بررسی کیفیت استفاده کردند. البته، این مطالعه با محوریت مراقبت‌های مادران انجام شده بود و در مورد نوزادان بر آموزش شیردهی و معاینه‌ی نوزادان تأکید شده بود (۲۰). یداللهی فارسانی و همکاران، کیفیت مراقبت‌های ارایه شده به نوزاد سالم را با مشاهده‌ی مراقبت از نوزاد، در ۹ حیطه‌ی ارزیابی و اقدامات اولیه، اقدامات فوری جهت احیا، جلوگیری از هیپوترمی نوزاد، ثبت اطلاعات در پرونده، تغذیه با شیر مادر، معاینه و غربالگری، تماس مادر و نوزاد، واکسیناسیون و آموزش مادر ارزیابی کردند (۳۳). مشابه غفاری و همکاران (۳۴)، عربان و همکاران (۳۵) حیطه‌های مراقبت فوری از نوزاد، معاینه‌ی جفت، معاینه‌ی نوزاد و آموزش شیردهی را در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های مامایی لحاظ کردند.

**پیامدها:** معیارهای مهم پیامدکیفیت در مراقبت‌های نوزادان شامل نتایج بالینی، مرگ و میر و عوارض نوزادی و رضایتمندی است. علاوه بر این، کاهش تعداد مداخلات غیر ضروری و بهبود پیامدهای روانی و عمومی نیز در برخی مطالعات به عنوان پیامد مراقبت‌های با کیفیت نوزادان معرفی شده است (۱۲). می‌توان استدلال کرد که یکی از بزرگ‌ترین شاخص‌های کیفیت مراقبت نوزاد، یک تجربه‌ی مثبت مادر است که تحت تأثیر عواملی مانند محیط مناسب، ارتباط خوب و مهارت پرسنل ارایه دهنده‌ی خدمت است (۳۶). به نسبت فرایند و ساختار، مطالعات کمتری به پیامدها پرداخته بودند. در بنگلادش درک زنان از مراقبت‌های دریافتی و رضایت آن‌ها از کیفیت آن به عنوان پیامد از طریق مصاحبه با پرسش‌نامه‌ی ساختار یافته ارزیابی شده بود

شده بود که با نتایج ارزیابی کیفیت فرایندها در این مناطق ارتباط مستقیم داشت (۱).

این نتایج، نشان می‌دهد ارزیابی ساختار به عنوان جزئی از کیفیت ضروری است و تأیید می‌کند که ساختار موجود در بیمارستان‌ها، در واقع بستر آرایه‌ی مراقبت‌ها می‌باشد که می‌تواند زمینه‌ی مراقبت‌های با کیفیت را هم برای مادر و هم برای نوزاد فراهم کند (۴۴). وجود همبستگی بین حیطه‌هایی از ساختار با حیطه‌ی فرایند آرایه‌ی مراقبت و همچنین، همبستگی هر دو قسمت ساختار و فرایند با پیامدها در مطالعات، می‌تواند مناسب بودن مدل سه قسمتی Donabedian در ارزیابی مراقبت‌های نوزادان را تأیید نماید (۴۵).

معیارهای مربوط به کیفیت فرایند در مطالعه‌ی حاضر، از مهم‌ترین و پرکاربردترین معیارهایی بودند که بیشتر مطالعات در ارزیابی‌های کیفی یا کمی خود به آن پرداخته بودند. فرایند شامل فعالیت‌ها و مراحل آرایه‌ی مراقبت‌ها می‌باشد که باید مطابق با استانداردهای موجود باشد و کیفیت فرایند، میزان تطابق هر اقدام مراقبتی را با استانداردهای پذیرفته شده نشان می‌دهد. بخش مهم معیارهای کیفیت فرایند، در مطالعه‌ی مروری حاضر، کیفیت مراقبت فوری از نوزاد در مرحله‌ی سوم زایمان و اقدامات فوری دو ساعت اول تولد بود که شامل ارزیابی فوری نوزاد، مراقبت حرارت، خشک کردن فوری نوزاد، تماس پوست با پوست، کلامپ تأخیری بند ناف و شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر می‌شد. این بخش مراقبت‌ها، حیاتی‌ترین خدماتی است که به عنوان مراقبت پایه و اساسی نوزاد سالم از آن یاد می‌شود (۲۷). مراقبت‌های تأخیری دیگر از جمله کمک و آموزش مادر برای شیردهی، حمام تأخیری، مراقبت پوست و بند ناف، شستشوی دست‌ها، معاینه‌ی نوزاد، تریقی ویتامین K، واکسیناسیون، اقدامات مربوط به ایدز و هیپاتیت در برخی مطالعات در ارزیابی فرایند آورده شده بود که معیارهای کیفیت فرایند مراقبت نوزاد سالم را از زمان تولد تا ترخیص از بیمارستان تکمیل می‌کرد و به ارزیابی دقیق‌تر و مؤثر کمک می‌کرد که البته در استانداردها و راهنماهای معتبر نیز بر آن‌ها تأکید شده است (۴۶).

آرایه‌ی به موقع خدمات احیای نوزادی برای آن دسته از نوزادانی که در دقائق اولیه‌ی تولد پس از ارزیابی فوری، نیازمند احیا و مراقبت‌های تنفسی هستند، به عنوان معیار مهمی در برخی مطالعات آورده شده بود که مطابق دستورالعمل‌های بالینی جزء مراقبت‌های اساسی است و تأثیر زیادی بر سلامت نوزادان در معرض خطر در ساعات اولیه‌ی تولد دارد (۴۷). در این که کیفیت فرایند مهم‌ترین بخش ارزیابی کیفیت است، هیچ شکمی نیست، اما نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد اگر چه ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پایه‌ی نوزاد سالم در برخی کشورها انجام شده است، اما هر جا که تنها به یک بعد از

(۱۴). در یک مطالعه‌ی کیفی نیز مادران مالاوی، برداشت و رضایت خود را از کیفیت خدمات و مراقبت‌هایی که به خود و نوزادشان آرایه شده بود، بیان کردند (۳۷). در جزایر سلیمان، از شاخص‌های مرگ و میر نوزادان در طول ۱۲ ماه، به عنوان پیامد در ارزیابی کیفیت استفاده شده بود (۱۸). در ایران، سیمبر و همکاران، در ارزیابی کیفیت، پرسش‌نامه‌ی رضایت‌سنجی مادران را در سه بخش، رضایت از عوامل محیطی، رضایت از فرایندهای مراقبتی و رضایت از آموزش‌های آرایه شده تهیه کردند و رضایت مادران را به عنوان پیامد مراقبت‌ها برای سنجش کیفیت ارزیابی کردند (۲۱). در مطالعه‌ی چنگایی و همکاران، پیامد کیفیت مراقبت‌ها با پرسش‌نامه‌ی رضایتمندی سنجیده شده بود (۲۲).

### بحث

در مطالعه‌ی حاضر، برای اولین بار مرور نظام‌مند مطالعات ارزیابی کیفیت مراقبت با رویکردهای کیفی و کمی در زمینه‌ی مراقبت‌های نوزاد سالم از بدو تولد تا ترخیص در بیمارستان انجام شد. مطالعات مروری قبلی، بیشتر کیفیت مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان پرخطر و بیمار را مد نظر قرار داده بودند و یا تنها بخشی از کیفیت مثل آموزش کارکنان یا پیامدها یا یک اقدام مراقبتی خاص مثل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد را بررسی کرده بودند و در هیچ کدام، به طور جامع به کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم پرداخته نشده بود (۴۳-۳۸). مرور نظام‌مند متون مورد بررسی در مطالعه‌ی حاضر نیز با تأکید بر ضرورت رعایت مدل Donabedian به عنوان جامع‌ترین الگوی ارزیابی کیفیت در زمینه‌ی مراقبت‌های نوزاد سالم در بیمارستان انجام شد. استانداردهای سازمان جهانی بهداشت نیز برای بهبود کیفیت مراقبت‌های مادر و نوزاد در بیمارستان، مطابق با الگوی Donabedian شامل سه بخش ساختار، فرایند و پیامدها می‌باشد (۲۸).

بررسی مطالعات نشان داد که محققان به ویژه در کشورهای در حال توسعه و کم درآمد، برای ارزیابی کیفیت در بخش ساختار، از معیارهای زیرساخت‌ها و محیط فیزیکی و تجهیزات و داروهای مورد نیاز مراقبت‌های نوزاد سالم استفاده کرده بودند؛ چرا که از دیدگاه آنان، مشکلات ساختاری تأثیر زیادی بر کیفیت آرایه‌ی مراقبت‌ها داشت و البته، محققانی که طی مطالعات وسیع در سطح ۱۲ کشور آفریقایی و آسیایی با هدف ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پایه‌ی نوزاد، فرایندهای آرایه‌ی مراقبت به نوزاد را سنجیده بودند و اقدام به جمع‌آوری و واکاوی توصیف سیستم بهداشت و درمان این کشورها، از موانع و مشکلات مراقبت پایه‌ی نوزاد نمودند و چالش‌های مراقبت پایه‌ی نوزاد در نظام سلامت این کشورها را استخراج کردند، این مسأله را تأیید نمودند. طبق این مطالعات، منابع و تجهیزات و مهارت پرسنل از مشکلات عمده‌ی نظام سلامت کشورهای پیش‌گفته برآورد

نوزاد سالم از معیارهای ساختاری زیرساخت‌ها، تجهیزات و منابع انسانی و صلاحیت آنان به عنوان بستر ارایه‌ی مراقبت آغاز شده است و در مسیر کیفیت، به معیارهای فرایندی و مراقبت بر مبنای استانداردهای مراقبتی نوزاد سالم که شامل مراقبت‌های فوری و غیر فوری نوزاد که برای حفظ و ارتقای سلامت یک نوزاد سالم ضروری است، می‌رسد. زنجیره‌ی این مراقبت‌ها با پیامدهای بالینی مراقبت‌ها و رضایت گیرندگان خدمت (مادران نوزادان سالم) کامل می‌شود. سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی نیز که به دنبال کیفیت و پاسخگویی هستند، می‌توانند مطابق این الگو کیفیت ساختار، فرایند و پیامدها را ارزیابی کنند و تغییرات را برای نمایش روند اقدامات بهبود کیفیت انجام دهند، اما نکته‌ی مهم این است که مشخص کنند «چه چیزی و با چه معیاری باید ارزیابی شود؟». به عبارت دیگر، معیارهای درست برای هدف ارزیابی دقیق کیفیت مراقبت نوزاد سالم، ضروری است، اما ابزارهای موجود برای دستیابی کامل به این هدف کمک نمی‌کنند. ابزار جامع کیفیت مراقبت باید شامل ارزیابی ساختار و ظرفیت سیستم‌های بهداشتی و ارزیابی فرایندهای مراقبتی یک نوزاد سالم در بیمارستان بر مبنای استانداردهای ملی و همچنین، ارزیابی تجربه‌ی مادران از کیفیت مراقبت به عنوان گیرندگان خدمت باشد.

نتایج این مرور نظام‌مند نشان داد تدوین ابزار جامع و معتبر برای ارزیابی کیفیت این مراقبت‌ها که همه‌ی معیارهای استخراج شده از این مطالعه را در بر بگیرد، به عنوان یک نیاز ضروری است و می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای توسعه‌ی راهبردها و فعالیت‌های ارتقای کیفیت مراقبت‌های نوزادان سالم و ترکیب کیفیت با برنامه‌های موجود استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی بهداشت باروری مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1394.281 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و فن‌آوری اطلاعات دانشکده‌ی پرستاری و مامایی این دانشگاه نیز تشکر و قدردانی می‌شود.

کیفیت توجه شده است، ارزیابی ناقص بوده و نقاط ضعف سیستم ارایه دهنده‌ی خدمت مغفول مانده‌اند. کیفیت ضعیف، اغلب تابعی از نقاط ضعف سیستم و فرایندهای عملیاتی آن یا مشکلات در اجرای درست فرایندهای مراقبتی است (۶).

طبق مرور حاضر، پرکاربردترین معیارهای پیامد کیفیت در مراقبت‌های نوزادان شامل نتایج بالینی، مرگ و میر و عوارض نوزادی و رضایتمندی مادران بود و در برخی مطالعات، کاهش تعداد مداخلات غیر ضروری و بهبود پیامدهای روانی و عمومی نیز به عنوان پیامد مراقبت‌های با کیفیت نوزادان معرفی شده بود. مطالعات دیگر نیز این معیارها را به عنوان پیامدهای یک مراقبت با کیفیت تأیید کرده‌اند (۳۶). با وجود افزایش در دسترس بودن خدمات و حفظ استانداردهای کیفی قابل قبول، ارزیابی رضایت مادران از مراقبت به منظور پاسخ‌گویی بیشتر و قابل قبول بودن فرهنگی، مهم است و در نهایت، منجر به کیفیت بالاتر، استفاده‌ی بهتر از ساختار و بهبود نتایج می‌شود؛ چرا که عوامل تعیین‌کننده‌ی رضایت مادر، تمام ابعاد مراقبت در ساختار، فرایند و نتیجه را در بر می‌گیرد (۴۸).

توجه به نیازها و نظرات گیرندگان خدمت، یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت است که با برآوردن انتظارات درست آن‌ها، می‌توان گام مهمی در بهبود کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم برداشت (۴۹). البته، رضایتمندی نیز به تنهایی به عنوان نشانگر کیفیت، کافی نیست؛ چرا که بعضی از مادران به دلیل آن که از ابتدا انتظار کیفیت بالا نداشته‌اند، می‌توانند رضایت را گزارش دهند (۳۶). با این حال، وقتی پیامد و نتیجه‌ی یک ساختار مناسب و فرایند ارایه‌ی خدمت را در یک مراقبت با کیفیت دنبال می‌کنیم، درک رضایت کاربر از خدمات به عنوان نشانگر کیفیت بالای مراقبت، اهمیت پیدا می‌کند (۵۰).

### نتیجه‌گیری

در مجموع، مرور نظام‌مند این مطالعات نشان داد که در حال حاضر روش ارزیابی جامعی برای کیفیت مراقبت‌های نوزاد سالم وجود ندارد و اغلب کشورها با استناد به استانداردهای ملی و بین‌المللی اقدام به بررسی بخشی از کیفیت مراقبت کرده‌اند. با نگاه کلی به معیارهای استخراج شده، می‌توان گفت ارزیابی کیفیت مراقبت‌های

### References

1. Enweronu-Laryea C, Dickson KE, Moxon SG, Simen-Kapeu A, Nyange C, Niermeyer S, et al. Basic newborn care and neonatal resuscitation: A multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15 Suppl 2: S4.
2. Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl J Med* 1990; 322(10): 707-12.
3. World Health Organization. Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. *Reprod Health Matters* 2005; 13(25): 11-8.
4. Ehiri J. *Maternal and Child Health*. New York, NY:



- Springer; 2009.
5. Faye A, Niane M, Ba I. Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: Contributory factors in a developing country. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90(11): 1239-43.
  6. Raven JH, Tolhurst RJ, Tang S, van den Broek N. What is quality in maternal and neonatal health care? *Midwifery* 2012; 28(5): e676-e683.
  7. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(4): 281-95.
  8. World Health Organization. World Health Statistics data visualizations dashboard 2017 [Online]. [cited 2019]; Available from: URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-2-viz-3?lang=en>
  9. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Improving the quality of care for reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health in South-East Asia: A regional framework. Bangkok, Thailand: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2015.
  10. Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, et al. Quality measures for children's health care. *Pediatrics* 2004; 113(1 Pt 2): 199-209.
  11. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1743-8.
  12. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384(9948): 1129-45.
  13. Symon A, McFadden A, White M, Fraser K, Cummins A. Using the Quality Maternal and Newborn Care Framework to evaluate women's experiences of different models of care: A qualitative study. *Midwifery* 2019; 73: 26-34.
  14. Billah SM, Chowdhury MAK, Khan ANS, Karim F, Hassan A, Zaka N, et al. Quality of care during childbirth at public health facilities in Bangladesh: A cross-sectional study using WHO/UNICEF 'Every Mother Every Newborn (EMEN)' standards. *BMJ Open Qual* 2019; 8(3): e000596.
  15. Atiqzai F, Manalai P, Amin SS, Edmond KM, Naziri M, Soroush MS, et al. Quality of essential newborn care and neonatal resuscitation at health facilities in Afghanistan: A cross-sectional assessment. *BMJ Open* 2019; 9(8): e030496.
  16. Makene CL, Plotkin M, Currie S, Bishanga D, Ugwi P, Louis H, et al. Improvements in newborn care and newborn resuscitation following a quality improvement program at scale: results from a before and after study in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 381.
  17. Malhotra S, Zodpey SP, Vidyasagan AL, Sharma K, Raj SS, Neogi SB, et al. Assessment of essential newborn care services in secondary-level facilities from two districts of India. *J Health Popul Nutr* 2014; 32(1): 130-41.
  18. Tosif S, Nasi T, Gray A, Sadr-Azodi N, Ogaoga D, Duke T. Assessment of the quality of neonatal care in the Solomon Islands. *J Paediatr Child Health* 2018; 54(2): 165-71.
  19. Menezes MAS, Gurgel R, Bittencourt SDA, Pacheco VE, Cipolotti R, Leal MDC. Health facility structure and maternal characteristics related to essential newborn care in Brazil: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2018; 8(12): e021431.
  20. Changae F, Simbar M, Irajpour A, Akbari S. Quality assessment of peripartum care. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(6): e9069.
  21. Simbar M, Ghafari F, Tork Zahrani S, Alavimajd HR. Quality of midwifery care in labor and delivery wards of selected Kordestan Medical Science University hospitals. *Payesh* 2009; 8(2): 191-201. [In Persian].
  22. Thomas EJ, Sexton JB, Lasky RE, Helmreich RL, Crandell DS, Tyson J. Teamwork and quality during neonatal care in the delivery room. *J Perinatol* 2006; 26(3): 163-9.
  23. Moran AC, Kerber K, Sitrin D, Guenther T, Morrissey CS, Newby H, et al. Measuring coverage in MNCH: indicators for global tracking of newborn care. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001415.
  24. Lazzarini M, Bacci A, Lazdane G. Hospital care for mothers and newborn babies: WHO quality assessment and improvement tool. 2009.
  25. World Health Organization. Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool. 2014.
  26. Lawn JE, Kinney MV, Black RE, Pitt C, Cousens S, Kerber K, et al. Newborn survival: A multi-country analysis of a decade of change. *Health Policy Plan* 2012; 27(Suppl 3): iii6-28.
  27. Committee WGR. Guidelines on maternal, newborn, child, and adolescent health: Recommendations on newborn health. Geneva, Switzerland: WHO; 2013.
  28. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. 2016.
  29. Faye A, Dumont A, Ndiaye P, Fournier P. Development of an instrument to evaluate intrapartum care quality in Senegal: evaluation quality care. *Int J Qual Health Care* 2014; 26(2): 184-9.
  30. World Health Organization, UNICEF. Every Newborn progress report May 2015. Geneva, Switzerland2; WHO: 2015.
  31. Tripathi V, Stanton C, Strobino D, Bartlett L. Development and validation of an Index to Measure the Quality of Facility-Based Labor and Delivery Care Processes in Sub-Saharan Africa. *PLoS One* 2015; 10(6): e0129491.
  32. Simbar M, Minoee S, Sheikhan Z, Majd HA. Implementation of "The National Guide of Labor and Delivery Cares" and Related factors in selected educational- therapeutic hospitals of Tehran. *Hakim Health Sys Res* 2013; 16(1): 58-64. [In Persian].
  33. Yadollahi Farsani M, Rasti F, Alavi Majd H, Soleimani F, Tork Zahrani S. Assessment of care offered to the healthy newborn in the natural normal vaginal delivery and the cesarean section. *J Midwifery Reprod Health* 2017; 6(2): 14-22.
  34. Ghaffari F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Application of Donabedian quality-of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. *J Midwifery Reprod Health* 2014; 2(1): 50-9.
  35. Araban M, Karimy M, Tavousi M, Shamsi M, Niakan

- Kalhari S, Khazaiyan S, et al. Quality of midwifery care provided to women admitted. *Advances in Nursing and Midwifery* 2014; 23(81): 19-26.
36. Lavender DT. Improving quality of care during labour and childbirth and in the immediate postnatal period. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2016; 36: 57-67.
37. Kumbani LC, Chirwa E, Malata A, Odland JO, Bjune G. Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi. *Reprod Health* 2012; 9: 30.
38. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (3): CD007754.
39. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD003519.
40. Opiyo N, English M. In-service training for health professionals to improve care of the seriously ill newborn or child in low and middle-income countries (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (4): CD007071.
41. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 2006; 33(3): 210-20.
42. Chang AS, Berry A, Jones LJ, Sivasangari S. Specialist teams for neonatal transport to neonatal intensive care units for prevention of morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (10): CD007485.
43. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD001057.
44. Farajzadegan Z, Zamani AR, Valiani M, Golshah E. Evaluation of " Facility of Physiologic Delivery Program" in selective hospitals of Isfahan, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2011; 28(122): 1814. [In Persian].
45. Torkzahrani S, Soleimani F, Rafiey H, Salavati M, Nasiri M. Using Donabedian's model to evaluate quality of developmental care in neonatal intensive care units. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2016; 8(2): 225-35. [In Persian].
46. World Health Organization. Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2014.
47. Coutin AS. Essential Obstetric and newborn care: practical guide for midwives, doctors with obstetrics training and health care personnel who deal with obstetric emergencies. Geneva, Switzerland: Médecins Sans Frontières; 2019.
48. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 97.
49. Rasti Borujeni F, Nahidi F, Simbar M, Heidarzadeh M, Alavi Majd H. Unmet Needs for Healthy Newborns' Mothers in Hospital Care: A Qualitative Study. *International Journal of Pediatrics* 2019; 10669-79. [In Press].
50. Madula P, Kalembo FW, Yu H, Kaminga AC. Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reprod Health* 2018; 15(1): 135.

## Quality Assessment of Healthy Newborn Care in Hospital: A Systematic Review

Fereshteh Rasti-Borujeni<sup>1</sup>, Fatemeh Nahidi<sup>2</sup>, Masoumeh Simbar<sup>3</sup>,  
Mohammad Heidarzadeh<sup>4</sup>, Hamid Alavi Majd<sup>5</sup>

### Review Article

#### Abstract

**Background:** Quality assessment of newborn care is essential to achieve desirable and affecting future health outcomes. This study aimed to review the criteria used to evaluate the quality of healthy newborn care in different studies systematically based on the Donabedian model.

**Methods:** PubMed, Google Scholar, Scopus, Science Direct, Iranmedex, Magiran, and Scientific Information Database (SID) databases were searched concerning relevant studies with the keyword of "healthy newborn" and "quality of care" and "quality assessment" and their equivalent in Mesh and Persian synonyms. All quantitative, qualitative, English, and Persian-language articles ranging from the beginning of 1998 to the end of September 2019, which examined quality in healthy neonatal care, were included in the study. Of the 2219 articles obtained, 25 were finally included.

**Findings:** After reviewing the studies, the criteria for quality assessment of healthy newborn care were divided into three groups according to the Donabedian model: structure (physical infrastructure, essential drugs and equipment, competent human resources, policies, and clinical guidelines), processes (immediate newborn care and first two hours of birth, delayed newborn care, and neonatal resuscitation), and outcomes (maternal satisfaction, reduction of newborn mortality and complications).

**Conclusion:** The results of these systematic review showed that currently, there is not a defined comprehensive quality assessment method to take care of a healthy newborn. The development of a comprehensive and reliable tool to assess the quality of these care, which encompasses all the criteria extracted from this study, is essential as a health system requirement to improve the quality of care for healthy newborns.

**Keywords:** Quality of care, Newborn, Infant Care, Donabedian model

**Citation:** Rasti-Borujeni F, Nahidi F, Simbar M, Heidarzadeh M, Alavi Majd H. **Quality Assessment of Healthy Newborn Care in Hospital: A Systematic Review.** J Isfahan Med Sch 2020; 37(551): 1252-62.

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

2- Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5- Professor, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Fatemeh Nahidi, Email: nahidi@sbm.ac.ir