

بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آموزش گیرندگان احیاء نوزاد در مراکز بهداشتی- درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران

محققان: محترم احمدی (M.Sc.)⁺، ابراهیم نصیری (M.Sc.)^{**}
رضاعلی محمدپور (Ph.D.)^{***}، سید عبدالله عمادی (M.D.)^{***}

چکیده

سابقه و هدف: هرساله بیش از پنج میلیون نوزاد در سراسر دنیا می‌میرند که ۱۹ درصد این مرگ‌ها به علت خفگی (Asphyxia) هنگام تولد است در استان‌های کشور ما، برای کاهش این مرگ و میر و اجرای احیاء علمی و صحیح، آموزش‌هایی در زمینه احیاء نوزادان به اجرا در آمد. لذا این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد، آموزش گیرندگان احیاء نوزاد در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش در سال ۸۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی بوده و جامعه مورد مطالعه ماکلیه آموزش گیرندگان احیاء نوزاد بوده است که مستقیماً با آسفیکسی زمان تولد نوزاد ارتباط داشتند لذا به تعداد ۱۳۷ نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند؛ که ارتباط مستقیم شغلی با نوزادان و آسفیکسی زمان تولد داشتند و حداقل یکسال قبل از انجام بررسی، دوره آموزشی احیاء نوزادان را به شکل کارگاه سه روزه گذرانده بودند. ابزار بررسی، پرسشنامه بود که در سه حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد تدوین شد و برای سنجش عملکرد از مولاز استفاده گردید.

یافته‌ها: این بررسی مشخص نمود که بیش‌ترین نمونه هاماما (۶۲/۸ درصد) و زن (۸۹/۸ درصد) بوده‌اند. نتایج نشان داد ۴۴/۵ درصد افراد آگاهی خوب و ۱۱/۷ درصد آگاهی بسیارخوبی از احیاء نوزاد داشتند. بیش‌ترین آگاهی، مربوط به زمان فشردن قفسه (۹۳/۴ درصد) و روش تحریک تنفسی (۸۹/۱ درصد) بوده است و جمعاً ۹۶/۳۴ درصد افراد نگرش بسیار خوب و خوبی نسبت به احیاء نوزاد داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد که تنها ۳۸/۴ درصد افراد مورد بررسی از عملکرد خوبی برخوردار بودند و نگرش آن‌ها از نظر جنس، تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0.01$) و عملکردشان نیز با شغل، تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.017$). همچنین در بررسی ارتباط عملکرد با سن و سابقه کاری، رابطه معکوسی مشاهده شد که به ترتیب $r = -0.25$ و $r = -0.26$ بوده است.

استنتاج: اطلاعات به دست آمده نشان داد که میزان آگاهی و عملکرد افراد مورد مطالعه، متوسط، اما نگرش آن‌ها نسبت به احیاء نوزاد، خوب بوده است. لذا با توجه به نگرش مثبت افراد باید در جهت افزایش آگاهی و عملکرد آموزش گیرندگان مداخله نمود.

واژه‌های کلیدی: احیاء نوزادان، آسفیکسی

این تحقیق طی شماره ۵۴-۸۲ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

* کارشناس ارشد پرستاری معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** کارشناس ارشد بیهوشی، عضو هیأت علمی (مری) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** متخصص بیهوشی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
**** دکتری آمار، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۱/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۵/۴/۲۰ تاریخ تصویب: ۸۵/۷/۲۶

مقدمه

نوزادان دارند؛ به طوری که در کشورهای توسعه یافته با اجرای این برنامه‌ها میزان مرگ و میر نوزادی به ۴-۵ در هزار تولد رسیده است (۷). کمیته کشوری احیاء نوزاد با تاکید وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی، برنامه آموزشی احیاء نوزاد را براساس کتاب احیاء نوزاد و نظرات انجمن قلب و آکادمی طب اطفال آمریکا ضروری دانست و این کار از سال ۷۶ در سراسر کشور از جمله استان مازندران شروع شد. طبق برنامه وزارت بهداشت تا پایان سال ۷۹، هدف کاهش مرگ و میر به میزان ۱۶ در هزار مورد بوده است (۴). با تجهیز کمیته استانی از نظر امکانات آموزشی احیاء نوزاد، این هسته با برگزاری ۳۰ کارگاه آموزشی احیاء نوزاد بیش از هفتصد نفر از کارکنان پزشکی مرتبط با نوزاد را آموزش داده است که هم اکنون در بیمارستان‌های سطح استان (دولتی و خصوصی) فعالیت می‌نمایند. بعد از آموزش هیچ پایشی از برنامه در سطح استان صورت نپذیرفت و گزارش‌هایی مبنی بر عدم رعایت اصول کلی احیاء نوزاد در بعضی از مراکز دریافت شد لذا با تصویب و دریافت مجوز از معاون محترم پژوهشی دانشگاه این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آموزش گیرندگان احیاء نوزاد در مراکز دولتی تحت پوشش که مستقیماً با آسفیسیکی زمان تولد نوزادان مرتبط بوده و دوره آموزشی احیاء نوزاد را گذرانده بودند، انجام گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعی (cross sectional)، جامعه مورد بررسی شامل افرادی می‌شد که در زمان مطالعه در سال ۸۴-۸۳ در مراکز بهداشتی- درمانی و بیمارستان‌های دولتی سطح استان مشغول ارائه خدمت

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO) تقریباً ۱۲۰ میلیون نوزاد در سال در کشورهای توسعه یافته، متولد می‌شوند که ۳ درصد آن‌ها دچار خفگی (Asphyxia) و ۲۵ درصد موارد نیز دچار مرگ و میر می‌گردند (۱). از طرفی هر ساله بیش از پنج میلیون نوزاد در سراسر دنیا می‌میرند که ۱۹ درصد این مرگ‌ها به علت آسفیسیکی هنگام تولد است (۲). آسفیسیکی نوزادان علت اصلی مرگ و میر نوزادان به خصوص نوزادان نارس و کم وزن می‌باشد و این درحالی است که می‌توان با یک احیاء علمی و صحیح از آن جلوگیری کرد و یا در صورت بروز در همان ثانیه‌های اول آنرا اصلاح نمود. برای احیاء نوزادان می‌توان با چند اقدام ساده از قبیل خشک کردن فوری نوزاد، گرم نگهداشتن، وضعیت دادن صحیح، مکش ترشحات دهان و بینی و تحریک جلدی، تعداد زیادی از نوزادان نیازمند به احیاء را نجات داد (۳،۴).

مطالعه پتل (Patel) و همکاران (۲۰۰۱) در مورد تاثیر برنامه آموزشی احیاء نوزادان بر میزان آپکار (APGAR) نوزادان پرخطر نشان داد که علاوه بر افزایش دانش و مهارت کارکنان موجب بهبود آپکار نوزادان و کاهش مرگ و میر آنان گردیده است (۵). در واقع هدف از احیاء نوزاد جلوگیری از عوارض و مرگ و میر مرتبط با آسیب بافتی هیپوکسیک- ایسکمیک (مغز، قلب، کلیه) و برقراری محدود تنفس خود به خودی و برون ده قلبی کافی می‌باشد (۶).

احیاء نوزاد سریع و موثر در پاسخ به آسفیسیکی نوزادی می‌تواند در افزایش طول عمر موثر باشد. احیاء موفقیت‌آمیز به دانش و مهارت کاربردی نیاز دارد (۷).

از آنجایی که مرگ و میر نوزادان به عنوان شاخص مهم بهداشتی قلمداد می‌شود، اکثر کشورهای دنیا با برنامه‌های آموزشی مناسب سعی در کاهش مرگ و میر

شده به میزان ۴۰ دقیقه برای هر نمونه، تأیید گردید. به هر مرحله یک امتیاز اختصاص داده شد و در نهایت به صورت بسیارخوب، خوب متوسط و ضعیف پیشنهاد گردید. برای سنجش عملکرد از بین ۱۳۷ نفر نمونه، فقط ۸۶ نفر حاضر به همکاری شدند.

نحوه امتیازدهی برای آگاهی ۱۰۰-۷۵ (بسیارخوب)، ۷۴-۵۰ (خوب) ۴۹-۲۵، (متوسط) و کم تر از ۲۵ (ضعیف) بوده است.

نحوه امتیازدهی به نگرش ۴۰-۳۰ (کاملاً موافق)، ۳-۲۰ (نسبتاً موافق) و ۱۹-۱۰ (نسبتاً مخالف) و کم تر از ۱۰ (کاملاً مخالف) بوده است.

نحوه امتیازدهی به عملکرد: ۴۰-۳۰ (بسیار خوب)، ۲۹-۲۰ (خوب)، ۱۹-۱۰ (متوسط) و کم تر از ۱۰ (عملکرد ضعیف) بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون^۱ (r) و آزمون تی (t) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۷۶۰ نفری که کارگاه آموزشی احیاء نوزاد را طی سال‌های ۸۲-۷۶ گذرانده بودند، ۱۳۷ نفر که مستقیماً با آسفیکسی زمان تولد نوزاد ارتباط داشته و جهت انجام مطالعه همکاری کردند، مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد، ۱۲۳ نفر زن (۸۹/۸ درصد) و ۱۴ نفر مرد (۱۰/۲ درصد) بودند و بیش تر نمونه‌ها را ماماها (۸۶ نفر ۶۲/۸ درصد) تشکیل می‌دادند.

نتایج این تحقیق نشان داد که ۶۵/۷ درصد از افراد مورد بررسی (۹۰ نفر) در طی سال‌های ۷۷-۷۶ کارگاه آموزشی احیاء نوزاد را گذرانده بودند و میانگین سابقه کاری افراد مورد مطالعه $8 \pm 13/7$ سال بوده است و بقیه موارد در سال‌های بعد آموزش دیده بودند.

بوده و ارتباط شغلی با نوزادان و آسفیکسی زمان تولد داشته‌اند و کارگاه آموزشی احیاء نوزادان را حداقل یک سال قبل از انجام مطالعه در طی سال‌های ۸۲-۷۶ گذرانده‌اند.

لذا برای انتخاب نمونه، ۱۳۷ نفر از کارکنان مامایی، پزشکان متخصص زنان و زایمان، اطفال، بی‌هوشی، تکنیسین‌های اتاق عمل و بی‌هوشی که برای شرکت در این طرح رضایت داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

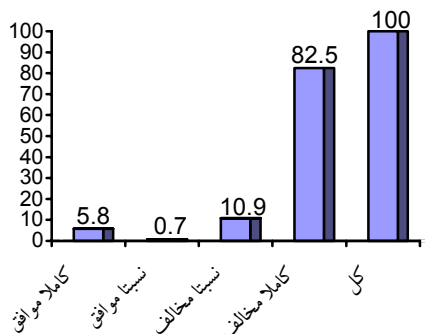
معیار خروج از مطالعه عدم علاقه و عدم گذراندن حداقل یک دوره کارگاه آموزشی احیاء نوزاد بوده است.

برای تعیین آگاهی از پرسشنامه‌ای مشتمل بر هشت سؤال دموگرافیک و بیست سؤال تخصصی استفاده شد که از کتاب مرجع احیاء نوزاد اقتباس گردید و روایی پرسشنامه توسط متخصصین و اعضای هسته استانی آموزش احیاء نوزاد مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد (Test-Retest) بر روی ۱۰ نفر با ضریب آلفا کرونباخ بالای ۷۵ درصد توسط اساتید مورد تأیید واقع شد.

ده سؤال نگرشی مربوط به این تحقیق نیز با استفاده از نظرات متخصصین و شاخص توافق چک کارد با ضریب بالای ۸۰ درصد تأیید شد و در چهار حیطه کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف مورد بررسی قرار گرفت.

سنجش عملکرد طی یک چک لیست مشتمل بر ۱۳ حیطه عملکردی که به ۴۰ مرحله اختصاصی تقسیم شده بود و اعتبار آن براساس کتاب مرجع و مشورت گروه تخصصی آموزش احیاء استان تعیین شد. برای بررسی پایایی این چک لیست سه نفر از مجریان اصلی طرح در خصوص امتیاز دادن به عملکرد کارکنان با کار روی مانکن احیاء نوزاد (از شرکت Lardal) و تجهیزات مرتبط با احیاء، به طور جداگانه ارزیابی نمودند و نحوه امتیازدهی با استفاده از چک لیست و زمان در نظر گرفته

1. Pierson correlation of coefficient



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی نگرش افراد مورد بررسی در مورد سؤال: (من فکر می‌کنم اقدامات احیاء کاری بی‌فایده است)

این نمودار نمایانگر این است که ۱۱۳ نفر از افراد مورد بررسی (۸۲/۵ درصد) کاملاً موافق اقدامات احیاء بودند و تنها ۵/۸ درصد (۸ درصد) اقدامات احیاء را کاری بی‌فایده می‌دانستند.

هم‌چنین نتایج نشان داد که نگرش افراد مورد بررسی با جنس آن‌ها تفاوت معنی‌داری داشته $P < 0.01$ ولی با شغل آن‌ها تفاوتی نداشته است.

در رابطه با عملکرد افراد و شغل، آزمون‌های آماری، تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.017$) در حالی که عملکرد و نگرش افراد با مدرک تحصیلی آنها تفاوت معنی‌داری نداشت. هم‌چنین یافته‌ها مشخص کرد که عملکرد افراد مورد بررسی برحسب جنس معنی‌دار بوده است و در دفعات شرکت افراد در کارگاه آموزشی و عملکرد و نگرش آنها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. ضمناً نمره عملکرد با سن افراد مورد پژوهش و سابقه کاری آنها رابطه همبستگی وارونه داشت $r = -0.025$ و $r = -0.026$.

حداکثر نمره عملکرد افراد مورد بررسی ۳۷ و حداقل نمره عملکرد ۸ بوده است میانگین انحراف معیار نمره عملکرد مردان 28.7 ± 4 و میانگین انحراف معیار نمره عملکرد زنان 22.8 ± 6.6 بوده است که براساس آزمون تی (t) اختلاف معنی‌دار بوده است ($P < 0.05$).

این بررسی نشان داد که ۴۴/۵ درصد افراد آگاهی خوب و بسیار خوب و ۴۳/۱ درصد آگاهی متوسطی از احیاء نوزاد داشته‌اند (جدول شماره ۱). بیش‌ترین آگاهی به ترتیب مربوط به زمان فشردن قفسه سینه (۹۳/۴ درصد) و روش تحریک تنفسی (۸۹/۱ درصد)، راه تشخیص برای تهویه مناسب با فشار مثبت (۸۶/۹ درصد) و دو اثر عمده اپی نفرین (۸۳/۹ درصد) بوده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی (درصد) وضعیت افراد مورد مطالعه در خصوص احیاء نوزاد بر حسب آگاهی، نگرش و عملکرد

| سطح | آگاهی | | عملکرد |
|-----------|----------------|---------------------|-----------|
| | فراوانی (درصد) | نگرش فراوانی (درصد) | |
| ضعیف | ۰/۷۱ | — | ۲۵ (۲۹/۱) |
| متوسط | ۴۳/۱۵۹ | ۱/۵۲ | ۲۳ (۲۶/۷) |
| خوب | ۴۴/۵۶۱ | ۳۲/۸۴ | ۳۳ (۳۸/۴) |
| بسیار خوب | ۱۱/۷۱۶ | ۶۳/۵۸۷ | ۵ (۵/۸) |
| بی‌جواب | — | ۲/۲۳ | — |
| جمع | ۱۳۷ (۱۰۰) | ۱۳۷ (۱۰۰) | ۸۶ (۱۰۰) |

جدول شماره ۱ نشانگر آن است که ۴۴/۵ درصد افراد مورد بررسی آگاهی خوب، ۶۳/۵ درصد افراد نگرش بسیار خوب (کاملاً موافق) و ۳۸/۴ درصد آنان عملکرد خوبی نسبت به احیاء نوزاد داشتند (کاملاً موافق).

نتایج پژوهش در مورد وضعیت نگرش واحدهای مورد بررسی مشخص نمود که ۸۷ نفر (۶۳/۵ درصد) افراد نگرش خیلی خوب (کاملاً موافق) و ۴۵ نفر (۳۲/۸۴ درصد) آنان نگرش خوب (نسبتاً موافق) و ۲ نفر (۱/۵ درصد) نگرش متوسط نسبت به احیاء نوزاداً داشته‌اند که در این میان بیش‌ترین نگرش افراد (کاملاً موافق) مربوط به سؤال: برای گرفتن نتیجه خوب احیاء باید وسایل سالم در اختیار باشد ۱۱۷ نفر (۸۵/۴ درصد) و کاملاً مخالف مربوط به سؤال: من فکر می‌کنم اقدامات احیاء کاری بی‌فایده است ۱۱۳ نفر (۸۲/۵ درصد) بوده است (نمودار شماره ۱).

یافته‌ها نشان داد که ۳۳ نفر از افراد مورد مطالعه (۳۸/۴ درصد) عملکرد خوب و ۴۸ نفر (۵۵/۸ درصد) از عملکرد متوسط یا ضعیفی برخوردار بوده‌اند. عملکرد افراد مورد بررسی در خصوص اقدامات پیشگیری از اتلاف حرارت بدن نوزاد بلافاصله بعد از تولد مشخص نمود که (۶۴/۲ درصد) افراد توانسته‌اند به ترتیب: نوزاد را زیر دستگاه گرم کننده (Warmer) قرار دهند و بعد او را خشک نمایند، و (۵۹/۱ درصد) افراد قادر بودند سومین گام (حوله خیس را از بدن نوزاد دور نمایند). هم‌چنین در رابطه با اجرای گام‌های مربوط به باز کردن راه هوایی برای تنفس به ترتیب (۵۶/۲ درصد) قادر به دادن وضعیت مناسب به نوزاد، (۵۸/۴ درصد) مکش ترشحات دهان و بینی و (۵۰/۴ درصد) تحریک تنفسی بوده‌اند. در خصوص انجام لوله‌گذاری داخل‌نای، عملکرد افراد مورد بررسی نشان داد که از گام‌های اجرایی (۴۶ درصد) افراد توانسته‌اند دو گام اول و (۴۰/۹ درصد) گام سوم و (۲۹/۲ درصد) گام چهارم و (۲۷ درصد) گام‌های پنجم و ششم را درست انجام دهند (جدول شماره ۲).

جدول فوق نشان داد که ۰۶۳ درصد افراد مورد بررسی توانسته‌اند لوله تراشه مناسب را انتخاب کرده و تیغه مناسب را به لارنگوسکپ وصل نمایند. و ۵۶ درصد افراد وضعیت مناسب به سروگردن نوزاد داده و خود نیز در وضعیت مناسب قرار گرفتند. و از ۸۶ نفری که از نظر وضعیت عملکرد مورد بررسی قرار گرفتند، ۳۷ نفر آنها توانستند لوله تراشه را در نای به درستی قرار داده و آنرا ثابت نمایند.

بیشترین ضعف در عملکرد مربوط به بخش تجویز دارو در احیاء نوزاد بوده است که (۲۷ درصد) جامعه مورد پژوهش توانستند آدرنالین و (۲۳/۴ درصد) ۳۰cc نرمال سالین و (۸/۸ درصد) آنان (۱۲-۶ میلی‌لیتر) بی‌کربنات سدیم را آماده نمایند (جدول شماره ۳). جدول فوق نشان می‌دهد که تنها ۲۷ درصد افراد مورد بررسی قادر به آماده کردن آدرنالین بوده و (۲۳/۴ درصد) آنها برای تهیه نرمال سالین و (۸/۸ درصد) افراد برای تهیه بی‌کربنات سدیم آمادگی داشتند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه در مورد سؤال: انجام لوله‌گذاری برای نوزاد ۳ کیلوگرمی که برای مدتی PPV شده و احتمال طولانی شدن PPV وجود دارد

| مراحل (گام‌های اجرایی) | | بلی | خیر | بی‌جواب | جمع |
|---|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| ۱- لوله تراشه در اندازه مناسب را برای نوزاد انتخاب می‌کند | | ۶۳ (۶۴) | ۲۶ (۱۹) | ۴۸ (۳۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۲- تیغه مناسب به دسته لارنگوسکپ وصل مینماید | | ۶۳ (۴۶) | ۲۶ (۱۹) | ۴۸ (۳۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۳- برای لوله‌گذاری به تراشه وضعیت مناسب به سروگردن نوزاد داده و خود در وضعیت مناسب قرار می‌گیرد | | ۵۶ (۴۰/۹) | ۳۳ (۲۴/۱) | ۳۸ (۲۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۴- نحوه گرفتن لارنگوسکپ و جارو کردن زبان بطرف چپ و حرکت تیغه به جلو را درست انجام می‌دهد | | ۴۰ (۲۹/۲) | ۴۹ (۳۵/۸) | ۴۸ (۳۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۵- بعد از قراردادن لوله تراشه، تایید محل قرار گرفتن لوله در داخل نای را بدرستی انجام می‌دهد | | ۳۷ (۲۷) | ۵۲ (۳۸) | ۴۸ (۳۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۶- ثابت کردن لوله را درست انجام می‌دهد | | ۳۷ (۲۷) | ۵۲ (۳۸) | ۴۸ (۳۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی افراد مورد بررسی در خصوص سؤال عملکرد: آماده کردن سه داروی احیاء نوزاد (آدرنالین، بی‌کربنات سدیم و افزایش دهنده حجم)

| مراحل آماده کردن داروهای احیاء | | بلی | خیر | بی‌جواب | جمع |
|---|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| ۱- آدرنالین را با سرنگ آماده می‌کند | | ۳۷ (۲۷) | ۵۱ (۳۷/۲) | ۴۹ (۳۵/۸) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۲- ۳۰ میلی‌لیتر نرمال سالین آماده می‌کند | | ۳۲ (۲۳/۴) | ۵۶ (۴۰/۹) | ۴۹ (۳۵/۸) | ۱۳۷ (۱۰۰) |
| ۳- (۱۲-۶ میلی‌لیتر بی‌کربنات (دوبرابر رقیق شده موجود) را آماده می‌کند | | ۱۲ (۸/۸) | ۷۵ (۵۴/۷) | ۵۰ (۳۶/۵) | ۱۳۷ (۱۰۰) |

بحث

احیاء قلبی ریوی ندارند و این بی میلی مربوط می شود به نگرانی هایی از قبیل اضطراب، احساس گناه، ترس از اجرای ناکامل احیاء، احساس مسئولیت و انتقال عفونت. برای کاهش آن روش هایی مانند تمرین بسیار زیاد، آسان کردن محتوی دوره، دستورالعمل نوار ویدئویی برای آموزش اولیه و تقویت، دستورالعمل خود تمرینی در نوار ویدئویی، مانکن ها و استفاده از تمرین بعد از تماشای نوار ویدئویی با حمایت مربی پیشنهاد می شود (۱۰).

علت تفاوت نتایج این دو مطالعه در خصوص نگرش آموزش گیرندگان نسبت به احیاء احتمالاً مربوط به این است که آموزش گیرندگان احیاء در مطالعه ما، به دلیل وجود تیم احیاء در بیمارستان ها که افرادی مشخص در آن حضور دارند، خود را مسئول احیاء نمی دانند و از این نظر نگرش منفی به آن ندارند. ولی در آن مطالعه نگرش منفی نسبت به احیاء احتمالاً مربوط به درگیری مستقیم افراد آموزش گیرنده بوده است. به نظر می رسد باید به علت ارتباط مستقیم ماماها و سایر آموزش گیرندگان این مطالعه در زمان آسفیکی نوزادان با عنایت به نگرش مثبت، در تیم های احیاء نوزادان بیمارستان ها از وجودشان به طور مستقیم استفاده شود.

نتایج عملکردی در این مطالعه نشان داد که تنها ۵/۸ درصد افراد مورد مطالعه عملکرد بسیار خوب و ۵۵/۸ درصد آن ها دارای عملکرد متوسط و ضعیفی بودند. مناسب ترین عملکردها مربوط به سؤال: اقدامات پیشگیری از اتلاف حرارت بدن نوزاد در بعد تولد و باز کردن راه هوایی و اجرای تنفس بوده است که حدود نیمی از شرکت کنندگان در مطالعه قادر نبودند برای باز کردن راه هوایی، اقدام مناسب انجام دهند.

نتایج مطالعه ابرو (Ebru) و همکاران (۲۰۰۰) نیز که یک دوره آموزشی هشت ساعته احیاء نوزاد بر روی مانکن انجام داده بودند، نشان داد که آموزش موجب

با توجه به سئوالات پژوهش، نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۴/۵ درصد از افراد آگاهی خوب و ۴۳/۱ درصد آنان آگاهی متوسطی از احیاء نوزاد داشتند و بیشترین آگاهی ۹۳/۴ درصد مربوط به فشردن قفسه سینه بود. لویت (Levitt) و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه خود، میزان آگاهی ۲۹ نفر از دانشجویان پزشکی دوره تخصصی نوزادان را در یک دوره آموزشی احیاء نوزاد بررسی کرده و گزارش نمودند که میانگین آگاهی آن ها حدود ۳۰ درصد افزایش یافت و این آگاهی بعد از شش ماه که بر روی ده نفر از افراد مذکور انجام شده بود به میزان ۱۵ درصد نسبت به زمان بلافاصله بعد از آموزش، کاهش داشته است (۸). شباهت های مطالعه ما با مطالعه لویت (Levitt) و همکاران (۱۹۹۶) در خصوص بررسی آگاهی آموزش گیرندگان بلافاصله بعد از مطالعه بوده است که در مطالعه ما هم آزمون های Post test دوره های کارگاه، نشان دهنده آگاهی بالای ۹۰ درصد بوده است. اما تفاوت مهم این دو مطالعه مربوط به مدت زمان پس از آموزش بوده است که در مطالعه ما این زمان یک تا پنج سال (۷۶-۸۲) بوده است و نتایج کلی این دو مطالعه موید این است که هرچه فاصله زمانی بین آموزش و بررسی بیش تر باشد، میزان آگاهی افراد کم تر می شود (۹، ۸).

در مورد نگرش افراد مورد بررسی، نتایج نشان داد که ۶۳/۵۰ درصد افراد نگرش بسیار خوب (کاملاً موافق) و ۳۲/۸۴ درصد آنان نگرش خوب نسبت به احیاء نوزاد داشتند و تنها ۱/۵ درصد آنها نگرش متوسط داشتند و این بیانگر این مسئله می تواند باشد که اکثریت قریب به اتفاق افراد مورد بررسی موافق برنامه آموزشی احیاء نوزاد بودند و نگرش منفی نسبت به این قضیه در افراد مورد مطالعه وجود نداشت.

علاوه بر این، مطالعات نشان دادند که معمولاً شرکت کنندگان حتی بعد از آموزش علاقه چندانی به

۱- عاملین زایمان به عنوان اعضای اصلی تیم‌های احیاء نوزادان در واحدهای اجرایی به طور رسمی منظور گردند.

۲- مداخلات آموزش احیاء نوزادان مثل لوله گذاری داخل نای بر مبنای منابع تأیید شده حداقل هر سال تکرار شود.

۳- نظارت مستقیم و تعیین متولی اختصاصی برای شیوه اجرا و نظارت بر احیاء نوزادان در زمان آسفیکی در واحدهای مرتبط و تحت پوشش فراهم شود.

سپاسگزاری

از معاون محترم پژوهشی دانشگاه به دلیل همکاری مناسب و از سرکار خانم دکتر مهنوش کوثریان که در اصلاح پرسشنامه راهنمایی فرمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

افزایش عملکرد احیاء نوزاد می‌شود ولی تمامی شرکت کنندگان موفق به عملکرد مناسبی از احیاء نشدند (۱۱).

تینا (Tina) و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه‌ای مشابه ما در بررسی عملکرد نتیجه گرفتند علی‌رغم این‌که دانشجویان پزشکی دوره تخصصی اطفال، آموزش‌های لازم را در کارگاه دیده بودند، برای لوله‌گذاری داخل نای در مانکن موفقیت مناسبی نداشتند (۱۲).

در نتایج تحقیق حاضر هم، در ابعاد لوله‌گذاری داخل نای و تجویز دارو، عملکرد مناسبی وجود نداشت و تقریباً نتایجی مشابه با دو مطالعه فوق به دست آمد. با توجه به نتایج این مطالعات، به نظر می‌رسد، عواملی از قبیل عدم دخالت مستقیم در برنامه احیاء توسط عاملین زایمان، به علت وجود تیم احیاء و افزایش فاصله زمانی بین آموزش و اجرای عملیات احیاء موجب کاهش مهارت آموزش گیرندگان شده است. لذا برای بهبود عملکرد برای کاهش آسفیکی نوزادان و مرگ و میر آنان پیشنهادات ذیل ارائه می‌شود:

فهرست منابع

1. The congenital Diaphragmatic study group. Estimating disease severity of congenital Diphragmatic hernia in the first 5 minutes of life. *J. Ped. Surg.* 2001; 36(1): 141-145.
2. Susan Nierame .international Guidelines For neonatal Resuscitation. *Pediatrics.* 2006; 106 (3): 1-16.
3. بلوم س، رونالدو. کراپلی، کاترین. و کمیته ملی هدایت احیاء نوزاد، ترجمه پیله رودی، نیلوفر و همکاران، *درسمه احیاء نوزاد*، تهران: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۷۶.
4. اداره کودکان دفتر سلامت خانواده و جمعیت. وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی. *خلاصه درسمه احیاء نوزاد*، تهران: انتشارات فاطر، مهر ماه ۱۳۸۰.
5. Patel D, Piotrowski ZH, Nelson MR, Sabich R. Effect of a statewide neonatal Resuscitation training program on Apgar scores among high-risk neonates in Illinois. *Pediatrics.* 2001; 107(4): 648-550.
6. زیجاردرمن و رابرت کلیگمن هاجنس، *نوزادان نلسون*. ترجمه، مسعود محمدپور. رضا فلاح. تهران: انتشارات اندیشه رفیع سال ۱۳۸۲.

7. David Whyte. Neonatal Resuscitation a practical assessment. *Resuscitation*, 1991; 40: 21-25.
8. Levitt C, Kaczorowski J, Quterbridge E, Jimenez V, Connlly B, Slapcoff B. Knowledge gained following: Neonatal: *Prog. Cours. Fam. Resusc.* 1996; 28(6): 403-60
9. Daniele T, Paola C, Vincenzo Z, Franco Z. Knowledge gained by pediatric residents after Neonatal resuscitation Program courses. *Ped. Anes.* 2005; 15: 944-947.
10. American Heart Association, Introduction to the international 2000 for CPR and ECC a Consensus on Science. *Resuscitation*, 2000, 46: 3-15.
11. Ebrue. Esink. Yildiz A. sebnems. Neonatal resuscitation course experience in Turkey. *Resuscitation.* 2000; 45(22): 225-227.
12. Tina A, Wade R, Neiln F. Neonatal intubation success of pediatric Trainers. *J. Ped.* 2005; 146(5): 632-641.

Archive of SID