

واکاوی موانع تماس پوست به پوست در نوزادان ترم سالم حاصل زایمان طبیعی

مرضیه ابراهیمی^۱؛ شایسته جهان‌فر^۲؛ امیرحسین تکیان^۳؛ زهره خاکبازان^۴؛ شبمن وظیفه‌خواه^۵؛ درسا وطن‌دوست^۶؛ مهرناز گرانمایه^۸

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۳/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۵/۱۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر ظرف ساعت اول تولد، اقدام چهارم از اقدامات دهگانه بیمارستان‌های دوستدار کودک است. با این حال، این اقدام هنوز به نحو مطلوب در ایران انجام نمی‌شود. این مطالعه باهدف واکاوی عوامل بازدارنده اجرای دستورالعمل تماس پوست به پوست مادر و نوزاد در ساعت اول پس از تولد طراحی شد.

مواد و روش کار: این مطالعه، یک مطالعه کیفی با تحلیل محتوا از نوع قراردادی است. اطلاعات توسط مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته با استفاده از سؤالات باز جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به شیوه مبتنی بر هدف انجام و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. در مجموع با ۲۷ خبره و مدیر و متخصص و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات زایمان مصاحبه شد.

یافته‌ها: در مجموع ۸۲۴ کد از مصاحبه‌ها استخراج شد که بر اساس قربات محتوایی موردقیاس قرار گرفته و به صورت ۷ درون‌مایه، ۱۹ طبقه و ۷۵ زیرطبقه سازمان‌دهی شدند. پس از تحلیل داده‌های کیفی درون‌مایه‌های پدیدار شده بر اساس چهار جزء مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون در چهار دسته نقش‌آفرینان، محتوا، زمینه و فرایند مورد مقایسه قرار گرفت و در آن‌ها جای داده شدند. در جزء موانع محتوایی درون‌مایه: چالش‌های دستورالعمل، در جزء موانع فرایندی دو درون‌مایه: کاستی‌های دانش و آگاهی و مهارت و ماهیت بستر انجام پروسه تماس، در جزء موانع ساختاری دو درون‌مایه: چالش نظارت و پایش در همه سطوح سیستم و مؤلفه‌های محیطی مؤثر در اجرا برنامه تماس و نهایتاً در جزء موانع مربوط به بازیگران: درون‌مایه بازیگران اثرگذار شامل ذینفعان و ذینقشان قرار گرفتند. **بحث و نتیجه‌گیری:** پرسنل اتاق زایمان با موانع جدی برای اجرای تماس پوست به پوست در ساعت اول تولد مواجه هستند به‌ویژه در زمینه دریافت آموزش مستمر و کافی، داشتن انگیزه و حمایت لازم از طرف مدیران و برقراری نظارت کارآمد و سیستم پاداش برای انجام مطلوب تماس پوست به پوست در ساعت اول تولد.

کلیدواژه‌ها: تماس پوست به پوست، ساعت اول تولد، کارکنان بهداشتی، مطالعه کیفی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۵۲، خرداد ۱۴۰۱، ص ۱۷۸-۲۰۰

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، تلفن: ۹۱۴۳۴۱۹۴۲۹

Email: geranmay@tums.ac.ir

مقدمه

ساعت اول تولد زمان حیاتی و بحرانی هم برای نوزاد و هم برای مادر است که به‌عنوان ساعت طلایی شناخته می‌شود (۱). این زمان حساس "ساعت جادویی"، "ساعت طلایی" یا "ساعت مقدس" خوانده می‌شود (۲).

- ۱ دانشکده پرستاری و مامایی، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
- ۲ دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳ دانشیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه توفس، آمریکا
- ۴ استاد، گروه سیاست‌گذاری در سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۶ استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
- ۷ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۸ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

در طی ساعت اول بعد از تولد، مادر و نوزاد زمان منحصربه‌فرد و ویژه‌ای را تجربه می‌کنند. جدا کردن نوزاد از مادر بعد از تولد حتی در مدت‌زمان کوتاه می‌تواند منجر به اثرات جسمی و روان‌شناختی نامطلوب روی نوزاد گردد (۳). تماس پوست با پوست^۱ در بدو تولد یکی از استانداردهای مراقبت از نوزادان بدون عوامل خطرناست. تحقیقات علمی قوی در مورد اهمیت تماس پوست به پوست در ساعت اول تولد وجود دارد (۴-۶).

دوره حساس ساعت اول و حوالی بعد از تولد به میزان قابل توجهی تحت تأثیر میزان بالای هورمون اکسی توسین قرار دارد که از جفت به سمت نوزاد عبور می‌کند. اکسی توسین که در حین تماس پوست به پوست بسیار افزایش می‌یابد، باعث دل‌بستگی مادر / نوزاد می‌شود (۷-۱۱). کنترل تولید کورتیزول و کاهش سطح استرس و اضطراب مادر و نوزاد نیز از جمله دیگر مزایای تماس پوست با پوست است (۱۲-۱۶). از فواید فوری مادری تماس پوست به پوست، کاهش خونریزی و خروج زودرس جفت پس از زایمان است (۱۵، ۱۷). همچنین شواهد بیانگر کاهش افسردگی بعد از زایمان به دنبال برقراری تماس پوست با پوست است (۱۸، ۱۹). مزایای تماس پوست به پوست فراتر از لحظه تولد است. چه در محیط مراقبت از زایمان و چه در خانه، نیاز جسمی و عاطفی مادر و نوزاد به یکدیگر ادامه دارد و در صورت برخورداری از تماس اولیه کافی، این نیازها به نحو مطلوبی برطرف می‌گردند (۲۰). عدم مراقبت از تماس پوست با پوست و جدایی زودرس نیز ممکن است باعث اختلال در پیوند مادر و نوزاد شود، واکنش عاطفی مادر را نسبت به نوزادش کاهش دهد و بر رفتار مادر تأثیر منفی بگذارد (۲۱). مطالعات نشان داده شده است که قرار دادن نوزاد برهنه بر روی شکم یا قفسه سینه لخت مادر هنگام تولد، باعث پیشگیری از هیپوترمی نوزاد، کاهش زمان گریه، پایداری قلب و عروق شده و نیز در نوزادانی که از طریق سزارین متولد می‌شوند و شانس کلونیزه شدن با میکروب‌های واژن مادر را از دست می‌دهند، تماس پوست با پوست کلونیزه کردن نوزاد را با میکروب‌های پوست مادر فراهم می‌کند (۲۲). باوجود توصیه بسیار و تأکید بر اولویت برقراری SSC در ساعت اول تولد توسط سازمان جهانی بهداشت و یونیسف رسیدگی به این امر مهم همچنان نادیده گرفته می‌شود (۲۳). این در حالی است که SSC به حداقل تلاش سازمانی یا هزینه اجرایی نیاز دارد و تأثیرات مهم آن بر سلامت مادر و نوزاد موجب صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌گردد (۲۴). تماس فوری و مداوم پوست با پوست و شروع شیردهی در ساعت اول تولد در تثبیت شیردهی و بقاء نوزاد و شیرخوار و رشد و تکامل

وی بسیار مهم است. احتمال مرگ نوزاد در ۲۸ روز اول زندگی در نوزادانیکه شیردهی را در ۲-۳ ساعت اول شروع کرده‌اند نسبت به نوزادانی که آن را در ساعت اول آغاز کرده‌اند ۳۳ درصد بیشتر است و این آمار برای نوزادانی که بعد از ۲۴ ساعت شروع شیردهی داشتند دو برابر می‌شود (۲۵). میزان اجرای SSC در نقاط مختلف جهان متفاوت می‌باشد به طوری که، در یک مرور سیستماتیک باهدف تعیین شیوع گزارش‌شده تماس پوست با پوست در ساعت اول تولد در ۲۸ کشور و از هر شش منطقه سازمان بهداشت جهانی، دامنه گسترده‌ای برای اجرای SSC برای مادر و نوزاد وجود داشت. SSC در سرتاسر جهان از ۱٪ تا ۹۸٪ متفاوت بود. بیشتر مطالعات از کشورهای با درآمد بالا بود و میزان SSC بالاتری را نسبت به کشورهای با درآمد متوسط و کم گزارش می‌کردند (۲۶). در ایران نیز در مطالعه مقطعی ناهیدی و همکاران (۱۳۹۲) میزان انجام SSC توسط ۹۸ درصد ماماها، حداقل ۲ و حداکثر ۴ دقیقه اعلام شد (۲۷).

در مطالعه امبالیندا^۲ و همکاران موانع به‌دست‌آمده در برقراری تماس ساعت اول تولد شامل: موانع درک شده از جمله رویدادهای پزشکی، مسائل روانی اجتماعی و روش‌های استاندارد مامایی. موانع عمل‌گرا شامل محدودیت‌های اقتصادی در بیمارستان و جامعه؛ موانع پیش‌بینی‌شده توسط کارکنان و خانواده‌ها؛ فعال کردن رویدادها از جمله مشارکت کارکنان بود (۲۸). در بررسی علل عدم اجرای SSC در مطالعه آلن و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شد، وول خوردن نوزاد و ترس از افتادن، لباس‌های نامناسب مادران و عدم دسترسی به سینه لخت مادر و اقدامات مداخله‌گر و غیرضروری عامل زایمان همچون وزن کردن و شستشوی نوزاد از علل اصلی عدم اجرای تماس پوست به پوست مادر و نوزاد طی یک ساعت اول تولد است (۲۹). در مطالعه عبدالغنی^۳ و همکاران در عربستان عوامل بازدارنده تماس پوست، فقدان سیاست و دستورالعمل‌های دقیق برای حمایت از عمل SSC، عدم توانایی و انگیزه برای اجرای عمل SSC، عدم مادران علاقه‌مند به SSC، فقدان همکاری تیم تخصصی و کارکنان و محدودیت‌های زمانی و محیط تولد پزشکی که مداخلات را بر SSC اولویت می‌دهد، ذکر گردید (۳۰). در ایران مطالعه کیفی محمدزاده و همکاران چهارتم اصلی شامل موانع مربوط به مادر، موانع مربوط به پدر، موانع مربوط به پزشک و موانع مربوط به سیستم در انجام مراقبت آغوشی در یخش مراقبت‌های ویژه نوزادان استخراج شد (۳۱). از نجایی که SSC یک مراقبت استاندارد، ساده، ارزان و بااهمیت در حیطه بهداشت و سلامت مادر

³ Abdulghani

¹ skin-to-skin contact (SSC)

² Mbalinda

گذرانده باشند، در نظر گرفته شد. پس از مصاحبه با ۲۷ نفر صاحب‌نظر و ذینفعان در امر زایمان و مراقبت نوزاد و برنامه تماس پوستی مادر و نوزاد در ساعت اول تولد اشباع داده‌ها حاصل شد.

معیارهای ورود به مطالعه:

کلیه دست‌اندرکاران زایمان و مراقبت از نوزاد در ساعت اول تولد با حداقل دو سال سابقه کار

مربیان مامایی و اعضای هیئت‌علمی مامایی

متخصصین زنان و اعضای هیئت‌علمی زنان

کلیه مسئولین بیمارستانی، دانشگاهی و وزارتی درگیر با برنامه

تماس پوست ساعت اول تولد با حداقل

دو سال سابقه کار

دانشجویان مامایی سال آخر کارشناسی

دستیاران زنان سال یک تا سه

تمایل به شرکت در مطالعه و بازگو کردن تجربیات و نظرات

مربوطه

موافقت با ضبط گفتگو

شاغل بودن در شهر ارومیه و وزارت بهداشت

روش جمع‌آوری داده‌های مطالعه کیفی:

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های فردی عمیق نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. مصاحبه‌ها از آبان ۱۳۹۹ شروع و تا اسفند همان سال ادامه یافت. مدت‌زمان مصاحبه‌ها بسته به نحوه پاسخگویی و تمایل مشارکت‌کنندگان از ۳۵ تا ۷۰ دقیقه متغیر بود. مدت‌زمان متوسط مصاحبه‌ها در این مطالعه ۵۰ دقیقه بود. مصاحبه

پس از توضیح مختصری در مورد مفهوم و اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در ساعت اول تولد در نوزادان ترم، سالم و حاصل زایمان طبیعی، با سؤال "لطفاً تجربه و احساس خود را در مورد اجرای دستورالعمل تماس پوست به پوست مادر و نوزاد در ساعت اول بعد از تولد توضیح دهید" آغاز می‌شد. سؤالات بعدی بر اساس پاسخ‌های اولیه افراد و راهنمای مصاحبه پرسیده می‌شد. همچنین برحسب نیاز، در مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی "تظیر" منظور شما چیست" یا "اگر می‌توانید لطفاً بیشتر توضیح دهید"، استفاده شد. مثال‌هایی از سؤالات اولیه در ذیل آورده شده است:

از زمانی که در این بخش مشغول به کار هستید، با چه مشکلات و موانعی در خصوص اجرای دستورالعمل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد طی یک ساعت اول پس از تولد مواجه هستید؟

وقتی به اجرای دستورالعمل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد طی یک ساعت اول پس از تولد فکر می‌کنید، چه چیزهایی بیشترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های ذهنی شما را تشکیل می‌دهند؟

و نوزاد است و منافع متعددی برای مادر و نوزاد دارد و به‌عنوان گام چهارم در بیمارستان‌های دوستدار کودک معرفی شده است و در سطوح بین‌المللی بر اجرایان تأکید شده است و توجه به این واقعیت که در ایران بر اساس مطالعات موجود و تجارب محقق به نظر می‌رسد انجام این مراقبت بسیار مهم در سطح مطلوبی قرار ندارد در این راستا، این مطالعه با رویکردی کیفی و باهدف تبیین عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در ساعت اول طراحی و اجرا شد.

هدف مطالعه:

۱- تبیین عوامل بازدارنده اجرای دستورالعمل تماس پوست

با پوست مادر و نوزاد در ساعت اول تولد در نوزاد سالم‌ترم

حاصل زایمان واژینال

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است که به مطالعه عوامل بازدارنده اجرای دستورالعمل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد از دیدگاه دست‌اندرکاران زایمان و صاحب‌نظران پرداخت. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند آغاز شد زیرا هدف، انتخاب افرادی بود که منبع غنی از اطلاعات باشند تا بتوانند فعالانه در مطالعه شرکت نموده و توصیف بهتری از پدیده موردنظر را به پژوهشگر ارائه نمایند (۳۲).

مشخصات مشارکت‌کنندگان:

مشارکت‌کنندگان بر اساس داده‌های حاصل از تحلیل مداوم داده‌ها و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع و ویژگی‌های متفاوت (از نظر سن، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه کار، جایگاه شغلی، سطوح خدمتی متفاوت شامل: مامای بخش زایمان، مسئول بخش زایمان، مامای همراه در بخش خصوصی، هیئت‌علمی مامایی، دانشجوی مامایی، هیئت‌علمی زنان، دستیار زنان، متخصص زنان، کارشناس مسئول برنامه شیر مادر در سطح بیمارستان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کارشناسان وزارت بهداشت) انتخاب شدند. از آنجایی که ذینفعان خدمت دهنده به مادر و نوزاد در عرصه‌های بالینی متفاوت آموزشی، دولتی و خصوصی مشغول کار هستند و ویژگی‌های متفاوت این مراکز می‌تواند در اجرای تماس پوستی اثرگذار باشد، از تمامی این عرصه‌ها نیز افراد برای شرکت در مصاحبه دعوت شدند. برای انتخاب دانشجویان مامایی نیز از دانشجویان سال آخر که مدت‌زمان بیشتری را در اتاق زایمان

از دیدگاه شما چه چیزها و چه مواردی می‌تواند تسهیل‌کننده اجرای صحیح این امر در بیمارستان شود؟ چرا و چه چیزهایی باعث می‌شوند که در مورد اجرای دستورالعمل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد طی یک ساعت اول همکاری و یا کم کاری داشته باشید؟ با پیشرفت مطالعه و با توجه به طبقات شکل گرفته و پرسش‌های ایجادشده در ذهن پژوهشگر، سؤالات مصاحبه اصلاح و یا سؤالات جدیدی به آن‌ها اضافه شد. تمام مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط شد.

تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی مطالعه:

برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی مطالعه، از رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل محتوا، یکی از روش‌ها و فن‌های متعدد تحقیقی برای تجزیه و تحلیل داده‌های متنی است که فقط محتوای آشکار متن را تجزیه و تحلیل نمی‌کند بلکه به تجزیه و تحلیل محتوای پنهان نیز می‌پردازد (۳۳).

در این پژوهش داده‌های کیفی با استفاده از تحلیل محتوای بر اساس روش پیشنهادی زانگ و ویلدموت (۲۰۱۶) در هشت

مرحله آنالیز شد

۱- آماده کردن داده‌ها برای تحلیل محتوای کیفی

۲. تصمیم‌گیری در خصوص واحد آنالیز

۳. طبقه‌بندی

۴. آزمودن کدگذاری در نمونه‌ای از متن

۵. گسترش فرآیند آزمودن کدگذاری به کل متن

۶. دسترسی به ثبات کدگذاری

۷. نتیجه‌گیری از داده‌های طبقه‌بندی شده یا کد شده

۸. مرحله گزارش دهی

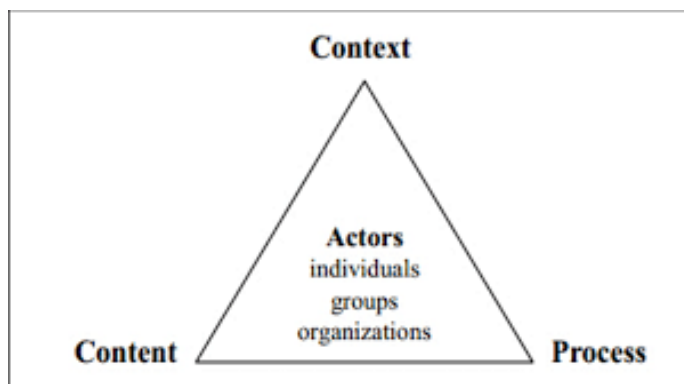
سپس درون‌مایه‌های پدیدار شده بر اساس چهار جزء مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون در چهار دسته نقش‌آفرینان، محتوا، زمینه و فرایند مورد مقایسه قرار گرفت و در آن‌ها جای داده شدند. از آنجایی که یکی از ویژگی‌های تحقیقات کیفی انعطاف‌پذیری و خاصیت تلفیق آن‌هاست، این ویژگی در این تحقیق نمایان شد و با روش استقرایی طبقات اصلی و درون‌مایه‌ها شکل گرفت و سپس در اجزاء مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون برای درک بهتر از موضوع مورد مطالعه قرارداد شد.

والت و گیلسون در سال ۱۹۹۴ چارچوب تحلیل سیاستی را به‌طور عمده برای بخش سلامت تدوین کردند (۳۴).

این الگو توجه تحلیلی به چهار جزء به هم مرتبط دارد که این اجزاء، کل یک سیاست را تشکیل می‌دهند. این اجزاء عبارت‌اند از نقش‌آفرینان، محتوا، زمینه و فرایند. (۳۵).

«نقش‌آفرینان» مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها هستند که در فرآیند اجرا دخیل هستند یا از آن تأثیر می‌پذیرد. «محتوا» به مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات برنامه‌ریزی‌شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می‌رساند. «زمینه» به مجموعه‌ای از عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ملی و بین‌المللی اشاره دارد که ممکن است سیاست‌گذاری سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. «فرآیند» نیاز به تمامی اقدامات و فعالیت‌های انجام‌شده طی اجرای سیاست اشاره می‌کند (۳۶).

شناخت اجزای یک سیاست شامل محتوا، زمینه، نقش‌آفرینان و فرایند سیاست‌گذاری باعث درک بهتر آن سیاست و پیامدهای احتمالی آن می‌گردد. مرز مشخصی در قرار دادن هر یک از اجزاء الگو در طبقات ذکرشده وجود ندارد (۳۷).



شکل (۱): مثلث سیاست‌گذاری والت گیلسون و اجزاء آن

²Walt and Gilson

¹ Zhang Y, Wildemuth

قابلیت اطمینان مطالعه:

برای ارزیابی درستی و قابلیت اطمینان در مطالعه حاضر از ۴ ملاک ارائه شده توسط لینکن و گوبا شامل اطمینان‌پذیری، اعتبار و مقبولیت، قابلیت تصدیق یا تأیید‌پذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد. جهت دستیابی به معیار اعتبار‌پذیری، راهکارهایی از قبیل درگیری طولانی‌مدت با موضوع پژوهش، اختصاص دادن زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی یافته‌ها علاوه بر تیم تحقیق و ناظر خارجی ۳ در برخی موارد برگرداندن نتایج به مشارکت‌کنندگان ۴ تأیید اینکه درون‌مایه‌های استخراج‌شده از متن مصاحبه، انعکاس‌دهنده منظور آن‌ها از بیان جملات مذکور می‌باشد، استفاده شد. همچنین در جهت دستیابی به معیار اعتماد‌پذیری، مراحل انجام پژوهش و تحلیل داده‌ها به روشنی توصیف شد، تا هر خواننده و منتقدی بتواند آن را مورد حسابرسی قرار دهد. برای دستیابی به معیار تأیید‌پذیری، پژوهشگر کلیه داده‌ها و درون‌مایه‌های استخراج‌شده را با اعضای تیم تحقیق و ناظر خارجی آشنا به پژوهش کیفی مرور کرد تا تأثیر ادراکات پژوهشگر به حداقل برسد. درنهایت برای دستیابی به معیار صحت سعی شد؛ ضبط و نسخه‌برداری و گزارش‌گفتار مشارکت‌کنندگان، به‌طور دقیق انجام گیرد.

محدودیت‌های مطالعه:

یکی از محدودیت‌های بخش کیفی مطالعه نحوه انجام مصاحبه‌ها بود. با توجه به شیوع اپیدمی کووید ۱۹ برای انجام مصاحبه‌ها با مشارکت‌کنندگان از جلسات مجازی با استفاده از پلت فرم اسکای روم که یک پلتفرم ایرانی است، استفاده شد که می‌تواند بر کیفیت تعامل مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده اثر داشته باشد. محدودیت دیگر کیفیت پایین صدا و تصویر در برخی از مصاحبه‌ها به علت اشکال در ضعیف بودن اینترنت بود. همچنین

تلفن همراه و حتی لپ‌تاب برخی از افراد پلت فرم اسکای روم را پشتیبانی نمی‌کرد و در این موارد گفتگو و مصاحبه با گوشی همراه صورت می‌گرفت.

ملاحظات اخلاقی:

باهدف رعایت ملاحظات اخلاقی؛ در هر مصاحبه، پژوهشگر ضمن ارائه توضیحات شفاهی و مکتوب در مورد اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، در مورد داشتن حق تصمیم‌گیری آنان جهت شرکت در مطالعه و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان داد. زمان انجام و طول مدت مصاحبه‌ها به تمایل مشارکت‌کنندگان بستگی داشت. ضبط مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان و رعایت محرمانه بودن مصاحبه‌ها، انجام می‌گرفت و در پایان هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان قدردانی به عمل آمد. این پژوهش قسمتی از پایان‌نامه دکتری سلامت باروری و دارای مجوز اخلاق با کد IR.TUMS.FNM.REC.1399.051، از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

یافته‌ها

مشخصات مشارکت‌کنندگان مطالعه کیفی:

در این بخش از پژوهش ۲۷ نفر از دست‌اندرکاران مستقیم زایمان و مراقبت از نوزاد در ساعت اول تولد و مسئولین برنامه شیر مادر و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در ساعت اول تولد در سطوح بیمارستانی، دانشگاهی شهرستان ارومیه و وزارت بهداشت مورد مصاحبه قرار گرفتند. دامنه سنی این افراد ۲۱ تا ۵۴ سال بود. سابقه کار از حداقل دو سال تا ۲۹ سال متفاوت بود جزئیات بیشتر مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفی

ردیف	سن	رشته تحصیلی	میزان تحصیلات	جایگاه شغلی	سابقه کار (سال)	نوع محل خدمت	آموزش رسمی در	وضعیت تاهل	سایر سوابق
۱	۲۸	مامایی	کارشناس ارشد	هیئت‌علمی مامایی	۴	آموزشی	خیر	متاهل	---

³External check

⁴ Member Check

1- Lincoln & Gobb

2 immersing

۲	۳۴	مامایی	کارشناس ارشد	هیئت علمی مامایی	۴	آموزشی	خیر	مجرد	---
۳	۳۴	مامایی	کارشناس ارشد	مامای بخش زایمان / کارشناس مسئول شیر مادر بیمارستان	۶	آموزشی	خیر	مجرد	---
۴	۴۶	مامایی	کارشناس	مسئول بخش زایمان	۲۴	خصوصی	خیر	متأهل	---
۵	۳۹	مامایی	کارشناس	مامای مرکز زایمان فیزیولوژیک		دولتی	خیر	متأهل	هم‌زمان در مرکز تسهیلات زایمان نیز شاغل است.
۶	۴۱	بهداشت عمومی	کارشناس	کارشناس مسئول شیر مادر معاونت بهداشتی ارومیه	21	بهداشتی	بله	مجرد	مدرس استانی کارگاه شیر مادر
۷	۵۵	مامایی	کارشناس ارشد	کارشناس مسئول شیر مادر وزارت	۲۹	وزارت بهداشت	خیر	متأهل	---
۸	۴۴	مامایی	کارشناس	مامای همراه/مؤسس مرکز مشاوره و آموزش زایمان فیزیولوژیک	۱۵	خصوصی	خیر	متأهل	کارشناس ارشد حقوق /مدرک بین‌المللی هیپنوتیزم تراپی
۹	۴۳	مامایی	دانشجوی دکتری مامایی	مامای بخش زایمان	۱۷	آموزشی	خیر	متأهل	سابقه هیئت علمی و مامای اتاق زایمان
۱۰	۲۲	مامایی	دانشجوی کارشناسی	دانشجوی مامایی ترم هشت	۲۲	آموزشی	خیر	مجرد	---
۱۱	۲۲	مامایی	دانشجوی کارشناسی	دانشجوی مامایی ترم هشت	---	آموزشی	خیر	مجرد	---
۱۲	۵۱	متخصص زنان	دکتری تخصصی	مطب خصوصی -پزشک متخصص آزاد	۲۵	دولتی / خصوصی / نظامی	خیر	متأهل	---
۱۳	۴۱	مامایی	دکتری سلامت باروری	مدرس کشوری زایمان فیزیولوژیک	۲۰	وزارت بهداشت	بله	متأهل	۵ سال بخش زایمان /۱۱ سال هیئت علمی مامایی
۱۴	۲۷	دستیار زنان	دستیار تخصصی زنان	دستیار زنان سال سه	--	آموزشی	خیر	متأهل	---
۱۵	۵۳	مامایی	کارشناس	مسئول بخش زایمان	۲۷	دولتی /نظامی	خیر	متأهل	---

۱۶	۴۴	مامایی	کارشناس	کارشناس مسئول شیر مادر بیمارستان	۲۲	آموزشی	خیر	متأهل	۱۱ سال بخش زایمان
۱۷	۲۱	مامایی	دانشجوی کارشناسی	دانشجوی مامایی ترم هفت	--	آموزشی	خیر	مجرد	---
۱۸	۴۰	متخصص زنان	دکتری تخصصی	هیئت‌علمی زنان	۱۱	آموزشی /خصوصی	خیر	متأهل	مدرس چند دوره کارگاه شیر مادر
۱۹	۵۴	متخصص زنان	دکتری تخصصی	مدیر گروه سلامت خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی	۲۷	وزارت بهداشت	بله	متأهل	مدرس کشوری کارگاه دو و سه‌روزه شیر مادر
۲۰	۳۹	مامایی	کارشناس ارشد	مری مامایی دانشگاه آزاد	۱۶	آموزشی	خیر	متأهل	سابقه کار در بخش زایمان تأمین اجتماعی
۲۱	۳۷	مامایی	کارشناس	استف بخش زایمان	۱۵	دولتی /نظامی	خیر	متأهل	---
۲۲	۳۵	مامایی	کارشناس ارشد	مامای بخش زایمان	۱۱	آموزشی	خیر	متأهل	---
۲۳	۲۶	دستیار زنان	دستیار تخصصی زنان	دستیار زنان سال دو	--	آموزشی	خیر	مجرد	---
۲۴	۴۳	مامایی	کارشناس	مامای بخش زایمان و کارشناس مسئول آموزش مامایی بیمارستان	۲۱	دولتی	بله	متأهل	مدرس آموزش زایمان فیزیولوژیک بیمارستان دولتی
۲۵	۴۸	متخصص زنان	دکتری تخصصی	مطب خصوصی - پزشک متخصص آزاد	۲۰	خصوصی / دولتی	خیر	متأهل	--
26	۳۴	مامایی	کارشناس	مامای بخش زایمان	۷	خصوصی	بله	متأهل	سابقه کار در بیمارستان آموزشی / مطب خصوصی / مری دانشجویان مامایی
27	47	تخصص نوزادان	فوق تخصص	هیئت‌علمی گروه کودکان	۲۱	بیمارستان آموزشی	خیر	متأهل	---

طبقات و درون‌مایه‌ها:

در مجموع ۸۲۴ کد از مصاحبه‌ها استخراج شد که بر اساس قرابت محتوایی موردقیاس قرار گرفته و به صورت ۷ درون‌مایه، ۱۹ طبقه و ۷۵ زیرطبقه سازمان‌دهی شدند (جدول ۲).

جدول (۲): درون‌مایه‌ها، طبقات و زیر طبقات استخراج‌شده از داده‌های کیفی (عوامل بازدارنده)

اجزاء چهارگانه	مثلث	درون‌مایه	طبقات اصلی	زیر طبقات اصلی
سیاست‌گذاری			فقدان تغییرات مستمر در جهت تسهیل اجرای دستور عمل	عدم‌اصلاح و بازنگری مستمر در دستور عمل
				نیاز به وجود فرد ثالث برای تماس
محتوا	Content	چالش دستور عمل	فقدان سستم حمایتگر و تشویقی	کاربردی نبودن دستور عمل تماس پوست
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
		عمل	فقدان انگاری سیستم پاداش و بازخواست	سلیقه‌ای عمل کردن در برقراری تماس پوست
				در برنامه تماس
			فقدان سستم حمایتگر و تشویقی	کاستی‌های ضمانت اجرایی
				فقدان انگاری سیستم پاداش و بازخواست
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	نادیده انگاری سیستم پاداش در برنامه تماس
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			در برنامه تماس	فقدان حمایت از ماما
				فقدان حمایت از ماما
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	وقت‌گیر بودن انجام تماس برای مامای نوزاد
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	عدم همکاری عامل زایمان برای انجام طولانی تماس
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	اجتناب از انجام تماس پوستی به دلیل افزایش کار و وظایف ماما
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	کمتر انجام شدن تماس پوست در زمان شلوغی
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	بخش
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	توجه نبودن و اهمیت نداشتن تماس پوست برای پرسنل
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	عدم آگاهی روسای بخش و مسئولین از مفهوم تماس پوستی
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	ناشناخته بودن مفهوم تماس برای مادر
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	کاستی‌های آموزش دانشگاهی / آموزش ضمن خدمت
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	نیاز به آموزش مستمر و اثرگذار (نقص پیوستار آموزش)
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	فقدان مربیان توانمند آموزش تماس
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	فقدان تیم آموزشی تماس
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	تعدد ارگان‌های آموزش‌دهنده / نابسامانی در متولی آموزش تماس
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	کاستی‌های آموزش به مادر
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	حاکمیت فرهنگ شتاب‌زدگی در اتاق زایمان
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	پروژه پراسترس زایمان
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	نگرانی‌های عامل زایمان در ارتباط با سلامت نوزاد
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	جو حاکم بر اتاق زایمان
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس
			فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس	فرایند
				فقدان سستم بازخواست/پرسنل برای انجام نشدن تماس

process	(ماهیت بستر انجام پروسه تماس)	الویت مراقبت‌های روتین نوزاد در بدو تولد (تماس حلقه گمشده) اولویت در تأمین نیازهای مادر نسبت به نوزاد و تماس	وجود مراقبت‌های رقابت‌کننده /روتین محوری
		عدم توجه به حمایت عاطفی نوزاد در بدو تولد بی‌توجهی به ویژگی‌های خاص نوزاد در بدو تولد	نادیده انگاری نیازهای عاطفی نوزاد
Context	ساختار همه سطوح سیستم	کیفیت پایین نظارت مسئولین داخلی عدم فوکوس سوپروایزر/مسئول دفتر پرستاری بر اجرای تماس فقدان نظارت اصولی توسط مسئول بخش فقدان نظارت وزارت روی متخصص زنان ورزیدنت ها در برنامه تماس	ناکارآمدی نظارت سازمانی / بیمارستان
		کیفیت پایین نظارت و شکل سنتیان فقدان نظارت مستقیم برای تماس کاستی در استمرار نظارت برای تماس اهمیت به فرم‌ها در تماس	پایش و ارزشیابی سنتی چالش نظارت و پایش در
Context	ساختار همه سطوح سیستم	نظارت سطحی آمار محور نظارت مقطعی از طرف دانشگاه انجام نظارت با اطلاع قبلی /صوری و بدون اثربخشی ناکارآمدی نحوه ارزیابی بیمارستان دوستدار کودک کاستی در نظارت بر ارائه آمارها و راستی آزمایی آمارها کاستی ثبت جزئیات تماس در فرم‌های ارزیابی آمار سازی برای کسب و یا تمدید لوح بیمارستان دوستدار کودک	نقصان نظارت فرا سازمانی واقعیت معکوس شده تماس /آمارسازی
		فقدان نظارت سخت‌گیرانه ناکارآمدی و نظارت سطحی کمبود پرسنل استاندارد نبودن بخش زایمان (آل دی آر) برای تماس پوستی کمبود سیستم گرمایشی مناسب کمبود تجهیزات و امکانات فقدان محیط کم تنش برای زایمان/چالش عرصه آموزشی نیاز به عملکرد مبتنی بر دانش به‌روز/ چالش عرصه دولتی	تشدید نظارت برای اجرایی شدن دستور عمل
Context	ساختار مؤلفه‌های محیطی مؤثر در اجرا برنامه تماس	کمبود پرسنل استاندارد نبودن بخش زایمان (آل دی آر) برای تماس پوستی کمبود سیستم گرمایشی مناسب کمبود تجهیزات و امکانات فقدان محیط کم تنش برای زایمان/چالش عرصه آموزشی نیاز به عملکرد مبتنی بر دانش به‌روز/ چالش عرصه دولتی	تعیین‌کننده‌های عرصه بالینی

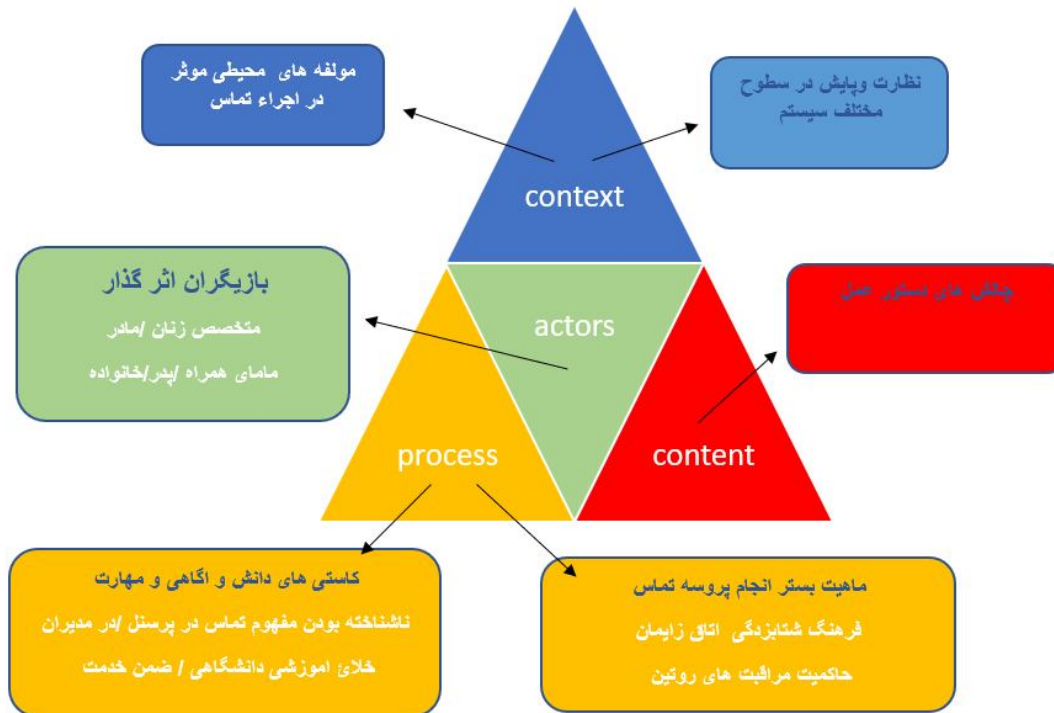
	عدم تأکید متخصص زنان برای تماس پوست در بخش زایمان
	مقاومت متخصص زنان برای تماس حضور متخصص زنان ورزیدنت مانع انجام تماس پوست است
تأثیر گذاری متخصص زنان	عدم همکاری متخصص زنان به علت عجله زیاد آن‌ها
	موانع نگرشی / رفتاری در متخصصین زنان متخصصین زنان یک اتوریته قوی برای مادران هستند
ذینفعان	محدود بودن زمان تماس به حوصله مادر
	خستگی مادر در زایمان سنتی
	حس بد مادر از خیس بودن نوزاد در تماس / اهمیت خشک کردن نوزاد
چالش مادر	اکراه مادر برای تماس به علت لغزنده و خیس بودن نوزاد
	عصبانیت و خستگی مادر به علت فرایند غیر فیزیولوژیک زایمان
	عدم کمک به مادر برای برقراری تماس (استراحت / تسکین / هیدراته کردن)
بازیگران actors	فقدان فرهنگ سازی برای حضور مامای همراه میزان پایین و نادر حضور مامای همراه در بیمارستان‌ها
	عدم حمایت متخصص زنان از حضور مامای همراه
	فقدان پوشش بیمه‌ای هزینه مامای همراه
نقش مامای همراه	عدم امکان حضور مامای همراه در تمام بیمارستان‌ها
	عدم آگاهی مادران به وجود مامای همراه
ذینقشان	عدم حمایت سیستم کشوری از مامای همراه
	فقدان آمادگی در پدر/خانواده برای مشارکت در تماس
	عدم توجه به تماس پوست نوزاد با پدر
چالش همراهی پدر/ خانواده در تماس	عدم همراهی پدر/خانواده به هنگام انتقال نوزاد به بخش
	عدم امکان حضور پدر/خانواده در اتاق زایمان
	عدم توجه به نقش سایر اعضا خانواده / مادر / خواهر

مثلث سیاست گذاری والت و گیلسون در چهار دسته نقش آفرینان، محتوا، زمینه و فرایند مورد مقایسه قرار گرفت و در آن‌ها جای داده شدند. در جزء موانع محتوایی درون مایه: چالش‌های دستورالعمل،

پس از تحلیل داده‌های کیفی و شکل گیری زیر طبقات و طبقات اصلی و درون مایه‌ها، درون مایه‌های پدیدار شده بر اساس چهار جزء

مؤلفه‌های محیطی مؤثر در اجرا تماس و نهایتاً در جزء موانع مربوط به بازیگران: درون‌مایه بازیگران اثرگذار شامل ذینفعان و ذینقشان قرار گرفتند (شکل ۲).

در جزء موانع فرایندی دو درون‌مایه: کاستی‌های دانش و آگاهی و مهارت و ماهیت بستر انجام پروسه تماس، در جزء موانع ساختاری دو درون‌مایه: چالش نظارت و پایش در همه سطوح سیستم،



شکل (۲): عوامل بازدارنده در مثلث سیاست‌گذاری

"یعنی این بسته خدمتی نیاز به اصلاح دارد فکر کنم الان فقط یک ویرایش از این بسته داریم. مدتهاست که این گاید لاین اومده اما خوب از بازنگری خبری نیست" (مشارکت‌کننده ۱۹ متخصص زنان مدرس کشوری کارگاه شیر مادر).

کاربردی نبودن دستور عمل تماس پوست:

یکی از موانعی که در بسته‌های خدمتی و دستورالعمل‌ها وجود دارد نپرداختن به جزئیات و کاربردی کردن آن است. صرفاً یک پروتکل ترجمه شده و در اختیار مراکز بهداشتی درمانی قرا می‌گیرند:

"من فکر می‌کنم که وزارت بهداشت همه چیز را به شکل دستورالعملی نگاه می‌کند. دستور عمل تماس باید با ذکر جزئیات و کاربردی باشد" (مشارکت‌کننده ۲۰ کارشناس ارشد مامایی دانشگاه آزاد).

کاستی‌های ضمانت اجرایی:

یکی از ارکان مهم هر برنامه، ضمانت اجرایی و در نظر گرفتن تمهیدات لازم برای اجرا است. از موانع دیگری که برای اجرای

درون‌مایه اول: چالش‌های دستور عمل (موانع محتوایی):

در هر سیاست بهداشتی محتوای سیاست که در قالب پروتکل، دستورالعمل و یا بسته خدمتی به سیستم بهداشت و درمان ارائه می‌شود دارای جایگاه مهمی در ساختار اجرایی آن بسته خدمتی است. بنابراین درون‌مایه "چالش‌های دستورالعمل" با سه زیر طبقه "فقدان تغییرات و بازنگری در جهت تسهیل اجرای دستور عمل"، "فقدان سیستم حمایتگر و تشویقی" و "نیاز به صرف وقت برای انجام پروسه تماس" در فرایند مطالعه پدیدار شد.

فقدان تغییرات و بازنگری در جهت تسهیل اجرای دستور

عمل:

تمام دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها به‌مرور زمان نیازمند بازبینی و اصلاحات لازم هستند اما در مورد دستورالعمل کشوری "برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد" یک نسخه وجود دارد که نشان‌دهنده فقدان بازبینی به شکل مستمر است. نظر مشارکت‌کننده مدرس کشوری کارگاه شیر مادر در این مورد به این‌گونه بیان شد:

دستورالعمل تماس از دیدگاه شرکت‌کنندگان بیان شد فقدان ضمانت اجرایی بود.

"تقسیم وظایف از بالا درست انجام نمی‌شود. ضمانت اجرایی بهش بها داده نشده در پروسه تماس در وزارت و از آن بالا هم مشکل هست. شاید خیلی خوب برنامه تماس عملیاتی دیده نشده" (مشارکت‌کننده ۲۷ فوق تخصص کودکان).

نیاز به وجود فرد ثالث برای تماس:

در برقراری تماس نیاز به وجود فرد ثالث برای انجام تماس بارها توسط مشارکت‌کنندگان ذکر شد. به نظر عاملین و مسئولین زایمان انجام تماس به تنهایی از عهده عامل زایمان و مادر برنیامده و حضور فرد سوم هم لازم و ضروری است. برخی از نظرات مشارکت‌کنندگان در ذیل ذکر می‌شود:

"ماما باید حوصله به خرج بدهد و زمانی که مادر به ریکاوری می‌رود اجازه دهد نیم ساعت تماس پوست با پوست ادامه داشته باشد و نوزاد بتواند شیر هم بخورد و مادر اولین شیردهی خود را شروع کند. اگر مامای عامل نمی‌تواند این کار را انجام دهد باید یک مامای اضافی استخدام شود تا آن کارها را بدرستی و با حوصله انجام دهد. یعنی باید یک نفر باشد که فقط مسئولیت انجام تماس را داشته باشد همون مامای نوزاد فقط به فکر مراقبت‌های روتین نباشد" (مشارکت‌کننده ۸ کارشناس مامایی، مامای همراه).

۳- نیاز به صرف وقت برای انجام پروسه تماس

ماهیت زمان‌بر بودن پروسه تماس یکی از عوامل بازدارنده محتوایی است که بشدت انجام این پروسه را تحت اشعاع خود قرار می‌دهد:

"اما یک ساعت تماس خیلی زیاده باید ببینیم آیا کمتر از یک ساعت هم فوایدی داره؟ چون ماماها کارها و وظایف زیادی دارن نمیرسن یک ساعت کنار مادرمون تا تماس یک ساعت بشه" (مشارکت‌کننده ۲۵ متخصص زنان بخش دولتی و خصوصی).
درون‌مایه دوم: کاستی‌های دانش، نگرش و مهارت (موانع فرایندی)

آموزش فرایندی است مستمر و پویا که برای نیل به اهداف موردنظر آن، باید به عوامل و فاکتورهای زیادی توجه شود. آموزش پرستاری و مامایی به جهت اینکه در دو حیطه تئوری و بالینی قرار دارد، دارای ویژگیها و مشکلات خاصی است و آنچه اهمیت دارد آموزش هدفمند است، طوری که آموزش تئوری و بالینی در کنار هم در آموزش دانشگاهی و نیز آموزش ضمن خدمت بصورت کارا و موثر طراحی و پیاده‌سازی شود.

در این مطالعه درون‌مایه "کاستی‌های دانش و آگاهی و مهارت (عوامل فرایندی)" با دو طبقه "ناشناخته بودن مفهوم تماس" و "خلای آموزش دانشگاهی و ضمن خدمت" پدیدار شد.

۱- ناشناخته بودن مفهوم تماس

پرسنل و عاملین زایمان که مستقیماً وظیفه اداره و انجام زایمان برعهده آنان است غالب اوقات ماماها را شاغل در بخش زایمان هستند. در عرصه‌های بالینی ایران ندرتاً زایمان طبیعی را پزشک متخصص زنان اداره کرده و انرا به انجام می‌رساند. که این اتفاق معمولاً در بیمارستان‌های خصوصی و با درخواست مادر آگاه و آموزش دیده انجام می‌شود. یکی از موانع عمده عدم مطلوب انجام تماس ناشناخته بودن مفهوم و اهمیت تماس و توجیه نبودن پرسنل بخش زایمان در این مقوله است.

"به نظر من مهم‌ترین دلیل آن توجیه نشدن افراد مامایی است که آنجا مسئول نوزاد است. مامای نوزاد اصلاً توجیه نشده است و اهمیت تماس پوست با پوست برایش جا نیفتاده است" (مشارکت‌کننده ۲ هیئت‌علمی و مربی مامایی).

عدم آگاهی روسای بخش و مسئولین از مفهوم تماس

پوستی:

موفقیت هر طرح بستگی کاملی به پشتیبانی و حمایت همه‌جانبه مدیریت از آن دارد. مدیران رده‌های بالاتر نظیر مدیران بیمارستانی، مترون‌ها، سوپر وایزرهای آموزشی و مدیران در سطح معاونت‌های بهداشتی و درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی، از افراد کلیدی در اجرای برنامه‌ها و پروتکل‌ها مانند دستورالعمل تماس هستند:

مسئولین خودشون آگاهی در مورد تماس ندارن اهمیتش رو نمیدونن" (مشارکت‌کننده ۲۶ مامای کارشناس اتاق زایمان بخش خصوصی).

۲- فقدان آموزش مستمر و اثرگذار

یکی از بهترین و مؤثرترین راه‌ها برای نهادینه کردن اجرای یک فرآیند، افزایش آگاهی و مهارت افراد نسبت به آن فرآیند می‌باشد. آموزش با کیفیت و با محتوای مناسب و اثرگذار از نیازهای غیرقابل‌انکار در انجام پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بالینی است. هر خللی در آموزش چه آموزش دانشگاهی و چه آموزش ضمن خدمت اثرات نامطلوب خود را به‌طور قطعی در عملکرد و اجرای بسته‌های خدمتی می‌گذارد.

"آموزش نه در مورد تماس من ماما دوره‌ای ندیدم، متأسفانه هیچ چیز. قرار شد برامون کارگاه‌های آموزشی بزارن ولی آموزش ندادند. ما هرچیزی که اینجا انجام میدیم طبق اطلاعات خودمونه" (مشارکت‌کننده ۵ کارشناس مامایی بیمارستان دولتی).

فقدان آموزش به دستیاران و دانشجویان گروه پزشکی به هنگام ورود به بخش زایمان نیز از جمله موانع خلای آموزشی تبیین شد.

"زمانی که رزیدنت سال اول بودم کارگاهی برای آموزش تماس برای ما برگزار نشده است پس برنامه و آموزش اختصاصی برای

تماس پوستی یا وجود ندارد و یا اگر وجود دارد هیچ الزامی برای شرکت در آن نیست" (مشارکت‌کننده ۱۴ دستیار زنان سال سه).

فقدان تیم آموزشی تماس:

مدرسین برنامه‌های بهداشتی زمانی که به صورت تیم بین بخشی عمل کنند و ترکیب مناسبی از تمام رشته‌های دخیل در برنامه باشند و به یک تیم قوی شکل دهند نه تنها کمیت، بلکه کیفیت آموزشها را نیز ارتقا خواهد داد.

"من فکر می‌کنم که هم حضور اساتید زنان و هم ما ما هر دو با هم می‌تواند مؤثر باشد در تیم آموزشی. الان یک ناهماهنگی مشخص وجود دارد یعنی شاید اصلاً تیم آموزش تماس نداریم" (مشارکت‌کننده ۱۴ دستیار زنان سال سه).

تعدد آموزش دهندگان تماس:

یکی دیگر از بازدارنده‌های طبقه خلأ آموزش تعدد آموزش دهندگان و نابسامانی در متولی آموزش تماس تبیین گردید. تماس پوستی توسط افراد مختلف و در مکان و زمان‌های گوناگون به صورت غیر مدون و سطحی آموزش داده می‌شود:

"در بیمارستان مسئول آموزش به بیمار داریم و همین مسئول می‌تواند به پرسنل آموزش بدهد. یا به صورت مجازی یا بصورت پمفلت یا جزوات وزارت در بخش هم می‌شود ولی به هم ریخته است یعنی هرکسی به چیزی می‌گه آموزش اصولی نیست توسط افراد مختلف داده میشه" (مشارکت‌کننده ۱۶ کارشناس مامایی، مسئول شیر مادر بیمارستان).

درون‌مایه سوم: ماهیت بستر انجام پروسه تماس (موانع

فرایندی):

پدیده زایمان و ارائه خدمات به مادر برای زایمان توسط پرسنل بخش زایمان دارای ماهیت و ویژگی منحصر بفردی است که می‌تواند عملکرد این پرسنل را تحت الشعاع خود قرار دهد. بخش زایمان مکانی پر از امید و شوق و در عین حال پر هیاهو و مملو از استرس است. در این مطالعه درون‌مایه " رویکرد شناختی برای زایمان " به عنوان موانع فرایندی با دو طبقه " ویژگی شناختی و استرس در زایمان "، " حاکمیت مراقبت‌های روتین‌ها در اتاق زایمان " پدیدار شد.

۱- رویکرد شناختی برای زایمان

یکی از ویژگی‌های اتاق زایمان حاکمیت فرهنگ شناختی است. پرسنل همه به نوعی برای انجام فرایند طبیعی زایمان دچار شناختی هستند، علاوه بر شناختی و عجله، استرس خاصی بر جو اتاق زایمان حاکم است که شرایط زایمان و بخش زایمان را به یک شرایط ویژه تبدیل می‌کند، در این ارتباط شرکت‌کنندگان اظهار داشتند:

" جو اتاق زایمان در پروسه تماس مؤثر است جو حاکم یک جو پراسترس است، زایمان‌های ما اصولی نیست خیلی عجله توش هست در صورتی که زایمان به چیز طبیعی هست یعنی وارد اتاق زایمان و بخش می‌شی انگار هیچ آرامشی نیست همه چیز هول هولکی هست" (مشارکت‌کننده ۱۹ متخصص زنان مدرس کشوری کارگاه شیر مادر).

۲- حاکمیت مراقبت‌های روتین در اتاق زایمان

از دیگر ابعاد ماهیت بستر انجام پروسه تماس در بیان مشارکت‌کنندگان، حاکمیت روتین‌ها در اتاق زایمان بود. در عرصه‌های بالینی یکی از موانعی که کم و بیش در ارائه خدمات سالهاست که خودنمایی می‌کند حاکمیت مراقبت‌های روتین‌ها است که بارها شاهد ارائه خدمات غیر اصولی توسط پرسنل به مددجویان بوده‌ایم. این امر در بخش زایمان هم بازر بوده و در اجرای دستورالعمل تماس تداخل ایجاد می‌کند:

" کادر بسیار اصرار می‌کنند که خیلی زود این مراقبت‌های نوزاد را انجام دهند. نوزاد وزن بشه مراقبت چشم رو بگیره. در بیمارستان‌های دولتی به صورت فرمالیته بچه را روی شکم مادر قرار می‌دهند. سپس سریعاً بچه را به قسمت نوزادان تحویل می‌دهند تا کارهای لازم یعنی مراقبت‌های روتین انجام شود" (مشارکت‌کننده ۸ کارشناس مامایی، مامای همراه).

۳- نادیده انگاری نیازهای نوزاد

نادیده انگاری نیازهای نوزاد در بیان تجارب بسیاری از شرکت‌کنندگان به عنوان یکی از ابعاد و ویژگی‌های مهم ماهیت بستر انجام پروسه تماس پدیدار گردید. یک ساعت اول تولد را ساعت طلایی نامیده‌اند. نوزاد در این ساعت به مراقبت‌های استاندارد و خاص نیاز دارد:

" واقعاً این پروسه برای من عجیب بود که اصرار همکاران بر این بود که نوزاد در کات و زیر وارمر نوری باشد و تحت یک استرسی که چند نفر دورش جمع می‌شوند، بلافاصله پروسه دردناک تزریق ویتامین کا و متاسفانه تزریق واکسن را شروع می‌کنند. در واقع همیشه در ذهنم بود که ما داریم یک جور نوزاد آزاری را انجام می‌دهیم" (مشارکت‌کننده ۱۳ دکتری سلامت باروری کارشناس وزارت).

بی‌توجهی به ویژگی‌های خاص نوزاد در بدو تولد:

ویژگی‌های خاص نوزاد در بدو تولد سا لهاست که مورد توجه محققان می‌باشد. مطالعاتی به بررسی هورمون‌های استرس در نوزاد پرداخته شده است. اما این ویژگی‌های نوزاد برای مراقبین اهمیت ندارد:

" نوزاد بلافاصله پس از به دنیا آمدن در بیشترین حالت آگاهی قرار دارد، هوشیار است. چشم‌هایش باز است و خیلی به شیر خوردن

مادر و تکمیل فرم‌های مربوطه به هر شکل دلخواه می‌تواند مانع بزرگی در برقراری تماس باشد.

"پایش و نظارت هم می‌کنیم حالا پیشمون ممکنه که خیلی ضعف‌هایی داشته باشه یا بعضی وقتا نباشه کم باشه ولی متأسفانه پایش‌ها و نظارت‌ها حالتش این هست که به شکلی سنتی در ایران انجام می‌شه" (مشارکت‌کننده ۷ کارشناس مامایی، وزارت).

کاستی در استمرار نظارت برای تماس:

در بخش زایمان در تمام شبانه روز ممکن است زایمان رخ دهد ولی معمولاً نظارت و سرکشی‌ها محدود به شیفت صبح و نهایتاً شیفت عصر می‌شود:

"صبح‌ها چون نظارت مسئول بیشتر است این کار تماس با دقت بیشتری انجام می‌شود یعنی نظارت دائمی و در همه شیفت‌ها نداریم و اگر مسئولی نباشد تماس بصورت خیلی کوتاه و مختصر است" (مشارکت‌کننده ۹ دانشجو دکتری مامایی).

۳- نقصان نظارت فرا سازمانی

یکی از ابزارهای نظارتی وجود فرم‌ها و تکمیل آن‌هاست. برای پروسه تماس و شیردهی در ساعت اول تولد نیز فرم‌هایی طراحی شده است که در غالب نحوه ارزیابی و پایش بیمارستان‌های دوستدار کودک در کتابی به همین عنوان از طرف وزارت متبوعه آمده است. نحوه تکمیل این فرم‌ها از طرف شرکت‌کنندگان به صورت ذیل بیان شده است:

"فرم‌ها به درستی پر نمی‌شود. چون ما ناظر خارجی نداریم وقتی مسئولین از دانشگاه میان فقط دوست دارن فرم‌ها و امارها براشون ارائه بشه اصلاً کاری به صحت امارها ندارن کار ندارن ایا واقعاً تماس درست هست یا نه" (مشارکت‌کننده ۱۵ کارشناس مامایی، مسئول بخش زایمان بیمارستان نظامی).

انجام نظارت با اطلاع قبلی / صوری و بدون اثربخشی:

در سیستم ما معمولاً انجام ارزیابی‌ها و نظارت‌ها با اطلاع قبلی می‌باشد. این اطلاع قبلی موجب مهیا کردن و تدارک ویژه از طرف مسئولین بیمارستانی برای مطلوب جلوه دادن عملکرد بیمارستان و از جمله عملکرد مربوط به انجام تماس می‌شود:

"چون از حوزه معاونت بهداشت و حتی درمان بخواهند نظارت کنند ما متوجه می‌شیم همکاری می‌توانند بخش‌هایشان را آماده کنند همه چیز رو مرتب می‌کنن و مادرها رو آماده می‌کنن که بگن براشون تماس رو انجام دادن" (مشارکت‌کننده ۶ کارشناس مامایی، کارشناس معاونت بهداشتی).

۴- واقعیت معکوس شده تماس / آمارسازی

نظارت و پایش در تماس بر اساس آمارها و میزان انجام تماس به صورت خود اظهاری و توسط کارشناس شیر مادر بیمارستان صورت می‌گیرد. فرم‌هایی برای تعیین اینک‌ها یا تماس برقرار شده یا

تمایل دارد. *باین حال ما نوزاد را به زیر وارمر منتقل می‌کنیم* (مشارکت‌کننده ۲ هیئت‌علمی و مربی مامایی).

درون‌مایه چهارم: چالش نظارت و پایش در همه سطوح سیستم (موانع ساختاری)

"چالش نظارت و پایش در همه سطوح سیستم" به‌عنوان یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی در این مطالعه پدیدار شد، که با پنج طبقه "ناکارآمدی نظارت سازمانی / بیمارستان"، "پایش و ارزشیابی سنتی"، "نقصان نظارت فرا سازمانی"، "واقعیت معکوس شده تماس / آمارسازی" و "تشدید نظارت برای اجرایی شدن دستور عمل" در ارتباط بود.

یکی از ارکان مهم هر سیاست بهداشتی نظارت برحسب انجام آن و گرفتن فید بک و تصحیح مکرر برنامه‌های عملیاتی است. در برنامه عملیاتی دستورالعمل کشوری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در ساعت اول تولد و شروع شیردهی در ایران ابزار نظارتی برای پایش و ارزشیابی این برنامه تدارک دیده شده که بیشتر در قالب تکمیل فرم‌های ویژه برای بیمارستان‌های دوستدار کودک و پایش و ارزشیابی مجدد آن می‌باشد.

۱- ناکارآمدی نظارت سازمانی / بیمارستان

در بافت و ساختار بیمارستان‌های ما مدیران و مسئولین بیمارستانی در جایگاه ویژه‌ای قرار دارند و بازخورد نظارتی آنان در عملکرد پرسنل سهم مهمی دارد:

"ناظر باید به بخش‌ها آمده و سرکشی کند، با این حال من چرا ندیده‌ام؟ من ناظری ندیدم که بیاید و ایراد بگیرد که چرا تماس پوست با پوست انجام نمی‌شود" (مشارکت‌کننده ۲ هیئت‌علمی و مربی مامایی).

فقدان نظارت اصولی توسط مسئول بخش:

اعمال نظارت مستقیم و غیر مستقیم توسط مسئولین می‌تواند راهگشای نقصان عملکرد پرسنل باشد و در این میان نظارت مستقیم مسئولین بخش نیز دارای نقش مهمی در پیاده‌سازی تماس پوستی است:

"مسئولین بخش باید برای ماماهایی که تو بخش کار می‌کنند نظارت درست داشته باشند، این کار باید انجام شود نظارت از داخل بیمارستان باید انجام شود اول باید داخل بیمارستان این کار تماس درست انجام شود ولی نظارت‌ها سطحی هستن" (مشارکت‌کننده ۶ کارشناس مامایی، کارشناس معاونت بهداشتی).

۲- پایش و ارزشیابی سنتی

در امر نظارت باید به شیوه‌های نوین و کارآمد نظارتی توسط متخصصین مدیریتی توسل جست تا پروسیجرهای مهم مراقبتی مانند پروسه تماس با کیفیت حداکثری انجام شوند. به کارگیری روش‌های سنتی و قدیمی مثل خود اظهاری و پرسش از پرسنل و

نه و مدت‌ان وجود دارد. واقعیت تلخ نحوه تکمیل این فرم‌ها از دیدگاه شرکت‌کنندگان به قرار ذیل است:

" این آمارها فیک است و این تماس در حد دو سه دقیقه و یا بعد از پوشیدن لباس نوزاد اتفاق می‌افتد. ما یک سیستم معیوب نظارتی داریم که حتی قادر نیست آمارهای واقعی را از آمارهای غیر واقعی تشخیص " (مشارکت‌کننده ۱۹ متخصص زنان مدرس کشوری کارگاه شیر مادر).

۵- تشدید نظارت برای اجرایی شدن دستور عمل

هرگونه تشدید نظارت و عدم گذشت برای خطاهای صورت گرفته در اجرای تماس می‌تواند منجر به بهبود کیفیت و کمیت انجام تماس گردد. شرکت‌کنندگان در مطالعه در این مورد معتقد بودند:

"نظارت درست لازم داریم الان نظارت‌ها سطحی هستن عمق و اثر ندارن برای پروسه تماس چیزی جز چند فرم که غیر واقعی هم پر میشه نظارت دیگه ای نیست. باید یک خورده فشار محیطی نیز اعمال شود" (مشارکت‌کننده ۱۹ متخصص زنان مدرس کشوری کارگاه شیر مادر).

درون‌مایه پنجم: مؤلفه‌های محیطی مؤثر در اجرا برنامه تماس (موانع ساختاری):

مؤلفه‌های محیطی مؤثر در اجرا برنامه تماس از دیگر درون‌مایه‌های اصلی برآمده از فرایند مطالعه بود که با دو طبقه " کمبود امکانات استاندارد" و " کمبود پرسنل " پدیدار شد.

استاندارد نبودن بخش زایمان (آل دی آر) برای تماس پوستی فقدان وجود بخش زایمان استاندارد و آل دی آر که کل فرایند مراحل زایمان، زایمان و بعد از زایمان در یک فضا و بدن نیاز به انتقال مادر به فضای جدید صورت بگیرد از موانع انجام تماس در بدو تولد است:

" فضای ساکت آرام، فضایی که مادر در آن راحت باشد تا مادر در فرایند تماس شریک باشد، سهیم باشد، در جایی که تعداد افراد زیاد است، آموزشی است، شلوغ است، اجرای تماس سخت است. ما آل دی آر نداریم" (مشارکت‌کننده ۲۲ مامای کارشناس ارشد بخش زایمان آموزشی).

کمبود و یا حتی نبود برخی تجهیزات ساده مانند لباس مناسب مادر و وجود حوله کافی برای خشک کردن نوزاد تا امکانات کمی مدرن‌تر مانند تخت‌های مناسب از موانع تماس می‌باشند:

" هرچه قدر تخت زایمان عریض باشد. بهتره اما تخت‌های ما استاندارد نیستن و مادر تسلط ندارد برای نگه داشتن نوزاد" (مشارکت‌کننده ۲۱ کارشنای مامایی استف بخش زایمان بیمارستان نظامی).

کمبود پرسنل:

لازمه برقراری تماس پوستی مطلوب مادر و نوزاد وجود پرسنل کافی برای انجام این پروسه می‌باشد. در فیله‌های بالینی که با تعداد بالای مادران برای زایمان مواجه هستند مانند بیمارستان‌های آموزشی و دولتی وجود کادر کافی از ضروریات برقراری تماس می‌باشد.

" به علت کمبود نیرو و فرصت، نمی‌توانند تماس را عملی کنند..... ولی یکسری موانع من جمله کمبود نیروی انسانی وجود دارد" (مشارکت‌کننده ۲۰ کارشناس ارشد مری مامایی دانشگاه آزاد).

درون‌مایه ششم: چالش دینفعان اثرگذار (عوامل بازیگران):

" بازیگران اثرگذار " به‌عنوان یکی از درون‌مایه‌های اصلی در این مطالعه پدیدار شد. دینفعان افرادی هستند که مستقیماً با فرایند تماس سرو کار دارند و شامل افراد کلیدی در تماس هستند. در این مطالعه متخصص زنان و مامای همراه و پدر (خانواده) به‌عنوان دینفعان اثرگذار در نظر گرفته شدند.

چالش متخصص زنان:

در ایران سلسله مراتب ارائه خدمات و سیستم ارجاع در سطح گسترده وجود ندارد و هر مادری بر اساس خواست و دسترسی می‌تواند به متخصص زنان جهت مراقبت و کنترل بارداری و زایمان مراجعه نماید. معمولاً خدمات آموزش و مشاوره توسط این پزشکان به مادران ارائه نمی‌شود و از جمله ترغیب مادران باردار برای انجام تماس پوستی:

" در مطب‌های پزشک زنان هم معمولاً در مورد تماس و شیردهی هیچ آموزشی نیست. تعداد کمی از پزشک زنان داریم که به SSC حساس باشن و اونو تبلیغ کنن. آگه زانی‌ها در این عرصه وارد بشن چون خیلی از مادرها مرتب به این پزشکان مراجعه دارند وضع تماس خیلی بهتر از این می‌شود" (مشارکت‌کننده ۲۲ مامای کارشناس ارشد بخش زایمان آموزشی).

چالش مادر:

از دینفعان کلیدی در پروسه تماس مادر باردار است که در بخش زایمان پذیرش شده است. مادران نیازمند توانمندسازی جهت کسب آمادگی لازم به لحاظ فکری و روانی برای پذیرش تماس بلافاصله بعد از زایمان می‌باشند. این فرایند توانمندسازی مادران از زمان بارداری و مراقبت‌های آن شروع شده و در ورود به بخش زایمان تکمیل می‌شود:

" ولی یک مادر نرمال، کاملاً می‌تواند همکاری داشته باشد، برای تماس اماما در سیستم روی مادر و آمادگیش برای این پروسه تماس کار نمی‌کنیم. بهای لازم رو به مادر نمی‌دیم. خوب چه انتظاری داریم مادر ناآگاه در موقع تماس همکاری لازم رو نداره. مادر فقط

یک آموزش کوچک لازم دارد" (مشارکت‌کننده ۱۹ متخصص زنان مدرس کشوری کارگاه شیر مادر).

چالش مامای همراه:

روند پراسترس زایمان برای مادر بسیار شکننده و سخت است بخصوص اگر مادر با این روند نا آگاه بوده و اطلاعات کافی را در کلاسهای زایمان فیزیولوژیک کسب نکرده باشد. طراحی سیستم مامای همراه برای کاهش بار روانی زایمان و کمک به مادر برای طی مطلوب‌تر زایمان می‌باشد.

"اگر بخواهم صادقانه بگویم، پذیرش این مسئله حضور مامای همراه برای همکاران متخصص اندکی دشوار است. جدا از این، در بیمارستان‌های دولتی که کلاً باید بیمارستان یک سری مجوزهای خاص از معاونت درمان بگیرد. در بیمارستان‌های خصوصی نیز اکثر همکاران متخصص زنان، کامل با موضوع مامای همراه موافق نیستند ولی مادران نیاز به یک حامی دارن" (مشارکت‌کننده ۲۵ متخصص زنان بخش دولتی و خصوصی).

فرهنگ‌سازی برای شناخت از خدمات مامای همراه و درخواست از آنان برای حضور و همراهی مادر در فرایند زایمان و کمک به برقراری بهتر تماس هم از جمله مسائلی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند:

" باید روی گزینه‌ی مامای همراه کار شود. سیستم باید آماده‌ی پذیرش این کارها و ماماها همراه باشد که اجازه دهند کسی که مورد اعتماد خود خانم باردار است، این کارها را برای او انجام دهد. الان این ضعف سیستم درمانی هست که هنوز جایگاه مامای همراه را درست مشخص نکرده. باید فرهنگ‌سازی صورت بگیرد" (مشارکت‌کننده ۸ کارشناس مامایی، مامای همراه).

-چالش همراهی پدر/ خانواده در تماس

عدم حضور پدر در همراهی و مشارکت در تماس پوستی به‌عنوان یکی دیگر از ابعاد دینفعان اثرگذار در برقراری تماس پدیدار گردید.

حاملگی یکی از مهمترین دوره‌های بحرانی، با اهمیت و شکوهمند در زندگی هر زنی است و مشارکت همسران در این دوره باعث کاهش چشمگیر عوارض و مرگ مادر می‌شود.

"اگر همراه آموزش دیده همسر یا مادر کنار او باشد. در این صورت کاملاً و صد درصد این کار قابل اجراست. اما در انجام این کار هم کوتاهی می‌شود یا پدر و یا اعضای نزدیک خانواده آموزش ندیدند و یا اصلاً اجازه حضور در اتاق زایمان راندارند. اجازه حضور باید در تمام بیمارستان‌ها چه دولتی و چه خصوصی فراهم باشد زمینه حضور پدر و همراهی اون بخصوص در تماس پوستی فعلاً که مهیا نیست

و این کار تماس را سخت‌تر می‌کند" (مشارکت‌کننده ۱۹ متخصص زنان مدرس کشوری کارگاه شیر مادر).

آموزش به پدر در طی بارداری از نکات مهمی است که می‌بایستی توسط مدیران بهداشتی و ماماها موردتوجه قرارگیرد:
"گاهی پدر هادر اتاق زایمان هستند اما چون آموزش ندیدند می‌ترسن. گاهی می‌ترسن حتی بچه را ننگه دارند و در آغوش خود بگیرند چه برسه به اینکه کمک کنند تماس انجام شود" (مشارکت‌کننده ۲۶ مامای کارشناس اتاق زایمان بخش خصوصی).

بحث

این اولین مطالعه کیفی در موردتبیین موانع موجود در برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در ساعت اول تولد در ایران است. انجام هر نوع برنامه در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی چالش‌برانگیز و دشوار است. به‌منظور انجام مداوم مراقبت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی، مطالعه عمیق موانع و تسهیل‌کنندگان موجود در آن توصیه شده است (۳۸). هرگونه تلاش موفق برای ترویج شیوه‌های مبتنی بر شواهد باید تحقیقی را در نظر بگیرد که موانع و تسهیل‌کنندگان در پذیرش این عمل توسط کارکنان را برطرف کند. بنابراین، شناسایی موانع باید به‌عنوان اولین گام در اجرای تغییرات مبتنی بر شواهد در نظر گرفته شود (۳۹).

عوامل بازدارنده تماس پوستی در این مطالعه در چهار طبقه موانع محتوایی (content)؛ موانع فرایندی (process)؛ موانع ساختاری (context) و موانع مربوط به نقش‌آفرینان (actors) ظهور یافت.

در این مطالعه فقدان وجود دستورالعمل شفاف و به‌روز تماس پوست با پوست و تمهیدات لازم برای اجرایی شدن آن از جمله موانع محتوایی بود. فقدان رویه و دستورالعمل‌های رسمی برای انجام SSC از جمله موانع حرفه‌ای هستند که بالاتر و او همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود که موانع درک شده تماس پوست با پوست از دیدگاه پرستار ماماها بود، بیان کرده است (۴۰). کوپمان ۲ و همکاران (۲۰۱۶) سه طبقه اصلی موانع برای برقراری تماس زودرس در نوزادان سالم‌ترم که حاصل زایمان طبیعی و یا سزارین هستند، بیان می‌کند که یکی از آن‌ها فقدان الگوریتم و تعریف نامشخص برای مادران و نوزادان واجد شرایط برای SSC است (۴۱). بیرمدی ۳ و همکاران (۲۰۱۸) اعلام می‌دارد وجود گایدلاین‌های داخلی مبنی بر معاینه نوزاد در وارمر از موانع انجام تماس است (4). همچنین ماهیت زمان‌بر بودن انجام پروسه تماس نیز به‌عنوان یکی از عوامل بازدارنده تبیین شد. به نظر می‌رسد انجام یک ساعت SSC که در

³ Brimdyr

¹ Balatero

² Koopman

همچنین برای اطمینان از درک همه زنان و خانواده‌های آنها از مزایای SSC و شروع زود هنگام شیردهی ضروری است. همین نویسندگان اظهار می‌دارد؛ ارائه برنامه‌های آموزشی و تربیتی مستمر در مورد نحوه پیاده‌سازی SSC برای همه ماماها در اتاق‌های زایمان بسیار مهم است.

این تغییرات به‌طور مستقیم از اهداف هزاره‌ای بهبود سلامت مادر و کودک حمایت می‌کند (۴۷). نیروی همکاران (۲۰۱۴) در یک متارویو اذعان دارند که شکاف بین دانش تئوری و مهارت بالینی ارائه‌دهندگان خدمت در مراقبت مادران و نوزادان از تعیین‌کننده‌های مهم کیفیت خدمات بالینی است (۴۸). توانمند نمودن ماما و مادر برای انجام SSC از مؤلفه‌های اساسی برای انجام آن است. در این زمینه پرایس و جانسون (۲۰۰۵) اظهار می‌دارد: توانمندسازی زنان و ماماها برای اجرای تغییر در عمل ضروری است و باید اجرای این روش جدید را تسهیل کرد، تا زمانی که درونی شود. قبل از اینکه تغییر موفقیت‌آمیز در عمل رخ دهد، تمرین کنندگان باید از ارزش آن متقاعد شوند، در روند تغییر دخالت داشته و به آن کمک کنند تا در عمل به کار گرفته شود. این فرآیند ممکن است زمان ببرد، اما به احتمال زیاد می‌توان از ماندگاری روش جدید اطمینان حاصل کرد (۴۹). بالاترو و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود فقدان آموزش به مادر و خانواده را از عوامل بازدارنده SSC برمی‌شمارند (۴۰). از ارکان و بازیگرهای مؤثر در فرآیند تماس مادر است که در زنجیره این اقدام مهم مادران از دوران بارداری نیازمند دریافت آموزش و اطلاعات جامع و مانع برای ایجاد آمادگی لازم جهت انجام تماس و همکاری با تیم درمان و مراقبت برای این امر هستند. اما آموزش مادر از زمان بارداری و در هنگام پذیرش برای زایمان دچار کاستی و ضعف است. بیدلو و همکاران (۲۰۱۷) در این زمینه بیان می‌دارد: آموزش مادران به هنگام پذیرش در بخش زایمان شانس انجام تماس پوستی را افزایش می‌دهد (۵۰). همچنین طبق بیان فیشر یکی از دلایل عدم انجام فوری تماس، امتناع مادر برای انجام این مراقبت است. زایمان یک تجربه بسیار طاقت‌فرسا است و برخی از مادران ممکن است احساس خستگی و ضعف کرده و موجب ترس مادر از افتادن نوزاد و عدم توانایی وی برای نگاه داشتن نوزاد در تماس باشد. اطلاعات غلط، عدم آموزش مادر نیز موجب تشدید این مسئله می‌شود (۵۱). در مطالعه موکرچی و همکاران (۲۰۱۶) عدم آموزش و انگیزه مادر به‌عنوان یکی از فاکتورهای مهم در سطح خانواده ذکر گردید (۴۶). به‌طور ایدئال

گایدلاین WHO و کشورهای مختلف ذکر شده است در قابلیت انجام در عمل نداشته باشد. در مطالعه النچری (۲۰۱۸) و در مرور نظام‌مند چان لیه‌صرف وقت برای تماس و کمبود زمان به‌عنوان موانع SSC اشاره شده است (۴۲، ۴۳). دیفرانسیکیو و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند که در مورد زمان بهینه و مدت‌زمان استفاده از SSC اختلاف نظر وجود دارد و تحقیقات بیشتر برای تعیین مفیدترین زمان و مدت‌زمان مراقبت از پوست به پوست مادر و نوزاد ضروری است (۴۴). آلنچری و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود بیان می‌کنند که اغلب شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که اجرای یک ساعت SSC غیرعملی است و SSC را به مدت ۵-۱۵ دقیقه انجام می‌دادند (۴۳). مطالعه مشاهده‌ای و مصاحبه‌های عبدالغنی و همکاران (۲۰۲۰) با پزشکان نشان‌دهنده عدم پایبندی به سیاست‌های بیمارستان‌ها در مورد SSC است. موانعی که پزشکان برای اجرای SSC مواجه هستند از جمله عدم توانایی و انگیزه برای اجرای عمل SSC، عدم همکاری حرفه‌ای، کارکنان و زمان محدودیت زمانی و یک محیط پزشکی که اولویت مداخلات نسبت به SSC وجود دارد (۴۵). درون‌مایه کاستی‌های دانش و آگاهی و مهارت به‌عنوان یکی از موانع فرایندی به کاستی در آموزش و تربیت کارکنان ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی و درمانی به مادران و نوزادان در بخش زایمان در مطالعه نمودار گشت. یکی از بهترین و مؤثرترین راه‌ها برای نهادینه کردن اجرای یک فرآیند مراقبتی، افزایش آگاهی و مهارت افراد نسبت به آن فرآیند می‌باشد. آموزش با کیفیت و با محتوای مناسب و اثرگذار از نیازهای غیرقابل‌انکار در انجام پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بالینی است. هر خللی در آموزش چه آموزش دانشگاهی و چه آموزش ضمن خدمت اثرات نامطلوب خود را به‌طور قطعی در عملکرد و اجرای بسته‌های خدمتی می‌گذارد. تقریباً تمام شرکت‌کنندگان به نقصان و کمبود آموزش و مهارت‌آموزی در زمینه تماس پوستی با پوست در بدو تولد برای ماماها، پرستاران، پزشکان و نیز مادران و خانواده اذعان داشته‌اند. آموزش مستمر که توانایی ایجاد انگیزه و باور برای تماس پوستی داشته باشد این مانع یکی از موانع اصلی و پایه در بسیاری از مطالعات بیان گشته است. موکرچی و همکاران (۲۰۲۰) بیان می‌دارد فقدان آگاهی کارکنان بخش زایمان موجب ترجیح آنان برای انتقال نوزادان زیر وارمر می‌شود (۴۶). صفری و همکاران (۲۰۱۸) بیان می‌دارند لازم است آموزش ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای اجرای مراقبت‌های ضروری نوزادان از جمله SSC در اولویت قرار گیرد. مشارکت جامعه

⁹ Price, Johnson

¹ Bidlow

¹ Fischer

⁴ Alenchery

⁵ Chan o

⁶ Defranco

⁷ Mukherjee

⁸ Nair

از ۱۵ درصد از کل زایمان‌ها تجاوز کند (55). نیاز به حضور فرد ثالث برای حمایت روحی عاطفی در مادر به هنگام انجام زایمان و تسهیل در همراهی مادر توسط پدر و مامای همراه ۳۳ موارد تسهیل‌کننده SSC در مطالعه حاضر تعیین گردید. در ایران نیز امکان حضور پدر در اتاق زایمان در برخی بیمارستان‌ها ممکن است. مادر طی زایمان نیاز به دریافت حمایت و پشتیبانی بیشتری از همسر خود می‌باشد. همسران هنگام حضور در اتاق زایمان باید آموزش مناسبی در خصوص حمایت‌های دوران بارداری ببینند تا بتوانند همراهی مناسبی، هنگام زایمان داشته باشند. اموا لحسن ۱۴ (۲۰۲۰) نیز معتقدند فراهم آوردن امکاناتی برای حضور پدر در اتاق‌های زایمان، به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی مرتبط در کشورهایی که سیاست مشخصی برای چنین خدماتی ندارند یا در کشورهایی که دارای فرهنگ‌هایی نیستند که حضور پدر را در هنگام زایمان تشویق نمی‌کند، بسیار مهم است (56). روزبه‌روز بر اهمیت نقش و جایگاه مامای همراه در مراقبت از مادران باردار و نوزادانشان افزوده می‌شود. با تکیه بر نیروهای فارغ‌التحصیل مامایی در ایران برنامه‌ریزی برای بهره‌برداری از این افراد در پیشبرد سلامت مادران و نوزادان، رویکردی استراتژیک می‌باشد. بسیاری از مادران برای انجام زایمان طبیعی نیازمند فردی هستند که علاوه بر حمایت عاطفی، دانش کافی برای انجام زایمان، روش‌های کاهش درد و کمک به انجام زایمان فیزیولوژیک می‌کند. ثابت شده است که Doulas، متخصصان آموزش‌دیده‌ای هستند که قبل، حین و اندکی پس از زایمان از مادران حمایت جسمی، عاطفی و اطلاعاتی مستمر می‌کنند و مزایای سلامتی متعددی را برای مادر و کودک به همراه دارد (57). همچنین حمایت داوطلبانه دولا قبل و بعد از تولد می‌تواند با کاهش اضطراب، ناراحتی و استرس و افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی، بر سلامت احساسی مادر تأثیر مثبت بگذارد. Doulas به مادران کمک می‌کند تا احساس دانش و مهارت بیشتری داشته باشند (58). در ایران مانند اغلب نقاط دیگر پزشک دارای جایگاه ویژه‌ای در سیستم بهداشتی درمانی هستند و مادران باردار می‌توانند مستقیماً به این پزشکان مراجعه کنند و تحت مراقبت آنان قرار گیرند. ضعف بینش و آگاهی و حمایت اندک متخصصین زنان از تماس پوست با پوست از موانعی است که در این مطالعه گزارش شد. در این رابطه ادامزوکورتین-براون (۲۰۲۱) بیان می‌دارند: "برخلاف پزشکان، که دارای جایگاه غالب در مراقبت‌های بهداشتی هستند و از دیدگاه پزشکی در مورد تولد استفاده می‌کنند، دولا دارای موقعیتی پایین است و رویکردی جامع در قبال تولد اتخاذ

مادر می‌بایستی در دوران بارداری آموزش‌های لازم در زمینه SSC را دریافت کند و به هنگام پذیرش در بخش زایمان مجدداً اطلاعاتی مختصر در مورد چگونگی تماس و اهمیت آن دریافت دارد (52). از موانع ساختاری کلیدی که در مطالعه حاضر پدیدار شد، کمبود پرسنل، تعدد وظایف پرسنل و اولویت به سایر مراقبت‌های نوزاد بود. لازمه برقراری تماس پوستی مطلوب مادر و نوزاد وجود پرسنل کافی برای انجام این پروسه می‌باشد. در فیلم‌های بالینی که با تعداد بالای مادران برای زایمان مواجه هستند مانند بیمارستان‌های دولتی ضروریات برقراری تماس می‌باشد. در اغلب مطالعات بررسی عوامل بازدارنده تماس پوستی نیز به این فاکتور اشاره شده است کوپمان، امبالیندا والنچری نیز این عوامل؛ وجود روتین‌ها، کمبود پرسنل پرستاری، افزایش بارکاری، نسبت بیمار به ماما را از بازدارنده‌های اجرای SSC ذکر کرده‌اند (28, 41, 43). اهمیت آموزش مزایای تماس پوستی و درک اهمیت آن در برقراری تماس ساعت اول تولد در مطالعه کیفی حاضر بروز یافت. در این زمینه هوبارد و همکاران (۲۰۱۷) بیان می‌دارند: با درک مزایای متعدد SSC و استراتژی‌های پیاده‌سازی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند به بهترین نحو این روش مبتنی بر شواهد با کیفیت بالا را ترویج و مادران، نوزادان تازه متولدشده و خانواده‌های آن‌ها را حمایت کنند (۵۳). از دیگر موانع مهم ساختاری در اجرای SSC امکانات محیطی و استانداردهای اتاق زایمان است. فقدان وجود اتاق زایمان LDR از جمله تخت مناسب از موانعی اجرای SSC بود که توسط شرکت‌کنندگان بیان شد. همچنین کاستی و ضعف در رویکرد زایمان فیزیولوژیک بخصوص در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی از موانع بارز در انجام SSC مطرح گردید. وجود محیط تولد آرام‌بخش در کاهش استرس و انجام زایمان فیزیولوژیکی پشتیبانی می‌کند و منجر به مداخلات کمتر و رضایت بیشتر مادری شود. در عین حال اقدام به زایمان فیزیولوژیک در محیط استاندارد و ایجاد جو آرام‌بخش می‌تواند از تسهیل‌گرهای انجام SSC گردد (54). به گفته چندین سازمان بهداشتی، زایمان فیزیولوژیکی شامل زایمان خود به خودی واژینال با استفاده از حداقل فناوری و داروها می‌شود و پس از زایمان تماس پوست به پوست و تجربه راحت‌تر شیردهی منجر می‌شود. بسیاری از مطالعات پایین‌ترین نسبت زایمان فیزیولوژیک را نسبت به سایر انواع زایمان در جهان نشان داده‌اند. در ایالات متحده ۲۲ درصد، در برزیل ۲۵ درصد، در ۲۵ درصد، در شیلی ۲۷ درصد، در حالی که از ۱۷ تا ۴۰ درصد در ۹ کشور آمریکای لاتین بوده است. توصیه (WHO) نشان می‌دهد که این میزان نباید

1 Amu, Alhassan

1 Adams C, Curtin-Bowen

1 Hubbard

1 Doula⁵

بر اساس نتایج اخذشده از مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت اغلب عوامل بازدارنده SSC در ایران مشابه سایر کشورها بوده و تفاوت در برخی موانع به لحاظ ساختار سیستم بهداشتی درمانی و مؤلفه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حاکم بر منطقه مورد مطالعه می‌باشد. به لحاظ اخذ تدابیر و انجام مداخله برای ارتقاء SSC نیازمند تلاش گسترده در همه سطوح سیستم خدمات بهداشتی درمانی با تمرکز بر توانمند نمودن ماماها و پرستاران برای کسب دانش، باور و مهارت انجام SSC، مشارکت و حمایت مدیران با حساس سازی آن‌ها، گنجانیدن آموزش SSC در برنامه دانشگاهی رشته‌های مرتبط، ترویج زایمان فیزیولوژیک، تقویت سیستم پایش و ارزشیابی و نظارت بر انجام صحیح SSC، آموزش و توانمند کردن مادر، پدر و خانواده و درنهایت تسهیل حضور گسترده ماماها همراه بخصوص در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی، هستیم.

References:

1. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nurs Womens Health* 2017;21(6):462-72.
2. Redshaw M, Hennegan J, Kruske S. Holding the baby: early mother-infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery* 2014;30(5):e177-e87.
3. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica* 2019;108(7):1192-204.
4. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr* 2018;14(2):e12571.
5. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, syndrome Tfosid. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138(3):e20161889.
6. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica* 2019;108(7):1192-204.
7. Vittner D, McGrath J, Robinson J, Lawhon G, Eisenfeld L, Walsh S, et al. Oxytocin enhances

می‌کند، که ممکن است باعث درگیری در اتاق کار شود. مصاحبه‌های عمیق با ۴۳ دولا در ایالات متحده نشان داد که رابطه دولا و پزشک داستان پیچیده‌ای از قدرت، احترام و پاسخ‌های متقابل است" (۵۹)

به‌عنوان عوامل تسهیلگر و راه‌حل برای ارتقاء SSC شرکت‌کنندگان راه‌حلهایی مانند اختصاص یک یاور به‌طور اختصاصی برای SSC، اجازه دادن به اعضای خانواده در اتاق زایمان، ادامه SSC پس از مراقبت‌های اولیه، مشاوره قبل از زایمان، یادآوری‌های مداوم در قالب جلسات دوره‌ای با کمک‌های سمعی و بصری یا پوستر در بخش زنان و زایمان، آموزش پزشک، ماما و پرستاران جدید را اظهار کردند.

نتیجه‌گیری

- developing relationships with skin-to-skin contact. *Matern Child Nutr* 2018;14.
8. Vittner D, McGrath J, Robinson J, Lawhon G, Eisenfeld L, Walsh S, et al. Oxytocin enhances developing relationships with skin-to-skin contact. *Matern Child Nutr* 2017;14. (Supp 2).
 9. Vittner D, McGrath J, Robinson J, Lawhon G, Cusson R, Eisenfeld L, et al. Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship. *Biol Res Nurs* 2018;20(1):54-62.
 10. Vittner D, Butler S, Smith K, Makris N, Brownell E, Samra H, et al. Parent Engagement Correlates With Parent and Preterm Infant Oxytocin Release During Skin-to-Skin Contact. *Adv Neonatal Care* 2019;19(1):73-9.
 11. Cong X, Ludington-Hoe SM, Hussain N, Cusson RM, Walsh S, Vazquez V, et al. Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Hum Dev* 2015;91(7):401-6.
 12. Pados BF. Physiology of stress and use of skin-to-skin care as a stress-reducing intervention in the NICU. *Nurs Womens Health* 2019;23(1):59-70.
 13. Lisanti AJ, Demianczyk AC, Costarino A, Vogiatzi MG, Hoffman R, Quinn R, et al. Skin-to-Skin Care is Associated with Reduced Stress, Anxiety, and

- Salivary Cortisol and Improved Attachment for Mothers of Infants With Critical Congenital Heart Disease. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021;50(1):40-54.
14. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Sci World J* 2017;2017.
 15. Crenshaw JT. Healthy birth practice# 6: Keep mother and baby together—It's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ* 2014;23(4):211-7.
 16. Buckley S. The hormonal physiology of childbearing. New York, NY: Childbirth Connection 2014.
 17. Buckley S. The hormonal physiology of childbearing. New York, NY: Childbirth Connection. 2014.
 18. Kirca N, Adibelli D. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on postpartum depression: A systematic review. *Perspect Psychiatr Care* 2021;57(4):2014-23.
 19. Cooijmans KHM, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2017;17(1):1-6.
 20. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*. 2016(11):7-33.
 21. Girish M, Subramaniam G. The golden minute after birth—beyond resuscitation. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*. 2019;6(2):41.
 22. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *Sci World J* 2017;2017.
 23. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, de Onis JV, Fernandez L, Rao PS. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates—a qualitative study. *BMC Pediatr* 2018;18(1):48.
 24. Lowson K, Offer C, Watson J, McGuire B, Renfrew MJ. The economic benefits of increasing kangaroo skin-to-skin care and breastfeeding in neonatal units: analysis of a pragmatic intervention in clinical practice. *Int Breastfeed J* 2015;10(1):1.
 25. Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr* 2018 14(3):e12637.
 26. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS One* 2018;13(10):e0205696.
 27. Nahidi F, Tavafian SS, Haidarzade M, Hajizadeh E. A survey on midwives' opinions about skin to skin contact between mother and newborn, immediately after birth, a cross-sectional study. *J Med Counc* 2013;31(2):124-32.
 28. Mbalinda S, Hjelmstedt A, Nissen E, Odongkara BM, Waiswa P, Svensson K. Experience of perceived barriers and enablers of safe uninterrupted skin-to-skin contact during the first hour after birth in Uganda. *Midwifery* 2018;67:95-102.
 29. Allen J, Parratt JA, Rolfe MI, Hastie CR, Saxton A, Fahy KM. Immediate, uninterrupted skin-to-skin contact and breastfeeding after birth: A cross-sectional electronic survey. *Midwifery* 2019;79:102535.
 30. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: A qualitative study. *Midwifery* 2020;81:102577.
 31. Mohammadi M, Sattarzadeh N, Heidarzadeh M, Hosseini MB, Hakimi S. Implementation Barriers for Practicing Continuous Kangaroo Mother Care from the Perspective of Neonatologists and Nurses. *J Caring Sci* 2021;10(3):137.

32. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 3rd Edition, Wiley-Blackwell. 2010.
33. Graneheim UH, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Edu Today* 2004;24:105-12.
34. Walt G. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Johannesburg: London; Atlantic Highlands, N.J: Zed Books; 1994. p. 240.
35. Walt G, Gilson L. *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. *Health Policy Plan* 1994;9(4):353-70.
36. Kent B, Nicholas M, Gill W. *Making Health Policy*. McGraw-Hill Education (UK); 2012. p. 234.
37. Doshmangir L, Ravaghi H. *Theories and models of policymaking for doing health policy analysis*. *Hakim Res J* 2015;18(1):68-82.
38. Smith PB, Moore K, Peters L. *Implementing baby-friendly practices: strategies for success*. *MCN: Am J Matern Child Nurs* 2012;37(4):228-33.
39. Gepilano D. *Barriers to Implementation of Skin-to-Skin Care*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014;43(1):S74-S.
40. Balatero JS, Spilker AF, McNiesh SG. *Barriers to skin-to-skin contact after cesarean birth*. *Am J Matern Child Nurs* 2019;44(3):137-42.
41. Koopman I, Callaghan-Koru JA, Alaofin O, Argani CH, Farzin A. *Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: A qualitative study on clinician perspectives*. *J Clin Nurs* 2016;25(9-10):1367-76.
42. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. *Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review*. *Health Polic Plan* 2017;32(10):1466-75.
43. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, de Onis JV, Fernandez L, Rao PS. *Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates-a qualitative study*. *BMC Pediatr* 2018;18(1):1-10.
44. Defrancq K, MChiro MA. *Giving birth: a systematic review of the value of skin to skin contact in a medicalized birth*. *J Clin Chiropr Pediatr* 2019;18(2):1591-5.
45. Abdulghani N, Amir LH, Edvardsson K, Cooklin A. *It's time for global action to reinforce mother-infant skin-to-skin contact policy*. *Acta Paediatrica* 2020;109(8):1689.
46. Mukherjee D, Shaw SC, Venkatnarayan K, Dudeja P. *Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: A cross-sectional study*. *Med J Armed Forces India* 2020;76(2):180-4.
47. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. *The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor*. *Int Breastfeed J* 2018;13(1):1-8.
48. Nair M, Yoshida S, Lambrechts T, Boschi-Pinto C, Bose K, Mason EM, et al. *Facilitators and barriers to quality of care in maternal, newborn and child health: a global situational analysis through metareview*. *BMJ Open* 2014;4(5):e004749.
49. Price M, Johnson M. *Using action research to facilitate skin-to-skin contact*. *Br J Midwifery* 2005;13(3):154-9.
50. Bidlow J, Elfiky N, Kass A, Oliveto M, Reed E, Neff-Bulger M. *Interdisciplinary approach to increasing skin-to-skin contact across delivery methods*. *Am J Med Qual* 2017;32(4):458.
51. Fischer K. *Literature Analysis Comparing Mother-Newborn Skin-to-Skin Contact Following Cesarean Section and Vaginal Births* [Internet] [Thesis]. 2019.
52. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. *Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice*. *Acta Paediatrica* 2019;108(7):1192-204.

53. Hubbard JM, Gattman KR. Parent–Infant Skin-to-Skin Contact Following Birth: history, benefits, and challenges. *Neonatal Netw* 2017;36(2):89-97.
54. Aburas R. An investigation of birth environment in UK and Saudi Arabia. *J Xi'an Univ Archit Technol* 2020;12(7):228-32
55. Al-Kareem MA, Kadhum S, Hadi S. Knowledge of Pregnant Women Concerning the Physiological Delivery Process in Babylon Governorate. *Indian J Public Health Res Dev* 2020;11(12):167-74.
56. Amu O, Alhassan M. Paternal Presence during Childbirth -An Overview. 2020:25-9.
57. Burns M. Community Doula Support for Promoting Healthy Gestational Weight Gain: A Randomized Controlled Trial. 2020.
58. McLeish J, Redshaw M. “Being the best person that they can be and the best mum”: a qualitative study of community volunteer doula support for disadvantaged mothers before and after birth in England. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):1-11.
59. Adams C, Curtin-Bowen M. Countervailing powers in the labor room: The doula–doctor relationship in the United States. *Soc Sci Med* 2021:114296.

BARRIERS OF SKIN-TO-SKIN CONTACT IN THE FIRST HOUR OF LIFE IN HEALTHY TERM INFANTS: A QUALITATIVE STUDY

Marzieh Ebrahimi^{1,2}, Shayesteh Jahanfar³, Amirhossein Takian⁴, Zohreh Khakbazan⁵, Shabnam Vazifekkhah⁶, Dorsa Vatandoust⁷, Mehrnaz Geranmayeh^{8*}

Received: 02 June, 2021; Accepted: 02 August, 2022

Abstract

Background & Aims: Making skin-to-skin contact between mother and baby immediately after birth and starting breastfeeding within the first hour of birth is the fourth step of the ten steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI). However, this step is still not properly done in Iran. This study was designed with the aim of analyzing the factors preventing skin-to-skin contact in the first hour of life in healthy term infants.

Materials & Methods: This research is a qualitative study with a content analysis approach. Data were collected by in-depth and semi-structural interviews using open-ended questions. Sampling was done in a purpose-based manner and continued until data saturation was reached. In total, we interviewed 27 experts, managers, and personnel of maternity service providers.

Results: A total of 824 codes were extracted from the interviews, which were compared based on content affinity and then organized into 7 themes, 19 categories, and 75 subcategories. After qualitative data analysis, the themes were compared based on the four components of Walt and Gilson's policy triangle in four categories of creators, content, background, and process and included in them. We categorized instruction challenges as part of the content barriers within the topic, deficiencies of knowledge and awareness, skills, and the nature of the platform for conducting the contact process as part of the process barriers two topics, the challenge of supervision and monitoring at all levels of the system as well as the effective environmental components in the implementation of the contact program as part of the structural obstacles two topics, and finally the topic of the effective actors including the beneficiaries and their subordinates as part of obstacles related to the actors.

Conclusion: Maternity ward staff face serious obstacles to skin-to-skin contact in the first hour of birth, especially in receiving continuous and sufficient training, having the necessary motivation and support from managers, and establishing modern supervision and reward system for optimal skin-to-skin contact in the first hour of birth.

Keywords: Skin-to-Skin Contact, One Hour after Birth, Health Care Providers, Qualitative Study

Address: Department of Reproductive Health and Midwifery, Nursing and Midwifery Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. East Nosrat Ave, Touhid Sq, Tehran, Iran

Tel: +989143419429

Email: geranmay@tums.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Faculty Member, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Ph.D. Student in Reproductive Health, Department of Reproductive Health and Midwifery, Nursing and Midwifery Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Public Health and Community Medicine, Tufts University, School of Medicine, Boston, MA, US

⁴ Professor of Health Policy, Faculty of Global Health and Public Policy, Department of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Associate Professor, Faculty of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

⁷ MD, faculty of medicine, shahid Beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran.

⁸ Associate Professor, Faculty of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)