

تجارب ماماها از به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت‌های مامایی پرخطر: مطالعه کیفی

شهناز کهن*، نسترن محمد علی بیگی، خانم مرجان بیگی، خانم محبوبه تائبی

چکیده

مقدمه: تفکر انتقادی مهارت و قابلیت ضروری، برای کسب آگاهی از موقعیت پرخطر مامایی، ارزیابی تصمیمات بالینی و طراحی برنامه مراقبتی صحیح برای حفظ سلامت مادر و کودک می‌باشد. این مطالعه با هدف تبیین تجارب ماماها از به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت‌های پرخطر طراحی گردید.

روش‌ها: این مطالعه به شیوه تحلیل محتوی کیفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۴ کارشناس مامایی شاغل در اتاق زایمان بودند که با نمونه‌گیری هدفمند از بین داوطلبین انتخاب شدند. داده‌ها با روش ضبط مصاحبه فردی جمع‌آوری و تحلیل گردید. دسته‌بندی کدهای استخراجی از متون، به طور مکرر با مقایسه گروه‌های مشابه صورت گرفت و سرانجام ۲ طبقه اصلی و ۸ طبقه فرعی در این زمینه ظهور یافت.

نتایج: تحلیل گفته‌های مشارکت‌کنندگان در توصیف به‌کارگیری تفکر انتقادی منجر به ظهور دو طبقه اصلی شد. طبقه اول "تلاش برای غربال‌گری موقعیت پرخطر در مراجعین ظاهراً سالم" با پنج طبقه فرعی و طبقه دوم "تلاش برای تشخیص در مواجهه با مادر در موقعیت پرخطر" با سه طبقه فرعی بود. تحلیل یافته‌ها نشان داد که ماماها تازه کار در مواجهه با مادران ظاهراً سالم با تکیه بر دانش حرفه‌ای به جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات به شیوه‌ای استقرایی برای غربال‌گری موقعیت پرخطر می‌پرداختند. در حالی که ماماها با سابقه، هنگام مواجهه با مادر با موقعیت پرخطر، برای تشخیص صحیح به چارچوب‌های ذهنی خود که از اداره موارد بیماران بدحال مشابه قبلی شکل گرفته بود، مراجعه می‌کردند.

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج، بازنگری و اصلاح برنامه آموزش مامایی در جهت تقویت مهارت تفکر انتقادی از طریق دستیابی به دانش حرفه‌ای مامایی و آموزش به شیوه اداره موردهای پرخطر شایع ضروری است، تا همه ماماها بتوانند مهارت تفکر انتقادی لازم برای غربال‌گری و تشخیص صحیح موقعیت پرخطر را کسب نمایند.

واژه‌های کلیدی: تفکر انتقادی، موقعیت پرخطر، تحلیل محتوای کیفی، تحقیق کیفی، استدلال بالینی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / تیر ۱۳۹۲؛ ۱۳(۴): ۳۴۱ تا ۳۵۲

مقدمه

تفکر انتقادی یک فرآیند عقلانی منظم برای مفهوم‌سازی، به‌کارگیری، تجزیه تحلیل، ترکیب و ارزشیابی ماهرانه اطلاعات حاصل از مشاهده، تجربه، بازاندیشی و استدلال می‌باشد، که هدف عمده آن تصمیم‌گیری است (۱). علاوه بر تصمیم‌گیری، تفکر انتقادی چندین مهارت اختصاصی‌تر دیگر از جمله استدلال تشخیصی و قضاوت

*نویسنده مسؤو: دکتر شهناز کهن (استادیار)، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. kohan@nm.mui.ac.ir
نسترن محمد علی بیگی (مربی)، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان؛ ایران. n_beigi@nm.mui.ac.ir؛ مرجان بیگی (مربی)، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان؛ ایران. m_beigi@nm.mui.ac.ir؛ محبوبه تائبی (مربی)، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان؛ ایران. taebi@nm.mui.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱۹، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۱/۳۱، تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۱۲

مهارت تفکر انتقادی، راه‌کار نوینی برای کاهش مرگ مادران و نوزادان است؛ چرا که پرورش تفکر انتقادی فرد مراقبت‌کننده باعث می‌شود تا وی در شرایط بحرانی تصمیم درستی بگیرد و در فرآیند مراقبت بهترین خدمات را ارائه دهد (۶).

مجمع بین‌المللی مامایی (International Confederation of Midwifery)، عمده‌ترین وظیفه کارشناسان مامایی را افتراق موقعیت‌های پرخطر از شرایط طبیعی در وضعیت مادر یا جنین، ارجاع به موقع و اقدامات مناسب می‌داند که جهت دستیابی به آن، انتظار می‌رود آنان مهارت کافی برای ارزیابی دقیق علایم، طبقه‌بندی آنها، تشکیل فرضیات، حدس‌های تشخیصی و تصدیق یا رد فرضیات را داشته باشند. به عبارت دیگر ماماها باید از مهارت‌های تفکر انتقادی کافی برخوردار باشند تا بتوانند تصمیم‌گیری بالینی مناسبی در موقعیت‌های پرخطر داشته باشند (۷).

همچنین برنامه توسعه هزاره که ۸ هدف برای توسعه و سلامت تا سال ۲۰۱۵ پیشنهاد کرده است در سه هدف ۴، ۵ و ۶ خود بر حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک در بارداری و زایمان تأکید کرده است؛ لذا هر گونه برنامه‌ریزی برای کاهش مرگ مادری و عوارض ناشی از آن، نیاز به تقویت مهارت تصمیم‌گیری صحیح و مناسب ماماها دارد (۸).

اهمیت تفکر انتقادی در رشته‌های پرستاری و مامایی به حدی است که صاحب‌نظران این رشته‌ها بر تقویت آن در فرآیند آموزش مراقبت‌ها و تصمیم‌گیری در بالین تأکید دارند (۹).

در حالی که ارزیابی اطلاعات، قضاوت و تصمیم‌گیری از مهارت‌های حیات بخش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به ویژه در موقعیت‌های پرخطر می‌باشد مرور مطالعات که اغلب به شیوه کمی طراحی شده بودند نشان می‌دهد که اکثریت دانشجویان پرستاری و مامایی تفکر انتقادی ضعیفی داشته و دوره چهار ساله آموزش دانشگاهی نیز

بالینی را هم در بر می‌گیرد که همگی لازمه ارائه مراقبت بالینی در علوم پزشکی هستند. در واقع تفکر انتقادی همه عناصر یک موقعیت را مورد بررسی قرار داده و با کمک روش‌های مختلف فکری و شناختی برای رسیدن به یک قضاوت و اقدام تلاش می‌کند (۲).

در حالی که فدراسیون جهانی آموزش پزشکی، تفکر انتقادی را یکی از استانداردهای آموزش پزشکی برشمرده و رشد تفکر انتقادی دانشجویان را یکی از معیارهای اعتباربخشی دانشکده‌ها می‌داند؛ سیستم‌های آموزش فعلی بر انتقال اطلاعات و محتویات علمی فراگیران تأکید بیشتری دارند (۳).

مامایی به عنوان یکی از حرفه‌های پزشکی، آمیخته‌ای از هنر و علم است که نیاز به قابلیت‌هایی نظیر هوش، دانش، خلاقیت، تجربه، درک منطقی و تفکر انتقادی دارد. حرفه مامایی با قضاوت‌های بالینی درگیر است که تأثیر مستقیم بر روی سلامت مادر و جنین دارد. ماما به عنوان اولین فرد در تماس با مادر و نوزاد در مراکز بهداشتی و درمانی، علاوه بر توانایی تشخیص زودرس بارداری و زایمان پرخطر، باید قادر به تصمیم‌گیری در مواقع اورژانس بوده و در زمان بروز فوریت‌ها با دانش و مهارت کافی اقدامات مراقبتی لازم را به انجام رساند (۴).

سالانه ۱۹۰ میلیون زن در جهان باردار می‌شوند، که بیش از نیم میلیون آنان به دلیل مشکلات بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند و تعداد زنانی که از عواقب جدی ناشی از این مشکلات و نارسایی در مراقبت لازم رنج می‌برند، چندین برابر مرگ ناشی از بارداری و زایمان است. بخش عمده مرگ و میر مادری در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد که ناشی از تشخیص دیر هنگام موقعیت پرخطر و برنامه مراقبت مامایی نامناسب است. بدین ترتیب ضرورت آموزش مهارت‌های حیات بخش، تشخیص صحیح و مراقبت مناسب در ارتقای سلامت مادران مشخص می‌شود (۵).

آموزش مهارت‌های حیات بخش مامایی با رویکرد تقویت

تأثیر قابل توجهی در پرورش تفکر انتقادی آنان نداشته است (۴ و ۱۰ تا ۱۲).

مطالعات کمی نقش مایوس‌کننده‌ای را برای آموزش دانشگاهی در پرورش تفکر انتقادی دانشجویان مامایی نشان داده و از طرف دیگر ضرورت ارزیابی مهارت تفکر انتقادی در ارائه مراقبت در موقعیت مامایی پرخطر، محققین را بر آن داشت تا با طراحی مطالعه با رویکرد کیفی تلاش کنند تا چگونگی به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت‌های پرخطر توسط کارشناسان مامایی را توصیف و تبیین نمایند، زیرا تحقیقات کیفی با پارادایم طبیعت‌گرایانه به درک عمیق و چرایی پدیده‌های انسانی کمک می‌کند و با رویکردی نظام‌دار و ذهنی به دنبال توصیف تجارب زنده و معنی بخشیدن به آنهاست که منجر به افزایش بینش، درک و آگاهی از تجارب انسانی درباره یک پدیده می‌گردد (۱۳). در واقع اگر ما بدانیم ماماها در برخورد با موقعیت‌های پیچیده و پرخطر چگونه می‌اندیشند، قضاوت می‌کنند و تصمیم می‌گیرند می‌توانیم چگونگی دستیابی آنان به تفکر انتقادی را نیز توصیف نموده و از نتایج آن در آموزش دانشجویان بهره ببریم. لذا این مطالعه با روش کیفی جهت تبیین تجارب ماماها از به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت‌های مامایی پرخطر طراحی گردید.

روش‌ها

این مطالعه با رویکرد کیفی تحلیل محتوای مرسوم، به تبیین "تجارب ماماها از به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت‌های مامایی پرخطر" می‌پردازد. جامعه پژوهش را کلیه کارشناسان مامایی که دانش‌آموخته یکی از دانشگاه‌های داخل کشور بوده و به حرفه مامایی در اتاق زایمان اشتغال داشتند تشکیل می‌دادند. مشارکت‌کنندگان چهارده نفر کارشناس مامایی بودند که در اتاق زایمان بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام زایمان اشتغال

داشتند. آنان با نمونه‌گیری هدف‌مند و از میان افرادی که مایل به شرکت در مطالعه بودند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق ضبط مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انفرادی با کمک دستگاه ضبط صوت دیجیتالی گردآوری شد و تا زمان اشباع داده‌ها، نمونه‌گیری ادامه یافت. مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۷۰ دقیقه طول کشیده و با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان عمدتاً در محل کار آنان صورت گرفت.

اطلاعات کسب شده از مشارکت‌کنندگان هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها به روش آنالیز محتوای کیفی مرسوم و با رویکرد استقرایی تحلیل می‌شد؛ به طوری که محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه مصاحبه، چندین مرتبه به مصاحبه‌ها گوش سپرده و بعد از پیدا کردن دید کلی نسبت به آنها، تمام مصاحبه کلمه به کلمه مکتوب و واحد تحلیل مشخص شد. سپس متن، سطر به سطر خوانده شده، جملات و عبارات مهم تعیین گردیده و زیر آنها خط کشیده شده و جوهره آن نام گذاری گردید (کدگذاری). سپس کدهای مشابه ادغام گردیده، دسته‌بندی شدند. دسته‌ها بر اساس ایده‌ای که در بر گرفته‌اند نام گذاری گردیده، دسته‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شده و در صورت مشابهت در کنار هم قرار گرفته تا دو طبقه اصلی و ۸ طبقه فرعی ظهور یافتند (۱۴).

مقبولیت یا اعتبار در مطالعات کیفی به معنی ارزیابی اطلاعات استخراج شده از نظر دقت می‌باشد (۱۵). در مطالعه فعلی تلاش شد تا با کمک فعالیت‌های زیر صحت داده‌ها و مقبولیت یافته‌ها افزایش یابد: انجام مصاحبه‌های عمیق در جلسات متعدد و شرایط مختلف، بازبینی دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (بدین ترتیب که بعد از کدگذاری، مصاحبه‌ها، به شرکت‌کنندگان بازگردانده شدند تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل گردد و کدهایی که بیانگر دیدگاه آنان نبود اصلاح می‌شد) و بازبینی هم‌تراز توسط همکاران پژوهشی (متن کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها در اختیار همکار پژوهشی قرار گرفت و آنها پس از انجام کدگذاری و مقایسه، توافق بیش از

۹۰٪ را با کدگذاری پژوهشگر اعلام کردند).

قابلیت اعتماد با ثبت کامل و پیوسته فعالیت‌های پژوهشگر در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تقویت گردید (۱۶).

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار گرفت. همچنین با کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و اختیار انصراف از ادامه شرکت، ملاحظات اخلاقی تأمین گردید.

نتایج

مشارکت‌کنندگان ۱۴ کارشناس مامایی بودند که ۵ نفر

آنان در بیمارستان‌های آموزشی و ۸ نفر در بیمارستان‌های غیرآموزشی در اتاق زایمان به مراقبت و انجام زایمان اشتغال داشتند. اکثریت آنان بیش از ۵ سال سابقه کار داشته و میانگین سن آنها ۳۱ سال بود. تحلیل گفته‌های مشارکت‌کنندگان در توصیف به‌کارگیری تفکر انتقادی منجر به ظهور دو طبقه اصلی و ۸ طبقه فرعی گردید. طبقه اول "تلاش برای غربال‌گری موقعیت پرخطر در مراجعین ظاهراً سالم" با پنج طبقه فرعی، و طبقه دوم "تلاش برای تشخیص در مواجهه با مادر در موقعیت پرخطر" با سه طبقه فرعی بود (جدول ۱).

جدول ۱: طبقات اصلی و فرعی حاصل از تبیین به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت مامایی پرخطر

طبقه اصلی	طبقه فرعی
۱. تلاش برای غربال‌گری موقعیت پرخطر در مراجعین ظاهراً سالم	۱-۱- جستجوی علایم و نشانه‌های خطر ۱-۲- طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها ۱-۳- برچسب کم خطر بودن ۱-۴- پیش‌بینی احتمال موقعیت پرخطر ۱-۵- تلاش برای حفظ استقلال حرفه‌ای در تصمیم‌گیری بالینی
۲. تلاش برای تشخیص در مواجهه با مادر در موقعیت پرخطر	۲-۱- حدس‌های تشخیصی متعدد ذهنی ۲-۲- کسب اطلاعات مرتبط جهت تشخیص قطعی ۲-۳- تفوق تجربه شغلی بر دانش حرفه‌ای در مراقبت

پرخطر مشابه قبلی شکل گرفته بود مراجعه کرده و برای تشخیص قطعی تلاش می‌کردند. طبقه اصلی اول (۱): تلاش برای غربال‌گری موقعیت پرخطر در مراجعین ظاهراً سالم: اغلب مشارکت‌کنندگان تازه‌کار اظهار داشتند در برخورد با مادران باردار با ظاهر سالم و کم خطر که برای زایمان مراجعه می‌کنند با کمک مهارت‌های شناختی و دانش حرفه‌ای، برچسب کم خطر بودن را به یک مادر می‌زنند و یا او را در گروه پرخطر قرار می‌دهند. این غربال‌گری برای یافتن موارد پرخطر، دارای مراحل گام به گام بوده و لازمه آن مهارت تفکر انتقادی و دانش تخصصی مامایی است که شامل،

مشارکت‌کنندگان در به‌کارگیری تفکر انتقادی در برخورد با مادران باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها با دو وضعیت مواجه بودند، در یک سو مادرانی بودند که به قصد زایمان طبیعی مراجعه کرده بودند، شکایت خاصی نداشته و به عبارت دیگر ظاهراً سالم بودند و اغلب ماماهاى تازه کار با تکیه بر دانش حرفه‌ای خود طی مراحل به شیوه استقرایی به دنبال غربال نشانه‌های موقعیت پرخطر بودند. در حالی که اکثر ماماهاى که سابقه شغلی بیشتری داشتند در مواجهه با موقعیت مامایی پرخطر هنگام پذیرش، بر اساس تجارب حرفه‌ای خود به چارچوب‌های ذهنی خود که از مواجهه با موارد

درستی هم بگیریم شاید لازم باشه با دکتر یا همکارم هم مشورت کنم ولی واقعاً تحلیل‌های اولیه را خودم می‌کنم." ۱-۳: برچسب کم خطر بودن: اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند تصمیم‌گیری درباره این که مادر کم خطر است و زایمان روند طبیعی خواهد داشت پیچیده و مشکل است و آنها در موارد کمی می‌توانند با قاطعیت برچسب روند طبیعی و فیزیولوژیک بزنند و با اطمینان اظهار کنند که مشکلی در روند زایمان پیش نخواهد آمد. نحوه و سرعت تصمیم‌گیری در این باره عمدتاً بر دانش حرفه مامایی متکی بود و گاهی تجربه قبلی آنان و تعداد زایمانی که اداره کرده بودند نیز به آنها کمک می‌نمود؛ زیرا تجربه کاری و حضور طولانی در اتاق‌های زایمان باعث می‌شد تا آنها بتوانند توانایی و مهارت برای زدن برچسب کم خطر به مادران پیدا نمایند. آنان با وجود زدن برچسب زایمان طبیعی به مادران ظاهراً سالم، همچنان بر ارزیابی مکرر آنان در جریان زایمان تأکید می‌کردند. خانم ماما با ۱۰ سال سابقه کار (مشارکت‌کننده شماره ۵) می‌گفت:

"برای این که محکم بگم زایمان طبیعی هم علم مامایی‌ام را به کار می‌گیرم و هم به تجربه کاریم برمی‌گردم حتی وقتی زایمان کاملاً فیزیولوژیک پیش میره بازم تحلیل اطلاعات را ادامه میدم و احتمال خطر را در نظر می‌گیرم."

۱-۴: پیش‌بینی احتمال موقعیت پرخطر: مشارکت‌کنندگان در مواجهه با مادران ظاهراً سالم و کم خطر با کسب اطلاعات و تحلیل و طبقه‌بندی آنها، به دنبال نشانه‌هایی برای پیش‌بینی خطر بودند و اظهار داشتند سه عامل دانش حرفه‌ای، تجربه شغلی و خلاقیت برای این مهارت لازم است. آنها با یافتن نشانه‌ها و موارد مشکوک برای خطر تلاش می‌کردند تا احتمال وقوع و نوع خطر را پیش‌بینی نمایند. از دیدگاه ماماها پیش‌بینی خطر بسیار ضروری بود و اساس برنامه‌ریزی مراقبت از مادر به شمار می‌رفت. آنها تأکید کردند توانایی پیش‌بینی موقعیت

جمع‌آوری اطلاعات از منابع متعدد، طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها، برچسب کم خطر بودن، پیش‌بینی احتمال خطر و طراحی برنامه مراقبت بود.

۱-۱: جستجوی علایم و نشانه‌های خطر: اولین قدم آنها جمع‌آوری دقیق اطلاعات از منابع متعدد بود آنها اظهار داشتند به کلیه جزئیات و نشانه‌ها توجه می‌کنند و به ویژه با بررسی علایم حیاتی و معاینه فیزیکی به دنبال نشانه‌های خطر می‌گردند. در این فرآیند کسب اطلاعات، نه تنها خود بیمار بلکه مستندات همراه وی و همراهان بیمار را هم مورد توجه قرار می‌دادند. آنها به نگرانی‌های همراهان و مادر به عنوان نشانه‌هایی برای خطر اهمیت می‌دادند. مشارکت‌کننده شماره ۲ درباره نحوه جمع‌آوری اطلاعات این گونه می‌گفت:

"من وقتی می‌بینم یه خانم ظاهراً سالمه، ازش نمی‌گذرم از خودش اطلاعات می‌گیرم از همراهانش اطلاعات می‌گیرم. برگه‌های سونو و آزمایش را دقیق نگاه می‌کنم می‌گردم دنبال هر نشونه‌ای که منو به یک خطری راهنمایی کنه."

۱-۲: طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها: ماماها اظهار داشتند هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات آنها را تحلیل می‌کنند و دانش مامایی را پشتوانه مهمی در تحلیل صحیح اطلاعات درباره مادر دانستند. به طوری که مشارکت‌کنندگانی که در دوران تحصیل بنیه قوی دانشی و علمی برای خود در حرفه مامایی ایجاد کرده بودند، اظهار کردند اعتماد به نفس بیشتری به تحلیل‌های خود دارند و اغلب با سرعت بیشتری به نتیجه می‌رسند در حالی که برخی ماماها بیان داشتند به دانش مامایی خود اعتماد کافی ندارند و در این گونه موارد جسارت تحلیل و تصمیم‌گیری درباره مادر را ندارند و ترجیح می‌دهند از همان ابتدا از سایر همکاران و متخصصین زنان کمک بخواهند. خانم ماما با ۲۷ سال سابقه کار (مشارکت‌کننده شماره ۳) در این باره می‌گفت:

"من خودم سواد مامایی خوبی دارم برای همین می‌تونم اطلاعاتی را که از مریضا جمع کردم را نقد کنم و نتیجه

از نظر فرهنگ حاکم بر سیستم سلامت و درمان تابو تلقی شده و انتظار می‌رود ماما یک تبعیت کورکورانه از دستورات پزشک داشته باشد؛ در حالی که کارشناسان مامایی با استقلال حرفه‌ای و دانش و مهارت کافی برای اداره زایمان طبیعی و مداخله در روند زایمان پرخطر به هنگام عدم حضور پزشک تربیت شده‌اند. خانم مامایی با ۱۴ سال سابقه کار (مشارکت‌کننده شماره ۷) در این مورد می‌گفت:

"تلاش می‌کنم از یه زائوی ظاهراً سالم خودم مستقل مراقبت کنم ولی به محض این که دیدم وضعیت داره پرخطر میشه دکتر را هم خبر می‌کنم ولی باز هم در کنار دکتر می‌مونم تا مراقبت را ادامه بدم می‌خوام استقلال حرفه‌ای و تصمیم‌گیریم را حفظ کنم مذاکره می‌کنم حتی گاهی مقاومت می‌کنم تا پزشکان کم تجربه فوری مریض را سزارین نکنند و فرصت بدن تا مریض زایمان کنه. حتی مریض که بد حال میشه بازم از حیطة مراقبت من خارج نمیشه هر کاری بتونم انجام می‌دم مثلاً وسایل لازم را چک می‌کنم کسایی را که می‌تونند به ما کمک کنند هماهنگ می‌کنم یا به موقع جواب آزمایش‌های مهم را می‌گیرم و..."

طبقه اصلی دوم (۲): تلاش برای تشخیص در مواجهه با مادر در موقعیت پرخطر. اغلب مشارکت‌کنندگان با سابقه شغلی بیشتر، در برخورد با یک بیمار در موقعیت پرخطر در اولین مراجعه، با روشی متفاوت در مقایسه با بیماران ظاهراً سالم عمل می‌کردند و عمدتاً برای یافتن تشخیص قطعی تلاش و فعالیت متعدد ذهنی را انجام می‌دادند. بدین‌گونه که بلافاصله با مراجعه به چارچوب‌های ذهنی خود، حدس‌ها و فرضیات متعددی را در نظر می‌گرفتند؛ سپس با جمع‌آوری اطلاعات بیشتر به تشخیص قطعی می‌رسیدند. این شرایط پرخطر باعث توجه و پیش‌بینی سایر خطرات احتمالی می‌شد و آنها برای هر بیمار برنامه مراقبتی لازم را طراحی و هم‌زمان اجرا می‌کردند. در نتیجه در مواجهه با بیمار بدحال تفکر انتقادی آنها بیشتر

پر خطر یک مهارت و هنر خاص ماماهاست که علاوه بر دانش حرفه‌ای و تجربه شغلی نیاز به خلاقیت، شهود و تحلیل‌های پیچیده ذهنی دارد.

اغلب مشارکت‌کنندگان بیان داشتند توانمندی پیش‌بینی خطر به آنها کمک می‌کند تا بدانند مادر ظاهراً سالم و کم خطر فعلی تا چه مدت زمان معینی کم خطر خواهد ماند و بنابراین برای وی برنامه ارزیابی متناوب علایم و نشانه خطر طراحی می‌نمایند تا هرگونه خطر و انحراف از جریان زایمان کم خطر را در اولین فرصت دریابند و براساس شرایط جدید برای وی اقدام نمایند. در این راستا مشارکت‌کننده شماره ۲ اظهار داشت:

"حتی وقتی زایمان در مسیر طبیعی و همه چی خوب پیش میره شم مامایی من همه جا را دقیق زیر نظر داره و دنبال نشونه‌ای برای خطره تا اگه خواست از جریان طبیعی خارج بشه براش به موقع مداخله کنم."

۱-۵: تلاش برای حفظ استقلال حرفه‌ای در تصمیم‌گیری بالینی: نیمی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند کسب دانش و تجربه در حرفه مامایی باعث گردیده که نه تنها آنان با اعتماد به نفس احتمال وجود خطر در روند زایمان را پیش‌بینی نموده و تشخیص صحیح بدهند بلکه تمایل داشتند با برنامه‌ریزی و اجرای دقیق مراقبت‌های لازم، به مادران فرصت زایمان طبیعی را بدهند. اما اظهار داشتند پزشکان فرصت تصمیم‌گیری، طراحی برنامه مراقبتی و زایمان طبیعی را از ماماها و مادران سلب می‌کنند و حتی استقلال حرفه‌ای ماماها در تصمیم‌گیری بالینی توسط پزشکان نادیده گرفته می‌شود. بنابراین تأکید داشتند ماما باید با کسب دانش حرفه‌ای و مهارت مناسب با تکیه بر تجارب خود با متخصصین به مذاکره و بحث بپردازند و شرایط را برای مراقبت صحیح و زایمان طبیعی مهیا نمایند.

اغلب مشارکت‌کنندگان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی بیان داشتند اظهار نظر درباره بیمار و مذاکره با پزشک درباره نحوه مراقبت از بیمار از نظر فرهنگ پزشکی و هم

بر فرآیند رسیدن به تشخیص صحیح و مراقبت مناسب متمرکز بود.

۱-۲: حدس‌های تشخیصی متعدد ذهنی: اغلب مشارکت‌کنندگان به ویژه ماماهايي که تجربه شغلی طولانی‌تری داشتند اظهار داشتند هنگامی که بیمار با علائم واضح خطر مراجعه می‌کند بلافاصله در ذهن آنها فرضیه‌های متعددی درباره تشخیص شکل می‌گیرد. با کسب اطلاعات بیشتر با کمک شرح حال، معاینه فیزیکی و همراهان بیمار، فعالانه به طور ذهنی تلاش می‌کنند تا برخی فرضیه‌ها را رد کنند و برخی دیگر را که دلایل متقنی دارند بپذیرند. به عبارت دیگر با مشاهده بیمار با نشانه‌ها و علائم خطر، تصاویر کلی متعددی از تشخیص در ذهن آنان نقش می‌بندد و باکسب اطلاعات و جزئیات بیشتر درباره بیمار برخی این تشخیص‌ها کنار گذاشته شده و برخی دیگر قطعی می‌گردند. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ در این باره چنین اظهار داشت:

"وقتی مریض بد حال مراجعه می‌کنه من تلاش می‌کنم بدونم واقعاً چه مشکلی داره تا بتونم ازش درست مراقبت کنم. همون اول کار چند تا حدس توی ذهنم می‌آید و سعی می‌کنم بفهمم که این نشانه‌های خطر به کدام یک از کیس‌هایی که من قبلاً دیدم می‌خوره".

۲-۲: کسب اطلاعات مرتبط جهت تشخیص قطعی: مشارکت‌کنندگان بیان داشتند به دنبال سال‌ها کسب تجارب و سوابق حرفه‌ای، تصاویر و چارچوب‌هایی در ذهن آنان شکل گرفته است. در طول زمان و با اداره موارد متعددی از زایمان‌های پرخطر، چارچوب‌هایی در ذهن آنان نقش بسته است که باعث شده با مشاهده یک بیمار با علائم خطر بلافاصله آنرا با چارچوب‌های ذهنی خود مقایسه کنند و بدین ترتیب نشانه‌های خطر را در چارچوب‌های متعددی جستجو کنند تا ببینند با کدام یک از چارچوب‌های ذهنی قبلی آنها مطابقت بیشتری دارد. آنان اذعان داشتند در این شرایط با پرسیدن کم‌ترین و هدف‌مندترین سؤالات به سرعت می‌توانند به تشخیص

قطعی برسند. خانم ماما با ۱۸ سال سابقه کار (مشارکت‌کننده شماره ۱۳) می‌گفت:

"توی این سال‌ها اینقدر کیس پرخطر دیدم که دیگه حتی چند جمله از شرح حال مریض پر خطر را بهم بگن می‌تونم فوری ببرم توی اون تصاویری که از قبل تجربه کردم و سریع با چند تا سؤال حساب شده دیگه مریض را به تشخیص قطعی برسونم".

۳-۲: تفوق تجربه شغلی بر دانش حرفه‌ای در مراقبت: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند گرچه دانش حرفه‌ای پشتوانه مهم برای طراحی مراقبت‌ها در وضعیت پرخطر می‌باشد، اما آموخته‌های نظری دوران تحصیل نتوانسته به آنها در این باره کمک شایانی کند و آنها با توسل به سایر منابع مانند همکاران، پزشکان و تجارب قبلی خود توانسته بودند مهارت مراقبت و مهیاسازی شرایط لازم را فرا بگیرند. به عبارت دیگر در سال‌های اشتغال با یادگیری از همکاران و برخورد با بیماران متعدد، توانایی مراقبت از بیمار پر خطر را فرا گرفته بودند. خانم مامایی با ۷ سال سابقه کار در بیمارستان آموزشی (مشارکت‌کننده شماره ۱۴) اظهار داشت:

"توی این سال‌ها کارتوی اتاق زایمان اینقدر تجربه از همکاران و مریضای قبلی به دست اوردم که دیگه کاملاً می‌تونم شرایط لازم برای مریض پرخطر را درک کنم و فوراً براش شرایط را آماده کنم البته تو دانشگاه ما اینجوری نخوندیم یه چیزای تئوری خوندم و یاد نگرفتیم که چطوری اطلاعاتمون را به مراقبت تبدیل کنیم تو کارآموزی‌ها هم دلیل هر مراقبتی را دقیق یاد نگرفتیم".

بحث

در تحلیل و بررسی توصیف کارشناسان مامایی درباره "چگونگی به‌کارگیری تفکر انتقادی در موقعیت‌های مامایی پرخطر"، به نظر می‌رسد هم پیچیدگی وضعیت مادر به هنگام مراجعه و هم تجارب شغلی ماماها عوامل تعیین‌کننده در نحوه پردازش اطلاعات، فرآیند تفکر

داشتند که می‌تواند به دلیل فقدان تجارب شغلی آنان باشد (۱۸).

اما هنگامی که در اولین ملاقات، مادر در مراجعه وضعیت پرخطر و پیچیده‌ای داشت نحوه به‌کارگیری تفکر انتقادی متفاوت بود. اغلب ماماهاایی که سابقه شغلی بیشتری داشتند تلاش می‌کردند تا با چند حدس اولیه، فرضیه‌های تشخیصی متعددی برای مادر مطرح نمایند این حدس‌ها از چارچوب‌های ذهنی آنان نشأت می‌گرفت که طی برخورد قبلی مکرر با این گونه بیماران شکل گرفته بود. سپس با کمک روش قیاسی و یا در برخی موارد شهودی، با کسب اطلاعات مرتبط به یکی از تشخیص‌ها نزدیک می‌شدند و بر اساس تحلیل وضعیت، برنامه مراقبتی طراحی می‌نمودند. سیوفی و مرخام (Cioffi and Markham) هم نتیجه مشابهی را در مطالعه خود نشان دادند. آنها در بررسی تصمیم‌گیری بالینی ماماها دریافتند که اغلب ماماها در مدیریت موارد پیچیده، از قضاوت و فعالیت‌های ذهنی متعددی استفاده می‌کنند که خود از تجارب بالینی آنها سرچشمه می‌گیرد. همچنین دانش حرفه‌ای و شناخت هم در تصمیم‌گیری بالینی آنها تا حدودی نقش داشته است. لذا پیشنهاد می‌کنند در آموزش دانشجویان برای پرورش تفکر انتقادی باید موارد پیچیده و پرخطر شایع در مامایی با روش‌هایی مانند شبیه‌سازی یاد داده شود تا ماماهاای تازه کار هم با کمک آنها از میانبر به تشخیص برسند (۱۹). همچنین در این راستا، یافته‌های یانگ و پترسون (Young and Paterson) نیز در رابطه با آموزش دانشجوی محور، روش حدس یا شهود را مطرح می‌کند که در این روش دانشجویان حدس و گمان‌های متعددی درباره یک مورد بیمار واقعی یا نمایشی با موقعیت پرخطر دنبال می‌کنند تا با جمع‌آوری اطلاعات، صحت و درستی آنها را آزمون نمایند و به دانشجویان تأکید می‌شود به محض خطور حدس و شهود، قبل از هرگونه اقدامی باید کاوش بیشتری برای بررسی نشانه‌های احتمال بیشتر و قطعی شدن تشخیص

انتقادی و تصمیم‌گیری‌های بالینی باشد؛ به طوری که تفکر انتقادی ماماها در پذیرش بیماران کم‌خطر عمدتاً در جهت تلاش بر غربال‌گری و پیش‌بینی احتمال خطر بود در حالی که در پذیرش بیماران پرخطر فرایند تفکر بیشتر بر رسیدن به تشخیص قطعی متمرکز بود. از طرف دیگر در مراقبت از بیمار کم‌خطر، اغلب ماماها دغدغه حفظ استقلال حرفه‌ای خود را در برابر پزشکان داشتند در حالی که در مراقبت بیماران پرخطر ماماها با تکیه بر تجارب شغلی تلاش داشتند با جلب همکاری پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت، به حفظ سلامت بیمار کمک نمایند.

در شرایطی که مادر هنگام پذیرش ظاهراً سالم بود و به جز علایم زایمان شکایت دیگری را مطرح نمی‌کرد، اکثریت ماماهاایی که سابقه شغلی کم‌تری داشتند طی یک فرایند منظم، هدف‌مند و به شیوه استقرایی اطلاعات را جمع‌آوری و تحلیل می‌نمودند تا بتوانند از بین مراجعین ظاهراً سالم، موارد پرخطر را غربال نمایند. سپس با پیش‌بینی خطرات احتمالی، برای وی برنامه مراقبتی طراحی و اجرا نمایند. جوادی و همکاران در بررسی ارتباط تصمیم‌گیری بالینی و تفکر انتقادی دریافتند دانشجویان پرستاری که هنوز تجربه اداره مستقل بیماران را نداشتند با تحلیل گام به گام و سیستماتیک اطلاعات تلاش می‌کنند تا درباره موقعیت بیماران خود اطلاعات کسب کنند و تصمیم بگیرند و زیر بنای این‌گونه تصمیم‌گیری در افراد کم‌تجربه را به میزان دانش حرفه‌ای نسبت دادند. به عبارت دیگر افراد تازه کار در تصمیم‌گیری‌ها بیشتر بر دانش نظری خود تکیه داشتند (۱۷). در همین رابطه هافمن و الوین (Hoffman and Elwin) نیز در بررسی ارتباط تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری دریافتند دانشجویان سال آخر نسبت به پرستاران شاغل، نمره تفکر انتقادی بیشتری کسب کردند که نشان‌دهنده دانش نظری حرفه‌ای بیشتر آنان بود؛ در حالی که در تصمیم‌گیری آشفته‌گی و توانمندی کم‌تری

مطالعه خود نشان داد باید با شیوه‌های آموزشی متعددی مانند شبیه‌سازی، ایفای نقش و داستان موردهای واقعی، به شکل‌گیری یک نقشه ذهنی در دانشجویان مامایی کمک نمود تا آنها به هنگام ورود به عرصه کار با مراجعه و مقایسه آن بتوانند مشکلات را به درستی تشخیص داده و مراقبت صحیح را ارائه دهند (۲۴).

یافته دیگر این مطالعه، دغدغه ماماها جهت حفظ استقلال حرفه‌ای در مراقبت از بیمار کم خطر بود. ماماها تلاش می‌کردند تا اداره یک زایمان طبیعی و کم خطر را با توجه به شرح وظیفه مصوب کشوری خود بر عهده بگیرند تا به ترویج زایمان طبیعی کمک نمایند و صاحب نظران پرستاری نیز هدف اصلی از توسعه تفکر انتقادی در برنامه آموزش پرستاری را، افزایش قدرت تصمیم‌گیری مستقل در این حرفه می‌دانند. باکالیس (Bakalis) و همکاران دریافتند توسعه تفکر انتقادی باعث افزایش تمایل پرستاران به استقلال حرفه‌ای که لازمه پرستاری است، می‌گردد (۲۵). از طرف دیگر در مراقبت از بیماران در موقعیت‌های پرخطر، ماماها با تکیه بر تجارب شغلی تلاش می‌کردند تا با کمک از پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت به حفظ سلامت بیمار کمک نمایند به عبارت دیگر ماماها بر ارائه خدمت تیمی در موارد پیچیده تأکید داشتند، نتایج مطالعه کیفی میشو (Mishoe) نیز درباره تفکر انتقادی پرستاران در بخش مراقبت ویژه تنفس، با ظهور دودرون مایه تحت عنوان مشارکت برای مراقبت و مذاکره درباره نحوه ارائه خدمات با سایر اعضای تیم سلامت به ویژه پزشکان، نشان‌دهنده اهمیت توسعه توانایی کار تیمی می‌باشد (۲۲).

نتیجه‌گیری

توصیف و تفسیر چگونگی کاربرد تفکر انتقادی در موقعیت‌های پرخطر مامایی نشان داد ماماها برای ارائه مراقبت‌های مناسب به بیماران، علاوه بر نیاز به دانش تخصصی مامایی برای غربال‌گری موقعیت‌های پرخطر

صورت گیرد (۲۰). پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه حسن پور نیز بر نوعی حدس‌ها و گمان‌های تشخیصی در هنگام برخورد با بیماران پرخطر اشاره کردند آنها الهام و شهود را در حرفه پرستاری به عنوان یکی از ویژگی‌های متفکر انتقادی مطرح کردند که با کسب تجارب طولانی حرفه‌ای به آن دست یافته‌اند و مانند راهنمایی، در برخورد با بیماران به آنها کمک می‌کند (۲۱). ارائه‌دهندگان مراقبت در بخش ویژه تنفس در مطالعه میشو (Mishoe) نیز نتیجه گرفتند مراقبین سلامت در بخش‌های پرخطر باید بتوانند تصویرکی از خطرات احتمالی، تشخیص‌های ممکن و نحوه مراقبت را در ذهن خود داشته باشند. مشارکت‌کنندگان مطالعه وی، توانایی ترسیم تصاویرکی موضوعات مهم را یک ویژگی حرفه‌ای شدن دانستند که در اثر تجارب و تکرار اداره بیماران در موقعیت‌های پرخطر مشابه در آنها شکل گرفته بود (۲۲).

ماماهای تازه کار در غربال‌گری موارد پرخطر از بین مادران ظاهراً سالم، دانش تخصصی حرفه‌ای عمیق و گسترده خود را عامل مهم و ضروری در به‌کارگیری موفق مهارت تفکر انتقادی خود به شمار آوردند؛ در حالی که در رویارویی با بیمار پرخطر در اولین مراجعه، تکیه بر تجارب شغلی، سابقه اداره موردهای واقعی پرخطر قبلی و یا آموزش به روش موردی در دوران تحصیل باعث موفقیت آنان در تفکر انتقادی می‌گردد. در این راستا، بابامحمدی و همکاران نیز در بررسی استراتژی‌های تفکر انتقادی و میزان یادگیری پایدار دانشجویان پرستاری دریافتند استدلال استقرایی مختص دانشجویان و افراد تازه کار است که آنها با تکیه بر دانش نظری و با کمک دلایل منطقی و توجه به جزئیات به دنبال کسب نتایج کلی و تشخیص هستند. در حالی که، استدلال‌های قیاسی با یک استنباط یا اصل کلی آغاز گردیده و با جمع‌آوری اطلاعات بیشتر قطعیت می‌یابد و روش مراقبین با تجربه است و حاصل اداره موارد پرخطر متعدد می‌باشد (۲۳). نونان (Noonan) نیز در

آموزش‌های برنامه‌ریزی شده در زمینه موردهای پرخطر به تسریع افزایش توانایی ماماها برای مراقبت از بیماران پرخطر کمک گردد.

قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر تأمین اعتبار این طرح به شماره ۲۸۹۲۳۵ و از همکاری صمیمانه یکایک مشارکت‌کنندگانی که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود، قدردانی می‌شود.

در بیماران به ظاهر سالم، به کسب تجربه مراقبت از موارد پرخطر شایع مامایی برای تشخیص سریع و صحیح بیماران بدحال نیاز دارند، که اغلب به طور معمول در طی سال‌های طولانی اشتغال به دست می‌آید. بنابراین به نظر می‌رسد در آموزش دوره دانشجویی، ماماها باید از یک طرف با شیوه استقرایی و دریافت دانش حرفه مامایی برای تحلیل گام به گام و نحوه غربالگری موارد پرخطر و مراقبت از مراجعین مامایی مسلط شوند و هم‌زمان با روش قیاسی، مهارت تفکر انتقادی برای مراقبت‌های نجات‌بخش از موردهای بیماران پرخطر در مامایی را بیاموزند؛ همچنین به هنگام شروع اشتغال، با

منابع

1. Graven RF, Hirnle CJ, Jensen SH. Fundamentals of nursing: human health and function. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking; 2008.
2. Akhoundzadeh K, Hoseini SA, Salehi Sh. [Critical Thinking and clinical decision making in nursing]. 1th ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Publication; 2006. [Persian]
3. Gharib M, Rabieian M, Salsali M, Hadjizadeh E, Sabouri Kashani A, Khalkhali H. Critical Thinking Skills and Critical Thinking Dispositions in Freshmen and Senior Students of Health Care Management. Iranian Journal of Medical Education. 2009; 9(2): 125-134. [Persian]
4. Mirmolaei T, Shabani H, Babaei Gh, Abdehagh Z. Comparison of critical thinking among first and last trimester baccalaureate midwifery students. HAYAT. 2004; 10(3): 69-77. [Persian]
5. CARE. Women's Empowerment. [Cited 2013 May 10]. Available from: <http://www.care.org/newsroom/publications/whitepapers/women-and-empowerment/pdf>. 2005
6. Cheng MC. The challenges of midwifery practice for critical thinking. British Journal of Midwifery. 2000; 8(3): 179 – 183.
7. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardebili H, Majlesi F, Seyed Nozadi M, Parizade SMJ. [Text book of public health]. 3rd ed. Tehran: Arjmand press; 2008. [Persian]
8. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High Risk Pregnancy: Management Options. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2011.
9. Khodamoradi K, Seyed Zakerin M, Shahabi M, Yaghmaie F, Alavi Majd H. [Comparing critical thinking skills of first- and last-term baccalaureate students of nursing, midwifery and occupational therapy of medical Universities of Tehran city]. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch. 2011; 21(2): 134-140. [Persian]
10. Mangena A, Chabeli MM. Strategies to overcome obstacles in the facilitation of critical thinking in nursing education. Nurse Education Today. 2005; 25(4): 291-298.
11. Islami Akbar R, Shekarabi R, Behbahani N, Jamshidi R. Critical Thinking ability in nursing students and clinical nurses. Iran journal of nursing. 2004; 17(39): 15-29. [Persian]
12. Nafea AR, Lakdizaji S, Oshvandi Kh, Fathi Azar E, Ghojzadeh M. Nursing Student's Critical Thinking Skills in Tabriz Nursing and Midwifery Faculty. Research Journal of Biological Sciences. 2008; 3(5): 475-4791.
13. Burns N, Grove S. Practice of nursing Research conduct, critique and utilization, 5th Ed. Philadelphia:

Saunders; 2005.

14. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9):1277-1288.
15. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting Mixed Method Research*. New York: Sage Publication; 2007.
16. Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4thed. Philadelphia: Lippincott Williams' wilkings; 2007.
17. Paryad A, Javadi N, Roshan ZS, Fadakar K, Asiri Sh. [Relationship between Critical Thinking and Clinical Decision Making in Nursing Students]. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(73):63-71. [Persian]
18. Hoffman K, Elwin C. The relationship between critical thinking and confidence in decision making. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2004; 22(1): 8-12.
19. Cioffi J, Markham R. Clinical decision-making by Midwives: managing case complexity. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25(2):265-272.
20. LE, Paterson BL. *Teaching Nursing: Developing a Student-Centered Learning Environment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
21. Hasanpour M, Haghdoost Oskouie SF, Salsalei M. Critical thinking in nursing education. *Iran Journal of Nursing*. 2005; 18(41-42): 7-16. [Persian]
22. Mishoe SC. Critical Thinking in Respiratory Care Practice: A Qualitative Study. *Respir Care*. 2003; 48(5): 500-516.
23. Babamohammadi H, Esmail pour M, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N. Comparison of Critical Thinking Skills in Nursing Students of Semnan and Tehran Universities of Medical Sciences. *Journal of Rafsanjan University Medical Sciences*. 2011; 10(1): 67-78. [Persian]
24. Noonan M. Mind maps: Enhancing midwifery education. *Nurse Education Today*. 2012. [Epub ahead of print].
25. Bakalis N, Bowman GS, Porock D. Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. *International Journal of Nursing Students*. 2003; 40(7):749-60.

Midwives' Experiences of Applying Critical Thinking in High Risk Situations at Labor Unit: A Qualitative Study

Shahnaz Kohan¹, Nastaran Mohammad Ali Beigi², Marjan Beigi³, Mahbobeh Taebi⁴

Abstract

Introduction: Critical thinking is an essential skill for being knowledgeable about riskfull conditions of midwifery, evaluation of clinical decisions, and a proper care planning for mother and child. This study aimed to explore midwives' experiences of employing critical thinking in high risk situations in labor unit.

Methods: Fourteen bachelor midwives working in labor unit participated in this qualitative content analysis study. They were selected through purposeful sampling method. Data was gathered by individual interviews recorded on audiotapes, transcribed and then analyzed. Interview transcriptions were coded through repeated comparisons with similar groups and then classified. Finally two main categories and eight subcategories were emerged.

Results: Analysis of participants' viewpoints and their sayings about employing critical thinking lead to development of two main categories: "trying to screen high-risk situations among apparently healthy patients" with 5 subcategories, and "trying to diagnose when facing a mother in a high-risk situation" having 3 subcategories. Analysis of findings showed that novice midwives screened high-risk situations relying on their professional knowledge and analyzing the information inductively; whereas experienced midwives tried to refer to their intellectual framework deductively based on their previous experiences of managing critical patients.

Conclusion: According to the results, it seems necessary to revise and modify the curriculum of midwifery in order to improve critical thinking skill through acquisition of professional knowledge of midwifery and to educate students to manage high-risk cases. Therefore all midwives will acquire critical thinking skill and will be able to screen and diagnose high-risk patients.

Keywords: Critical Thinking, High Risk Situations, Qualitative Content Analysis, Qualitative Study, Clinical Reasoning

Addresses:

¹ (✉)Assistant Professor, Nursing & Midwifery Care Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: kohan@nm.mui.ac.ir

² Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: n_beigi@nm.mui.ac.ir

³ Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: m_beigi@nm.mui.ac.ir

⁴ Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: taebi@nm.mui.ac.ir