

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ**

DOMENIUL MEDICINĂ



TEZA DE DOCTORAT

REZUMAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. BRĂȚILĂ ELVIRA

Student-doctorand:

DUMITRACHE (STAN) DANIELA

2024

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

**„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ**

DOMENIUL MEDICINĂ



**EVALUAREA PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE
ACORDAT DE MOAȘE ȘI ASISTENȚII MEDICALI
PACIENTELOR CU PATOLOGII ASOCIATE
SARCINII LA VÂRSTE EXTREME**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. BRĂȚILĂ ELVIRA

Student-doctorand:

DUMITRACHE (STAN) DANIELA

2024

TEZA DE DOCTORAT CUPRINDE :

- Partea generală formată din două capitole referitoare la stadiul actual al cunoașterii
- Un capitol care prezintă tipul studiilor și metodologia de cercetare
- Patru studii de cercetare în legătură cu tema proiectului de cercetare
- 23 Figuri
- 24 Tabele
- 10 Anexe
- 1 poster publicat la un Simpozion Internațional din tema proiectului de cercetare
- 153 de pagini

CUPRINS

PARTEA GENERALĂ

Lista cu lucrări științifice publicate.....	5
Lista prescurtărilor și abrevierilor.....	7
INTRODUCERE	9
1. CAPITOLUL 1	13
1.1 Modificările fiziologice în sarcină.....	13
1.2 Definierea conceptului privind sarcina la vârste extreme.....	18
1.3 Patologii asociate sarcinilor la vârste extreme.....	21
1.4 Date statistice privind mortalitatea maternă.....	25
2. CAPITOLUL 2 – Rolul moașelor și al asistenților medicali în acordarea îngrijirilor de sănătate parturientelor.....	29

PARTEA SPECIALĂ

3. CAPITOLUL 3 - Prezentarea proiectului de cercetare	34
3.1. Importanța studiului.....	34
3.2. Scop și obiective.....	36
3.3. Metodologia de cercetare.....	37
3.4. Lotul populației studiate.....	38
3.5. Analiza statistică a datelor.....	39
3.6. Măsurile privind respectarea normelor de bioetică în cercetarea doctorală.	40
4. CAPITOLUL 4 - Studiul asupra patologiei materne la vârste extreme.....	41
4.1 Scop și obiective.....	41
4.2 Metoda de cercetare.....	41
4.3 Rezultate și discuții.....	43
4.4. Concluzii parțiale.....	52
5. CAPITOLUL 5 - Studiul privind evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor moașelor și asistenților medicali de obstetrică ginecologică care îngrijesc parturiente cu diabet gestațional și hipertensiune arterială indusă de sarcină.....	54
5.1 Scop și obiective.....	55
5.2 Metodă de cercetare.....	55
5.3 Rezultate și discuții.....	58
5.4. Concluzii parțiale.....	72
6. CAPITOLUL 6 - Studiul privind rezultatele implementării îngrijirilor specifice de sănătate furnizate de moașe și asistenții medicali femeilor cu diabet gestațional internate într-o secție de obstetrică: un proiect de implementare a celor mai bune practici.....	76
6.1 Scop și obiective.....	77
6.2 Metodă de cercetare.....	78
6.3 Rezultate și discuții.....	82
6.4 Concluzii parțiale.....	89
7. CAPITOLUL 7 – Concluzii și recomandări.....	92
7.1. Recomandări de bune practici	98
7.2. Elemente de inovație și originalitate	100
8. Bibliografie	103

9. ANEXE	117
9.1 Anexa 1 - Fișă colectare date paciente.....	117
9.2 Anexa 2 - Consimțământul informat al moașelor și asistenților medicali cu privire la participarea la studiul.....	118
9.3 Anexa 3 - Chestionar pentru evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor asistenților medicali.....	121
9.4 Anexa 4 – Prezentarea criteriilor de audit, eșantionul populației incluse în analiză și metoda de abordare pentru măsurarea conformității cu cele mai bune practici.....	128
9.5 Anexa 5 - Chestionar de audit privind îngrijirea antenatală și intrapartum a pacientei cu diabet gestațional.....	132
9.6 Anexa 6 - Protocol de îngrijire a parturientei cu diabet gestațional.....	138
9.7 Anexa 7 – Plan de îngrijire a pacientei cu diabet gestațional.....	139
9.8 Anexa 8 - Ghid de educație a pacientei cu diabet gestațional.....	144
9.9 Anexa 9 - Curriculum programului de instruire privind îngrijirea pacientei cu diabet gestațional și hipertensiune arterială indusă de sarcină.....	150
9.10 Anexa 10 – Poster prezentat la JBI European Symposium 2021&Spider multiplier event – 24 iunie 2021.....	152

PARTEA GENERALĂ

Rolul moaşelor și al asistentelor medicale cu specialitate de obstetrică ginecologie în acordarea îngrijirilor de sănătate primare pacientei însărcinate este considerat esențial, atât la nivel internațional cât și la nivel național, iar calitatea evaluării, îngrijirii și efectuării tratamentului este vitală. Aceste categorii de personal sunt implicate în comunitatea locală și pot acorda intervenții eficiente pentru a răspunde nevoilor de îngrijire pacienților, familiilor și comunității [1].

În România îngrijirea gravidelor este realizată prin intermediul echipelor interdisciplinare formate din medici obstetricieni, fiziokinetoterapeuți, moașe, asistenți medicali, dieteticieni sau nutriționiști, iar echipa de îngrijire poate fi completată și cu alți specialiști în funcție de situația particulară a fiecărei pacientă.

Screeningul și îngrijirile preventive reprezintă standardul de aur în minimizarea impactului patologiilor ce pot fi dezvoltate în cursul unei sarcini asupra mamei și fătului. Este esențial ca moașele și asistenții medicali să dețină cunoștințe teoretice și practice referitoare la principalele patologii prevenibile din timpul sarcinii pentru a putea interveni în procesul de evaluare, diagnosticare și management al pacientei însărcinate contribuind astfel, prin intermediul îngrijirilor de sănătate acordate eficient, la scăderea ratelor de mortalitate infantilă și maternă [1].

Având în vedere contextul național și internațional al acestei probleme de sănătate care interesează, atât sănătatea mamei cât și a copilului, acest proiect de cercetare a fost conceput cu scopul de a identifica și disemina în rândul M și AS-OG cele mai bune practici de îngrijire a pacientelor cu sarcină la vârste extreme.

În cadrul acestui proiect de cercetare ne-am stabilit ca obiective principale identificarea celor mai frecvente afecțiuni și complicații asociate sarcinilor la vârste extreme (vârstă >40 ani și <18 ani) și identificarea celor mai bune practici de îngrijire pe care M și AS-OG să le acorde pacientelor cu sarcini la vârste extreme pentru a preveni apariția complicațiilor și reducerea impactului negativ al acestor afecțiuni asupra mamei și a copilului.

Principalele ipoteze de cercetare care au stat la baza conceperii acestui proiect de cercetare au fost:

- sarcinile la vârste extreme pot genera complicații importante atât asupra mamei cât și asupra fătului

- practicile de îngrijire acordate de M și AS-OG pacientelor însărcinate nu sunt în acord cu cele mai bune dovezi provenite din cercetare
- cunoștințele, atitudinile și practicile M și AS-OG necesită o actualizare în concordanță cu cele mai bune dovezi de bune practici

Prin intermediul cercetărilor efectuate în cadrul acestui studiu se dorește identificarea nivelului actual al cunoștințelor și practicilor M și AS-OG în domeniul îngrijirii pacientei însărcinate pentru a identifica și preveni apariția celor mai frecvente patologii asociate sarcinilor la vârste extreme. În plan secund, studiul își propune să identifice necesitățile educaționale ale M și AS-OG dintr-un spital de profil și să pună bazele unui program educațional și dezvoltării unui protocol de îngrijire a pacientei însărcinate la vârstă extremă. Evaluarea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici ale M și AS-OG care îngrijesc pacientele însărcinate poate genera importante direcții de acțiune pentru leadershipul în nursing în ceea ce privește îmbunătățirea practicilor de îngrijire actuale. În literatura de specialitate există date care arată că deficitul de cunoștințe și lipsa accesului la cele mai bune dovezi de îngrijire reprezintă cauze principale ale unui management ineficient a pacientei însărcinate în ceea ce privește identificarea și prevenirea patologiilor asociate sarcinii, în timp ce la nivelul țării noastre studiile pe această temă sunt limitate [2].

Partea generală a acestei teze este structurată în două capitole în care sunt abordate aspecte care vizează modificările fiziologice în sarcină, particularitățile sarcinii la vârste extreme, prezentarea principalelor patologii asociate sarcinii la vârste extreme și a datelor statistice privind mortalitatea maternă. În cadrul celui de al doilea capitol sunt prezentate principalele aspecte care vizează rolul M și AS-OG în acordarea îngrijirilor de sănătate pacientei însărcinate în contextul legislativ al acestor profesii la nivel național și internațional. În cadrul acestui capitol sunt prezentate principalele competențe ale M în conformitate cu recomandările OMS.

PARTEA SPECIALĂ

PREZENTAREA METODOLOGIEI DE CERCETARE

Scopul acestui proiect de cercetare îl reprezintă creșterea calității actului medical și îmbunătățirea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici al M și AS-OG care au în îngrijire paciente cu sarcini la vârste extreme în diferitele etape de evoluție a sarcinii.

Obiectivul principal al cercetării este constituit de dezvoltarea și implementarea în activitatea M și AS-OG a celor mai bune practici în îngrijirea pacientelor cu sarcini la vârste extreme, prin dezvoltarea unui studiu de cercetare desfășurat în mai multe etape.

Astfel, în cadrul cercetării au fost formulate mai multe ipoteze de lucru care urmează a fi demonstrate prin studiile ce vor fi efectuate în cadrul acestui proiect de cercetare:

- Existența unei legături de cauzalitate între vârsta extremă a sarcinii și patologia identificată;
- Vârsta extremă a sarcinii poate să reprezinte cauza patologiei identificate;
- Controlul factorilor de risc ai patologiei asociate vârstei extreme a sarcinii poate influența sănătatea mamei și dezvoltarea copilului.
- M și AS-OG au un nivel de cunoaștere limitat în privința îngrijirii pacientelor cu sarcini la vârste extreme, deoarece la nivelul țării noastre nu există în prezent un protocol de îngrijire și un program de formare având ca temă îngrijirea pacientei cu sarcini la vârstă extremă;
- Nivelul cunoștințelor și practicilor se îmbunătățește după parcurgerea programului educațional.
- În practica de îngrijire a M și AS-OG care au în îngrijire paciente cu DG nu sunt implementate practicile de îngrijire bazate pe cele mai bune dovezi de bună practică;
- Implementarea unui proiect de bune practici în îngrijirea pacientelor cu DG conduce la creșterea complianței cu cele mai bune practici de îngrijire.

Lotul populației studiate a variat în funcție de etapele cercetării și tipul studiului după cum urmează:

- În cadrul primului studiu în care obiectivul principal a fost de a identifica principalele patologii asociate sarcinii la vârste extreme lotul populației studiate a fost reprezentat de un grup de 186 de paciente internate în „Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu” în perioada 01.01.2019 - 31.01.2019. Lotul principal de paciente a fost împărțit în lotul pacientelor cu vârsta ≤ 19 ani (77) și lotul pacientelor cu vârsta ≥ 39 de ani (109).
- În cadrul celui de al doilea studiu în care s-a validat în prima etapă chestionarul de evaluare al cunoștințelor, atitudinilor și practicilor și în a doua etapă au fost evaluate cunoștințele, atitudinile și practicile asistenților medicali care îngrijesc parturientele într-o secție de obstetrică în trei momente (înainte, imediat după finalizarea instruirii și la 3 luni de la instruire), lotul populației studiate a fost reprezentat de 125 de M și AS-OG care își desfășoară activitatea în secții de Obstetrică în cadrul „Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Panait Sîrbu”.
- În al treilea studiu în analiză eșantionul studiat a fost format din două grupuri. Primul grup a fost reprezentat de 30 de paciente internate în secția de Obstetrică și ginecologie 2 în perioada 15-25 aprilie 2021, iar al doilea grup a fost reprezentat de toate M și AS-OG care

lucrează în această secție și participă în mod direct la îngrijirea acestor paciente (15 moașe, 15 asistenți medicali și 12 infirmiere).

Analiza statistică s-a realizat cu ajutorul softului SPSS v. 24 și a aplicației Microsoft Excel 2007 și a inclus preliminar elemente de tip descriptiv urmărind ca în funcție de modalitatea de distribuție a populației loturilor să se efectueze teste de diferențiere parametrice sau nonparametrice precum și eventuale teste de corelație.

Valorile obținute au fost considerate semnificative statistic dacă $p < 0,05$. A fost luat în considerare nivelul de încredere de 95% cu intervale de confidență aferente calculului specifice. În cadrul ultimului studiu analiza statistică a datelor a fost realizată pe baza criteriilor de audit urmând o raportare procentuală a gradelor de conformitate pe fiecare criteriu de audit utilizându-se aplicația JBI PACES pentru prelucrarea datelor.

Proiectul de cercetare este conceput după structura unui studiu observațional retroprospectiv și prospectiv transversal. În cadrul studiului nu se vor efectua intervenții directe asupra pacientului, motiv pentru care pacientul nu este expus unor riscuri speciale.

Înrolarea pacientei în studiu s-a efectuat doar dacă a existat consimțământ informat semnat la foaia de observație a pacientei. Consimțământul se obține de la pacientă pentru culegerea și folosirea datelor în scop științific cu asigurarea confidențialității conform legislației în vigoare. Colectarea datelor s-a efectuat cu ajutorul fișei de colectare date prezentată în detaliu în anexa 1 la prezentul protocol.

CAPITOLUL 4

STUDIUL ASUPRA PATOLOGIEI MATERNE LA VÂRSTE EXTREME

Obiectivul studiului a fost de a identifica cele mai frecvente patologii care pot fi dezvoltate de femeile cu sarcina la vârste extreme și de a identifica principalele complicații care pot apare atât la mamă, cât și la copil, cu scopul de a dezvolta programe specifice de training pentru M și AS-OG și de a dezvolta protocoale de îngrijire adaptate patologiilor indentificate și ghiduri de educație medicală pentru paciente. În cadrul acestei cercetări s-a pornit analiza de la ipoteza că sarcina la vârste extreme este asociată cu riscuri materne și fetale importante.

În cadrul studiului retrospectiv prospectiv au fost formate două grupuri de referință pentru care s-au colectat informațiilor medicale din foile de observație. Primul grup a fost format din toate pacientele însărcinate care au născut în „Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu” cu vârsta cuprinsă în intervalul 14-19 ani. Al doilea grup a fost constituit din pacientele cu vârsta mai mare sau egală cu 39 de ani. Studiul a inclus în

analiză 77 de paciente adolescente cu vârsta ≤ 19 ani și 109 paciente cu vârsta ≥ 39 de ani internate în perioada 01.01 și 31.12.2019. Studiul a inclus doar pacientele care au fost internate în „Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu” pentru naștere, fiind excluse pacientele care au fost internate pentru alt tip de îngrijire.

A fost utilizată o metodă de cercetare cantitativă care a colectat și analizat mai multe variabile precum sunt: vârsta pacientelor, paritatea, gestația, metoda prin care a fost obținută sarcina, tipul nașterii, patologii asociate perioadei de gestație, tratamente efectuate în timpul sarcinii, prezența altor complicații materne și neonatale, greutatea fetală a nașterii, existența nașterilor premature și scorul APGAR al nou născului. Studiul s-a desfășurat în baza aprobării Comisiei de etică a „Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu”. În studiu au fost incluse 77 de paciente însărcinate cu vârsta cuprinsă între 14-19 ani și 107 paciente însărcinate cu vârsta cuprinsă între 39 și 50 de ani.

Vârsta medie a celor 109 paciente cu vârsta maternă avansată este de 41,2 ani. Paritatea femeilor a variat de la 1 la 6. Sarcinile au fost obținute pe cale naturală (62 de sarcini) și prin metoda de fertilizare in vitro (47 de sarcini).

Clasificarea pacientelor în funcție de paritate și numărul de sarcini anterioare

Dintre pacientele însărcinate cu vârsta cuprinsă în intervalul 39-50 de ani, 70% au avut o sarcină în istoric, 19,17% au avut 2 sarcini în trecut, 8% au avut 3 sarcini istoric, 2% au prezentat 4 sarcini, 2% au prezentat 5 sarcini iar 1% au prezentat 6 sarcini.

În cazul pacientelor adolescente se poate observa ca 69% au prezentat 1 sarcină în istoric, 30% au prezentat 2 sarcini, în timp ce 1% din numărul total al pacientelor au prezentat 3 sarcini în antecedente.

Analiza comparativă a datelor referitoare la categoria de vârstă și perioadele de gestație și naștere

Tabelul nr. 1 Semnificația diferențelor privind perioada de gestație, în funcție de grupa de vârstă

Grupă de vârstă	Frecvențe (%)		Chi-pătrat (p)	df
	1 sarcină	Mai mult de 1 sarcină		
Maxim 19 ani	62,3	37,7	6,67**	1
Minim 39 de ani	43,1	56,9		

** semnificativ pentru $p < 0,01$

Analiza comparativă a datelor colectate privind ponderea gravidelor din categoria de vârstă de 39 ani și peste aflate la mai mult de prima sarcină este semnificativ mai mare decât în rândul celor de maxim 19 ani (Tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 2 Semnificația diferențelor privind paritatea pacientelor, în funcție de grupa de vârstă

Grupă de vârstă	Frecvențe (%)		Chi-pătrat (p)	Df
	1 naștere	Mai mult de 1 naștere		
Maxim 19 ani	70,1	29,9	0,004	1

Analiza datelor privind existența sarcinilor pierdute în cadrul celor două grupuri incluse în studiu.

Prelucrarea datelor indică faptul că ponderile pacientelor însărcinate aflate la prima naștere sunt aproximativ similare în cadrul celor două grupuri (Tabelul nr. 2), lucru explicat de frecvența semnificativ mai mare a sarcinilor pierdute, în rândul categoriei 39 de ani și peste (Tabelul nr. 3).

Tabelul nr. 3 Semnificația diferențelor privind sarcinile pierdute, în funcție de grupa de vârstă

Grupă de vârstă	Frecvențe (%)		Chi-pătrat p	Df
	Nicio sarcină pierdută	Cel puțin 1 sarcină pierdută		
Maxim 19 ani	87,0	23,0	21,29**	1
Minim 39 de ani	55,0	45,0		

** semnificativ pentru $p < 0,01$

Așa cum rezultă din tabelul nr. 4 pentru categoria de vârstă de maxim 19 ani, sarcina/sarcinile au fost obținute integral pe cale naturală, în timp ce, în cazul categoriei 39 de ani și peste, aproape jumătate dintre ele (43,1%) sunt rezultatul procedurilor de fertilizare in vitro (Tabelul nr. 4).

Informațiile cu privire la numărul de fertilizări in vitro sunt relativ incomplete (pentru 45% dintre pacientele de 39 de ani și peste nu există informații – (Tabel nr. 5).

Tabelul nr. 4. Date privind modalitatea de obținerea a sarcinii		
Categoria de vârstă		%
Vârsta ≤ 19 ani	natural	100,0
	natural	56,9
	FIV	43,1
Vârsta ≥ 39 ani		
Total		100,0

Tabelul nr. 5. Date privind numărul de fertilizări FIV			
Categoria de vârstă	n	%	
Vârsta ≤ 19 ani	0	77	100,0
	0	59	54,1
	2	1	0,9
Vârsta ≥ 39 ani	Fără informații	49	45,0
		109	100,0

Analiza datelor privind prezența nașterilor premature și prezența restricțiilor de dezvoltare intrauterină a fătului

Această analiză a inclus toate pacientele cu naștere prematură (înainte de 37 de săptămâni de gestație, dar peste 24 de săptămâni de gestație), cu greutate mică la naștere (sub 2500 de grame) și restricție de creștere intrauterină – RCIU (diagnosticat antenatal).

Atât prematuritatea, cât și restricțiile uterine de dezvoltarea a fătului sunt probleme generate de sarcina la vârste extreme cunoscute și demonstrate în cadrul cercetărilor anterioare.

În ceea ce privește vârsta gestațională, nașterile premature (28 de nașteri premature) au variat de la 27 de săptămâni de sarcină la 36,8 săptămâni de sarcină. În ceea ce privește greutatea la naștere, greutatea la naștere a nașterilor premature a variat de la 650 de grame la 3980 de grame, cu o greutate medie de 2150 de grame. Metoda de naștere include nașterea naturală (6%) și nașterea prin operație cezariană (cezariană) – 94%.

În cazul cercetării noastre ponderea nou-născuților prematuri este, de asemenea, mai mare în cazul sarcinilor intervenite la vârste de minim 39 de ani și peste, la fel ca și cea a restricțiilor intrauterine de creștere a fătului.

Tabelul nr. 6. Date privind prematuritatea

Categoria de vârstă	n	%	
Vârsta ≤ 19 ani	0,0	69	89,6
	1,0	2	2,6
	28,0	1	1,3
	35,0	1	1,3
	36,0	4	5,2
	Total	77	100,0
Vârsta ≥ 39 ani	0,0	81	74,3
	1,0	1	0,9
	27,0	1	0,9
	31,0	1	0,9
	32,0	1	0,9
	32,5	1	0,9
	33,0	3	2,8
	34,0	1	0,9
	34,3	1	0,9
	35,0	2	1,8
	36,0	2	1,8
	36,1	1	0,9
	36,2	1	0,9
	36,4	1	0,9
	36,5	3	2,8
	37,0	7	6,4
37,2	1	0,9	
Total	109	100,0	

Restricțiile de dezvoltare fetală intrauterină reprezintă o o afecțiune care poate fi întâlnită în cursul unei sarcini, provocată de multiple cauze și care poate reprezenta o cauză importantă pentru morbiditatea și mortalitatea fetală și neonatală. Se poate observa că 18,3 din pacientele din grupa peste 39 de ani și 9,1 % din pacientele cu vârsta maximă de 18 ani au prezentat restricții intrauterine de creștere, după cum rezultă din Tabelul nr. 7.

Tabelul nr. 7. Date privind restricțiile intrauterine de creștere (IUGR)

Categoria de vârstă			n	%
Vârsta ≤ 19 ani	IUGR	Nu	70	90,9
		Da	7	9,1
		Total	77	100,0
Vârsta ≥ 39 ani	IUGR	Nu	89	81,7
		Da	20	18,3
		Total	109	100,0

Prezența restricțiilor intrauterine de creștere predispozează nou-născutul la mai multe probleme acute care includ afecțiuni, precum sunt asfixia perinatală, hipotermie, hipoglicemie, și policitemie. Pe termen lung, acești nou-născuți pot prezenta complicații manifestate sub forma de întârzieri de creștere sau handicapuri majore în neurodezvoltare [3]. După cum se poate remarca, scorurile APGAR obținute la naștere variază între 7 și 10 (pentru categoria de pacienți cu vârstă maximă de 19 ani) și între 3 și 10 (pentru categoria de pacienți cu vârstă de 39 de ani și peste) (Tabelul nr. 8).

Analiza datelor privind scorul APGAR obținut de către nou-născuții proveniți din mamele cu vârstă maximă de 19 ani arată că 3,9 % din nou-născuți au obținut scor APGAR 7, 19,5% au obținut un scor APGAR 8 și 76,6% din nou născuți au primit un scor APGAR de 9 și 10. Situația este ușor diferită în cazul pacientelor cu vârstă de peste 39 de ani, unde se poate remarca că doar 12,8% din nou-născuți au obținut un scor APGAR 10, în timp ce 0,9% au obținut un scor APGAR 3, 1,8% au obținut scor APGAR 6, 5,5% au obținut scor APGAR 7, 15,6% au obținut scor APGAR 8, iar 58,7% au obținut un scor APGAR 9, după cum se poate observa în Tabelul nr. 8.

Tabelul nr. 8. Distribuția procentuală a scorurile APGAR obținute de nou-născuții mamelor, în funcție de categoria de vârstă

Categoria de vârstă			n	%
Vârsta ≤ 19 ani	Scor APGAR	7	3	3,9
		8	15	19,5
		9	43	55,8
		10	16	20,8
		Total	77	100,0
Vârsta ≥ 39 ani	Scor APGAR	3	1	0,9
		6	2	1,8
		7	6	5,5
		8	17	15,6
		9	64	58,7
		10	14	12,8
		Nu există date	5	4,6
Total	109	100,0		

Analiza comparativă, pe categorii de vârstă, a datelor referitoare la patologiile asociate sarcinilor la vârste extreme

Analiza comparativă, pe categorii de vârstă, a datelor referitoare la patologii asociate relevă faptul că prevalența DG este semnificativ mai ridicată în rândul gravidelor din grupa a doua de vârstă (39 de ani și peste), după cum reiese din Tabelul nr. 9.

Implementarea unor protocoale de îngrijire adaptate acestei probleme de sănătate pot ajuta pacienta să prevină dezvoltarea acestei maladii în cursul unei sarcini prin implementarea unui stil de viață sănătos în care efortul fizic, regimul alimentar și programul de odihnă sunt principalele aspecte care trebuie să fie luate în considerare.

Tabelul nr. 9. Semnificația diferențelor privind incidența diabetului gestațional, în funcție de grupa de vârstă

Grupă de vârstă	Frecvențe (%)		Chi-pătrat (p)
	Fără DG	Cu DG	
Maxim 19 ani	94,8	5,2	9,20**
Minim 39 de ani	78,9	21,1	

** semnificativ pentru $p < 0,01$

În lotul pacientelor incluse în studiu au fost înregistrate și alte complicații asociate evoluției sarcinii precum: anemia, infecțiile de tract urinar cu diferiți germeni (Klebsiella, Streptococ, Candida Albicans, E. Coli, Ureea Plasma, MRS, Trichomonas vaginalis), varice, boală hemoroidală, placenta praevia, trombocitopenie, hipotiroidism, polihidramnios, citoliză hepatică, prezentație pelvină, fibrom uterin, VDRL pozitiv, Sindrom HELLP, coleastă, talasemie minoră, făt macrosom, endometrioza, inerție uterine secundară, după cum este prezentat în Tabelul nr. 10.

Tabelul nr. 10. Frecvența altor complicații asociate sarcinii la vârste extreme

Complicații	Categoria de vârstă		n	%
Preeclampsie	Vârsta ≤ 19 ani	Nu	76	98,7
		Da	1	1,3
		Total	77	100,0
	Vârsta ≥ 39 ani	Nu	103	94,5
		Da	6	5,5
		Total	109	100,0
Trombofilie	Vârsta ≤ 19 ani	Nu	77	100,0
		Da	0	0,0
	Vârsta ≥ 39 ani	Nu	105	96,3
		Da	4	3,7
		Total	109	100,0
	Complicații	Categoria de vârstă		n
Metroragii DPPNI		Vârsta ≤ 19 ani	Nu	73
	Da		4	5,2
	Total		77	100,0
	Vârsta ≥ 39 ani	Nu	104	95,4
		Da	5	4,6
		Total	109	100,0
Uter cicatricial	Vârsta ≤ 19 ani	Nu	63	81,8
		Da	14	18,2
		Total	77	100,0
	Vârsta ≥ 39 ani	Nu	99	90,8
		Da	10	9,2
		Total	109	100,0

Se poate observa că pentru frecvența celorlalte afecțiuni, diferențele nu sunt semnificative, uterul cicatricial prezintă o frecvență mai mare la gravidele din grupa de vârstă de maxim 19 ani.

Tabelul nr. 11. Semnificația diferențelor privind prezența altor complicații, în funcție de grupa de vârstă a celor două grupuri de paciente

Grupă de vârstă	Frecvențe (%)		Chi-pătrat (p)	df
	Fără alte complicații	Cu alte complicații		
Maxim 18 ani	64,9	35,1	17,40**	1
Minim 39 de ani	33,9	66,1		

** semnificativ pentru $p < 0,01$

De asemenea, situațiile în care nu există nicio altă complicație asociată sarcinii sunt mult mai frecvente în rândul gravidelor de maxim 18 ani (64,9%), comparativ cu cele de minim 39 de ani (33,9%) (Tabelul nr. 11).

Analiza datelor indică prezența complicațiilor fetale care sunt semnificativ mai frecvente în rândul noilor născuți cu mame cu vârste ≥ 39 de ani comparativ cu cele survenite în rândul mamelor cu vârsta ≤ 19 ani.

Tabelul nr. 12. Semnificația diferențelor privind complicațiile fetale identificate, în funcție de grupa de vârstă

Grupă de vârstă	Frecvențe (%)		Chi-pătrat (p)	df
	Fără complicații fetale	Cu complicații fetale		
Maxim 19 ani	87,0	13,0	85,45	1
Minim 39 de ani	18,3	81,7	**	

** semnificativ pentru $p < 0,01$

Cele mai frecvente complicații fetale raportate în cadrul acestui studiu au fost reprezentate de eritem toxic, icter neonatal, hidrocel congenital, eritem alergic, picior strâmb calcaneovalgus, ozoimunizare a fătului, hemnagiom, șold instabil, făt macrosom, diformități congenitale ale membrilor inferioare, talus valgus congenital, tulburări metabolice tranzitorii, asfixie fetală.

Concluzii parțiale

În cadrul acestui studiu de cohortă analiza comparativă a celor două grupuri a evaluat rezultatele materne și complicațiile asociate pacientelor care au constituit cele două loturi studiate. Concluziile acestei cercetări relevă faptul că pacientele din categoria de vârstă ≥ 39 de ani prezintă o frecvență mai ridicată de sarcini pierdute și de restricții intrauterine de dezvoltare a fătului, acest ultim aspect asociindu-se, cel mai probabil, și cu frecvența mai mare a nașterilor înainte de termen, la această categorie de vârstă. După cum reiese din

rezultatele acestei cercetări în grupul pacientelor din grupa de vârstă ≥ 39 de ani se înregistrează o pondere semnificativ mai mare de afecțiuni medicale asociate sarcinii, precum și de nou-născuți care la naștere prezintă diverse patologii precum sunt macrosomia, asfixia fetală și prematuritatea

Astfel putem concluziona că ipoteza studiului nostru este confirmată în cadrul acestei cercetări. Deși sarcina la vârste extreme poate fi asociată cu riscuri materne și fetale importante, totuși vârsta înaintată nu poate fi considerată un factor de risc în timpul sarcinii, nașterii și în perioada postpartum. Trebuie avut în vedere că rezultatele negative ale unei sarcinii avute la vârstă înaintată nu sunt datorate în totalitate vârstei, ci trebuie luați în considerare factorii suplimentari cum sunt afecțiunile cronice ale mamei, stilul de viață al mamei, paritatea și mediul social, factori care pot influența în mod negativ evoluția corespunzătoare a unei sarcini[4]. Considerăm că este necesar să existe o abordare distinctă de îngrijire a sănătății pentru mamele în vârstă, pentru a identifica și preveni evenimentele nedorite care pot pune în pericol sarcina. Numeroase studii au ajuns la concluzia că o sarcină care apare la o vârstă înaintată poate predispune o femeie la mai multe complicații precum preeclampsie, placenta previa, DG, naștere prematură sau chiar decesul neonatal, [5][6-7].

Rezultatele acestui studiu au fost publicate în revista Ginecologia.ro [8-9].

CAPITOLUL 5

STUDIUL PRIVIND EVALUAREA CUNOȘTINȚELOR, ATITUDINILOR ȘI PRACTICILOR MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PRIVIND DIABETUL GESTAȚIONAL ȘI HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ INDUSĂ DE SARCINĂ

Prin intermediul cercetărilor efectuate în cadrul acestui studiu s-a stabilit ca obiectiv principal identificarea nivelului actual al cunoștințelor, atitudinilor și practicilor M și AS-OG și în domeniul îngrijirii pacientei însărcinate, cu scopul de a identifica și preveni apariția celor mai frecvente patologii asociate sarcinilor la vârste extreme, hipertensiunea și DG. În plan secund, studiul își propune să dezvolte și să valideze un chestionar original pentru evaluarea nivelului de CAP și să evalueze impactul unui program educațional asupra nivelului de cunoștințe, atitudini și practici ale M și AS-OG care lucrează în cadrul „Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu” cu scopul de a pune bazele dezvoltării unui protocol de îngrijire a pacientei însărcinată la vârstă extremă.

Studiul este conceput respectând structura unui studiu longitudinal axându-se pe două componente principale: dezvoltarea unui program educațional adresat M și AS-OG

adaptat nevoile educaționale identificate și evaluarea impactului programului educațional asupra nivelului de cunoștințe, atitudini și practici ale M și AS-OG care au în directă îngrijire paciente însărcinate cu HTA și DG.

În prima fază a acestui studiu un chestionar original a fost dezvoltat și validat pe un lot de 125 de M și AS-OG care îngrijesc în mod obișnuit paciente cu DG și HTA. Instrumentul a demonstrat o bună consistență internă (Cronbach alfa): cunoștințe (0,729, 95% CI, 0,654–0,776), atitudine (0,756, 95% CI, 0,690–0,814) și practici (0,925, 95% CI, 0,905–0). Indicii de dificultate (d) au variat de la 0,38 la 0,99 pentru scala cunoștințelor, 0,41 la 0,99 pentru scala atitudinilor și 0,41 la 0,93 pentru scala practicilor. Indicii de discriminare (D) au proprietatea de a confirma itemii care ar putea diferenția respondenții cu niveluri scăzute și ridicate de cunoștințe (Acesti indici au înregistrat valori situate în intervalul D: 0,02–0,77 pentru cunoștințe, 0,06–0,64 pentru atitudini, 0,20–0,84 pentru practici). Proprietățile psihometrice ale acestui instrument susțin utilizarea sa în cercetările viitoare privind CAP legate de DG și gestionarea HIS la M și AS-OG. Acest instrument are potențialul de a fi valoros în diferite situații, inclusiv evaluarea de bază înainte de programele educaționale sau evaluarea rezultatelor învățării după intervenții.

Cercetarea asupra nivelului de cunoștințe, atitudini și practici ale M și AS-OG a inclus 5 etape principale: (1) evaluarea practicilor, atitudinilor și cunoștințelor M și AS-OG cu privire la îngrijirea pacientelor însărcinate cu DG și HTA (15.04.2020), (2) dezvoltarea unui program educațional pe baza necesităților educaționale identificate în urma evaluării inițiale (M1) (01.05-01.06.2020), (3) derularea programului educațional pe un grup de 125 de M și AS-OG (01.07.2020-5.07.2020), (4) evaluarea practicilor, atitudinilor și cunoștințelor, M și AS-OG imediat după finalizarea programului de formare (M2) (05.07.2020) și (5) reevaluarea practicilor, atitudinilor și cunoștințelor la 3 luni de la finalizarea programului de formare (M3) (01.10.2020).

Programul educațional a fost redactat pe baza nevoilor educaționale identificate în rândul M și AM incluși în studiu la momentul 1 al evaluării. Acesta a cuprins informații referitoare despre hipertensiunea arterială indusă de sarcină, tratamentul HTA, teste de predicție a creșterii patologice a HTA în ultima perioadă de gestație, rolul M și AS-OG în urmărirea și supravegherea HTA induse de sarcină, sindromul HELLP, DG și sarcina – cauze și efecte asupra sarcinii, nașterii și lăuziei, rolul M și AS-OG în îngrijirea pacientelor cu DG în perioada sarcinii, nașterii și lăuziei. Pentru a reduce fenomenul de bias, cercetătorii au păstrat același eșantion de studiu în toate cele 3 momente ale studiului (M1, M2, M3) reprezentate de 125 M și AS-OG.

Chestionarul a fost aplicat pe un număr de 125 de M și AS-OG, din cadrul Spitalului Panait Sârbu care își desfășoară activitatea în secții de obstetrică ginecologie. Caracteristicile sociodemografice ale respondenților indică o vârstă medie a M și AS-OG participanți la studiu a fost de 44,7 ani, cu o abatere standard de 8,3. Pentru experiența profesională a fost înregistrată o medie de 18,2 ani, cu o abatere standard de 10,3.

Evaluarea practicilor de îngrijire acordate de M și AS-OG la cei 23 de itemi au detaliat diverse practici de îngrijire, evidențiindu-se o variabilitate relativ crescută în prima etapă a cercetării. Respondenții au raportat că citeau destul de rar sau deloc articole/jurnale/cărți în cele două domenii vizate de cercetare înainte de momentul formării. De asemenea, înainte de participarea la programul educațional respondenții au înregistrat scoruri medii pentru scala practicilor, atitudinilor și cunoștințelor. Acest lucru sugerează faptul că, deși respondenții au raportat în procent de 60,8 % că au mai participat la sesiuni de instruire pe teme legate de prevenirea și managementul HTA și DG, nivelul cunoștințelor, atitudinilor și practicilor se situează înainte de momentul formării la un nivel mediu, cu răspunsuri corecte acordate în procente care variază între 52,8% - 92,8%.

Evaluarea gradului de interes pentru lectura materialelor pe tema managementului DG și HTA a indicat că puțin peste 50% dintre respondenți au afirmat, înainte de sesiunea de formare, că citeau destul de rar sau deloc articole/jurnale/cărți în cele două domenii vizate de cercetare. Această situație este relativ diferită după parcurgerea formării, având în vedere faptul că, imediat după formare și la 3 luni de la încheierea acesteia, doar aproximativ 10% și, respectiv, 19% mai afirmă că accesează rar surse de informare referitoare la HTA indusă de sarcină, în timp ce, pentru aceleași 2 momente ale aplicării post-formare a chestionarului, în cazul DG, procentele celor care declară că citesc rar sau foarte rar se situează în jurul valorii de 13%.

Având în vedere rezultatele obținute prin prelucrarea datelor înregistrate pe acești 2 itemi, putem considera, prin urmare, că parcurgerea modulului de formare a condus la o creștere importantă a interesului pentru acest gen de accesare a cunoștințelor de specialitate, interes care nu s-a diminuat nici după 3 luni de la încheierea acestuia .

Evaluarea comparativă a practicilor actuale privind îngrijirile acordate de M și AS-OG pacienților în conformitate cu protocoalele actuale de îngrijire indică faptul că în toate cele 3 momente ale aplicării chestionarului, majoritatea respondenților au declarat că atât protocoalele referitoare la prevenirea și managementul HTA, cât și cele dedicate DG le sunt cunoscute și că ele sunt aplicate în mod constant de către M și AS-OG, formarea neavând un impact semnificativ în privința acestor opinii. Răspunsurile înregistrate la cei 23 de itemi

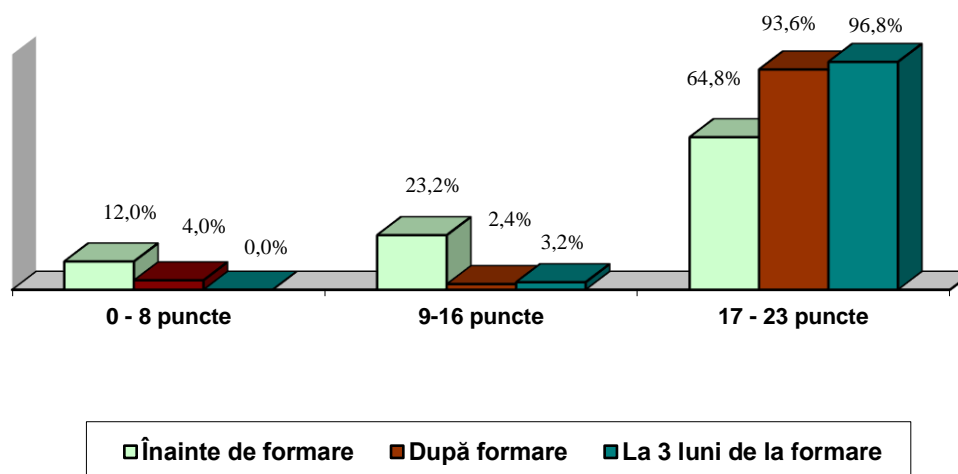
au detaliat diverse practici de îngrijire, în cele 3 etape ale cercetării și au demonstrat, impactul semnificativ al parcurgerii modulului de formare.

În momentul 2 al studiului se poate remarca impactul semnificativ al parcurgerii modulului de formare: ponderile răspunsurilor care relevă utilizarea permanentă a unor practici corecte cresc semnificativ imediat după formare, pentru toți itemii și se mențin semnificativ mai mari comparativ cu momentul de înainte de formare și la 3 luni de la încheierea acesteia, cu o singură excepție, în care itemul „*la măsurarea tensiunii arteriale folosesc dispozitive calibrate și bine întreținute*”, pentru care ponderea răspunsurilor „întotdeauna” cunoaște o creștere semnificativă imediat după formare, dar diferența preformare - 3 luni de la formare își pierde semnificația.

Scorul pentru scala practicilor a fost calculat prin însumarea răspunsurilor corecte la cele 23 întrebări referitoare la practici, astfel încât valorile acestui scor pot varia teoretic între 0 și 23; pentru reprezentarea grafică, scorurile au fost împărțite în 3 intervale: 0-8 puncte (scoruri scăzute), 9-16 puncte (scoruri medii) și 17-23 puncte (scoruri ridicate).

După cum se poate observa în figura nr. 17 ponderea respondenților care au obținut scoruri ridicate (între 17 și 23 de puncte) la scala referitoare la practici crește de la aproximativ 65% în preformare, la peste 93% imediat după și, respectiv, peste 96%, la 3 luni de la formare, iar diferențele dintre mediile scorurilor la această scală, pentru cele 3 momente este semnificativă.

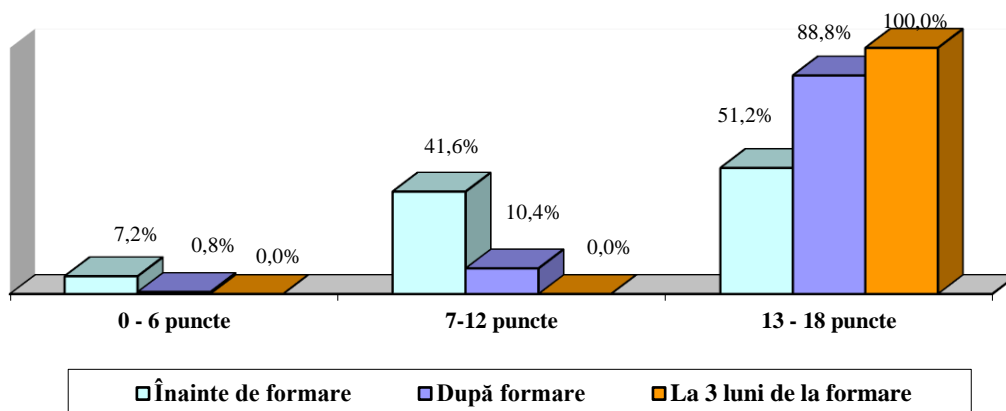
Figura nr. 17 Scorurile scalei de practici



În ceea ce privește evaluarea nivelului de atitudini al M și AS-OG în cele 3 momente ale programului de formare observăm că ponderea punctajelor ridicate la scala de atitudini, crește de asemenea, în urma formării, de la aproximativ 51%, la aproape 89%, imediat după

formare, pentru ca, la 3 luni de la formare, toți respondenții să obțină scoruri plasate în intervalul 13 -18 puncte (figura nr. 18).

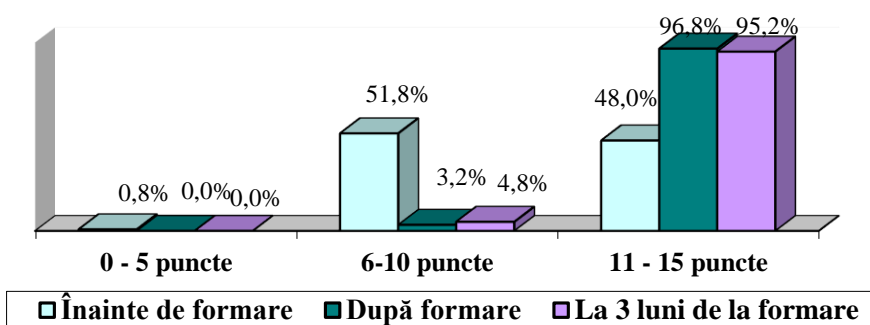
Figura nr. 18 Scorurile scalei de atitudini



Scorul pentru scala de atitudini a fost calculat prin însumarea răspunsurilor corecte la cele 18 întrebări referitoare la atitudini, astfel încât valorile acestui scor pot varia teoretic între 0 și 18; pentru reprezentare grafică, scorurile au fost împărțite în 3 intervale: 0-6 puncte (scoruri scăzute), 7-12 puncte (scoruri medii) și 13-18 puncte (scoruri ridicate). Scorurile medii cunosc, de asemenea, o creștere care, în urma analizei de varianță (ANOVA), s-a dovedit a fi semnificativă.

Evaluarea comparativă a nivelului de cunoștințe cu privire la HTA indusă de sarcină și DG în cele trei momente ale evaluării ne indică existența unor procente de răspunsuri corecte care înregistrează o creștere semnificativă după finalizarea modulului de formare și se mențin la un nivel semnificativ crescut și la 3 luni de la încheierea acestuia, comparativ cu etapa pre-formare, după cum este prezentat în figura nr.19.

Figura nr. 19. Scorurile scalei de cunoștințe



Și în acest caz scorul pentru scala de cunoștințe a fost calculat prin însumarea răspunsurilor corecte la cele 15 întrebări de cunoștințe, astfel încât valorile acestui scor pot varia teoretic între 0 și 15; pentru reprezentarea grafică, scorurile au fost împărțite în 3 intervale: 0-5 puncte (scoruri scăzute), 6-10 puncte (scoruri medii) și 11-15 puncte (scoruri

ridicate). După cum se poate remarca în figura nr. 18 ponderea scorurilor ridicate (11-15 puncte) la scala de cunoștințe înregistrează, sub impactul formării, o creștere importantă: de la 48%, înainte de formare, la peste 95% în cele 2 etape ulterioare formării, creștere validată și de faptul că diferențele dintre scorul mediu din pre-formare și scorurile medii din celelalte 2 momente post-formare sunt semnificative.

Este înregistrată o excepție în cazul itemului 18 referitor la definiția DG, pentru care creșterea înregistrată nu este semnificativă. Acest fapt este explicabil, având în vedere că în etapa de preformare respondenții au răspuns corect la acest item. În ceea ce privește itemul referitor la definiția proteinuriei, pentru care diferența dintre pre-formare și etapa 3 luni de la formare nu este semnificativă, dar, și în acest caz, ponderea răspunsurilor corecte în toate cele 3 momente este foarte ridicată, peste 90%). În plus, trebuie menționat și faptul că, în cazul a 2 itemi (16 și 25, referitori la intervalul de măsurare a TA pentru diagnosticarea preeclamsiei și, respectiv, la un element care nu este factor de risc pentru DZ gestațional) procentele de răspunsuri corecte înregistrează o scădere semnificativă la 3 luni de la formare, comparativ cu momentul imediat ulterior formării, dar se mențin semnificativ mai mari, totuși, față de etapa pre-formare.

Trebuie remarcat faptul că, după formare, scorurile tuturor celor 3 scale sunt corelate pozitiv semnificativ între ele, în timp ce, în pre-formare, între scorurile scalei de atitudini și cele ale scalei de practici, nu există o corelație semnificativă.

De asemenea, participanții la studiu au avut ocazia de a raporta principalele impedimente cel mai des întâlnite în oferirea unor îngrijiri corespunzătoare pacienților cu HTA indusă de sarcină sau cu DG. Acestea au fost considerate, în toate cele 3 momente, volumul mare de muncă, dublat de lipsa de personal.

Merită, totuși, menționat faptul că lipsa protocoalelor actualizate cu cele mai bune practici de îngrijire este considerată de M și AM-OG o piedică în calea acestor îngrijiri într-o măsură mai mare după urmarea modului de formare și la 3 luni de la acesta, decât în etapa de preformare, în timp ce, în etapa de preformare, lipsa cursurilor dedicate acestei tematici este invocată ca piedică într-o măsură semnificativ mai mare decât în post-formare.

Concluzii parțiale - Dezvoltarea unui instrument de evaluare valid și de încredere este primul pas în identificarea nevoilor educaționale ale profesioniștilor din domeniul sănătății și proiectarea planurilor individualizate de educație medicală pe baza nevoilor prioritare de formare identificate. Chestionarul nostru a demonstrat indici de dificultate (d) care au variat de la 0,38 la 0,99 pentru itemii care au compus scala cunoștințelor, 0,41 la 0,99 pentru itemii care au compus scala atitudinilor și de la 0,41 la 0,93 pentru itemii care

au compus scala practicilor. Indicii de discriminare (D) indică faptul că itemii confirmați pot face diferențierea între respondenții cu niveluri scăzute și ridicate de cunoștințe. În cazul chestionarului analizat indicii de discriminare au înregistrat valori în intervalele: D: 0,02–0,77 pentru cunoștințe, 0,06–0,64 pentru atitudini, 0,20–0,84 pentru practici. Analiza răspunsurilor pe cele trei scale a relevat o bună discriminare între participanții cu niveluri diferite de cunoștințe. În cadrul scalei de cunoștințe, dificultățile itemilor au fost bine distribuite: trei itemi au fost foarte dificili, trei au avut dificultate mică și nouă au avut dificultate medie. Analiza statistică ne-a furnizat valori acceptabile ale indicelui Cronbach de 0,729 (95% CI, 0,654–0,776) pentru scala de cunoștințe, depășind pragul recomandat. În mod similar, scala de atitudine a demonstrat un indice Cronbach alfa bun de 0,756 (95% CI, 0,690–0,814). Scala practicilor a înregistrat un Cronbach alfa ridicat de 0,925 (IC 95%, 0,905–0,943). Rezultatele analizei consistenței interne pentru fiecare scală subliniază fiabilitatea chestionarului, după cum evidențiază corelațiile pozitive dintre scorurile itemilor și scorurile generale ale scalei.

Analiza comparativă și corelativă pentru cele 3 scale (practici, atitudini, cunoștințe) demonstrează că impactul formării asupra practicilor, atitudinilor și cunoștințelor M și AS-OG este susținut, de asemenea, de analiza comparativă a scorurilor totale, pentru fiecare dintre cele 3 seturi de itemi. Având în vedere rezultatele pozitive înregistrate pe toate cele trei scale de evaluare (practici, atitudini și cunoștințe) în momentul post formare imediată și la 3 luni de la finalizarea formării, cercetarea a identificat gradul de corelație între vârstă și experiența profesională. În ceea ce privește relația dintre scorurile obținute de către respondenți la cele 3 scale și vârsta, respectiv experiența lor profesională, trebuie menționat faptul că, înainte de formare, singura corelație pozitivă semnificativă se înregistra între scorurile înregistrate pe scala practicilor, care crește semnificativ odată cu vârsta și cu experiența profesională. Imediat după formare și la 3 luni după încheierea acesteia, atât scorurile scalei practicilor, cât și scorurile scalei atitudinilor corelează pozitiv cu experiența profesională, acestea fiind mai mari cu cât experiența profesională este mai mare, în timp ce scorul cunoștințelor nu înregistrează nicio corelație semnificativă nici cu vârsta, nici cu experiența. Acest aspect demonstrează și susține încă odată impactul pozitiv semnificativ al programului de formare asupra nivelului de cunoștințe, indiferent de vârsta și de experiența profesională a participanților la cercetare.

Din analiza rezultatelor obținute în cadrul studiului nostru reiese că M și AS-OG și-au îmbunătățit semnificativ nivelul cunoștințelor, atitudinilor și practicilor în ceea ce privește îngrijirea pacientei cu HTA și DG după finalizarea programului de formare, iar această

îmbunătățire se menține la un nivel ridicat și la 3 luni după finalizarea programului de formare. Cu toate acestea, studiul prezintă câteva limitări impuse de numărul relativ redus de M și AS-OG incluși în studiu și de faptul că acesta s-a derulat doar la nivelul unui singur spital de profil, dar rezultatele atrag atenția asupra necesității dezvoltării unor programe educaționale pe tema îngrijirilor de sănătate acordate de M și AS-OG centrate pe nevoile de îngrijire ale pacientelor însărcinate cu risc de dezvoltare a DG și HTA.

De asemenea existența unui protocol de îngrijire adresat M și AS-OG privind îngrijirea pacientelor însărcinate care pot prezenta risc de a dezvolta aceste patologii poate fi o reală soluție de îmbunătățirea activității de îngrijire la nivelul tuturor secțiilor de obstetrică ginecologie din toate spitalele din România, dar și în practica independentă a acestei categorii profesionale. Rezultatele acestui studiu au fost publicate în revista Journal Medicine and Life [10-11].

CAPITOLUL 6

STUDIUL PRIVIND REZULTATELE IMPLEMENTĂRII ÎNGRIJIRILOR SPECIFICE DE SĂNĂTATE FURNIZATE MOAȘE ȘI ASISTENȚII MEDICALI FEMEILOR CU DG INTERNATE ÎNTR-O SECȚIE DE OBSTETRICĂ

Obiectivul principal al acestui studiu este de a îmbunătăți calitatea îngrijirilor de sănătate acordate pacientelor însărcinate prin creșterea complianței moașelor și asistenților medicali la recomandările cu privire la cele mai bune practici de îngrijire antenatală și intrapartum a femeilor cu DG internate într-o secție de obstetrică-ginecologie. Scopul acestui proiect este de a implementa în practica clinică a asistenților medicali recomandările practicilor bazate pe dovezi în ceea ce privește îngrijirea femeilor cu DG pentru asigurarea siguranței pacientelor și îmbunătățirea calității îngrijirilor de sănătate.

Obiective specifice ale proiectului:

- Determinarea conformității actuale cu recomandările celor mai bune practici în ceea ce privește practica M și AS-OG de îngrijire a femeilor cu DG în perioada antenatală și intrapartum;
- Identificarea barierelor și facilitatorilor pentru îmbunătățirea conformității și dezvoltarea de strategii pentru a aborda domeniile de neconformitate;
- Îmbunătățirea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor M și AS-OG din secția de Obstetrică cu privire la îngrijirea femeilor cu DG;
- Implementarea celor mai bune practici de îngrijire și elaborarea planului de îngrijire la pacientele cu DG pentru a crește gradul de conformitate cu criteriile bazate pe dovezi;

- Evaluarea modificărilor ca rezultat al implementării strategiilor pentru a aborda barierele identificate și pentru a spori facilitatorii identificați în îngrijirea femeilor cu DG.

Proiectul de implementare a dovezilor a utilizat cadrul de implementare a dovezilor JBI. Abordarea de implementare a JBI se bazează pe procesul de audit și feedback, împreună cu o abordare structurată a identificării și gestionării barierelor în calea respectării practicilor clinice recomandate. În derularea proiectului au fost proiectate șapte etape principale: (1) identificarea zonei de practică pentru schimbare, (2) angajarea părților interesate (agenți de schimbare), (3) evaluarea contextului și disponibilitatea de a schimba (analiza situațională), (4) revizuirea practicii (audit de bază) utilizând criteriile de audit bazate pe dovezi, (5) implementarea modificărilor în practica de îngrijire a femeilor cu DG, (6) reevaluarea practicii utilizând un audit de urmărire și (7) luarea în considerare a durabilității schimbărilor de practică (sustenabilitate). Acest proiect de implementare a dovezilor a folosit instrumentul de audit și feedback al Institutului Joanna Briggs de aplicare practică a auditului clinic (JBI PACES) și de a identifica principalele resurse pentru implementarea în practică a rezultatelor din cercetare (GRiP) [12].

Proiectul de implementare a celor mai bune practici a debutat cu formarea echipei de proiect în luna aprilie 2021. Proiectul de implementare a fost realizat într-un departament de obstetrică cu 54 de paturi spitalizare continuă unde sunt tratate aproximativ 260 de paciente pe lună. În această secție lucrează 5 medici, 15 moașe, 15 asistenți medicali și 12 infirmiere.

Au fost incluse în analiză un număr de 30 de paciente însărcinate internate în secția de obstetrică ginecologie a „Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu” în perioada 15-30.04.2021. Datele referitoare la criteriile de audit au fost colectate prin intermediul chestionarului de audit prin verificarea înregistrărilor din documentele medicale, interviul pacientelor și interviul M și AS-OG.

Auditul de bază a fost desfășurat în perioada 15.04.2021-31.04.2021. Datele colectate au fost introduse și prelucrate cu ajutorul aplicației JBI PACES.

Lotul populației studiate a fost constituit de eșantionul pacientelor și eșantionul personalului medical. Lotul pacientelor a fost constituit din 30 de paciente cu DG internate în secție de OG în perioada auditului de bază care au fost urmărite în perioada antenatală, în perioada intrapartum și postpartum. Al doilea eșantion de studiu inclus în analiză a fost reprezentat de 15 moașe și 15 asistenți medicali care acordă îngrijiri medicale pacientelor însărcinate cu DG în perioada antenatală și postnatală.

Rezultate și discuții

În raport cu criteriile 1-10, la toate pacientele însărcinate cu DG internate în secția de

Obstetrică au fost evaluate în perioada antenatală toate dovezile consemnate de M și AS-OG în planul de îngrijire.

Criteriile 11-13 au fost utilizate pentru a evalua dovezile de îngrijire din perioada intrapartum a pacientelor însărcinate cu DG, în timp ce criteriul 14 a fost utilizat pentru pacientele aflate în perioada postpartum. Toate criteriile din chestionarul de audit al practicilor de îngrijire au cuprins verificarea înregistrărilor M și AS-OG, în plus, criteriile 2,4,5,6, 10 au inclus și interviul pacientelor. Procesul de implementare a celor mai bune practici a fost finalizat la data de 01.10.2021.

Pentru criteriul 1, care evaluează dacă femeile însărcinate sunt supuse unui screening pentru depistarea DG la internarea în secție, complianța la recomandările de bune practici a fost de 100%. În ceea ce privește criteriul 2, femeia cu DG primește educație cu privire la DG și sfaturi suplimentare cu privire la educația în sarcină (inclusiv terapia nutrițională, activitatea fizică și monitorizarea glicemiei se poate observa că gradul de complianță a fost de 83% în lotul de 30 de femei incluse în analiză. Doar în 73% din cazuri o echipă multidisciplinară este implicată în îngrijirea prenatală a femeii cu DG, în timp ce doar 83% din lotul femeilor cu DG incluse în analiză primesc un plan individualizat de îngrijire prenatală. Se poate remaca că doar în 87% din cazuri femeia cu DG beneficiază de instruire privind auto-monitorizarea nivelului de glucoză din sânge. Un procent maxim de complianță se poate observa în cazul practicii de auto-monitorizare zilnică a nivelului glicemiei postprandiale, în timp ce doar în 90 % din cazurile analizate nivelul glicemic al femeilor însărcinate este menținut într-un interval normal. Consultul de specialitate pentru stabilirea unei diete adecvate din partea unui dietetician se efectuează în 70% din cazurile analizate. Se poate observa că femeile cu DG internate în secția de obstetrică nu au beneficiat de un consult de specialitate înainte de a începe un program de exerciții fizice, iar în lotul pacientelor incluse în analiză doar 63% din paciente fac exerciții fizice moderate de cel puțin 2 ori pe săptămână.

Evaluarea gradului de conformitate a practicilor de îngrijire a pacientelor aflate în perioada travaliului și în perioada postpartum arată că monitorizarea glucozei capilare este efectuată din oră în oră în timpul travaliului și nașterii la femeile cu DG în 73% din cazurile incluse în analiză. O complianță de 67% este atinsă în cazul criteriului care analizează dacă glucoza plasmatică capilară se menține între 4 și 7 mmol / litru în timpul travaliului și nașterii la femeile cu DG. Un bun procent al complianței este observat în cazul criteriului care vizează utilizarea perfuziei intravenoase cu dextroză și insulină în timpul travaliului și nașterii atunci când glucoza plasmatică nu este menținută 4 și 7 mmol / litru. De asemenea

se poate remarca și faptul că a fost un bun procent al compliancei în cazul criteriului care se referă la ritmicitatea testării nivelului glicemiei la femeile cu DG după naștere și înainte de externare (97%).

La finalizarea auditului initial, după ce rezultatele au fost înregistrate în aplicația PACES, echipa proiectului și conducerea clinicii în care a fost efectuat auditul s-au întâlnit pentru a planifica etapele procesului GRIP. Au fost analizate rezultatele primului audit și au fost identificate motivele pentru care practica clinică nu a atins standardele de bune practici.

Una din principalele bariere pentru care practica nu a atins standardul a fost lipsa cunoștințelor M și AS-OG cu privire la îngrijirea femeii cu DG în perioada antenatală și intrapartum. În perioada 5-9 iulie 2021 a fost efectuată intervenția educațională care a cuprins informații actualizate despre principalele intervenții de îngrijire ale M și AS-OG asupra femeii cu DG în perioada antenatală și intrapartum.

O alta barieră care a fost identificată de echipa de implementare a fost lipsa recomandărilor bazate pe dovezi și a protocoalelor de îngrijire a femeii cu DG actualizate. Responsabilul de proiect împreună cu directorul de îngrijire al spitalului au asigurat o revizie a literaturii prin accesarea bazei de date JBI și au extras cele mai recente recomandări în ceea ce privește îngrijirea femeii cu DG. Aceste recomandări au fost utilizate pentru a redacta un protocol de îngrijire adresat M și AS-OG care au în îngrijire femei însărcinate cu DG. Protocolul de îngrijire a fost implementat în cadrul secției de obstetrică ginecologie până la data auditului de urmărire.

A treia barieră identificată a fost educația inadecvată a pacientelor pentru auto-managementul DG. Odată cu instruirea M și AS-OG, educația pacientelor privind automanagementul DG a fost îmbunătățită. După etapa de implementare a celor mai bune practici fiecare pacientă diagnosticată cu DG beneficiază de o instruire completă începând cu prima zi de internare. Educația pacientelor cuprinde două componente principale axate pe activitatea de prevenire DG și automanagementul intervențiilor de îngrijire. Programul de educație a femeilor însărcinate „Școala mamei” a fost completat cu un nou capitol privind atitudinea femeii gravide în prevenția DG și automanagementul îngrijirilor. Instruirea mamelor se realizează de M și AS-OG prin expunere orală, prin distribuirea unor pliante sau afișe pe tema prevenirii și automanagementului DG. Auditul de urmărire a fost realizat în perioada 25-27 octombrie 2021, utilizând aceleași criterii de audit și metode de eșantionare ca în auditul de bază. Datele auditului de urmărire au fost introduse în aplicația JBI PACES și au ajutat echipa de audit să examineze modificarea ratelor de conformitate cu cele mai bune practici în domeniu.

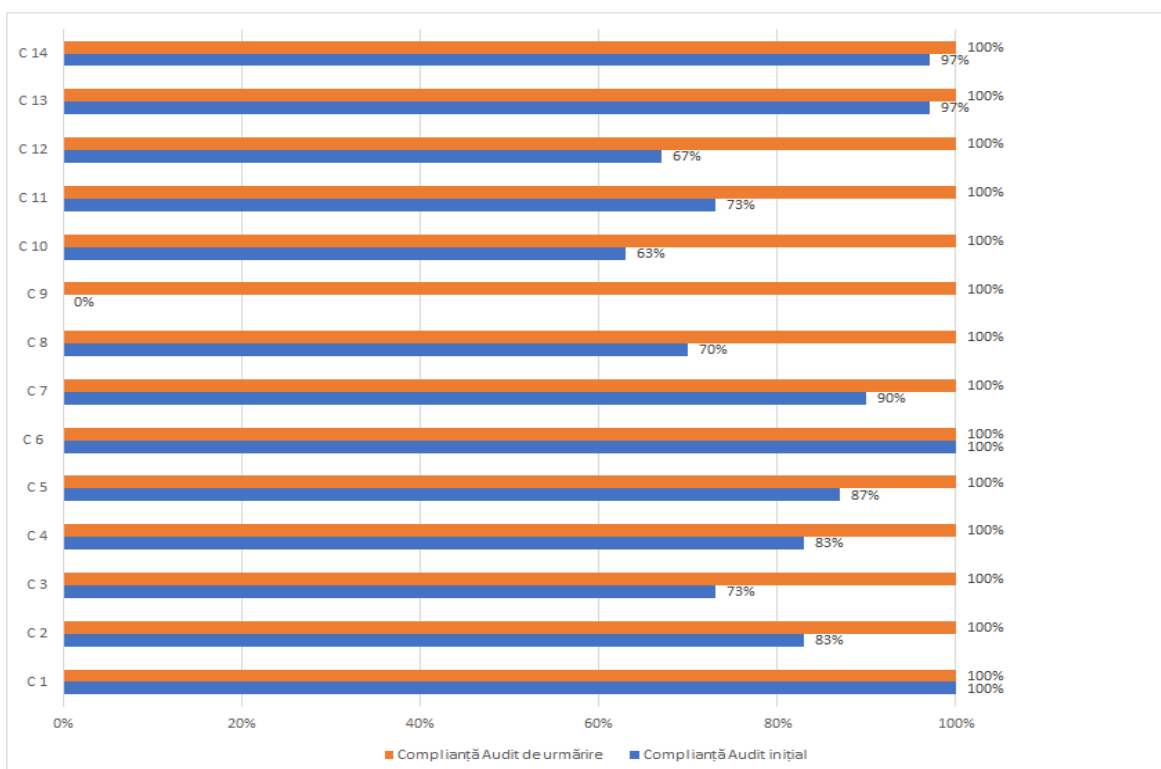


Figura nr. 22 Conformitatea (%) cu cele mai bune practici pentru criteriile de audit obținută în cadrul auditului de urmărire comparativ cu rezultatele obținute în auditul de bază

Legendă criterii

Nr. criteriu	Descrierea criteriilor de audit
1	Femeia însărcinată este supusă unui screening pentru depistarea DG.
2	Femeia cu DG primește educație cu privire la DG și sfaturi suplimentare cu privire la educația în sarcină (inclusiv terapia nutrițională, activitatea fizică și monitorizarea glicemiei).
3	O echipă multidisciplinară este implicată în îngrijirea prenatală a femeii cu DG.
4	Femeia cu DG primește un plan individualizat de îngrijire prenatală.
5	Femeia cu DG beneficiază de instruire privind auto-monitorizarea nivelului de glucoză din sânge.
6	Nivelul glicemiei post-prandiale se auto-monitorizează cel puțin zilnic.
7	Nivelul glicemic la femeia însărcinată sunt menținute într-un interval normal.
8	Femeia cu DG primește o consultație pentru dietă de la un dietetician/medic diabetolog.
9	Femeia cu DG primește o consultație de specialitate înainte de a începe un program de exerciții fizice.
10	În funcție de recomandările medicale, femeia însărcinată face exerciții moderate cel puțin de două ori pe săptămână.
11	Glucoza plasmatică capilară este monitorizată la fiecare oră în timpul travaliului și nașterii la femeile cu DG.
12	Glucoza plasmatică capilară se menține între 4 și 7 mmol / litru în timpul travaliului și nașterii la femeile cu DG.
13	Perfuzia intravenoasă cu dextroză și insulină este utilizată în timpul travaliului și nașterii la femeile cu DG, a căror glucoză plasmatică capilară nu este menținută între 4 și 7 mmol / litru.
14	Nivelul glicemiei la femeile cu DG este testat după naștere și înainte de externare.

Concluzii parțiale

Scopul acestui proiect de implementare a celor mai bune practici în practica clinică a M și AS-OG a fost de a determina gradul de complianță cu standardele clinice de îngrijire a femeii cu DG în perioada antenatală și intrapartum. În urma auditului de bază, analiza barierelor a ajutat echipa de implementare să dezvolte și să implementeze trei strategii: educația M și AS-OG cu privire la acordarea îngrijirilor femeilor care prezintă DG în perioada antenatală și intrapartum, educația pacientelor cu privire la prevenția și auto-managementul îngrijirilor în DG și facilitarea accesului personalului medical la cele mai bune dovezi de îngrijire a pacientelor cu DG. Un audit de urmărire a fost aplicat la 6 luni de la finalizarea auditului de bază, acesta evidențiind un grad de conformitate de 100% pe toate criteriile de audit.

Îmbunătățirea practicilor de îngrijire a pacientei cu DG în secția de Obstetrică a fost evidențiată în cadrul auditului de urmărire, fapt care a demonstrat eficiența programului de instruire și a noului protocol de îngrijire revizuit cu cele mai bune recomandări de bune practici în acest domeniu.

Auditul de bază a indicat că respectarea recomandărilor de bune practici a atins un grad de complianță redusă, chiar dacă personalul medical din clinică beneficiase în trecut de instruire privind planificarea și realizarea îngrijirilor de sănătate a pacientei cu DG. Indisponibilitatea celor mai bune dovezi de bune practici în domeniul îngrijirii pacientei cu DG a condus la obținerea unui grad scăzut de complianță pe criteriile care au vizat educația pacientei, consultul de specialitate al dieteticianului și consultul de specialitate înainte de inițierea exercițiilor fizice. În cadrul acestui proiect de implementare a practicilor de îngrijire a pacientei cu DG echipa de implementare a utilizat feedback-ul obținut în cadrul auditului de bază în cadrul procesului de instruire a personalului. Acest feedback a ajutat personalul să înțeleagă mai bine unde practica lor se abate de la standardul de îngrijire. O altă etapă importantă a planului de implementare a fost reprezentată de educația pacientei. După auditul de bază s-a observat ca doar 63 % din paciente au raportat că fac exerciții fizice de cel puțin 2 ori pe săptămână. În planul de implementare a fost stabilit ca acțiune prioritară elaborarea unui ghid de educație al pacientei cu DG care să poată oferi pacientelor toate informațiile esențiale managementului propriilor îngrijirilor. Ghidul de educație al pacientei cu DG a fost implementat atât în secția de obstetrică, cât și în cadrul ședințelor de instruire săptămânale a mamelor în cadrul proiectului „Școala Mamei”, astfel asigurând o diseminare a informațiilor și către pacientele care nu au fost încă internate în secția de obstetrică pentru naștere. Efectul intervenției educaționale se remarcă și în etapa de îngrijire intrapartum a

pacientei cu DG care a cunoscut îmbunătățiri esențiale după etapa de implementare a celor mai bune practici.

Prevenirea DG și managementul îngrijirilor la pacientele cu această patologie este esențial pentru sănătatea mamei și a copilului. Implementarea programului educațional în rândul M și AS-OG din secția de Obstetrică a condus la îmbunătățirea substanțială a activității de îngrijire a pacientei cu DG. Rezultatele auditului inițial au evidențiat necesitatea de intervenție timpurie în educația pacientei cu privire la prevenția și automanagementul acestei patologii.

Proiectul a transpus în practica clinică a M și AS-OG recomandările de bune practici în ceea ce privește îngrijirea pacientei cu DG. Pe viitor sunt necesare reluarea activităților de auditare a practicilor pentru a evalua sustenabilitatea în timp a măsurilor implementate. Rezultatele acestui studiu au fost publicate în revista JBI Evidence Implementation [13].

CAPITOLUL 7

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

În cadrul acestui proiect de cercetare au fost dezvoltate 3 studii care, prin rezultatele obținute au încercat să aducă un plus de valoare în practica medicală a M și AS-OG care își desfășoară activitatea în secții de obstetrică ginecologie, cu scopul de a crește calitatea actului medical. Prin rezultatele obținute în cadrul acestei cercetări se dorește să se sublinieze importanța îngrijirilor acordate de M și AS-OG pacientelor însărcinate în toate etapele de evoluție a unei sarcini și să evidențieze rolul acestora în sistemele de îngrijiri medicale.

Principalul obiectiv al proiectului de cercetare a fost de a identifica patologii frecvent asociate cu sarcina la vârste extreme și de a implementa în practica M și AS-OG cele mai bune și actuale practici privind acordarea îngrijirilor de sănătate centrate pe pacient. Prima parte a proiectului oferă o revizie sistematică care prezintă stadiul cunoașterii în ceea ce privește principalele patologii asociate sarcinii la vârste extreme și nivelul de cunoștințe în domeniul îngrijirilor acordate pacientelor însărcinate cu DG și HIS.

Activitatea de cercetare a fost structurată în trei etape principale care au avut în vedere identificarea principalelor patologii asociate sarcinii la vârste extreme, evaluarea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici al M și AS-OG în ceea ce privește îngrijirea pacientelor cu DG și HIS și implementarea unui proiect de bune practici privind îngrijirea pacientei cu DG într-o secție de obstetrică ginecologie din cadrul „Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu”.

În cadrul acestui proiect au fost dezvoltate mai multe instrumente care pe viitor pot fi folosite și în alte spitale pentru îmbunătățirea activităților de îngrijire:

- Instrument de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor asistenților medicali privind îngrijirea pacientei cu DG și HIS
- Instrument de evaluare a practicilor de îngrijire acordate de M și AS-OG pacientelor cu DG.
- Program educațional pe tema îngrijirii pacientei cu DG și HIS
- Protocol de îngrijire a pacientei cu DG
- Plan de îngrijire al pacientei cu DG.

Primul studiu a avut ca obiectiv principal identificarea principalelor patologii dezvoltate de pacientele cu sarcini la vârste extreme (paciente cu vârsta sub 18 ani sau cu vârsta mai mare de 39 de ani) internate în „Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Prof. Dr. Panait Sîrbu”. Analiza comparativă efectuată pe cele două loturi de paciente arată o incidență mai mare a DG în grupul pacientelor cu vârsta mai mare de 39 de ani, comparativ cu grupul femeilor cu vârsta de maxim 19 ani la care s-a înregistrat această patologie doar la 5,2% din cazuri. De asemenea se poate observa că, și în cazul HIS procentul este mai crescut în grupul femeilor cu vârsta mai mare de 39 de ani (22.9%), comparativ cu grupul femeilor cu vârsta mai mică de 19 ani (13%).

Rezultatele acestei cercetării sugerează necesitatea unor abordări de îngrijire distincte, pentru cele două categorii, care să țină cont de aceste aspecte. Astfel, în cazul pacientelor cu vârsta de maxim 19 ani, majoritatea aflate la prima sarcină/naștere, dar cu mai puține implicații patologice planificarea îngrijirilor acordate de M și AS-OG ar trebui să includă o componentă educațională mai accentuată (dată fiind lipsa de experiență în creșterea și în îngrijirea nou-născutului), în timp ce, pentru pacientele incluse în categoria de vârstă ≥ 39 de ani, planul de îngrijire trebuie să se axeze pe o atenție mai mare în prevenirea și tratarea aspectelor patologice asociate sarcinii, în mod special pe prevenția celor mai frecvente patologii precum sunt DG, preeclampsia și HIS, dar și pe depistarea precoce a acestor afecțiuni.

Rezultatele negative ale unei sarcini obținută la vârstă avansate nu sunt strâns legate doar de vârstă, ci pot fi influențate de patologii cronice de bază ale mamei, regimul și stilul de viață, mediul social sau numărul de nașteri anterioare. În consecință existența unor protocoale de îngrijire care să asigure un screening eficient al pacientelor pentru existența acestor patologii poate conduce la creșterea gradului de complianță al pacientelor la recomandările de îngrijire și asigură un act medical de calitate acordat de M și AS-OG.

Implementarea unui program de educație pentru pacientele însărcinate încă din prima lună de sarcină ajută pacienta să conștientizeze riscurile la care se poate expune prin nerespectarea recomandărilor de îngrijire axate pe această problematică. În ceea ce privește acțiunile de prevenție în grupa de vârstă a adolescentelor, programele de educație sanitară în rândul adolescenților joacă un rol esențial în cadrul prevenirii sarcinilor nedorite.

În concluzie, având în vedere rezultatele acestui studiu considerăm că dezvoltarea unor protocoale de îngrijire actualizate adresate M și AS-OG care lucrează în secțiile de obsterică ginecologie, dar și a unor programe de instruire pe tema îngrijirilor acordate pacientelor cu DG și HIS pot fi esențiale pentru creșterea calității actului medical, dar și pentru reducerea complicațiilor asociate acestor patologii.

Având în vedere rezultatele celui de al doilea studiu din cadrul acestui proiect de cercetare ne-am propus dezvoltarea validarea unui chestionar de evaluare a nivelului de cunoștințe, atitudini și practici ale M și AS-OG în ceea ce privește îngrijirea pacientelor cu DG și HIS și a unui program de instruire pe această temă. M și AS-OG au prezentat un nivel mediu de cunoștințe înregistrând scoruri cuprinse între 52,8% și 92,8% pentru scala practicilor, 28,8% și 88,8% pentru scala atitudinilor și 42,7% și 99,2% pentru scala cunoștințelor. După participarea la programul de instruire la momentul 2 al evaluării, imediat după finalizarea formării se poate observa o creștere importantă a procentului de răspunsuri corecte care variază între 74,4 și 100% pentru scala cunoștințelor, 68,8 și 100% pentru scala atitudinilor și 93,6 și 100% pentru scala practicilor. Efectul pozitiv al programului de instruire asupra nivelului de cunoștințe, atitudini și practici este evident și se poate remarca că la 3 luni de la finalizarea programului educațional scorurile pe fiecare item se mențin la un nivel superior comparativ scorurilor din momentul inițial înainte de formare.

Prin urmare studiul nostru subliniază importanța dezvoltării și implementării unor protocoale de îngrijire bazate pe cele mai bune practici în domeniu și includerea în planul anual de instruire a cursurilor pe tema îngrijirilor acordate pacientelor cu DG și HIS. Pe de altă parte, deși studiul nostru nu a evaluat cunoștințele pacientelor cu privire la aceste patologii, considerăm că este absolut necesar ca pacientele însărcinate să beneficieze de educație și informare care să ajute pacienta să înțeleagă mai bine riscurile apariției acestor patologii și creșterea compliancei la recomandările de îngrijire.

Deși lotul populației studiate este relativ scăzut, iar cercetarea s-a limitat doar la personalul medical dintr-un sigur spital de profil din București, rezultatele acestei cercetări poate reprezenta o dovadă importantă pentru leadershipul în îngrijirile de sănătate, deoarece

rezultatele acestei cercetări argumentează și fundamentează importanța educației medicale continue în îmbunătățirea actului medical acordat de M și AM-OG.

Având în vedere faptul că implementarea în procesul de îngrijire acordat de M și AM a celor mai bune practici de îngrijire a pacienților cu HTA sau DG trebuie să evalueze totodată, atât facilitatorii, cât și posibilele bariere pentru care practica nu poate atinge standardele de bune practici, rezultatele studiului nostru evidențiază principalele bariere raportate de participanții la studiu reprezentate de volumul mare de muncă, dublat de lipsa de personal și lipsa protocoalelor specifice de îngrijire.

Rezultatele studiului nostru, dar și recomandările din literatura de specialitate ne indică necesitatea dezvoltării unui proiect de implementare a celor mai bune practici privind acordarea îngrijirilor specifice pentru pacientele însărcinate.

În cadrul celui de al treilea studiu am evaluat rezultatele implementării unui proiect de implementare a celor mai bune practici în ceea ce privește acordarea îngrijirilor de sănătate pacienților cu DG în toate etapele de îngrijire din perioada antenatală și intrapartum.

Obiectivul principal al acestui proiect a fost de a îmbunătăți calitatea îngrijirilor de sănătate acordate pacienților însărcinate prin creșterea complianței M și AS-OG la recomandările cu privire la cele mai bune practici de îngrijire antenatală și intrapartum a femeilor cu DG internate într-o secție de obstetrică-ginecologie. Acest proiect a utilizat cadrul de implementare a dovezilor JBI și a utilizat instrumentul de audit și feedback al Institutului Joanna Briggs de aplicare practică a auditului clinic (JBI PACES) și de a identifica principalele resurse pentru implementarea în practică a rezultatelor din cercetare. Un audit de bază a fost dezvoltat pe baza unui chestionar dezvoltat pe baza 14 criterii de audit JBI [12]. Un plan de implementare a schimbării practicii curente a fost dezvoltat pe baza rezultatelor obținute în cadrul auditului de bază. La 6 luni de la finalizarea primului audit un nou audit a fost realizat utilizând aceleași criterii și metode de eșantionare ca în auditul inițial [12].

Concluziile primului audit de bază care a evaluat practicile de îngrijire a pacientei cu DG au indicat că sunt necesare intervenții în ceea ce privește educația personalului medical, educația pacientei, implicarea echipelor multidisciplinare în îngrijirea pacientei, elaborarea planului de îngrijire al pacientei cu DG instruirea pacientei privind auto-monitorizarea nivelului de glucoză din sânge, stabilirea dietei pacientei cu DG după efectuarea unui consult de specialitate și educația pacientei cu privire la efectuarea exercițiilor fizice moderate de cel puțin 2 ori pe săptămână.

Studiul a indentificat și principalele bariere pentru care standardul de îngrijire nu a fost atins în cadrul primului audit de bază efectuat în secția de obstetrică ginecologie.

Analiza rezultatelor obținute în cadrul în cadrul echipei de implementare indentifică trei bariere principale pentru care practica de îngrijire nu atinge standardele de bune practici: cunoștințe inadecvate privind îngrijirea pacientei cu DG, lipsa protocoalelor de îngrijire bazate pe cele mai bune dovezi de bune practici și educația inadecvată a pacientei.

Rezultatele primului audit de bază a indicat o complianță scăzută pe anumite criterii de audit, chiar dacă în trecut personalul medical a afirmat că au beneficiat de instruire pe această temă. Lipsa de acces la cele mai bune dovezi de bune practici în domeniul îngrijirii pacientei cu DG a condus la obținerea unui procent redus de complianță pe criteriile care au evaluat educația pacientei, efectuarea consultului nutrițional și a consultului de specialitate înainte de inițierea exercițiilor fizice.

Planul de implementare a cuprins: dezvoltarea și implementarea în practica clinică a M și AS-OG a unui protocol actualizat de îngrijire a pacientei cu DG, elaboarea unui ghid de educație pentru pacientele cu DG, instruirea întregului personal din secția de Obstetrică ginecologie și elaborarea unui plan de îngrijire adaptat la nevoile de îngrijire a pacientei cu DG.

Rezultatele auditului inițial au evidențiat necesitatea de intervenție timpurie în educația pacientei cu privire la prevenția și automanagementul DG. Proiectul a transpus în practica clinică a M și AS-OG recomandările de bune practici în ceea ce privește îngrijirea pacientei cu DG. Pe viitor sunt necesare reluarea activităților de auditare a practicilor pentru a evalua sustenabilitatea în timp a măsurilor implementate.

Având în vedere rezultatele obținute în cadrul acestui proiect de cercetare putem concluziona că educația medicală continuă reprezintă un aspect deosebit de important în creșterea actului medical și în îmbunătățirea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici ale personalului medical. Considerăm oportun ca anual în planurile de instruire ale M și AS-OG care își desfășoară activitatea în secții de obstetrică ginecologie să fie prevăzute instruire pe tema îngrijirii pacientei cu DG și HIS, două patologii de des întâlnite în evoluția unei sarcini.

Complementar procesului de instruire este esențială implementarea în toate spitalele a procesului de audit clinic care are rolul de a determina gradul de complianță cu cele mai bune recomandări în domeniu, contribuind la creșterea calității actului medical. Având în vedere că auditul clinic reprezintă în prezent și o cerință legală impusă de standardele de acreditare proiectul de cercetare reprezintă un bun exemplu de implementare a celor mai

bune practici de îngrijire. Educația pacientei reprezintă un alt aspect important al procesului de îngrijire care este evidențiat în cadrul acestui proiect de cercetare.

Considerăm că pe viitor modelul acestui proiect de cercetare ar putea fi extins și în alte spitale din oraș sau din țară, pentru de a include un număr reprezentativ M și AS-OG cu scopul de a putea extrapola rezultatele cercetărilor. Un alt domeniu care necesită dezvoltarea unor cercetări suplimentare îl reprezintă educația pacientei cu scopul de a evalua atât nivelul cunoștințelor în domeniu, cât și propriile percepții care ar putea afecta gradul de complianță la recomandările de îngrijire.

Un alt aspect care necesită diseminare și aplicare și în alte spitale și specialități îl reprezintă auditul clinic asupra proceselor de îngrijire, deoarece la acest moment în sistemele de sănătate auditul clinic reprezintă o cerință nouă care trebuie implementată în practica tuturor clinicienilor conform stadarilor de calitate. Auditul clinic reprezintă o metodă de îmbunătățire a calității îngrijirilor efectuată în urma unei evaluări comprehensive a practicilor de îngrijire comparativ cu un set de criterii stabilite pe baza celor mai bune dovezi de bune practici, urmată de implementarea unor schimbări dacă rezultatele evaluării nu sunt conforme cu criteriile de evaluare [14].

Prin rezultatele sale proiectul promovează mai multe elemente de inovație și originalitate cu scopul de a veni în sprijinul M și AS-OG care își desfășoară activitatea în secții de obstetrică și ginecologie cu informații actualizate referitoare la procesul de îngrijire a pacientelor cu DG și HIS.

BIBLIOGRAFIE

- [1] State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [2] Stellenberg EL, Ngwekazi NL. Knowledge of midwives about hypertensive disorders during pregnancy in primary healthcare. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2016 Apr 11;8(1):e1-6. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.899. PMID: 27247155; PMCID: PMC4845514.
- [3] Sharma D, Shastri S, Sharma P. Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clin. Med. Insights Pediatr.*, vol. 10, p. CMPed.S40070, 2016. DOI:10.4137/CMPed.S40070
- [4] Casteleiro A, Paz-Zulueta M, Parás-Bravo P, Ruiz-Azcona L, Santibañez M. Association between advanced maternal age and maternal and neonatal morbidity: A cross-sectional study on a Spanish population. *PLoS One.* 2019 Nov

- 26;14(11):e0225074. doi: 10.1371/journal.pone.0225074. PMID: 31770385; PMCID: PMC6879127.
- [5] Tocariu R, **Stan D**, Mitroi RF, Căldăraru DE, Dinulescu A, Dobre CE, Brătilă E. Incidence of complications among *in vitro* fertilization pregnancies. J Med Life. 2023 Mar;16(3):399-405. doi: 10.25122/jml-2023-0048. PMID: 37168314; PMCID: PMC10165528.
- [6] He M, Sun X, Wang C, Sui Y. Analysis of the risk of complications during pregnancy in pregnant women with assisted reproductive technology: a retrospective study using registry linkage from 2013 to 2018 in Shanghai, China. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Jun 28;22(1):526. doi: 10.1186/s12884-022-04846-1. PMID: 35764962; PMCID: PMC9241204.
- [7] Kathpalia SK, Kapoor K, Sharma A. Complications in pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer. Med J Armed Forces India. 2016 Jul;72(3):211-4. doi: 10.1016/j.mjafi.2015.11.010. Epub 2016 Feb 22. PMID: 27546958; PMCID: PMC4982974.
- [8] **Stan D**, Mazilu DC, Dobre CE, Brătilă E. Mother's health risks in extreme age pregnancies. Ginecologia.ro. 2022 Mai; Vol.2. DOI-10.26416/Gine.36.2.2022.6552.
- [9] **Stan D**, Mazilu DC, Dobre CE, Brătilă E. Prematurity and IUGR in advanced maternal age. Ginecologia ro. 2022 ianuarie; Vol 1, pag 46. DOI:10.26416/Gine.35.1.2022.6141.
- [10] **Stan D**, Dobre CE, Mazilu DC, Brătilă E. Psychometric evaluation of a novel tool for assessing gestational diabetes and hypertension care: knowledge, attitudes, and practices of midwives and nurses. J Med Life. 2024 Feb;17(2):171-176. doi: 10.25122/jml-2024-0146. PMID: 38813370; PMCID: PMC11131642.
- [11] **Stan D**, Dobre CE, Mazilu DC, Brătilă E. Practices, attitudes and knowledge of midwives and nurses regarding gestational diabetes and pregnancy-induced hypertension. J Med Life. 2023 Feb;16(2):227-234. doi: 10.25122/jml-2023-0021. PMID: 36937469; PMCID: PMC10015574.
- [12] Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. Disponibil from: <https://implementationmanual.jbi.global>. [https:// doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01](https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01)
- [13] **Stan D**, Mazilu DC, Zazu M, Nedelcu V, Teodor M, Brătilă E, Vrbová T, Klugar M, Klugarová J. Antenatal and intrapartum care for women with gestational diabetes: a

- best practice implementation project. JBI Evid Implement. 2023 Dec 1;21(S1):S38-S46. doi: 10.1097/XEB.0000000000000392. PMID: 38037447.
- [14] Mărginean M. Clinical Audit.” MEDIC.RO - Editorial Group: MEDICHUB MEDIA 15, no. 122 (2018): 16–23. doi:10.26416/MED.122.2.2018.1660.

LISTA CU LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE PUBLICATE

Articole publicate în reviste de specialitate

1. **Stan D**, Dobre CE, Mazilu DC, Brătilă E. Psychometric evaluation of a novel tool for assessing gestational diabetes and hypertension care: knowledge, attitudes, and practices of midwives and nurses. J Med Life. 2024 Feb;17(2):171-176. doi: 10.25122/jml-2024-0146. PMID: 38813370; PMCID: PMC11131642. Capitolul 5, Pagina 56-65, subcapitol 5.2, 5.3 (5.3.1-5.3.2).
2. **Stan D**, Mazilu DC, Zazu M, Nedelcu V, Teodor M, Brătilă E, Vrbová T, Klugar M, Klugarová J. Antenatal and intrapartum care for women with gestational diabetes: a best practice implementation project. JBI Evid Implement. 2023 Dec 1;21(S1):S38-S46. doi: 10.1097/XEB.0000000000000392. PMID: 38037447. – Capitolul 6, Pag. 77-89, subcapitolul 6.1, 6.2, 6.3.
3. **Stan D**, Dobre CE, Mazilu DC, Brătilă E. Practices, attitudes and knowledge of midwives and nurses regarding gestational diabetes and pregnancy-induced hypertension. J Med Life. 2023 Feb;16(2):227-234. doi: 10.25122/jml-2023-0021. PMID: 36937469; PMCID: PMC10015574. - Capitolul 5, Pag. 62-72, subcapitolul 5.3.3-5.3.4.
4. Tocariu R, **Stan D**, Mitroi RF, Căldăraru DE, Dinulescu A, Dobre CE, Brătilă E. Incidence of complications among in vitro fertilization pregnancies. J Med Life. 2023 Mar;16(3):399-405. doi: 10.25122/jml-2023-0048. PMID: 37168314; PMCID: PMC10165528.
5. **Stan D**, Mazilu DC, Dobre CE, Brătilă E. Mother’s health risks in extreme age pregnancies. Ginecologia.ro. 2022 Mai; Vol.2. DOI-10.26416/Gine.36.2.2022.6552. Capitolul 4, pag. 41-51, subcapitolul 4.3.

6. **Stan D**, Mazilu DC, Dobre CE, Brătilă E. Prematurity and IUGR in advanced maternal age. *Ginecologia ro.* 2022 ianuarie; Vol 1, pag 46. DOI:10.26416/Gine.35.1.2022.6141. Capitolul 4, pag. 41-51, subcapitolul 4.3.
7. **Stan D**, Mitran M. Gestational diabetes. *Ginecologia ro.* 2019 Mai; Vol 24(2):48-49. DOI - 10.26416/Gine.24.2.2019.2379.