

# ارزیابی کیفیت ارائه مراقبت های پس از زایمان بر اساس مدل بروس در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد سال ۹۳-۱۳۹۲

دکتر خدیجه میرزایی<sup>۱</sup>، سمیه اولادی قادیکلایی<sup>۲\*</sup>، دکتر محمدتقی شاکری<sup>۳</sup>،  
دکتر سید مجتبی موسوی بزازی<sup>۴</sup>

۱. دانشیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۶

## خلاصه

**مقدمه:** ارزیابی کیفیت مراقبت های بهداشتی - درمانی به عنوان یک معیار ضروری جهت ارتقای کیفیت مراقبت ها در نظر گرفته می شود که می تواند منجر به بهبود بخشیدن نتایج برنامه ها و اثربخش کردن آن ها شود. یکی از روش های ارزیابی کیفیت مراقبت، مدل بروس است که با کمک آن می توان به شناسایی واحدهای ضعیف و رفع کمبودها پرداخت. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی ارائه کیفیت مراقبت های پس از زایمان بر اساس مدل بروس در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۹۳-۱۳۹۲ بر روی ۵۰۰ نفر از مادران در ۱۹ مرکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات واحد پژوهش و چک لیست ارزیابی مراقبت طبق مدل بروس شامل شش بُعد مهارت فنی، مشاوره و آموزش، ارتباط بین فردی، انتخاب آگاهانه، مکانیسم پیگیری، سازماندهی شرایط و خدمات بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** کیفیت کلی مراقبت های پس از زایمان از سطح متوسطی برخوردار بود. در این مطالعه بُعد مهارت فنی (معاینات بالینی) و مشاوره و آموزش در مراقبت های پس از زایمان ضعیف و بقیه ابعاد شامل مهارت فنی (شرح حال گیری)، ارتباط بین فردی، مکانیسم پیگیری و انتخاب آگاهانه از سطح متوسطی برخوردار بودند. بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، بین میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت به جز در بُعد مکانیسم پیگیری در بقیه ابعاد در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد اختلاف وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به کیفیت ضعیف معاینات بالینی و بُعد مشاوره و آموزش در این مراقبت ها و تأثیر آن در پیشگیری از عوارض دوران پس از زایمان، انجام تحقیقات بیشتر در زمینه علت کیفیت پایین این مراقبت ها پیشنهاد می شود.

**کلمات کلیدی:** ارزیابی کیفیت، مدل بروس، مراقبت پس از زایمان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: سمیه اولادی قادیکلایی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۱۲۸۶۳۴۴؛ پست الکترونیک: oladis901@mums.ac.ir

## مقدمه

دوره پس از زایمان که به یک ساعت اول پس از خروج جفت تا شش هفته بعد از زایمان اطلاق می‌گردد، زمانی حساس در زندگی مادر محسوب می‌شود (۱). در این دوره زن وارد مرحله جدیدی از زندگی می‌شود که سازگاری و تطابق با آن تأثیر مهمی بر توانایی وی جهت پذیرش نقش مادری دارد (۲). در این زمان، زن با تغییرات فیزیولوژیک شدیدی روبه‌رو است که تقریباً تمامی اعضای بدن وی را درگیر می‌کند. علاوه بر تغییرات فیزیولوژیک، زن با استرس‌هایی از بحران‌های عاطفی نیز مواجه می‌شود. به‌طور کلی مطالعات نشان می‌دهند که اغلب مادران چندین مشکل کوچک یا بزرگ مانند خستگی، کم‌دردی، زخم‌های پستانی، ناراحتی‌های ناشی از زخم سزارین یا اپیزوتومی، یبوست، هموروئید و مشکلات جنسی را هفته‌ها بعد از زایمان تجربه می‌کنند (۳، ۴).

ارائه خدمات پس از زایمان به عنوان یکی از مهم‌ترین مراقبت‌های بهداشتی، عامل بسیار مهمی جهت جلوگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و به دنبال آن بهبود سلامت مادر و نوزاد است. این دوره، یک زمان ایده‌آل برای انجام مداخلات و حمایت از مادران به منظور ارتقاء سلامت آن‌ها می‌باشد و با بکارگیری برنامه‌های حمایتی و اجرای صحیح مراقبت‌های مادر و نوزاد می‌توان باعث افزایش میزان بقاء در زنان و نوزادان شد (۵). در واقع زنان نیازمند دریافت مراقبت‌های متوالی و پیگیرانه، آموزش‌ها و توصیه‌های بهداشتی و معاینه‌های مکرر پس از زایمان هستند و بیشتر مادران نخست‌زاده، آمادگی لازم را برای مادر شدن نداشته و به حمایت از طرف خانواده، دوستان و مراقبان بهداشتی نیاز دارند (۶). پرسنل بهداشتی می‌توانند از طریق ارزیابی صحیح سلامت جسمی و روانی مادر و ارائه راهنمایی و مشورت مناسب در خصوص مراقبت از خود و نوزاد بهترین حامی مادران باشند (۷، ۸). در واقع آنان مسئول حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک، ارائه مراقبت با کیفیت بالا و دادن اطلاعات صحیح به مددجو هستند (۹). ارائه خدمات با کیفیت مطلوب و در نظر گرفتن تمامی ابعاد فیزیکی، عاطفی و روانی مادر توسط کارکنان بخش

بهداشتی مخصوصاً ماماها در این رابطه نقش حیاتی دارد (۱۰). برای ارائه خدمات با کیفیت بهتر، قبل از هر چیز، نیاز به ارزیابی کیفیت است. ارزیابی کیفیت علاوه بر اینکه چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد، نارسایی‌های برنامه‌ها را نیز مشخص می‌سازد و بدین صورت می‌توان نسبت به حل ریشه‌ای مشکلات و نارسایی‌های موجود اقدام نمود (۱۱).

یکی از روش‌های بررسی کیفیت مراقبت نیز، مدل بروس (Bruce Model) است که با کمک آن می‌توان به شناسایی واحدهای ضعیف و رفع کمبودها و مشکلات آن‌ها پرداخت. مدل بروس در سال ۱۹۹۰ جهت ارزشیابی خدمات تنظیم خانواده و بهداشت باروری طراحی شد. اجزا و عناصر کیفیت در این مدل شامل مهارت فنی ارائه‌کننده خدمات، اطلاعاتی که به متقاضی داده می‌شود، ارتباط بین فردی، انتخاب آگاهانه، روش‌های پیگیری و در نهایت سازماندهی و شرایط خدمات می‌باشد (۱۲، ۱۳). در مطالعاتی تحت عنوان ارزیابی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری توسط توران و همکاران (۲۰۰۲) در بیمارستان‌های استامبول و همچنین بررسی رضایت مندی زنان از خدمات بهداشت باروری (۲۰۰۸) در مراکز بهداشتی شهر اردبیل توسط نانبخش و همکاران از مدل بروس استفاده شده است (۱۴، ۱۵). در مطالعه توران و همکاران (۲۰۰۲) در اکثر ابعاد مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به مادران باردار شامل مهارت فنی، آموزش و توصیه‌های بهداشتی، پیگیری و ارجاع به کیفیت ضعیف مراقبت‌ها اشاره کردند (۱۴). در مطالعه نانبخش و همکاران (۲۰۰۸) در مراکز بهداشتی درمانی اردبیل، اکثر زنان (۸۸٪) از خدمات تنظیم خانواده راضی بودند (۱۵). در مطالعه پیتر (۲۰۰۹)، کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان بیوا در اکثر موارد نامطلوب گزارش شد و مادران نیز از ارائه خدمات ناراضی بودند (۱۶). همچنین سیمبر و همکاران (۲۰۰۵) بر اساس یک بررسی، کیفیت ارائه مراقبت‌های پس از زایمان را در بیمارستان‌های شهر تهران در اکثر موارد ضعیف گزارش کردند (۱۷). این در حالی است که در مطالعه طوسی نجف‌آبادی (۱۹۹۹)، کیفیت خدمات در دو

ساعت پس از زایمان در زایشگاه شهرستان تویسرکان در اکثر موارد مطلوب گزارش شد (۱۷).

در نهایت با توجه به اینکه ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌ها انجام شده و بر اساس مدل خاصی نبوده است و همچنین با توجه به اینکه از این الگو در ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی از جمله تنظیم خانواده و مراقبت‌های دوران بارداری و با روش اجرای متفاوت انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی ارائه کیفیت مراقبت پس از زایمان بر اساس مدل بروس در مراکز بهداشتی - درمانی شهر مشهد انجام شد. امید است که با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش، مشکلات موجود در سیستم‌های خدماتی شناسایی شده و گام‌های اساسی در جهت رفع این مشکلات و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان برداشته شود.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۹۳-۱۳۹۲ بر روی ۵۰۰ نفر از مادران زایمان کرده به روش سزارین و طبیعی که جهت دریافت مراقبت‌های نوبت دوم و سوم به مراکز بهداشتی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. در این مطالعه افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه به صورت در دسترس و آسان انتخاب شدند. در این مطالعه از فرمول "تعیین حجم نمونه در مطالعات یک نمونه ای بر اساس برآورد متغیر نسبت" استفاده شد و برای تعیین حجم نمونه حداکثر  $p=0/5$  در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن  $d=0/16$  و  $\alpha=0/05$  و همچنین با توجه به اینکه نمونه برداری به صورت چند مرحله ای است، حجم نمونه نهایی با اعمال ضریب ۳۰٪ افزایش داده، تقریباً ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد تا خطای ناشی از نمونه برداری کاهش یابد.

در این مطالعه، نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول نمونه برداری به صورت طبقه ای انجام شد. طبقات، مراکز بهداشت سطح شهر مشهد (مرکز بهداشت شماره ۱، ۲، ۳، ۵ و ثامن) بودند. نمونه برداری مرحله دوم به صورت خوشه ای بود که خوشه‌ها شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش مراکز

بهداشت ۵ گانه شهرستان مشهد بودند. این مراکز لیست شده و به عنوان خوشه مدنظر قرار گرفتند. نمونه برداری در این مرحله متناسب با حجم جمعیت در مراکز بهداشتی پنج گانه بود؛ بدین ترتیب که حجم نمونه در هر طبقه متناسب با تعداد مراکز در آن طبقه بود. در این مرحله تعداد ۱۹ خوشه به روش نمونه برداری متناسب با حجم انتخاب شدند که شامل پنج خوشه از مرکز بهداشت شماره ۱، سه خوشه از مرکز بهداشت شماره ۲، پنج خوشه از مرکز بهداشت شماره ۳، پنج خوشه از مرکز بهداشت شماره ۵ و یک خوشه از مرکز ثامن بودند. از هر خوشه حدود ۳۰ سهمیه تعیین شد. نمونه برداری مرحله سوم به صورت مبتنی بر هدف انجام شد؛ بدین ترتیب که در داخل مراکز مورد نظر مادران واجد شرایط ورود به پژوهش به روش نمونه برداری آسان انتخاب شدند. در حین فرآیند جمع آوری، برخی اطلاعات ناقص بود و همچنین برخی از افراد حاضر به همکاری نشدند و در نهایت اطلاعات ۵۰۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمام مادران با زایمان طبیعی و سزارین اعم از نخست زا و چندزا، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، مراجعه به مرکز بهداشت جهت دریافت مراقبت پس از زایمان، همچنین تمایل جهت شرکت در مطالعه، عدم عضویت در تیم بهداشتی و عدم ابتلاء به بیماری روانی (بستری یا تحت درمان طولانی مدت بودن) یا مصرف داروهای مؤثر بر روان شامل: (ایمی پرامین، دیازپام، فنوباربیتال، فلوکسیتین، هالوپریدول، کلر دیازپوکساید و...) بود. معیارهای خروج نیز شامل مخدوش بودن و واضح نبودن پرسشنامه و چک لیست بود.

روش جمع آوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه مشخصات فردی و چک لیست مشاهده ای ارزیابی مراقبت‌های پس از زایمان بر اساس مدل بروس طراحی شد که به شرح ذیل می باشد. جهت بررسی بُعد مهارت تکنیکی از فرم ارزیابی مهارت بالینی شامل دو فرم: ارزیابی فرآیند شرح حال گیری و فرم ارزیابی معاینات بالینی استفاده شد. فرم ارزیابی فرآیند شرح حال گیری که ۱۹ مورد ارزیابی در قسمت‌های مشخصات فردی و

زایمان، علائم خطر فوری، خونریزی، بیماری زمینه‌ای، مشکلات ادراری، تناسلی و مزاجی، مشکلات روانی، همسرآزاری، شکایات شایع، مصرف مکمل و موارد دیگر انجام شد که از این ۱۹ آیتم، ۱۱ مورد به دلیل حائز اهمیت بودن در مراقبت‌های پس از زایمان بر اساس نظرات اساتید و مقالات ضریب ۴ تعلق گرفت و مابقی موارد ضریب ۲ داشتند که به طور کلی حداکثر نمره در این قسمت ۶۰ می‌باشد. فرم ارزیابی معاینات بالینی (۱۳ ارزیابی) شامل اندازه‌گیری علائم حیاتی، معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم، محل بخیه و اندام‌ها، معاینه تناسلی، پاپ اسمیر و رعایت بهداشت بود. در این بُعد نیز شش مورد ضریب ۴ و هفت مورد ضریب ۲ گرفتند که حداکثر نمره در این بخش ۳۸ به دست آمد. هر مورد ارزیابی با سه گزینه "انجام شد، امتیاز ۲"، "ناقص انجام شد، امتیاز یک" و "انجام نشد، امتیاز صفر" مورد ارزیابی قرار گرفت. گزینه مورد ندارد نیز برای هر آیتم در نظر گرفته شد که در صورتی که آیتم مورد نظر با توجه به نوع مراقبت مورد بررسی قرار نمی‌گرفت حذف می‌شد و در محاسبه کل نمره منظور نمی‌شد. سپس جمع امتیازات محاسبه و به صورت درصد بیان شد.

جهت بررسی بُعد ارتباط بین فردی نیز از فرم ارزیابی مهارت‌های ارتباطی استفاده شد. این فرم نیز شامل ۱۷ مورد بود که هر مورد ارزیابی با دو گزینه "انجام شد، امتیاز ۱" و "انجام نشد، امتیاز صفر" مورد ارزیابی قرار گرفت. حداقل و حداکثر نمره کسب‌شده در این بخش به ترتیب صفر و ۱۷ بود. در بررسی بُعد مشاوره و آموزش مدل بروس، ۱۵ مورد شامل: بهداشت فردی، بهداشت روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، علائم خطر مادر، شکایت از سردرد، کمردرد، یبوست و خستگی، تغذیه، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد، تنظیم خانواده، پاپ اسمیر مورد ارزیابی قرار گرفت.

دامنه نمرات فرم ارزیابی بین ۰-۳۰ امتیاز بود. در بُعد انتخاب آگاهانه نیز ۳ مورد ارزیابی در خصوص دخالت، شرکت و حق تصمیم‌گیری استفاده‌کننده خدمت در جریان انتخاب مکان، انتخاب روش تغذیه انحصاری با

شیر مادر و انتخاب نوع روش جلوگیری از بارداری بود که ۲ مورد توسط مشاهده و ۱ مورد توسط مصاحبه با مادر تکمیل می‌شد. حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این بخش به ترتیب صفر و ۵ بود.

بُعد مکانیسم پیگیری شامل ۶ مورد ارزیابی جهت بررسی مراجعه بعدی و ارجاع بود که هر مورد با سه گزینه "انجام شد، امتیاز ۱"، و "انجام نشد، امتیاز ۰" مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این بخش به ترتیب صفر و ۶ بود. در نهایت بُعد سازماندهی شرایط و خدمات شامل ۳ بخش اصلی بود که شامل: امکانات و رسانه‌های آموزشی (۱۰ مورد)، امکانات عمومی (۱۹ مورد) و امکانات خصوصی (۲۳ مورد) بود. پاسخ به سؤالات مربوطه به صورت «بله» و «خیر» بود که حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این بخش به ترتیب صفر و ۵۲ بود.

در هر بخش مدل بروس، مجموع امتیازات کسب شده محاسبه و به صورت میزان بیان شد؛ به طوری که کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در شش بخش مهارت تکنیکی، ارتباط بین فردی، مشاوره و آموزش، انتخاب آگاهانه، مکانیسم پیگیری و سازماندهی شرایط و خدمات به چهار زیرگروه زیر ۲۵٪ به عنوان ضعیف، ۲۶-۵۰٪ به عنوان متوسط، ۵۱-۷۵٪ به عنوان خوب و بالای ۷۶٪ به عنوان عالی در نظر گرفته شد.

جهت تأیید روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که ابتدا با مطالعه کتب، نشریات، پایان‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و شرح وظایف تعریف شده از طرف وزارت آموزش، بهداشت و درمان تهیه و با استفاده از نظرات اساتید راهنما، مشاور و آمار تنظیم شد. به منظور تعیین پایایی چک لیست مشاهده ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان از روش ارزیابی پایایی همزمان استفاده شد؛ به این ترتیب که فرم‌ها در ۱۰ مشاهده به طور همزمان توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر به طور جداگانه تکمیل شد، سپس تک تک داده‌های به دست آمده توسط پژوهشگر و همکارش سنجیده شد و با ضریب پایایی ۰.۸۵ مورد تأیید قرار گرفت.

توصیه در خصوص بهداشت، علائم خطر مادر و نوزاد، تغذیه، شیردهی و تنظیم خانواده به واحد پژوهش را تکمیل می‌کرد. در همین مرحله، زمانی که ارائه دهنده خدمت در خصوص تغذیه انحصاری با شیر مادر و روش جلوگیری از بارداری به واحد پژوهش آموزش می‌داد، چک لیست مشاهده انتخاب آگاهانه تکمیل می‌شد. در ادامه چک لیست مشاهده ارزیابی روش های پیگیری می‌شد. چک لیست مشاهده سازماندهی شرایط و خدمات که به بررسی امکانات عمومی مکان ارائه مراقبت، امکانات و تجهیزات فنی و رسانه های آموزشی می‌پردازد، توسط پژوهشگر تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه از آمار توصیفی برای توصیف شرایط استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش که جهت دریافت مراقبت های پس از زایمان به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کردند، در جدول ۱ نشان داده شده است.

در نهایت پس از تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق و تأیید پرسشنامه توسط دانشگاه و گرفتن معرفی نامه و ارائه آن به رؤسای مراکز بهداشتی درمانی و کسب مجوز برای اجرای طرح در این مراکز، محقق به مراکز مورد نظر مراجعه می‌کرد و پس از ارائه توضیحات لازم به مسئولین مراکز در مورد روند انجام مطالعه و پس از کسب موافقت آن ها، اقدام به تکمیل چک لیست های مورد نظر می نمود. در ابتدا، با ارائه توضیحات لازم به ارائه دهندگان خدمات در مورد روند انجام مطالعه و پس از کسب موافقت آن ها، پژوهشگر به مشاهده ارائه مراقبت های پس از زایمان، توسط ارائه دهندگان خدمت به صورت مستمر می پرداخت؛ به طوری که در بدو ورود واحد پژوهش برای دریافت مراقبت به اتاق مامایی، زمانی که ارائه دهنده خدمت اقدام به شرح حال گیری، سؤال در خصوص عوارض و مشکلات شایع، معاینه اندام ها و اندازه گیری علائم حیاتی می‌کرد، پژوهشگر چک لیست مشاهده ارزیابی مهارت فنی شامل فرآیند تاریخچه گیری و معاینات بالینی را تکمیل می‌کرد. در حین این اقدامات، فرم ارزیابی ارتباط بین فردی نیز تکمیل می‌شد. بعد از معاینات بالینی و شرح حال گیری، پژوهشگر چک لیست مشاهده مشاوره و آموزش در حین ارائه مشاوره و

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد

تعداد (درصد)		
سن	۲۵-۱۵	۱۹۸
	۳۵-۲۵	۵/۲
	بالاتر از ۳۵	۹/۲
شغل	شاغل	۴/۴
	خانه دار	۹۴/۰
	دانشجو	۱/۶
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱۹/۲
	سیکل	۲۷/۶
	دیپلم	۴۱/۰
	بالاتر از دیپلم	۱۲/۲
درآمد	کمتر از حد کفاف	۳۱/۸
	در حد کفاف	۶۶/۸
	بیشتر از حد کفاف	۱/۴
تعداد زایمان	اول	۴۶/۶
	دوم	۳۲/۰

۱۵/۴	۷۷	سوم	
۶/۰	۳۰	چهارم و بالاتر	
۵۵/۶	۲۷۸	سزارین	نوع
۴۴/۴	۲۲۱	طبیعی	زایمان

توزیع فراوانی میزان کیفیت ابعاد مختلف مراقبت پس از زایمان بر اساس مدل بروس در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در جدول ۱ ارائه شده است که نتایج نشان داد علی رغم کیفیت متوسط در اکثر ابعاد مورد مطالعه، بعد آموزش و مشاوره و معاینات بالینی از کیفیت ضعیفی برخوردار بودند. نتایج نشان داد که کیفیت کلی مراقبت پس از زایمان در ۵۸/۶٪ موارد از کیفیت متوسطی برخوردار بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی میزان کیفیت ابعاد مختلف مراقبت پس از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد سال ۱۳۹۳

شرح حال گیری	عالی (۷۶٪ و بالاتر)		خوب (۷۵-۷۱٪)		متوسط (۵۰-۲۶٪)		ضعیف (۰-۲۵٪)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شرح حال گیری	۱۰۷	۲۱/۴	۱۶۴	۳۲/۸	۲۰۷	۴۱/۴	۲۲	۴/۴
معاینات بالینی	۰	۰	۱	۰/۲	۴۳	۸/۶	۴۵۶	۹۱/۲
مهارت فنی	۰	۰	۱۱۰	۲۲/۰	۳۲۴	۶۴/۸	۶۶	۱۳/۲
آموزش و مشاوره	۰	۰	۰	۰	۱۱۴	۲۲/۸	۳۸۶	۷۷/۲
ارتباط بین فردی	۰	۰	۹۸	۱۹/۶	۲۸۴	۵۶/۸	۱۱۸	۲۳/۶
مکانیسم پیگیری	۱۰	۲/۰	۵۷	۱۱/۴	۳۴۱	۶۸/۲	۹۲	۱۸/۴
انتخاب آگاهانه	۰	۰	۵۵	۱۱/۰	۴۲۷	۸۵/۴	۱۸	۳/۶
امکانات آموزشی	۳	۱۵/۸	۵	۲۶/۳	۱۰	۵۲/۶	۱	۵/۳
امکانات عمومی	۱۱	۵۷/۹	۸	۴۲/۱	۰	۰	۰	۰
امکانات خصوصی	۱۸	۹۴/۷	۱	۵/۳	۰	۰	۰	۰
سازماندهی شرایط	۱۳	۶۸/۴	۶	۳۱/۶	۰	۰	۰	۰
کیفیت کلی	۰	۰	۹۹	۱۹/۸	۲۹۳	۵۸/۶	۱۰۸	۲۱/۶

## بحث

یکی از اجزای اصلی مراقبت های اولیه بهداشتی، مراقبت های بهداشتی مادر و کودک در دوران پس از زایمان است. هدف از مراقبت های پس از زایمان، پیشگیری و تشخیص به موقع عوارض دوره پس از زایمان، بازگشت سریع مادر به وضعیت سلامتی مطلوب، تشویق به تغذیه کودک از پستان مادر، ارائه خدمات تنظیم خانواده جهت ارتقاء سلامت جسمی زنان و نوزادشان (۱۸)، همچنین تأمین نیازهای روانی و عاطفی، ارائه آموزش های اساسی بهداشتی به مادر یا خانواده او و آمادگی مادر جهت پذیرش نقش مادری و تسهیل گذر موفق به دوره والدی می باشد (۸). این در حالی است که کیفیت مراقبت های پس از زایمان از سطح متوسطی برخوردار است.

نتایج مطالعه در رابطه با بعد مهارت تکنیکی نشان داد که کیفیت این بعد در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد از سطح متوسطی برخوردار بود. همچنین نتایج بررسی زیر مجموعه های این بعد شامل شرح حال گیری و معاینات بالینی نشان داد که کیفیت عملکرد ارائه دهندگان مراقبت در بخش شرح حال گیری و تجویز مکمل از سطح متوسطی برخوردار بود، ولی در بخش معاینات بالینی و رعایت بهداشت (۹۱/۲٪ موارد) در اکثر موارد از سطح ضعیفی برخوردار بودند. عربان و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی کیفیت مراقبت های مامایی ارائه شده به زنان بستری در بخش زایمان در یزد به نتایج مشابهی دست یافتند و به وضعیت متوسط شرح حال گیری توسط ارائه دهندگان خدمت اشاره داشتند (۱۹). سیمبر و همکاران (۲۰۱۲) نیز وضعیت

تاریخچه‌گیری از مراجعان را در انجام مراقبت‌های قبل از زایمان در سطح متوسطی ارزیابی کردند (۲۰). اما در مطالعه فرخی و همکاران (۲۰۰۸) وضعیت شرح‌حال‌گیری مراقبت‌های ارائه شده دوران بارداری توسط ماماها‌ی مراکز بهداشتی مشهد مطلوب گزارش شد (۲۱). این اختلاف در وضعیت کیفیت شاید به این دلیل باشد که مراقبت‌های پس از زایمان به نسبت مراقبت‌های دوران بارداری برای ارائه‌دهندگان خدمت حائز اهمیت نباشد و مورد فراموشی قرار گرفته است. به‌طور کلی با توجه به این‌که شرح‌حال‌گیری صحیح و دقیق، تنها راه پی‌بردن به مشکلات بیمار است، لذا بهبود عملکرد پرسنل در همه جوانب این حیطه باید مد نظر مسئولین امر باشد.

پیتر (۲۰۰۹) در بررسی کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان و توران و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی ارزیابی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، کیفیت معاینات بالینی را ضعیف گزارش کردند (۱۴، ۱۶).

همچنین در مطالعه فرخی و همکار (۲۰۰۸) عملکرد ۹/۹۱٪ ماماها در رابطه با انجام معاینات فیزیکی نامطلوب بود (۲۱). این در حالی است که کنترل علائم حیاتی و معاینات بالینی برای کنترل سلامت مادر از اهمیت زیادی برخوردار است و انجام معاینات بالینی اهمیت زیادی در تشخیص زودهنگام عوارض پس از زایمان دارد. به طوری که معاینات عمومی برای مراجعان بار اول به عنوان یک روش غربالگری بیماری‌های داخلی و به عنوان یکی از مراقبت‌های ماما‌یی در مراجع و دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است (۱۴).

به‌طور کلی بُعد مهارت فنی ارائه‌دهنده خدمت در مطالعه حاضر متوسط ارزیابی شد که با نتایج مطالعه جهانی شوراب و همکاران (۲۰۱۳) هم‌سو بود (۷). آنان در بررسی کیفیت فرآیند مراقبت پیش از بارداری، وضعیت عملکرد تکنیکی را در حد متوسط بیان کردند. یافته‌های حاضر در بُعد آموزش و مشاوره در مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت مشاوره و آموزش به‌عمل آمده در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در ۷۷/۲٪ موارد از کیفیت پایینی برخوردار بود. محسنی و

همکاران (۲۰۰۹) در بررسی کیفیت مراقبت پس از زایمان از دید مادران به نتایج مشابهی در بخش آموزش دست یافتند (۸). نتایج مطالعه منصور و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد مادران در حین ارائه مراقبت‌های پس از زایمان، اطلاعات ضروری و مورد نیاز در خصوص مراقبت از خود و نوزاد را از سوی مراقبین بهداشتی دریافت نمی‌کنند (۲۲). اما نتایج مطالعه اولاداپو و همکاران (۲۰۰۸) و بوچکو و همکاران (۲۰۱۲) با مطالعه حاضر هم‌سو نبود و کیفیت بُعد آموزش و مشاوره را در حد مطلوب گزارش کردند (۲۳، ۲۴). در مطالعه اولاداپو برخلاف مطالعه حاضر که توجه اندکی به بُعد آموزش و مشاوره شده بود، دو سوم اطلاعات لازم در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان، به مادران آموزش داده شده بود. از دلایل عدم توجه به بُعد مشاوره و آموزش در ارائه مراقبت پس از زایمان می‌توان به نقص ساختاری در بخش آموزش و توصیه‌ها در فرم کشوری مراقبت پس از زایمان اشاره کرد، زیرا در این فرم‌ها به‌صورت کلی به محتوای آموزش اشاره شده است و توجهی به اجزای آن نشده است. از دلایل دیگر ضعیف بودن مشاوره می‌توان به این نکته اشاره کرد که اکثر ارائه‌دهندگان خدمت آموزش در زمینه‌های تنظیم خانواده، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد را بر عهده خود نمی‌دانستند و فرض را بر این می‌گذاشتند که مادران باید این اطلاعات را در بخش واکسیناسیون نوزاد دریافت کنند. همچنین می‌توان به محدود بودن و عدم دسترسی امکانات آموزشی در این زمینه اشاره کرد.

در مطالعه حاضر اکثر ماماها در محدوده متوسطی از مهارت‌های ارتباطی برخوردار بودند. سیمبر و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی کیفیت مراقبت قبل از زایمان و جهانی شوراب و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی فرآیند مراقبت قبل از بارداری به کیفیت متوسط مهارت‌های ارتباطی اشاره داشتند (۷، ۲۰). در مطالعه سیمبر و همکاران نیز همانند مطالعه حاضر در اکثر موارد ارائه دهنده مطالب، آموزش داده شده را با متقاضی مرور نمی‌کرد. در مطالعه جهانی شوراب نیز مواردی مانند اطمینان دادن به مراجع جهت محرمانه ماندن اطلاعات

رعایت نشد و در برخی موارد، حریم خصوصی مراجعین حفظ نمی‌شد.

در واقع برقراری ارتباط مناسب با مادران، از ابعاد مهم مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد که می‌تواند باعث ارتقاء کیفیت و سطح رضایت‌مندی مادران شود. عدم برقراری مؤثر با گیرندگان خدمت، منجر به مخفی ماندن مشکلات و نیازها و اختلال در کسب اطلاعات صحیح می‌شود (۲۵).

در مطالعه حاضر کیفیت انتخاب آگاهانه در مراقبت‌های پس از زایمان از سطح متوسطی برخوردار بود. نتایج به‌دست آمده در این بخش نشان داد که در ۷۲٪ موارد مادران در انتخاب روش پیشگیری از بارداری دخالت داده نمی‌شدند و در نهایت تصمیم قطعی برای روش جلوگیری مورد نظر گرفته نمی‌شد. در مطالعه توران و همکاران (۲۰۰۶) و مطالعه اولاداپو و همکاران (۲۰۰۸) همانند مطالعه حاضر، مادران در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری پس از زایمان شرکت داده نمی‌شدند و صحبتی در این خصوص صورت نمی‌گرفت (۱۴، ۲۴). با توجه به اینکه عدم مشارکت مادران در امر انتخاب روش پیشگیری از بارداری می‌تواند منجر به عدم استفاده از آن و به دنبال آن بارداری ناخواسته شود، توجه به این امر توسط ارائه‌دهندگان خدمت ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج به‌دست آمده از مطالعه نشان دهنده سطح متوسط مکانیسم پیگیری در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان بود. همانند مطالعه حاضر در مطالعه اولاداپو (۲۰۰۸) نیز اطلاعات در مورد مراجعه بعدی جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به همه مادران داده می‌شد و اطلاعات ثبت شده در مرکز نگهداری می‌شد (۲۴).

اما نتایج مطالعه توران و همکاران (۲۰۰۶) درباره بررسی کیفیت مراقبت‌های قبل و پس از زایمان در بیمارستان‌های استامبول، گویای نامطلوب بودن وضعیت پیگیری بیمارستان‌های مورد مطالعه این کشور بود (۱۴). علت اختلافات موجود در مطالعات ذکر شده می‌تواند به این دلیل باشد که ارائه‌دهنده خدمت در مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد برخلاف بیمارستان‌های استامبول به

صورت شیفت ثابت هستند و مادران در طول بارداری و پس از زایمان از یک ارائه‌دهنده، خدمات و مراقبت‌های لازم را دریافت می‌کنند که می‌تواند تأثیر مهمی بر مراجعه مجدد به همان مرکز جهت دریافت ادامه مراقبت‌ها داشته باشد. علاوه بر این موارد می‌تواند به دلیل بررسی اجزای متفاوت شامل مراجعه مجدد جهت انجام سونوگرافی و آزمایشات دیگر بود که در مراقبت‌های پس از زایمان لزومی ندارد.

در مطالعه حاضر در تمامی موارد، کیفیت سازماندهی شرایط و خدمات این مراقبت‌ها دارای سطح عالی و خوبی بود. سیمبر و همکاران در مطالعه‌ای کیفیت مراقبت قبل از زایمان مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را از نظر امکانات عمومی اتاق معاینه و انتظار، شرایط فیزیکی و امکانات آموزشی مورد بررسی قرار دادند. نتایج شرایط و امکانات، نشان دهنده وضعیت نسبتاً مطلوب اتاق معاینه، اتاق انتظار و شرایط فیزیکی و وسایل و تجهیزات و وضعیت متوسط امکانات آموزشی بود که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۰).

برخلاف مطالعه حاضر، محسنی و همکاران (۲۰۰۹) به کیفیت ضعیف امکانات و شرایط موجود در بیمارستان شهر اصفهان اشاره داشتند. آنان اظهار داشتند که محیط فیزیکی نامناسب از جمله عوامل نارضایتی و ناراحتی مادران بوده است و نقش مهمی در سلامت جسمی و روحی آنان دارد. علت اختلاف حاضر می‌تواند به دلیل متفاوت بودن در مکان انجام پژوهش و همچنین نوع روش مطالعه باشد؛ به طوری که در مطالعه محسنی وضعیت محیط فیزیکی از دید مادران بستری در بخش پس از زایمان در بیمارستان بوده است و مطالعه به صورت کیفی و مصاحبه‌ای انجام گرفت (۸).

با توجه به نتایج مطالعه، بررسی دلایل کیفیت متوسط ارائه خدمات در بخش مراقبت‌های پس از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حضور پژوهشگر اشاره کرد؛ به طوری که حضور آن در نحوه ارائه مراقبت‌های پس از زایمان توسط کارکنان بخش پس از زایمان و بر روی نتیجه پژوهش



تأثیر دارد که سعی شد با انجام مشاهده بیشتر و توجیه اهداف پژوهش به کارکنان بخش این تأثیر به حداقل برسد.

## نتیجه گیری

کیفیت ارائه کل مراقبت‌های پس از زایمان در اکثر موارد در حد متوسط می باشد. نتایج ارزیابی وضعیت ابعاد مختلف کیفیت مراقبت پس از زایمان نشان داد که وضعیت مهارت فنی (معاینات بالینی) و بُعد مشاوره و آموزش در مراقبت‌های پس از زایمان ضعیف می باشد، در حالی که بقیه ابعاد شامل مهارت فنی (شرح حال گیری)، ارتباط بین فردی، مکانیسم پیگیری و انتخاب آگاهانه و کیفیت کلی مراقبت پس از زایمان، از سطح متوسطی برخوردار می باشند. از آنجایی که کیفیت ارائه خدمات توسط کارکنان بهداشتی و درمانی در حفظ و ارتقاء سلامت مادران نقش مهمی دارد و ارتقاء کیفیت در سیستم بهداشتی به خصوص بهداشت باروری یکی از اهداف عمده سازمان بهداشت جهانی در

دهه اخیر است و با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد کیفیت ارائه مراقبت‌های پس از زایمان از کیفیت متوسطی برخوردار است، بنابراین مسئولین امر می توانند از نتایج این تحقیق در جهت افزایش کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان سود ببرند. همچنین توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت جهت ارائه مراقبت با کیفیت بالاتر توسط کارگاه‌ها و یا برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت الزامی می باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی با کد ۹۱۱۱۸۲ مصوب در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدین وسیله از همکاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی مشهد، اساتید و مربیان محترم و از پرسنل عزیز مراکز بهداشتی درمانی تشکر و قدردانی می شود.

## منابع

1. Chimtembo LK, Maluwa A, Chimwaza A, Chirwa C, Pindani M. Assessment of quality of postnatal care services offered to mothers in Dedza district, Malawi. *Open J Nurs* 2013; 3:343-50.
2. Dhaher E, Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Kramer A. Factor associated with lack of potential care among Palestine women: a cross-sectional study of three clinics in the West Bank. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8:26-35.
3. Roohi M, Alizadeh Charandabi SM. Mothers' problems experienced during the first year of postpartum and their association with the kind of childbirth in Mahabad, Iran, 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(23):28-37. (Persian).
4. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med* 2006; 4(2):156-67.
5. Mirzaee K, Shakeri MT. Maternal knowledge on postpartum care in healthcare centers of Mashhad, Iran in 2013. *J Midwifery Reprod Health* 2015; 3(4):456-64.
6. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I. Impact of supportive efforts on the quality of life primiparous women in the first six week after delivery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(17):17-24. (Persian).
7. Jahani Shourab N, Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Esmaili H. Assessment of prenatal care process based on donabedian model in Mashhad health centers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(53):7-17. (Persian).
8. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. The quality of postpartum care from mothers' viewpoint. *Hakim* 2009; 12(1):27-34. (Persian).
9. Taghizadeh ZI, Rezaiepour A, Mehran AB, Alimoradi Z. Usage of communication skills by midwives and its relation to clients' satisfaction. *Hayat* 2006; 12(4):47-55. (Persian).
10. Varghese J, Rajagopal K. A study to evaluate the level of satisfaction perceived by postnatal mothers following nursing care in postnatal wards as expressed by themselves. *J Biol Agricult Healthcare* 2012; 2(6):101-11.
11. Aghlmand S, Akbari F. Method to assess the quality of health services. Sixth International Conference on quality management, Tehran, Iran; 2005.
12. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990; 21(2):61-91.
13. Nounez Jose G. Educational material prepared in the workshop of quality improvement of reproductive health/family planning. Trans: Eslamloo F. Golstan, Iran: Ministry of Health and Medical Education publication; 2001. (Persian).

14. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortayl N, Akalın AK. The quality of hospital-based antenatal care in Istanbul. *Stud Fam Plann* 2006; 37(1):49-60.
15. Nanbakhsh H, Salarilak S, Islamloo F, Aglemand S. Assessment of women's satisfaction with reproductive health services in Urmia University of Medical Sciences. *East Mediterr Health J* 2008; 14(3):605-14.
16. Peter ND. Patient satisfaction with intrapartum and postpartum nursing care. Buea: Bachelor in Nursing Sciences (BNS); 2009.
17. Simbar M, Alizadeh DZ, Abed SZ, Alavi MH. Assessment of quality of care in postpartum wards of Shaheed Beheshti medical university hospital. *Pejouhandeh* 2005; 10(1):45-9. (Persian).
18. Wieggers TA. Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. *J Neonatal Nurs* 2006; 12(5):163-71.
19. Araban M, Karimy M, Tavousi M, Shamsi M, Niakan Kalhori S, Khazaiyan S, et al. Quality of midwifery care provided to women admitted. *J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery* 2013; 23(81):5893. (Persian).
20. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti University of medical sciences health centers. *Payesh* 2012; 11(4):529-44. (Persian).
21. Farrokhi F, Khadivzadeh T. The quality of midwives in providing of prenatal care in urban health centers, affiliated. *J Mashhad Univ Med Sci* 2008; 7(3):203-10. (Persian).
22. Mansour Lamadah S, El-Nagger NS. Mothers' satisfaction regarding quality of postpartum nursing care and discharge teaching plan at ain shams maternity and gynecological hospital. *Int J Curr Res* 2014; 6(7):7545-51.
23. Buchko BL, Gutshall CH, Jordan ET. Improving quality and efficiency of postpartum hospital education. *J Perinat Educ* 2012; 21(4):238-47.
24. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2008; 12(3):71-92.
25. Baghiani MM, Esfandiari R, Nazari M. Comparison of the effect of written or speech communication skills training of health staff on clients' satisfaction of Shiraz health centers. *Toloo-e-Behdasht* 2012; 11(1):32-40. (Persian).