

بررسی فرآیند مراقبت های پیش از بارداری بر مبنای

الگوی دونابدین در مراکز بهداشتی درمانی مشهد

ناهید جهانی شوراب^۱، فاطمه غفاری سردشت^{۲*}، فرزانه جعفرنژاد^۱

دکتر حبیب ا... اسماعیلی^۳

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۲۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۳/۱۸

خلاصه

مقدمه: با ارزیابی کیفیت و چگونگی ارائه مراقبت ها، می توان ضمن تعیین وضعیت موجود، از میزان تأثیر اقدامات انجام شده در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت ها آگاه شد. مدل دونابدین، یک الگوی مناسب ارزیابی مراقبت در عرصه خدمات بهداشتی می باشد. بر اساس این الگو، فرآیند مراقبت، بخش مهمی از مراقبت است که روند بین ارائه و دریافت خدمت را از بُعد تکنیکی و تعامل بین فردی مورد ارزیابی قرار می دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت ارائه مراقبت های قبل از بارداری بر اساس الگوی دونابدین انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۳۲۰ زن که جهت دریافت مراقبت های قبل از بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. افراد به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات ارائه دهندگان مراقبت، مشخصات واحدهای پژوهش و چک لیست ارزیابی مشاهده فرآیند مراقبت بود که به دو بخش عملکرد تکنیکی و تعامل بین فردی تقسیم شده بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کراسکال والیس و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره کلی بعد فرآیند مراقبت $47/92 \pm 8/70$ بود. در تفکیک فرآیند مراقبت به دو بخش عملکرد تکنیکی و تعامل بین فردی، نتایج نشان داد که میانگین نمره بخش عملکرد تکنیکی $23/52 \pm 4/71$ و میانگین نمرات بخش تعامل بین فردی $22/76 \pm 5/02$ بود. نتایج مطالعه در بررسی میزان تطابق مراقبت ها با سطح مطلوب نشان داد که وضعیت ارائه فرآیند مراقبت ها در ۹۳/۷ درصد موارد، متوسط بود.

نتیجه گیری: با توجه به سطح کیفیت مراقبت ها در حال حاضر، افزایش تعداد مراقبین بهداشتی به نسبت جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی، حساس سازی عمومی در زمینه مراقبت های قبل از بارداری و اطلاع رسانی بیشتر احساس می شود.

کلمات کلیدی: فرآیند، مدل دونابدین، مراقبت های قبل از بارداری، مراکز بهداشتی درمانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه غفاری سردشت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱
پست الکترونیک: ghaffarif891@mums.ac.ir

مقدمه

ارتقاء سلامت مادران، پنجمین هدف توسعه هزاره می باشد که بر اساس تخمین مرگ و میر مادران توسط گروه آژانس بین المللی سازمان ملل متحد^۱، تاکنون در تمام نقاط دنیا پیشرفت هایی در زمینه کاهش مرگ و میر مادران صورت گرفته است، اما به نظر می رسد سرعت این پیشرفت ها جهت دستیابی به اهداف توسعه هزاره مبنی بر کاهش ۷۵ درصدی آمار مرگ و میر مادران تا سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰، ناکافی و کند بوده است (۱). بر اساس اعلام مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها، ۳۰ درصد مادران ایالات متحده، حداقل دارای یک عامل خطر در دوران قبل از بارداری بوده و نتایج نامطلوب در بارداری، به صورت یکی از نگرانی های عمده در دنیا تبدیل شده است (۲). با پیشرفت علم پزشکی، دلیل بسیاری از بیماری ها و عوارض ناتوان کننده و مرگ آفرین آن در مادران و نوزادان شناخته شده است که شروع بسیاری از آنها به زمان قبل از بارداری بر می گردد؛ یعنی زمانی که می توان با انجام یک سری مراقبت های بهداشتی و پزشکی، سیر این بیماری ها و عوارض آنها را متوقف یا بسیار کند کرد تا سلامت مادر و جنین تهدید نشود (۳). مراقبت های قبل از بارداری نه تنها طیف گسترده ای از اقدامات تشخیصی، کنترل و درمان بیماری های مزمن و آمیزشی را در زنان سنین باروری شامل می شود، بلکه با انجام مشاوره های مناسب قبل از بارداری، باعث پیشگیری از چاقی و رسیدن به وزن مطلوب شده و نیز با اقداماتی نظیر تجویز اسیدفولیک به سلامت باروری کمک می کند (۴). به همین دلیل، سرویس سلامت عمومی آمریکا، مراقبت قبل از بارداری را به عنوان جزء اساسی مراقبت پره ناتال معرفی کرده است. مراقبت قبل از بارداری، مراقبت از زنان سنین باروری، قبل از اولین بارداری و یا بین بارداری ها، به منظور اطمینان از شناسایی و درمان عوارض و رفتارهایی می باشد که ممکن است مادر و نوزاد را در شرایط بحرانی قرار دهد (۵). به طور کلی می توان گفت که هدف از انجام مراقبت های قبل از بارداری، اطمینان از سلامتی والدین آینده در زمان قبل و حین

بارداری است (۶). به همین دلیل انجام این مراقبت ها با کیفیت مطلوب از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا مراقبت با کیفیت، با توجه به نتایج مطالعات، باعث کاهش ۳۳ درصدی مرگ و میر مادران در کشور می شود (۷). بنابراین با ارتقاء کیفیت مراقبت های قبل از زایمان، تا حد زیادی می توان میزان مرگ و میرها را در کشور کاهش داد و رسیدن به اهداف هزاره تا سال ۲۰۱۵ را تسریع بخشید، اما لازمه ارتقاء کیفیت مراقبت ها، ارزیابی مراقبت ها است (۸). ارزیابی کیفیت، چگونگی اجرای برنامه های بهداشتی و درمانی را نشان می دهد و نارسایی های برنامه ها را نیز مشخص می کند تا بتوان نسبت به حل ریشه ای مشکلات اقدام کرد (۹). کیفیت مناسب، به عنوان یک الویت در نظام بهداشتی درمانی مطرح می باشد، به گونه ای که در اکثر کشورها، درجه بندی و اعتباربخشی بیمارستان ها، وابسته به مراقبت ها و کیفیت آنها می باشد (۱۰). ارزیابی کیفیت به هر شیوه و با هر منطقی، از طریق گردآوری داده ها و تحلیل آنها صورت می گیرد. برای ارزیابی کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی، روش ها و الگوهای متفاوتی وجود دارد (۱۱). گسترده ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت های بهداشتی، ارزشیابی خدمات در حیطه ساختار، فرآیند و پیامد می باشد (۸). این الگو در سال ۱۹۶۶ توسط دونابدیان معرفی شد. بر اساس این الگو، مسیر ارزیابی کیفیت مراقبت، از ساختار (داشتن اشیاء و لوازم درست) شروع شده، سپس به طرف فرآیند (انجام کارهای صحیح) حرکت کرده و سرانجام در پیامد (انجام کارهای صحیح رخ داده شده) ختم می شود. بر اساس مدل دونابدین، ساختار به معنای زمینه ای است که خدمات در آن ارائه می شود، فرآیند به معنای روند دادن و گرفتن خدمات است و پیامد، به معنای تأثیر خدمات بر وضعیت سلامت بیماران و مردم است (۱۲). آنچه از این مدل استنباط می شود این است که فرآیند مراقبت بر روی پیامد تأثیرگذار است. بنابراین تا حدی می توان گفت جایی که ساختار ختم می شود، فرآیند شروع می شود و جایی که فرآیند ختم می شود، پیامد شروع می شود، ولی آنچه از همه مهمتر است، توانایی

¹ UN International Agency

مشخص کردن یک سلسله از موارد و اجزاء می باشد که به صورت یک اسکلت در کنار هم قرار گیرند (۱۳).

در این مدل، بعد فرآیند به بررسی عملکرد مراقبین بهداشتی و نحوه ارتباط آنان با مراجعین که در ارائه مراقبت های بهداشتی و درمانی مناسب، مؤثر است اختصاص دارد (۱۲). در ارزیابی فرآیند، فعالیت های انجام شده توسط کارکنان و چگونگی انجام آنها بر اساس دستوالعمل ها و استانداردها، مورد بررسی قرار می گیرد (۱۲، ۱۴). فرآیند با فرض تأمین حداقل ساختار مناسب، عنصر اساسی در تضمین کیفیت است. حتی اگر ارتباط علی و معلولی بین فرآیندهای ارائه مراقبت و نتایج نهایی آنها بی ثبات باشد، توجه مستمر به فرآیند، باعث دستیابی به نتایج مطلوب می شود (۱۲). مطالعات نیز نشان داده اند که اجرای فرآیند صحیح، منجر به نتایج مطلوب و رضایت بخش می شود. ارائه خدمت با کیفیت بالا، نیازمند مهارت بالای کارکنان و صرف وقت و دقت در ارائه خدمت است. کیفیت پایین عملکرد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نیز با نامطلوب کردن خدمات ارائه شده، نارضایتی مردم را به همراه خواهد داشت (۱۵). پس می توان گفت که کارکنان، کلید موفقیت برنامه های ارتقاء مستمر کیفیت می باشند. اگرچه کارکنان، سهم بسیار اندکی در مشکلات مربوط به کیفیت دارند، ولی نقش بسزایی در ارتقاء کیفیت مراقبت ها ایفا می کنند. کارکنان، مراقبت ها را انجام می دهند، بنابراین درگیری و مشارکت آنان برای تحقق ارتقاء کیفیت، امری حیاتی است (۱۶). فرآیند مراقبت شامل دو جزء عملکرد تکنیکی و تعاملات بین فردی می باشد (۱۷). بخش عملکرد تکنیکی، شامل کاربرد پزشکی بالینی در حل و رفع یک مسئله و مشکل ایجاد شده برای سلامتی (۱۸) و بخش تعامل بین فردی، تعامل بین مراجعین و پرسنل بهداشتی را بیان می کند. تعامل بین فردی شامل نحوه ارتباطات و توانایی ساختن یک رابطه صحیح و درک و همدلی با بیمار می باشد و موفقیت در ارائه یک تکنیک مطلوب، مشروط به برقراری یک تعامل خوب بین پرسنل بهداشتی و متقاضی دریافت خدمت می باشد (۱۹).

در مطالعه سیمبر و همکاران (۲۰۱۰)، بخش عملکرد تکنیکی فرآیند مراقبت، انجام معاینات مامایی و آزمایشات پاراکلینیک، مطلوب گزارش شد ولی بخش تعامل بین فردی، متوسط و ارائه آموزش ها ضعیف گزارش شد (۸). رانی و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود، تعامل بین فردی برقرار شده بین مراقبین بهداشتی و واحدهای پژوهش، صرف زمان کافی جهت ویزیت، نحوه رفتار پرسنل با مراجعین و احترام به حریم خصوصی مراجع را مورد ارزیابی قرار دادند و عملکرد پرسنل در این بخش را مطلوب گزارش کردند (۲۰). این مطالعات و سایر مطالعات مشابه، به ارزیابی فرآیند مراقبت های بارداری پرداخته و کمتر مطالعه ای به بررسی فرآیند مراقبت های قبل از بارداری پرداخته است. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی فرآیند مراقبت های پیش از بارداری بر اساس الگوی دونابندین انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۳۲۰ زن در سنین باروری مراجعه کننده به ۲۲ مرکز بهداشتی درمانی منتخب شهر مشهد انجام شد. روش نمونه گیری از نوع غیر احتمالی و چند مرحله ای بود، به این صورت که پس از طبقه بندی مراکز بهداشت سطح شهر مشهد در ۵ طبقه، مرکز بهداشت شماره ۱، ۲، ۳، ۴ و مرکز شماره ۵ انتخاب شد، سپس مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش آنها لیست شدند و به عنوان خوشه مد نظر قرار گرفتند. در مرحله بعد، از بین تمام زنان سنین باروری که جهت دریافت مراقبت های قبل از بارداری به مراکز بهداشتی منتخب شهر مشهد مراجعه کرده بودند، افراد واجد شرایط ورود به مطالعه به روش آسان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر مشهد بودن، قرار داشتن در سنین باروری، مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت مشاوره پیش از بارداری، فارسی زبان بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و برخوردار بودن از سلامت جسمی و روحی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عضو تیم بهداشتی^۱

^۱ کلیه پرسنلی که در مراکز بهداشتی و درمانی شاغل می باشند که شامل پزشک، پرستار، ماما، شاخه های رشته بهداشت و غیره است

بودن، داشتن مشکل نازایی، باردار بودن، ابتلاء به بیماری روانپزشکی و مصرف داروهای مؤثر بر روان^۱ در حال یا گذشته بود.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، شامل پرسشنامه مشخصات عامل ارائه خدمت، پرسشنامه مشخصات واحدهای پژوهش و چک لیست ارزیابی مشاهده فرآیند مراقبت بود که به دو بخش عملکرد تکنیکی و تعامل بین فردی تقسیم شده است. بخش عملکرد تکنیکی چک لیست مراقبت، شامل ۲۲ مورد و در ۵ بخش: گرفتن شرح حال، آزمایشات و سونوگرافی، ایمن سازی، ثبت اقدامات انجام شده و اقدامات مورد نیاز و بخش آموزش و توصیه ها بر اساس فرم مراقبت قبل از بارداری تدوین شده است. بخش تعامل بین فردی نیز شامل ۲۲ مورد مبنی بر تعامل بین ارائه دهنده مراقبت و واحد پژوهش می باشد. نحوه نمره دهی به سؤالات بخش های عملکرد تکنیکی و تعامل بین فردی به این صورت بود که هر مورد ارزیابی با سه گزینه "انجام شد، ۲ امتیاز"، "ناقص انجام شد، ۱ امتیاز" و "انجام نشد، ۰ امتیاز" مورد ارزیابی قرار می گرفت. به هر گزینه ای که توسط مراقب بهداشتی به طور کامل انجام می شد "امتیاز ۲"، به گزینه هایی که ناقص انجام می شد، "امتیاز ۱" و به مواردی که انجام نمی شد، "امتیاز صفر" تعلق می گرفت. گزینه "موردی ندارد" نیز برای هر معیار در نظر گرفته شده بود که در صورت نداشتن دلیلی برای انجام آنها در هنگام ارائه مراقبت، حذف و از احتساب کلی خارج می شد.

مجموع نمرات در نظر گرفته شده مربوط به بخش عملکرد تکنیکی، ۵۲ امتیاز و بخش تعامل بین فردی، ۴۴ امتیاز بود. در پایان، پس از به دست آوردن مجموع امتیازات، به منظور تطابق با سطح مطلوب مراقبت ها، جمع امتیازات به دست آمده بر حسب درصد محاسبه و در سه سطح ضعیف (۰ تا ۳۳ درصد)، متوسط (۳۴ تا ۶۶ درصد) و خوب (۶۷ تا ۱۰۰ درصد) طبقه بندی شد.

روش کار به این صورت بود که پس از ارائه پروپوزال به معاونت بهداشتی دانشگاه و تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق و تأیید پرسشنامه توسط دانشگاه و گرفتن معرفی

نامه و ارائه آن به رؤسای مراکز بهداشتی منتخب و کسب مجوز برای اجرای طرح در این مراکز، محقق به مراکز مراجعه می کرد و پس از ارائه توضیحات لازم به ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات در مورد روند انجام مطالعه و پس از کسب موافقت آنها، به مشاهده ارائه مراقبت های قبل از بارداری توسط ارائه دهندگان خدمت به صورت مستمر می پرداخت. جهت تعیین روایی ابزار مورد استفاده، چک لیست فرآیند مراقبت، فرم مشخصات واحدهای پژوهش و فرم مشخصات مراقبین بهداشتی توسط ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی بررسی و اعتبار محتوا آن مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی فرم مشخصات واحدهای پژوهش و فرم مشخصات مراقبین بهداشتی، با توجه به استفاده مکرر آن در مطالعات قبلی و تأیید پایایی، نیازی به تعیین پایایی مجدد نداشت. چک لیست بررسی فرآیند نیز با استفاده از روش همبستگی بین سنجش گرها تأیید شد. به این صورت که فرم ها در ۱۰ مشاهده به طور همزمان توسط پژوهشگر و همکار پژوهشی وی به طور جداگانه تکمیل شد، سپس تک تک داده های به دست آمده توسط پژوهشگر و همکارش سنجیده شد و با تعیین ضریب همبستگی بالای ۷۰ درصد مورد تأیید قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون کراسکال والیس و کای اسکوئر و با سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۳۲۰ زن در سن باروری با میانگین سنی $۵/۱۹ \pm ۲۷/۰۷$ سال مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج مطالعه، ۲۹۰ نفر (۹۰/۶٪) از افراد خانه دار، ۱۳۹ نفر (۴۳/۴٪) دارای تحصیلات متوسطه، ۲۲۳ نفر (۶۹/۷٪) سابقه بارداری و ۲۰۴ نفر (۶۴/۲٪) تجربه زایمان داشتند. نتایج مربوط به وضعیت بیمه نشان داد که ۲۰۷ نفر (۶۴/۹٪) از زنان، تحت پوشش یک نوع بیمه قرار داشتند. سوابق تعداد بارداری و زایمان های قبلی واحدهای پژوهش به طور خلاصه در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

^۱ایمی پرامین، دیازپام، فنوباریتال، فلوکسیتین، هالوپریدول، کلر دیازپوکساید و...

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد بارداری و زایمان

متغیر	تعداد بارداری	تعداد زایمان
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
یک	۱۲۶ (۳۶)	۱۳۲ (۳۷/۷)
دو	۷۴ (۲۱/۱)	۷۲ (۲۰/۶)
سه و بیشتر	۳۶ (۱۰/۳)	۱۵ (۴/۳)
کل	۳۵۰ (۱۰۰)	۳۵۰ (۱۰۰)

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد سقط و تعداد مرده زایی

متغیر	تعداد سقط	تعداد مرده زایی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
یک	۵۱ (۷۹/۷)	۴ (۸۰)
دو	۱۰ (۱۵/۶)	۱ (۲۰)
سه و بیشتر	۳ (۴/۷)	-
کل	۶۴ (۱۰۰)	۵ (۱۰۰)

بهداشتی، میانگین سابقه کاری آنها و سال هایی که در بخش مراقبت های ادغام یافته مادران، مشغول ارائه خدمات بودند، به طور خلاصه در جدول ۳ ارائه شده است.

از بین پرسنلی که مسئول ارائه خدمات قبل از بارداری بودند، ۳۶ نفر (۹۲/۳٪) ماما بودند و ۲۷ نفر (۶۹/۲٪) آنها از ابتدای طرح مراقبت های قبل از بارداری، مشغول ارائه این نوع خدمات بودند. میانگین سنی مراقبین

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار برخی مشخصات مراقبین بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی ۵ گانه مشهد

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	میان	حداقل	حداکثر	تعداد
سن مراقبین بهداشتی	۳۷/۹۲ ± ۶/۹۷	-	۲۴	۵۳	۳۹
کل سال های سابقه خدمت	۱۳/۶۴ ± ۷/۲۶	-	۱	۲۹	۳۹
سابقه ارائه خدمت در بخش مراقبت های ادغام یافته مادران	۴/۳۰ ± ۱/۱۵	-	۱	۵	۳۹
تعداد روزهای گذرانده در بازآموزی سال قبل	۱/۴۷ ± ۰/۷۷	۱	۱	۳	۱۹

انجام آزمایشات و موارد ارجاع نشان داد که در برخی مراکز، روند انجام آزمایشات و سایر موارد ارجاع به خوبی صورت نمی گیرد، زیرا اغلب فرم های قبل از بارداری موجود در پرونده های بهداشتی در بخش آزمایشات ناقص و یا سفید بودند.

اظهاری که ارائه دهندگان مراقبت های قبل از بارداری در مورد مسئولیت های محوله در مراکز در پرسشنامه های ارائه شده عنوان کرده بودند حاکی از آن بود که ۲۴ نفر (۶۱/۵٪) آنها، علاوه بر انجام مراقبت ها، مسئولیت های دیگری را نیز در مرکز به عهده داشتند، نتایج نشان داد که حتی برخی پرسنل، دو یا سه مسئولیت دیگر را نیز به عهده داشتند، ولی با این وجود، ۲۹ نفر (۷۴/۴٪)

بر اساس نتایج مطالعه، کمتر از یک دوم مراقبین بهداشتی (۴۸/۷٪) در سال گذشته در دوره های بازآموزی مراقبت های ادغام یافته شرکت کرده بودند زیرا در برخی مراکز، به دلیل نبود جایگزین برای مامای ارائه دهنده خدمات مامایی در مرکز، امکان شرکت در جلسات بازآموزی وجود نداشت.

نتایج در بخش بررسی نحوه استخدام پرسنل نشان داد که در برخی مراکز، تمام عوامل ارائه خدمت طرحی بوده و آموزش خاصی در زمینه مراقبت های ادغام یافته مادران دریافت نکرده بودند، مسئولین مراکز نیز در آموزش این افراد، فقط به نحوه صحیح تکمیل فرم ها در ابتدای دوره طرح اکتفا کرده بودند. نتایج مطالعه در مورد

آنها ابراز داشتند که فرصت انجام مراقبت های قبل از بارداری را دارند. نتایج مطالعه در زمینه نگرش مراقبین بهداشتی نسبت به ضرورت انجام مراقبت های قبل از بارداری نشان داد که ۳۱ نفر (۷۹/۵٪) آنها ضرورت انجام مراقبت ها و علاقمندی خود را به حرفه زیاد و خیلی زیاد گزارش کردند. در زمینه کسب مهارت های ارتباطی و مشاوره ای، نتایج نشان داد که ۲۸ نفر (۷۱/۸٪) آنها این کارگاه ها را گذرانده بودند.

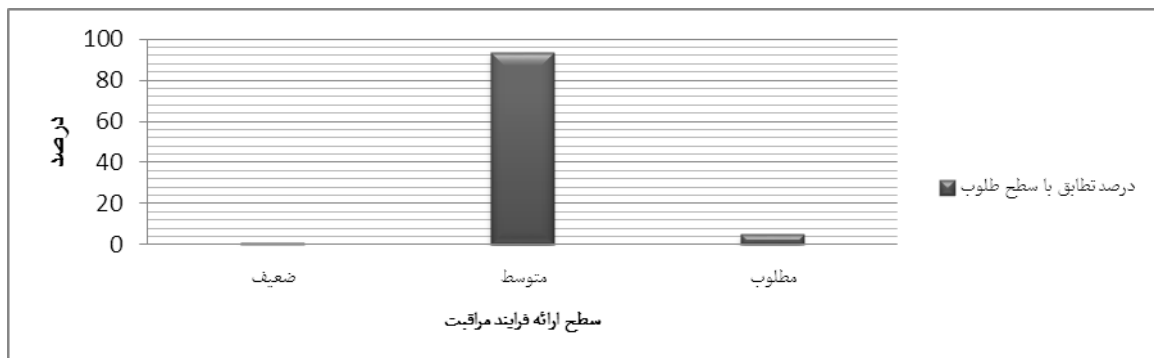
نتایج مطالعه در زمینه بررسی فرآیند مراقبت های قبل از بارداری ارائه شده در مراکز نشان داد که میانگین نمره کلی فرآیند مراقبت های قبل از بارداری $47/92 \pm 8/70$ بود. در بخش اجزای فرآیند مراقبت، میانگین نمره بخش عملکرد تکنیکی مراقبت در مراکز ۵ گانه $23/52 \pm 4/71$ و در بخش تعامل بین فردی $22/76 \pm 5/02$ بود.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره کلی فرآیند مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه شهر مشهد

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	حداکثر و حداقل	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	تعداد
میانگین نمره کلی فرآیند مراقبت	$47/92 \pm 8/70$	(۸۱ و ۱۵)	۴۷/۰۰	۴۷/۰۰ تا ۴۸/۸۴	۳۵۰
میانگین نمره بخش عملکرد تکنیکی فرآیند مراقبت	$23/52 \pm 4/71$	(۴۰ و ۹)	۲۳/۰۰	۲۳/۰۲ تا ۲۴/۰۱	۳۵۰
میانگین نمره بخش تعامل بین فردی فرآیند مراقبت	$22/76 \pm 5/02$	(۴۳ و ۶)	۲۲/۰۰	۲۲/۲۳ تا ۲۳/۲۹	۳۵۰

نتایج مطالعه در زمینه بررسی سطح تطابق ارائه مراقبت ها با سطح مطلوب نشان داد که فرآیند کلی ارائه

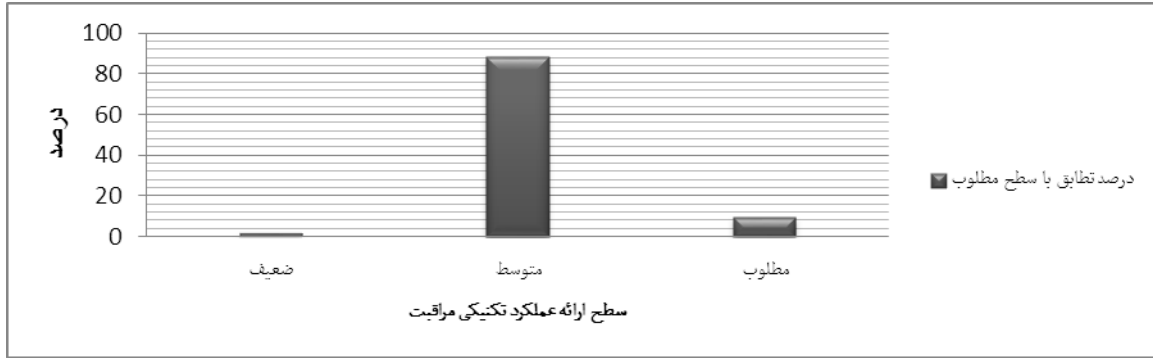
مراقبت ها در ۹۳/۷ درصد موارد، متوسط بود (نمودار ۱).



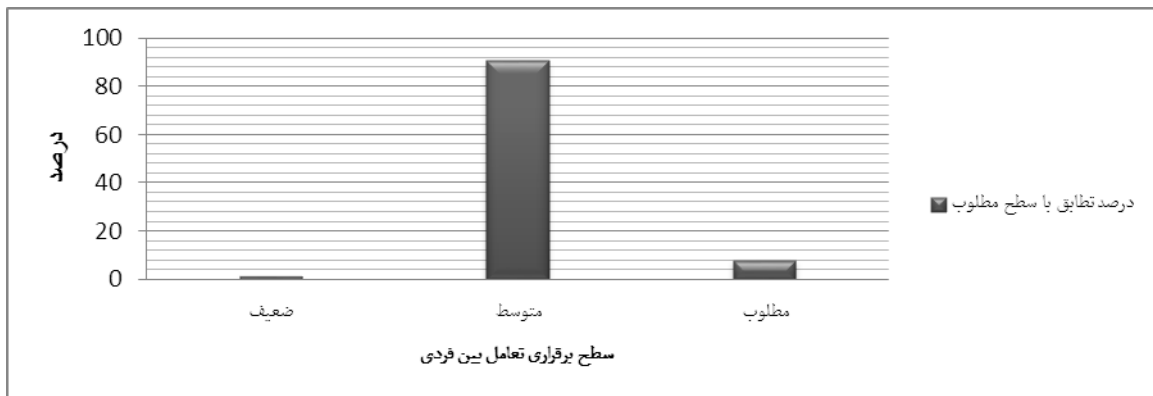
نمودار ۱- فراوانی توزیع سطوح فرآیند مراقبت های قبل از بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه مشهد

نتایج مطالعه در زمینه بررسی درصد تطابق ارائه مراقبت ها با وضعیت مطلوب اجزای فرآیند مراقبت نشان داد که عملکرد تکنیکی مراقبین بهداشتی در

۸۸/۶ درصد موارد و در بخش تعامل بین فردی برقرار شده بین مراقبین بهداشتی و مراجعین در ۹۰/۶ درصد، متوسط بود (نمودار ۲ و ۳).



نمودار ۲- توزیع فراوانی سطوح ارائه عملکرد تکنیکی مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه مشهد



نمودار ۳- توزیع فراوانی سطوح تعامل بین فردی برقرار شده بین مراقب بهداشتی و مراجعه کننده در مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه مشهد

بهداشتی نسبت به انجام مراقبت های قبل از بارداری با میانگین نمره فرآیند مراقبت ارتباط معنی داری داشت (p=۰/۰۱۲).

نتایج مطالعه در زمینه بررسی ارتباط مشخصات مراقبین بهداشتی با میانگین نمره فرآیند مراقبت با مشخصات مراقبین بهداشتی به دست آمده نشان داد که از بین مشخصات مراقبین بهداشتی، فقط نوع نگرش مراقب

جدول ۵- ارتباط بین نگرش پرسنل نسبت به ضرورت انجام مراقبت های قبل از بارداری با میانگین نمره کلی فرآیند مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه شهر مشهد

نتیجه آزمون	میانگین نمره بعد فرآیند	متغیر
آزمون کراسکال والیس Chi-square=8/875 df=۲ p=۰/۰۱۲	میانگین رتبه ای	نگرش پرسنل نسبت به ضرورت انجام مراقبت های قبل از بارداری
	۱۵/۶۷	متوسط
	۱۷/۰۴	زیاد
	۲۶/۲۳	خیلی زیاد

بارداری (p=۰/۱۷۷)، میزان علاقه مندی به شغل (p=۰/۱۹۶)، گذراندن مهارت های ارتباطی (p=۰/۹۵۴)، داشتن مسئولیت یا مسئولیت های دیگر علاوه بر ارائه خدمات ماماایی (p=۰/۰۹۲) و شرکت در دوره بازآموزی

آزمون های آماری در زمینه بررسی مشخصات مراقبین بهداشتی به تفکیک مراکز بهداشتی، نشان داد که بین سمت مراقبین (p=۰/۲۷۴)، نوع استخدام (p=۰/۱۷۲)، داشتن فرصت کافی جهت انجام مراقبت های قبل از

سال گذشته در زمینه مراقبت های ادغام یافته مادران ($p=0/707$) در بین مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه مشهد ارتباط معنی داری وجود نداشت، ولی از نظر نگرش نسبت به ضرورت انجام مراقبت های قبل از بارداری در بین مراکز، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/005$). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که در بخش عملکرد تکنیکی مراقبت، ارائه آموزش های مندرج در فرم مراقبت قبل از بارداری، تقریباً در بیش از نیمی از موارد انجام نمی شد، در بخش تعامل بین فردی نیز، مطمئن ساختن بیمار در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، عدم معرفی ارائه دهنده به گیرنده خدمت، عدم رعایت مهارت غیر کلامی در برقراری ارتباط با مراجع مواردی بودند که در زمان انجام مشاوره و مراقبت کمتر به آن توجه می شد. در زمینه اطلاع رسانی و آگاه کردن مراجعین نسبت به اهمیت مراقبت های قبل از بارداری و انجام آن در مراکز، عملکرد مراکز ضعیف بود.

بحث

یکی از ارکان اساسی مراقبت های بهداشتی درمانی، ارتقاء سلامت خانواده بوده و مشاوره قبل از بارداری، یکی از راه های رسیدن به آن است. مشاوره قبل از بارداری، در واقع بررسی و کنترل کلیه عوامل تأثیرگذار بر نتایج بارداری است که می تواند منجر به انتخاب روش مراقبتی مناسب برای زنان و به سلامت گذراندن مراحل بارداری و زایمان شود (۲۲). در این زمینه، مراقبین بهداشتی می توانند با تقویت توانایی مادران در مراقبت از فرزند، راهنمایی و مشورت مناسب ارزیابی سلامت جسمی، روانی و تأیید و تصدیق عوامل فرهنگی مورد نظر مادران و خانواده آنها، بهترین حامی آنها باشند (۲۳). این در حالی است که بر اساس نتایج مطالعه حاضر، فرآیند مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر مشهد از سطح متوسطی برخوردار است. سیمبر و همکاران (۲۰۱۳)، در مطالعه بررسی کیفیت مراقبت قبل از زایمان، فرخی و همکار (۲۰۰۸) در مطالعه بررسی عملکرد ماماها و انصاری نیا و همکار (۲۰۰۳) در مطالعه بررسی کیفیت مراقبت های قبل از

زایمان، به کیفیت ضعیف مراقبت ها اشاره کردند (۸)، (۲۴، ۲۵). کروزجی (۱۹۹۸) نیز در مطالعه خود اظهار داشت که در مراکز بهداشتی درمانی، در بیش از ۶۰ درصد موارد، مراقبت های کامل ارائه نمی شود (۲۱)، شاید یکی از دلایل عملکرد متوسط ارائه دهندگان مراقبت قبل از بارداری، نداشتن فرصت کافی باشد، زیرا بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ۶۱/۵ درصد از ارائه دهندگان خدمات قبل از بارداری، علاوه بر مراقبت های قبل از بارداری، مسئولیت های دیگری مانند غربالگری تیروئید، مسئول آموزش، واکسیناسیون، مسئول آمار، بازدید از پایگاه ها و مسئولیت های دیگر را در مرکز به عهده داشتند. سیمبر نیز در مطالعه خود، یکی از دلایل نامطلوب بودن کیفیت مراقبت ها را، نداشتن فرصت کافی ماماها جهت ارائه حمایت روحی و روانی مادران عنوان کرد (۸). بر اساس آمارهای به دست آمده، فقط در ۹/۱ درصد مراکز مورد بررسی، نسبت وجود یک ماما به ازاء هر ۱۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی، رعایت شده بود که این امر منجر به تشکیل صف های انتظار طولانی در مراکز پرجمعیت شده بود و مراجعین به دلیل کمبود مامای شاغل در واحد مامایی، مجبور به تحمل زمان طولانی جهت دریافت مراقبت مورد نیاز خود بودند.

برخلاف مطالعه حاضر، مطالعه اولاداپو و همکاران (۲۰۰۸)، فرآیند مراقبت های قبل از زایمان را در هر دو بخش عملکرد تکنیکی و تعامل بین فردی مطلوب گزارش کرد (۲۵)، ولی در مطالعه سیمبر (۲۰۱۳) (۸) که به بررسی کیفیت خدمات قبل از زایمان پرداخت، مانند مطالعه حاضر، فرآیند مراقبت در بخش تعامل بین فردی را متوسط و در بخش عملکرد تکنیکی به جز بخش بررسی های پاراکلینیک و معاینات مامایی که نسبتاً مطلوب بودند، سایر موارد مراقبت ارائه شده را، متوسط گزارش کرد.

در مطالعه اولاداپو، دو سوم اطلاعات لازم، به زنان آموزش داده شده بود ولی در مطالعه حاضر، ارائه آموزش ها به صورت جدی انجام نمی گرفت که این امر شاید به این دلیل باشد که مراقبین بهداشتی، اکثر تلاش خود را در جهت ارائه هر چه با کیفیت تر مراقبت های دوران

خطر و مشکلاتی که ممکن است بر نتایج بارداری تأثیر بگذارند، شناسایی و تعدیل شوند.

در مطالعه حاضر، عملکرد پرسنل در بخش تعامل بین فردی نیز در سطح متوسط بود، شاید بتوان گفت که مراقب بهداشتی آنگونه که سعی در بالا بردن کمیت انجام مراقبت ها دارد، تلاش کمتری در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت قبل از بارداری انجام می دهد. در مطالعه حاضر به مراجع اطمینان داده نمی شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند، مراجع از عمومی بودن سؤالات آگاه نمی شدند، پرسنل از مهارت غیر کلامی جهت برقراری ارتباط سازنده با مراجع استفاده نمی کردند و یا در برخی موارد، حریم خصوصی مراجع حفظ نمی شد. در مطالعه سیمبر نیز مواردی مانند اطمینان دادن به مراجع جهت محرمانه ماندن اطلاعات رعایت نشد.

ارتباط بین ماما یا پزشک با مادر و تعامل بیشتر بین آنها بسیار مهم است، در این راستا باید از تکنیک های فعال گوش کردن، ابراز توجه، لمس و تماس چشمی متناسب با احساسات و بیانات مادر استفاده کرد (۸). هر چند در این مطالعه، ۷۱/۸ درصد از ارائه دهندگان خدمات، آموزش های برقراری مهارت های ارتباطی را گذرانده بودند، ولی متأسفانه در هنگام ارائه مراقبت ها، نکاتی که در کارگاه ها و جلسات آموزشی آموزش داده می شد، به مرحله اجرا در نمی آید که این امر می تواند ناشی از نداشتن فرصت کافی جهت ارائه مراقبت های قبل از بارداری و یا ناکافی بودن کارگاه های آموزش مشاوره و یا ناشی از صف طولی از مراجعین باشد که در اتاق انتظار، متقاضی دریافت خدمات مامایی می باشند.

در مورد محدودیت های اجرایی مطالعه حاضر می توان گفت که عواملی مانند شخصیت، الگوهای فرهنگی، نگرش ها و وابستگی های طبقاتی، بر رفتار و میزان توقع و انتظارات افراد مؤثر است و بر نحوه پاسخگویی به سؤالات تأثیر می گذارد که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود. همچنین در رابطه با گرفتن اطلاعات در مواردی مانند سابقه ابتلاء به بیماری های طبی یا مشکلات روحی، صحت اظهارات واحدهای پژوهش ملاک بود و در مورد معاینه پزشک، چون پژوهشگر ماما بود و نمی توانست نحوه معاینه پزشک را مورد ارزیابی

بارداری انجام می دادند و مراقبت های قبل از بارداری را بیشتر به منظور افزایش رشد کمی مراقبت ها انجام می دادند و دیگر اینکه مراقبت های قبل از بارداری هنوز جایگاه خود را در اذهان عمومی و حتی در نزد پرسنل مراکز بهداشتی درمانی به دست نیاورده است. همچنین در مطالعه اولاداپو، تعداد مراقبین بهداشتی موجود در مراکز کم بود که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۵).

کیفیت یک ویزیت، قبل از تولد به همان اندازه تعداد و دفعات مراقبت، اهمیت دارد و مراقبت های قبل از تولد، باید به گونه ای ارائه شوند که به نیازهای زن باردار پاسخ دهند و سلامتی او و کودکش را تضمین کنند. در یک ویزیت دوران بارداری، ارائه دهنده مراقبت با گرفتن یک تاریخچه کامل، انجام معاینات فیزیکی دقیق، تست های آزمایشگاهی به موقع و ثبت گزارش دقیق، می تواند به سرعت، مشکلات احتمالی را شناسایی کرده و معیارهای لازم را برای تصمیم گیری مناسب در مورد مراقبت ها و ارائه خدمات فراهم کند (۲۱).

همچنین در مطالعه حاضر، تنها ۴۸/۷ درصد از ارائه دهندگان خدمات در سال گذشته موفق به گذراندن دوره بازآموزی شده بودند و سایر افراد، به دلایلی مانند نبودن جایگزین جهت انجام مراقبت ها در مراکز، در جلسات بازآموزی حاضر نشده بودند. نتایج مطالعه در زمینه بررسی فرآیند مراقبت های قبل از بارداری ارائه شده به مراجعین نشان داد که نزدیک به ۱۰۰ درصد ارائه مراقبت ها، در سطح متوسطی ارائه می شد. این سطح متوسط، هم مربوط به بخش عملکرد تکنیکی و هم برقراری تعامل بین مراقب بهداشتی و مراجعه کننده بود. مراقبین بهداشتی ضمن تکمیل فرم مراقبت قبل بارداری باید توصیه های لازم در تمامی موارد مندرج از جمله پاپ اسمیر، بررسی وضعیت واکسیناسیون فرد، معاینات دندانپزشکی، توصیه به مصرف اسیدفولیک و ... را داشته باشند که به نظر می رسد فرصت کافی جهت ارزیابی تمام موارد موجود در فرم مراقبت قبل از بارداری در یک جلسه امکان پذیر نیست، لذا این مراقبت ها بهتر است همانند مراقبت های دوران بارداری، در جلسات متوالی انجام شود تا تمام موارد

قرار دهد، به همین دلیل این قسمت از مطالعه حذف شد. از محدودیت های این مطالعه استفاده از روش مشاهده جهت جمع آوری اطلاعات از نحوه عملکرد مراقبین می باشد و هر چند که سعی شد ارزیابی مراقبت ها پس از چند نوبت مشاهده انجام شود، ولی به دلیل حضور پژوهشگر ممکن است روند مراقبت از حالت معمول خود خارج شده و مراقب بهداشتی سعی در کنترل رفتار خود در حین ارائه مراقبت نماید.

همچنین اطلاع رسانی عمومی در جهت اهمیت مراقبت های قبل از بارداری به نظر می رسد که در ارتقاء کیفیت مراقبت ها مؤثر واقع شود. در پایان می توان نتیجه گرفت که به لحاظ نوپا بودن انجام مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر مشهد، موانع و مشکلاتی در سر راه انجام مراقبت ها وجود دارد که باید مورد بررسی و اصلاح قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی است که با کد ۵-۹۱ در تاریخ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۱ در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد. بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد که تأمین اعتبار این مطالعه را بر عهده داشتند و همچنین از مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی مشهد، اساتید و مربیان محترم و از پرسنل عزیز مراکز بهداشتی درمانی که ما را در این زمینه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

نتیجه گیری

با توجه به مطالب فوق، افزایش کارکنان مامایی شاغل در واحد مامایی مراکز، ارزیابی و نظارت جدی تر بر نحوه ارائه مراقبت های قبل از بارداری در مراکز و نحوه پیگیری و تکمیل فرم های مراقبت شده موجود در پرونده های بهداشتی انجام گردد. همچنین آموزش تمام پرسنل ارائه دهنده مراقبت های ادغام یافته با هر نوع استخدام، برگزاری منظم دوره های بازآموزی در زمینه مراقبت های ادغام یافته مادران، ایجاد حساسیت در پرسنل مراکز جهت انجام هر چه بهتر این مراقبت ها و

منابع

1. Soltani R, Alizadeh Sh, Majidi S. [Trends of maternal mortality rate in the world between the years 1990 and 2010. In: Proceeding of the 30th Obstetrics and Gynecology Congress; 2012, Autumn. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2012:521. [in Persian].
2. Kent H, Johnson K, Curtis M, Hood JR., Atrash H. Proceeding of the preconception health and health care clinical, public health, and consumer workgroup meetings group meeting centers for disease control and prevention 2006 Jun 27-28. Atlanta, Georgia. Georgia: National Center on Birth Defects; 2006.
3. Hajizadeh Sh, Farshid Moghaddam M. [Women in need of preconception care] [Article in Persian]. Behvarz 2008;19(3):47.
4. Broussard DL, Sappenfield WB, Fussman C, Kroelinger CD, Grigorescu V. Core state preconception health indicators: a voluntary, multi-state selection process. Matern Child Health J 2011 Feb;15(2):158-68.
5. Biemann J, Dunlop AL, Brady C, Dubin C, Brann A Jr. Promising practices in preconception care for women at risk for poor health and pregnancy outcomes. Matern Child Health J 2006 Sep;10(5 Suppl):S21-8.
6. Nekouei N, Pakgouhar M, Khakbazan Z, Mahmoodi M. [Midwifery students Knowledge of preconception care] [Article in Persian]. J Nurs Midwifery 2004 Winter;24.
7. Emami AN, Jalilv P, Delavar P, Radpooyan L, Azmikhah A, Motlagh MA, et al. [The promotion and improvement of the system of maternal care and maternal mortality prevention]. Tehran: Tandis Publications; 2006 [in Persian].
8. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. [Quality of antenatal care in health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Science] [Article in Persian]. Payesh J 2013 Winter;11(4):529-44.
9. Bell R, Krivich MJ. How to use patient satisfaction data to improve health care quality, American society for Quality. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press, 2000.
10. Karimi Mouneghi H, Taheri N, Behnam Vashani HR, Vagheie S. [Communication skills training on quality of nursing care] [Article in Persian]. Ir J Evidence-based 2013 Winter;2(4):37-46.
11. Aghlmand S, Akbari F. [Method to assess the quality of health services] [Article in Persian]. Sixth International Conference on Quality Management. 1384.
12. Nikpour B, Majlesi F. [Evaluating the quality of health services]. Tehran: Tehran University; 2002:105. [in Persian].

13. Donabedian A, Bashshur R. An introduction to quality assurance in health care. Oxford:Oxford University Press;2003.
14. Department of Health and Family Welfare Government of Gujarat. District quality assurance programme for reproductive health services: an operational manual. 2006 May. Available from: http://www.gujhealth.gov.in/images/pdf/qa_manual.pdf
15. Sonenberg A. Medicaid and state regulation of nurse-midwives: the challenge of data retrieval. Policy Polit Nurs Pract 2010 Nov;11(4):253-9.
16. Baghanian A, Aghamohammadi G, Saie A, Rahmani H, Saeedpour J. [Management in health care]. 2nd ed. Tehran:Gap Publication;2003:795-9. [in Persian].
17. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. Health Serv Res 2008 Feb;43(1 Pt 1):54-75.
18. Campbel SM, Roland MO, Buetow SA. Definition quality of care. National primary care Research and Development center, Manchester:University of Manchester;2000;51:1611-25.
19. Salzer MS, Nixon C, Schut JA. Quality as relationship between structure, Process, and outcome [microform]: a conceptual framework for evaluating quality. Washington, D.C.:ERIC Clearinghouse;1996.
20. Rani M, Bonu S, Harvey S. Differentials in the quality of antenatal care in India. Int J Qual Health Care 2008 Feb;20(1):62-71.
21. Farrokhi F, Khadivzadeh T. [The quality of midwives in providing of prenatal care in urban health centers, affiliated] [Article in Persian]. J Mashhad Univ Med Sci 2008 Summer;7(3)203-10.
22. Merghati Khuiee E, Adab Z, Vahedi F, Farajvand N, Afzalinia T, Rahmanpour L, et al. [Compare checklist and guideline of preconception care between Iran and some developed countries] [Article in Persian]. Ir J Behdad 2011 ;3(10):33-5.
23. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi HA. [Quality of postnatal care from the perspective of mothers] [Article in Persian] . J Rafsanjan Univ Med Sci 2009 Spring;12(1):27-34
24. Ansarinia N, Izadi Sabet F. [Quality of antenatal care based on current standards] [Article in Persian]. J Semnan Univ Med Sci2003;5(1-2):81-86
25. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. Afr J Reprod Health 2008 Dec;12(3):71-92.