

لزوم تعیین شاخص جهت نظارت بر کیفیت

مراقبت‌های پیش از بارداری

فاطمه غفاری سردشت^{۱*}، دکتر افسانه کرامت^۲

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. استاد گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

خلاصه

مقدمه: مراقبت‌های قبل از بارداری به منظور حفظ و ارتقای سلامت مادران طراحی و ملاک ارزیابی عملکرد پرسنل را رضایت‌مندی گیرنده خدمت تعیین نموده‌اند، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین نحوه ارائه خدمات پیش از بارداری و رضایت‌مندی زنان انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۲۸۰ زن سنین باروری که جهت دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری به ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهرستان شاهرود مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم مشخصات فردی مامایی واحد پژوهش و پرسشنامه خودگزارشی زنان سنین باروری در زمینه عملکرد پرسنل بهداشتی و پرسشنامه رضایت‌مندی از خدمات ارائه شده در زمینه مراقبت‌های قبل از بارداری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شاخص استاندارد جهت تعیین کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری وجود ندارد. همچنین این مراقبت‌ها به صورت ناقص ارائه می‌گردد. بیشترین عملکرد پرسنل در زمینه مصرف اسید فولیک و کمترین مورد آموزش بهداشت روان و بهداشت جنسی بود، با این وجود ۹۷٪ زنان مطالعه از مراقبت‌های ارائه شده در مراکز بهداشتی راضی و خیلی راضی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان‌دهنده عدم آگاهی زنان سنین باروری از محتوای مراقبت‌های پیش از بارداری بود، زیرا با وجود ضعف در عملکرد پرسنل، رضایت‌مندی بالایی را از دریافت مراقبت گزارش نمودند، بنابراین نمی‌توان تنها با ارزیابی رضایت‌مندی گیرندگان مراقبت، به کیفیت مراقبت پی برد.

کلمات کلیدی: شاخص، کیفیت مراقبت، مراقبت‌های پیش از بارداری، مراکز بهداشتی درمانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر افسانه کرامت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن: ۰۲۳-۳۲۳۹۵۰۵۴؛ پست الکترونیک: keramat1@yahoo.com

مقدمه

بارداری یکی از مهم‌ترین تجربه‌های زندگی یک زن است و داشتن برنامه‌ریزی برای بارداری، یکی از بهترین راه‌حل‌ها برای رفع مشکلات حاملگی، ایجاد یک بارداری بدون خطر، حفظ و تأمین سلامت مادر و کودک می‌باشد (۱). طبق تعریف مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (۲۰۰۶)، مراقبت قبل از بارداری مجموعه مداخلاتی است که از طریق پیشگیری و درمان صورت می‌پذیرد و هدف آن شناسایی و تعدیل مخاطرات زیستی پزشکی، رفتاری و اجتماعی است که سلامت مادر و پیامد حاملگی را تهدید می‌کند (۲).

پس از اجرایی شدن نخستین اقدامات مراقبتی قبل از زایمان در اواخر دهه ۱۹۳۰ در انگلستان و ایرلند شمالی، کم‌کم این تفکر شکل گرفت که در زنجیره منظم مراقبت مادری شکافی وجود دارد و مراقبت‌های قبل از بارداری به‌عنوان حلقه گمشده این زنجیره می‌تواند ارتقاء نتایج حاملگی، زایمان و سلامت کودکان را به‌دنبال داشته باشد (۳، ۴). بنابراین به‌طور رسمی مراقبت‌های قبل از بارداری از سال ۱۹۸۰ به زنان سنین باروری ارائه شد. در ابتدا این مراقبت‌ها تنها به زنانی ارائه می‌شد که در بارداری‌های قبلی خود با یک نوع عارضه مواجه شده بودند، اما امروزه مراقبت‌های قبل از بارداری به‌عنوان یکی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه زنان سنین باروری قبل از اولین حاملگی یا بین حاملگی‌ها به منظور ارتقاء سلامت، ارزیابی خطر، مداخله و تعدیل مخاطرات تهدید کننده سلامت مادر و کودک محسوب می‌گردد. اخیراً نیز حوزه مراقبت‌های قبل از بارداری گسترده‌تر شده و مراقبت‌های مردان قبل از بارداری را نیز در بر گرفته است. با این وجود ایجاد مداخله و کاهش مخاطرات سلامت زنان هسته مرکزی مراقبت‌های قبل از بارداری بوده و هدف کلی مراقبت‌های قبل از بارداری، بهبود وضعیت سلامت مادر و کاهش رفتارهای پرخطر او و عوامل محیطی است که موجب پیامد نامطلوب مادر و کودک می‌گردد (۵).

آمارها نشان می‌دهد دو پنجم زنان ناخواسته باردار می‌شوند، در نتیجه ۴۰٪ زوجین زمانی تصمیم به مراقبت می‌گیرند که برای انجام مداخله خیلی دیر

است. طیف نسبتاً وسیعی از زنان کشورهای در حال توسعه یعنی بیش از یک چهارم کل زنان سنین باروری از بیماری‌ها و صدمات حاد یا مزمن مرتبط با بارداری و زایمان رنج می‌برند (۶). بنابراین به لحاظ اثرات زودهنگام این بیماری‌ها بر سرانجام بارداری، باید قبل از باردار شدن تشخیص داده شده و تحت کنترل قرار گیرند. زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت، فشارخون، بیماری‌های قلبی و ... جزء گروه‌های پرخطر در دوران بارداری می‌باشند که عدم تشخیص و ارزیابی‌های به‌موقع و نیز بی‌توجهی به آنان در امر مراقبت‌های بهداشتی، باعث به‌جا گذاشتن صدمات جبران‌ناپذیری می‌گردد (۷). سایر عوارض نیز مانند سوء تغذیه مادر و فقر آهن هستند که خطر مرگ مادر در سراسر دنیا را حداقل ۲۰٪ افزایش می‌دهند (۸). همچنین بیشتر از ۳۵٪ بارداری‌ها در زنان با عفونت گنوکوکی ناشناخته رخ می‌دهد که منجر به تولد نوزاد کم‌وزن، زایمان زودرس و مرگ پرناتال می‌گردد (۹). دیابت، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های طبی مزمن شناخته شده است و در بیش از ۸٪ بارداری‌ها مشاهده می‌شود (۱۰). نتایج مثبت مراقبت‌های پیش از بارداری بر دیابت شناخته شده و غیرقابل انکار است. بالا بودن میزان گلوکز خون مادر، عامل خطری است که در اوایل بارداری با افزایش میزان سقط و ناهنجاری جنینی (قلبی، عصبی و عروقی) همراه است، اما مطالعات نشان داده‌اند که چنانچه انجام مراقبت‌های قبل از بارداری با کیفیت مناسب در مادران مبتلا به دیابت انجام گردد، قند خون مبتلایان قبل از لقاح در محدوده طبیعی حفظ گردیده و میزان بروز ناهنجاری‌های مادرزادی، زایمان زودرس و سقط خودبه‌خودی در مقایسه با گروه مشابه که فاقد دریافت خدمات قبل از بارداری بوده‌اند، کاهش می‌یابد (۱۱). مزایای برخوردار از مراقبت‌های پیش از بارداری در زنان دیابتی جهت پیشگیری از عوارض مادری و جنینی به حدی است که متخصصین زنان و مامایی آمریکا (۲۰۰۵) انجام مشاوره‌های قبل از بارداری را از لحاظ اقتصادی مقرون به‌صرفه اعلام کرده‌اند (۱۲).

روش کار

این مطالعه توصیفی از شهریور تا بهمن ماه سال ۱۳۹۹ در شهرستان شاهرود انجام گرفت. نمونه پژوهش را ۲۸۰ زن سنین باروری تشکیل دادند که جهت دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر شاهرود مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول نسبت‌ها و مطالعه مشابه با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۵٪ محاسبه گردید. نمونه‌گیری نیز به روش چندمرحله‌ای انجام گرفت. ابزار پژوهش در این مطالعه مشتمل بر فرم اطلاعات فردی و مامایی واحد پژوهش بود. این فرم حاوی دو بخش مشخصات فردی (مشتمل بر ۹ سؤال در مورد سن، مدت ازدواج، شغل زن، شغل همسر، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، محل سکونت، میزان درآمد، وضعیت بیمه و پرداخت هزینه مراقبت‌های قبل از بارداری توسط بیمه) و مشخصات مامایی (مشتمل بر ۱۴ سؤال در مورد سابقه و تعداد بارداری، سابقه و تعداد زایمان، تعداد فرزند، ابتلاء به بیماری زمینه‌ای و نوع آن، سابقه حاملگی پرخطر، سابقه سقط و مرده‌زایی، سابقه مرگ نوزاد در صورت سابقه بارداری، مرکز دریافت مراقبت در بارداری قبلی، سابقه دریافت مراقبت قبل از بارداری، سابقه کسب اطلاعات در زمینه مراقبت‌های قبل از بارداری، میزان اطلاعات در زمینه مراقبت‌های قبل از بارداری و سابقه داشتن مرگ شیرخوار و نوع روش پیشگیری از بارداری) بود. پرسشنامه‌های اصلی پژوهش، پرسشنامه دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری و پاسخ به صورت خودگزارشی در زمینه دریافت اجزای مراقبت‌های قبل از بارداری بود که مشتمل بر ۱۸ گویه بود که جواب به این سؤالات با بله و خیر مشخص شده بود و در صورتی که مراقبت مربوطه را دریافت کرده بود، با جواب بله و در غیر این صورت با جواب خیر پاسخ داده می‌شد و در صورتی که جواب خیر بود، از مطالعه خارج می‌شدند. هر گویه مورد بررسی در این چک‌لیست به دو صورت "انجام شد" (۱) و "انجام نشد" (۰) نمره‌دهی شده بود. دامنه نمرات چک‌لیست بین ۱۸-۰ امتیاز بود. پرسشنامه رضایت‌مندی نیز حاوی ۲۸ سؤال و مشتمل بر ۴ بخش رضایت از ساختار مراقبت، رضایت از مشاوره

در ایران نیز مطالعاتی در زمینه اثربخشی مراقبت‌های قبل از بارداری انجام گرفته است، ولی معضل اصلی نحوه ارائه این مراقبت‌ها و تعیین کیفیت آن می‌باشد. مطالعات انجام شده در ایران هر یک به روشی مراقبت‌های قبل از بارداری را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. به عنوان مثال احمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) با طراحی چک‌لیست، انطباق مراقبت‌های قبل از بارداری ارائه شده را با استانداردهای ملی متوسط گزارش نمودند (۱۳). همچنین کمالی‌فرد و همکاران (۲۰۱۳) در ارزیابی مراقبت‌های قبل از بارداری (سلامت روان، سبک زندگی و ارزیابی فعالیت فیزیکی) از خودگزارشی زنان استفاده نموده و مراقبت‌های ارائه شده را ضعیف گزارش نمودند (۱۴). غفاری و همکاران (۲۰۱۵) نیز با طراحی چک‌لیست عملکرد پرسنل در حین ارائه مراقبت و تعامل بین فردی آنان را با گیرنده خدمت مورد ارزیابی قرار داده و سطح مراقبت‌ها را متوسط گزارش نمودند (۱۵). طراحی شاخص استاندارد تعیین کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری مانند بسیاری از انواع شاخص‌های بهداشت عمومی که برای نظارت بر وضعیت سلامت یک جامعه استفاده می‌شود، برای نظارت بر اجرای خدمات و مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری در سطح جمعیت کاربرد دارد (۱۶). این شاخص‌ها به دولت‌ها این امکان را می‌دهد تا داده‌های مربوط به وضعیت سلامت زنان در سنین باروری را به طور یکنواخت تعریف، جمع‌آوری و گزارش نمایند. یکی از شاخص‌هایی که می‌توان جهت تعیین کیفیت مراقبت استفاده نمود، رضایت‌مندی زنان از نحوه ارائه مراقبت‌ها می‌باشد. رضایت‌مندی زنان، پیش‌بینی‌کننده اصلی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. همچنین رضایت مصرف‌کننده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی بر تصمیمات وی در مورد انتخاب مراقبت‌های بهداشتی و نتایج درمانی است. رضایت از طریق نحوه ارائه مراقبت‌های بهداشتی، از جمله نوع مرکز مراقبت‌های بهداشتی و ویژگی‌های ارائه دهنده مراقبت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. با این تفاسیل، مطالعه حاضر با هدف تعیین لزوم تعیین شاخص جهت نظارت بر کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری انجام گرفت.

و مراقبت، رضایت از آموزش‌های ارائه شده و رضایت از پزشک می‌باشد. سؤالات به‌صورت مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، نظری ندارم (۲)، مخالفم (۱) و کاملاً مخالفم (۰) نمره‌بندی شده و دامنه نمرات بین ۰-۱۱۲ در نظر گرفته شده است. اطلاعات به‌دست آمده از این پرسشنامه نیز جهت مقایسه با سطح مطلوب برحسب درصد در ۴ سطح ۲۵-۰٪ به‌عنوان خیلی ناراضی و ناراضی، ۵۰-۲۶٪ به‌عنوان بی‌نظر، ۷۵-۵۱٪ به‌عنوان راضی و ۱۰۰-۷۶٪ به‌عنوان خیلی راضی برآورد شده است که درصد‌های بالاتر به منزله رضایت‌مندی بیشتر می‌باشد. روایی ابزار به‌روش روایی محتوا و پایایی آن به‌روش آلفای کرونباخ تأیید گردید. پایایی پرسشنامه رضایت‌مندی از طریق آلفای کرونباخ، با آلفای ۰/۸۹ تأیید شد. پایایی پرسشنامه عملکرد پرسنل از طریق آلفای کرونباخ، با آلفای بالای ۰/۷۰ تأیید شد.

نمونه‌گیری به‌روش چندمرحله‌ای انجام شد و چارچوب نمونه‌گیری پژوهش، مراکز بهداشتی درمانی بود. جهت نمونه‌گیری ابتدا مراکز بهداشت شهرستان شاهرود و شهرهای تابعه به‌عنوان طبقه در نظر گرفته شدند. سپس در مرحله بعد تمام مراکز بهداشتی درمانی شهری شهر شاهرود به‌عنوان خوشه مدنظر قرار گرفتند و از هر خوشه به تناسب تعداد زنان سنین باروری تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی، سهمیه‌ای تعیین شد و در نهایت در مرحله بعد از بین تمام زنان سنین باروری که جهت دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه کردند، افراد واجد شرایط ورود به پژوهش به‌روش آسان و در دسترس انتخاب شدند.

روش جمع‌آوری داده‌ها نیز به این‌صورت بود که پژوهشگر در ابتدای امر، پس از هماهنگی با رؤسای مراکز بهداشت شاهرود و مسئولین مراکز بهداشتی درمانی منتخب، در واحد ارائه‌دهنده مراقبت‌های قبل از بارداری حضور می‌یافت و ضمن معرفی خود به مسئول مربوطه و بیان اهداف مطالعه، بر بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات تأکید می‌نمود و جهت حضور

در مرکز و مصاحبه با زنان سنین باروری کسب اجازه می‌نمود. در مرحله بعد پژوهشگر هر روز صبح به یک مرکز مراجعه می‌کرد و از زنانی که جهت دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه می‌نمودند، افراد حائز شرایط پژوهش را شناسایی و در صورتی که این افراد معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، پس از کسب رضایت کتبی و اطمینان به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه ماندن اطلاعاتشان، توضیحاتی در مورد اهداف، مراحل، روش کار و چگونگی نحوه پاسخ‌دهی به آنها داده می‌شد و سپس پژوهشگر فرم مشخصات فردی و مامایی و پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش را به‌روش مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل می‌نمود. در این مطالعه از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی استفاده شد؛ به این‌صورت که برای بیان متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و جهت بیان متغیرهای کیفی از درصد و فراوانی استفاده گردید.

یافته‌ها

بر اساس نتایج، ۲۸۰ زن سنین باروری جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کردند که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده 30.38 ± 7.02 سال (۷۴-۱۷ سال) و مدت ازدواج 8.11 ± 5.94 سال (۳۰-۱ سال) بود. در این مطالعه ۱۸۵ نفر (۷۰/۳٪) از افراد زنان خانه‌دار بودند، ۱۱۰ نفر (۴۰/۷٪) از همسران دارای شغل آزاد بودند. مدرک تحصیلی ۱۵۲ نفر (۵۴/۹٪) از زنان و ۱۴۰ نفر (۵۰٪) از مردان مدرک دانشگاهی بود. ۱۷۳ نفر (۶۲/۵٪) از افراد مسکن شخصی داشتند و درآمد ۲۲۲ نفر (۸۰/۷٪) از افراد در حد کفاف بود. ۲۳۹ نفر (۸۶/۳٪) از زنان دارای یک نوع بیمه بودند و ۱۲۴ نفر (۵۲/۱٪) از آنها هزینه آزمایشات قبل بارداری را با بیمه پرداخت کرده بودند (جدول ۱).

جدول ۱- تعداد و درصد مشخصات فردی و خانوادگی افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	
خانهدار	۱۸۵ (۷۰/۳)	
شغل	محصل یا دانشجو	۱۹ (۷/۲)
	شاغل	۵۹ (۲۲/۴)
شغل همسر	کارگر	۳۳ (۱۲/۲)
	کارمند	۸۹ (۳۳/۰)
	کشاورز یا دامدار	۱۲ (۴/۴)
تحصیلات زن	آزاد	۱۱۰ (۴۰/۷)
	سایر	۲۶ (۹/۶)
	زیر سیکل	۴۱ (۱۴/۸)
تحصیلات مرد	متوسطه و دیپلم	۸۴ (۳۰/۳)
	دانشگاهی	۱۵۲ (۵۴/۹)
	زیر سیکل	۵۱ (۱۸/۳)
مسکن	متوسطه و دیپلم	۸۸ (۳۱/۵)
	دانشگاهی	۱۴۰ (۵۰/۰)
	شخصی	۱۷۳ (۶۲/۵)
درآمد	استیجاری	۹۸ (۳۵/۴)
	سایر	۶ (۲/۲)
	کمتر از حد کفافی	۳۹ (۱۴/۲)
داشتن بیمه	در حد کفافی	۲۲۲ (۸۰/۷)
	بیشتر از حد کفافی	۱۴ (۵/۱)
	بلی	۲۳۹ (۸۶/۳)
بیمه هزینه آزمایشات قبل از بارداری	خیر	۳۸ (۱۳/۷)
	بلی	۱۱۴ (۴۷/۹)
	خیر	۱۲۴ (۵۲/۱)

عارضه در بارداری و بارداری‌های قبلی خود داشتند. ۱۵۴ نفر (۵۵٪) از زنان تاکنون زایمان داشتند که ۱۶ نفر (۵/۸٪) سابقه زایمان زودرس را گزارش کرده بودند. ۱۴۰ نفر (۵۱/۵٪) از زنان دارای فرزند بودند و ۷۷ نفر (۲۷/۷٪) از زنان سقط داشتند. سایر مشخصات بارداری در جدول ۲ نشان داده شده است.

در ۳۱ نفر (۱۱٪) از افراد در فامیل نسبی درجه ۱ افراد شرکت‌کننده، ناهنجاری مادرزادی وجود داشت و ۱۱۷ نفر (۴۲/۷٪) از افراد از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نموده بودند و سایر زنان بی‌روش بودند. ۱۱۹ نفر (۷۳/۲٪) از زنان شرکت‌کننده تاکنون باردار شده بودند و ۵۰ نفر (۱۹/۱٪) سابقه بارداری ناخواسته داشتند. ۵۰ نفر (۱۹/۱٪) نیز سابقه تجربه ۱ یا چند

جدول ۲- تاریخچه باروری زنان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
بلی	۳۰ (۱۱/۰)	بلی	۱۴۰ (۵۱/۵)
خیر	۲۴۳ (۸۹/۰)	خیر	۱۳۲ (۴۸/۵)
بلی	۱۱۷ (۴۲/۷)	بلی	۷۷ (۲۷/۷)
خیر	۱۵۷ (۵۷/۳)	خیر	۲۰۱ (۷۲/۳)
بلی	۱۹۹ (۷۳/۲)	بلی	۱۴ (۵/۱)
خیر	۷۳ (۲۶/۸)	خیر	۲۶۲ (۹۴/۹)

بارداری ناخواسته	بلی	۵۱ (۱۸/۳)	تولد نوزاد مرده	بلی	۹ (۳/۲)
	خیر	۲۲۸ (۸۱/۷)		خیر	۲۶۹ (۹۶/۸)
حاملگی با عارضه	بلی	۵۰ (۱۹/۱)	مرگ شیرخوار	بلی	۱ (۰/۴)
	خیر	۲۱۲ (۸۰/۹)		خیر	۲۶۷ (۹۹/۶)
زایمان	بلی	۱۵۴ (۵۵/۰)	بیماری زمینه‌ای	بلی	۲۹ (۱۰/۴)
	خیر	۱۲۶ (۴۵/۰)		خیر	۲۵۱ (۸۹/۶)
زایمان زودرس	بلی	۱۶ (۵/۸)	پیگیری بیماری	بلی	۳۷ (۱۹/۸)
	خیر	۲۵۹ (۹۴/۲)	زمینه‌ای	خیر	۱۵۰ (۸۰/۲)
روش پیشگیری از بارداری	هورمونی	۱۰ (۳/۶)	سابقه انجام مراقبت	بلی	۱۱۲ (۴۱/۲)
	غیر هورمونی	۸۷ (۳۱/۱)	پیش بارداری	خیر	۱۶۰ (۵۸/۸)
	ندارد	۱۸۳ (۶۵/۴)			

سایر نتایج در بخش عملکرد پرسنل بهداشتی نشان داد میانگین نمره عملکرد پرسنل بهداشتی $11/47 \pm 3/76$ (۱۸ - نمره) بود. بیشترین مورد از اجزای مراقبت که پرسنل بهداشتی آن را به زنان مورد مطالعه ارائه نموده بودند، مصرف اسید فولیک و آموزش نحوه مصرف آن بود.

بر اساس نتایج مطالعه میانگین نمره رضایتمندی زنان مطالعه از مراقبت‌های قبل از بارداری ارائه شده $90/65 \pm 11/52$ (۱۱۰-۶۴ نمره) بود. همچنین ۱۲۵ نفر (۴۷/۲٪) راضی، ۱۳۵ نفر (۵۰/۹٪) خیلی راضی و ۵ نفر (۱/۹٪) نسبت به نحوه ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری بی‌نظر بودند.

جدول ۳- خودگزارشی زنان از خدمات ارائه شده توسط پرسنل بهداشتی در زمینه ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری

سنجه‌های مورد بررسی	تعداد (درصد)
کنترل علائم حیاتی	۲۳۲ (۸۲/۹)
کنترل قد	۲۴۴ (۸۷/۱)
کنترل وزن	۲۴۴ (۸۷/۱)
تعیین شاخص توده بدنی	۲۲۴ (۸۰)
آموزش تغذیه‌ای بر اساس شاخص توده بدنی	۱۴۹ (۵۳/۲)
ارجاع جهت آزمایشات پاراکلینیک	۲۱۵ (۷۶/۸)
ارزیابی سوابق بارداری و زایمان قبلی	۲۰۱ (۷۱/۸)
ارزیابی ابتلاء به بیماری زمینه‌ای	۲۰۵ (۷۳/۲)
معاینه پستان	۱۰۵ (۳۷/۵)
بررسی انجام پاپ‌اسمیر و توصیه جهت انجام آن	۹۰ (۳۲/۱)
ارزیابی نوع روش کنتراسپتیو	۲۲۷ (۸۱/۱)
ارزیابی سلامت روان	۹۵ (۳۳/۹)
ارزیابی وضعیت ایمونیزاسیون	۲۱۵ (۷۶/۸)
آموزش بهداشت فردی	۱۹۲ (۶۸/۶)
معاینه دهان و دندان و ارائه آموزش مربوطه	۱۳۷ (۴۸/۹)
آموزش مصرف اسید فولیک	۲۵۸ (۹۲/۱)
آموزش بهداشت روان	۴۰ (۱۴/۲)
آموزش بهداشت جنسی	۱۹ (۶/۷)

بحث

به منظور حفظ و ارتقاء سلامت مادران، برنامه مراقبت ادغام یافته و جامع سلامت مادران توسط وزارت بهداشت طراحی و در حال اجرا است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد عملکرد پرسنل از سطح متوسطی برخوردار می‌باشد و در ارائه اجزای مراقبت، همه موارد موجود در محتوای مراقبت‌های پیش از بارداری به زنان گروه هدف ارائه نمی‌گردد و همچنین ارائه آموزش‌های بهداشتی قبل از بارداری نیز از سطح مطلوبی برخوردار نمی‌باشد، ولی اکثر گیرندگان خدمت از خدمات ارائه شده رضایت‌مندی بالایی داشتند.

نتایج مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که عملکرد پرسنل حین ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری متوسط است (۱۵) که نتایج آن با مطالعه حاضر مشابه بود. در مطالعه حاضر نیز که مراقبت‌ها به صورت الکترونیک ارائه می‌گردد، عملکرد پرسنل باز هم از سطح متوسطی برخوردار می‌باشد و پرسنل سعی در ارتقاء کمیت مراقبت‌ها و تلاش در جهت پر کردن محتوای مراقبت در سامانه را دارند. زنان مطالعه حاضر گزارش نمودند پرسنل بهداشتی در زمینه ارائه مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری ضعف دارند. همچنین در ارائه مواردی مانند غربالگری سلامت روان، کمترین میزان عملکرد بالینی را دارند. نتایج مطالعه حاضر در بخش ارائه آموزش‌های بهداشتی مشابه مطالعه غفاری بود. در بخش آموزش نیز در مطالعه غفاری، ضعف آموزشی وجود داشت. شاید یکی از دلایل ضعف عملکرد آموزشی پرسنل در ارائه مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری را بتوان فقدان دستورالعمل و گایدلاین آموزش سلامت قبل از بارداری دانست، زیرا در این زمینه محتوای آموزشی استاندارد طراحی نشده است و پرسنل طبق دانش خود، آموزش‌های لازم در این زمینه را ارائه می‌دهند.

نکته دیگر در مقایسه مطالعه غفاری و مطالعه حاضر در این است که عملکرد پرسنل بهداشتی در مطالعه غفاری قبل از الکترونیک شدن مراقبت‌ها و مطالعه حاضر پس از الکترونیک شدن مراقبت‌ها مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج نشان‌دهنده آن است که الکترونیک شدن مراقبت‌ها

بر کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری تأثیری نداشته است و تعیین‌کننده اصلی کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری، عملکرد پرسنل بهداشتی و نحوه ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری می‌باشد. این عملکرد پرسنل است که با توجه به نتایج مطالعه، رضایت‌مندی زنان گروه هدف را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد عملکرد پرسنل بهداشتی در ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری از سطح متوسطی برخوردار می‌باشد. به عنوان مثال تنها در حدود نیمی از زنان، شاخص توده بدنی محاسبه شده و متناسب با آن آموزش‌های تغذیه‌ای ارائه گردیده است. پرسنل بهداشتی حتی موارد درج شده در سامانه الکترونیک را به طور کامل ارائه نمی‌دهند، به عنوان مثال تنها ۹۵ نفر (۳۳/۹٪) از زنان مورد مطالعه تحت بررسی و غربالگری سلامت روان قرار گرفته بودند. در این راستا پازنده و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود از پر کردن فاصله بین دستورالعمل‌های مبتنی بر بهترین شواهد و اقدامات بالینی واقعی در بالین مادران به عنوان یک چالش یاد کرده بودند (۱۷).

غفاری و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود گزارش کردند که فقط یک سوم از زنان برای مراقبت‌های قبل از بارداری مراجعه کرده بودند و اغلب زنان مطالعه بدون برنامه‌ریزی قبلی باردار شده بودند. شاید یکی از دلایل آن، کیفیت پایین خدمات قبل از بارداری ارائه شده توسط پرسنل مراکز بهداشتی باشد (۱۸). فغانی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه مرور بر کیفیت مراقبت‌های مامایی در ایران گزارش کردند که کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری در ایران از سطح متوسطی برخوردار می‌باشد، ولی زنان گیرنده خدمت، رضایت‌مندی بالایی از ارائه این سطح از مراقبت را گزارش نمودند (۱۹). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه رضایت‌گیرندگان خدمت، از ابعاد مهم بررسی کیفیت یک خدمت بهداشتی محسوب می‌شود، ولی همیشه به معنای تطابق کیفیت خدمت با استانداردهای موجود بین‌المللی و ملی نیست. البته باید به این نکته نیز اشاره نمود که بار کاری پرسنل در مراکز بهداشتی، وجود دستورالعمل‌های متعدد و ارائه خدمات به تمام گروه‌های

نتیجه گیری

مراقبت‌های قبل از بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی از سطح متوسطی برخوردار می‌باشد و به‌طور کامل به زنان متقاضی خدمت ارائه نمی‌گردد. با این وجود زنان مطالعه از خدمات پیش از بارداری ارائه شده رضایت داشتند. با توجه به نتایج به‌دست آمده از مطالعه جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری، تغییر استراتژی موجود جهت ارائه این مراقبت‌ها و تعیین شاخص جهت بررسی اثربخشی مراقبت‌های قبل از بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی توصیه می‌گردد. علاوه بر این می‌توان به مواردی مانند افزایش تعداد مراقبین بهداشتی به نسبت جمعیت، اطلاع‌رسانی عمومی، ایجاد انگیزه مالی برای ماماها، افزایش کیفیت آموزش‌های ضمن خدمت و دوره‌های بازآموزی، به‌کارگیری ماماها دوره دیده در زمینه مراقبت‌های تخصصی سلامت مادران و توجه به نیازهای گیرندگان مراقبت اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی شاهرود در سال ۱۳۹۸ با کد اخلاق IR.SHMU.REC.1398.025 می‌باشد. بدین‌وسیله از پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و تمام زنانی که در مطالعه شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

سنی موجب گردیده تا پرسنل بهداشتی بین گروه‌های هدف خود جهت ارائه مراقبت، اولویت‌گذاری نمایند و نتوانند مراقبت‌های قبل از بارداری را به گروه‌های هدف خود توصیه و یا آن را ارائه نمایند.

کارگروه نظارت و تحقیقات و کارگروه بالینی ابتکار عمل ملی بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی آمریکا چندین شاخص جهت تعیین کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری معرفی نموده است تا بر اساس آن دولت‌ها بتوانند مراقبت‌های قبل از بارداری را در مناطق خود بررسی و نظارت نمایند، زیرا نظارت محدود بر مراقبت‌های پیشگیری از بارداری، مانع توانایی کشورها بر دسترسی و ارائه مراقبت‌های با کیفیت پیش از بارداری می‌شود. این شاخص‌ها در اولین ویزیت زنان برای مراقبت بارداری ثبت می‌گردد تا کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری را مورد ارزیابی قرار دهد (۲۰).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به بررسی عملکرد پرسنل اشاره نمود که به نقل از زنان گیرنده خدمت انجام گرفت و ممکن است خصوصیات دموگرافیک آنها بر روی پاسخ‌های آنها تأثیرگذار باشد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که نیاز به طراحی شاخص در زمینه اثربخشی مراقبت‌های قبل از بارداری مشخص شد.

منابع

1. Atrash H, Jack B. Preconception care: developing and implementing regional and national programs. *Journal of Human Growth and Development* 2020; 30(3):398-406.
2. Dorney E, Black KI. Preconception care. *Australian Journal of General Practice* 2018; 47(7):424-9.
3. Giri K, Gautam S. Knowledge on preconception care among reproductive aged women in Kaski District, Nepal. *Janapriya Journal of Interdisciplinary Studies* 2018; 7(1):46-56.
4. Atrash H, Jack B. Preconception care to improve pregnancy outcomes: The science. *Journal of Human Growth and Development* 2020; 30(3):355-62.
5. Thompson EL, Vázquez-Otero C, Vamos CA, Marhefka SL, Kline NS, Daley EM. Rethinking preconception care: a critical, women's health perspective. *Maternal and child health journal* 2017; 21(5):1147-55.
6. Atrash H, Jack B. Preconception care to improve pregnancy outcomes: clinical practice guidelines. *Journal of Human Growth and Development* 2020; 30(3):407-16.
7. Mirlohi V, Ehsanpour S, Kohan S. Health providers' compliance with pregnant women's Bill of Rights in labor and delivery in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015; 20(5):565.
8. Mahmood T, Rehman AU, Tserenpil G, Siddiqui F, Ahmed M, Siraj F, et al. The association between iron-deficiency anemia and adverse pregnancy outcomes: a retrospective report from Pakistan. *Cureus* 2019; 11(10).
9. Adachi K, Nielsen-Saines K, Klausner JD. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy: the global challenge of preventing adverse pregnancy and infant outcomes in Sub-Saharan Africa and Asia. *BioMed research international* 2016; 2016.
10. Durnwald C. Gestational diabetes: Linking epidemiology, excessive gestational weight gain, adverse pregnancy outcomes, and future metabolic syndrome. *In Seminars in Perinatology* 2015; 39(4):254-8.

11. Tieu J, Middleton P, Crowther CA, Shepherd E. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(8).
12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
13. Ahmadi NF, Abedi P, Najari S, Haghghi ZM. The Adaptation Rate of Preconception Care with the National Standard at Ahvaz Health Care Centers in 2014.
14. Kamalifard M, Ebrahim H, Rahmat M. The Scope of Pre-Pregnancy Care Conducted at Health Centers of Tabriz, Iran: Women's Viewpoints. *Journal of caring sciences* 2013; 2(2):165.
15. Ghaffari Sardasht F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Comparing the quality of preconception care provided in healthcare centers in Mashhad in 2012. *Electronic Physician* 2015; 7(2):1039.
16. Surveillance and Research Workgroup and Clinical Workgroup of the National Preconception Health and Health Care Initiative. Surveillance indicators for women's preconception care. *Journal of Women's Health* 2020; 29(7):910-8.
17. Pazandeh F, Huss R, Hirst J. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery* 2015.
18. Ghafari Sardasht F, Keramat A, Motaghi Z. Investigating reproductive life plan in pregnant women referred to teaching hospitals of Mashhad, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2021; 26(2):120.
19. Faghani Aghoozi M, Amerian M, Mohammadi S, Yazdanpanah A, Azarabadi S. A review of the quality of midwifery care in Iran. *Education & Ethic In Nursing* 2020; 9(1):52-62.
20. Robbins CL, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger CD, Morrow B, Ahluwalia I, et al. Core state preconception health indicators—pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries* 2014; 63(3):1-62.