

## بررسی کیفیت مراقبت‌های بارداری در تعدادی از مراکز بهداشتی-درمانی تبریز

دیانا هکاری<sup>1\*</sup>

دکتر رحمت محمدزاده<sup>2</sup>

عاطفه ولایتی<sup>3</sup>

سهیلا زارعی<sup>4</sup>

### چکیده

مراقبت‌های دوران بارداری در کاهش شیوع عوارض و مرگ و میر ناشی از حاملگی از طریق ارتقای سلامت، شناسایی علائم خطر و معرفی مراجع بهداشتی مؤثر می باشد. هدف مطالعه حاضر، تعیین کیفیت مراقبت‌های بارداری در تعدادی از مراکز بهداشتی-درمانی تبریز است. مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی می باشد. 400 نفر از مراجعین واجد شرایط واحدهای پژوهشی از 15 مرکز و 30 پایگاه بهداشتی و درمانی شهر تبریز به صورت تصادفی سهمیه ای انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بوده که با استفاده از پرونده‌های بهداشتی موجود در مراکز و مصاحبه با واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. از آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل، تی جفت شده، همبستگی و آنالیز واریانس جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی استفاده گردید یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت ارائه خدمات مراقبت‌های دوران بارداری در 68/8% موارد متوسط، در 23% موارد ضعیف، در 9/5% موارد خوب و در 0/4% موارد غیرقابل قبول بود. میانگین طول مدت بارداری 46% افراد نمونه 29/3± 9/4 بود. نتایج بدست آمده بیانگر تفاوت‌هایی با استاندارد مراقبتی دوران بارداری بود. دریافت مشاوره قبل از بارداری 11/6%، اخذ تاریخچه سلامتی 49/5%، بررسی علائم حیاتی 53/4%، معاینات فیزیکی 47/2%، معاینات مامائی 19%، آزمایشات خون 93/8% و ادرار 86/9%. آموزش به مددجو دربارهٔ خطرات دوران بارداری توسط 64/4% افراد نمونه گزارش گردید. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در بیشتر موارد (68/8%) متوسط بود. با توجه به اینکه کارکنان بهداشت به عنوان ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مهمترین نقش را در بهبود کیفیت ارائه مراقبت‌های دوران بارداری دارند، اطلاعات حاصل از این پژوهش می تواند در برنامه‌ریزی مسؤولان بهداشتی-درمانی کشور جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری از طریق ایجاد کلاسها و دوره‌های بازآموزی و آموزش کارکنان بهداشتی و ارزشیابی کارکنان بهداشتی در حین ارائه خدمات بهداشتی، نقش عمده‌ای را ایفا کند.

**واژه های کلیدی:** کیفیت، مراقبت های دوران بارداری، مراکز بهداشتی.

<sup>1</sup> - مربی، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری، واحد تبریز، تبریز، ایران (dhekari@ymail.com)

<sup>2</sup> - دانشیار، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (rahmat@tabrizu.ac.ir)

<sup>3</sup> - مربی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم پزشکی گروه مامائی، واحد تبریز، تبریز، ایران

<sup>4</sup> - کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری، واحد تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

دسترسی به خدمات بیمارستانی و بهبود کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، تنها راه کاهش مرگ و میر مادران ذکر شده است. مراقبت کیفی از مادر مراقبتی است که مناسب، رضایت بخش، کم هزینه و به آسانی قابل دسترس باشد و نیز زنان را قادر به انتخاب زندگی سالمی سازد (کولینز و همکاران<sup>1</sup>، 2005). سالیانه بیش از 205 میلیون زن در دنیا باردار می‌شوند. در کشورهای در حال توسعه سالیانه 182 میلیون حاملگی اتفاق می‌افتد (سازمان بهداشت جهانی، 2007). در هر دو دقیقه یک زن بر اثر مشکلات مربوط به بارداری جان خود را از دست می‌دهد. خونریزی شدید بعد از زایمان، عفونت، فشار بالا در دوران بارداری و سقط جنین غیراصولی از مهم‌ترین عوامل تهدید کننده جان مادران برشمرده شده است. بر اساس آخرین برآوردهای سازمان ملل، میزان مرگ و میر ناشی از بارداری و وضع حمل طی 20 سال اخیر به نصف کاهش یافته است. این گزارش که با نام روند مرگ و میر مادران طی سال‌های 1990 تا 2010 منتشر شده است، نشان می‌دهد که طی 20 سال اخیر میزان سالانه مرگ و میر مادران از بیش از 543 هزار به 287 هزار یعنی در حدود 47 درصد کاهش یافته است. 99 درصد مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که اکثر آن‌ها با انجام تدابیر پیش‌بینی شده قابل پیشگیری است (آرشیو انتشارات زنان<sup>2</sup>، 2012). بیش از 60 میلیون زن که از مرگ نجات پیدا می‌کنند از عوارض بارداری و زایمان، آسیب می‌بینند و از این تعداد حدود 18 میلیون نفر دچار ناتوانی دراز مدت می‌گردند (دپارتمان بهداشت مریلند<sup>3</sup>، 2005). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی هنوز سالانه 358 هزار نفر از زنان به علت عدم دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری، عوارض حاملگی‌های متعدد و سقط غیر بهداشتی، جان خود را از دست می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی، 2008).

تحقیقات جامعی که در این زمینه توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده است، نشان می‌دهد که تفاوت و نابرابری‌هایی در زمینه دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در کشورهای مختلف وجود دارد، به شکلی که با وجود میزان متوسط 7 تا 11 ویزیت لازم برای هر بارداری با پوشش 97 درصد در کشورهای توسعه یافته، تعداد مراجعات و شروع مراجعات در کشورهای در حال توسعه کمتر از این حد است. تا جایی که در کشورهای

<sup>1</sup>-Collins-Fulea C and et al

<sup>2</sup>-<http://zananpress.com/archives>

<sup>3</sup>-Maryland Department of health and mental hygiene

جنوب آسیا حدود 54 درصد از مادران باردار تنها یک بار ویزیت را در دوران بارداری خود دریافت می کنند (ترینی و همکاران<sup>1</sup>، 2007). وضعیت سلامتی مادران عاملی رایج در مرگ کودکان محسوب می شود-روزانه بیش از 500 هزار نفر از زنان به دلیل عوامل مربوط به حاملگی و یا عواقب مربوط به زایمان می میرند. در کشورهای در حال توسعه، یک چهارم از زنان باردار توسط متخصص بهداشت در طول دوران بارداری معاینه نمی شوند. خطر مرگ دختران زیر 15 سال در هنگام زایمان پنج برابر زنانی است که در مقطع بیست سالگی زایمان می کنند. مادری که کمتر از 18 سال سن دارد، احتمال مرگ فرزندش در سال اول زندگی 60 درصد بیشتر از کودکانی است که از مادران بالای 19 سال متولد شده اند. در کشورهایی که در پایین ترین حد توسعه هستند، تنها 27 درصد از زنان 15 تا 49 ساله در مرکز درمانی زایمان می کنند. در آفریقای غربی و مرکزی میزان خطر مرگ زنان به دلیل عوامل مرتبط با حاملگی یک در هفده می باشد درحالی که این میزان در کشورهای توسعه یافته یک در هشت هزار است. مرگ زن به دلیل عوارض بارداری و زایمان برای او و خانواده اش یک ظلم اجتماعی محسوب می شود (یونسکو<sup>2</sup>، 2012).

سالانه 35 هزار مرگ حین تولد و 20 هزار مرگ نوزادی در کشور آمریکا به وقوع می پیوندد. نارسی و کم وزنی علت 71 درصد مرگ ها، ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی علت 13 درصد، آسیبکسی و ترومای زایمانی علت 9/5 درصد مرگ و عفونت علت 3/5 درصد مرگهای دوره نوزادی است که مرگ و میر یک هفته پس از تولد ارتباط مستقیمی با کیفیت خدمات دوران بارداری دارد (آرشیو انتشارات زنان، 2012). در مادرانی که تحت مراقبت های بارداری نبوده، یا مراقبت را دیر شروع کرده اند، زایمان پیش از موعد و پس از موعد، نمره آپگار کمتر از 7، وزن کم زمان تولد، مرگ و میر جنین و نوزاد و خونریزی پس از زایمان بیشتر بوده است (یونیسف<sup>3</sup>، 2006).

در مقایسه با 89% از زنان سفیدپوست امریکایی تقریباً 77/5% زنان غیر سفید پوست (اسپانیایی-آفریقایی) در سه ماهه اول بارداری برای دریافت مراقبتهای این دوران به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه می نمایند (لوکین و همکاران<sup>4</sup>، 2009). زنانی که مراقبتهای ناکافی در دوران بارداری دریافت می کنند، موقعیت های مشکل ساز و اختلال

<sup>1</sup>-Trinh L.T.T and et al

<sup>2</sup>-<http://www.iiep.unesco.org/capacity-development>

<sup>3</sup>-<http://www.unicef.org>

<sup>4</sup>-Luecken Linda J and et al

عملکرد را در خود و خانواده بیشتر تجربه می کنند (اشنایدر و همکاران<sup>1</sup>، 2008). کودکانی که از مادران فاقد مراقبت دوران بارداری متولد می شوند، نسبت به آنهایی که مادران آنها در دوران بارداری، تحت مراقبت های کافی قرار گرفته اند، سه برابر امکان وزن کم هنگام تولد داشته و پنج برابر بیشتر در معرض خطر مرگ قرار می گیرند (دفتر بهداشت مادر و کودک<sup>2</sup>، 2005). با وجود پیشرفت های چشمگیر در فناوری پزشکی در ایالات متحده امریکا، تقریباً یک پنجم زنان در سه ماهه اول بارداری مراقبتهای دوران بارداری را انجام نمی دهند به طوری که همه ساله 875 هزار زن به یک یا چند مورد از عوارض بارداری دچار می شوند و 467201 نوزاد نارس متولد می شود (بهداشت زنان<sup>3</sup>، 2012). بدون دریافت خدمات مراقبتهای دوران بارداری، میزان شیوع عوارض ناشی از بارداری افزایش می یابد از جمله؛ محدودیت رشد داخل رحمی - رشد ناکافی جنین زمانی که مادر به پری کلامپسی به دنبال هیپرتانسیون طی حاملگی مبتلا گردد، دیابت حاملگی، جداسدگی زودرس جفت و تولد نوزاد نارس (انجمن بارداری امریکا<sup>4</sup>، 2012). هر سال در ایالات متحده 27864 نوزاد با وزن کمتر از نرمال متولد می شوند. تولد نوزاد نارس در مادرانی که مراقبتهای دوران بارداری را دریافت نکرده اند سه برابر بیشتر مشاهده شده و میزان مرگ و میر این نوزادان نیز پنج برابر بیشتر است (انجمن بارداری امریکا، 2011).

زمانی که سازمان های بین المللی، برنامه مادری ایمن<sup>5</sup> را در سال 1987 مطرح کردند، موضوع مرگ مادران باردار ناشی از عوارض دوران بارداری و زایمان، یک مشکل جدی و پر مخاطره تلقی نمی شد. ده سال بعد، پیشگیری از این گونه مرگ ها، یک اولویت بین المللی شناخته شد و بسیاری از کشورها در زمینه توسعه و بهبود خدمات بهداشت مادران به پیشرفت های عمده ای نایل آمدند. به منظور کمک به دولت ها و سازمان های خصوصی در نیل به هدف های مربوط به سلامت مادران در اکتبر سال 1997، ده اقدام اساسی زیر برای بهبود وضعیت مادران مشخص گردید. 1- بهداشت مادران، به عنوان یک سرمایه گذاری حیاتی، اقتصادی و اجتماعی. 2- کاهش مرگ

<sup>1</sup>-Schneider S and et al

<sup>2</sup>-Maternal and Child Health Bureau

<sup>3</sup>-<http://www.womenshealth>

<sup>4</sup>-American Pregnancy Association

<sup>5</sup>-safe motherhood

مادران به دلیل عوارض دوران بارداری و زایمان. 3- توجه به مادری ایمن از نظر حقوق بشر و عدالت اجتماعی. 4- توجه به بهداشت جنسی و حاملگی نوجوانان. 5- توجه به اینکه هر زایمانی می تواند با خطر روبرو باشد. 6- مراقبت های بهداشتی ضروری در زمان زایمان. 7- مراقبت های بهداشتی مادران با کیفیت مناسب. 8- پیشگیری از حاملگی ناخواسته. 9- پیشگیری از سقط غیرایمن. 10- اندازه گیری پیشرفت برنامه (کیپروس و نیکول<sup>1</sup>، 2011).

تحقیقات نشان می دهد عواملی نظیر دسترسی محدود به آموزش، کمی سواد مادران، محدودیت مالی خانواده ها، بعد فاصله، سنت ها، و فرهنگ های مختلف بومی، مخارج مراقبت های بهداشتی و زایمان، تعرفه ها، کافی نبودن خدمات و امکانات فیزیکی ناکافی واحدهای بهداشتی سبب می شود مادران از خدمات بهداشتی استفاده نکنند. فشار ناشی از هزینه های اجتماعی و اقتصادی مرگ ها و معلولیت های مادران و نوزادان بر جامعه، خانواده و کشور بسیار سنگین است به طوری که هزینه مالی سرانه ناشی از ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی در کشورهای در حال توسعه برای هر فرد 3 دلار است در حالی که هزینه کلی نجات یک مادر تقریباً 230 دلار برآورد می شود (نیپال و همکاران<sup>2</sup>، 2011).

هدف از مراقبتهای دوران بارداری کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان از طریق یک برنامه مدون پیشگیرانه می باشد. در 40 سال گذشته میزان مرگ و میر از 83/3 به 7/6 در هر صد هزار نفر کاهش یافته است. مطمئناً دستیابی به آنتی بیوتیکها، فرآورده های خونی و مایعات داخل وریدی تاثیر فوق العاده ای در کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان داشته است. سایر اهداف مراقبتهای دوران بارداری عبارتند از: 1) ارتقای حفظ و نگهداری سلامت مادر در دوران بارداری (2) تشخیص موارد پرخطر و توجه مخصوص به آنها (3) پیش بینی عوارض بارداری و پیشگیری از آنها (4) آماده نمودن والدین برای تولد نوزاد. بنابراین از دیگر اهداف این مراقبت ها ممانعت و درمان حالاتی است که باعث نامناسب شدن سرنوشت حاملگی می شود. این حالات شامل زایمان زودرس، عقب ماندگی رشد داخل رحمی، نواقص نوزاد، فشارخون بالا، دیابت در حاملگی، عفونتهای پری ناتال و حاملگی پس از ترم است. روشهای متعددی جهت

<sup>1</sup>-Kypros H. Nicol aides

<sup>2</sup>-Nepal Vishnu P and et al

ارزیابی خطراتی که هر زن در هنگام حامله شدن عواقب آنها را می پذیرد، طرح ریزی شده است. هر عارضه‌ای که احتمالاً با رشد و تکامل طبیعی جنین و زایمان تداخل داشته باشد و همزمان با شروع حاملگی و یا بعداً در طول حاملگی عارض شود، میزان خطر را افزایش می‌دهد که باید شناسایی و درمان گردد (میاو لینگ و هسیا هانگ<sup>1</sup>، 2008).

در هر دقیقه 380 زن باردار می‌شوند و هر دقیقه 190 زن با بارداری ناخواسته و 110 زن با عوارض بارداری مواجه می‌شوند و هر دو دقیقه 40 زن سقط غیر بهداشتی انجام می‌دهند و در هر دقیقه یک زن به علت بارداری و عوارض آن جان خود را از دست می‌دهند. هر ساله 50 میلیون زن به عوارض بارداری مبتلا می‌شوند و 120 میلیون زن به روشهای تنظیم خانواده دسترسی ندارند (سیمبر و غفاری، 1388). خطراتی که زنان باردار را تهدید می‌کند، یادآور وظایفی است که بر عهده مراکز قانونی، بهداشتی و سیاسی است. با توجه به نقش اساسی پرستاران و ماماها در این بین، به نظر می‌رسد ایشان به عنوان شاخص ترین پرسنل بهداشتی در زمینه ارائه مراقبتهای دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان می‌توانند با اجرای نقش‌های مختلف خود اعم از مشاوره، حمایت، آموزش و درمان، سلامت مادر و فرزندش را تأمین کنند (یونسکو، 2012). این در حالی است که بر اساس برنامه‌ریزی‌ها باید تا سال 1394 مرگ و میر مادران ایرانی به 18 تا 22 در هزار تولد زنده کاهش یابد، لذا برای برنامه ریزی صحیح به منظور توسعه مراقبتهای دوران بارداری باید علل و عواملی را که بر کیفیت ارائه این مراقبتهای تأثیرگذار هستند، شناسایی نمود و برای ارتقای کیفیت مراقبتهای دوران بارداری اقدام کرد. به همین منظور در این بررسی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری به سه بخش، الف) کیفیت خدمت<sup>2</sup>، شامل: انتخاب ارائه کننده خدمت، ارتباط و تعامل با مددجو، داشتن اختیار، گروههای حمایتی، استمرار خدمات، تسهیلات و امکانات اولیه، مورد احترام بودن، اقدام به موقع و توجه فوری، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد، ب) جوانب فنی خدمت<sup>3</sup> شامل: استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده، تشخیص بارداری، اولین مراجعه، دفعات مراقبت، ویزیت پزشک، دفعات کنترل علائم حیاتی مادر، معاینه زنان، کنترل صدای قلب جنین، ارتفاع رحم، بررسی ادم یا واریس، بررسی از نظر علائم خطر در دوران بارداری، آموزش بهداشت فردی، آموزش تغذیه و دریافت مکمل‌های غذایی

<sup>1</sup>-Miao-Ling Lin, Hsia-Hung Wang

<sup>2</sup>-Service quality

<sup>3</sup>-Technical Quality

دوران بارداری، دریافت مکمل ها از مرکز بهداشتی و درمانی، معاینه دندانپزشک، آزمایش خون، ادرار و سونوگرافی و 3) کیفیت دریافت کننده خدمت<sup>1</sup>، (شامل: نظرسنجی از مددجو در باره مسؤولیت حفظ سلامتی، ایفای نقش فعال در سلامتی، آگاهی از علت تجویز و نحوه مصرف داروها و مراقبت های ارائه شده، تشخیص نیاز به مراقبت های بهداشتی- درمانی، مطلع بودن از منشأ و علت مشکلات مرتبط با سلامتی، آشنایی با روش های مراقبتی و درمانی قابل انجام در مورد وضعیت به وجود آمده، انجام تغییرات در سبک زندگی، همکاری با اعضای تیم سلامت (کارکنان بهداشتی و درمانی) در ارائه خدمات تقسیم شده است (کیپروس و نیکول، 2011).

### ابزار و روش

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، 400 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به 15 مرکز و 30 پایگاه بهداشتی و درمانی شهر تبریز به صورت تصادفی سهمیه ای انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بوده که با استفاده از پرونده های بهداشتی موجود در مراکز و مصاحبه با واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. برای تعیین روایی سوالات ابتدا با مطالعات کتابخانه ای و بازنگری منابع مربوط به موضوع پژوهش، پرسشنامه ای تهیه شد و سپس از نظر محتوی مورد بررسی و تأیید 10 نفر از اعضای هیأت علمی قرار گرفت و پس از انجام اصلاحات لازم نهایتاً جهت پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. پایایی ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد 91% محاسبه گردید.

پرسشنامه از طریق مصاحبه با زنان باردار تکمیل و پاسخ دهی به صورت لیکرت چهارگزینه ای همیشه (4)، اغلب (3)، بندرت (2) و هرگز (1) بود. عملکرد افراد بر حسب امتیازات بدست آمده در زمینه کیفیت خدمت با 80-20 امتیاز، در چهار طبقه ضعیف (20-34)، متوسط (35-49)، خوب (50-64) و بسیار خوب (65-80) امتیاز، در زمینه جوانب فنی خدمت با 100-25 امتیاز، در چهار طبقه ضعیف (25-43)، متوسط (44-62)، خوب (63-81) و بسیار خوب (82-100) امتیاز رتبه بندی گردیدند، چگونگی عملکرد افراد در زمینه کیفیت دریافت کننده خدمت با 60-14 امتیاز، به چهار رتبه ضعیف (14-25)، متوسط (26-37)، خوب (38-49) و بسیار خوب (50-60) امتیاز تقسیم گردید. نمره کیفیت مراقبت های بارداری در ابعاد سه گانه نیز با 240-59 امتیاز در چهار طبقه

<sup>1</sup>-Customer Quality

ضعیف (104-59)، متوسط (150-105)، خوب (196-151) و بسیار خوب (240-197) رتبه بندی گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی نظیر توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین، واریانس و انحراف معیار و آمار استنباطی چون آزمون آماری کای دو، تی مستقل، تی جفت شده، همبستگی و آنالیز واریانس استفاده و کلیه تحلیل های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS19 انجام گردید.

### یافته ها

اکثر زنان باردار (31/6%) در گروه سنی 30-26 سال با میانگین سنی 28/23 سال و انحراف معیار 5/47 سال قرار داشتند که کمترین آنها 16 و بیشترین آنها 45 سال بوده است. بیشترین درصد واحدها (92/8) خانه دار و کمترین تعداد آنها 23 نفر (5/9%) بی سواد و 20 نفر (5/1%) فاقد بیمه درمانی بودند. میانگین طول مدت بارداری 46% افراد نمونه 9/4 ± 29/3 بود. اکثر واحدها (45/9%) نخست زاء، 209 نفر (53/3%) بدون فرزند، 98/5% فاقد سابقه مرده زایی، 353 نفر (90/1%) فاقد سابقه سقط و سن حاملگی ترم (84/9%) بودند. کمترین درصد افراد نمونه (2/8) از روش های کمک باروری استفاده نموده و 5/6% بارداری ناخواسته داشتند.

در مورد با کیفیت خدمت یا کیفیت ارائه مراقبتهای بارداری، بیشترین درصد افراد نمونه (47/2%) "همیشه" داشتن حق انتخاب بین افراد ارائه کننده مراقبت در واحد ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی را بیان نمودند. اکثر زنان باردار (51/4%) گوش دادن دقیق ارائه کنندگان خدمات به نگرانی های مددجو و پاسخگویی به سؤالات وی با یک حالت دوستانه را "بندرت" اعلام کردند. 39/2% نمونه نیز ارائه اطلاعات باکیفیت و شفاف راجع به مراقبت های دوران بارداری توسط افراد ارائه دهنده مراقبت را "بندرت" اذعان نمودند. اکثر گروه (46/6%) "بندرت" مشارکت در تصمیم گیری با ارائه کنندگان مراقبت ها در مورد مراقبت های دوران بارداری را عنوان نمودند. بیشترین درصد (37/5%) "همیشه" اخذ رضایت از مددجو (توسط ارائه کنندگان خدمات) قبل از انجام آزمایش ها و یا شروع روش های درمانی را اعلام کردند. اکثر افراد نمونه (42/9%) "هرگز" فرصت و امکان آموزش توسط کارشناسان بهداشت خانواده، پزشکان و ماماها در گروههای آموزشی با حضور سایر زنان باردار را نداشتند. بیشترین درصد (38/9%) "هرگز" امکان ملاقات با ماما یا پزشک عمومی را که قبلا ملاقات کرده اند، نداشته اند. 59/3% استمرار



و پیوستگی و ارتباط اطلاعات دریافتی مددجو از ارائه کنندگان مختلف خدمات (کادر بهداشت خانواده، ماما، پزشک) را "بندرت" اعلام نمودند.

بیشترین درصد گروه (35/8%) تمیزی و رعایت بهداشت فردی پرسنل مرکز بهداشتی درمانی را "همیشه" عنوان نمودند. اکثر آنها (65/5%) نظافت، تمیزی و پاکیزگی مرکز بهداشتی درمانی را "بندرت" مشاهده نموده اند. 51/4% مناسب و کافی بودن امکانات رفاهی و خدماتی (میز و صندلی و...) مرکز بهداشتی درمانی را "بندرت" ذکر کرده اند. بیشترین درصد (47/4%) "بندرت" حمایت عاطفی از جانب ارائه کننده خدمات همیشگی دریافت داشته اند. احترام به باورها، عقاید و فرهنگ مددجو از جانب ارائه کننده مراقبت توسط اکثر واحدها (35/2%) "همیشه" بیان شده است. 34/4% افراد نمونه تشویق ارائه کنندگان خدمات برای بیان احساس و نگرانی های مددجو در باره بارداری اخیرشان را "بندرت" ذکر نمودند. بیشترین درصد گروه (72/2%) احترام به حریم خصوصی مددجو در طی مراقبت، درمان و انجام آزمایش ها را "همیشه" عنوان نمودند. اکثر افراد (86/5%) انتظار بیش از 15 دقیقه در محل مرکز ارائه کننده مراقبت ها (قبل از مراقبت) را "اغلب"، ذکر کردند. 58/2% افراد نمونه، توضیح در باره هدف از تجویز داروها، انجام آزمایش ها یا روش های درمانی (قابل فهم برای مددجو) را "اغلب" بیان نمودند. بیشترین درصد گروه (54/4%) "بندرت"، توضیح در مورد عوارض جانبی داروها و روش های درمانی توسط پزشک یا سایر افراد را بیان نمودند. اکثر زنان باردار (34/9%) توضیح در مورد علائم هشدار مرتبط با عوارض دوران بارداری و نشانه های زایمان پر خطر را "همیشه" عنوان نمودند. بیشترین درصد واحدها (32/7%) رازداری و اطمینان از محرمانه بودن معاینات یا محتویات پرونده پزشکی مددجو را "همیشه" بیان نمودند (جدول 1).

## جدول 1:

## توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب کیفیت خدمت (Service quality)

هرگز		بندرت		اغلب		همیشه		فراوانی گویه ها
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
47/2	140	35/2	43	10/8	27	6/8	188	1- داشتن حق انتخاب بین افراد ارائه کننده مراقبت در واحد ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی
3/4	18	4/5	205	51/4	162	40/6	13	2- گوش دادن دقیق ارائه کنندگان خدمات به نگرانی های مددجو و پاسخگویی به سئوالات وی با یک حالت دوستانه
6/5	122	30/7	156	39/2	94	23/6	26	3- ارائه اطلاعات با کیفیت و شفاف راجع به مراقبت های دوران بارداری توسط افراد ارائه دهنده مراقبت
6/3	55	13/9	186	46/6	132	33/2	25	4- مشارکت در تصمیم گیری با ارائه کنندگان مراقبت هایبان درمورد مراقبت های دوران بارداری
37/5	130	32/7	85	21/3	34	8/5	150	5- اخذ رضایت از مددجو (توسط ارائه کنندگان خدمات) قبل از انجام آزمایشات و یا شروع روش های درمانی
11/1	39	9/9	144	36/1	171	42/9	44	6- فرصت و امکان آموزش توسط کارشناسان بهداشت خانواده، پزشکان و ماماها و در گروههای آموزشی با حضور سایر زنان باردار
17/6	44	11/1	129	32/4	155	38/9	70	7- امکان ملاقات با ماما یا پزشک عمومی که قبلا ملاقات کرده اید.
5/1	109	27/3	237	59/3	33	8/3	20	8- استمرار و پیوستگی و ارتباط اطلاعات دریافتی مددجو از ارائه کنندگان مختلف خدمات (کادر بهداشت خانواده، ماما، پزشک و...)
35/8	127	31/8	82	20/5	47	11/9	143	9- تمیزی و رعایت بهداشت فردی پرسنل مرکز بهداشتی درمانی
11/6	38	9/5	262	65/5	53	13/4	46	10- نظافت، تمیزی و پاکیزگی مرکز بهداشتی درمانی
4/5	13	3/4	205	51/4	162	40/6	18	11- مناسب و کافی بودن امکانات رفاهی و خدماتی (میز و صندلی و...) مرکز بهداشتی درمانی
3/4	93	23/3	189	47/4	103	25/9	13	12- حمایت عاطفی از جانب ارائه کننده ی خدمات همیشگی
35/2	139	34/7	95	23/8	25	6/3	140	13- احترام به باورها، عقاید و فرهنگ مددجو از جانب ارائه کننده مراقبت
34/4	116	29	116	29	30	7/6	137	14- تشویق ارائه کنندگان خدمات برای بیان احساس و نگرانیهای مددجو در باره بارداریبان
5/4	47	11/8	288	72/2	42	10/6	21	15- احترام به حریم خصوصی مددجو در طی مراقبت، درمان و انجام آزمایشات
86/5	54	13/5	-	-	-	-	346	16- انتظار بیش از 15 دقیقه در محل مرکز ارائه کننده مراقبت ها (قبل از مراقبت)
28/6	232	58/2	49	12/4	3	0/8	114	17- توضیح درباره هدف از تجویز داروها، انجام آزمایش ها یا روش های درمانی (قابل فهم برای مددجو)
2/5	31	7/9	217	54/4	140	35/2	10	18- توضیح در مورد عوارض جانبی داروها و روش های درمانی توسط پزشک یا سایر افراد
40/7	156	39	78	19/5	3	0/8	162	19- توضیح در مورد علائم هشدار مرتبط با عوارض دوران بارداری و نشانه های زایمان پرخطر
34/9	129	32/4	126	31/5	4	1/2	139	20- رازداری و اطمینان از محرمانه بودن معاینات و اطلاعاتی که به ارائه کننده گان مراقبت و یا محتویات پرونده پزشکی افراد

جهت بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی و سابقه مامائی واحدهای مورد پژوهش با کیفیت مراقبتهای بارداری در بعد کیفیت خدمت از آزمون های آماری تی مستقل، همبستگی و آنالیز واریانس استفاده گردید. نتایج حاصل از آزمون آماری تی مستقل نشان داد که رابطه بین کیفیت مراقبتهای بارداری در بعد کیفیت خدمت با مدت زمان بارداری از نظر آماری معنی دار بود ( $p=0/02$  و  $t=2/31$ ) بود و بین سایر موارد اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول 2).

جدول 2: بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی و سابقه مامائی واحدهای مورد پژوهش با کیفیت مراقبتهای بارداری در بعد کیفیت خدمت (Service quality)

p-value	آزمون	آماره	متغیر	مشخصات فردی - اجتماعی
0/47	correlation	$r=0/05$	سن	مشخصات فردی - اجتماعی
0/37	Independent t test	$t=1/61$	شغل	
0/64	ANOVA	$f=0/62$	سطح تحصیلات	
0/10	Independent t test	$t=1/61$	بیمه درمانی	
0/86	correlation	$r=0/01$	تعداد بارداری	مشخصات مامائی
0/71	correlation	$r=0/02$	تعداد فرزند زنده	
0/08	correlation	$r=0/12$	تعداد فرزند مرده	
0/68	correlation	$r=0/03$	تعداد سقط	
0/38	Independent t test	$t=0/87$	سن حاملگی	
0/63	Independent t test	$t=0/47$	خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی	
0/02	Independent t test	$t=2/31$	مدت زمان بارداری	

در مورد جوانب فنی خدمت، نتایج پژوهش بیانگر آن بود که فقط 11/6% زنان، مشاوره قبل از بارداری را دریافت نموده اند. 46% آنها مراقبت های دوران بارداری خود را در سه ماهه اول شروع کرده اند و میانگین تعداد دفعات دریافت مراقبت ها، 6 بار بوده است. در ارائه اولین مراقبت در بخش ثبت تاریخچه سلامتی 49/5% و در انجام معاینات مامایی 19% و در معاینات فیزیکی 47/2% و در مورد درخواست آزمایش های خون 93/8% و ادراک 86/9% از موارد، استاندارد مراقبتی رعایت گردیده است. در هر مراجعه از مراجعات دوره ای زنان باردار در 87/3% موارد، استاندارد مراقبتی رعایت شده است و برای 41/1% نمونه ها، آزمایش هایی که در مراجعات بعدی نیاز به تکرار دارند مجدداً درخواست شده است و 64/4% موضوعات آموزشی مورد نیاز، به زنان باردار آموزش داده شده است. رابطه بین مشخصات دموگرافیک و سابقه مامائی واحدهای

مورد پژوهش با کیفیت مراقبت‌های بارداری در بعد جوانب فنی خدمت در هیچیک از موارد از نظر آماری معنی دار نبود (جدول 3).

جدول 3: بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی و سابقه مامائی واحدهای مورد پژوهش با کیفیت مراقبت‌های بارداری در بعد جوانب فنی خدمت (Technical Quality)

p-value	آزمون	آماره	متغیر	مشخصات فردی - اجتماعی
0/96	correlation	r=0/004	سن	
0/46	Independent t test	t=0/89	شغل	
0/73	ANOVA	f=0/49	سطح تحصیلات	
0/21	Independent t test	t=1/25	بیمه درمانی	مشخصات مادری
0/68	correlation	r=0/06	تعداد بارداری	
0/17	correlation	r=0/02	تعداد فرزند زنده	
0/80	correlation	r=0/12	تعداد فرزند مرده	
0/86	correlation	r=0/03	تعداد سقط	
0/38	Independent t test	t=0/87	سن حاملگی	
1/49	Independent t test	t=0/47	خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی	
0/68	Independent t test	t=2/31	مدت زمان بارداری	

درباره کیفیت دریافت کننده خدمت یافته‌ها نشان داد که بیشترین درصد زنان باردار (58/1%) در پاسخ به گوئی "بعد از انجام همه کارها، نهایتاً من مسؤول حفظ سلامتی خود هستم" گزینه همیشه را علامت زده اند. اکثر آنها (73%) در واکنش به گوئی "ایفای یک نقش فعال در مراقبت‌های سلامتی خودم مهم‌ترین عامل تعیین کننده سلامت، توانایی و عملکرد من است"، گزینه اغلب را انتخاب نمودند. 38/6% در پاسخ به گوئی "من مطمئن هستم می توانم اقداماتی را انجام دهم که منجر به پیشگیری یا کاهش خطرات مرتبط با سلامتی ام گردد"، گزینه همیشه را علامت زده اند. 36/9% در واکنش به گوئی "من می دانم هر کدام از داروهای تجویز شده برایم به خاطر چیست"، گزینه همیشه را علامت زده اند. بیشترین درصد گروه (54/3) در پاسخ به گوئی "من می دانم مراقبت‌های ارائه شده برایم به خاطر چیست"، گزینه اغلب را انتخاب نمودند. اکثر افراد نمونه (47/5%) در واکنش به گوئی "من مطمئن هستم که می توانم تشخیص بدهم که چه موقع به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیاز دارم و چه موقع خودم می توانم مشکلاتم را حل کنم"، گزینه اغلب را انتخاب نمودند. بیشترین درصد گروه (56/8%) در پاسخ به گوئی "من مطمئن هستم که می توانم نگرانی‌های مرتبط با

سلامتیم را به پزشک معالجم اعلام کنم حتی زمانی که او از من نپرسد"، گزینه بندرت را علامت زده اند. 40/7% در واکنش به گوپه "من اطمینان دارم در صورت نیاز به مراقبتهای بهداشتی در منزل، خود می توانم آن را مطابق دستور پزشک یا کارکنان بهداشتی انجام دهم"، گزینه هرگز را انتخاب نمودند. بیشترین درصد گروه (34/9%) در پاسخ به گوپه "من منشأ" و دلایل مشکلات مرتبط با سلامتیم را می دانم"، گزینه هرگز را علامت زده اند. اکثر افراد نمونه (48/1%) در واکنش به گوپه "من از انواع راه های مراقبتی و درمانی قابل انجام در مورد وضعیتی که با آن مواجه هستم اطلاع دارم"، گزینه بندرت را علامت زده اند. بیشترین درصد زنان باردار (48/9%) در پاسخ به گوپه "من می دانم چگونه از مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت خود پیشگیری کنم"، گزینه اغلب را انتخاب نمودند. اکثر افراد گروه (51%) در واکنش به گوپه "من اطمینان دارم که وقتی مشکلات جدیدی برای سلامتی ام به وجود آمد، می توانم راه حل های مناسبی برای آنها پیدا کنم"، گزینه هرگز را علامت زده اند. 76/5% در پاسخ به گوپه "من قادر هستم با اعضای تیم سلامت (کارکنان بهداشتی و درمانی) در ارائه خدمات همکاری کرده و با بهبود کیفیت خدمت ارائه شده سلامت خود را ارتقا" دهم"، گزینه اغلب را انتخاب نمودند. 51% در واکنش به گوپه "من مطمئن هستم که می توانم تغییر در روش زندگی ام (مانند رژیم غذایی و ورزش) را حتی در مواقع استرس، اضطراب و شرایط سخت نیز حفظ کنم" گزینه همیشه را علامت زده اند. بیشترین درصد (38/6%) در پاسخ به گوپه "من می دانم که عضوی از تیم سلامت هستم و مشارکت و همکاری من در ارائه خدمات سلامتی موجب بهبود کیفیت خدمات و ارتقای سلامتی خودم خواهد شود"، گزینه همیشه را انتخاب نمودند (جدول 4).

جدول 4: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب کیفیت دریافت کننده خدمت (Customer Quality)

هرگز	بندرت		اغلب		همیشه		گویه های کیفیت مشتری	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
4/2	16	9/1	36	28/6	114	58/1	232	1- بعد از انجام همه کارها، نهایتاً "من مسئول حفظ سلامتی خود هستم"
-	-	13/7	54	73	292	13/3	53	2- ایفای یک نقش فعال در مراقبت های سلامتی خودم مهم ترین عامل تعیین کننده سلامت، توانایی و عملکرد من است.
3/7	14	20/7	82	36/9	147	38/6	154	3- من مطمئن هستم می توانم اقداماتی را انجام دهم که منجر به پیشگیری یا کاهش خطرات مرتبط با سلامتی ام گردد.
-	-	13/1	52	50	200	36/9	147	4- من می دانم هر کدام از داروهای تجویز شده برایم به خاطر چیست
-	-	7/1	28	54/3	217	38/6	154	5- من می دانم مراقبت های ارائه شده برایم به خاطر چیست
-	-	21/8	87	47/5	190	30/7	122	6- من مطمئن هستم که می توانم تشخیص بدهم که چه موقع به مراقبت های بهداشتی و درمانی نیاز دارم و چه موقع خودم می توانم مشکلاتم را حل کنم
23/7	94	56/8	227	11/6	46	7/9	31	7- من مطمئن هستم که می توانم نگرانی های مرتبط با سلامتیتم را به پزشک معالجم اعلام کنم حتی زمانی که او از من نپرسد
40/7	162	39	156	13/3	53	7	28	8- من اطمینان دارم در صورت نیاز به مراقبت های بهداشتی در منزل، خود می توانم آن را مطابق دستور پزشک یا کارکنان بهداشتی انجام دهم
34/9	139	32/4	129	10	40	4/9	19	9- من منتشا" و دلایل مشکلات مرتبط با سلامتیتم را می دانم
26/1	104	48/1	192	16/1	64	9/5	38	10- من از انواع راه های مراقبتی و درمانی قابل انجام در مورد وضعیتی که با آن مواجه هستم اطلاع دارم
48/1	192	48/9	195	2/9	11	-	-	11- من می دانم چگونه از مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت خود پیشگیری کنم
51	204	44/8	179	2/5	10	1/7	6	12- من اطمینان دارم که وقتی مشکلات جدیدی برای سلامتی ام بوجود آمد، می توانم راه حل های مناسبی برای آنها پیدا کنم
-	-	10/5	42	76/5	306	13	52	13- من قادر هستم با اعضای تیم سلامت (کارکنان بهداشتی و درمانی) در ارائه خدمات همکاری کرده و با بهبود کیفیت خدمت ارائه شده سلامت خود را ارتقا" دهم
1/7	6	2/5	10	44/8	179	51	204	14- من مطمئن هستم که می توانم تغییر در روش زندگی ام (مانند رژیم غذایی و ورزش) را حتی در مواقع استرس، اضطراب و شرایط سخت نیز حفظ کنم
3/7	14	20/7	82	36/9	147	38/6	154	15- من می دانم که عضویت از تیم سلامت هستم و مشارکت و همکاری من در ارائه خدمات سلامتی موجب بهبود کیفیت خدمات و ارتقای سلامتی خودم خواهد شود.

نتایج حاصل از آزمون آماری تی مستقل نشان داد که رابطه بین کیفیت مراقبت های بارداری در بعد دریافت کننده خدمت با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری از نظر آماری معنی دار بود ( $p=0/04$  و  $t=1/98$ ) بود و بین سایر موارد اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول 5).

جدول 5: بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی و سابقه مامائی واحدهای مورد پژوهش با کیفیت مراقبت های بارداری در بعد دریافت کننده خدمت (Customer Quality)

p-value	آزمون	آماره	متغیر	مشخصات فردی اجتماعی ۱
0/92	correlation	$r=0/007$	سن	
0/70	Independent t test	$t=0/37$	شغل	
0/07	ANOVA	$f=2/13$	سطح تحصیلات	
0/52	Independent t test	$t=0/64$	بیمه درمانی	مشخصات مامائی
0/94	correlation	$r=0/005$	تعداد بارداری	
0/79	correlation	$r=0/01$	تعداد فرزند زنده	
0/58	correlation	$r=0/04$	تعداد فرزند مرده	
0/51	correlation	$r=0/04$	تعداد سقط	
0/90	Independent t test	$t=0/11$	سن حاملگی	
0/04	Independent t test	$t=1/98$	خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی	
0/87	Independent t test	$t=0/15$	مدت زمان بارداری	

مقایسه میانگین کیفیت مراقبت های بارداری در سه بعد کیفیت خدمت، کیفیت فنی خدمت و کیفیت دریافت کننده خدمت با استفاده از آزمون آنالیز واریانس نشان داد که اختلاف میانگین کیفیت مراقبت های بارداری در بعد دریافت کننده خدمت دارای تفاوت معنی داری بود ( $p < 0/001$  و  $f=2/33$ ) (جدول 6).

جدول 6: مقایسه میانگین کیفیت مراقبت های بارداری در سه بعد کیفیت خدمت، کیفیت فنی خدمت و کیفیت دریافت کننده خدمت

p-value	آماره	انحراف معیار + میانگین	کیفیت مراقبت های بارداری
0/13	$f=2/04$	$48/97 \pm 5/27$	کیفیت خدمت
0/16	$f=1/82$	$59/81 \pm 6/73$	کیفیت فنی خدمت
0/001	$f=2/33$	$36/57 \pm 3/38$	کیفیت دریافت کننده خدمت

همچنین نتایج حاصل از آزمون آماری تی مستقل نشان داد که رابطه بین کیفیت مراقبت‌های بارداری با سن حاملگی از نظر آماری معنی دار بود ( $t=2/93$  و  $p=0/004$ ) بود و بین سایر موارد اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول 7).

جدول 7: بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی و سابقه مامائی واحدهای مورد پژوهش با کیفیت مراقبت‌های بارداری

p-value	آزمون	آماره	متغیر	
0/94	correlation	$r=0/006$	سن	مشخصات فردی - اجتماعی
0/50	Independent t test	$t=0/80$	شغل	
0/30	ANOVA	$f=1/21$	سطح تحصیلات	
0/14	Independent t test	$t=1/64$	بیمه درمانی	
0/92	correlation	$r=0/007$	تعداد بارداری	مشخصات مامائی
0/96	correlation	$r=0/003$	تعداد فرزند زنده	
0/72	correlation	$r=0/02$	تعداد فرزند مرده	
0/77	correlation	$r=0/02$	تعداد سقط	
0/004	Independent t test	$t=2/93$	سن حاملگی	
0/60	Independent t test	$t=0/52$	خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی	
0/10	Independent t test	$t=1/62$	مدت زمان بارداری	

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت ارائه خدمات مراقبت‌های دوران بارداری در 68/8% موارد متوسط، در 23% موارد ضعیف، در 9/5% موارد خوب و در 0/4% موارد غیرقابل قبول بود. در مطالعه ی نیکیمما و همکاران<sup>1</sup> (2010) تحت عنوان کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان در مناطق روستایی بورکینافاسو، 17 مرکز مورد بررسی قرار گرفت که عواملی را که در طول بارداری، زایمان و بعد از آن برای زنان اهمیت داشت اندازه گیری کردند، در تمام موارد کیفیت مراقبت‌ها در سطح پایینی قرار داشت به طوری که میانگین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده  $3 \pm 10/39$  در محدوده ی 6-16 بود که نشان دهنده سطح ضعیف خدمات مراقبتی در این مرکز بود. در صورتی که شناخت حاملگی‌های پر خطر و مراقبت بیشتر از آنها باعث می شود که زنان باردار،

<sup>1</sup>-Nikiema and et al



این دوران را با وضعیت بهتری به پایان برسانند و از شیوع بالای ابتلا و مرگ و میر مادری و نوزادی کاسته شود (میائولینگ و هسیاهانگ، 2008).

نتایج پژوهش بیانگر آن بود که فقط 11/6% زنان، مشاوره قبل از بارداری را دریافت نموده اند. در حالی که مشاوره قبل از بارداری، طب پیشگیری مربوط به بارداری و زایمان محسوب می گردد و با کمک آن می توان تمام عواملی که به طور بالقوه پیامدهای بارداری و زایمان را تحت تأثیر قرار می دهند، شناسایی و به زنان در معرض خطر برای کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان راه کارهایی را ارائه کرد، لذا مشاوره قبل از بارداری مهم ترین بخش مراقبت های قبل از زایمان می باشد (کانینگهام و همکاران، 1، 2001). یافته ها مبین آن است که مراقبت های قبل از زایمان در جامعه پژوهش ما از نظر مشاوره قبل از بارداری ضعیف می باشد، بنابراین لازم است که هم در امر آموزش اهمیت مشاوره قبل از بارداری و هم اجرای آن در مراکز بهداشتی-درمانی توجه و تأکید بیشتری به عمل آید. 46% زنان باردار مراقبت های دوران بارداری خود را در سه ماهه اول شروع کرده و میانگین تعداد دفعات دریافت مراقبت ها، 6 بار بوده است. بولر<sup>2</sup> (2003) نیز در مطالعه خود در تانزانیا نشان داد که ارائه مراقبت های دوران بارداری کیفیت ضعیفی داشت (میانگین نمره 18 از 39) و نامطلوب ترین وضعیت، مربوط به اخذ شرح حال (35%)، ارزیابی های آزمایشگاهی (30%) و آموزش تغذیه (31%) بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر در بخش اخذ تاریخچه سلامتی 49/5% و در انجام معاینات مامایی 19% و در معاینات فیزیکی 47/2% استاندارد مراقبتی رعایت گردیده بود. در تحقیق کروزجی به نقل از فرخی و خدیوزاده (1387) نیز تنها در 40% از موارد، معاینات دقیق انجام شده و در 20% از تشخیص تاریخچه کافی گرفته می شد. همچنین بررسی حاضر مؤید آن بود که برای 41/1% نمونه ها، آزمایش هایی که در مراجعات بعدی نیاز به تکرار دارند مجدداً درخواست شده است. گشتاسبی و همکاران (1380) نیز نشان دادند که از 15 مرکز استان کهگیلویه، 10 مرکز در گرفتن شرح حال، 7 مرکز در معاینه شکم، 12 مرکز در بررسی ادم، 7 مرکز در آموزش مادر و تجویز مکمل و 5 مرکز از نظر تشخیص دچار مشکل بوده اند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

<sup>1</sup>-Cunningham FG and et al

<sup>2</sup>-Boller and et al

در مطالعه حاضر تنها 64/4% موضوعات آموزشی مورد نیاز، به زنان باردار آموزش داده شده است. بیشترین آن مربوط به تغذیه دوران بارداری و مراجعه در صورت بروز خونریزی و آبریزش و کمترین آن مربوط به ورزش های مناسب این دوران، مراقبت از نوزاد و آمادگی برای زایمان بود. این در حالی است که آموزش در دوران بارداری از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا با آموزش می توان زنان باردار را با تغییرات جسمی و روحی این دوران و مشکلات شایع و علائم خطر و روش های تطابق و مقابله با آنها آشنا نمود و درضمن می توان آنها را برای زایمان و پذیرش نقش مادری و مراقبت از نوزاد آماده نمود؛ لذا باید به امر ارائه آموزش ها در این دوران توجهی خاص کرد.

کیفیت مراکز بهداشتی- درمانی با روش های مختلفی ارزیابی می شوند که شامل سطوح مختلف رضایتمندی بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده و کیفیت بالینی آنهاست (بکر و آگکون<sup>1</sup>، 2008). مسأله مهمی که همواره در ارائه مراقبت ها مورد توجه قرار می گیرد، دست یابی به کیفیت مطلوب ارائه مراقبت و جلب رضایت شوندهگان می باشد. این امر یکی از مسؤولیت های مهم مدیران و کارکنان شاغل در حرفه های مراقبت بهداشتی محسوب می شود و هر روز اهمیت بیشتری پیدا می کند (قلجه و همکاران، 1387). علی رغم تلاش های صورت گرفته هنوز هم سلامتی مادران و کودکان یکی از وخیم ترین دشواری هایی است که بر سلامت جامعه به خصوص در کشورهای در حال توسعه اثر می گذارد (آقاملایی، 1384).

اگر سلامتی مادران و کودکان در وضعیت خوب و مورد قبولی باشد، نشان دهنده سیستم بهداشتی و مراقبتی مطلوب آن کشور است (کولیر<sup>2</sup>، 2009). لذا در راستای ارتقای کیفیت ارائه مراقبت های قبل از زایمان (قبل از بارداری و حین بارداری) باید تلاش نمود تا اولاً زنان ما به اهمیت مشاوره قبل از بارداری پی برده و در اجرای آن همت نمایند و ثانیاً نظارت دقیق بر شروع مراقبت در اولین سه ماهه بارداری را افزایش یابد و ارائه مراقبت در اولین مراجعه به طور کامل صورت گیرد و آزمایشاتی که در زمان های خاصی از بارداری نیاز به تکرار دارند، مجدداً درخواست شوند و به آموزش های مورد نیاز این دوران توجه بیشتری مبذول گردد، تا در کنار گسترش کمی این مراقبت ها، کیفیت آنها هم ارتقای یابد. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده، ارتقای کیفیت ارائه

<sup>1</sup> Baker C, Akgun H

<sup>2</sup> Collier R

مراقبت های دوران بارداری در شهر تبریز از طریق افزایش سطح دانش و مهارت کارکنان ارائه دهنده و نیز مراقبت و بررسی های منظم و مستمر کیفی و تحقیقاتی، ضرورتی اجتناب ناپذیر به نظر می رسد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهش فوق طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می باشد، لذا بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری رسانیده اند اعلام می گردد

**منابع:**

- آقاملایی ت، اصول و کلیات خدمات بهداشتی، موسسه انتشاراتی رفیع، تهران(1384)، 67-147.
- سیمبر مسعود، غفاری فریده، علوی مجد حمیدرضا، کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری در زنان بستری در بخش زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان، 1388، 8 (2): 191-201.
- فرخی فریده، خدیوزاده طلعت، کیفیت عملکرد ماماها در مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی-درمانی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مجله علمی-پژوهشی پایش، 1387، 7 (3): 203-210.
- قلجی م، قلجایی ف، مظلوم ع، همبستگی بین شایستگی بالینی پرستاران و رضایت بیماران از خدمات پرستاری، نشریه دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی، 1387، سال 18، شماره 63: 12-19.
- گشتاسی آریتا، محبی فرشته، رحیمی فروشان عباس، ندیم ابوالحسن، ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویراحمد، پایش، 1380، 1، 7-12.
- American Pregnancy Association. 2011-09-20, <http://www.americanpregnancy.org/main/statistics.html>. Retrieved 2012-04-04.
- Baker C, Akgun h, (2008), the role of expectations in patient assessments of hospital care, International journal of health care quality assurance, 21(4):343-355.
- Boller CH, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M,(2003), Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the united republic of Tanzania, Bulletin if WHO, 81:116-22.
- Collier R,(2009), Progress made in maternal and child health, but challenges remain, CMAJ, 181(12): 109-
- Collins-Fulea c, Mohr JJ, Tillet JL.(2005), Improving midwifery practice: the American college of nurse-midwives benchmarking project. Journal of midwifery and Women's Health, 50: 461-71.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III AC, Hauth JC, Wenstrom KD,(2001), Williams Obstetrics. 21th ed. McGrawHill, Companies. p. 222-7.
- <http://www.mchb.hrsa.gov/programs/women/infants/prenatal.htm>

- <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/prenatal-care.cfm>. Retrieved on 11 March 2012.
- "Premature Birth Complication". American Pregnancy Association. <http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/complicationsprematu.htm>. Retrieved 15 April 2012.
- <http://zananpress.com/archives/9793>, 2012.
- <http://www.iiep.unesco.org/capacity-development/training/virtual-campus/e-discussion-forums.html>, 2012.
- <http://www.unicef.org/infobycountry/iran-staistics.html>.2006.
- Kypros H. Nicol aides, Turning the Pyramid of Prenatal Care, Fetal Diagn Ther: 2011; 29:183-196.
- Luecken Linda J, Purdom Catherine L, Rose Howe, Prenatal care initiation in low-income Hispanic women: risk and protective factors, American Journal of Health Behavior, May-June, 2009.
- Maryland Department of health and mental hygiene, Maryland Medicaid at a glance, Retrieved February 18, 2005 from [http://www.Dhnh.State.Md.Us/mma/pdf/Medicaid glance-fact-pdf](http://www.Dhnh.State.Md.Us/mma/pdf/Medicaid%20glance-fact-pdf)
- Maternal and Child Health Bureau. Health start: begin before is born. Retrieved February 24, 2005 from
- Miao-Ling Lin, Hsia-Hung Wang, "Prenatal examination behavior of Southeast Asian pregnant women in Taiwan: A questionnaire survey, International Journal of nursing studies, 2008, 45(5):697-705
- Nepal Vishnu P, Banerjee Deborah, Perry Mark, Prenatal Care Barriers in an Inner-city Neighborhood of Houston, Texas, Journal of Primary Care & Community Health, January 2011 2: 33-36.
- Nikiema L, Kameli Y, Capon G, Sondo B, Martin-prevel Y, Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso, J Health Propul Nutr, 2010, 28(1):67-75.
- Schneider S, Freerksen, M.(2008), Pötschke-Langer, Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Prenatal Quality Survey, Public Health, 122 (11): 1210-1216.
- Trinh L.T.T, Dibley M.J. and Byles J,(2007), Determinants of antenatal care utilization in three rural areas of Vietnam, Public Health Nursing, 24: 300–310

- 
- UNICEF At a glance: (Islamic Republic of Iran)
  - WHO, Guttmacher Institute, Facts on induced abortion worldwide, Geneva, New York, 2007.
  - World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Maternal mortality in 2008, Geneva, 1.