

تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۴ سال ۱۳۹۰ صفحه ۲۲ - ۱۶

اندازه گیری جامع کیفیت خدمات ارائه شده به مادران باردار در شهر تبریز

جعفر صادق تبریزی^۱، محمد اصغری جعفرآبادی^۱، شبنم ایزدی^۲، کمال قلی پور^{۳*}، نسرین فرشباغ^۴، احمد مردی^۵

چکیده

زمینه و اهداف: کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی دارای سه بعد اصلی؛ کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری می باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده در دوران بارداری بر مبنای مدل جامع اندازه گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می باشد. **مواد و روش ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که با شرکت ۱۸۵ نفر از مادران که در ماه نهم بارداری برای دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی تبریز مراجعه می کردند، انجام گرفت. نمونه ها به طور تصادفی از ۴۰ مرکز و پایگاه انتخاب شده و داده ها به وسیله پرسشنامه محقق ساخته که روایی محتوای پرسشنامه با نظر متخصصین و پایایی آن بر اساس شاخص آلفای کرونباخ [کیفیت خدمت ($\alpha=0/85$)، کیفیت فنی ($\alpha=0/77$) و کیفیت مشتری ($\alpha=0/71$)] تأیید شده بود، جمع آوری گردید. نمره نهایی هر کدام از ابعاد در قالب مقیاس ۰ تا ۱۰۰ نمره گذاری شد، که نمره بالاتر نشانگر کیفیت بالاتر بود. برای تحلیل داده ها از آزمون های تی مستقل، ANOVA و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS17 صورت گرفت.

یافته ها: متوسط شاخص کیفیت از مقیاس ۰ تا ۱۰۰ برابر ۵۸/۵۹ بود و متوسط نمرات مربوط به کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری به ترتیب ۷۵/۳، ۴۰/۵۴ و ۶۷/۷۹ بود. در مورد کیفیت مشتری، نتایج نشانگر این است که اکثر مادران در مرحله مشارکت و اقدام فعال باقی مانده اند. شکاف قابل توجهی بین مراقبت دریافت شده و استانداردهای توصیه شده وجود داشت. همچنین کیفیت ویژگی های بین فردی و غیر فنی مراقبت های دوران بارداری پایین ارزیابی شده است.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس شاخص کیفیت، وضعیت فعلی کیفیت خدمات از دید مادران باردار نگران کننده است. توانمندسازی مادران از طریق دخیل کردن آن ها در فرایند تصمیم گیری و ارائه مراقبت، می تواند منجر به بهبود کیفیت مشتری و ارتقای توانمندی مادران باردار در اتخاذ تصمیمات بهینه و اقدامات آن ها گردد و از این طریق موجب ارتقای سایر جنبه های کیفیت شود.

کلیدواژه ها: مراقبت های دوران بارداری، کیفیت فنی، کیفیت خدمت، کیفیت مشتری، دیدگاه گیرندگان خدمات، ایران

۱. دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC)، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: gholipourk@tbzmed.ac.ir)
۴. کارشناس گروه جمعیت و سلامت خانواده، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. پزشک، معاون اجرایی مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

با وجود این که سلامت زنان باردار یکی از مهم ترین و اساسی ترین نیازهای بهداشتی هر جامعه ای می باشد، هر ساله حدود ۹۹٪ از ۵۲۹۰۰۰ مرگ مادران ناشی از بارداری و ۹۸٪ از ۵۰۷ میلیون مرگ ناشی از زایمان در کشور های در حال توسعه اتفاق می افتد (۱). در اهداف توسعه هزاره (هدف ۵ و ۳) توجه به سلامت و رفاه زنان از شاخص های اصلی توسعه ی جوامع مطرح شده و پنجمین هدف ارتقای سلامت زنان باردار می باشد، که جزو ۸ هدف اصلی توسعه ی هزاره می باشد (۱).

تحقیقات نشان می دهد که مراقبت های دوران بارداری یکی از ارزشمند ترین و اقتصادی ترین برنامه های بهداشتی درمانی اولیه می باشند که منجر به کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان و افزایش سطح سلامت مادران و نوزادان شده و از تحمیل هزینه های اضافی بر دوش سیستم سلامت کاسته است (۲). در مطالعه ای که در رابطه با فاکتورهای مرتبط با مراقبت های بارداری ناکافی در زنان اکوادوری انجام شد، نشان داده شد که در نتیجه مراقبت ناکافی، خطر سقط، مرگ داخل رحمی و حاملگی خارج رحمی افزایش یافته بود (۳). نتایج مطالعه ای دیگر حاکی از این بود که در بین زنانی که تحت پوشش مراقبت های دوران بارداری بودند، کاهش قابل توجهی در تولد نوزاد نارس و نوزاد کم وزن وجود داشته است (۴). مراقبت بارداری کافی، یک مداخله مؤثر در جهت بهبود نتایج حاملگی است (۵) و فرصتی را برای مشاوره و کاهش عوارض مرتبط با حاملگی و زایمان فراهم می نماید (۶). از این رو، ضرورت توجه به مراقبت های دوران بارداری، پایش، ارزیابی و بهبود کیفیت این مراقبت ها از یک سو و پاسخ به نیازها و انتظارات مادران باردار از سوی دیگر، اهمیت افزون تری پیدا می کند (۷).

در زمینه کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی دیدگاه های مختلفی مطرح شده است، که یکی از جامع ترین این تعاریف از سوی انجمن پزشکی آمریکا (۱۹۹۰) ارائه شده، که کیفیت را سطحی از خدمات سلامت ارائه شده برای افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه ای روز باشد، در نظر می گیرد (۸). کیفیت در مراقبت های بهداشتی دارای سه بعد اصلی می باشد: کیفیت فنی (Technical quality)، کیفیت خدمت (Service quality) و کیفیت مشتری (Customer quality). کیفیت فنی (T.Q) به جنبه های تخصصی خدمات و بیماری ها از نظر استانداردهای خدمت (دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی) برای شناسایی و یا کنترل وضعیت و یا تکرار هر آزمایش در دوره ی زمانی مشخص، کیفیت مشتری (C.Q) به ویژگی ها و توانمندی های گیرنده ی خدمت یا مشتری توجه دارد و کیفیت خدمت (S.Q)، به شرایط و چگونگی دریافت خدمت

توسط مشتری (گیرنده ی خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان دهنده ی روش ارائه ی خدمت و محیطی است که خدمت در آن ارائه می شود و به جنبه های غیر تخصصی مراقبت ها نظیر: دسترسی، احترام و مشارکت در تصمیم گیری توجه دارد (۹-۱۱).

نتایج بسیاری از مطالعات نشان می دهد که در مناطق مختلف دنیا و از جمله کشور ایران کیفیت ارائه ی خدمات مراقبت های دوران بارداری نامطلوب گزارش شده است. مراقبت های نامطلوب دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تولد کودکان با وزن کم هنگام تولد و مرگ و میر مادر و نوزاد می گردد (۱۲). همچنین در این راستا مطالعاتی که در شهرهای مختلف ایران همچون آستارا (۱۲)، تهران (۱۳)، تبریز (۱۴) و رفسنجان (۱۵) انجام شده است، نشان می دهد که کیفیت مراقبت های دوران بارداری از کیفیت پایینی برخوردار است، هر چند در این مطالعات نقاط ضعف مراقبت ها به درستی شناسایی نگردیده است (۱۶).

بیشتر مطالعات، کفایت مراقبت های قبل از تولد را بر اساس زمان و تعداد مراقبت ها تعیین می کنند و توجهی به محتوای خدمات ندارند. در صورتی که محتوای یک ویزیت قبل از تولد به همان درجه تعداد و دفعات مراقبت اهمیت دارد. البته کم بودن تحقیقات کیفی در این زمینه، احتمالاً ناشی از فقدان معیارهای واحد و استاندارد که قابلیت اشتراک در بین کشورها را داشته باشد، ناشی می گردد (۱۷ و ۱۸). از آنجایی که نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته مؤید این نکته است که آرایه مراقبت های با کیفیت بالا در دوران بارداری، به عنوان یک مداخله مؤثر، موجب کاهش مرگ و میر شیرخواران (Infant Mortality Rate - IMR)، کاهش مرگ و میر مادران ناشی از زایمان و بارداری (Maternal Mortality Rate - MMR) و به خصوص کاهش مرگ و میر حول زایمان (Perinatal Mortality Rate - PMR) می گردد، ضرورت توجه به مراقبت های دوران بارداری، پایش، ارزیابی و بهبود کیفیت این مراقبت ها از یک سو و پاسخ به نیازها و انتظارات مادران باردار از سوی دیگر، اهمیت افزون تری پیدا می کند (۱۹ و ۲۰).

در اکثر مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته، جمع آوری اطلاعات از روی آمار و اطلاعات موجود در گزارشات مراکز بهداشت و یا پرونده های خانوار بوده است و یا دید جامعی نسبت به تمامی مراقبت های دوران بارداری نداشته اند و تنها برخی از جوانب و مراقبت ها را مورد بررسی قرار داده و وضعیت موجود با استاندارد ها مقایسه نشده است. در این پژوهش سعی شده است تا ارزیابی جامعی از کیفیت مراقبت های دوران بارداری بر اساس سه بعد اصلی

کیفیت یعنی؛ کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری انجام گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است که با مشارکت ۱۸۵ زن باردار با استفاده از مدل CQMH (Comprehensive Quality Measurement of Health care) برای اندازه گیری کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل زنان باردار ساکن شهرستان تبریز بود که در دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی یا پایگاه‌های بهداشتی مراجعه کرده و در ماه نهم بارداری قرار داشتند. محیط پژوهش شامل ۴۰ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های وابسته به مرکز بهداشت شهرستان تبریز بود که به روش نمونه گیری تصادفی ساده از دفتر ثبت مراقبت زنان باردار در مراکز و پایگاه‌های بهداشتی انتخاب گردیدند. در این روش با مادران باردار تماس گرفته می شد تا در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، برای تکمیل پرسشنامه به مرکز مراجعه نمایند. معیارهای ورود در مطالعه عبارت بودند از: باردار بودن مادر، سکونت در شهرستان تبریز، تحت مراقبت بودن در مراکز بهداشتی درمانی یا پایگاه‌های بهداشتی، حداقل سه بار مراجعه به مرکز برای دریافت خدمات در طول دوران بارداری. مادران بارداری که توانایی لازم برای پاسخگویی به سؤالات را نداشتند، افراد دارای شرایط ویژه یا مبتلا به بیماری حاد و کسانی که تمایل به شرکت در طرح تحقیقاتی را نداشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. مادران باردار قبل از شرکت در مطالعه، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند.

داده‌ها مربوط به کیفیت فنی به وسیله پرسشنامه محقق ساخته‌ای که بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت‌های دوران بارداری وزارت بهداشت و درمان طراحی شده بود، جمع‌آوری گردید. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصین بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن نیز بر اساس شاخص آلفای کرونباخ تأیید شده بود ($\alpha=0.748$). پرسشنامه‌ی پژوهش که از طریق مصاحبه ساختار یافته با مادران باردار تکمیل گردید، شامل ۲۹ سؤال اصلی است. بخش اول آن دارای ۳ سؤال مرتبط با نوع ارائه‌کنندگان خدمات و استمرار دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان است. بخش دوم مربوط به ارزیابی کلی از مراقبت‌های دریافتی در طول دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی بوده و بخش سوم آن شامل سؤالاتی در مورد سابقه مراجعه به مراکز برای دریافت خدمات تنظیم خانواده و زمان اطلاع از بارداری و تشکیل پرونده است. در قسمت بعد تعداد خدمات دریافتی در قالب طیف "هیچ وقت تا هفت بار" مورد پرسش قرار گرفت که این بخش نیز دارای ۲۲ سؤال است.

ابزار گردآوری داده‌ها برای بررسی کیفیت خدمات پرسشنامه محقق ساخته ی CQMH_SQ بود که روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از صاحب نظران بررسی و بعد از اعمال نظرات آنان تأیید گردید. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از همسانی درونی بررسی و تأیید گردید ($\alpha=0.85$). پرسشنامه‌ها در دو قسمت مشخصات فردی زنان باردار و کیفیت خدمت مراقبت‌های دوران بارداری طراحی شده بود که از طریق مصاحبه حضوری در مراکز بهداشتی درمانی و یا پایگاه‌ها تکمیل گردیدند. کیفیت خدمت در ۱۲ بخش شامل: انتخاب ارائه‌کننده خدمت، ارتباط و تعامل، داشتن اختیار، گروه‌های حمایتی، استمرار خدمات، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، احترام، به موقع بودن و توجه فوری، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد سنجیده شد. زنان باردار از دو جنبه اهمیت (Importance) و عملکرد (Performance) به گویه‌های پرسشنامه پاسخ دادند. در نهایت کیفیت خدمت با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{Service Quality} = 10 - (\text{Importance} \times \text{Performance})$$

کیفیت مشتری بر اساس پرسشنامه تبریزی و همکاران (CQMH_CQ) اندازه‌گیری شد (۲۰). نمره نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خود مدیریتی با نمره دهی به پاسخ‌های شرکت‌کننده گان بر اساس: کاملاً مخالفم [۱]، مخالفم [۲]، موافقم [۳]، کاملاً موافقم [۴] و نظری ندارم [۵] که بعد از نمره دهی اولیه گزینه‌های نظری ندارم [۵] و بدون پاسخ بر اساس میانگین نمره سایر گزینه‌ها نمره‌گذاری شد و در نهایت افرادی که به بیش از سه گزینه پاسخ نظری ندارم را داده بودند، از مطالعه حذف و تعداد افراد مورد بررسی به ۱۸۱ نفر کاهش یافت. با استفاده از دستورالعمل تبریزی و همکاران (۲۰)، برای شناسایی چهار مرحله‌ی تعریف شده‌ی کیفیت مشتری برای دستیابی به خود مدیریتی شامل: ۱. اعتقاد به اهمیت نقش بیمار در روند درمان ۲. داشتن اعتماد به نفس و دانش کافی برای انجام اقدامات لازم ۳. مشارکت و اقدام فعال ۴. تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس (جدول ۱)، نمره کیفیت مشتری محاسبه گردید. به منظور تعیین روایی، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از صاحب نظران بررسی و بعد از اعمال نظرات آنان تأیید گردید. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از همسانی درونی بررسی و تأیید گردید ($\alpha=0.714$). در نهایت شاخص کیفیت نیز بر اساس ترکیبی از نمرات سه بعد کیفیت محاسبه گردید. نمرات ابعاد کیفیت به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش شد و برای آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS17 استفاده شد.

جدول ۱. نمره نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خود مدیریتی

مراحل خود مدیریتی	نمره کیفیت مشتری
اول	پایین تر از ۱۶
دوم	۱۶ - ۵۰
سوم	۵۰ - ۸۳
چهارم	بالتر از ۸۳

یافته ها

در این مطالعه ۷۰٪ از مادران باردار در سنین بین ۲۱-۳۰ سال بوده و ۸۷٪ آنها تحت پوشش یکی از بیمه های درمانی قرار داشتند. حدود ۹۰٪ از مادران باردار خانه دار و تنها ۱۰٪ آنها شاغل بودند. ۶٪ زنان جامعه پژوهش بی سواد، ۴۱٪ تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۶٪ تحصیلات دبیرستانی و ۸٪ نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۵۶٪ از مادران باردار بارداری اول، ۲۶٪ بارداری دوم و ۱۸٪ آنها بارداری سوم و بیشتر را تجربه می کردند. بر اساس یافته ها ۱۶٪ سابقه سزارین، ۱۵٪ سابقه سقط و ۳٪ سابقه مرده زایی داشتند.

بر اساس یافته های مطالعه شاخص کیفیت برای شرکت کنندگان در مطالعه ۶۱/۱۵ (۹/۶) محاسبه گردید که وضعیت متوسطی را نشان می دهد. همچنین یافته های مطالعه نشان می دهد که تبعیت کلی از استانداردهای مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی و پایگاه های بهداشتی ۴۰/۵۴ (۱۹±) بود. کیفیت فنی خدمات ارائه شده به افراد زیر ۲۰ سال پایین تر از سایر مادران بود. از طرفی تفاوت معناداری بین شاخص کیفیت فنی افراد بی سواد و افراد با تحصیلات دانشگاهی مشاهده گردید؛ به طوری که نمره کیفیت فنی افراد با تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با افراد بی سواد پایین تر بود (۲۸/۵۷ و ۳۳/۷۷). از سوی دیگر افرادی که در پایگاه های بهداشتی درمانی خدمت دریافت کرده بودند، نمره کیفیت فنی پایین تری (۳۷/۵۱) نسبت به افرادی که در مراکز بهداشتی درمانی مراقبت شده بودند (۴۱/۸۵) داشتند. افراد خانه دار به نسبت افراد شاغل نمره کیفیت فنی بالاتری داشتند (۴۱/۲۰) در مقایسه با (۳۴/۳۹). تفاوت معناداری بین نمره کیفیت افراد به لحاظ زمان تشکیل پرونده مشاهده گردید. به طوری که افرادی که در سه ماهه سوم بارداری تشکیل پرونده داده بودند پایین ترین نمره کیفیت فنی (۴۳/۷۹) و افرادی که سه ماهه اول بارداری تشکیل پرونده داده بودند، بالاترین نمره کیفیت (۴۳/۷۹) را داشتند. کیفیت فنی از افرادی که سابقه تنظیم خانواده داشتند در مقایسه با افرادی که سابقه تنظیم خانواده نداشتند، بهتر ارزیابی شده بود (۴۲/۳۵) در مقایسه با (۳۹/۹۲).

یافته های مرتبط با تعیین میزان کیفیت خدمت مراقبت های دوران بارداری (جدول ۲) نشان داد که کیفیت خدمت کل از

دید گیرندگان خدمت ۷۵/۳ (۱۳/۶±) از ۱۰۰ است که نشانگر کیفیت نسبتاً پایینی است. یافته ها حاکی از آن است که مادرانی که حاملگی برنامه ریزی شده داشتند، سطح بالایی از کیفیت خدمت را گزارش کرده اند. رابطه ی کیفیت خدمت کل نیز با شغل، از نظر آماری معنی دار است (p=۰/۰۴۷) و مادران بارداری که خانه دار هستند، امتیاز بیشتری برای کیفیت خدمت گزارش کرده اند.

در زمینه کیفیت خدمت، یافته ها نشان داد؛ افراد بین ۲۰ الی ۳۰ سال کیفیت خدمت را با نمره بالاتری ارزیابی کرده بودند. بر خلاف کیفیت فنی در مورد کیفیت خدمت، افراد بی سواد (۸۱/۰۴) نمره بیشتری در مقایسه با افراد با سطح تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی (۷۵/۵۳)، دبیرستان (۷۴/۷۷) و دانشگاهی (۷۲/۴۲) داشتند. نمره کیفیت افرادی که در مرکز بهداشتی درمانی خدمت دریافت کرده بودند، بیشتر از افرادی بود که در پایگاه های بهداشتی مراقبت شده بودند (به ترتیب ۷۵/۸۸ و ۷۳/۹۶). افرادی که در بارداری دوم، اول و سوم و بیشتر قرار داشتند، کیفیت خدمت را به ترتیب بیشتر ارزیابی کرده بودند (۷۵/۹۴، ۷۵/۳۱ و ۷۴/۹۶). از طرفی تفاوت معنی داری بین نمره کیفیت افرادی که به متخصص زنان مراجعه کرده بودند و افرادی که مراجعه نکرده بودند مشاهده گردید. به طوری که نمره کیفیت افرادی که به متخصص زنان مراجعه کرده بودند، بیشتر بود (۷۵/۹۳) در برابر (۷۳/۹۵). همچنین مشخص شد مادرانی که حاملگی برنامه ریزی شده داشتند، زنان خانه دار، زنانی که در ماه های اول بارداری تشکیل پرونده داده بودند و یا ارزیابی بهتری از کیفیت خدمات داشتند، نمره کیفیت خدمت بالاتری گزارش کرده اند.

بر اساس یافته ها مشخص گردید؛ مادرانی که کیفیت کلی مراقبت های خود را بهتر ارزیابی کرده بودند، نمره کیفیت مشتری بالاتری داشتند (۶۳/۳) ضعیف، ۶۶/۶ خوب و ۷۱ بسیار خوب، (P_value=۰/۰۰۷). از سوی دیگر زنانی که در سه ماهه دوم بارداری اقدام به تشکیل پرونده کرده بودند، نمره کیفیت مشتری بالاتری نسبت به آنهایی که در سه ماهه اول تشکیل پرونده داده بودند، داشتند (۷۱/۲) در برابر (۶۶/۹) (P_value=۰/۰۳۸). همچنین نمره کیفیت مشتری مادرانی که به طور مرتب مراقبت شده بودند، به طور معنی داری بالاتر از آنهایی بود که مراقبت مرتب و منظم نداشتند (۶۸) در برابر (۵۱) (P_value=۰/۰۳۴). در بررسی ارتباط بین نمره کیفیت مشتری با سایر مؤلفه های فردی و سوابق مراقبتی ارتباط معنی داری مشاهده نگردید.

جدول ۲. کیفیت فنی، کیفیت خدمت، کیفیت مشتری و شاخص کیفیت مراقبت های دوران بارداری

متغیر	تعداد	درصد	TQ Mean (±SD)	SQ Mean (±SD)	CQ Mean (±SD)	QI Mean (±SD)
شاخص کیفیت مراقبت ها	۱۸۵	۱۰۰	۴۰/۵۴ (۱۹/۰)	۷۵/۲۹ (۱۳/۶)	۶۷/۷۹ (۱۱/۳)	۶۱/۱۵ (۹/۶)
سن	زیر ۲۰ سال	۱۰	۳۸/۸۹ (۱۸/۶)	۷۷/۷۱ (۹/۲)	۶۴/۳ (۱۳/۰)	۶۰/۳۱ (۹/۲)
	۲۰-۳۰ سال	۱۲۸	۴۰/۹۹ (۱۸/۶)	۷۴/۲۰ (۱۴/۴)	۶۷/۹ (۱۱/۶)	۶۰/۹۳ (۹/۸)
	بالای ۳۰ سال	۳۷	۴۰/۴۱ (۲۰/۱)	۷۷/۶۷ (۱۲/۵)	۶۹/۱ (۹/۶)	۶۱/۵۱ (۹/۵)
تحصیلات	بی سواد	۱۱	۳۳/۷۷ (۲۰/۷)	۸۱/۰۴ (۴/۳)	۶۴/۶ (۱۱/۱)	۵۹/۷۹ (۸/۱)
	ابتدایی یا راهنمایی	۷۶	۴۲/۱۱ (۱۸/۲)	۷۵/۵۳ (۱۲/۸)	۶۸/۱ (۱۰/۹)	۶۱/۹۶ (۹/۲)
	دبیرستان	۸۵	۴۱/۸۵ (۱۹/۵)	۷۴/۷۷ (۱۵/۱)	۶۷/۳ (۱۱/۷)	۶۱/۱۳ (۱۰/۴)
محل دریافت خدمات	دانشگاهی	۱۳	۲۸/۵۷ (۱۴/۹)	۷۲/۴۲ (۱۱/۹)	۷۲/۱ (۱۰/۶)	۵۷/۷۰ (۷/۷)
	مرکز بهداشتی درمانی	۱۲۸	۴۱/۸۹ (۱۷/۵)	۷۵/۸۸ (۱۳/۰)	۶۸/۳ (۱۱/۴)	۶۱/۹۹ (۹/۱)
	پایگاه بهداشتی	۵۷	۳۷/۵۱ (۲۱/۹)	۷۳/۹۶ (۱۴/۸)	۶۶/۶ (۱۱/۱)	۵۹/۲۶ (۱۰/۴)
سابقه بارداری	بارداری اول	۱۰۳	۴۱/۷۹ (۱۹/۳۵)	۷۵/۳۱ (۱۴/۱)	۶۸/۶ (۱۲/۱)	۶۱/۸۲ (۱۰/۱)
	بارداری دوم	۴۷	۴۰/۰۲ (۱۸/۹)	۷۵/۹۴ (۱۴/۹)	۶۶/۱ (۹/۶)	۶۰/۶۹ (۸/۸)
	بارداری سوم و بیشتر	۳۴	۳۸/۲۴ (۱۸/۲)	۷۴/۹۶ (۱۰/۲)	۶۷/۹ (۱۱/۱)	۶۰/۱۳ (۹/۱)
مراجعه به متخصص زنان	بله	۱۲۵	۴۰/۲۷ (۱۹/۱)	۷۵/۹۳ (۱۲/۹)	۶۶/۸ (۱۱/۹)	۶۱/۳۶ (۹/۳)
	خیر	۶۰	۴۱/۱۱ (۱۸/۹)	۷۳/۹۵ (۱۴/۹)	۶۹/۵ (۱۰/۲)	۶۰/۷۳ (۱۰/۳)
	بله	۱۰۸	۳۹/۸۱ (۱۹/۲)	۷۳/۳۶ (۱۴/۳)	۶۶/۶ (۱۰/۵)	۵۹/۹۶ (۱۰/۱)
حاملگی برنامه ریزی شده	خیر	۷۷	۴۱/۵۶ (۱۸/۷)	۷۷/۹۹ (۱۲/۱)	۶۹/۵ (۱۲/۲)	۶۲/۸۲ (۸/۶)
	بله	۱۶۷	۴۱/۲۰ (۱۹/۴)	۷۵/۹۴ (۱۳/۳)	۶۷/۴ (۱۱/۳)	۶۱/۴۶ (۹/۸)
	خانه دار	۱۸	۳۴/۳۹ (۱۳/۹)	۶۹/۲۵ (۱۵/۱)	۷۱/۲ (۱۰/۷)	۵۸/۲۸ (۷/۶)
بیمه	دارد	۱۶۰	۴۰/۳۹ (۱۸/۷)	۷۵/۰۹ (۱۴/۰)	۶۸ (۱۰/۹)	۶۱/۱۰ (۹/۵)
	ندارد	۲۵	۴۱/۵۲ (۴۱/۱)	۷۶/۵۹ (۱۰/۵)	۶۶/۳ (۱۳/۳)	۶۱/۴۶ (۱۰/۴)
	سه ماهه اول بارداری	۱۳۷	۴۳/۷۹ (۱۸/۱)	۷۶/۴۸ (۱۳/۳)	۶۶/۸۹ (۱۱/۲)	۶۲/۲۸ (۹/۴)
زمان تشکیل پرونده	سه ماهه دوم بارداری	۳۶	۳۰/۴۲ (۱۹/۶)	۷۳/۰۵ (۱۲/۲)	۷۱/۲ (۱۱/۶)	۵۸/۱ (۱۰/۱)
	سه ماهه سوم بارداری	۳	۱۲/۷۰ (۲/۷)	۵۲/۶۹ (۱۸/۸)	۷۸/۱۵ (۱۱/۸)	۴۷/۸۴ (۳/۹)
	دارد	۴۷	۴۲/۳۵ (۱۹/۸)	۷۶/۲۲ (۱۲/۳)	۶۹/۳۳ (۱۰/۰)	۶۲/۴۲ (۹/۹)
سابقه تنظیم خانواده	ندارد	۱۳۸	۳۹/۹۲ (۱۸/۸)	۷۴/۹۸ (۱۴/۰)	۶۷/۲۹ (۱۱/۷)	۶۰/۷۲ (۹/۵)
	ضعیف	۲۳	۳۳/۷۵ (۱۷/۱)	۶۱/۵۳ (۱۷/۵)	۶۳/۳ (۹/۲)	۵۲/۶۵ (۱۰/۶)
	خوب	۹۵	۳۶/۹۹ (۱۷/۹)	۷۵/۸۱ (۱۱/۸)	۶۶/۶ (۱۰/۱)	۵۹/۷۲ (۸/۲)
دوران بارداری	۶۷	۴۷/۹۰ (۱۹/۱)	۷۹/۲۸ (۱۱/۵)	۷۱ (۱۲/۷)	۶۶/۱۰ (۸/۴)	

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه با استفاده از مدل CQMH، کیفیت خدمات مراقبت های دوران بارداری از نگاه زنان باردار در زمینه کیفیت خدمت، فنی و مشتری بررسی شد که نمره کیفیت خدمت کل ۷۵/۳، کیفیت فنی ۴۰/۵۴ و کیفیت مشتری ۶۷/۷۹ به دست آمد. همچنین یافته های مطالعه نشان داد؛ شاخص کیفیت بر اساس ترکیب نمرات سه بعد اصلی کیفیت در مطالعه حاضر ۶۱/۱۵ (۹/۶) می باشد که نشانگر وضعیت متوسط کیفیت مراقبت ها در مراکز بهداشتی و پایگاه های بهداشتی شهر تبریز می باشد.

در مطالعه حاضر، کیفیت فنی که در برگزیده خدماتی همچون ارزیابی های بالینی دوران بارداری، آموزش های دوران بارداری، خدمات پاراکلینیک و مکمل های غذایی دوران بارداری می باشد، وضعیت مطلوبی نداشت که نشانگر

این است که این خدمات به ندرت انجام گرفته اند. در مطالعه های در تانزانیا کیفیت فنی مراقبت ها در بخش دولتی ۱۸ (بین ۵-۲۸) و در مراکز خصوصی ۲۱ (بین ۱۰-۳۳) گزارش شده است که تفاوت فوق از لحاظ آماری معنی دار بوده است (۲۱) که وضعیت به مراتب بدتری را در این کشور نشان می دهد. اما باید توجه داشت که سیستم مراقبت های اولیه در ایران از توانمندی های بالقوه و زیرساخت های زیادی برخوردار است که نمی توان وضعیت فعلی را قابل قبول ارزیابی کرد.

امتیاز نسبتاً پایین در زمینه کیفیت خدمت در مطالعه حاضر نشانگر شرایط نامناسب، چه از نظر تعامل بین گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات و چه از نظر محیط و امکانات مراقبتی در مراکز بهداشتی می باشد و از سویی نشانگر ضعف جانبی همچون آموزش ها و رفع انتظارات مادران باردار می باشد، که تقریباً این مطالعه با اکثر مطالعات صورت گرفته در ایران

(کیفیت مشتری) شود، جلوگیری می کند و این چرخه معیوب همواره ادامه پیدا می کند.

از این رو و با توجه به تأثیر مثبت برخی استراتژی ها که محوریت آن ها را توانمند سازی مادران باردار و مشارکت دادن آن ها در تصمیم گیری و ارائه خدمات تشکیل می دهد، روش های مؤثری در کشورهای مختلف برای این امر ابداع و به کار گرفته شده است، که گروه مراقبت های متمرکز بارداری (Centering Pregnancy® Group) که در برخی از کشورهای اروپایی و آمریکایی اجرایی شده است، تأثیرات خوبی بر روی کیفیت مراقبت ها داشته و در توانمند سازی آنان تأثیر گذار بوده است (۲۳ و ۲۴). همچنین بر اساس پروژه ای که توسط سازمان جهانی بهداشت در برخی کشورهای آسیایی و آفریقایی اجرا شد، توانمندی مادران باردار و مشارکت دادن آن ها در تصمیم گیری و ارائه خدمات از طریق ایجاد پرونده های پزشکی مبتنی بر ثبت های خانگی (Home-Based maternal record)، کیفیت مراقبت های دوران بارداری ارتقا داده شد (۲۵) که در کشور ما نیز می توان از این استراتژی ها و ترکیب آن ها برای توانمند سازی مادران باردار و ارتقای کیفیت خدمات در سایر ابعاد کیفیت بهره گرفت.

تقدیر و تشکر

بر خود فرض می دانیم از مشارکت و همراهی مادران باردار شرکت کننده در مطالعه، کارکنان و مدیران مرکز بهداشت شهرستان تبریز و مراکز ارائه کننده خدمات و مدیران و کارشناسان ارشد مرکز بهداشت استان که در تمامی مراحل جمع آوری داده حامی پژوهش حاضر بودند، کمال سپاس را داشته باشیم. ضمناً از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC) و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی به خاطر حمایت مالی از پروژه فوق نهایت تشکر را داریم.

(۱۲-۱۵) مطابقت بالایی دارد، که بیانگر وجود ضعف هایی اساسی در زمینه کیفیت مراقبت ها و جوانب بین فردی به خصوص در مراقبت های دوران بارداری در سیستم بهداشت و درمان ایران می باشد.

در مطالعه حاضر نمره کیفیت مشتری برای زنان باردار ۶۷.۷۹ (± 11.29) محاسبه گردید، که نشان دهنده این است که مادران باردار در مجموع در مرحله ی مشارکت و اقدام فعال از مراحل خود مراقبتی قرار داشته و نمی توانند در شرایط استرسزا و سخت به تداوم مراقبت از خود بپردازند و این مسأله با توجه به شرایط استرس زای دوران بارداری اهمیت توانمند سازی مادران را بیشتر نمایان می سازد. بر اساس شواهد موجود برخی عوامل همچون؛ دیدگاه منفی نسبت به بارداری، نگرش در مورد سبک زندگی، ترس از محیط های ارائه خدمات، نگرش نسبت به حمایت های اجتماعی ... نقش تعیین کننده ای در استفاده بهتر از خدمات و بهبود کیفیت مراقبت های دوران بارداری دارد و در طراحی برنامه های ارتقای کیفیت خدمات باید به این موضوعات توجه شود (۲۲).

با توجه به این که در مطالعه حاضر کیفیت فنی مراقبت های دوران بارداری بدترین وضعیت را دارا می باشد و توجه به این نکته که ابعاد سه گانه کیفیت خدمات یک ارتباط دوجانبه با هم دارند، می توان نتیجه گرفت که ضعف در یکی از جوانب، می تواند علاوه بر کاهش امتیاز آن بعد، در ابعاد دیگر نیز تأثیر منفی داشته باشد. در این زمینه، یکی از شرایط پیش آمده کمبود امکانات و تسهیلات مناسب (کیفیت خدمت) برای ارائه خدمات در حد استاندارد می باشد، که این امر مانع از ارائه خدمات مناسب و مطابق استاندارد (کیفیت فنی) برای مادران باردار می شود و از سوی دیگر نبود این امکانات، عملاً مراکز بهداشت و درمانی را برای برگزاری نشست ها و کلاس آموزشی که می تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر برای ارتقای توانمندی مادران باردار

References

1. WHO. Making a difference in countries: strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. Ensuring skilled care for every birth Geneva: Department of Making Pregnancy Safer; 2006:1-29.
2. Greg RA, Carol CK. The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birth Weight. The future of children Low Birth Weight. 1995;5(1):20-103.
3. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors association with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. Int J Gynecol Obstet. 2005;88(2):72-168.
4. Malloy MH, Kao TC, Lee Y. Analyzing the effect of prenatal care on pregnancy outcome: a conditional approach. Am J Public Health. 1992;82(3):448.
5. Stringer M. Issues in determining and measuring adequacy of prenatal care. J Perinatol. 1998;18(1):68-73.
6. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GH, et al. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitoria, Espirito Santo, Brazil. Women Health 2010;50(3):40-229.

7. Siko SPL. Evaluations of quality of antenatal care at rural Health centers in Matebelend North Province Central. *African Journal of Medicine* 1996;17:34-423.
8. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington D.C: National Academy Press; 1990.
9. Tabrizi JS, O'Rourke P, Wilson A, Coyne E. Service Quality for Type 2 Diabetes in Australia: The Patient Perspectives. *Diabetic Medicine*. 2008;25(5):7-612.
10. Tabrizi J. Quality of delivered care for people with Type 2 diabetes: a new patient centered model. *Journal of research in Health Sciences*. 2009;9(2):1-9.
11. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service quality in health care. *JAMA*. 1999; 281(7):5-661.
12. Lotfi R, goshtasbi A. quality assessment of prenatal care using LQAS in urban health centers and health houses of Astara, 2004. *J of Gilan Uni*. 2004;15(58):33-40.
13. Fekrat M, Kashanian M, Saberi Z. Evaluation of the Effective Factors in Irregular Prenatal Care. *journal of Iran university of medical sciences* 2004;11(42): 10-605.
14. Hosseininasab SD, Taghavi S. The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety. *medical journal of Tabriz university of medical sciences*. 2009;31(4):24-30.
15. Goshtasbi A, majlesi F, Rahimi_Furushani A, nadim A. evaluating quality of maternity care in kohkilio and boirahmad proviance. *health monitor*. 2002;1(1):7-12.
16. Goudswaard A, Lam K, Stolk R, Rutten G. Quality of recording of data from patients with Type 2 diabetes is not a valid indicator of quality of care. A cross-sectional study. *Family Practice*. 2003;20: 7-173.
17. WHO. Implementation of the making pregnancy safer initiative (MPS) within the context of the road map for accelerating the attainment of the millennium development goals (MDGs) related to maternal and newborn health (MNH) in Africa. Geneva, The World Health Organisation Africa Region. 2005:1-32.
18. Petite D, Hiatt R, Chin V, Croughan-Minihane M. An outcome evaluation of the content and quality of prenatal care. *Birth*. 1991;18(1):5-21.
19. Compos TP. Infant Mortality in Rio Do Janeiro, Brazil: risk areas and distance Traveled by patient's to get to health care facilities. *Review Paumam Salud Publication*. 2000;8(3):71-164.
20. Tabrizi JS, Wilson AJ, O'Rourke PK. Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study. *J Res Health Sci* 2010;10(2):69-76.
21. Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(2):22-116.
22. Kiely JL, Kogan MD. From data to action: CDC'S public health surveillance for women, infant and children. *Reproductive health of women*. 2000: 18-105.
23. Gaudion A, Bick D, Menka Y, Walton C, Yiannouzis K, Robbins J, et al. Adapting the Centering Pregnancy® model for a UK feasibility study. *British Journal of Midwifery*. 2011;19(7): 8-433.
24. Walker DS, Worrell R. Promoting Healthy Pregnancies Through Perinatal Groups: A Comparison of Centering Pregnancy® Group Prenatal Care and Childbirth Education Classes. *Journal of Perinatal Education*. 2008;17(1):27-34.
25. Shah PM, Selwyn BJ, Shah K, Kumar V, Collaborators. Evaluation of the home-based maternal record: a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*. 1993;71(5):48-535.