

## بررسی کیفیت و کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان‌های شهر ارومیه در سال ۱۴۰۰

سعادت نقشبندی<sup>۱</sup>، رقیه بایرامی<sup>۲</sup>، سیما مسعودی<sup>۳</sup>، فاطمه عفتی دریانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۸/۱۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۱/۲۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** یکی از برنامه‌های نظام سلامت در ایران، ارائه خدمات مرتبط با بارداری است که در سه حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان ارائه می‌شود. ارزیابی کیفیت و کمیت، چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد و نارسایی‌های برنامه‌ها را نیز مشخص می‌کند تا بتوان نسبت به حل ریشه‌ای مشکلات اقدام کرد. پژوهش حاضر باهدف تعیین کیفیت و کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان‌های شهر ارومیه انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-تحلیلی بر روی ۷۶۵ نفر زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر ارومیه با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل اطلاعات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه پژوهشگر ساخته کیفیت و کفایت مراقبت پیش از بارداری بود. تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۲-۳ ساعت قبل از ترخیص مادر از بخش زایمان انجام می‌گرفت. داده‌های به‌دست‌آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۲۷/۰±۴/۹ سال بود. از کل زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۵۹ زن (۲۰/۷۸ درصد) مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت کرده بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد مراقبت‌های پیش از بارداری در میان شرکت‌کننده در مطالعه ۲/۷±۱/۵/۸ مراقبت بود. حداقل و حداکثر مراقبت‌های دریافت شده به ترتیب ۸ و ۲۳ و میانگین تعداد مراقبت‌های دریافت شده ۱۵ مراقبت بود. نمره کل کیفیت خدمت پیش از بارداری ۱۱/۲۰±۶۶/۶۰ بود. میانگین نمرات مراجعه‌کنندگان به مراکز خصوصی برای ابعاد انتخاب، ارتباط و تعامل و نمره کل کیفیت خدمت به‌طور معنی‌داری بیشتر از میانگین نمرات مراجعه‌کنندگان به مراکز دولتی بود ( $p < 0/05$ ). میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت مشتری پیش از بارداری ۱۱/۹۸±۵۹/۳۱ بود. نتایج نشان داد که ابعاد کیفیت مشتری بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی و خصوصی مشابه بوده و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت ( $p = 0/859$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** علیرغم پوشش کم مراقبت پیش از بارداری، کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری در حد مطلوب بوده و تفاوتی بین مراکز ارائه‌دهنده خدمت خصوصی و دولتی وجود نداشت. با توجه به پایین بودن کیفیت برخی ابعاد خدمات مراقبت پیش از بارداری در مراکز دولتی نسبت به مراکز خصوصی، نیاز به برنامه‌ریزی و مداخله جهت بهبود کیفیت ارائه خدمت بخصوص در مراکز دولتی وجود دارد.

**کلیدواژه‌ها:** مراقبت پیش از بارداری، کیفیت خدمات، کمیت خدمات

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره اول، پی‌درپی ۱۶۲، فروردین ۱۴۰۲، ص ۱۱-۰۱

آدرس مکاتبه: ارومیه کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: Bayrami.r@umsu.ac.ir

### مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی به مادران باردار، یکی از مباحث اصلی بهداشتی جامعه و یک شاخص مهم بهداشتی در نظر گرفته می‌شود. یکی از برنامه‌های نظام سلامت در ایران ارائه خدمات مرتبط با بارداری است که در سه حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری

بارداری از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل زندگی زنان است (۱). اهمیت مراقبت دوران بارداری از این نظر چشمگیر است که تأمین سلامت مادر به‌طور مستقیم در زندگی جنین مؤثر است (۲). ارائه

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> مربی هیات علمی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

خدمات و بیماری‌ها از نظر استانداردهای خدمت (دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی) برای شناسایی و یا کنترل وضعیت و یا تکرار هر آزمایش در دوره‌ی زمانی مشخص، کیفیت مشتری به ویژگی‌ها و توانمندی‌های گیرنده‌ی خدمت یا مشتری توجه دارد و کیفیت خدمت به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده‌ی خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان‌دهنده‌ی روش ارائه‌ی خدمت و محیطی است که خدمت در آن ارائه می‌شود و به جنبه‌های غیر تخصصی ارائه‌ی خدمت نظیر دسترسی، احترام و مشارکت در تصمیم‌گیری توجه دارد (۱۷-۱۵).

در مطالعه غفاری و همکاران در سال ۱۳۹۲ که به بررسی فرایند مراقبت‌های پیش از بارداری بر مبنای الگوی دونابندین پرداخته بود نتایج نشان داد که در بررسی میزان تطابق مراقبت‌ها با سطح مطلوب نشان داد که وضعیت ارائه فرآیند مراقبت‌ها در ۹۳/۷ درصد موارد، متوسط بود (۱۸). از آنجایی که نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته موید این نکته است که ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا در بارداری و قبل از آن، به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر، موجب کاهش مرگ‌ومیر شیرخواران، کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بارداری و زایمان در مادران و به‌خصوص کاهش مرگ‌ومیر حول زایمان می‌گردد ضرورت توجه به این مراقبت‌ها، پایش، ارزیابی و بهبود کیفیت این مراقبت‌ها از یک سو و پاسخ به نیازهای و انتظارات مادران باردار از سوی دیگر اهمیت فزون‌تری پیدا می‌کند (۱۹، ۲۰). همچنین غفاری و همکاران در سال ۲۰۲۲ گزارش کردند که شاخص استاندارد جهت تعیین کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری وجود ندارد و این مراقبت‌ها به‌صورت ناقص ارائه می‌گردد (۲۱). بنابراین با توجه به مراجعه زنان برای دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری به مطب‌های خصوصی و مراکز جامع سلامت و نیاز به داشتن اطلاعات پایه در زمینه کیفیت و کفایت مراقبت‌های ارائه‌شده در این مراکز، مطالعه حاضر باهدف تعیین کیفیت و کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان‌های شهر ارومیه در سال ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ انجام گرفت.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقطعی - تحلیلی می‌باشد که در بیمارستان‌های شهر ارومیه انجام شد. پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده مامایی و پرستاری ارومیه واخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی با کد اخلاق (IR.UMSU.REC.1399.275) با ارائه مجوز به محل پژوهش و

و پس از زایمان ارائه می‌شود (۳). مراقبت پیش از بارداری مکمل مراقبت بارداری بوده و از نظر سازمان بهداشت جهانی ارائه مداخلات بهداشتی، رفتاری و اجتماعی به زوجین قبل از بارداری است و شامل ارزیابی خطرات موجود برای باردارشدن، غربالگری و مداخلات آموزشی و درمانی است (۴). به‌طور کلی می‌توان گفت هدف از انجام مراقبت‌های قبل از بارداری اطمینان از سلامتی والدین آینده قبل و حین بارداری است (۵). مراقبت پیش از بارداری به‌عنوان جزء اساسی مراقبت پری ناتال از سوی سرویس سلامت عمومی امریکا معرفی شده است و هدف از انجام مراقبت‌های پیش از بارداری، اطمینان از شناسایی و درمان عوارض و رفتارهایی است که ممکن است مادر و نوزاد را در شرایط بحرانی قرار دهد (۶). نتایج مطالعه‌ای در کشور ایران نشان داده که مراقبت پیش از بارداری با کاهش وزن کم زمان تولد، زایمان زودرس و عوارض مادری پایین‌تر همراه بود (۶). به همین دلیل انجام این مراقبت‌ها با کیفیت مطلوب از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا مراقبت با کیفیت ۳۳ درصد مرگ‌ومیر مادران را کاهش می‌دهد (۷).

در زمینه‌ی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است که یکی از جامع‌ترین دیدگاه‌ها از سوی انجمن پزشکی امریکا ارائه‌شده که کیفیت را سطحی از خدمات سلامت ارائه‌شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد در نظر می‌گیرد (۸). ارزیابی کیفیت، چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد و نارسایی‌های برنامه‌ها را نیز مشخص می‌کند تا بتوان نسبت به حل ریشه‌های مشکلات اقدام کرد (۹). کیفیت مناسب، به‌عنوان یک اولویت در نظام بهداشتی درمانی مطرح است، به‌گونه‌ای که در اکثر کشورها، درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، وابسته به مراقبت‌ها و کیفیت آن‌ها است (۱۰). برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، روش‌ها و الگوهای متفاوتی وجود دارد، ارزیابی کیفیت با هر روشی، از طریق جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها صورت می‌گیرد (۱۱). گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ارزیابی خدمات در حیطه ساختار، فرآیند و پیامد است که این الگو در سال ۱۹۶۶ توسط دونابندین<sup>۱</sup> معرفی شد (۱۲). در سال ۱۹۹۹ کناگی<sup>۲</sup> و برویک<sup>۳</sup> مدل سه‌بعدی دونابندین را اصلاح و با ابعاد کیفیت فنی و کیفیت خدمت به‌عنوان مدل مؤثری برای ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی معرفی کردند (۱۳). اخیراً بعد سومی به‌عنوان کیفیت مشتری توسط تبریزی و همکاران به ابعاد آن اضافه شده است (۱۴). کیفیت فنی به جنبه‌های تخصصی

<sup>3</sup> Berwick

<sup>1</sup> Donabedian

<sup>2</sup> Kenagy

دادن اطلاعات لازم در رابطه با اهداف و نحوه‌ی اجرا به مسئولین مربوطه بیمارستان‌های شهر ارومیه، انجام مطالعه شروع شد.

برای تعیین حجم نمونه با استناد به مقالات مشابه (۱۵، ۲۲) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول به اندازه ۵ درصد و توان مطالعه ۸۰ درصد و ریزش ۱۰ درصدی، حجم نمونه ۷۶۵ نفر در نظر گرفته شد. تمام بیمارستان‌های دولتی (مرکز آموزشی درمانی کوثر، بیمارستان امام رضا و بیمارستان ارتش) و بیمارستان‌های خصوصی (آذربایجان، شفا، میلاد، صولت و شمس) شهر ارومیه به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. در این پژوهش معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سکونت در ارومیه، بارداری کم‌خطر، سواد خواندن و نوشتن، سن بارداری بالای ۲۰ هفته، عدم ابتلا به بیماری طی در طول بارداری، نداشتن سابقه نازایی، عدم ابتلا به بیماری روانی در طول بارداری و رضایت برای شرکت در پژوهش بود و معیار خروج از مطالعه عدم تمایل مادر به ادامه همکاری در تکمیل پرسشنامه بود.

حجم نمونه از هر کدام از مراکز به تناسب زایمان‌های انجام گرفته در سه ماه اخیر محاسبه شد. بدین صورت که مرکز آموزشی درمانی کوثر ۱۷۵ نفر، بیمارستان امام رضا ۱۶۰ نفر، بیمارستان ارتش ۳۰ نفر، بیمارستان آذربایجان ۶۵ نفر، بیمارستان شفا ۱۰۰ نفر، بیمارستان میلاد ۱۰۶ نفر، بیمارستان صولت ۹۴ نفر و بیمارستان شمس ۳۵ نفر شرکت‌کننده در مطالعه داشتند. پژوهشگر هر روز در شیفت صبح به یکی از محیط‌های پژوهش منتخب مراجعه و در بخش‌های پس از زایمان اقدام به نمونه‌گیری کرد. نمونه‌گیری سهمیه‌ای بود بدین ترتیب که پرونده‌های با شماره زوج انتخاب و پس از معرفی خود و بیان اهداف پس از اخذ رضایت شفاهی از مادران، پرسشنامه را در اختیار آن‌ها قرار می‌داد. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به حجم نمونه برآورده شده ادامه پیدا کرد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه شامل الف) اطلاعات جمعیت شناختی و مامایی ب) پرسشنامه پژوهشگر ساخته کفایت و کیفیت مراقبت پیش بارداری بود. پرسشنامه‌ها به روش خوداظهاری و حدود ۳-۲ ساعت قبل از ترخیص مادر از بخش زایمان انجام گرفت.

بخش اطلاعات جمعیت شناختی و مامایی مادران، شامل: سن زن، شغل زن و همسر، تحصیلات زن و همسر، کفایت درآمد خانوار، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزند زنده، سابقه سقط، وضعیت بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن بارداری)، سن جنین در هنگام زایمان به هفته، وزن هنگام تولد، وضعیت بیمه بود. پرسشنامه‌ی کیفیت مراقبت پیش از بارداری که یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود بر اساس مدل CQMH توسط تبریزی و همکاران (۱۴) توسعه پیدا کرد. بر اساس این پرسشنامه کیفیت مراقبت پیش بارداری از

سه قسمت کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری تشکیل شده است.

قسمت کیفیت خدمت دارای ۱۲ بخش است که شامل: انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، ارتباط و تعامل، داشتن اختیار، گروه‌های حمایتی، استمرار خدمات، کیفیت تسهیلات و خدمات اولیه، احترام، به موقع بودن و توجه فوری، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد می‌باشد. قسمت کیفیت خدمت در کل شامل ۶۰ سؤال می‌باشد و مادران از دو جنبه‌ی اهمیت (importance) (میزان مهم بودن هر گویه از دیدگاه مادران باردار) و عملکرد (performance) (عملکرد واقعی سیستم بهداشت و ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها در زمینه‌ی گویه‌های کیفیت خدمت) به پرسشنامه پاسخ می‌دهند. کیفیت خدمت با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

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

برای نمره دهی به جنبه اهمیت کیفیت خدمت از مقیاس چهار قسمتی لیکرت استفاده شد بدین صورت که مهم نیست (۰)، نسبتاً مهم (۳)، مهم (۶) و بسیار مهم (۱۰) نمره‌گذاری شد. همچنین برای نمره‌دهی جنبه عملکرد کیفیت خدمت از مقیاس چهار قسمتی ضعیف تا عالی استفاده شد و در نهایت برای محاسبه‌ی کیفیت خدمت رتبه‌بندی چهار قسمتی عملکرد به مقیاس دو قسمتی خوب برابر (۰) و ضعیف برابر (۱) تبدیل شده و در فرمول کیفیت خدمت قرار داده شد.

بر اساس شواهد حاصل از مطالعات قبلی SQ بالاتر از ۹ به‌عنوان کیفیت خدمت مطلوب و SQ کمتر از ۹ به‌عنوان کیفیت نامطلوب منظور می‌شود.

بخش کیفیت فنی پرسشنامه در کل شامل ۲۳ سؤال است که دارای بخش‌های مرتبط با نوع خدمت و استمرار دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان خدمت است که در قالب بله و خیر مورد پرسش قرار می‌گیرد.

بخش سوم این پرسشنامه نیز مربوط به کیفیت مشتری است که ۱۹ سؤال دارد و نمره‌ی نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خودمدیریتی با نمره دهی به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بر اساس: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، موردی ندارد (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵) می‌باشد و در نهایت شاخص کیفیت نیز بر اساس ترکیبی از نمرات سه بعد محاسبه می‌گردد.

جهت تأیید روایی پرسشنامه محقق ساخته کیفیت مراقبت‌های پیش بارداری در پژوهش حاضر، از روش‌های گوناگونی از جمله اعتبار صوری و اعتبار محتوا استفاده شد. روایی صوری و محتوایی به دو صورت کمی و کیفی انجام شد. برای تعیین روایی محتوا به روش کیفی از ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی بهداشت باروری و آموزش بهداشت درخواست شد پس از مطالعه پرسشنامه براساس

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۲۷/۰±۴/۹ سال بود جوانترین زنان ۱۸ ساله و مسن‌ترین آن‌ها ۳۵ سال سن داشتند. مقایسه گروه‌های سنی زنان در بین مراجعین به مراکز دولتی و خصوصی تفاوت آماری معنی‌داری را بین آن‌ها نشان داد (p=۰/۰۱۸) به طوری که نسبت بیشتری از زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی در گروه سنی ۳۰-۳۵ سال قرار داشتند. زنان با سطح تحصیلات راهنمایی و دبیرستان و دانشگاهی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی و نسبت زنان با تحصیلات بی‌سواد و ابتدایی در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی بیشتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱). از نظر شغلی ۸۹/۲ درصد از زنان شرکت‌کننده در مطالعه خانه‌دار بودند و نسبت زنان شاغل در مراجعین به مراکز خصوصی به طور معنی‌داری بیشتر از مراجعین به مراکز دولتی بود (p=۰/۰۰۲). یافته‌ها نشان داد که نسبت زنانی که اظهار کرده بودند دخل آن‌ها کمتر از خرج آن‌ها است در مراجعین به مراکز دولتی بیشتر از خصوصی بود (p<۰/۰۰۱). از کل زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۵۹ زن (۲۰/۷۸ درصد) مراقبت‌های پیش بارداری را دریافت کرده بودند. مشخصات فردی اجتماعی و مامایی در جدول ۱ نشان داده شده است.

معیارهای دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری کلمات در جای مناسب و مدت‌زمان لازم برای پاسخگویی نظر دهند. در نهایت پس از بررسی بازخوردها روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا با استفاده از معیار ضروری بودن و شاخص روایی محتوا با استفاده از معیارهای مربوط بودن، واضح بودن و سادگی استفاده شد. مقادیر نسبت روایی محتوا جهت تمامی گویه‌های مدل بالاتر از حداقل میزان قابل قبول در جدول لاوشه (۰/۶۲) بود و بنابراین تمام گویه‌ها برای مراحل بعدی حفظ شدند. نتایج حاصل از محاسبه شاخص روایی محتوا در پرسشنامه اولیه طراحی شده حاکی از آن بود که هیچ گویه ای دارای شاخص کمتر از ۰/۷۰ نبود در نهایت پرسشنامه با CVR (۰/۹۴) و CVI (۰/۹۲) تأیید شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه، سنجش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و سنجش ثبات بیرونی از طریق روش آزمون- باز آزمون صورت گرفت. الفا کرونباخ برای هر کدام از سؤالات بالای ۰/۷ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار spss 16 استفاده از آزمون‌های توصیفی، آزمون آماری تی مستقل و مجذور کای در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ < p مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول (۱): توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی و ویژگی‌های مرتبط با بارداری زنان شرکت‌کننده در مطالعه

طبقات	کل نمونه تعداد (%)	مرکز دولتی تعداد (%)	مرکز خصوصی تعداد (%)	آزمون آماری کای اسکوئر
سن	۱۸-۲۴ سال	۲۶۴ (۳۴/۵)	۴۷ (۲۶/۷)	p=۰/۰۱۸ X <sup>2</sup> =۷/۹۸۶
	۲۵-۲۹ سال	۱۹۱ (۲۵/۰)	۴۳ (۲۴/۴)	
	۳۰-۳۵ سال	۳۱۰ (۴۰/۵)	۸۶ (۴۸/۹)	
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۱۸۷ (۲۴/۴)	۸۵ (۴۸/۳)	p<۰/۰۰۱ X <sup>2</sup> =۸۱/۶۸۶
	راهنمایی و دبیرستان	۳۵۲ (۴۶/۱)	۷۲ (۴۰/۹)	
	دانشگاهی	۲۰۷ (۲۹/۵)	۱۹ (۱۰/۸)	
شغل	خانه‌دار	۶۸۲ (۸۹/۲)	۱۶۸ (۹۵/۵)	p=۰/۰۰۲ X <sup>2</sup> =۹/۳۹۳
	شاغل	۸۳ (۱۰/۸)	۸ (۴/۵)	
پوشش بیمه	دارد	۶۱۲ (۸۰/۰)	۱۳۷ (۷۷/۸)	p=۰/۴۱۴ X <sup>2</sup> =۰/۶۶۶
	بیمه ندارد	۱۵۳ (۲۰/۰)	۳۹ (۲۲/۲)	
وضعیت اقتصادی	دخل کمتر از خرج	۲۶۱ (۳۴/۱)	۹۷ (۵۵/۱)	p<۰/۰۰۱ X <sup>2</sup> =۵۶/۴۹۹
	دخل برابر خرج	۳۱۵ (۴۱/۲)	۶۵ (۳۶/۹)	
	دخل بیشتر از خرج	۱۸۹ (۲۴/۷)	۱۴ (۸/۰)	
چندمین بارداری	یک	۲۷۱ (۳۵/۴)	۴۰ (۲۲/۷)	p<۰/۰۰۱ X <sup>2</sup> =۲۵/۳۲۴
	دو	۲۳۹ (۳۱/۲)	۵۸ (۳۳/۰)	

طبقات	کل نمونه تعداد (%)	مرکز دولتی تعداد (%)	مرکز خصوصی تعداد (%)	آزمون آماری کای اسکوئر
سه	۱۶۴ (۲۱/۴)	۴۲ (۲۳/۹)	۱۲۲ (۲۰/۷)	
چهار	۹۱ (۱۲/۰)	۳۶ (۲۰/۵)	۵۵ (۹/۳)	
یک	۲۶۰ (۳۴/۰)	۴۲ (۲۳/۹)	۲۱۸ (۳۷/۰)	
دو	۲۹۵ (۳۸/۶)	۶۲ (۳۵/۲)	۲۳۳ (۳۹/۶)	$p < ۰/۰۰۱$
سه	۱۶۳۴ (۲۱/۳)	۴۸ (۲۷/۳)	۱۱۵ (۱۹/۵)	$X^2 = ۳۲/۲۵۶$
چهار	۴۷ (۶/۱)	۲۴ (۱۳/۶)	۲۳ (۳/۹)	
طبیعی	۲۷۲ (۳۵/۶)	۷۱ (۴۰/۳)	۲۰۱ (۳۴/۱)	$p = ۰/۱۳۱$
سزارین	۴۹۳ (۶۴/۴)	۱۰۵ (۵۹/۷)	۳۸۸ (۶۵/۹)	$X^2 = ۲/۲۸۵$
ندارد	۷۴۳ (۹۷/۱)	۱۷۳ (۹۸/۳)	۵۷۰ (۹۶/۸)	$p = ۰/۲۸۹$
یک	۲۲ (۲/۹)	۳ (۱/۷)	۱۹ (۳/۲)	$X^2 = ۱/۱۲۳$
بلی	۵۱۹ (۶۷/۸)	۱۰۷ (۶۰/۸)	۴۱۲ (۶۹/۹)	$p = ۰/۰۲۳$
خیر	۲۴۶ (۳۲/۲)	۶۹ (۳۹/۲)	۱۷۷ (۳۰/۱)	$X^2 = ۵/۲۰۴$

جدول شماره ۲ فراوانی نسبی مراقبت پیش از بارداری دریاقت شده توسط زنان شرکت‌کننده در مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول (۲): توزیع خدمات پیش از بارداری دریاقت شده توسط زنان شرکت‌کننده در مطالعه (n=۱۵۹)

شماره	سؤال	بلی تعداد (%)	خیر تعداد (%)
۱	انجام معاینات عمومی (ثبت فشارخون و علائم حیاتی مادر)	۱۵۵ (۹۷/۵)	۴ (۲/۵)
۲	تعیین نمایه توده بدنی	۱۳۶ (۸۵/۵)	۲۳ (۱۴/۵)
۳	پرسیدن و بررسی کلیه سؤالات مربوط به قسمت وضعیت فعلی خانم برای باردار شدن	۱۵۶ (۹۸/۱)	۳ (۱/۹)
۴	پرسیدن سابقه تعداد بارداریها و زایمانهای قبلی و تاریخ آخرین زایمان	۱۵۷ (۹۸/۷)	۲ (۱/۳)
۵	بررسی سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری	۱۳۷ (۸۶/۲)	۲۲ (۱۳/۸)
۶	بررسی وجود رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسر	۷۳ (۴۵/۹)	۸۶ (۵۴/۱)
۷	انجام معاینه پستان	۴۰ (۲۵/۲)	۱۱۹ (۷۴/۸)
۸	انجام غربالگری سلامت روان	۷۰ (۴۴/۰)	۸۹ (۵۶/۰)
۹	بررسی وضعیت واکسیناسیون و توصیه به انجام واکسیناسیون	۱۵۲ (۹۵/۶)	۷ (۴/۴)
۱۰	کنترل و معاینه دهان و دندان و ارجاع در صورت لزوم	۷۰ (۴۴/۰)	۸۹ (۵۶/۰)
۱۱	بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر و توصیه به انجام آن در صورت واجد شرایط بودن	۴۰ (۲۵/۲)	۱۱۹ (۷۴/۸)
۱۲	درخواست آزمایشات و توضیح در مورد نحوه انجام آزمایشات	۱۵۸ (۹۹/۴)	۱ (۰/۶)
۱۳	تعیین تاریخ مراجعه بعدی	۱۵۸ (۹۹/۴)	۱ (۰/۶)
۱۴	درمان بیماری و یا ارجاع مناسب در صورت لزوم	۱۵۳ (۹۶/۲)	۶ (۳/۸)
۱۵	تجویز اسید فولیک و آموزش نحوه مصرف	۱۵۵ (۹۷/۵)	۴ (۲/۵)
۱۶	درخواست سونوگرافی و توضیح در مورد علت ارجاع (در صورت لزوم)	۱۵۱ (۹۵/۰)	۸ (۵/۰)
۱۷	ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت روان	۸۱ (۵۰/۹)	۷۸ (۴۹/۱)
۱۸	ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی	۵۶ (۳۵/۲)	۱۰۳ (۶۴/۸)
۱۹	ارائه آموزش و مراقبت در زمینه بهداشت دهان و دندان	۶۰ (۳۷/۷)	۹۹ (۶۲/۳)

شماره	سؤال	بلی (%) تعداد	خیر (%) تعداد
۲۰	ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه/مکمل‌های دارویی	۵۸ (۳۶/۵)	۱۰۱ (۶۳/۵)
۲۱	ارائه آموزش روش پیشگیری از بارداری و زمان قطع استفاده از روش پیشگیری از بارداری	۶۴ (۴۰/۳)	۹۵ (۵۹/۷)
۲۲	بررسی و تکمیل تمام موارد مندرج مربوط به مراقبت پیش بارداری در سامانه سبب	۹۲ (۵۷/۹)	۶۷ (۴۲/۱)
۲۳	انجام معاینات عمومی (ثابت فشارخون و علائم حیاتی مادر)	۱۳۷ (۸۶/۲)	۲۲ (۱۳/۹)

۲. از بین زنانی که پرسشنامه کیفیت مشتری پیش بارداری را تکمیل کرده بودند ۷ نفر به همه سؤالات پاسخ یکسانی را داده بودند که از تحلیل‌ها کنار گذاشته شدند و داده‌های ۱۵۲ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت مشتری بارداری برای آن‌ها  $11/98 \pm 59/31$  بود. حداقل و حداکثر نمره مشاهده شده برای کیفیت مشتری پیش بارداری به ترتیب  $31/25$  و  $97/92$  و میان نمرات  $58/33$  بود. نمرات کیفیت مشتری پیش بارداری طبقه‌بندی شد که برای کل نمونه و برحسب نوع مرکز مراقبت (دولتی و خصوصی) در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

بر اساس این یافته‌ها مراقبت‌هایی که کمترین فراوانی ارائه را داشتند به ترتیب شامل معاینه پستان و بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر (هر دو با فراوانی نسبی  $25/2$  درصد)، ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی ( $35/2$  درصد) و ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه/مکمل‌های دارویی ( $36/5$  درصد) و ارائه آموزش و مراقبت در زمینه بهداشت دهان و دندان ( $37/7$  درصد) بودند. در مجموع میانگین و انحراف معیار تعداد مراقبت‌های پیش بارداری دریافت شده توسط زنان شرکت‌کننده در مطالعه  $3/7 \pm 15/8$  مراقبت، حداقل و حداکثر مراقبت‌های دریافت شده به ترتیب ۸ و ۲۳ و میان تعداد مراقبت‌های دریافت شده ۱۵ مراقبت بود (جدول

جدول (۳): کیفیت مشتری پیش بارداری در زنان شرکت‌کننده در پژوهش ( $n=152$ )

مقدار p	آماره t	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۳۴	-۱/۱۹۶	۱۲/۱۲	۵۷/۷۷	دولتی
		۱۱/۸۸	۶۰/۱۸	خصوصی
		۱۱/۹۸	۵۹/۳۱	کل

مختلف با هم قابل مقایسه باشند. جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در مطالعه را برای ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت خدمت پیش بارداری و به صورت کلی برای نمرات اصلی و نمره محاسبه شده از ۱۰۰ نشان می‌دهد.

از بین زنانی که پرسشنامه کیفیت خدمت پیش بارداری را تکمیل کرده بودند ۷ نفر برای کلیه سؤالات پرسشنامه کیفیت خدمت پیش بارداری پاسخ یکسان داشتند که از تحلیل نتایج این پرسشنامه کنار گذاشته شدند. نمرات به دست آمده برای ابعاد مختلف و برای کل پرسشنامه به یک نمره از ۱۰۰ تبدیل شد تا ابعاد

جدول (۴): کیفیت خدمت پیش بارداری از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه ( $n=159$ )

مقدار p	مقدار آزمون آماری	مرکز خصوصی		مرکز دولتی		ابعاد کیفیت خدمت
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۱۵	-۲/۴۶۰	۱۹/۵۰	۷۲/۳۷	۱۹/۴۰	۶۳/۸۹	انتخاب
۰/۰۲۱	-۲/۳۴۳	۱۸/۸۵	۷۲/۳۲	۱۹/۳۵	۶۴/۴۲	ارتباط و تعامل
۰/۳۱۱	-۱/۰۱۷	۱۵/۶۲	۷۱/۳۷	۱۴/۶۸	۶۸/۶۱	داشتن اختیار
۰/۲۹۲	-۱/۰۵۷	۱۳/۷۶	۶۷/۲۵	۱۵/۱۹	۶۴/۵۸	تسهیلات و امکانات
۰/۱۴۷	-۱/۴۵۷	۱۶/۳۳	۴۳/۳۷	۱۴/۵۰	۳۹/۳۱	ایمنی

مقدار p	مقدار آزمون آماری	مرکز خصوصی		مرکز دولتی		ابعاد کیفیت خدمت
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۵۶۳	-۰/۵۸۰	۱۴/۵۸	۶۶/۹۴	۱۱/۲۰	۶۵/۵۶	دسترسی و اعتماد
۰/۰۱۳	-۲/۵۲۰	۱۱/۰۸	۶۸/۲۵	۱۰/۸۳	۶۳/۳۴	نمره کل کیفیت خدمت

و همچنین باید قبل از بارداری برای حصول اطمینان از بهبود پیامدهای بارداری، سلامت نوزادان و کودکان مورد هدف قرار گیرند (۲۵). با اینحال، نتایج مطالعه حاضر حاکی از عملکرد ضعیف در زمینه ارائه آموزش‌ها و مشاوره بهداشت جنسی و رفتارهای پرخطر و غربالگری سلامت روان در مراقبت‌های پیش از بارداری است. زنان شرکت‌کننده در مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۲۲)، نیز 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 (۲۶). در بخش ارائه آموزش‌های بهداشتی نتایج مطالعه ما مشابه با مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۱۵) بود (۲۷). ممکن است یکی از دلایل ضعف عملکرد آموزشی پرسنل در ارائه مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری، 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. همچنین به علت ثبت مراقبت‌ها به صورت الکترونیکی پرسنل سعی در ارتقاء کمیت مراقبت‌ها و تلاش در جهت پر کردن محتوای مراقبت در سامانه سیب را دارند و ممکن است زمان بر بودن ثبت مراقبت‌ها هم یکی از علل ضعف آموزش توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها محسوب شود. همسو با یافته مطالعه ما مبنی بر ناکافی بودن ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه و مکمل‌های دارویی قبل از بارداری، بارکر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸) یک مرور سیستماتیک با عنوان "راهبردهای مداخله‌ای برای بهبود تغذیه و رفتارهای بهداشتی قبل از بارداری" انجام دادند. آن‌ها گزارش کردند که کارآزمایی‌های مداخلات قبل از بارداری بسیار کمتر از مواردی است که در دوران بارداری انجام شده است. همچنین شواهد نادر از کارآزمایی‌های قوی و مرتبط با زمینه مداخلات تغذیه و رفتار سلامت قبل از بارداری، نتیجه‌گیری قطعی در مورد اثربخشی آن‌ها در بهبود نتایج برای مادران و نوزادان در مقیاس بزرگ را دشوار می‌سازد (۲۸). رژیم غذایی یکی از توصیه‌های عمومی قبل از بارداری است. نتایج مطالعه ما حاکی از پایین بودن کنترل و معاینه دهان و دندان در مراقبت‌های پیش از بارداری است، در مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۱۳) که باهدف تعیین کیفیت مراقبت‌های قبل از

با توجه به نمرات محاسبه شده از ۱۰۰ مشخص می‌شود که سطح کیفیت خدمت برای اکثر ابعاد پرسشنامه از دیدگاه شرکت‌کنندگان مشابه بوده و کمترین کیفیت مربوط به عامل ایمنی (حفاظت/آموزش) بوده است.

## بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین کیفیت و کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری و دوران بارداری با پیامدهای بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان‌های شهر ارومیه انجام گرفت. اکثریت زنان شرکت‌کننده در مطالعه مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت نکرده بودند بطوریکه پوشش مراقبت پیش از بارداری ۲۰/۷۸ درصد بود. پوشش مراقبت‌های قبل از بارداری در کشورهای درحال توسعه جامع نیست و برخی مطالعات انجام شده در ایران آن را ۱۱ درصد گزارش کرده‌اند (۱۸، ۲۳). همچنین غفاری سردشت 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. کیفیت پایین خدمات قبل از بارداری ارائه شده توسط پرسنل مراکز بهداشتی، ممکن است یکی از علل پایین بودن مراجعه زنان جهت دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری باشد (۲۴). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری ارائه شده در مراکز خصوصی و دولتی با هم اختلاف معناداری باهم ندارند. در کل شرکت‌کنندگان مطالعه، مراقبت‌هایی که کمترین فراوانی ارائه را در دوران پیش از بارداری داشتند به ترتیب شامل معاینه پستان و بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر (هر دو با فراوانی نسبی ۲۵/۲ درصد)، ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی (۳۵/۲ درصد) و ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه/مکمل‌های دارویی (۳۶/۵ درصد)، ارائه آموزش و مراقبت در زمینه بهداشت دهان و دندان (۳۷/۷ درصد)، انجام غربالگری سلامت روان، کنترل و معاینه دهان و دندان (۴۴ درصد) و بررسی وجود رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسر (۴۵/۹ درصد) بودند. لسی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که مداخلات برای پیشگیری و درمان عفونت، بیماری‌های مزمن، سلامت روان و آگاهی از سلامت باروری عناصر حیاتی هستند

<sup>2</sup> Barker

<sup>1</sup> Lassi

بهداشتی) مراکز بهداشتی درمانی و عدم مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری بود. در مطالعه اولاداپو، دریافت خدمات بهداشتی درمانی از ارائه‌دهندگان مختلف (به دلیل تغییر شیفت‌ها)، و ساختار مراکز بهداشتی درمانی منجر به نارضایتی بیماران شد (۳۳). همچنین در مطالعه آفاملایی و همکاران (۱۳۸۶) نامطلوب‌ترین بعد از لحاظ کیفیت در خدمات بهداشتی اولیه، بعد همدلی بود (۳۴). از آنجا که همدلی مستلزم ایجاد ارتباط و تعامل بین دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت و ایجاد اعتماد است، به عبارتی، بعد ارتباط و تعامل نیز در ارائه خدمات بهداشتی ضعیف بوده است. بنابراین می‌توان گفت که اجرای طرح تحول نظام سلامت و تعیین جمعیت تحت پوشش ارائه‌دهنده خدمت در مراکز خدمات جامع سلامت، فرصتی را در جهت شناخت بیشتر مراجعین توسط ارائه‌دهنده خدمت و متعاقب آن ایجاد تعامل و ارتباط بین دریافت‌کننده خدمت و ارائه‌دهنده خدمت بیان کرد. بنابراین ابعاد کیفیت خدمت مراقبت‌های پیش از بارداری از نظر ارتباط و تعامل و دسترسی و اعتماد از دیدگاه زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر مطلوب ارزیابی شده است.

در خصوص کیفیت مشتری در مراقبت‌های پیش از بارداری از بین زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۷/۸ درصد در مرحله دانش و مهارت باقی مانده و به مرحله سوم که داشتن اعتماد به نفس و مشارکت و اقدام فعال بود، نرسیده بودند یعنی با وجود این که دانش و مهارت را داشتند اما در فرآیندهای خدمتی مشارکت جدی نداشتند که می‌تواند به علت نبود خودباوری و اعتماد به نفس در این زنان باشد که دانش و مهارتی که داشته‌اند به ایجاد تغییر و اقدام منجر نشده است. اما در کل ۷۸/۳ درصد از زنان به مرحله‌ای رسیده بودند که مشارکت فعال در فرآیندهای خدمتی داشته و موجب بهبود فرآیندها و ارتقای سلامت خودشان بشوند اما در همین مرحله باقی مانده و نتوانسته بودند در شرایط سخت و فشارهای روحی و جسمی، شرایط مراقبتی خود را حفظ کنند. به‌طور کلی از بین زنان مورد بررسی تنها ۳/۹ درصد قادر بوده‌اند که حتی در شرایط سخت و تحت فشارهای روحی و جسمی تغییراتی را که در زندگی‌شان به وجود آورده‌اند حفظ کرده و در فرآیندهای خدمت مشارکت فعال داشته باشند. همسو با یافته مطالعه حاضر، در مطالعه صادق تبریزی و همکاران (۲۰۱۵) که باهدف ارزیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم براساس (CQMH) انجام شده بود؛ نتایج نشان داد که امتیاز کیفیت مشتری نیز، (۷۲/۶۲) از ۱۰۰ بوده و تنها ۹/۴ درصد مشارکت‌کنندگان به مرحله ۴ خودمدیریتی رسیده بودند که حاکی از ضعف این بعد از کیفیت بوده است (۳۱). از نقاط قوت این مطالعه، تعداد حجم نمونه و نمونه‌گیری از مراکز خصوصی و دولتی است. به با اینحال از محدودیت‌های مطالعه حاضر

بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شده بود نتایج نشان داد که از نظر مراقبت‌های بهداشتی پرینتال، اکثر شرکت‌کنندگان می‌دانستند که بهترین دوره برای معاینه دندان در دوره قبل از بارداری است. با این حال، برخی از آن‌ها از این واقعیت آگاه نبودند که مراقبت ضعیف از دندان خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد (۱۸).

مهم‌ترین شاخص کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، رضایت مراجعین از خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. بدون شک این توانایی و توانمندی پزشک و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد (۲۹). همچنین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تعامل متقابل بین ارائه‌دهندگان مراقبت و مراقبت‌های ارائه شده را منعکس می‌کند (۳۰). رضایت مراجعین معیار ارزشمندی برای ارزیابی عملکرد برنامه ریزان و مسئولین مراقبت‌های بهداشتی است. بنابراین می‌تواند ارتقای ارائه مراقبت‌های بهداشتی کمک کرده و استراتژی‌های برنامه‌ریزی برای ارتقای مراقبت‌های بهداشتی را تسهیل کند (۲۹، ۳۰). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کلیه ابعاد کیفیت خدمت در مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه زنان مطلوب بوده و میانگین نمرات ابعاد، به استثنای عامل ایمنی (حفاظت/آموزش)، بیشتر از ۶۰ درصد بوده است. مشابه با یافته مطالعه حاضر، در مطالعه صادق تبریزی و همکاران (۲۰۱۵)، پایین‌ترین امتیاز کیفیت خدمت مربوط به بعد ایمنی می‌باشد که به‌عنوان یک اصل اساسی در همه سیستم‌های بهداشتی مطرح است (۳۱). از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، ایمنی امری بسیار مهم در ارائه خدمت است، در حالیکه در عمل مورد توجه قرار نمی‌گیرد. بر خلاف این یافته، در مطالعه تبریزی و همکاران (۲۰۰۸)، شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفیت بعد ایمنی را مطلوب ارزیابی کرده بودند (۳۲).

همسو با یافته مطالعه ما، در مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۱۴)، اکثر زنان از مراقبت‌های پیش از بارداری ارائه شده رضای یا به شدت رضای بودند (۱۸). اما بر خلاف یافته مطالعه حاضر، نتایج مطالعات غفاری و همکاران (۲۶، ۲۷) نشان داد که عملکرد پرسنل حین ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری متوسط است. در خصوص بعد ارتباط و تعامل، شامی و همکاران (۲۰۰۷) که رضایت مشتری در دوران بارداری در بیمارستان‌های دولتی رشت را ارزیابی کردند؛ گزارش کردند به‌طور کلی، مشاوره بیشتر با مادر و ارائه دستورات لازم، سطوح بالاتری از رضایت را به همراه دارد (۲۹). اولاداپو و همکاران (۲۰۰۸) میزان رضایت را ۸۱/۴ درصد برای مراقبت‌های قبل از بارداری در نیجریه گزارش کردند. بر خلاف یافته مطالعه ما که رضایت زنان از تسهیلات و امکانات حدود ۶۷ درصد گزارش شده است؛ در مطالعه اولاداپو، بیشترین نارضایتی مربوط به تجهیزات و امکانات (ساختار



و مداخله جهت بهبود کیفیت ارائه خدمت در مراکز دولتی می‌باشد. مراقبت‌های شامل معاینه پستان و بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر، ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی، تغذیه/مکمل‌های دارویی و بهداشت دهان و دندان در هر دو مرکز پایین بود که نیازمند توجه مسولین و مراقبین بهداشتی درمانی و برنامه‌ریزی و مداخلات مناسب می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1399.129 دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی به دلیل حمایت مالی به عمل می‌آورند.

### References:

- Peyman N, Ezzati Rastegar K, Tehrani H, Zarei F. Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;19(12):18-26.
- Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):122. e1-e6.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS. *Williams obstetrics*, 24e: Mcgraw-hill New York, NY, USA; 2014.
- Østensen M. Preconception counseling. *Rheumatic Disease Clinics*. 2017;43(2):189-99.
- Farshbaf Khalili A SN. Attitude of midwives', suggested solutions and current problems of preconception care. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017;14(10):783-90.
- Jourabchi Z, Sharif S, Lye MS, Saeed A, Khor GL, Tajuddin SHS. Association between preconception care and birth outcomes. *Am J Health Promot [Internet]*. 2019;33(3):363-71.
- Nekouei N, Pakgouhar M, Khakbazan Z, Mahmoodi M. Midwifery students Knowledge of preconception care. *J Nurs Midwifery* 2004.
- Corrigan JM. Crossing the quality chasm. Building a better delivery system. 2005;89.
- Ferrand YB, Siemens J, Weathers D, Fredendall LD, Choi Y, Pirrallo RG, et al. Patient satisfaction with healthcare services A critical review. *Qual Manag J* 2016;23(4):6 22.
- Vaghee S, Yavari M. The effect of communication skills training on the quality of nursing care of patients. *Evidence Based Care* 2013;2(4):37 46.
- Aghlmand S, Akbari F, editors. Method to assess the quality of health services. Sixth International Conference on Quality Management in Iran, Tehran; 2005.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press; 2002.
- Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service quality in health care. *Jama*. 1999;281(7):661 5.
- Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: a new patient centred model. *J Res Health Sci* 2009;9(2):1-9.
- Tayebi T, Hamzehgardeshi Z, Shirvani MA, Dayhimi M, Danesh M. Relationship between Revised Graduated Index (R-GINDEX) of prenatal care utilization & preterm labor and low birth weight. *Glob J Health Sci* 2014;6(3):131.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از عدم پوشش کافی مراقبت پیش بارداری می‌باشد ولی علیرغم پوشش کم مراقبت پیش بارداری، کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری در حد مطلوب بوده و تفاوتی بین مراکز ارائه‌دهنده خدمت خصوصی و دولتی وجود نداشت. با توجه به پایین بودن نمره کل کیفیت خدمت در مراکز دولتی نسبت به مراکز خصوصی؛ ارائه خدمات پیش از بارداری نیازمند برنامه‌ریزی

16. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994;84(9):1414–20.
17. Alexander GR, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Pub Health Rep* 1996;111(5):408.
18. Ghaffari F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Application of Donabedian quality-of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. *J Midwifery Reprod Health* 2014;2(1):50-9.
19. Campos TP, Carvalho MS, Barcellos CC. Infant mortality in Rio de Janeiro, Brazil: risk areas and distance traveled by patients to get to health care facilities. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(3):164–71.
20. Siko SPL. Evaluations of quality of antenatal care at rural Health centers in Matebelend North Province Central. *African J of Med* 1996; 17:423-34
21. Ghaffari F, A K. The necessity to determine the indices to surveillance of preconception care. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2022;25(4):51-9.
22. Tabrizi J, Alidoost S, Bahrami A, Asgharijafarabadi M. Service Quality (SQ) in Patients with Type 2 Diabetes. *Hospital* 2014;13(4):23 30.
23. Hekari D, Mohammadzadeh R, Velayati A, S Z. A Survey Of Prenatal Care Quality In Tabriz Therapeutic-Health Centers. *Woman Stud Fam* 2013;5(18):157-78.
24. Sardasht FG, Keramat A, Motaghi Z. Investigating reproductive life plan in pregnant women referred to teaching hospitals of Mashhad, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(2):120.
25. Lassi ZS, Dean SV, Mallick D, Bhutta ZA. Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reprod Health* 2014;11(3):1-17.
26. Ghaffari F, Keramat A. The need to determine an index to monitor the quality of pre-pregnancy care. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2022;25(4):51-9.
27. Ghaffari Sardasht F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Comparing the quality of preconception care provided in healthcare centers in Mashhad in 2012. *Electro Physician* 2015;7(2):1039.
28. Barker M, Dombrowski SU, Colbourn T, Fall CH, Kriznik NM, Lawrence WT, et al. Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. *Lancet* 2018;391(10132):1853-64.
29. Sharami S, Zahiri Z, Zendeheel M. Assessment the client satisfaction in prenatal unit of Rasht public hospitals. *J Guilan Univ Med Sci* 2008;17(66):29-37..
30. Zaky HH, Khattab HA, Galal D. Assessing the quality of reproductive health services in Egypt via exit interviews. *Matern Child Health J* 2007;11(3):301-6.
31. Tabrizi J, Partovi Y, Alidoost S, Alizadeh O, Zariiei Gavgani F. Assessment The Quality Of Delivered Care For People With Type 2 Diabetes By Comprehensive Quality Measurement In Healthcare (CQMH) Model. *Iran J Diabetes Metab* 2015;14(6):431-40.
32. Tabrizi J, O'Rourke P, Wilson A, Coyne E. Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. *Diabet Med* 2008;25(5):612-7.
33. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. *Afr J Reprod Health.* 2008;12(3):71–92.
34. Agha Molaei T, Zare S, Poudat A, Kebriaci A. Customers' Perceptions And Expectations Of Primary Healthcare Services Quality In Health Centers Of Bandar Abbas. *Med J Hormozgan Univ* 2007;11(3):173-9.

## INVESTIGATING THE QUALITY AND ADEQUACY OF PRE-PREGNANCY CARE FROM THE POINT OF VIEW OF WOMEN REFERRING TO URMIA CITY HOSPITALS IN 2021

Saadat Naghshbandi<sup>1</sup>, Roghieh Bayrami<sup>2\*</sup>, Sima Masoudi<sup>3</sup>, Fatemeh Effati Daryani<sup>4</sup>,

Received: 04 November, 2022; Accepted: 18 April, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** One of the programs of the health system in Iran is providing services related to pregnancy, which is provided in three areas of pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum care. Quality and quantity assessment shows how health care programs are implemented and identifies the inadequacies of the programs to solve the main problems. Therefore, the present study was conducted to investigate the quality and adequacy of pre-pregnancy care from the point of view of women referring to Urmia city hospitals.

**Material & Methods:** This cross-sectional study was conducted on 765 pregnant women referring to hospitals in Urmia city by Quota sampling method. The data collection tool included demographic and midwifery information as well as a researcher-made questionnaire about the quality and adequacy of pre-pregnancy care. The questionnaires were completed about 2-3 hours before the mother was discharged from the maternity ward. Data analysis was done with descriptive and inferential statistics by SPSS software version 16. Statistical significance was considered at  $p < 0.05$ .

**Results:** The mean and standard deviation of the age of women participating in the study was  $27.0 \pm 4.9$  years. Of all the participated women, 159 (20.78 percent) had received pre-pregnancy care. The mean and standard deviation of the number of pre-pregnancy cares received by all women participating in the study was  $15.8 \pm 3.7$  cares. The minimum and maximum received cares were 8 and 23, respectively, and the mean number of received cares was 15 cares. The total quality score of pre-pregnancy service was  $66.60 \pm 11.20$ . The mean scores of those who refer to private centers for the dimensions of selection, communication, interaction, and total score of service quality were significantly higher than the average scores of those who refer to public centers ( $p < 0.05$ ). The mean and standard deviation of the pre-pregnancy customer quality score was  $59.31 \pm 11.98$ . The results showed that the customer quality levels were similar between women referring to public and private centers and there was no significant difference between them ( $p = 0.859$ ).

**Conclusion:** Despite the low coverage of pre pregnancy care, the adequacy of pre-pregnancy care was optimal, and there was no difference between private and public service providers. Considering the low quality of some aspects of pre-pregnancy care services in public compared to private centers, there is a need for planning and intervention to improve the quality of service delivery, especially in public centers.

**Keywords:** Pre Pregnancy Care, Service Quality, Service Quantity

**Address:** School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +98 4412754961

**Email:** bayrami.r@umsu.ac.ir

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master's Degree Students, Counseling in Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Reproductive Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran  
(Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, of Epidemiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Instructor of Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran