کیفیت خدمات قبل از زایمان در مراکز بهداشتی ـ درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معصومه سیمبر[1*]، فاطمه ناهیدی[1]، علیرضا اکبر زاده[2]

1. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2. دانشکده پیرا پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۱ صص ۵۴۴-۵۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۳۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۱]

چکیده

در این مطالعه مقطعی، وضعیت ارائه خدمات مراقبتی در سه بعد ساختار، فرایندها و پیامد مورد ارزیابی قرار گرفت. روش نمونه گیری غیرتصادفی سهمیه‌ای و تعداد نمونه ۶۰۰ مورد مراقبت قبل از زایمان در ۱۲کلینیک قبل از زایمان مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه و چک لیست مشاهده ساختار، چک لیست مشاهده فرایندهای مراقبتی و پرسشنامه رضایتمندی مراجعان بود.

در این مطالعه ۶۰۰ مورد ارائه مراقبت به مراجعان با میانگین سن بارداری ۹/۴۲±۲۹/۳۲ هفته مورد بررسی قرار گرفت. ارزیابی در حیطه فرایندهای مراقبتی نشان داد که میزان تطابق با وضعیت مطلوب در حیطه‌های: مشاوره قبل از زایمان ۲۱/۲۴± ۵۵/۴۹ درصد، تاریخچه گیری ۱۱/۳۵±۴۸/۷۱ درصد، علایم حیاتی ۱۰/۵۵±۵۳/۴۱ درصد، معاینات عمومی در مراجعان بار اول۱۳/۲۳± ۳۰/۲۲ درصد، معاینات مامایی ۲۷/۰۱±۹۱/۷۷ درصد، آزمایشات خون ۲۱/۸۹±۹۳/۸۳ درصد، آزمایش ادرار ۲۶/۲۹±۸۶/۸۵ درصد و سونوگرافی ۴/۳± ۹۵/۷ درصد بود. میزان تطابق با وضعیت مطلوب در حیطه‌های آموزش سلامت فردی و آموزش علایم خطر نیز به ترتیب ۱۷/۱۰ ±۶/۵۴ و ۲۷/۰۹ ± ۳۹/۶۷ درصد بود. در حیطه ساختار میزان تطابق امکانات در اتاق معاینه ۱۰/۲۹±۹۸/۳۳، در اتاق انتظار ۱۸/۹۶±۷۹/۱۶، شرایط فیزیکی ۱۴/۷۹± ۹۴/۴۴ و وسایل و تجهیزات ۷/۲۲± ۹۰/۵۵ و امکانات رسانه‌ای ۱۲/۶۸± ۵۱/۳۸ درصد بود. ارزیابی رضایتمندی مددجویان در حیطه پیامد خدمات نشان داد که میانگین میزان رضایت مراجعان از ساختار خدمات ۱۵/۰۴±۷۳/۷۶ درصد و از ارائه مراقبت‌ها ۱۳/۱۳±۷۰/۵۴ درصد است. نتایج این مطالعه نشان داد که به رغم ارائه نسبتاً مطلوب معاینات مامایی و آزمایشات پاراکلینیک، ارائه سایر مراقبت‌ها و آموزش مشاوره دارای وضعیتی متوسط یا نامطلوب بود. مشاوره و آموزش یکی از اهداف مهم در ویزیت‌ها و مراقبت‌های دوران قبل از زایمان است که نیاز به برنامه ریزی و اجرای دقیق دارد. غربالگری خطرات روانی ـ اجتماعی و برنامه ریزی برای ارجاع مراجعان در معرض این خطرات باید مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت قبل از زایمان، مشاوره، ارتقای کیفیت، ساختار، فرایند، پیامد

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از میر داماد، تقاطع ولی عصر و اتوبان نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهیدرجایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، طبقه سوم، معاونت پژوهشی، کد پستی: ۱۹۹۶۸۳۵۱۱۹
تلفن نمابر: ۸۸۲۰۲۵۱۶
E-mail: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

مقدمه

دسترسی زنان باردار به اطلاعات و خدمات و مراقبت‌های مربوط به بارداری و زایمان نه تنها به عنوان یک حق بشر، بلکه عاملی برای توسعه ملل است که دولت‌ها و سازمان‌های غیردولتی موظف به تأمین و ارتقای کیفیت آن هستند [۱].

از اواخر دهه ۱۹۳۰ در انگلستان و ایرلند شمالی مراقبت‌های قبل از زایمان پیشنهاد و اجرا گردید و در نتیجه همزمان مرگ و میر مادران کاهش یافت، زیرا با تشخیص موارد پرخطر در مراقبت‌های مادران و درمان به موقع آنها از بروز مرگ و میر در بسیاری از موارد پیشگیری شد [۲].

با وجود این هنوز سالیانه ۵۲۷۰۰۰ مرگ مادران رخ می‌دهد و بیش از ۲۰ میلیون زن سالیانه از عوارض ناشی از بارداری رنج می‌برند و به همین دلیل امروزه علاوه بر دسترسی به خدمات، برای کاهش مرگ و میر مادران بر بهبود کیفیت خدمات نیز تأکید می‌شود و ارتقای کیفیت یکی از ۵ راهبرد جهانی برای ارتقای برنامه‌های بهداشت باروری اعلام شده است [۴، ۳].

در این راستا و همچنین برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره یعنی کاهش مرگ و میر مادران و کودکان [۵] در کشورها از جمله کشور ما اقدام به مداخلاتی جهت ارتقای مراقبت‌های مادران کرده‌اند [۶] و ایران متعهد گردیده است که تا سال ۲۰۱۵ میزان مرگ و میر مادران را به ۲۰ در صد هزار موالید کاهش دهد [۸، ۷]. در حال حاضر بیش از ۸۰ درصد از متقاضیان خدمات مادران در کشور توسط این خدمات پوشش داده می‌شوند [۱۰، ۹] و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با طرح مادر سالم تلاش می‌کند تا کیفیت این خدمات را ارتقا بخشد [۷].

هنوز چالش‌های زیادی در اطلاعات ما راجع به کیفیت ارائه مراقبت‌ها و رضایتمندی دریافت کنندگان و ارائه دهندگان خدمات در مورد کیفیت خدمات و گرفتاری‌های موجود وجود دارد. با تأیید این چالش‌ها در تحقیقات و تشخیص راه‌های ارتقای کیفیت، می‌توان نیاز مراجعان را بر طرف کرده و وضعیت بهداشت باروری را در کشورهای در حال توسعه بهبود بخشید. به همین دلیل است که تحقیق در مورد کیفیت خدمات در بهداشت باروری از اولویت‌های تحقیقاتی سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۰۵-۲۰۰۰ اعلام شد [۳].

در روسیه، مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری، انتظارهای طولانی، معاینات مکرر، ترس و عدم تمایل برای ملاقات پزشک به عنوان دلایل عدم مراجعه و یا تأخیر در مراجعه بودند و رضایت از مراقبت‌ها با نظر مثبت در مورد کارکنان، زمان انتظار کوتاه‌تر ارتباط داشت. مطالعات در کوبا و فیلیپین نیز نشان داد که دسترسی بیشتر به خدمات، آموزش توسط ارائه دهندگان خدمات، مناسب بودن اندازه مرکز، میزان شلوغی، قیمت، فاصله منزل تا محل ارائه خدمات، احتمال استفاده از خدمات را بیشتر می‌کند [۱۱]. به علت مشکلاتی که در زمینه اندازه گیری مرگ و میر مادران به عنوان پیامد نهایی ناشی از مداخلات بهداشت مادران وجود دارد، اغلب پیامدهای دیگر نظیر میزان استفاده از خدمات دوران بارداری، رفتار ارائه دهندگان خدمات و میزان رضایت گیرندگان خدمات و تغییر در آگاهی و رفتار آنان درنتیجه مداخلات مورد اندازه گیری قرار می‌گیرد [۱۱].

گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ارزشیابی خدمات در حیطه ساختار، فرایند و پیامد ساختار به معنای زمینه‌ای است که خدمات در آن ارائه می‌شود، فرایند به معنی روند دادن و گرفتن خدمات است و پیامد به معنای اثرات خدمات بر وضعیت سلامتی بیماران و مردم است [۱۳،۱۲]. لازمه کیفیت سنجی خدمات، ارائه تعاریفی از وضعیت مطلوب یا ساختن استانداردهایی برای ارزیابی مستمر و ارتقای مستمر کیفیت است.

در ایران نیز محققان زیادی تلاش نموده‌اند تا با تعاریفی که خود از وضعیت مطلوب ارائه داده‌اند به بررسی کیفیت ارائه مراقبت‌های مادران در سه بعد ساختار، فرایند و پیامدها بپردازند که از این میان می‌توان به مطالعاتی مانند بررسی کیفیت مراقبت‌های قبل، حین و پس از زایمان در تویسرکان [۱۴]، کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌های دانشگاه تهران [۱۵] و شهید بهشتی [۱۶]، کیفیت خدمات دوران بارداری در بخش خصوصی و دولتی [۱۷]، مراقبت‌ها در بخش پیش زایمان و زایمان بیمارستان‌های کردستان [۱۸] و تنظیم خانواده [۱۹] اشاره کرد.

از آنجایی که کیفیت ارائه مراقبت‌ها در دوران بارداری در مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد ارزیابی قرار نگرفته بود، محققان بر آن شدند تا با بررسی کیفیت این مراقبت‌ها در سه بعد ساختار، فرایند و پیامد به توصیف نقاط ضعف و قدرت بپردازند و با ارائه پیشنهاداتی به ارتقا کیفیت این مراقبت‌ها در سطح واحدهای تابعه دانشگاه منجر شده و در نهایت گامی در راستای ارتقای سلامت مادران در سطح کشور بردارند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

مواد و روش کار

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام گردید. با استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی سهمیه‌ای، ۶۰۰ مورد مراقبت از مادران مراجعه کننده برای مراقبت‌های دوران بارداری در ۱۲ کلینیک قبل از زایمان در مناطق شرق، شمیرانات و شمال، شامل ۴ کلینیک در مرکز درمانی شهدا، امام حسین، طالقانی و مهدیه و ۸ کلینیک در مراکز بهداشتی نادر، کادوس، صاحب‌الزمان، بعثت‌النبی، نامجو، صفا، دوازده بهمن و ازگل مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه شامل ۱) چک لیست مشاهده فرایندهای مراقبتی (جهت بررسی فرایندهای مراقبتی)، ۲) پرسشنامه رضایتمندی گیرندگان مراقبت‌های قبل از زایمان (برای بررسی پیامد خدمات)، ۳) چک لیست‌های بررسی ساختار تجهیزات و امکانات و فضای فیزیکی و ارزیابی کلاس‌های آموزشی (جهت بررسی ساختار خدمات) بود. پرسشنامه‌ها و چک لیست‌های مشاهده عمدتاً با استفاده از دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [۲۰] تهیه شده بود. متون معتبر جهانی نیز مرور شد و در مواردی نیز جهت اصلاح چک لیست‌ها استفاده گردید. این منابع عبارت بودند از: تعاریف مراقبت‌ها توسط رویال کالج ماماها و کالج سلطنتی مامایی و کالج سلطنتی متخصصان زنان و زایمان انگلیس [۲۱]، پرسشنامه استاندارد [۲۲] که در کشورهای متعددی ارزیابی شده است و استانداردهای مراقبت‌های دوران بارداری سازمان بهداشت جهانی [۲۳] استانداردهای موجود برای ارائه خدمات دوران بارداری تانزانیا [۲۴] و الگوهای مراقبت دوران بارداری ویلارد و همکاران [۲۵] و موارد ذکر شده در کتاب زنان و زایمان ویلیامز [۲۶] و کتاب‌های پرستاری مادر و کودک [۲۷] و مراقبت‌های مادر و نوزادان [۲۸] و کتاب تکست مامایی مایلز [۲۹]. به منظور تعیین محتوای ابزارهای مذکور از بررسی تعیین محتوا استفاده شد به این ترتیب که این ابزار در اختیار ۱۵ نفر از استادان رشته مامایی، مدیران کلینیک و متخصصان زنان قرارگرفت و پس از انجام اصلاحات لازم بر اساس نظر متخصصان، ابزار جهت تعیین پایایی مورد بررسی قرارگرفت. به منظور تعین پایایی چک لیست مشاهده ساختار از روش ارزیابی پایایی همزمان استفاده شد؛ به این ترتیب که ۳۰ مورد مشاهده همزمان مراقبت توسط دو محقق به طور همزمان انجام شد و ضریب همبستگی نمرات داده شده توسط این دو تن محاسبه گردید. پرسشنامه بررسی رضایتمندی گیرندگان خدمت نیز با روش دو نیمه کردن و بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت. چک لیست مشاهده فرآیندهای مراقبتی شامل ۷ فرم (شامل ۲۵۷ مورد ارزیابی در کل) بود که شامل: ۱) فرم ارزیابی فرایند مشاوره (۲۰ مورد ارزیابی)، ۲) فرم ارزیابی رعایت نظافت دست (۴ مورد ارزیابی)، ۳) فرم ارزیابی فرایند تاریخچه گیری (۱۲۰ مورد ارزیابی در قسمت‌های مشخصات، سابقه بارداری و زایمان‌های قبلی، مشروح زایمان‌های قبلی، سابقه قاعدگی، سابقه ابتلا به بیماری، سابقه بیماری در خانواده و بیماری ژنتیک، سابقه عفونت، سابقه مصرف دارو، تغذیه، خشونت در خانواده، رفتارهای پرخطر در مادر یا همسر، روش پیشگیری، شکایات شایع، علایم خطر، تعیین سن بارداری و موارد دیگر)، ۴) فرم ارزیابی معاینات بالینی (۲۴ مورد ارزیابی) شامل اندازه گیری وزن و تعیین شاخص توده بدنی، بررسی علایم حیاتی و فشار خون، معاینات عمومی و مامایی و ارجاع و ثبت موارد، ۵) فرم ارزیابی انجام آزمایش‌ها (۲۱ مورد ارزیابی)، ۶) فرم ارزیابی ارائه دستور مکمل و واکسن (۶ مورد ارزیابی) و ۷) فرم ارزیابی آموزش و مشاوره (۲۶ مورد ارزیابی) بود. هر مورد ارزیابی با سه گزینه «انجام شد»، «ناقص انجام شد» و «انجام نشد»، با امتیاز به ترتیب ۲ تا صفر، مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. گزینه «مورد ندارد» نیز برای هر معیار در نظر گرفته شده بود که در صورت مورد نداشتن، آن مورد حذف می‌شد و در محاسبه کل نمره منظور نمی‌شد. سپس جمع امتیازات محاسبه و به صورت درصد بیان می‌گردید. در هر بخش از فرایندهای مراقبتی، مجموع امتیازات کسب شده محاسبه و به صورت میزان نیز برآورد و به عنوان درصد تطابق با وضعیت مطلوب، بیان می‌شد. میزان تطابق صفر تا ۳۳ درصد به عنوان نامطلوب، ۳۴ تا ۶۶ درصد متوسط و ۶۷ تا ۹۵ درصد، نسبتاً مطلوب و بیش از ۹۵ تا ۱۰۰ درصد مطلوب توصیف شد. برای ارزیابی پیامد، رضایتمندی مراجعان بررسی شد که با پرسشنامه رضایتمندی، با ۳۶ سؤال در سه بخش رضایت از ساختار، مشاوره و معاینه عمومی مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی با امتیاز ۱ تا ۵ تنظیم شد و سپس نمره کل محاسبه و به درصد بیان می‌گردید. میزان رضایت صفر تا ۳۳ درصد به عنوان نارضایتی، ۳۴ تا ۶۶ درصد به عنوان رضایت متوسط و ۶۷ تا ۹۹ درصد به عنوان رضایت توصیف شد. این پرسشنامه در دو بخش، رضایت از ساختار و رضایت از مشاوره و معاینه تهیه شده بود. ۸ سؤال دیگر نیز در خصوص مدت زمان انتظار، رضایت کلی از مرکز، توصیه این مرکز به دیگران و غیره نیز در این پرسشنامه قرار داده شده بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

فرم بررسی ساختار نیز در سه بخش مصاحبه با سرپرست و چک لیست مشاهده لوازم و تجهیزات با ۳۵ مورد تهیه گردید. فرم بررسی کلاس‌های آموزشی نیز در در ۱۰ قسمت (با ۷۳ مورد ارزیابی) شامل ارائه اطلاعات در مورد اهمیت دریافت مراقبت‌ها، فیزیولوژی دوران بارداری، بهداشت فردی، بهداشت روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه، ورزش، دارو، مواد خطرناک، علایم خطر، رفع یا کاهش شکایات شایع و آمادگی برای زایمان و مسایل پس از زایمان بود.

پس از ارائه پروپوزال به معاونت پژوهشی دانشگاه و تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق و تأیید پرسشنامه توسط دانشگاه و گرفتن معرفی نامه و ارائه آن به رؤسای بیمارستان‌ها و کلینیک‌های منتخب و کسب مجوز برای اجرای طرح در این مراکز، محققان به مراکز مراجعه کرده و ابتدا به مشاهده تجهیزات و امکانات و فضای فیزیکی در روز اول و سپس پس از ارائه توضیح در مورد روند انجام پژوهش برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات و کسب موافقت از آنان به مشاهده مراقبت قبل از زایمان توسط ارائه دهندگان خدمت به صورت مستمر و بررسی آنها با چک لیست مشاهده پرداختند و سپس فرم رضایتمندی گیرندگان خدمات به آنها ارائه می‌شد تا خود تکمیل نمایند.

اطلاعات موجود در پرسشنامه‌ها و چک لیست‌های تکمیل شده پس از ورود اطلاعات به برنامه SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. این اطلاعات با استفاده از روش‌هایی مانند تعیین درصد و نسبت و آزمون تی و با سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه۶۰۰ مورد مشاوره و مراقبت مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن بارداری مراجعان ۹/۴۲±۲۹/۳۲ هفته با حداقل سن بارداری ۴ هفته تا ۴۲ هفته بود.

میانگین نمره مشاوره قبل از زایمان ۲۱/۲۴±۵۵/۴۹ درصد بود. میزان فراوانی در انجام هر یک از اصول مشاوره در نمودار شماره ۱ خلاصه شده است. نتایج نشان داد که استفاده از وسایل کمک آموزشی، مطمئن کردن بیمار در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، عدم معرفی ارائه دهنده به گیرنده خدمت و آموزش علایم خطر و آموزش تغذیه و بهداشت در زمان و مدت مناسب کمترین موارد انجام شده در مشاوره قبل از زایمان بودند. جدول شماره ۱ وضعیت ثبت تاریخچه را در بخش‌های مختلف تاریخچه گیری و همچنین وضعیت معاینات و آزمایشات و همچنین وضعیت شرایط و امکانات را نشان می‌دهد. وضعیت تاریخچه گیری با میزان تطابق ۱۱/۳۵±۴۸/۷۱ درصد، متوسط ارزیابی شد. نتایج نشان داد که وضعیت تاریخچه گیری در بخش‌های تاریخچه از بیماری‌های خانودگی و ژنتیک، وضعیت تغذیه، خشونت در خانواده و رفتارهای پرخطر در مادر نا مطلوب گرفته می شوند.

نتایج نشان داد که وضعیت انجام معاینات عمومی نامطلوب است و اندازه گیری علایم حیاتی با وضعیتی متوسط انجام می‌شود. بررسی وضعیت انجام معاینات مامایی و آزمایش‌ها حاکی از درصد تطابق بیش از ۹۰ درصدی انجام آزمایشات با وضعیت مطلوب و در نتیجه ارزیابی نسبتاً مطلوب در این حیطه‌ها بود.

تعیین سن بارداری، اعلام نوبت بعدی و یاد آوری تاریخ زایمان به ترتیب در ۶۰۰ (۱۰۰ درصد)، ۵۹۸ (۹۹/۷ درصد) و ۵۶۴ (۹۴ درصد) موارد انجام شده بود. اسید فولیک، آهن و مولتی ویتامین در تمام موارد بعد از ۱۶هفته تجویز شده بود. بررسی انجام واکسن کزاز و توأم در کلینیک‌های قبل از زایمان دانشگاه نشان داد که در مواردی که مادر ایمن نبود، واکسیناسیون کزاز و توأم و یا روگام تجویز شده بود.

درصد تطابق با وضعیت مطلوب در حیطه آموزش بهداشت فردی و آموزش علایم خطر به ترتیب با ۱۷/۱۰ ±۶/۵۴ و ۲۷/۰۹±۳۹/۶۷ بود، که حاکی از وضعیت نامطلوب ارائه آموزش در کلینیک‌های قبل از زایمان بود.

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، هیچ یک از مراجعان در خصوص همسر آزاری، اختلال روانی تروما، اختلال هوشیاری، تروما، عفونت و آبسه دندان به عنوان علایم خطر آموزش داده نشدند. شوک، تشنج، مشکلات ادراری ـ تناسلی، تنگی نفس و طپش قلب و تهوع و استفراغ شدید نیز در موارد بسیار معدودی مورد توجه قرار گرفته‌اند. با وجود این، لک بینی/خونریزی، آبریزش/پارگی کیسه آب و درد شکم در بیش از ۷۰ درصد از موارد به عنوان علایم خطر مورد توجه بوده‌اند.

به علاوه، نتایج نشان داد که وضعیت آموزش بهداشت فردی در هر دو مراکز بیمارستانی و بهداشتی دانشگاهی نامطلوب است. به همین ترتیب، وضعیت آموزش علایم خطر نیز در هر دو مراکز بهداشتی و بیمارستانی متوسط بود. نتایج نشان داد که تعداد معدودی از افراد در مورد موضوعات مختلف دوران بارداری آموزش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

می‌بینند که از این میان آموزش در مورد ورزش، دارو و مواد خطرناک، آمادگی برای زایمان و مسایل بعد از زایمان و بهداشت روانی و جنسی به ترتیب از سایر موارد کمتر مورد توجه هستند. بیشترین موارد آموزش داده شده در مورد تغذیه و کمترین مورد ورزش بود.

در حیطه ساختار میزان تطابق امکانات با وضعیت مطلوب، در اتاق معاینه ۱۰/۲۹±۹۸/۳۳، در اتاق انتظار ۱۸/۹۶±۷۹/۱۶ درصد بود. میزان تطابق شرایط فیزیکی ۱۴/۷۹± ۹۴/۴۴ و میزان تطابق وسایل و تجهیزات ۷/۲۲±۹۰/۵۵ درصد بود. بنابر این نتایج شرایط و امکانات نشان دهنده وضعیت نسبتاً مطلوب اتاق معاینه، اتاق انتظار و شرایط فیزیکی و و سایل و تجهیزات بود. میزان تطابق امکانات رسانه‌ای با وضعیت مطلوب ۱۲/۶۸± ۵۱/۳۸ درصد بود که نشان دهنده وضعیت متوسط این مورد در حیطه ساختار بود.

میزان رضایت مراجعان در دو حیطه ساختار خدمات و فرایندهای مراقبتی مورد بررسی قرارگرفت و نتایج نشان داد که در کل، میانگین میزان رضایت از ساختار خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری ۱۲/۷۶ ±۷۲/۱۵ درصد بود.

میانگین میزان رضایت مراجعان از ساختار خدمات به تنهایی، ۱۵/۰۴±۷۳/۷۶ درصد و از ارائه مراقبت‌ها به تنهایی ۱۳/۱۳±۷۰/۵۴ درصد بود.

جدول شماره ۳ فراوانی مراجعان راضی و یا ناراضی از ابعاد مختلف ساختار خدمات قبل از زایمان را در کلینیک‌های قبل از زایمان وابسته به دانشگاه نشان می‌دهد. همچنین این جدول نشان می‌دهد که در بعد مشاوره و مراقبت‌ها کمترین فراوانی رضایت مراجعان از وجود انواع و تعداد کلاس‌های آموزشی و وسایل کمک آموزشی بود.

نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی نارضایتی مراجعان مربوط به استفاده از وسایل کمک آموزشی در آموزش آنها، معرفی ماما یا پزشک به آنها، ارائه توضیحات در مورد روند مشاوره و معاینه، تشویق آنها به مطرح کردن سؤال، مرور مطالب آموزش داده شده به آنها، روش و مدت زمان آموزش آنها و سرانجام برقراری ارتباط صمیمانه پزشک یا ماما با آنها بود که بیشترین فراوانی نارضایتی مراجعان مربوط به مدت زمان انتظار و بعد از آن مربوط به خصوصی بودن محیط مشاوره در بعد ساختار خدمات بود.

مراجعان به طور متوسط میزان انتظار خود را برای نوبت ویزیت خود ۳۹/۹۱±۴۶/۱۲ دقیقه ذکر کردند. ۹۵/۷ درصد از مراجعان، زمان مناسب ارائه خدمات قبل از زایمان را صبح می‌دانستند، ۶۵/۳ درصد از آنان نیز مرکز مربوطه را به دیگران توصیه می‌کردند.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه برای اولین بار به بررسی وضعیت مراقبت‌های قبل از زایمان در سه بعد ساختار، فرایند و پیامد در سطح مراکز بیمارستانی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخت و تلاش نمود تا الگویی خاص برای ارزیابی کیفیت ارائه خدمات بهداشت باروری در حیطه خدمات قبل از زایمان ارائه دهد که در چند دهه اخیر مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های بین‌المللی فعال در زمینه بهداشت باروری بوده است و راهکاری مهم در کاهش عوارض و مرگ و میر مادران و کودکان محسوب می‌شود [۳۰، ۷].

کیفیت ارائه خدمات مرتبط با ۳۳ درصد از موارد مرگ مادری در کشور است [۸]، بنابر این با ارتقای کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، می‌توان تا حد زیادی از این مرگ و میرها پیشگیری کرد و نیل به اهداف هزاره در مورد ارتقای سلامت زنان و کاهش مرگ و میر آنها را تسریع بخشید. اما لازمه ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، ارزیابی مراقبت‌ها است که در این مطالعه در سه بعد فرایندهای مراقبتی، ساختار خدمات مراقبتی و پیامدها مورد توجه قرار گرفت.

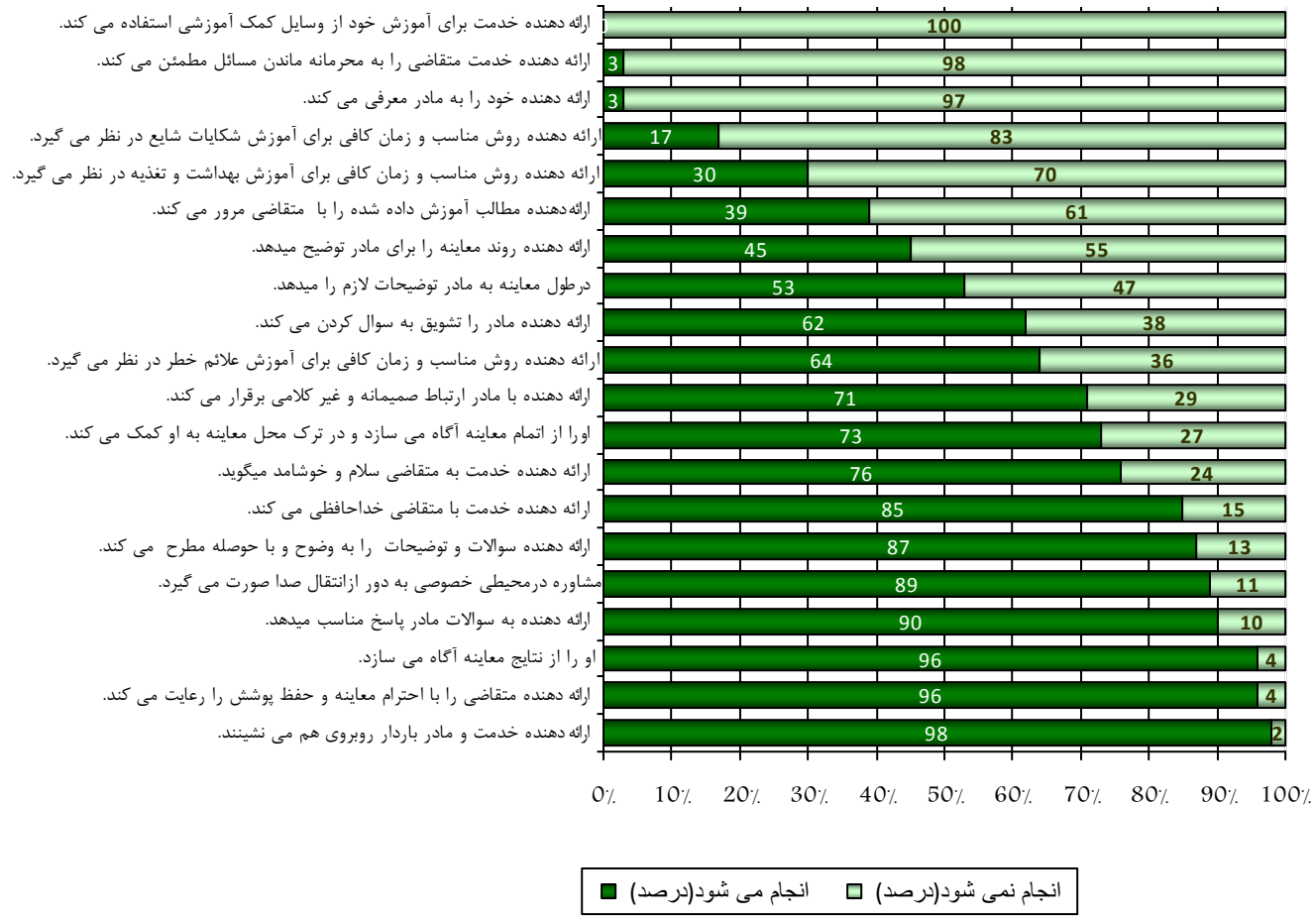
در بعد فرایندهای مراقبتی، مشاوره، معاینات، آزمون‌های آزمایشگاهی و آموزش مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی وضعیت مشاوره نشان داد که اکثر ارائه دهندگان مراقبت قبل از زایمان، خود را به مراجعه کننده معرفی نمی‌کنند، زمان کافی برای آموزش مراقبت از خود، بهداشت و تغذیه در نظر نمی‌گیرند و چون آموزش به ندرت انجام می‌شود، در نتیجه از وسایل کمک آموزشی استفاده نمی‌شود.

این نتایج نشان دهنده توجه کم نظام مراقبت‌های قبل از زایمان به امر آموزش مراقبت از خود در دوران بارداری است؛ این در حالی است که این آموزش یکی از اهداف مهم در ویزیت‌ها و مراقبت‌های دوران قبل از زایمان بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و راهنماهای سازمان بهداشت جهانی و کتاب‌های مرجع مامایی و زنان [۲۸، ۲۰] است.

ارتباط بین ماما یا پزشک با مادر باردار و تعامل بیشتر بین آنها بسیار مهم است و باید از تکنیک‌های فعال گوش کردن، ابراز توجه، لمس و تماس چشمی متناسب با احساسات و بیانات مادر استفاده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

کرد. گاهی زن نیازمند اطلاعاتی برای حل مشکلات خاصی است که ارائه دهنده مراقبت باید این نیازهای ناگفته را با تشویق مادر به طرح سؤالات بیشتر شناسایی کنند و او را در حل مشکلات یاری نماید [۲۸]. ضعف در مشاوره آموزش و برقراری ارتباط با مراجعان توسط پزشک و ماما، به نظر می‌رسد که برخاسته از چالشی باشد که در آموزش کارکنان پزشکی از جمله متخصصان زنان و ماماها دیده می‌شود؛ این در حالی است که واحدهای مربوط به مهارت‌های ارتباطی به عنوان یکی از واحدهای اصلی در کوریکولوم آموزش مامایی و زنان اکثر دانشگاه‌های معتبر دنیا مانند بریتیش کلمبیا [۳۱]، ساوث استرالیا [۳۲] و یوتا [۳۳] قرار داده شده که به نظر می‌رسد در کوریکولوم آموزش مامایی و تخصص زنان کشور ما نیز بهتر است دیده شود.



نمودار شماره ۱- فراوانی (درصد) انجام اصول مشاوره در درمانگاه‌های منتخب قبل از زایمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (n=۶۰۰)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

جدول شماره ۱- وضعیت و میزان تطابق با وضعیت مطلوب (میانگین±انحراف معیار) تاریخچه گیری انجام معاینات و آزمایش‌ها و شرایط و امکانات به تفکیک ابعاد مختلف در کلینیک‌های قبل از زایمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

	میزان تطابق		وضعیت
	میانگین	انحراف معیار	
تاریخچه گیری			
سابقه بارداری و زایمان‌های قبلی	۷۵/۳۳	۹/۶۴	نسبتاً مطلوب
علایم خطر	۶۷/۹۳	۲۷/۷	نسبتاً مطلوب
سابقه قاعدگی	۶۵/۲۶	۱۴/۱۱	متوسط
مصرف دارو	۶۳	۳۳	متوسط
سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری	۵۹/۳۱	۱۷/۶۹	متوسط
مشخصات	۵۸/۰۳	۲۳/۳۶	متوسط
مشروح زایمان های قبلی	۵۰/۴۹	۱۷/۶۷	متوسط
تغذیه	۳۸/۱۷	۱۷/۶۶	متوسط
شکایات شایع	۳۷/۹۷	۶/۶۸	متوسط
سابقه بیماری خانوادگی و ژنتیک	۳۲	۲۵/۱۷	نامطلوب
رفتارهای پرخطر در مادر یا همسر	۳۱/۴۴	۱۲/۱۲	نا مطلوب
خشونت خانواده	۲۵/۲۴	۸/۶۶	نامطلوب
معاینات و آزمایش‌ها			
سونوگرافی	۹۵/۷	۴/۳	نسبتاً مطلوب
آزمایش خون	۹۳/۸۳	۲۱/۸۹	نسبتاً مطلوب
معاینات مامایی	۹۱/۷۷	۲۷/۰۱	نسبتاً مطلوب
اندازه گیری فشار خون	۸۶/۸۴	۹/۶۳	نسبتاً مطلوب
آزمایش ادرار	۸۶/۸۵	۲۶/۲۹	نسبتاً مطلوب
اندازه گیری وزن و شاخص توده بدنی	۸۴/۳۳	۸/۲۴	نسبتاً مطلوب
اندازه گیری علایم حیاتی	۵۳/۴۱	۱۰/۵۵	متوسط
معاینات عمومی (مراجعان بار اول)	۳۰/۲۲	۱۳/۲۳	نامطلوب
شرایط و امکانات			
امکانات عمومی اتاق معاینه	۹۸/۳۳	۱۰/۲۹	نسبتاً مطلوب
امکانات عمومی اتاق انتظار	۷۹/۱۶	۱۸/۹۶	نسبتاً مطلوب
شرایط فیزیکی	۹۴/۴۴	۱۴/۷۹	نسبتاً مطلوب
شرایط کلی محیط	۸۶/۷۶	۱۰/۳۷	نسبتاً مطلوب
وسایل و تجهیزات	۹۰/۵۵	۷/۲۲	نسبتاً مطلوب
امکانات آزمایشگاهی	۴۰/۶۴	۳۹/۷۸	متوسط
امکانات رسانه آموزشی	۵۲/۳۸	۱۲/۶۸	متوسط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

وضعیت تاریخچه گیری از مراجعان، متوسط ارزیابی شد. بررسی وضعیت تاریخچه گیری در حیطه‌های مختلف نشان داد که وضعیت تاریخچه گیری از سابقه بارداری و زایمان‌های قبلی و علایم خطرنسبتاً مطلوب بود و درمورد گرفتن مشخصات، مشروح زایمان‌های قبل، سابقه قاعدگی، سابقه ابتلا فعلی به بیماری، و سابقه مصرف دارو و شکایات شایع تا متوسط بود، ولی در مورد سابقه بیماری خانوادگی و ژنتیک، وضعیت تغذیه، خشونت در خانواده و رفتارهای پرخطر در همسر نامطلوب بود؛ این در حالی است که غربالگری موارد فوق از استانداردهای ارائه مراقبت‌های قبل از زایمان است [۴]. تردیدی نیست که باید وضعیت تاریخچه گیری در مواردی که از وضعیت متوسطی برخوردار است تا رسیدن به وضعیت مطلوب بهبود یابد که برای رسیدن به وضعیت مطلوب شاید ارائه فرم‌هایی کامل و مبتنی بر استانداردهای ارائه شده توسط اداره سلامت مادران [۲۰] و یا فرم‌های ارائه شده توسط کتاب‌های مرجع بهداشت مادران و زنان [۲۸] که توسط استادان گروه مامایی و گروه زنان و مدیران بهداشت و درمان تأیید شود، در این امر راهگشا باشد. فرم‌ها و چک لیست‌هایی که برای فرایندهای مراقبتی قبل از زایمان تهیه می‌شوند نظام‌های یادآوری هستند که احتمال استفاده ارائه دهندگان مراقبت را در عملی کردن شواهد بالینی بیشتر می‌کند [۳۴].

جدول شماره ۲- فراوانی انجام آموزش علایم خطر و بهداشت فردی در دوران بارداری به تفکیک موضوع، در کلینیک‌های منتخب قبل از زایمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (n=۶۰۰)

	تعداد	درصد
علایم خطر		
لک بینی/خونریزی	۴۳۰	۷۱/۷
آبریزش/پارگی کیسه آب	۴۲۱	۷۰/۲
درد شکم	۴۲۰	۷۰
کاهش یا فقدان حرکات جنین	۳۱۵	۵۲/۵
سر درد و تاری دید	۲۹۳	۴۸/۸
تهوع و استفراغ شدید	۵۹	۹/۸
تنگی نفس و طپش قلب	۲۲	۳/۷
مشکلات ادراری تناسلی	۲۰	۳/۳
تشنج	۲	۰/۳
شوک	۱	۰/۲
اختلال هوشیار	۰	۰
عفونت و آبسه و درد دندان	۰	۰
همسرآزاری	۰	۰
تروما	۰	۰
اختلال روانی	۰	۰
بهداشت فردی		
تغذیه	۹۵	۱۵/۸
بهداشت فردی	۵۷	۹/۵
رفع یا کاهش شکایات شایع	۵۵	۹/۲
بهداشت دهان و دندان	۳۷	۶/۲
بهداشت جنسی	۳۴	۵/۷
بهداشت روان	۲۹	۴/۸
آمادگی زایمان و مسائل بعد از زایمان	۲۳	۳/۸
دارو و مواد خطرناک	۱۴	۲/۳
ورزش	۹	۱/۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

جدول شماره ۳- فراوانی مراجعان به تفکیک میزان رضایت از نحوه ارائه مشاوره، مراقبت و ساختار مراقبت دوران بارداری درکلینیک‌های منتخب قبل از زایمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (n=۶۰۰)

	راضی		بی نظر		ناراضی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مشاوره و مراقبت						
یاد آوری نوبت بعدی به شما به وضوح	۵۹۰	۹۸/۳	۸	۴/۱	۲	۰/۳
مهارت ماما یا پزشک به طور کلی	۵۹۰	۹۸/۳	۳	۰/۵	۷	۱/۲
رعایت حفظ پوشش شما در هنگام معاینه توسط ماما یا پزشک	۵۸۸	۹۴/۶	۱۶	۲/۷	۱۶	۲/۷
رعایت نظافت و پاکیزگی در هنگام معاینه توسط ماما یا ژزشک	۵۷۹	۹۶/۵	۴	۰/۷	۱۷	۲/۸
نحوه نشستن یا قرار گرفتن شما در مقابل ماما یا پزشک	۵۵۱	۹۱/۸	۱۵	۲/۵	۳۴	۵/۷
سلام کردن و برخورد محترمانه با شما در برخورد اول	۵۴۶	۹۱	۹	۱/۵	۴۵	۷/۵
پاسخ با حوصله، مناسب، کافی وقابل فهم به سؤالات	۵۳۱	۸۸/۵	۱۵	۲/۵	۵۴	۹
خداحافظی ماما یا پزشک با شما	۵۲۸	۸۸	۲۹	۴/۸	۴۳	۷/۲
محرمانه ماندن اطلاعاتی که به ماما یا پزشک می‌دهید	۵۰۲	۸۳/۷	۹۰	۱۵	۸	۱/۳
ارتباط صمیمانه پزشک یا ماما با شما	۴۱۶	۶۹/۳	۷۹	۱۳/۲	۱۰۵	۱۷/۵
توضیحات لازم در مورد روند مشاوره و معاینه	۲۳۶	۳۹/۳	۵۳	۸/۸	۳۱۱	۵۱/۸
روش و مدت زمان آموزش	۳۲۵	۵۴/۲	۹۳	۱۵/۵	۱۸۲	۳۰/۳
تشویق شما به مطرح کردن سوال	۳۴۲	۵۷	۳۶	۶/۵	۲۱۹	۳۶/۵
مرور مطالب آموزش داده شده	۳۲۱	۵۳/۵	۶۷	۱۱/۲	۲۱۲	۳۵/۳
استفاده از وسایل کمک آموزشی در هنگام آموزش شما	۶۳	۱۰/۵	۱۵۰	۲۵	۳۸۷	۶۴/۵
معرفی ماما یا پزشک به شما	۲۰۴	۳۴	۷۰	۱۱/۷	۳۲۶	۵۴/۳
ساختار						
شرایط فیزیکی اتاق معاینه مثل نور، تهویه، صندلی	۵۹۲	۹۳/۷	۲	۰/۳	۳۶	۶
تمیزی اتاق معاینه	۵۶۹	۹۴/۸	۲	۰/۳	۲۹	۴/۹
تمیزی اتاق انتظار	۵۶۶	۹۴/۳	۳	۰/۵	۳۱	۵/۲
شرایط فیزیکی اتاق انتظار مثل نور، تهویه، صندلی	۵۵۸	۹۳	۰	۰	۴۲	۷
خصوصی بودن محل معاینه از لحاظ دید	۵۵۰	۹۱/۷	۱۰	۱/۷	۴۰	۶/۶
صندلی و راحتی شما در هنگام مشاوره	۵۳۹	۸۹/۸	۳۰	۵	۳۱	۵/۲
خصوصی بودن محیط مشاوره از لحاظ صدا	۵۱۱	۸۵/۱	۱	۰/۲	۸۸	۱۴/۷
مدت زمان انتظار	۳۹۳	۶۵/۵	۰	۰	۲۰۷	۳۴/۵
وسایل و امکانات معاینه و پزشکی لازم برای مراقبت‌ها	۳۸۲	۶۳/۷	۲۰۵	۳۴/۲	۱۳	۲/۱
امکانات آزمایشگاهی مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری	۲۴۹	۴۱/۵	۳۴۲	۵۷	۹	۱/۵
انواع و تعداد کلاس‌های آموزشی	۴۹	۸/۲	۵۴۹	۹۱/۵	۲	۰/۳
وسایل کمک آموزشی	۳۱	۵/۲	۵۵۴	۹۲/۳	۱۵	۲/۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

حیطه‌های روانی ـ اجتماعی باید در مراقبت‌های قبل از زایمان مانند غربالگری خشونت و رفتارهای پرخطر یا تغذیه غربالگری شوند. این حیطه‌ها در دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [۲۰] دیده شده است، اما تا به حال عملاً در نظام مراقبت‌های بارداری، غربالگری انجام نمی‌شود؛ این در حالی است که انجام این غربالگری در کتاب‌های مرجع متخصصان مامایی و زنان مانند بارداری و زایمان ویلیامز [۲۶] و هم کتاب‌های مرجع مامایی مانند بهداشت مادران و زنان [۲۸] و پرستاری و مادر و کودک [۲۷] باید مورد بررسی و رسیدگی قرار گیرد. این چالش در مراقبت‌های قبل از زایمان در کلینیک‌های قبل از زایمان دانشگاه می‌تواند به علت فقدان، کمبود و یا ناشناخته بودن نظام‌های حمایتی باشد که بتوان در موارد مثبت، مراجعان را به این نظام‌ها و مراکز حمایتی ارجاع داد. بنابر این به نظر می‌رسد که تا زمانی که این نظام‌های حمایتی تأسیس نشوند و یا کافی نباشند و در صورت وجود نظام، ناشناخته باشند، انجام این غربالگری‌ها معنای چندانی در نظام ندارد و نمی‌تواند پاسخگوی نیاز موارد مثبت در این غربالگری‌ها باشد.

ارزیابی از وضعیت نظافت دست نشان داد که اکثر پرسنل ارائه دهنده مراقبت‌ها در صورت لزوم از دستکش استفاده می‌کنند و وسایل آلوده را در ظرف مخصوص قرار می‌دهند، اما بر اساس اصول مراقبتی که می‌بایست قبل و بعد از معاینات اقدام به شستن دست‌ها کنند، نه تنها قبل، بلکه بعد از آن نیز به شستن دست‌های خود اقدام نمی‌کنند؛ این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی شستن دست‌ها را که یکی از پنج عنصر اصلی در ایمنی بیماران اعلام کرده است [۳۵]. نظافت شامل شستن دست‌ها اولین و مقدم‌ترین نیاز در معاینات و اداره مرحله پیش زایمانی و زایمان محسوب می‌شود [۳۶].

بررسی وضعیت انجام معاینات در مراقبت‌های قبل از زایمان نشان داد که اندازه گیری وزن و فشار خون و معاینات مامایی نسبتاً مطلوب است، اما اندازه گیری سایر علایم حیاتی مانند نبض و حرارت و تنفس تا متوسط و وضعیت معاینات عمومی نامطلوب است. این در حالی است که کنترل علایم حیاتی برای کنترل سلامت مادر از اهمیت زیادی برخوردار است؛ به طوری که درجه حرارت بهترین وسیله برای کشف درجه حرارت بالای مادر و پیشگیری از عفونت و سپسیس و نیز کنترل نبض برای کشف خونریزی‌ها به خصوص خونریزی‌های پنهان، بسیار حیاتی هستند [۲۶]. معاینات عمومی برای مراجعان بار اول به عنوان یک روش غربالگری بیماری‌های داخلی و به عنوان یکی از مراقبت‌های مامایی در مراجع و دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است که نشان داده شد که با وضعیتی نامطلوب ارائه می‌شود. اگرچه آزمایش‌های روتین دوران بارداری نیز به منظور غربالگری بیماری‌هاست، اما نباید نقش مهم انجام معاینات را نیز نادیده گرفت. شاید ارائه چک لیستی برای کلینیک‌های قبل از زایمان در مراکز بهداشتی و درمانی که ارائه دهندگان بر اساس آن معاینات را انجام داده و نتایج را در آن اعلام کنند در بهبود این وضعیت راهگشا باشد.

وضعیت انجام آزمایش‌های خون و ادرار و سونوگرافی در همه مراکز مطلوب بود و آزمایش‌های لازم برای همه مراجعان درخواست و انجام می‌شد. آزمایش‌های عام مانند نسبتاً مطلوب بود. اما در مواردی این آزمایش‌ها به علت انجام مراقبت‌ها در مراکز دیگر در پرونده مراجعان موجود نبود و به مراجعه کننده فرصت داده می‌شد تا آنها را در مراجعه بعدی به همراه داشته باشد.

آزمایش‌های خاص مانند HIV، غربالگری دیابت، FBS/GTT، آلفا فتو پروتئین، NST و Ind-Combs در موارد لزوم انجام شد و وضعیت نسبتاً مطلوب بود، اما آزمایش‌هایی مانند پاپ اسمیر، تیتر سرخجه، آزمون‌های سه گانه وضعیت جنین، Amnio/CVS و کاریوتایپ در هیچ موردی انجام نشده بود که شاید علت آن نبودن اندیکاسیون در موارد مشاهده شده باشد.

تجویز اسید فولیک و مولتی ویتامین و آهن در تمام موارد لازم انجام گرفته بود که نشان دهنده وضعیت مطلوب این حیطه از مراقبت در سطح مراکز بهداشتی و بیمارستانی بود. روگام، کزاز و توأم نیز در تمام موارد لازم تزریق گردیده بود. تجویز این مکمل‌ها می‌تواند از بروز بیماری‌ها و کم خونی و یا کم وزنی نوزادان پیشگیری نماید و یا انجام این واکسیناسیون‌ها می‌تواند نجات بخش جان مادر و جنین هر دو باشد [۳۷]. سازمان بهداشت جهانی تجویز آهن و اسید فولیک و انجام واکسیناسیون و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز را از استانداردهای مراقبت قبل از زایمان می‌داند [۴]. ارزیابی این خدمات نشان دهنده وضعیت مطلوب انجام این خدمات بود.

بررسی وضعیت انجام آموزش در تمام حیطه‌ها شامل بهداشت فردی و علایم خطر در مراکز بهداشتی و بیمارستانی نامطلوب بود. در حیطه آموزش سلامت فردی، آموزش تغذیه، بهداشت فردی، رفع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

یا کاهش شکایات شایع، بهداشت جنسی، آمادگی زایمان، بهداشت دهان و دندان، دارو و مواد خطرناک و ورزش همگی در وضعیت نامطلوب ارائه می‌شد. بیشترین موارد آموزش داده شده در مورد تغذیه و کمترین آن در مورد ورزش بود. همانگونه که قبلاً نیز ذکر شد، آموزش، بخش مهمی از مراقبت‌هاست که باید به خوبی برای آن برنامه ریزی کرد و جایگاه آن در مراقبت‌های دوران بارداری برای ارتقای کیفیت خدمات دوران بارداری تعریف شده و برنامه ریزی مناسب برای ارائه آن انجام گردد. آموزش نه تنها موجب افزایش آگاهی زنان بلکه بهتر شدن عملکرد آنها در مراقبت از خود می‌شود [۳۸].

آموزش در مورد علایم خطر و پارگی کیسه آب و درد شکم به طور ضمنی در حین معاینات انجام می‌شد و وضعیت نسبتاً مطلوب به نظر می‌رسید، اما آموزش در مورد کاهش حرکات جنین و سردرد و تاری دید در حد متوسط بوده و در مورد تهوع و استفراغ شدید، مشکلات ادراری ـ تناسلی، تنگی نفس و طپش قلب، تشنج و شوک وضعیت نامطلوب بود. در مورد همسر آزاری، عفونت و آبسه دندان، اختلال هوشیاری، تروما و اختلال روانی هیچ یک از مراجعان آموزش داده نشدند. به نظر می‌رسد که با برنامه ریزی مناسب و با در نظر گرفتن زمانی هر چند کوتاه، اما کافی و کم هزینه در راستای آموزش مادران و همسرانشان که لزوم مشارکت آنها در مراقبت‌های بهداشت باروری که در سالیان اخیر بسیار مورد تأکید قرار گرفته است، می‌توان تا حد زیادی به بهبود وضعیت ارائه مراقبت در این مراکز و در نتیجه ارتقای سلامت مادران کمک کرد.

سازمان بهداشت جهانی [۳۹] حداقل ۴ ویزیت قبل از زایمان و انجام مواردی را به عنوان مراقبت معمول برای بارداری ضروری می‌داند که عبارتند از: تأیید بارداری، نظارت بر پیشرفت بارداری و ارزیابی سلامت مادر و جنین، کشف مشکلات در بارداری مانند کم خونی، اختلالات فشار خون، خونریزی و غیره، پاسخ به سایر شکایات، واکسیناسیون و پیشگیری از کم خونی با مکمل‌ها که به نظر می‌رسد این موارد کمابیش در نظام ارائه خدمات کلینیک‌های قبل از زایمان دانشگاه انجام می‌شوند. اما این مراکز در مورد سایر ضروریات مانند دادن اطلاعات و مشاوره در مورد مراقبت از خود در منزل، تغذیه، رابطه جنسی ایمن، شیردهی، تنظیم خانواده، سبک زندگی سالم؛ برنامه ریزی برای زایمان و موارد اورژانس و مشاوره در مورد آمادگی برای موارد اورژانس [۳۹] چندان موفق به نظر نمی‌رسیدند.

شرایط فیزیکی اتاق انتظار و اتاق معاینه از لحاظ نور و صدا و مساحت و از لحاظ مسایل و امکانات و تجهیزات نسبتاً مطلوب بود. همه مراکز از لحاظ امکانات رسانه‌ای آموزشی متوسط ارزیابی شدند. رسانه‌های آموزشی می‌توانند برای ارتقای سلامت دوران بارداری زنان بسیار مؤثر باشند و به علاوه موجود بودن و در دسترس بودن و قابل تهیه بودن رسانه‌های خود آموز مانند جزوات، نوار صدا یا ویدئو، سی دی، بروشور، پمفلت و کتاب برای استفاده مراجعان و همسرانشان می‌تواند در ارتقای سلامت زن و خانواده بسیار مؤثر باشد [۴۰]. این رسانه‌ها می‌توانند حتی توسط همسران مورد استفاده قرار گیرد [۴۱]. تلاش در جهت تولید این مجموعه‌های خود آموز می‌تواند در برنامه‌های دانشگاه علوم پزشکی مد نظر قرار گیرد. به هر حال باید در هر ویزیت بعد از معاینات و مراقبت‌ها هر مراجعه کننده در خصوص شکایت‌های شایع دوران بارداری و مخاطرات خاص این دوران متناسب با هر بیمار و هفته خاص بارداری او مورد آموزش قرار گیرد.

مراجعان از ساختار خدمات و مراقبت‌ها و کل مراقبت‌ها راضی بودند. نتایج نشان داد که در بعد ساختار، بیشترین فراوانی نارضایتی مراجعان مربوط به مدت زمان انتظار و بعد از آن مربوط به خصوصی بودن محیط مشاوره در ساختار خدمات است. در حیطه فضای فیزیکی، مشکل اصلی مربوط به محرمانه ماندن اتاق مشاوره است، که در آن به طور همزمان دو یا چند متقاضی مورد مشاوره قرار می‌گیرند، در حالی که با توجه به بیانیه فدراسیون بین‌المللی والدی طراحی شده [۴۲] فراهم کردن یک محیط محرمانه در طول مشاوره حق متقاضیان مراقبت‌های بهداشت باروری است. با مدیریت بهتر ارائه مراقبت‌ها و پارتیشن بندی می‌توان از مدت زمان انتظار مراجعان برای ویزیت کاست و به خصوصی شدن محل مشاوره و معاینه کمک کرد. کمترین فراوانی رضایت مراجعان نیز مربوط به انواع و تعداد کلاس‌های آموزشی و وسایل کمک آموزشی بود. این نتایج باز با نتایج حاصل از ارزیابی فرایندها و ساختار همخوانی دارد و بر لزوم برگزاری کلاس‌های آموزشی برای افزایش رضایت مندی مراجعان و در نتیجه ارتقای خدمات مراقبت‌های قبل از زایمان تأکید دارد.

در بعد رضایت از فرایندهای مراقبتی نیز، نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی نارضایتی مراجعان مربوط به استفاده از وسایل کمک آموزشی در آموزش آنها، معرفی ماما یا پزشک به آنها، ارائه توضیحات در مورد روند مشاوره و معاینه، تشویق آنها به مطرح

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

کردن سؤال، مرور مطالب آموزش داده شده به آنها، روش و مدت زمان آموزش آنها و سرانجام برقراری ارتباط صمیمانه پزشک یا ماما با آنها بود. که این نتایج نیز با نتایج حاصل از ارزیابی ساختار و فرایندهای مشاوره و مراقبت همخوانی دارد و در نتیجه همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد، برای افزایش رضایت مندی مراجعان ارتقای مهارت‌های مشاوره‌ای ارائه دهندگان و تأکید بیشتر بر آموزش و مشاوره ضروری است. همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد این امر مستلزم تأکید بر آموزش مهارت‌های ارتباطی و مشاوره‌ای و در برنامه آموزش پرسنل زنان و مامایی است و همانطور که تأکید مدیران بر جنبه‌های مراقبت‌های روانی ـ اجتماعی مراقبت‌های قبل از زایمان علاوه بر جنبه‌های مراقبت‌های جسمی دوران بارداری است. سازمان بهداشت جهانی در یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده در چهار کشور دنیا کیفیت خدمات را با اندازه گیری میزان رضایت ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات دوران بارداری مورد بررسی قرار داد [۴۳]. میزان رضایت مندی مددجو و ارائه خدمات مددجو محور، معیاری برای بررسی کیفیت خدمات است. افزایش میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت موجب مقبولیت بیشتر این خدمات است و به علاوه ارائه خدمات توسط پرسنل آموزش دیده و دارای انگیزه و حساس در مقابل مشکلات بیماران از ملزومات خدمات کیفی است [۴۴]. نیاز به صمیمیت با پرسنل، قابل دسترس بودن خدمات، ارائه مشاوره مناسب با مددجو و حمایت توسط پرسنل از خواسته‌ها و عوامل مؤثر در رضایتمندی مادران است [۴۵].

نتایج نشان داد که اکثر مراجعان صبح را زمان بهتری برای ارائه خدمات می‌دانند و این امر به دلیل خانه دار بودن و زن بودن مراجعان است. زنان شاغل به این مراکز مراجعه نمی‌کنند و در نتیجه رضایت آنان از این مراکز مورد سنجش قرار نگرفته است. به هر حال پیشنهاد می‌شود که نظام ارائه مراقبت‌ها به گونه‌ای مدیریت شود تا امکان استفاده زنان شاغل نیز از این خدمات فراهم گردد. تردیدی نیست که با کوتاه‌تر کردن مدت زمان انتظار یا تعیین وقت قبلی برای مراجعان و ویزیت به موقع امکان استفاده زنان شاغل نیز از این خدمات فراهم می‌شود. به علاوه، با توجه به راهبردهای های اعلام شده توسط سازمان بهداشت جهانی برای تسریع در نیل به اهداف بهداشت باروری که مشارکت مردان را درمراقبت‌های بهداشت باروری لازم می‌داند، ارائه آموزش و مشاوره برای پدران در انتظار باید مد نظر مدیران و برنامه ریزان بهداشت باروری کشور قرار گیرد. همچنین برنامه ریزی برای استفاده از خدمات توسط زنان شاغل نیز لازم است.

دادن فرصت به مراجعه کننده برای مطرح کردن سؤال و مدت زمان انتظار دو علت شایع نارضایتی در خدمات بهداشت باروری در مطالعات دیگر نیز ذکر شده است [۴۶]. باید خاطر نشان کرد که کوتاه کردن مدت زمان انتظار و طولانی‌تر کردن ساعات کار این مراکز می‌تواند به جلب زنان شاغل و مردان به این مراکز کمک نماید. اگرچه این مطالعه نیز همچون مطالعات دیگر رضایت مراجعان از خدمات را نشان داد [۱۹، ۱۸، ۱۶]، اما باید خاطر نشان کرد که مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی معمولاً از اطلاعات و مهارت‌هایی که باید به آنان ارائه می‌شود، آگاهی کامل ندارند و بنابر این نمی‌توانند قضاوت مناسبی در مورد خدمات تخصصی داشته باشند [۴۷]. بنابر این، در مراقبت‌های بهداشتی، انحصاراً بسیار مهم است که روش‌های کنترل کیفیت رسماً، با استفاده از استانداردهایی که برای کسب اعتبار، گواهی و مجوز در هر نظام خدمات مراقبتی تعریف می‌شوند، انجام گردد [۴۸].

این مطالعه معیارهای لازم برای تعریف وضعیت مطلوب را از راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی استخراج نمود. این راهنما توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵ تدوین شده بود [۲۰]. اداره سلامت در سال ۸۴ دستورالعملی را نیز برای ماماها و پزشکان تهیه کرد [۴۹]. راهنما توسط وزارت بهداشت به صورت پایلوت در چند استان استفاده گردید و اصلاحات لازم انجام شد و سرانجام در سال ۱۳۸۷ به صورت راهنمایی مشروح‌تر [۸] در اختیار ماماها و پزشکان ارائه دهنده خدمات مادران قرار گرفت. با توجه به در دسترس بودن چنین راهنمایی که می‌توان به راحتی معیارهای لازم برای ارزیابی خدمات را از آن استخراج نمود، پیشنهاد می‌شود چک لیست‌ها و پرسشنامه‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پرشکی تدوین و در اختیار همه مدیران مراکز ارائه دهنده خدمات دوران بارداری برای ارزیابی مستمر این خدمات که لازمه ارتقای مستمر کیفت این خدمات است قرار گیرد. چنین ابزاری نه تنها به ارتقای خدمات می‌انجامد، بلکه می‌تواند امکان مقایسه این خدمات را در مراکز مختلف ارائه دهنده خدمات و در نتیجه امکان رقابت بین آنان را در ارتقای کیفیت فراهم آورد.

سازمان بهداشت جهانی نیز در سایت مادر ایمن خود راهنماهایی را به صورت روزآمد قرار داده که می‌توانند راهنمای عمل برای ارائه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از آن و مورد استفاده برای ارزیابی و ارتقای خدمات باشد [۵۰].

ما در این مطالعه از روش ارزیابی ساختار، فرایند و پیامد استفاده کردیم. اما باید در نظر داشت که برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های مادران برنامه‌ها و نرم افزارهایی تعریف شده‌اند مانند COPE (Client-provider–efficient) که روند ارتقای کیفیت مستمر است و توسط کارکنان خدمات بهداشتی برای سنجش و ارتقای کیفیت مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند استفاده می‌شود [۵۱]. چندین ابزار مناسب برای ارتقای خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده مانند COPE، تضمین کیفیت، ارتقای کیفیت مستمر ارتقای کیفیت خدمات وجود دارند [۵۲] و می‌توانند برای برنامه‌های تحقیقاتی یا اجرایی ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی ـ درمانی دانشگاه در آینده مد نظر قرار گیرند.

در سایت دپارتمان بهداشت ایالت نیویورک، استانداردهای ارائه مراقبت‌های قبل از زایمان برای ارائه دهندگان خدمات معرفی شده است و چک لیستی برای متقاضیان فراهم شده که در صورت ارائه کامل مراقبت‌ها و آموزش‌ها می‌توانند ارائه خدمت کنند [۵۳]. مادران متقاضی مراقبت قبل از زایمان هم کتابچه‌ای را دریافت می‌کنند که برای آشنایی زوجین با روند بارداری، زایمان و مراقبت‌های لازم برای این دوران آشنا می‌شوند و علاوه بر آن با حقوق و مسئولیت‌های خود در نظام‌های ارائه خدمات دوران بارداری و زایمان آشنا می‌شوند و فرمی را برای برنامه ریزی زایمان خود پر می‌کنند که بیمارستان‌ها مطابق با آن مراقبت‌ها را ارائه می‌دهند [۴۰]. مطالعه‌ای در ارمنستان نشان می‌دهد آنچه که بر عملکرد کارکنان در ارائه مراقبت مادران تأثیر گذار است، آموزش و روز آمد شدن کارکنان و گرفتن بازخورد از مدیران و مادران است [۵۴]. بنابر این پیشنهاد می‌شود که با ارزیابی مستمر و شناسایی چالش‌ها در فرایندهای مراقبتی، مواردی که در نظام ارائه مراقبت‌های ما وجود دارد به کارکنان منعکس نماییم و مواردی را که با آموزش کارکنان تخفیف می‌یابند، با بازآموزی برطرف نماییم و به فراهم کردن وسایل و امکاناتی که که ارزیابی‌ها نقص یا فقدان را نشان داده‌اند و گرفتن بازخورد از مادران در ارتقای مستمر مراقبت‌های قبل از زایمان گام برداریم.

این مطالعه تحلیلی از وضعیت مراقبت‌های قبل از زایمان در مراکز بهداشتی ـ درمانی وابسته به دانشگاه بود و اطلاعات پایه را برای مداخلاتی که در آینده برای ارتقای کیفیت انجام می‌گیرد در اختیار محققان و مدیران این حوزه قرار می‌دهد. مداخلاتی که لازمه ارتقای کیفیت این مراقبت‌ها و در نهایت موجب کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان و ارتقای سلامت مادران بوده که از اهداف توسعه هزاره سوم هستند. این مطالعه برای اولین بار به مطالعه وضعیت مراقبت‌های قبل از زایمان در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سه بعد ساختار، فرایندها و پیامد این مراقبت‌ها پرداخت. نتایج نشان داد که ارتقای کیفیت مراقبت‌ها نیازمند مداخلاتی در زمینه مشاوره، تاریخچه گیری، انجام معاینات عمومی، آموزش و امکانات رسانه‌ای آموزشی، مدیریت زمان انتظار، محرمانه کردن محیط مشاوره وجود دارد و پیشنهاد شد تا با تغییر ساختاری در ارائه مراقبت‌ها، برگزاری کلاس‌های آموزشی و تهیه و در دسترس قرار دادن رسانه‌های آموزشی، تهیه فرم‌های آماده، استاندارد سازی مراقبت‌ها و ارزیابی مستمر با استفاده از چک لیست‌های مشاهده و پرسشنامه‌های نظیر آنچه که در این مطالعه ارائه شد و ارزیابی مستمر این خدمات و ارائه برنامه‌های مداخلاتی و نظارت و ارزیابی این برنامه‌ها تا زمان حصول اطمینان از مؤثر و کارآمد بودن آنها به ارتقای کیفیت این مراقبت‌ها اقدام شود.

سهم نویسندگان

معصومه سیمبر: مجری طرح و تدوین مقاله

فاطمه ناهیدی: مجری طرح و تدوین مقاله

علیرضا اکبرزاده: مشاور آماری طرح

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که با حمایت مادی و معنوی خود امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌داریم. همچنین مراتب قدردانی خود را از استاد ارجمند جناب آقای دکتر رمضانخانی معاونت محترم بهداشتی به جهت راهنمایی‌های ارزشمند ایشان برای انجام پژوهش و همکاری ایشان و همکارانشان به خصوص خانم قنبری کارشناس محترم این معاونت برای تسهیل انجام این طرح ابراز می‌داریم.

همچنین از کلیه رؤسای بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و سرپرستان درمانگاه‌ها و کارکنان کلینیک‌های قبل از زایمان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

بیمارستان‌های شهدا، امام حسین، طالقانی و مهدیه و ۸ کلینیک در مراکز بهداشتی نادر، کادوس، صاحب‌الزمان، بعثت‌النبی، نامجو، صفا، دوازده بهمن و ازگل که از هیچ کمکی در انجام این پـژوهش دریـغ نکردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. United Nation Population Fund, International conference on population and development, UNFPA, Cairo: Egypt, 1994
2. World Health Organization, UNICEF. Antenatal care in developing countries, Promise, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. WHO: Geneva, 2003
3. World Health Organization. Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. Reproductive Health Matters 2005; 13: 11-8
4. Department of making pregnancy safer, WHO. Making a difference in countries, Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health, WHO: Geneva, 2006. Available online at: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Strategicapproach2006.pdf
5. United Nation. The mellinium development goals report 2011. United Nation, New York, 2011. Available on line: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf
6. United Nation Population Fund UNFPA. Quality of maternal health. State of population at 2004. Available on line: http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch7/page12.htm
7. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). The seminar of promotion and improvement of the system of maternal care and maternal mortality prevention, Maternal Health Office of MOHME, Tehran: Iran, 2004 [Persian]
8. Emami AN, Jalilv P, Delavar P, Rad-pooyan L, Azmi-Khah A, Motlagh MA, et al. The promotion and improvement of the system of maternal care and maternal mortality prevention. 1 st edition, Tandis Publications, Tehran: Iran, 2006 [Persian]
9. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). The Report of providing reproductive health care service in Islamic Republic of Iran, MOHME, Tehran: Iran, 2001 [Persian]
10. Bulatao RA, Ross JA. Rating maternal and neonatal health services in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80: 721-27
11. Iqbal Shah. Social Science Research Initiative on Quality of Care in Reproductive,UNDP/UNFPA/WHO/WORLD BANK Health. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization: Geneva, 2002
12. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 1988, 260: 1743-48
13. Hirst J, Hewison J. Pakistani and indigenous white women's view and the donabedian-maxwell grid. International Journal of Health care quality assessment 2001; 14: 308-16
14. Tousi NZ. Evaluation of quality of perinatal care in Toisercan. Master thesis, Faculty of Health and Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, 1999 [Persian]
15. Ghobadzadeh B. Postpartum care in Tehran medical science university hospitals. Masters Thesis. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, 1995 [Persian]
16. Simbar M, Alizadeh-Dibazari Z, Abedsaidi J, Alavi-Majd H. Assessment of quality of care in postpartum wards of Shahid Beheshti University of Medical Sciences Hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance 2005; 18: 333-42
17. Ghanaee H. Quality assessment of prenatal care in private and public hospitals of Sannandaj City. Journal of Kordestan University of Medical Sciences 1999; 4: 28-33 [Persian]
18. Simbar M, Ghafari F, Zahrani S. Alavi-Mojd H. Quality of midwifery care in labor and delivery wards of Kurdistan University of Medical Science Hospitals. Payesh2009; 8: 191-201 [Persian]
19. SimbarM, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd. Quality assessment in family planning services in urban health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Payesh 2007; 6: 145-55 [Persian]
20. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). The guideline for obstetrics care for motherhood hospitals, First Edition, The Office of Family Health and Population, MOHME. 1 st Edition,

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

Chahar Soie Honar Publications, Tehran: Iran, 2006 [Persian]
21. RCM, RCOG, NCT Modernising Maternity Care A Commissioning Toolkit for Primary Care Trusts in England November 2001
22. Stein K. Using situation analysis to assess women perceptions of quality of maternal-child health and family planning services. Reproductive Health Matters 1998; 8: 45-54
23. World Health Organization. Maternal and newborn health, safe motherhood, division of reproductive health care in normal birth, a practical guide, Safe motherhood, Report of a technical working group, World Health Organization: Geneva, 1997
24. NURU prenatal care assessment Sheets Ministry of Health, Tanzania, 2001
25. Villar GC, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001
26. Cunningham G, Leveno JK, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap IC, Westrom KD. Williams Obstetrics. 22nd Edition, McGraw-Hill: New York, 2005
27. McKinney ES, Ashwill JW, Murray SS, James SR, Gorrie TM, Droske SC. Maternal Child Nursing. 1 st Edition, WBSaunders Company: London, 2000
28. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity and Women Health Care. 8 th Edition, Mosby Co, St Louis: London, 2004
29. Bennet V, Brown L. Myles Text Book for Midwives, 13 th Edition, Churchill-Livingstone Co: London, 1997
30. World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health Mother Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. WHO: Geneva, 1996
31. University of British Columbia University, Midwifery course overview. Available-online at: http://www.midwifery.ubc.ca/midwifery/program/courseoverview.htm?PageMode=HTML
32. University of South Australia, Bachelor of midwifery study plan, 2008. Available online at: http://www.unisa.edu.au/nur/bmidwifery/studyplans.asp
33. The University of Utah, Nurse midwifery, women's health nurse practitioner program, available online at: http://www.nurs.utah.edu/programs/dnp/specialties/nmw/index.html
34. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part I, Genral prenatal care and counseling issues. American Family Physician 2005; 71: 1307-16
35. World Health Organization. Clean care is a safer care, 2008. Available online at: http://www.who.int/gpsc/en/
36. Clemen-stone S, Mcguire S, Eigsti D. Comprehensive Community Health Nursing. 6 th Edition, Mosby Co: London, 2002
37. World healthOrganization. UNICEF. Antenatal care in developing countries, Promise, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. WHO: Geneva, 2003
38. Toghiani Z, Ramezani M, Eizadi M, Shahidi Sh, Aghdak P, Modi Z, et al. Effects of education on knowledge, attitude and practice of pregnant mothers. Iranian Journal of Education in Medical Science 2005; 7: 24-317 [Persian]
39. World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Child Birth. WHO Recommended interventions for Improving Maternal and newborn Health. WHO: Geneva, 2007
40. Novello AC. Commissioner PH. Your guide to a healthy birth. department of health. New York State: NewYork, 2004
41. Barker G, Ricardo C, Nascimento M. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from program interventions. WHO: Geneva, 2007
42. International Planned Parenthood Federation IPPF. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. International Planned Parenthood Federation, London. 2003. Available on line: http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435 4C219E689F07/0/charter.pdf
43. Langer A, Villar J., Romero M, Nigenda G, Piaggio G, Kuchaisit C, et al. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. BMC Women's Health 2002; 2: 7-16
44. Biswas R, Ray SK, Dobe M, Dasgupta S, Mandal A. An overview of multicentre training workshops for public health professionals on reproductive and child health programme in India. Indian Journal of Public Health 2002; 46: 78-85
45. Fagerskiold AM, Wahlberg V, Ek AC. Maternal expectations of the child health nurse. Nurse Health Science 2001; 3: 139-47

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]

46. Williams T, Schutt-Aine J, Cuca Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. International Family Planning Perspectives 2000; 26: 63-71
47. Kols AJ, Sherman JE. The quality movement in health care. In: Family planning programs: improving quality, population reports, Series J, No. 47. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, November 1998. http://www.jhuccp.org/pr/j47edsum.shtml
48. Simpson RL. The role of IT in health care quality assessment. Nursing Administration Quarterly 2003; 27: 355-59
49. Ministry of Health and Medical Education MOHME. The National Guideline of Maternal Health (for physicians and midwives). 4th Edition, Maternal Health Office, MOHME, Tehran: Iran, 2007 [Persian]
50. World Health Organization, UNFPA, UNICEF. The World Bank Group. Pregnancy, Childbirth, postpartum and newborn care, a guide for essential practice, integrated management of pregnancy and childbirth. 2nd Edition, WHO: Geneva, 2006
51. Engender Health. COPE for Maternal Health Services. A process and tools for improving the quality of maternal health services. Engender Health, Improving Women's Health World Wide. NewYork, 2001
52. RamaRao S, Raji M. The quality of family planning programs cncepts, measurements, interventions and effects. Studies in Family Planning 2003; 34: 227-48
53. Department of Health, New York State Prenatal care assistance program (PCAP), Application for comprehensive care service provider participation, 2009. available online at: http://www.health.state.ny.us/nysdoh/perinatal/docs/pcap_provider_application.pdf
54. Fort AL, Voltero L. Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. Human Recourses for Health 2004; 2: 1-11

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.15.3]