کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی ــ درمانی شهری، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فریده فرخی: * مربی، گروه زنان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
طلعت خدیوزاده: مربی، گروه زنان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره سوم تابستان ۱۳۸۷ صص ۲۱۰-۲۰۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۲

چکیده

هدف از این مطالعه تعیین کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری مشهد در سال ۱۳۸۰ بود.

در این مطالعه توصیفی، عملکرد ۳۷ ماما از ۲۶ مرکز بهداشتی ـ درمانی شهری که به روش طبقه‌ای و تصادفی انتخاب شدند، در ارائه هر یک از اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری در سه نوبت (در سه روز متفاوت) مورد مشاهده قرار گرفت. داده‌ها نیز از طریق پرسشنامه و فرم راهنمای مشاهده مراقبت‌های دوران بارداری جمع‌آوری گردید.

نتایج نشان داد نمره عملکرد ۱۸/۵ درصد از ماماها خوب، ۷۰ درصد در حد متوسط و ۱۱/۵ درصد ضعیف بود و فقط ۵۵/۸ درصد از مراقبت‌های انجام شده مناسب و صحیح ارائه شده بود. مطلوب‌ترین وضعیت عملکرد ماماها در حیطه‌های ارجاع جهت آزمایشات دوران بارداری، ارزیابی سلامت جنین، کنترل وضعیت واکسیناسیون، تعیین تاریخ احتمالی زایمان و گرفتن شرح حال و نامطلوب‌ترین وضعیت عملکرد ماماها مربوط بود به معاینات فیزیکی، بررسی شکایات شایع، به کارگیری اصول مشاوره و توصیه جهت محل زایمان.

با توجه به نتایج مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که برخی از اجزا مراقبت از جمله معاینات فیزیکی و مشاوره که در تشخیص و درمان به موقع عوارض مامایی از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار هستند، در مراکز بهداشتی ـ درمانی مورد غفلت واقع شده‌اند. لذا پایش خدمات و ارزشیابی آنها جهت رفع مشکلات فوق ضرورت دارد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت دوران بارداری، عملکرد ماما، مراکز بهداشتی ـ درمانی

* نویسنده پاسخگو: مشهد، خیابان دانشگاه، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری ـ مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
تلفن: ۸۵۹۱۵۱۱-۰۵۱۱
E-mail: farokhi_far@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

مقدمه

سالانه تقریباً ۶۰۰۰۰۰ زن در جهان به دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند که بیش از ۹۹ درصد از این مرگ‌ها مربوط به کشورهای در حال توسعه است[۱]. علاوه بر این بیش از ۶۰ میلیون زن نیز که از مرگ نجات می‌یابند از عوارض بارداری و زایمان، آسیب دیده و رنج می‌برند و از این تعداد حدود ۱۸ میلیون نفر دچار ناتوانی دراز مدت می‌شوند[۲].

مرگ هر زن به دلیل عوارض بارداری و زایمان برای او و خانواده‌اش یک ظلم اجتماعی محسوب می‌شود. زیرا مادر هسته اصلی خانواده و عامل سلامت و موفقیت سایر اعضاء است. مرگ مادر، صدمات جبران ناپذیری را به خانواده و جامعه وارد می‌سازد. به طوری که با مرگ بیش از نیم میلیون مادر حداقل یک میلیون کودک بی‌مادر می‌شوند[۳]. به ازاء هر یک مادر باردار که در کشورهای توسعه یافته می‌میرد، ۱۰۰ مادر باردار در کشورهای در حال توسعه از میان می‌روند که نشانه ضرورت توجه به سلامت زنان در این کشورهاست. این تفاوت چشمگیر در مرگ و میر و شیوع عوارض مرگبار بین جوامع پیشرفته و در حال توسعه به میزان زیادی پیامد مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری است[۴]. همچنین زنانی که مراقبت‌های ناکافی در دوران بارداری دریافت می‌کنند، موقعیت‌های مشکل‌ساز واختلال عملکرد را در خود و خانواده بیشتر تجربه می‌کنند[۵]. عوارضی که به سلامت زنان در دوران بارداری آسیب می‌رسانند، جنین را نیز تحت تأثیرقرار می‌دهند. کودکانی که از مادران فاقد مراقبت دوران بارداری متولد می‌شوند، نسبت به آنهایی که مادران آنها در دوران بارداری، تحت مراقبت‌های کافی قرار گرفته‌اند، سه برابرشانس وزن کم هنگام تولد داشته و پنج برابر بیشتر در معرض خطر مرگ قرار می‌گیرند[۶].

در مطالعه وسیعی که در آرژانتین به منظور بررسی علل مرگ و میر شیرخواران انجام گرفت نیز بیشترین علت مرگ، وزن کم هنگام تولد و بیشترین عامل خطر، فقدان ارائه مراقبت‌های کافی به مادران باردار بود[۷]. در ایالات متحده آمریکا نیز علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در فناوری پزشکی تقریباً ۳۰۰۰۰ کودک سالانه در کشور می‌میرند که علت عمده این مرگ‌ها وزن کم هنگام تولد است که از مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری ناشی می‌شود[۸]. یک مطالعه در شهرستان بجنورد بر روی ۱۵۰ کودک زیر یک سال فوت شده نیز نشان داد که در ۲۷ درصد از موارد، مادران در دوران بارداری از مراقبت‌های ضعیف و در ۲۱ درصد از مراقبت متوسط برخوردار بودند که در مقایسه با گروه شاهد ارتباط معنی‌داری بین کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و مرگ شیرخواران وجود داشت[۷]. بنابراین بر اساس یک فرضیه منطقی و قابل قبول و تحقیقات مشابه، اکثر مرگ و میرهای مادری وناتوانی‌ها از طریق تقویت مراکز خدمت رسانی قبل از تولد با کیفیت و در دسترس، قابل پیشگیری هستند[۹].

خطراتی که زنان باردار را تهدید می‌کند، یادآور وظایفی است که بر عهده مراکز قانونی، بهداشتی و سیاسی است. در این میان کارکنان مامایی، وظیفه سنگینی را در حفظ سلامت مادران بر عهده دارند و با توجه به حرمت مادران در جامعه و نقش اساسی و بنیادین آنان در حفظ و قوام خانواده، تلاش برای حفظ سلامت آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است[۱۰].

بیشتر مطالعات، کفایت مراقبت‌های قبل از تولد را بر اساس زمان و تعداد مراقبت‌ها تعیین می‌کنند 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 دراین زمینه، احتمالاً ناشی از فقدان معیارهای واحد و استاندارد که قابلیت اشتراک دربین کشورها را داشته باشد ناشی می‌گردد[۱۱، ۱۲].

با توجه به مطالب فوق و کمبود تحقیقات کیفی و با توجه به این که ماماها در تأمین مراقبت‌های اولیه برای نجات جان مادر نقش حیاتی دارند، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری مشهد در سال ۱۳۸۰ انجام شد تا به این وسیله اجزای مراقبت‌های قبل از تولد را که ماماها به صورت نامطلوب انجام می‌دهند شناسایی نموده و با ارائه نتایج آن به مسؤولان و برنامه‌ریزان بهداشتی، گامی در جهت بهبود وضعیت بهداشت مادران و بکارگیری طب پیشگیری برداشته شود.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی است که در آن کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری مشهد مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل تمامی ماماهای شاغل در واحدهای مامایی مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. جهت تعیین حجم نمونه ابتدا یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ ماما از ۶ مرکز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

بهداشتی ـ درمانی انجام شد. میانگین نمرات عملکرد آنها ۲۹ با انحراف معیار ۸/۵ بود، سپس با توجه به جمعیت کل ماماهای مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری مشهد (۷۶ نفر) و با استفاده از فرمول برآورد میانگین در جامعه آماری محدود، در سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت ۲ نمره حجم نمونه ۳۷ محاسبه گردید.

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2\sigma^2}$$

نمونه‌گیری در این پژوهش به روش طبقه‌ای و تصادفی انجام شد. ابتدا اسامی تمام مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری تحت پوشش مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ مشهد و توزیع جغرافیایی و اطلاعات مربوط به جمعیت تحت پوشش و تعداد ماماهای شاغل در آنها تهیه شد. سپس مراکز بهداشتی ـ درمانی وابسته به هر مرکز بهداشت بر اساس مراجعین ماهیانه به سه طبقه کم جمعیت، با جمعیت متوسط و پر جمعیت تقسیم شدند و در نهایت ۲۶ مرکز به روش تصادفی و نسبتی انتخاب شد و در مرحله بعد تمامی ماماهای شاغل در هر مرکز مورد مطالعه قرار گرفتند.

جهت گردآوری داده‌ها از فرم پرسشنامه مشخصات فردی و سوابق شغلی ماماهای ارائه دهنده خدمت و فرم مشاهده مراقبت‌های دوران بارداری، ترازو و فشارسنج استفاده شد. جهت تعیین روایی فرم‌های پرسشنامه و مشاهده از روایی محتوایی استفاده شد. فرم مشاهده بر اساس راهنمای مراقبت‌های دوران بارداری مصوب کمیته کشوری کاهش مرگ ومیر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شد. سپس روایی این فرم توسط ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی و تأیید گردید. پایایی فرم پرسشنامه با استفاده از روش آزمون مجدد با r= ۱/۰۰۰ مورد تأیید قرار گرفت. پایایی فرم مشاهده با استفاده از روش همبستگی بین سنجش‌گرها تأیید شد. به این صورت که فرم مشاهده برای ۱۰ ماما به طور همزمان توسط پژوهشگر و همکار پژوهشی وی به طور جداگانه تکمیل گردید، سپس همبستگی تک تک داده‌های به دست آمده توسط پژوهشگر و همکارش سنجیده شد که با r= ۰/۹۶ مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ترازو توسط یک وزنه یک کیلویی استاندارد به صورت روزانه و پایایی فشارسنج توسط یک فشارسنج جیوه‌ای جدید ALP K2 ژاپن مورد تأیید قرار گرفت. جهت گردآوری داده‌ها فرم پرسشنامه مشخصات فردی و سوابق شغلی توسط ماماهای شاغل در مراکز مورد بررسی تکمیل گردید و پس از آن عملکرد هر یک از ماماها در ارائه هر یک از اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری در سه نوبت (سه روز متفاوت) مورد مشاهده قرار گرفت و پس از اتمام مراقبت توسط ماما، پژوهشگر تکنیک‌های تشخیصی شامل: تعیین ارتفاع رحم، سمع صدای قلب جنین، اندازه گیری وزن و فشار خون و معاینه فیز یکی را به منظور کنترل عملکرد ماماها مجدد انجام می‌داد.

فرم مشاهده شامل ۱۸ جزء و در بردارنده کلیه فعالیت‌های مورد انتظار از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری بود و به هر جزء، نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گرفت. به این ترتیب که انجام صحیح هر یک از موارد در هر سه نوبت مشاهده معادل با همیشه (نمره ۳) در دو نوبت مشاهده، معادل با غالباً (نمره ۲)، در یک نوبت مشاهده معادل با به ندرت (نمره ۱) و عدم انجام صحیح در سه نوبت مشاهده معادل با هرگز (نمره صفر) در نظر گرفته شد و در فرم مشاهده علامت گذاری گردید و مجموع نمرات عملکرد به صورت بدون عملکرد (صفر)، ضعیف (۱۸-۱)، متوسط (۳۶-۱۹) و خوب (۵۴-۳۷) طبقه بندی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد. جهت توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر و آزمون t استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۲۶ مرکز بهداشتی ـ درمانی که جهت محیط مطالعه از مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر مشهد انتخاب شدند، ۱۲ مرکز تحت نظارت مرکز بهداشت شماره یک و ۱۴ مرکز تحت نظر مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد بودند. ۳۷ درصد از مراکز، آموزشی و بقیه موارد غیر آموزشی بودند. تعداد ماماهای مشغول به کار در واحدهای مامایی مراکز بهداشتی ـ درمانی ۳-۱ نفر متفاوت بود. ۱۷ مرکز یک، ۷ مرکز ۲ و فقط ۲ مرکز ۳ ماما داشتند. جدول شماره یک مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

وضعیت عملکرد ماماها در ارائه اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری در جدول شماره ۲ آمده است. با احتساب موارد «همیشه» و «غالباً» روی هم و نیز موارد «به ندرت» و «هرگز» روی هم، مطلوب‌ترین عملکردها به ترتیب عبارت بودند از: ارجاع جهت آزمایشات دوران بارداری با ۹۴/۶ درصد، تعیین تاریخ احتمالی زایمان ۹۱/۹ درصد، کنترل وضعیت واکسیناسیون و سمع صدای قلب جنین (هر کدام ۸۹/۲ درصد) و گرفتن شرح حال و ثبت اطلاعات مادر در پرونده (۸۶/۴ درصد) و نامطلوب‌ترین عملکردها به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

ترتیب شامل انجام معاینات فیزیکی بـا ۸/۱ درصـد، میـزان بررسـی شکایات شایع مادران و توصـیه محـل زایمـان (۱۶/۲ درصـد) و بـه کارگیری اصـول مـشاوره (۱۸/۹ درصـد) و بقیـه مـوارد از کیفیـت متوسطی برخوردار بودند (جـدول شـماره ۱). همچنـین در بررسـی کیفیت اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری مشخص گردید که ماماهـا از مجموع وظایف (۱۸ مورد بر اسـاس دسـتورالعمل‌هـای مراقبتـی مادران باردار)، ۲۸/۵ درصد را همیشه، ۲۷/۳ درصـد را غالبـاً، ۲۱/۹ درصد از مراقبت‌ها را به نـدرت انجـام داده بودنـد و۲۲/۳ درصـد را هرگز انجام نداده بودند. با ادغام دو وضعیت همیشه و غالباً در یـک وضعیت مطلـوب و ادغـام دو وضـعیت بـه نـدرت و هرگـز در یـک وضعیت نامطلوب نتیجه گرفته شد که ماماهای مورد مطالعـه فقـط ۵۵/۸ درصد از وظایف را در حد مطلوب انجام داده‌اند و بقیه مـوارد از کیفیت نامطلوب برخوردار بوده است(نمودار شماره ۱). نتایج ایـن پژوهش در مورد کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت‌هـای دوران بارداری نشان داد که نمره عملکرد ۱۸/۵ درصد، در حد خوب و ۷۰ درصد، متوسط و در ۱۱/۵ درصد از موارد ضعیف بوده است (نمودار شماره ۲). آزمون t-test نشان داد که تفاوت معنی‌داری بـین نمـره عملکـرد ماماهـا بـین مراکـز بهداشـت شـماره ۱ و ۲ وجـود داشت(P=۰/۰۲۷ ، t=۲/۳۱۱). دیگر نتایج پـژوهش نـشان داد کـه بین نمره عملکرد ماماهایی که مطالعه مستمر داشتند با آنهایی کـه مطالعـه نداشـتند، تفـاوت معنـی‌داری وجـود دارد(P=۰/۰۰۱ ، t=۳/۷۸۰).

همچنین تفاوت معنی‌داری نیز بین وضعیت مطالعه مستمر ماماها در بـین مراکـز بهداشـت شـماره ۱ و ۲ وجـود داشـت(P=۰/۰۰۹ ، Chi=۶/۸۳۸). ارتباط معنـی‌داری بـین وضـعیت عملکـرد بـا سـن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت آموزشـی مراکـز، وضـعیت اسـتخدامی و تعـداد ماماهـای مرکـز و سـابقه بـارداری و زایمـان و شرکت در بازآموزی مشاهده نشد(P>۰/۰۵).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و اجتماعی نمونه مورد مطالعه

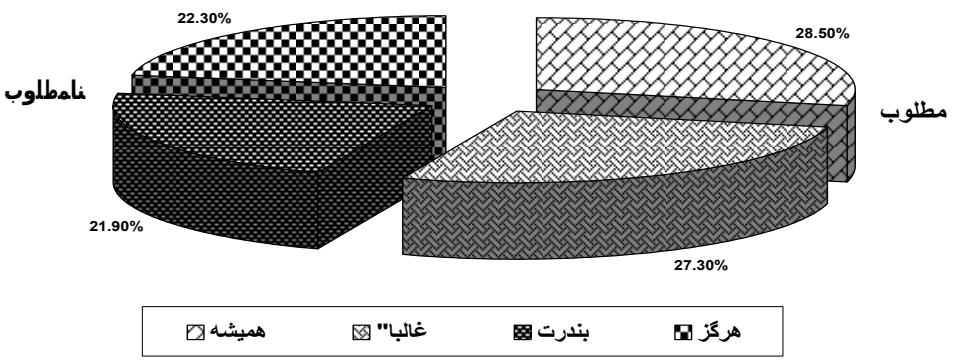
متغیر	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)		
۲۰-۳۰	۱۴	۳۷/۸
۳۰-۴۰	۱۱	۲۹/۷
≥۴۰	۱۲	۳۲/۵
سابقه کار (سال)		
<۵	۱۵	۴۰/۵
۵-۱۰	۸	۲۱/۵
۱۰-۲۰	۵	۱۳/۵
>۲۰	۹	۲۴/۵
سطح تحصیلات		
بهیار ماما	۱	۲/۷
کاردان مامایی	۸	۲۱/۵
کارشناس مامایی	۲۷	۷۳
کارشناس ارشد مامایی	۱	۲/۷
وضعیت استخدامی		
رسمی	۲۱	۵۶/۸
قراردادی	۳	۸/۱
طرحی	۱۳	۳۵/۱
وضعیت تأهل		
متأهل	۳۳	۸۹/۲
مجرد	۴	۱۰/۸
سابقه بارداری		
بلی	۲۷	۷۳
خیر	۱۰	۲۷
سابقه شرکت در بازآموزی		
بلی	۱۴	۳۷/۸
خیر	۲۳	۶۲/۲
مطالعه مستمر کتب مرجع		
بلی	۲۱	۵۶/۸
خیر	۱۶	۴۳/۲
علاقه به حرفه مامایی		
زیاد	۱۹	۵۱/۳
متوسط	۱۰	۲۷
کم	۸	۲۱/۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق انجام اجزای مراقبت های دوران بارداری توسط نمونه مورد مطالعه (N=۳۷)

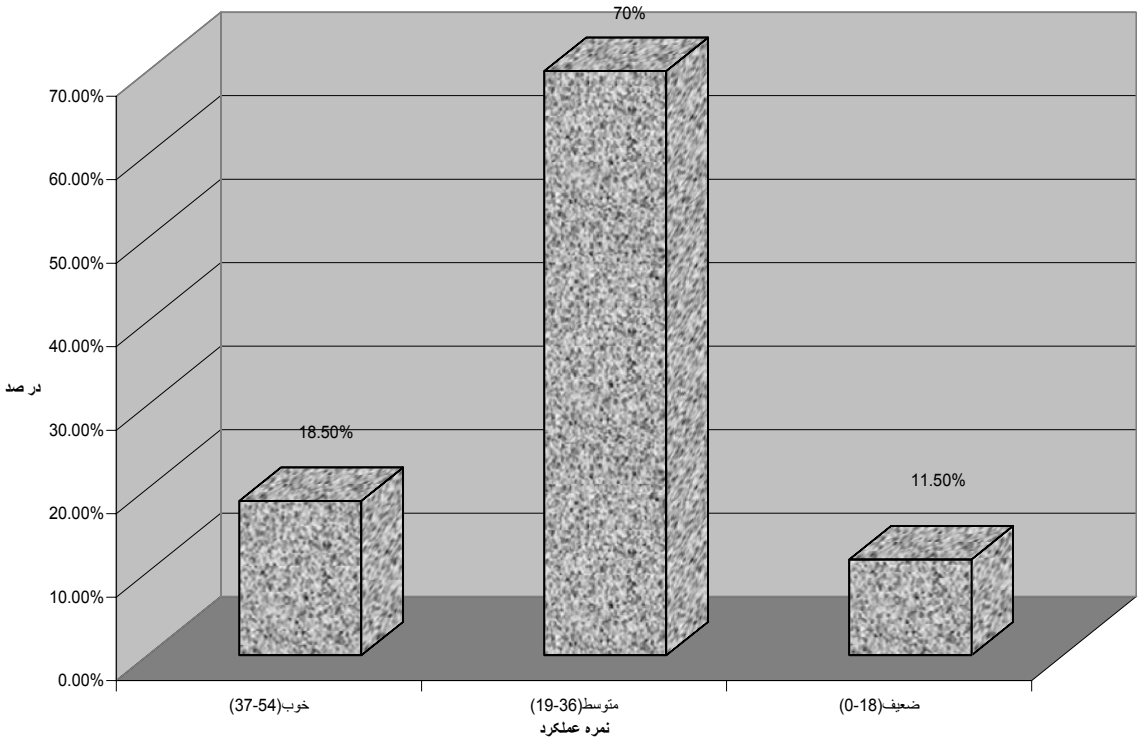
وضعیت عملکرد	مطلوب		نامطلوب					
	همیشه		غالباً		به ندرت		هرگز	
اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تشکیل پرونده در اولین مراجعه	۲۱	۵۶/۸	۶	۱۶/۲	۱	۲/۷	۹	۲۴/۳
گرفتن شرح حال و ثبت کلیه اطلاعات مربوط به مادر در پرونده	۱۶	۴۳/۲	۱۶	۴۳/۲	۵	۱۳/۵	۰	۰
معاینات فیزیکی (بررسی کم خونی، ادم، واریس ...)	۰	۰	۳	۸/۱	۱۱	۲۹/۷	۲۳	۶۲/۲
کنترل وزن (سنجش وضعیت تغذیه)	۵	۱۳/۵	۱۹	۵۱/۴	۱۱	۲۹/۷	۲	۵/۴
کنترل فشار خون	۲	۵/۴	۲۰	۵۴/۱	۱۰	۲۷	۵	۱۳/۵
اندازه‌گیری ارتفاع رحم	۱۰	۲۷	۸	۲۱/۶	۱۲	۳۲/۴	۷	۱۸/۹
سمع ضربان قلب جنین	۲۶	۷۰/۳	۷	۱۸/۹	۴	۱۰/۸	۰	۰
تعیین تاریخ احتمالی زایمان	۲۴	۶۴/۹	۱۰	۲۷	۲	۵/۴	۱	۲/۷
تجویز مکمل‌ها	۹	۲۴/۳	۱۷	۴۵/۹	۹	۲۴/۳	۲	۵/۴
توجه به علائم خطر	۱	۲/۷	۱۲	۳۲/۴	۱۲	۳۲/۴	۱۲	۳۲/۴
بررسی شکایات شایع مادر	۲	۵/۴	۴	۱۰/۸	۱۱	۲۹/۷	۲۰	۵۴/۱
کنترل وضعیت واکسیناسیون	۲۴	۶۴/۹	۹	۲۴/۳	۳	۸/۱	۱	۲/۷
درخواست و بررسی آزمایشات دوران بارداری	۳۰	۸/۱	۵	۱۳/۵	۲	۵/۴	۰	۰
کنترل و ارجاع جهت معاینات دندانپزشکی	۱۲	۳۲/۴	۷	۱۸/۹	۱۳	۳۵/۱	۵	۱۳/۵
درمان و ارجاع مناسب در صورت لزوم	۲	۵/۴	۱۱	۲۹/۷	۱۸	۴۸/۶	۶	۱۶/۲
به کارگیری اصول مشاوره	۴	۱۰/۸	۳	۸/۱	۸	۲۱/۶	۲۲	۵۹/۹
ارائه آموزش مرتبط با نیاز	۰	۰	۱۹	۵۱/۴	۸	۲۱/۶	۱۰	۲۷
توصیه به مادر جهت تعیین محل زایمان	۲	۵/۴	۶	۱۶/۲	۶	۱۶/۲	۲۳	۶۲/۲
جمع	۱۹۰	۲۸/۵	۱۸۲	۲۷/۳	۱۴۶	۲۱/۹	۱۴۸	۲۲/۳

نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی وضعیت عملکرد ماماهای مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری مشهد در ارائه مجموع وظایف (۱۸ مورد بر اساس دستورالعمل‌های مراقبتی مادران باردار)



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی ماماهای شاغل در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری مشهد بر حسب نمره عملکرد پیرامون ارائه مراقبت‌های دوران بارداری



بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت مراقبت های ارائه شده توسط ماماها فقط در ۸/ ۵۵ درصد در حد مطلوب بوده است و در بقیه موارد (۴۴/۲ درصد) از کیفیت نامطلوب برخوردار بوده است. عمر و شیفمن (Omar & Schiffman) نیز در مطالعه خود نشان دادند حدود ۵۰ درصد از خدمات ارائه شده به زنان باردار نامطلوب بوده است[۱۳]. کروز جی (Kruse G) نیز بیان کرد در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری در بیشتر از ۶۰ درصد از موارد مراقبت‌های کامل ارائه نمی‌گردد[۱۴]. با توجه به این که غالب مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته، مؤید این نکته است که ارائه مراقبت‌های دوران بارداری با کیفیت، یک مداخله مؤثر برای بهبود نتایج بارداری، شامل کاهش مرگ شیرخوار (Infant Mortality Rate-IMR)، مرگ مادر ناشی از بارداری و زایمان (Maternal Mortality Rate-MMR) و به خصوص مرگ و میر حول زایمان (Perinatal Mortality Rate-PMR) می‌باشد[۷، ۱۵، ۱۶]، ضرورت توجه به کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و پایش و ارزشیابی آنها اهمیت دارد. کیفیت یک ویزیت قبل از تولد به همان اندازه تعداد و دفعات مراقبت اهمیت دارد و مراقبت‌های قبل از تولد باید به نحوی ارائه شود که به نیازهای زن باردار پاسخ دهد و سلامت وی و کودکش را تضمین کند[۱۷].

در یک ویزیت دوران بارداری، ارائه دهنده مراقبت با گرفتن یک تاریخچه کامل، انجام معاینات فیزیکی دقیق، تست‌های آزمایشگاهی به موقع و ثبت و گزارش دقیق، می‌تواند به سرعت مشکلات احتمالی را شناسایی کرده و معیارهای لازم را برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد مراقبت‌ها و ارائه خدمات فراهم نماید[۱۷].

در این راستا مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد ۹۱/۹ درصد از ماماها در رابطه با انجام معاینات فیزیکی در اولین ویزیت، ۸۳/۸ درصد در بررسی شکایات شایع مادران و ۶۴/۹ درصد در درمان و ارجاع، نامطلوب بوده است. بولر (Boller) نیز در مطالعه خود طی سال ۲۰۰۳ در تانزانیا نشان داد که عملکرد ارائه دهندگان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

مراقبت‌های دوران بارداری در بخش دولتی از کیفیت ضعیفی برخوردار بود (میانگین نمره ۱۸ از ۳۹) و نامطلوب‌ترین وضعیت، مربوط به اخذ شرح حال (۳۵ درصد)، ارزیابی‌های آزمایشگاهی (۳۰ درصد) و آموزش تغذیه (۳۱ درصد) بود[۱۸]. در مطالعه کروزجی در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری، تنها در ۴۰ درصد از موارد، معاینات دقیق انجام شده و در ۲۰ درصد از تشخیص‌ها تاریخچه کافی گرفته می‌شد[۱۴]. گشتاسبی نیز نشان داد که از ۱۵ مرکز استان گهکیلویه، ۱۰ مرکز در گرفتن شرح حال، ۷ مرکزدر معاینه شکم، ۱۲ مرکز در بررسی ادم، ۷ مرکز در آموزش مادر و تجویز مکمل و ۵ مرکز از نظر تشخیص دچار مشکل بوده‌اند[۱۹]. پراساد (Prasad) نیز در سال ۱۹۹۹ بیان کرد معاینات مامایی در ۵۲/۶ درصد از موارد، رضایت‌بخش نبوده و معاینه فیزیکی در ۶۹ درصد از زنان باردار انجام نشده بود و اخذ تاریخچه فقط در ۲/۶ درصد، قابل قبول بود و در همه ۳۱ مرکز مورد بررسی، ارزیابی‌های هموگلوبین و تست‌های ادراری، سمع صدای قلب جنین و کنترل فشار خون انجام نشده بود[۲۰]. کیفیت مراقبت‌ها ارتباط نزدیکی با ویژگی‌های کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی دارد[۲۰]. این مطالعه نشان داد که تفاوت کیفیت عملکرد ماماها در مراکز ۱ و ۲ فقط مربوط به میزان مطالعه آنها بوده و سایر عوامل بی‌تأثیر بوده است.

البته یافتن علت کیفیت پایین عملکرد برخی از کارکنان نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد و باید در جهت یافتن راهکارهای حل مشکل، تلاش نمود و باید این مسأله اثبات شود که آیا مشکل فقدان اطلاعات است یا کارکنان نمی‌توانند از اطلاعات خود استفاده کنند و یا علت دیگری نظیر منابع ناکافی برای عملکرد نامطلوب خود دارند.

با توجه به نتایج به دست آمده، ارتقاء کیفیت ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در شهرستان مشهد از طریق افزایش سطح دانش و مهارت کارکنان ارائه دهنده و نیز مراقبت و بررسی‌های منظم و مستمر کیفی و تحقیقاتی، ضرورتی اجتناب ناپذیر است.

همچنین استفاده از افراد متخصص و صاحب‌نظر در فن مامایی و حضور آنها در تمام سطوح مراقبتی به عنوان ناظر و راهنمای کارکنان ضروری به نظر می‌رسد و باید مدیران، طوری برنامه‌ریزی کنند که محیطی پرانگیزه را به وجود آورند تا هر کسی تصمیم بگیرد بهتر عمل کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و سپاس خود از مسؤولان و کارکنان محترم مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر مشهد به جهت همکاری و هماهنگی‌های لازم با پژوهشگران را اعلام می‌دارند.

منابع

۷- نیکپور بهمن، بهرامی طاقانکی حمید رضا، تأثیر کیفیت مراقبت‌های مادران و کودکان در مرگ کودکان زیر یک سال شهرستان بجنورد، پایش، ۱۳۸۲، ۲، ۱۱-۱۰۵

8- Jewell N, Russell K. Increasing access to prenatal care: an evaluation of minority health coalition's early pregnancy projects. Community Health Nursing 2000; 17: 93-105

9- Ahmed A, Labrllagies M, Knapp B. Prenatal care: a critical component of maternal and child health, university of Maryland. Retrieved, April 18, 2005 from http: //www cmchswe.umaryland.edu/practice/pregnancy.pdf

۱۰- ماین دبوره، طراحی وارزشیابی برنامه های پیشگیری از مرگ مادری، ترجمه فرشاد فرزادفر، چاپ اول، تکنواز، تهران، ۱۳۸۰

11- Petitte D, Hiatt R, Chin V, Groughan – minihane, M. An outcome evaluation of the content and quality of prenatal care. Birth 1991, 18: 21-25

12- Stringer M. Issues in determining and measuring adequacy of prenatal care. Journal of Perinatology; 18: 68-73

1- Bernard JB, Hakimi M, Pelletiers D. An analysis of anemia and pregnancy related maternal mortality. Journal of Nutrition 2001; 131: 604-15

2- Maryland Department of health and mental hygiene. Maryland Medicaid at a glance. Retrieved February 18, 2005 from http://www. dhmh .state.md.us/mma/pdf/Medicaid glance-fact-2004.pdf

3- Pettersson K, Svensson M, Christenson K.The lived experiences of autonomous angolan midwives working in midwifery and maternity units. Midwifery 2001; 17: 102-4

4- Walsh J, Feifer C, Measham A, Gertler P. Maternal and perinatal health. In: Jamiseon D, Mosely W, Measham A, Babadilla J. Disease control priorities in developing countries. Oxford university press: Oxford, 1993: 363-90

5- Gold man N, Dana A. Evaluation of midwifery care: a case study of Rural Guatemala. Office of Population Research, Princeton University, 2000

6- Maternal and Child Health Bureau. Health start: begin before baby is born. Retrieved February 24, 2005 from http://www .mchb.hrsa.gov/programs/women infants/prenatal.htm

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]

13- Omar MA, Schiffman RF. Satisfaction and adequacy of prenatal care utilization among rural low income women. Outcomes of Management of Nursing practice 2000; 4: 91-6

14- Kruse G., Schleiermacher D, Borchert M, Benzler J, Heinmüller R. Diagnostic quality in rural health centers in Burkina fasso. Tropical Medicine and International Health 1998; 3: 100-110

15- Siko SPL. Evaluations of quality of antenatal care at rural Health centers in Matebelend North Province Central. African Journal of Medicine 1996; 17: 423-34

16- 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: 164-71

17- WHO. Report of a technical working group, antenatal care. Geneva

18- Boller CH,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 WHO 2003; 81: 116-22

۱۹- گشتاسبی آزیتا، محبی فرشته، رحیمی فروشان عباس، ندیم ابوالحسن، ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری در استان کهکیلویه و بویر احمد، پایش، ۱۳۸۰، ۱، ۱۲-۷

20- Prasad B, Gupta VM. A qualitative assessment of ante – natal care provided by auxiliary nurse Midwives. Indian Journal of Public Health 1999; 43: 40-43

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.2.0]