

***Applying Donabedian Quality-of-care Framework  
in Assessing the Structure of Preconception Care in Urban  
Health Centers, Mashhad, 2012***

Fatemeh Ghaffari Sardasht<sup>1</sup>,  
Farzaneh Jafarnejad<sup>2</sup>,  
Nahid Jahani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Msc in Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>2</sup> lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received February 25, 2013; Accepted July 26, 2014)

***Abstract***

**Background and purpose:** Pregnancy is a potential window in a woman's life where she can solve or mitigate her problems with doctors' help. On the other hand, the structure of each healthcare system is set based on the specific services it provides. The type of healthcare structure can also influence the behavior of health care providers and quality of care provided. Therefore, this study aimed to assess the structure of preconception care in urban health centers, in Mashhad, Iran, 2012

**Material and Methods:** This cross-sectional study was performed in 2012 among 22 health centers in Mashhad which were selected through multi-stage sampling. The Donabedian model was applied to collect the data. It included three sections on facilities, human resources, and organization. Data was analyzed in SPSS V. 16

**Results:** The mean scores for the structures of the health care centers, facilities, human resources, and organization were  $117.09 \pm 11.71$ ,  $67.45 \pm 10.22$ ,  $25.68 \pm 2.95$ , and  $20.04 \pm 2.86$ , respectively.

**Conclusion:** According to the results, enhancing human and organizational infrastructures in health centers could be of great help in providing beneficial healthcare.

**Keywords:** structure, preconception care, Donabedian model, health center

J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(116): 149-160 (Persian).

## بررسی کیفیت ساختار مراکز بهداشتی درمانی بر اساس مدل Donabedian جهت ارائه مراقبت های قبل از بارداری

فاطمه غفاری سردشت<sup>۱</sup>

فرزانه جعفر نژاد<sup>۲</sup>

ناهید جهانی شوراب<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** دوران قبل از بارداری همانند روزنه امیدی است که مادران به یاری پزشکان می توانند مسائل و مشکلات خود را قبل از باردار شدن حل و یا تعدیل نمایند. از طرف دیگر ساختار هر سیستم ارائه دهنده مراقبت بر اساس نوع ارائه خدمت تنظیم می شود و نوع ساختار می تواند بر روی چگونگی رفتار پرسنل بهداشتی و در نتیجه بر کیفیت مراقبت به عمل آمده تاثیر گذار باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت ساختار مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی انجام گردید.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی که در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت، ۲۲ مرکز بهداشتی درمانی شهر مشهد با روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش بر طبق مدل Donabedian شامل سه بخش لوازم و تجهیزات، نیروی انسانی و سازماندهی می باشد که شامل فرم مشخصات مرکز بهداشتی و چک لیست بررسی ساختار مراکز مورد پژوهش بود. داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS با نسخه ۱۶ و روش های آماری توصیفی نظیر تهیه شاخص های مرکزی و پراکندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح P کم تر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمره کلی به دست آمده از بررسی ساختار مراکز (۱۱/۷۱ ± ۱۱۷/۰۹) بود. سایر نتایج به دست آمده در بخش بررسی اجزای ساختار مراکز نشان داد که میانگین نمره بخش لوازم و تجهیزات ۱۰/۲۲ ± ۶۷/۴۵، بخش نیروی انسانی ۲/۹۵ ± ۲۵/۶۸ و بخش سازماندهی ۲/۸۶ ± ۲۰/۰۴ بود.

**استنتاج:** با توجه به نتایج به دست آمده بهبود وضعیت زیر ساخت های انسانی و سازماندهی در مراکز بهداشتی درمانی توصیه می گردد.

**واژه های کلیدی:** ساختار، مراقبت قبل از بارداری، مدل Donabedian، مراکز بهداشتی درمانی

### مقدمه

خطر برای بارداری می باشند که امکان شناسایی آن در دوران قبل از بارداری وجود دارد (۱)، در کشورهای

بر طبق اعلام مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها ۳۰ درصد مادران ایالات متحده دارای حداقل یک عامل

E-mail: jaafarnejadf@mums.ac.ir

**مؤلف مسئول:** فرزانه جعفر نژاد - مشهد - دانشکده پرستاری مامایی، مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۵/۴

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۴/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۶

اما موضوعی که امروزه بیش تر مورد توجه قرار گرفته است، توجه به مساله کیفیت مراقبت ها است (۱۱). بدین معنی که دستیابی صرف به مراقبت ها کافی نیست، بلکه برای تغییر وضعیت سلامت مادران باید به کیفیت این خدمات به عنوان یک جزء اساسی در بهبود نتایج مادری و نوزادی توجه داشت (۱۲). ارزیابی کیفیت نه فقط چگونگی اجرای برنامه های بهداشتی و درمانی را نشان می دهد، بلکه نارسایی های برنامه ها را نیز مشخص می سازد و بدین ترتیب می توان نسبت به حل ریشه ای مشکلات اقدام نمود (۱۴). از سوی دیگر نیاز به داشتن یک الگوی مناسب ارزیابی، از همان ابتدای مطرح شدن موضوع ارتقای کیفیت در عرصه خدمات بهداشتی درمانی احساس شده است (۱۵) و تاکنون مدل های متعددی برای ارزیابی کیفیت بیان شده است (۱۶)، ولی مدل Donabedian به عنوان گسترده ترین الگوی مورد استفاده در ارزیابی مراقبت های بهداشتی درمانی محسوب می شود (۱۷). این مدل در سال ۱۹۶۶ در سه بعد ساختار، فرایند و پیامد ارائه شده است (۱۸) که به لحاظ سادگی و قابلیت انعطاف، کم کم به عنوان یکی از مدل های علمی مرتبط با سلامت در قرن بیستم شناخته شده و به طور گسترده ای مورد قبول قرار گرفته است (۱۹). طبق این الگو، ساختار (داشتن اشیاء و لوازم درست) مبدا حرکت، فرایند (انجام کارهای صحیح) مسیر حرکت و پیامد (انجام کارهای صحیح رخ داده شده) مقصد حرکت می باشد. محققان متعددی نیز در مطالعات خود به بررسی اجزای ساختاری مراکز مورد پژوهش خود پرداخته و به این نکته اذعان داشته اند که ساختار مراقبت بر فرایند آن تاثیر گذار است. رحیمی در سال ۸۰ در بررسی بخش اورژانس بیمارستان های تبریز (۲۰)، بهادری در سال ۸۶ در بررسی بخش اورژانس بیمارستان بقیه ا... (۲۱) ساختار مراقبت ها را مورد ارزیابی قرار داده اند. از جمله کسانی که در این زمینه و بر اساس الگوی Donabedian به بررسی کیفیت مراقبت پرداخته اند، Simbar است. او در مطالعات خود بررسی

در حال توسعه نیز طیف نسبتاً وسیعی از زنان سنین باروری که حدود بیش از یک چهارم کل آن ها را تشکیل می دهند، از بیماری ها و صدمات حاد و مزمن ناشی از بارداری و زایمان رنج می برند (۲) که به لحاظ اثرات زود هنگام این بیماری ها بر سرانجام بارداری باید قبل از باردار شدن تشخیص داده شده و تحت کنترل قرار گیرند (۳). از این رو در سال ۱۹۸۰ اجرای مراقبت های قبل از بارداری به طور رسمی آغاز گردید و به همگان معرفی شد (۴) بر طبق تعریف مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، مراقبت قبل از بارداری مجموعه ای از مداخلات پیشگیری و درمانی می باشد که هدف آن شناسایی و تعدیل مخاطرات زیستی پزشکی، رفتاری و اجتماعی تهدید کننده سلامت مادر و پیامد حاملگی می باشد (۵). مراقبت های قبل از بارداری به عنوان بخشی از مراقبت های ادغام یافته (۶) وضعیت سلامت زنان، شیوه زندگی و تاریخچه قبل از لقاح آنان (۷) را مورد بررسی قرار داده تا عوامل خطر ساز برای بارداری شناسایی و اقداماتی در جهت پیشگیری از بروز آن ها به عمل آید (۸).

در این زمینه محققین بسیاری فعالیت نموده و کارایی و اهمیت این مراقبت ها را به اثبات رسانده اند. به عنوان مثال Ray و همکارانش (۲۰۰۱) اعلام نمودند که با اجرای مراقبت های قبل از بارداری میزان ناهنجاری های جنینی به کم تر از نصف (۵/۶ درصد در برابر ۲/۱ درصد) تقلیل می یابد (۹). با این وجود استقبال عمومی برای برخورداری از این خدمات به ویژه در کشورهای در حال توسعه بسیار کم تر از مراجعه برای مراقبت های دوران بارداری است، زیرا قریب به ۹۰ درصد زنان به محض تشخیص بارداری جهت دریافت خدمات بهداشتی به مراکز درمانی مراجعه می کنند (۱۰)، اما مراجعه آن ها جهت دریافت خدمات مراقبتی قبل از بارداری در این کشورها بسیار کم بوده و حتی در بعضی از مطالعات انجام شده در کشور به میزان ۱۱ درصد گزارش شده است (۸).

کیفیت مراقبت‌های قبل از زایمان و خدمات تنظیم خانواده ساختار مراقبت‌ها را مورد ارزیابی قرار داده و آن را مطلوب ارزیابی نموده است (۱۶، ۲۲).

Boller و همکارانش نیز در بررسی کیفیت مراقبت‌های قبل از زایمان بر اساس همین الگو به نتایج مشابه Simbar دست یافته‌اند (۲۳)، ولی Agha و همکارش (۲۴) کیفیت ساختار خدمات تنظیم خانواده کنیا را متوسط گزارش نموده است. با این تفصیل این محققین با بررسی بعد ساختار مراقبت‌ها به این مسئله اذعان داشته‌اند که محل ارائه مراقبت، نیروی انسانی و تجهیزات مراکز در ارائه یک فرایند مطلوب سهم به سزایی دارد. از این رو محققین بر آن شدند که مطالعه حاضر را با هدف تعیین وضعیت ساختار مراکز بهداشتی درمانی که خدمات مامایی از جمله مراقبت‌های قبل از بارداری را ارائه می‌دهند، انجام دهند.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - مقطعی ۲۲ مرکز بهداشتی به روش چند مرحله‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. مراحل به این صورت بود که پس از طبقه‌بندی مراکز بهداشت سطح شهر مشهد در ۵ طبقه، مرکز بهداشت شماره ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و مرکز شماره ۵ انتخاب شد، سپس مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش آن‌ها لیست شدند و به عنوان خوشه مد نظر قرار گرفتند، در مرحله بعد مراکزی که دارای بالاترین آمار زنان سنین باروری بودند به عنوان محل انجام پژوهش انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل مراکز بهداشتی درمانی منطقه شهری بود که در شهر مشهد واقع شده بودند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش بر طبق مدل Donabedian تهیه و تنظیم شده است. بنا به نظر Donabedian، ساختار (یا مبدا حرکت) به معنای شرایطی است که تحت آن مراقبت ارائه می‌شود و می‌توان آن را به اجزاء منابع مادی مشتمل بر تسهیلات و تجهیزات، منابع انسانی مشتمل بر تعداد و تنوع پرسنل و

منابع سازمانی مشتمل بر سازماندهی نیروها (سیستم‌های نظارتی پرسنلی و مدیریتی جهت دسترسی به مواد مصرفی و تداوم عملکرد مانند آموزش) تقسیم نمود. ساختار به معنای مشخصات محیط‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است و به ویژگی‌های سیستم‌های بهداشتی اطلاق می‌گردد که بر روی توانایی سیستم برای مواجهه با نیازهای بهداشتی افراد و یا جامعه اثرگذار می‌باشند و به شرح نوع و اندازه منابع مورد استفاده به وسیله یک سیستم بهداشتی یا سازمان برای ارائه خدمات می‌پردازد. بر طبق نظر Donabedian، بعد ساختار هر سیستم ارائه دهنده مراقبت، بر اساس نوع ارائه خدمت تنظیم می‌شود و نوع ساختار می‌تواند بر روی چگونگی رفتار ارائه‌دهندگان خدمت و در نتیجه بر کیفیت مراقبت به عمل آمده تاثیر داشته باشد. حتی در بعضی از موارد، ساختار می‌تواند تعیین کننده اصلی کیفیت مراقبت در سیستم باشد، زیرا می‌تواند از طریق سازماندهی کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها، وضع سیاست‌های موجود در مراکز ارائه دهنده مراقبت (مانند تامین تعداد پرسنل کافی و آموزش دیده، ایجاد راهکار برای افزایش تجربه کاری و مهارت پرسنل، فراهم ساختن امکان دسترسی به دستورالعمل‌های ارائه مراقبت و سایر مدارکی که برای ارائه خدمات ضروری می‌باشد) و تأثیر بر افزایش و کاهش احتمال دریافت مراقبت مطلوب، به طور غیرمستقیم (مانند تأثیرگذاری بر افزایش و کاهش احتمال دریافت مراقبت از طریق تعداد کافی پرسنل ارائه دهنده مراقبت) و یا حتی به طور مستقیم (مثلاً عدم وجود تجهیزات لازم و پرسنل با کفایت) بر کیفیت مراقبت اثرگذار باشد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات مرکز بهداشتی درمانی مشتمل بر ۱۶ سوال بود که از طریق مصاحبه با پرسنل مرکز، دفاتر مراقبت ممتد و زیج حیاتی موجود در مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می‌گردید. چک لیست بررسی ساختار مراقبت‌های قبل از بارداری، مراکز مورد پژوهش را در

سه بخش لوازم و تجهیزات، نیروی انسانی و سازماندهی مورد بررسی قرار داده است که از طریق مشاهده و مصاحبه با پرسنل مراکز بهداشتی توسط محققین تکمیل گردید این چک لیست مشتمل بر ۶۵ سوال و در سه بخش بررسی لوازم و تجهیزات (تجهیزات کلی مرکز، تجهیزات فضای انتظار، تجهیزات اتاق مامایی) (۴۲ گویه)، زیرساخت های انسانی (تعداد پرسنلی که در مرکز مشغول به ارائه خدمت می باشند) (۹ گویه) و سازماندهی نیروها (تعداد روزهای ارائه خدمات توسط پرسنل شاغل در مرکز، اطلاع رسانی در زمینه مراقبت های پیش از بارداری) (۱۴ گویه) می باشد. پاسخ داده شده به سوالات چک لیست به صورت « دارد» و «ندارد» می باشد. به این صورت که به هر گزینه ای که در مرکز بهداشتی موجود بود «امتیاز یک» و به هر گزینه ای که موجود نبود «امتیاز صفر» تعلق می گرفت. لازم به ذکر است که برای هر گویه موجود در چک لیست ساختار مراقبت ضریب ۱ تا ۳ در نظر گرفته شده است که اولویت این ضریب ها با توجه به نظرات اساتید، مقالات متعدد در زمینه خدمات مادری قبل از تولد، استانداردهای طراحی مراکز بهداشتی و با توجه به اولویت های هر مورد در ارائه مراقبت های قبل از بارداری تعیین شد. به این ترتیب جمع امتیازات داده شده به این چک لیست ۱۵۲ و با دامنه نمرات بین ۱۵۲-۰ در نظر گرفته شد. جمع امتیازات به دست آمده نیز جهت مقایسه با سطح مطلوب بر حسب درصد در سه سطح ۰ تا ۳۳ درصد به عنوان کیفیت ضعیف، ۳۴ تا ۶۶ درصد به عنوان کیفیت متوسط و ۶۷ تا ۱۰۰ درصد به عنوان کیفیت مطلوب برآورد شده است که درصد های بالاتر نشان دهنده سطح مطلوب بعد ساختار کیفیت مراقبت می باشد. روش کار به این شرح می باشد که پس از ارائه پروپوزال به معاونت بهداشتی دانشگاه و تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق و تأیید پرسشنامه توسط دانشگاه و گرفتن معرفی نامه و ارائه آن به روسای مراکز بهداشتی درمانی منتخب و کسب مجوز برای اجرای

طرح در این مراکز، محقق به مراکز مورد نظر مراجعه می کرد و پس از ارائه توضیحات لازم به مسئولین و پرسنل مراکز در مورد روند انجام مطالعه و پس از کسب موافقت آنها، اقدام به تکمیل پرسشنامه و چک لیست مورد نظر می نمود. روایی و پایایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش به این شرح بود، جهت تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوا استفاده گردید به این صورت که تک تک سوالات پرسشنامه توسط ۱۱ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی گردید تا پرسشنامه مذکور روایی لازم برای دستیابی به اهداف مورد نظر را داشته باشد. بررسی و اعتبار محتوای آن مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار مورد استفاده از روش همبستگی بین سنجش گرها استفاده گردید، به این صورت که فرم ها در ۱۰ مشاهده به طور هم زمان توسط پژوهشگر و همکار پژوهشی وی به طور جداگانه تکمیل شد، سپس تک تک داده های به دست آمده توسط پژوهشگر و همکارش سنجیده شد و پایایی چک لیست ساختار و فرم مشخصات مراکز به ترتیب با همبستگی ۰/۸۵ و ۰/۹۲ مورد تأیید قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و با سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کم تر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

## یافته ها

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین جمعیت تحت پوشش مراکز مورد بررسی ۱۳۸۹۸/۹۳ ± ۲۷۳۰۳/۳۱ و میانگین جمعیت احتمالی زنان سنین باروری تحت پوشش مراکز ۲۹۸۰/۸۰ ± ۴۹۵۹/۵۹ و میانگین جمعیت زنان سنین باروری که در مراکز منتخب پرونده بهداشتی داشتند ۹۸۱/۵۳ ± ۲۷۶۶/۵۴ بود. از میان زنان سنین باروری که در مراکز مورد بررسی پرونده بهداشتی داشتند، ۱۴/۷۳ ± ۳۰/۵۴ نفر باردار بوده و جهت دریافت مراقبت های مربوطه به این مراکز

مراجعه می کردند. سایر اطلاعات جمعیتی مربوطه به این شرح بود که میانگین تعداد افراد ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده  $2/72 \pm 0/70$  نفر، مامای شاغل در مراکز  $1/8 \pm 2/13$  نفر و میانگین تعداد مامای ارائه دهنده خدمات مامایی در مراکز مورد بررسی  $0/59 \pm 1/40$  نفر بود و در آخر این که به طور متوسط این مراکز روزانه  $7/80 \pm 20/63$  مراجعه کننده واحد مامایی داشتند. نتایج در بخش بررسی کیفیت ساختار مورد استفاده جهت ارائه مراقبت های قبل از بارداری در مراکز مورد بررسی نشان داد که میانگین نمره کلی کسب شده توسط این مراکز در این بخش  $11/71 \pm 117/09$  با فاصله اطمینان  $107/42$  تا  $118/93$  بود. سایر نتایج در بخش اجزای ساختار (سازماندهی، نیروی انسانی و لوازم و تجهیزات) مراکز مورد بررسی نشان داد که بالاترین میانگین نمره کسب شده در این بخش مربوط به نیروی انسانی بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نتایج مربوط به نمره کیفیت اجزای بعد ساختار مراقبت های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی ۵ گانه

تعداد مراکز	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	انحراف معیار میانگین		مشهد
		حد اکثر و حداقل	میانگین	
۲۲	۶۲/۹۱ تا ۷۱/۹۹	(۴۵ و ۸۵)	۶۷/۴۵±۱۰/۲۲	بخش لوازم و تجهیزات
۲۲	۱۸۷۷ تا ۲۱/۳۱	(۱۴ و ۲۵)	۲۵/۶۸±۲/۹۵	بخش نیروی انسانی
۲۲	۲۴/۳۷ تا ۲۶/۹۸	(۲۲ و ۳۲)	۲۰/۰۴±۲/۸۶	بخش سازماندهی

پس از محاسبه میانگین نمرات به صورت کلی و جزئی، نتایج میانگین نمره ساختار به دست آمده به درصد محاسبه و سطح بندی گردید. این نتایج نشان داد که به طور کلی تنها  $13/6$  درصد مراکز از سطح متوسط ساختار مراقبت های قبل از بارداری برخوردار بوده اند و ساختار مابقی مراکز ( $86/4$  درصد مراکز) از سطح مطلوب برخوردار بوده اند.

در ادامه نتایج، فراوانی موارد مهمی که جهت مراقبت های قبل از بارداری ضروری بوده و فقدان و یا کمبود آن ها در مراکز منتخب مشهود بود مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد در بررسی بخش لوازم و

تجهیزات که تنها  $40/9$  درصد مراکز مورد بررسی واجد آزمایشگاه، فضای انتظار مناسب بودند، هم چنین  $59/1$  درصد مراکز فاقد سرویس بهداشتی همراه با مایع دستشویی برای مراجعین بودند. صندلی سالم به تعداد مراجعین نیز تنها در  $22/7$  درصد مراکز منتخب موجود بود. نتایج در بخش بررسی نیروی انسانی موجود در مراکز که جهت ارائه خدمات قبل از بارداری فعالیت می کنند نشان داد که در  $68/2$  درصد این مراکز دارای پزشک زن می باشد و  $77/3$  درصد مراکز دندان پزشکی دارند ولی تنها در  $27/3$  درصد مراکز بهداشتی درمانی منتخب فردی مسئول نگهداری و بایگانی پرونده ها می باشد. در ادامه نتایج در بخش سازماندهی مراکز نشان داد که اطلاع رسانی در زمینه مراقبت های قبل از بارداری تنها در  $22/7$  درصد مراکز انجام می گردد و تنها در  $9/1$  درصد مراکز منتخب وسایل کمک آموزشی در زمینه مراقبت های قبل از بارداری موجود بود و تنها در  $9/1$  درصد مراکز مورد بررسی خدمات ارائه شده در مراکز به صورت مکتوب جهت آگاهی مراجعین موجود بود. همچنین سایر نتایج در این بخش نشان داد که پزشک در  $100$  درصد موارد به صورت تمام روزهای هفته در مراکز حضور داشت ولی دندان پزشکی در  $59/1$  درصد مراکز در تمام روزهای هفته در مراکز بهداشتی درمانی منتخب ارائه خدمت می نمود.

## بحث

مراقبت های پیش از بارداری همانند سایر مراقبت های بهداشتی برای اجرا و ارائه خدمات، نیازمند یکسری امکانات و تجهیزات است که طبق الگوی Donabedian، این اجزا در بخش لوازم و تجهیزات، نیروی انسانی و سازماندهی نیروها (بعد ساختار) مورد بررسی قرار می گیرد. طبق گفته Donabedian، ساختار به معنای زمینه ای است که مراقبت ها در آن ارائه می گردد (۱۷، ۱۹). به دلیل اهمیت اجزای ساختار در

اجرای با کیفیت مراقبت‌ها، این مطالعه به بررسی ساختار مراکز ارائه دهنده مراقبت پرداخته است. آنچه که از نتایج موجود می‌توان فهمید، این نکته است که ساختار مراکز با توجه به نقائص موجود جهت ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری نسبتاً مطلوب می‌باشد.

نتایج در بخش بررسی اجزای ساختار مراقبت‌های پیش از بارداری موجود در مراکز بهداشتی درمانی نشان داد که بخش سازماندهی مراکز از سطحی متوسط ولی بخش لوازم و تجهیزات و نیروی انسانی از وضعیت مطلوب تری برخوردار می‌باشند. علی‌رغم سطح مطلوب در بخش نیروی انسانی، مواردی نیز قابل ذکر بود. به عنوان مثال نتایج نشان داد که کمبود نیروی انسانی مانند دندانپزشک، تکنسین آزمایشگاه و هم‌چنین مسئول نگهداری و بایگانی پرونده‌های بهداشتی از مشکلات موجود در بخش منابع انسانی برخی از مراکز مورد بررسی بود. موارد ذکر شده روی هم رفته کاهش سطح کیفیت فرایند مراقبت‌ها و رضایتمندی مراجعین را به دنبال خواهد داشت. در حالی که یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت ارائه خدمات و پایش خدمات بهداشتی و درمانی، ارزیابی و سنجش رضایتمندی مراجعین می‌باشد (۲۵) و طبعاً رضایتمندی بالاتر، آمار بالاتر مراجعین پیش از بارداری را نیز در پی خواهد داشت. یکی دیگر از مواردی که در جدول شماره ۱ نیز نشان داده شده، نسبت مامای شاغل در واحد مامایی به جمعیت تحت پوشش مراکز بود. آمار بالای مراجعین مامایی و مادران باردار به علاوه آمار مراجعین مراقبت‌های پس از زایمان و پیش از بارداری در مراکز که با کمبود ماما مواجه می‌باشد، طبیعتاً موجب ایجاد صف‌های طولانی مراجعه‌کنندگان پشت درب واحدهای مامایی می‌گردد و از طرفی کاهش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط مراقبین بهداشتی را در پی خواهد داشت، زیرا مراقبین بهداشتی مجبور می‌شوند برای مراقبت و کنترل تمام مراجعین، بر سرعت کار خود افزوده و از کیفیت خدمات ارائه شده به کاهند.

نتایج به دست آمده از بخش لوازم و تجهیزات ساختار مراقبت‌ها نیز نشان داد که عدم وجود آزمایشگاه در اغلب مراکز، فقدان پاره‌ای از امکانات رفاهی نظیر تلفن، فضای انتظار مناسب، تعداد صندلی کافی به تعداد مراجعین، آب‌سردکن و سرویس بهداشتی با مایع دستشویی برای رعایت حال مراجعین در حد مطلوبی فراهم نگردیده بود. در بخش ساماندهی نیز عدم دسترسی به خدمات دندانپزشکی در تمام ایام هفته، فقدان اطلاع‌رسانی در زمینه خدمات قبل از بارداری در مرکز، مکتوب و مشخص نبودن خدمات ارائه شده در اغلب مراکز از مشکلات مشاهده شده بود. به عنوان مثال نتایج بخش سازماندهی ساختار مراقبت‌ها نشان داد که مشخص نبودن خدمات ارائه شده در اغلب مراکز منتخب باعث گردیده بود که گاهی مراجعین بی‌اطلاع از خدمات ارائه شده در مراکز دچار سردرگمی شوند، زیرا در بین مراجعین دائمی مراکز، مراجعین دیگری نیز به مراکز مراجعه می‌کردند که متقاضی سایر خدمات بهداشتی و درمانی بودند و بالطبع تا زمانی که اطلاع می‌یافتند خدمت مربوطه در این مرکز ارائه نمی‌گردد، مدت زمانی را در این مراکز سپری می‌کردند.

نبود وسایل کمک آموزشی نیز به عنوان یکی از نقائص بخش سازماندهی در زمینه مراقبت‌های قبل از بارداری یکی از معضلاتی بود که در اکثریت مراکز به چشم می‌خورد. این در حالی است که ارائه مطالب آموزشی کتبی می‌تواند به یادگیری مؤثرتر مراجعین کمک کند (۲۶) وضعیت اطلاع‌رسانی جهت ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری و اهمیت انجام آن نیز در مراکز منتخب از سطح مطلوبی برخوردار نبود، در حالی که اطلاع‌رسانی در زمینه انجام مراقبت‌های قبل از بارداری سبب افزایش سطح آگاهی عمومی و افزایش پوشش کمی این مراقبت‌ها خواهد شد.

عدم دسترسی به خدمات دندانپزشکی در تمام روزهای کاری هفته حتی در مراکز که دندانپزشک داشت نیز از معضلاتی بود که انجام خدمات بهداشتی

شده بود، کمبود وسایل کمک آموزشی در زمینه مراقبت های پیش از بارداری بود.

نتایج مطالعه Simbar و همکاران (۱۳۸۹) هر چند از نظر کیفیت ساختار مراقبت با مطالعه حاضر همخوانی دارد و کیفیت ساختار مراقبت های قبل از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی تهران مطلوب گزارش شده است، اما از نظر اجزای مورد بررسی در بعد ساختاری کمی متفاوت است، به طوری که این محققین در بررسی بعد ساختار مراقبت ها، عمدتاً به ارزیابی بخش تجهیزات بعد ساختار مراقبت نظیر لوازم و امکانات ضروری، فضای انتظار، تجهیزات واحد مامایی و امکانات آموزشی توجه داشته اند و از ارزیابی سایر بخش های بعد ساختار یعنی نیروی انسانی و سازماندهی نیروها چشم پوشی کرده اند. نتایج این مطالعه نشان داد که مراقبین برای انجام خدمت مورد نظر به حداقل امکانات ضروری دسترسی داشته اند. Simbar نقائص عمده ساختار مراقبت های قبل از زایمان تهران را مرتبط با امکانات رسانه ای و ضعف در اطلاع رسانی به مراجعین گزارش کرده است (۲۱). این مشکلات در مطالعه حاضر و مطالعه Agha نیز مشهود است. در حالی که بسیاری از کشورها در جستجوی آموزش های مؤثرتر برای کاستن از هزینه های نظام های بهداشتی - درمانی و پرکردن شکاف میان علم و عمل هستند، چرا که آموزش به عنوان عنصری کلیدی در موفقیت برنامه های خدماتی در تمامی ابعاد مختلف اجتماعی به شمار رفته (۲۴) و آموزش مؤثر و کارا، علاوه بر یادگیری و افزایش آگاهی می تواند سبب تغییر نگرش و تغییر رفتارهای مخاطره آمیز گردد. به همین منظور خدمات پیشگیرانه و آموزشی یکی از سیاست ها و راهبردهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور است (۲۸).

در مطالعه دیگر Simbar (۱۳۸۵) کیفیت ساختار خدمات تنظیم خانواده ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی تهران ارزیابی و مطلوب گزارش شده است. در

دهان و دندان را برای گروه های هدف و در زمان مناسب محدود کرده است، در حالی که مراقبت های پیش از بارداری در تمام مراکز بهداشتی درمانی در تمام ایام غیر تعطیل هفته به مراجعین ارائه می گردد. در نتیجه این امر موجب گردیده بود تعدادی از مراجعین در روزهایی که دندانپزشک در مرکز حضور نداشت، از دریافت مراقبت های دهان و دندان محروم بمانند و یا معاینات خود را به زمان بارداری موکول نمایند. در حالی که مطالعات نشان داده اند، عفونت دهان و دندان در بارداری باعث سقط جنین می گردد (۵). از این رو با توجه به آشکار شدن اهمیت موضوع سازماندهی مراقبت ها در مراکز و نقش آن در ارتقای کیفیت مراقبت های ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی، رفع نواقص موجود، ضروری به نظر می رسد.

Agha (۲۰۰۹) که به بررسی و مقایسه کیفیت خدمات تنظیم خانواده بر اساس الگوی Donabedian در کشور کنیا پرداخته، کیفیت بعد ساختار این مراقبت ها را در مراکز بهداشتی درمانی این کشور متوسط ارزیابی نموده است. وی در مطالعه خود دو بخش از بعد ساختار را که مشتمل بر نیروی انسانی و تجهیزات موجود در مراکز بود را مورد سنجش قرار داده و بخش سازماندهی و نظارتی را به صورت ادغام شده در دو بخش دیگر بررسی نموده است (۲۴)، لذا به دلیل تفاوت در نوع طبقه بندی این مطالعه امکان مقایسه آن در اجزای بعد ساختاری با مطالعه حاضر مقدور نمی باشد، اما هم چنان که قبلاً به آن اشاره شد، در این مطالعه مشکلات ساختاری که موجب کاهش سطح کیفیت شده بود مرتبط با وجود پرسنل با تجربه کاری کم، کمبود پرسنل آموزش دیده در زمینه خدمات تنظیم خانواده، عدم حضور پرسنل آموزش دیده در تمام ساعات کاری هفته، طولانی بودن زمان رسیدن به مراکز بهداشتی درمانی و کمبود وسایل کمک آموزشی بود. در مطالعه حاضر نیز یکی از مشکلاتی که منجر به کاهش سطح کیفیت بخش سازماندهی ساختار مراقبت



Boller در مطالعه خود در بخش بررسی ساختار مراقبت‌های قبل از تولد، زیرساخت‌های عمومی موجود در مراکز (دسترسی به آب در مرکز، فضای انتظار، سرویس بهداشتی، محل مراقبت و مشاوره) و دسترسی به داروهای اورژانس را مورد ارزیابی قرار داده و لازمه ارتقای کیفیت بعد ساختاری مراقبت‌ها را مشروط به دسترسی به داروهای اورژانس جهت موارد اضطراری اعلام داشته است (۲۳).

آنچه که از نتایج مطالعات ذکر شده در بررسی بعد ساختار کیفیت بر می آید وجود ضعف‌ها و نقائص متفاوت در این بعد بین مراکز بهداشتی درمانی نقاط مختلف کشور و کشورهای دیگر است که این امری طبیعی است زیرا شرایط متفاوت حاکم بر جامعه از جمله وضعیت اقتصادی، آموزشی و بهداشتی، اهتمام مسئولین و ... بر بعد ساختار مراقبت‌ها و تامین تجهیزات و امکانات مادی و حتی سازماندهی نیروها تاثیرگذار است وضعیت اقتصادی که عمدتاً بر منابع انسانی و تجهیزاتی هر منطقه و یا عامل سازماندهی مراقبت‌ها که به تبحر و جدیت مدیران مراکز در رفع نقائص و نیز سیستم‌های نظارتی حاکم بر این مراکز وابسته است، تنظیم کننده شرایط موجود در این مراکز و منشا این اختلافات می باشند. از این جهت نتایج بعد ساختاری مراکز و ارائه راه کارهای متفاوت مطرح شده در جهت ارتقای این بعد از مراقبت‌ها از سوی محققین منافاتی با یکدیگر ندارد، به طوری که Simbar (۱۳۸۵) جهت ارتقای ساختار مراقبت‌های تنظیم خانواده، فراهم آوردن امکان دسترسی بیشتر مراجعین به امکانات آموزشی (۲۲) Zaky و (۲۹) و Agha (۲۴) کاهش زمان انتظار جهت دریافت مراقبت برای مراجعین را عامل ارتقای کیفیت مراقبت می دانند، ولی عاملی که در تمام مطالعات ذکر شده مشترک است، حاکی از این مطلب است که تمام این محققین به این امر باور دارند که ساختار مراقبت‌ها در ارائه یک مراقبت مطلوب تاثیرگذار است. در مورد محدودیت‌های اجرایی مطالعه حاضر می توان گفت که به دلیل کمبود وقت پژوهشگر

این مطالعه نیز بررسی بعد ساختار مراقبت‌ها به بخش تجهیزات و امکانات فیزیکی مراکز بهداشتی محدود شده است، هر چند که این محققین دسترسی به خدمات مربوطه (دسترسی به خدمات تنظیم خانواده در تمام ایام غیر تعطیل هفته) را که جزئی از بخش سازماندهی ساختار مراقبت می باشد را بررسی کرده و آن را مطلوب گزارش نمودند. Simbar در این مطالعه، امکانات آموزشی را به دلیل اهمیت جایگاه آموزش در واحد تنظیم خانواده به صورت جداگانه مورد بررسی قرار داده و علی‌رغم کیفیت مطلوب ساختار مراقبت‌های مربوطه، محدود بودن امکانات آموزشی روش‌های تنظیم خانواده را در مراکز بهداشتی درمانی تهران گزارش نمودند (۱۶)، همچنان که در مطالعه حاضر یکی از چالش‌های موجود در بخش ساختار مراقبت‌های پیش از بارداری، کمبود این امکانات بوده است. اما نتایج مطالعه Kyei (۲۰۰۷) درباره بررسی کیفیت مراقبت‌های قبل از زایمان در زامبیا، گویای نامطلوب بودن وضعیت ساختار مراکز بهداشتی این کشور بوده است، به طوری که این محققین گزارش نموده‌اند که تنها ۳ درصد از مراکز مورد بررسی از سطح مطلوب بعد ساختار مراقبت برخوردار بوده‌اند. Kyei در سنجش کیفیت بعد ساختار این مراکز، دو جزء از اجزای ساختار یعنی نیروی انسانی و تجهیزات را مد نظر قرار داده است که عدم دسترسی به نیروی انسانی متبحر و با تجربه و نیز فقدان تجهیزات لازم برای انجام خدمت مورد نظر از دلایل اصلی نامطلوب بودن کیفیت بعد ساختاری در این مراکز بوده است (۲۷)، لذا با نتایج مطالعه حاضر که از وضعیت مطلوبی در بخش اجزای انسانی و تجهیزات بعد ساختار برخوردار است، متفاوت می باشد.

Boller (۲۰۰۳) نیز از دیگر محققینی است که بر مبنای الگوی Donabedian به مقایسه کیفیت بعد ساختاری مراقبت‌های قبل از زایمان در مراکز درمانی خصوصی و دولتی تانزانیا پرداخته و کیفیت این مراکز را از لحاظ بعد ساختاری مطلوب گزارش نموده است.

## سپاسگزاری

این مقاله از طرح پژوهشی با کد ۹۱۰۰۸۷ که در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد، استخراج شده است. به این وسیله از همکاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی مشهد، اساتید و مربیان محترم و از پرسنل عزیز مراکز بهداشتی درمانی قدردانی می شود.

بررسی ساختار کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد امکان پذیر نبود، لذا تعدادی از مراکز به روش چند مرحله ای برای شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. با توجه به نتایج به دست آمده افزایش و توزیع مناسب نیرو و با توجه به جمعیت تحت پوشش هر مرکز بهداشتی درمانی، احداث و یا تجهیز آزمایشگاه و فضای انتظار مراکز بهداشتی درمانی توصیه می شود و هم چنین اطلاع رسانی بیشتر و مؤثرتر در زمینه مراقبت های قبل از بارداری چه از طریق نصب پوستر و پمفلت و فیلم ها و برنامه های آموزشی متناسب با سطح درک عمومی در این زمینه توصیه می شود.

## References

1. Kent H, Jahnson K, Curtis M , Richardson Hood J , Atrash H. editor.. Proceedings of the Preconception Health and Health Care Clinical, Public Health, and Consumer Workgroup Meetings. Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities 2006 June 27-28 ;Atlanta , Georgia.
2. Shamshiri Milani H. Mothers health. In: Hatami H. Master of public health. third<sup>ed</sup>. Tehran:Arjmand; 2012. 1655-1665.
3. Johnson K, Atrash H, Johnson A. Policy and Finance for Preconception Care Opportunities for Today and the Future. Woman s health issues. 2008; 18(6suppl): s2-9.
4. Atrash H, Jack BW, Johnson K. Preconception care: a 2008 update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20(6):581-589.
5. Cunningham G , Leveno K , Bloom S , Hauth J, Rouse D, Spong C .translated by Ghazi Jahani B, Ghotbi R, Aghsa M. Williams obstetrics. 23 ed. Tehran: Golban; 2010.(persian).
6. Aghasi Yazdi Z ,Ghazzavi H, Ahadi M, Behzadmehr A editors. Assessment the preconception care and the screening high risk mothers before pregnancy in health centers affiliated university of medical sciences in the years 2010-2011. 2<sup>th</sup> global Congress of Neonate Health promotion. Proceeding of the throughout Congress of neonatal Heath promotion; 2012 Feb 7-9; Mashhad, Iran (Persian)
7. Korenbrot C, Steinberg A., Bender C, Newberry S. Preconception care: A systematic review. Matern & Child health J 2002 ;6(2): 75-88.
8. Ansariniaki M, Izadisabet F .The quality of prenatal care performance on the basis of existing care standards in health centers. koomesh. 2004; 5 (1) :83-88 (persian).
9. Ray JG, OBrien TE, Chan WS. Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with Diabetes Mellitus. Q J M. 2001; 94(8): 435-444.

10. Valafar SH. Merging Cares of Mothers Health. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Office of Population and Family Health. 2009. (persian).
11. Rahimikian F, Modarres M. Graphical analysis of delivery progression. Hayat Journal . 2005; 11(24&25) :97-106. (persian).
12. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. A fr J Repord Health. 2008; 12(3): 71-92.
13. Aghlmand S, Akbari F. Method to assess the quality of health services. 6<sup>th</sup> International Conference on Quality Management. 2005 Jul 17-20.(persian).
14. Haglung JA, Anders Haglund BJ. Maternal Mortality and Quality of Maternity Care. Pakistan: Karolinska Institute; 2005.
15. Nik Pour B. Majlessi F. Quality assessment of delivery health care services. 1th ed. Tehran, University of Tehran; 2002.(persian).
16. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti University of Medical Sciences health centers. Payesh Journal. 2012;11(4):529-544.(persian)
17. Donabedian A. The quality of care. How Can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1750.
18. Sunol R. Avedis Donabedian. Int J Qual Health care. 2000;12(6): 451-454.
19. Kunkel S , Rosenqvist U, Westerling R. The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. BMC Health Serv Res. 2007; 7: 104-112.
20. Rahimi B, Akbari F, Zarghami N, Pourreza A. Structure, process and performance evaluation of emergency department in teaching Hospitals Affiliated with Uromia and Tabriz Universities of Medical Sciences J H A. 2002; 5(12): 31-37.
21. Bahadori MK, Mirhashemi S, Panahi F, Toufighi Sh, Zaboli R , Hoseini Shokoooh M et al . Structure, process and practices of the emergency unit of hospitals of baqyatallah University of Medical Sciences. Journal of Military medicine. 2008; 9(4):257-263.
22. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Majd HR.. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Science University, 2004. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2006; 19(5): 430-442.
23. Boller C, Wyss K, Mtasiwa D , Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ 2003; 81(2): 116-122.
24. Agha S, Do M. The quality of family planning services and client satisfaction in the public and private sectors in Kenya. Int J Qual Health care. 2009;21(2):87-96.
25. Sharami H, Zahiri Z, Zendedel M. Assessment the Client Satisfaction in prenatal unit of Rasht Public Hospitals. Journal Of Guilan University Of Medical Sciences. 2007; 17(66): 29-37(persian).
26. Hoseini H , Shoraka HR , Lashkardoost H , Rajabzadeh R , Khakshoor A. Compare the effect of lecture and pamphlet on knowledge and attitudes about AIDS among high schools in the city Mane and Samalqan. J North Khorasan Univ Med Sci. 2011;2(4):13-18. (Persian).

27. Kyei NNA, Chollin C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2012; 12:151-162.
28. Saffa A, Keyrandish M , Zare Sh , Asghari N , Safa H . The views of general practitioners in the city of Bandar Abbas on continuing education programs. *.Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2006; 10(2): 173-77 (persian).
29. Zaky HH, Khattab HA, Galal D M. Assessing the Quality of reproductive Health services in egypt via exit Interviews. *Mat & chi Hea J*. 2007; 11(3): 301-306.