ارزیابی فرایند مراقبت های دوران بارداری بر اساس الگوی دونابدین در مراکز جامع سلامت شهر همدان

زهرا جدیدی[1]، مریم عباسعلی‌زاده[1]، سیده زهرا معصومی[2]، فریده کاظمی[3]، پریسا پارسا[4]

۱.کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲.دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳.استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴.گروه مامایی و بهداشت باروری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره سیزدهم/ شماره ۱/ بهار۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ارزشیابی خدمات در حیطه ساختار، فرآیند و پیامد بر مبنای الگوی دونابدین می‌باشد. در این تحقیق با تاکید بر نقش مراقبت‌های دوران بارداری بر بهبود سلامت مادران به بررسی الگوی دونابدین پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۳۲۰ مادر باردار انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ماما و خدمت گیرنده، پرسشنامه ساختار مراقبت، عملکرد تکنیکی، رضایتمندی و تعامل بین فردی بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم افزار ***spss-16*** آنالیز شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین نمرات ساختار مراقبت در حد مطلوب بود. عملکرد ماما با میانگین نمره ۴/۸۹ ± ۲۱/۱۹ از سطح مطلوبی برخوردار نبود. بیشترین میزان رضایتمندی مراجعان از نحوه ارائه خدمات در زمینه مشاوره و مراقبت با میانگین نمره ۶/۱۰ ± ۳۸/۸ و کمترین میزان در زمینه آموزش‌های دریافت شده با میانگین نمره ۵/۱۰ ±۱۵/۶۰ بوده است. در بخش تعامل بین فردی میانگین نمره مهارت‌های ارتباطی ۱/۱۵±۲۷/۸۰ و مهارت کلامی ۲/۴۶ ± ۱۹/۲۵ بود که در سطح مطلوبی می‌باشد، ولی در مهارت غیر کلامی، مهارت گوش دادن فعال و در بعد حفظ حریم خصوصی سطح متوسطی بدست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، اصلاح توزیع نیروهای مامایی و آموزش آنان در زمینه اهمیت ارائه استاندارد مراقبت‌ها و آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند باعث افزایش کیفیت مراقبت‌ها در تمامی ابعاد شود.

واژگان کلیدی: مراقبت، بارداری، الگوی دونابدین

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

Email: zahramid2001@gmail.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

مراقبت‌های بارداری از مباحث اصلی بهداشت جامعه و یکی از برنامه‌های بهداشت مادر و کودک و همچنین یک شاخص مهم بهداشتی است که کیفیت آن با شاخص میزان مرگ و میر نوزادان مرتبط است. از این رو مراقبت‌های دوران بارداری یکی از شاخص‌های مهم طب پیشگیری محسوب می‌شود و هدف اصلی از ارائه آن، تولد نوزادی سالم بدون به خطر انداختن سلامت مادر است(۱). کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری عبارت از نحوه ارائه مراقبت‌ها در مقایسه با استانداردهای پایه‌گذاری شده جهانی است (۲). کاهش مرگ و میر مادران در سراسر جهان به کمتر از هفتاد، به ازای هر یکصد هزار تولد زنده پنجمین هدف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ می‌باشد (۳). ارتقای سلامت مادران نیازمند ارائه خدمات موثر و مناسب برای تمام مادران باردار است (۴). با توجه به اینکه مرگ مادر باردار جزء مرگ‌های قابل پیشگیری و غیر قابل قبول محسوب می‌شود، لذا می‌توان از طریق تقویت مراکز خدمت‌رسانی بهداشتی قبل از تولد، از اکثر مرگ و میرهای مادری پیشگیری کرد (۵). ارزیابی کیفیت، چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد و نارسایی‌های برنامه ها را نیز مشخص می‌کند تا بتوان نسبت به حل ریشه‌ای مشکلات اقدام کرد (۶). کیفیت مناسب، به عنوان یک اولویت در نظام بهداشتی درمانی مطرح می‌باشد، به گونه‌ای که در اکثر کشورها، درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، وابسته به مراقبت‌ها و کیفیت آنها می‌باشد (۷). ارزیابی کیفیت به هر شیوه و با هر منطقی، ازطریق گردآوری داده‌ها و تحلیل آنها صورت می‌گیرد. برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، روش‌ها و الگوهای متفاوتی وجود دارد (۸). گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ارزشیابی خدمات در حیطه ساختار، فرآیند و پیامد می‌باشد (۹). این الگو در سال ۱۹۹۶ توسط دونابدیان*(Donabedian)* معرفی شد. بر اساس این الگو، مسیر ارزیابی کیفیت مراقبت، از ساختار (داشتن اشیاء و لوازم درست) شروع شده، سپس به طرف فرآیند (انجام کارهای صحیح) حرکت کرده و سرانجام در پیامد (انجام کارهای صحیح رخ داده شده) ختم می‌شود. بر اساس مدل دونابدین، ساختار به معنای زمینه‌ای است که خدمات درآن ارائه می‌شود، فرآیند به معنای روند دادن و گرفتن خدمات است و پیامد، به معنای تأثیر خدمات بر وضعیت سلامت بیماران و مردم است.

در این مدل، بُعد فرآیند به بررسی عملکرد مراقبین بهداشتی و نحوه ارتباط آنان با مراجعین که در ارائه مراقبت های بهداشتی و درمانی مناسب، مؤثر است اختصاص دارد (۱۰). در ارزیابی فرآیند، فعالیت‌های انجام شده توسط کارکنان و چگونگی انجام آنها بر اساس دستوالعمل‌ها و استانداردها، مورد بررسی قرار می‌گیرد(۱۰, ۱۱). فرآیند با فرض تأمین حداقل ساختار مناسب، عنصر اساسی در تضمین کیفیت است. حتی اگر ارتباط علی و معلولی بین فرآیندهای ارائه مراقبت و نتایج نهایی آنها بی‌ثبات باشد، توجه مستمر به فرآیند، باعث دستیابی به نتایج مطلوب می‌شود (۱۰). هم اکنون در مراکز جامع سلامت ایران مراقبت‌های دوران بارداری با توجه اندک به سه بعد ساختار، فرآیند و پیامد انجام می‌گیرد. که توجه به ابعاد مذکور در ارائه خدمات بهتر و موثرتر به زنان باردار کاملا لازم و ضروری می‌باشد. مطالعات نیز نشان داده‌اند که اجرای فرآیند صحیح، منجر به نتایج مطلوب و رضایت بخش می‌شود. ارائه خدمت با کیفیت بالا، نیازمند مهارت بالای کارکنان و صرف وقت و دقت در ارائه خدمت است. کیفیت پایین عملکرد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نیز با نامطلوب کردن خدمات ارائه شده، نارضایتی مردم را به همراه خواهد داشت(۱۲).

پس می‌توان گفت که کارکنان، کلید موفقیت برنامه‌های ارتقاء مستمر کیفیت می‌باشند. اگر چه کارکنان، سهم بسیار اندکی در مشکلات مربوط به کیفیت دارند، ولی نقش بسزایی در ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها ایفا می‌کنند. کارکنان، مراقبت‌ها را انجام می‌دهند، بنابراین درگیری و مشارکت آنان برای تحقق ارتقاء کیفیت، امری حیاتی است(۱۳).

فرآیند مراقبت شامل دو جزء عملکرد تکنیکی و تعاملات بین فردی می‌باشد(۱۴). بخش عملکرد تکنیکی، شامل کاربرد پزشکی بالینی در حل و رفع یک مسئله و مشکل ایجاد شده برای سلامتی (۱۵) و بخش تعامل بین فردی، تعامل بین

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مراجعین و پرسنل بهداشتی را بیان می‌کند. تعامل بین فردی شامل نحوه ارتباطات و توانایی ساختن یک رابطه صحیح و درک و همدلی با بیمار می‌باشد و موفقیت در ارائه یک تکنیک مطلوب، مشروط به برقراری یک تعامل خوب بین پرسنل بهداشتی و متقاضی دریافت خدمت می‌باشد (۱۶). نتایج بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که در مناطق مختلف دنیا و از جمله کشور ایران کیفیت ارائه خدمات مراقبت‌های دوران بارداری نامطلوب است. لذا در این تحقیق با تاکید برنقش مراقبت‌های دوران بارداری بر بهبود سلامت مادران به بررسی الگوی دونابدین پرداخته شد تا به این ترتیب بتوانیم همگام با تلاش‌های جهانی و در راستای بهبود سلامت جامعه در کشور خود سلامت مادران را ارتقا دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع توصیفی- مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸بر روی۳۲۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به ۱۶مرکز جامع سلامت شهری منتخب در شهر همدان انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از اطلاعات مطالعه ناهید جهانی شوراب و همکاران استفاده شد(۱۷). با در نظر گرفتن واریانس ۸/۷ و میزان خطای ۱ و ۱۰٪ ریزش، حجم نمونه بر اساس فرمول زیر ۳۲۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{Z1 - \alpha/2^2 \times \delta^2}{d^2}$$

برای انجام نمونه‌گیری پس از تقسیم شهر همدان به ۸ منطقه جغرافیایی، از هر منطقه۲ مرکز انتخاب شد (در مجموع ۱۶ مرکز) و در مراکز نمونه‌گیری بصورت تصادفی ساده انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی و ساکن شهر همدان بودن، سن ۴۹-۱۵ سال، باردار بودن، مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت مشاوره و مراقبت‌های بارداری، فارسی زبان بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و برخورداری از سلامت جسمی و روحی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: مرتبط بودن شغل و رشته تحصیلی خود و همسر و یا بستگان درجه یک با بهداشت و درمان، ابتلاء به بیماری روانپزشکی و مصرف داروهای مؤثر بر روان در حال یا گذشته بود.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، شامل پرسشنامه مشخصات عامل ارائه خدمت (ماما) و خدمت‌گیرنده، پرسشنامه ساختار مراقبت، پرسشنامه عملکرد تکنیکی و پرسشنامه رضایتمندی و پرسشنامه تعامل بین فردی بود. پرسشنامه ساختار مراقبت شامل ۵۰ سوال در ۳ بخش زیرساخت‌های مادی، انسانی و دسترسی به خدمات است. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه بترتیب ۰ و ۵۰ بوده است. پرسشنامه عملکرد تکنیکی شامل ۱۹ سوال است که عملکرد ارائه دهنده خدمت را بصورت لیکرت چهار درجه‌ای با چهار گزینه "انجام شد"، "تا حدودی انجام شد"، "انجام نشد" و "موردی ندارد" ارزیابی می‌کند. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه بترتیب ۱۹و ۷۶ می‌باشد. در این پرسشنامه جامعه مورد مطالعه ماماها بودند که نظارت آنان توسط پژوهشگران و به شکل غیر مستقیم صورت گرفت. پرسشنامه رضایتمندی نیز شامل ۳۴ سوال در ۴ بخش رضایت از ساختار مراقبت (حداقل نمره۶وحداکثر۳۶)، مشاوره و مراقبت (حداقل نمره ۱۲ و حداکثر۶۰)، آموزش‌های دریافت شده (حداقل نمره ۶ و حداکثر۳۰) و عملکرد پزشک (حداقل نمره۱۰ و حداکثر۵۰)است. پرسشنامه تعامل بین فردی نیز شامل ۱۹ سوال در چهار بخش مهارت کلامی، مهارت غیر کلامی، گوش دادن فعال، حفظ حریم خصوصی است که مهارت‌های برقراری ارتباط را بصورت لیکرت چهار درجه‌ای و با چهار گزینه "انجام شد"، "تا حدودی انجام شد"، "انجام نشد" و "موردی ندارد" ارزیابی می‌کند. جهت تعیین روایی محتوای ابزار مورد استفاده، کلیه پرسشنامه‌ها توسط۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان بررسی و اعتبار محتوا آن مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه‌های عملکرد تکنیکی، رضایتمندی بیماران، ساختار مراقبت و تعامل بین فردی در مطالعات قبلی مورد تایید قرار گرفته است (۱۹،۱۸). و در مطالعه ما هم این پرسشنامه‌ها دارای پایایی مناسبی بوده‌اند. داده‌ها پس از گردآوری با نرم‌افزار *SPSS-16* و سطح

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۲۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان شرکت کننده در پژوهش ۵/۴۶ ± ۲۸/۰۶ سال بود. برخی از اطلاعات دموگرافیک مادران شرکت کننده بصورت خلاصه در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول(۱)- برخی از اطلاعات دموگرافیک مادران باردار

متغیر		(درصد) تعداد
تعداد بارداری	۱	۱۲۶ (۳۹/۴)
	۲	۱۲۷ (۳۹/۷)
	≥ ۳	۶۷ (۲۰/۹)
تحصیلات	ابتدایی	۴۲ (۱۳/۱)
	متوسطه	۸۲ (۲۵/۶)
	دیپلم	۱۲۷ (۳۹/۷)
	دانشگاهی	۶۹ (۲۱/۶)
شغل	خانه دار	۳۰۱ (۹۴/۱)
	شغل آزاد	۹ (۲/۸)
	کارمند	۱۰ (۳/۱)
وضعیت بیمه	بله	۲۳۶ (۷۳/۸)
	خیر	۸۴ (۲۶/۳)
محل سکونت	روستا	۶ (۱/۹)
	شهر	۳۱۴ (۹۸/۱)

تمامی پرسنل ارائه دهنده مراقبت‌های بارداری ماما با میانگین سنی ۶/۸۶ ± ۳۷/۰۰ سال بودند که برخی از اطلاعات شغلی آنها بصورت خلاصه در جدول (۲) ارائه شده است.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول(۲)- برخی از مشخصات ماماهای شاغل در مراکز بهداشتی

متغیر		(در صد) تعداد
تحصیلات	فوق لیسانس	۱ (۶/۳)
	کارشناس	۱۲ (۷۵/۰)
	کاردان	۳ (۱۸/۷)
نوع استخدام	رسمی	۱۰ (۶۲/۵)
	شرکتی	۶ (۳۷/۵)
سابقه شرکت در بازآموزی مراقبت باردار در سال گذشته	بلی	۱۲ (۷۵/۰)
	خیر	۴ (۲۵/۰)
منبع مورد مطالعه ماماها جهت ارائه مراقبت به زنان باردار	بوکلت مراقبت‌های ادغام یافته	۱۵ (۹۳/۷)
	پمفلت آموزشی	۱ (۶/۳)
داشتن مسئولیت دیگری در محل کار	بله	۳ (۱۸/۷)
	خیر	۱۳ (۸۱/۳)
سابقه آموزش در زمینه مهارت برقراری ارتباط با مراجعین	بله	۱۳ (۸۱/۳)
	خیر	۳ (۱۸/۷)

نتایج مطالعه در زمینه زیر ساخت‌ها نشان داد میانگین نمره زیرساخت‌های فیزیکی مراکز بهداشتی ۰/۳۵ ± ۸ ، تجهیزات موجود در واحد مامایی ۲/۴۵ ± ۱۶/۳۸ ، دسترسی به خدمات ۱/۱۵ ± ۶/۰۶ و تجهیزات موجود در فضای انتظار ۰/۹۲ ± ۵/۳۱ بوده که در سطح مطلوب می باشد، اما زیرساخت‌های انسانی با میانگین نمره ۱/۶۸ ± ۳/۹۴ مطلوب نبوده است (جدول ۳).

جدول(۳)- توصیف وضعیت ساختار مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
زیر ساخت‌های فیزیکی مرکز بهداشتی	۸/۰۰ ±۰/۳۵	۷	۹
تجهیزات موجود در فضای انتظار	۵/۳۱ ±۰/۹۲	۴	۷
تجهیزات موجود در واحد مامایی	۱۶/۳۸ ±۲/۴۵	۷	۱۸
زیر ساخت‌های انسانی مرکز بهداشتی	۳/۹۴ ±۱/۶۸	۲	۱۰
دسترسی به خدمات	۶/۰۶ ±۱/۱۵	۳	۸

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بر اساس نتایج مطالعه، عملکرد ارائه دهندگان خدمت با میانگین نمره ۴/۸۹ ± ۲۱/۱۹ در سطح مطلوب نبوده است. درخصوص بخش تعامل بین فردی مهارت کلامی در سطح مطلوب، و مهارت غیر کلامی، گوش‌دادن فعال و حفظ حریم خصوصی سطح متوسطی داشت (جدول۴).

جدول(۴)- میانگین و انحراف معیار نمره کلی فرایند مراقبت های بارداری در مراکز بهداشتی همدان

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
میانگین نمره کلی فرایند مراقبت	۶/۰۸ ± ۴۹/۰۰	۳۵	۷۲
میانگین نمره بخش عملکرد تکنیکی فرایند مراقبت	۴/۸۸ ± ۲۱/۱۸	۱۰	۴۴
میانگین نمره بخش تعامل بین فردی فرایند مراقبت	۳/۴۹ ± ۲۷/۸۱	۲۲	۳۳

نتایج مطالعه نشان داد بیشترین میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت از نحوه ارائه خدمات در زمینه مشاوره و مراقبت با میانگین نمره ۶/۱۰ ± ۳۸/۸ و کمترین میزان در زمینه آموزش‌های دریافت شده با میانگین نمره ۵/۱۰ ±۱۵/۶۰ بوده است (جدول ۵).

جدول(۵)- توصیف میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت از نحوه ارائه خدمات

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
رضایت از ساختار مراقبت	۱۶/۸۸ ± ۲/۸۰	۱۰	۳۰
رضایت از مشاوره و مراقبت	۳۸/۸۰ ± ۶/۱۰	۱۲	۴۸
رضایت از آموزش‌های دریافت شده	۱۵/۶۰± ۵/۱۰	۷	۴۱
رضایت از پزشک	۲۷/۸۵ ± ۷/۰۸	۴	۴۰

نتایج مطالعه نشان داد گذراندن دوره‌های باز آموزی توسط پرسنل بصورت معناداری با رضایتمندی مراجعین از ساختار مراقبت، مشاوره و مراقبت، آموزش‌های دریافت شده و عملکرد پزشک همراه است (جدول ۶).

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول(۶)- مقایسه میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت از نحوه ارائه خدمات براساس سابقه وضعیت بازآموزی سال گذشته ارائه‌دهندگان خدمت

متغیر	رضایت از ساختارمراقبت میانگین ± انحراف معیار	رضایت از مشاوره ومراقبت میانگین ± انحراف معیار	رضایت از آموزش‌های دریافت شده میانگین ± انحراف معیار	رضایت از پزشک میانگین ± انحراف معیار
بازآموزی گذرانده	۱۷/۰۶ ± ۲/۷۸	۳۹/۴۱ ± ۵/۷۰	۱۶/۹۱ ± ۴/۹۶	۲۸/۴۲± ۷/۳۵
بازآموزی نگذرانده	۱۶/۳۱ ± ۲/۷۹	۳۶/۹۵ ±۶ /۸۶	۱۵/۱۵ ± ۵/۰۷	۲۶/۵۰± ۷/۵۱
آماره آزمون	۲/۰۹	۳/۱۷	-۲/۶۹	۲/۰۲
p-value	۰/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۷	۰/۰۴

همچنین طبق نتایج بدست آمده نحوه عملکرد ارائه دهندگان خدمت با گذراندن دوره بازآموزی نسبت به ارائه‌دهندگان خدمات بدون گذراندن دوره بازآموزی مطلوب‌تر بوده است ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۷).

جدول (۷)- مقایسه عملکرد ارائه دهنده خدمات بهداشتی ودرمانی براساس سابقه وضعیت بازآموزی سال گذشته ارائه دهندگان خدمت

متغیر	عملکرد ارائه دهنده خدمات بهداشتی ودرمانی میانگین ± انحراف معیار
بازآموزی گذرانده	۲۲/۳۴ ±۱۹/۹۸
بازآموزی نگذرانده	۲۱/۴۷±۵/۳۹
آماره آزمون	۰/۳۸
p-value	۰/۷۰

بحث

مراقبت‌های نامطلوب دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تولد کودکان با وزن کم هنگام تولد و مرگ و میر مادر و نوزاد می‌گردد (۲۰). برخی از 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 در این زمینه، احتمالاً ناشی از فقدان معیارهای واحد و استاندارد که قابلیت اشتراک در بین کشورها را داشته باشد، ناشی می‌گردد (۲۱،۲۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد زیرساخت‌های فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی، تجهیزات موجود در فضای انتظار، تجهیزات موجود در اتاق مامایی و دسترسی به خدمات در سطح مطلوب می‌باشد، در حالی‌که زیرساخت‌های انسانی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مطلوب نبوده است. بدلیل عدم ارزیابی ابعاد مختلف ساختار مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، مقایسه مطالعه حاضر با اکثر مطالعات قبلی امکان‌پذیر نبود. در مطالعه ویزواری و همکاران (۲۰۱۸) که جهت بررسی فرایند مراقبت مدیریت شده بارداری بر اساس الگوی دونابدین در شهرستان گرگان انجام شد نیز نمره کلی کیفیت ساختار مراکز بهداشتی و درمانی مطلوب گزارش شده بود. در بخش زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزات فضای انتظار و زیرساخت‌های انسانی نمرات بدست آمده زیر حد متوسط بود. اما در بخش تجهیزات مامایی و دسترسی به خدمات نمرات در حد متوسط بود (۱۹). این نتایج همسو می‌تواند به علت استفاده هر دو مطالعه از ابزار یکسان باشد. در مطالعه سیمبر و همکاران (۲۰۱۳) که جهت بررسی کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد نیز کیفیت ساختار، تجهیزات و محیط فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را مطلوب و رضایت بخش توصیف کردند هرچند که در این مطالعه ساختار منابع انسانی و سازمانی مورد بررسی قرار نگرفته بود (۹).که می‌تواند به علت استفاده از ابزار متفاوت در این مطالعه باشد. در مطالعه مشابهی که در خصوص کیفیت مراقبت‌های پره ناتال در مراکز زامبیا انجام شد، تنها ۳٪ مراکز از ساختار مراقبتی مطلوبی برخوردار بودند و فقدان منابع انسانی ماهر و همچنین تجهیزات ضروری، علل اصلی کاهش کیفیت ساختار مراکز بهداشتی درمانی بودند (۲۳). نتایج این مطالعات تطابقی با نتیجه مطالعه حاضر نداشت که می‌تواند به علت فقر اقتصادی حاکم بر این کشورها و ابزارهای متفاوت به کار رفته باشد. در مطالعه حکاری و همکاران (۲۰۱۲)(۲۴) و غفاری دارابی و همکاران (۲۰۱۵) (۲۵) نیز نمره کیفیت ساختار مراکز به ترتیب ٪ ۲۷/۷۸ و ٪۷۲/۲۲ گزارش شده بود که هم جهت با مطالعه حاضر نبود.

نتایج مطالعه در خصوص عملکرد تکنیکی ماماها نشان داد عملکرد ارائه دهندگان خدمت در سطح مطلوب نبوده است. بررسی‌های متعددی نیز بیانگر نامطلوب بودن عملکرد ارائه دهندگان مراقبت‌های بارداری بوده است که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. فرخی و همکاران (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی جهت بررسی کیفیت مراقبت‌های بارداری عملکرد کارکنان مراکز بهداشتی درمانی را در حد متوسط گزارش کردند(۲۶). در مطالعه سرانی و همکاران (۲۰۱۷) نیز که جهت ارزیابی مراقبت‌های بارداری بر اساس الگوی دونابدین در زابل انجام شد نیز عملکرد ارائه دهندگان خدمت در سطح متوسط گزارش شد (۲۷). در همین راستا نتایج پژوهش ویزواری و همکاران (۲۰۱۸) هم نشان داد که مراکز بهداشتی و درمانی از لحاظ عملکرد کلی و ثبت، مطلوب ولی کار عملی متوسط بود (۱۹) که می‌تواند نشان دهنده اهمیت دادن بیشتر سیستم بهداشتی به قسمت ثبت مراقبتها باشد که در واقع موجب غفلت از کار عملی می‌شود. همچنین سیمبر و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود، یکی از دلایل نامطلوب بودن کیفیت مراقبت ها را، نداشتن فرصت کافی ماماها جهت ارائه حمایت روحی و روانی مادران عنوان کردند (۹). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی ندارد زیرا در مطالعه حاضر تمامی ارائه‌دهندگان خدمت عنوان داشته‌اند که فرصت کافی برای مراقبت از مادران باردار را دارند و همچنین اکثریت آنان (٪۸۱/۳) مسئولیت دیگری در محیط کار ندارند.

در بخش تعامل بین فردی در زمینه مهارت‌های ارتباط کلی و مهارت کلامی مطلوب، ولی درمهارت غیر کلامی، مهارت گوش دادن فعال و در بعد حفظ حریم خصوصی سطح متوسطی بدست آمد. در مطالعه سردشت و همکاران (۲۰۱۵) نتایج در بخش تعامل بین فردی برقرار شده بین مراقبین بهداشتی و مراجعین در ۹۰/۶ درصد و در سطح متوسط بوده است (۲۸). در مطالعه‌ای که در گرگان توسط ویزواری و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد، مهارت‌های ارتباط کلی و مهارت کلامی مطلوب بوده ولی مهارت غیر کلامی متوسط و در مهارت گوش دادن فعال ضعیف و در نهایت در بعد حفظ حریم خصوصی اختلاف در سه حیطه معنی‌دار نبود (۲۰). در مطالعه اولاداپو و همکاران (۲۰۰۸) نیز اکثریت زنان از تخصص و شایستگی فنی کارکنان رضایت داشتند. ۲/۳ مادران اطلاعات مورد نیاز را دریافت کردند و در ۹۳.۶٪ زنان میزان مراقبت‌های دریافت شده در حد انتظار بود. ۲/۳ زنان از عدم مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ریزی برای زایمان و پیشگیری از بارداری ناراضی بودند. در مجموع این مراقبت‌ها در هر دو بخش عملکرد تکنیکی و تعامل بین فردی مطلوب گزارش شد (۲۹). در مطالعه سردشت و همکاران(۲۰۱۵) در قسمت تعامل

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بین فردی نیز، مطمئن ساختن بیمار در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، عدم معرفی ارائه دهنده به گیرنده خدمت، عدم رعایت مهارت غیرکلامی در برقراری ارتباط با مراجع مواردی بودند که در زمان انجام مشاوره و مراقبت کمتر به آن توجه می‌شد. در زمینه اطلاع رسانی و آگاه کردن مراجعین نسبت به اهمیت مراقبت‌های قبل از بارداری و انجام آن در مراکز، عملکرد مراکز ضعیف بود (۲۸). در مطالعه سرانی و همکاران (۲۰۱۷) در حیطه تعامل بین فردی اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات بیمار، عدم معرفی ارائه‌دهنده خدمت به مشتری و رعایت نکردن مهارت غیر کلامی در برقراری ارتباط با مشتری در هنگام مشاوره و مراقبت کمتر مورد توجه قرار گرفته بود (۲۷). تفاوت این دو مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از نداشتن فرصت کافی جهت ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری و بارداری یا ناکافی بودن کارگاه‌های آموزش مشاوره و یا ناشی از صف طویلی از مراجعین باشد که در اتاق انتظار، متقاضی دریافت خدمات مامایی می‌باشند. نتایج مطالعه در خصوص بررسی میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت نشان داد بیشترین میزان رضایتمندی از نحوه ارائه خدمات در زمینه مشاوره و کمترین میزان در زمینه آموزش‌های دریافت شده بوده است. در مطالعه حاضر به میزان رضایت مراجعه‌کنندگان از مشاوره و آموزش بر حسب نوع استخدام توجه شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که با افزایش و کاهش سن ارائه دهندگان خدمت عملکرد آنها تغییری نمی‌کند. در مورد محدودیت‌های اجرای مطالعه می‌توان به نحوه نظارت پژوهشگر بر عملکرد ارائه دهنده خدمت اشاره کرد بدین معنا که این نظارت باید به گونه‌ای انجام می‌شد که بر عملکرد ماما تاثیر نگذاردکه سعی شد این نظارت تا حد امکان بصورت غیر مستقیم باشد. همچنین در خصوص معاینه پزشک چون پژوهشگران ماما بودند نمی‌توانستند نحوه معاینه پزشک را مورد ارزیابی قرار دهند. نحوه ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشت باروری به کلیه زنان در سنین باروری بر اساس الگوی دونابدین از جمله پیشنهادات برای انجام پژوهش‌های آتی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب فوق ارزیابی و نظارت بر عملکرد ماما در خصوص نحوه انجام مراقبت‌های بارداری توصیه می‌شود. همچنین برگزاری منظم دوره‌های بازآموزی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ایجاد حساسیت در پرسنل جهت انجام بهتر این مراقبت‌ها ضروری بنظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی با کد ۹۸۰۲۳۱۱۷۷۱ است که در سال ۱۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی همدان به تصویب رسید. بدینوسیله از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی، اساتید و ماماها و زنان بارداری که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Reference

1. Weiss SA, Tappen RM, Grimley K. Essentials of nursing leadership & management: FA Davis; 2019
2. Sageer R, Kongnyuy E, Adebimpe WO, Omosehin O, Ogunsola EA, Sanni B. Causes and contributory factors of maternal mortality: evidence from maternal and perinatal death surveillance and response in Ogun state, Southwest Nigeria. BMC pregnancy and childbirth. 2019;19(1):1-8.
3. Creanga AA. Maternal mortality in the United States: a review of contemporary data and their limitations. Clinical obstetrics and gynecology. 2018;61(2):296-306.
4. Ozimek JA, Kilpatrick SJ. Maternal mortality in the twenty-first century. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018;45(2):175-86.
5. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. BMJ open. 2016;6(8):e011907.
6. Rios-Zertuche D, Zúñiga-Brenes P, Palmisano E, Hernández B, Schaefer A, Johanns CK, et al. Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low-and middle-income countries. International Journal for Quality in Health Care. 2019;31(3):183-90.
7. Karimi Moonaghi H, Taheri NK, Behnam Vashhani H, Vaghee S, Yavari M. The effect of communication skills training on the quality of nursing care of patients. Evidence Based Care. 2013;2(4):37-46.
8. Ciolpan G. Evaluating the quality of health care by assessing patient satisfaction. CES Working Papers. 2019;11(4):332-49.
9. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. Quality of antenatal care in health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Science. Article in Persian] Payesh J. 2013;11(4):529-44.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691.
11. Ameh S, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman SM, Klipstein-Grobusch K. Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. BMC health services research. 2017;17(1):1-15.
12. Sonenberg A. Medicaid and state regulation of nurse-midwives: the challenge of data retrieval. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2010;11(4):253-9.
13. Farrell T, Tomoaia-Cotisel A, Scammon D, Day J, Day R, Magill M. Care management: Implications for medical practice, health policy, and health services research. AHRQ Publication. 2015(15-0018).
15. Campbell S, Steiner A, Robison J, Webb D, Raven A, Richards S, et al. Do personal medical services contracts improve quality of care? A multi-method evaluation. Journal of Health Services Research & Policy. 2005;10(1):31-9.
16. Zhao Y. Factors Associated with Inpatient Falls and Injurious Falls in Acute Care Hospitals: University of Kansas; 2016.
17. Jahani Shourab N, Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Esmaili H. Assessment of prenatal care process based on donabedian model in Mashhad health centers. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(53):7-17.
18. Vizvari P. Assessment of Pregnancy Managed Care Process Based on Donabedian Model in Gorgan City in 2016. Quarterly Journal of Health Breeze. 2017;2(2):24-8.
19. Vizvari P, Dabbaghi F, Mamoodi G, Sanagoo A. Evaluating the structure of prenatal care using the Donabedian model: a study at health centers in Gorgan, Iran. Journal of Clinical and Basic Research. 2018;2(2):24-8.

20. Brar AS, Hedt-Gauthier BL, Hirschhorn LR. Mixed Methods Lot Quality Assurance Sampling: A novel, rapid methodology to inform equity focused maternal health programming in rural Rajasthan, India. PloS one. 2021;16(4):e0250154.
21. Vogel JP, Pileggi-Castro C, Chandra-Mouli V, Pileggi VN, Souza JP, Chou D, et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Archives of Disease in childhood. 2015;100(Suppl 1):S43-S7.
22. Yeoh PL, Hornetz K, Shauki NIA, Dahlui M. Evaluating the quality of antenatal care and pregnancy outcomes using content and utilization assessment. International Journal for Quality in Health Care. 2018;30(6):466-71.
23. Kyei NN, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. BMC pregnancy and childbirth. 2012;12(1):151.
24. Hakari D, Velayati A, Zarei S. Evaluation of quality of pregnancy care in a number of Tabriz health centers. Woman and family studies. 2012;5(8):157-78.
25. Ghaffari Darab M, Yarmohammadian M, Khorasani E, Alaghemandan H. The role of value chain for improving health care quality. Health Inf Manage. 2015;11(6):799-811.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

26. Farokhi F, Khadivzadeh T. The quality of midwives provides prenatal care in urban health centers affiliated to Mashhad University of Medical Sciences. Payesh J. 2009;7(3):203-10.
27. Sarani M, Saravani S. Assessment of prenatal care process based on donabedian model in Zabol city. Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2017;9(12):2558-63.
28. Sardasht FG, Shourab NJ, Jafarnejad F, Esmaily H. Comparing the quality of preconception care provided in healthcare centers in Mashhad in 2012. Electronic physician. 2015;7(2):1039.
29. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. African Journal of Reproductive Health. 2008;12(3).

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Assessment of Prenatal Care Process Based on Donabedian Model in comprehensive health centers in Hamadan

Zahra Jadidi [1], Maryam Abbasalizadeh [1], Seyedeh Zahra Masoumi [2], Farideh Kazemi [3], Parisa Parsa [4]

1. Msc in consultation in midwifery, Department of midwifery and reproductive health, School of nursing and midwifery, Hamadan University of medical sciences, Hamadan, Iran.
2. Department of midwifery and reproductive health, School of nursing and midwifery , Hamadan University of medical sciences, Hamadan, Iran.
3. Department of midwifery and reproductive health, School of nursing and midwifery, Hamadan University of medical sciences, Hamadan, Iran.
4.School of nursing and midwifery, Hamadan University of medical sciences, Hamadan, Iran.

Abstract

Background and Objectives: *The most wildly used model in measuring and evaluating the quality of health care is the evaluating of services in the field of structure, process and outcome based on the Donabedian model. In this study with emphasise on the role of the prenatal care in improving maternal health, the Donabedian model was investigated.*

Materials and Methods: *This cross-sectional study was performed in 2019 on 320 pregnant women. The instruments used included midwife and client demographic information questionnaire, care structure, technical performance, satisfaction and interpersonal interaction questionnaires. Data was analyzed with SPSS-16 software and significance level of 0/05 was considered.*

Results: *In this study, the mean scores of the care structure were optimal. The performance of midwives with an average score of 21.19 ± 4.89 was not at the desired level. The highest level satisfaction of clients was the way of providing service in the field of counseling and care with an average of 38.8 ± 6.10 and the lowest level of training received with an average score of 15.60 ± 5.10. Also in the interpersonal interaction section the average overall score of communication skills was 27.80 ± 1.15 and verbal skills were 19.25 ± 2.46, which is at the desired level. But non-verbal skills, active listening and privacy were average.*

Conclusion: *According to the obtained results reforming the distribution of midwives and training them in the field of importance of providing standard of care and communication skills training can increase the quality of care in all dimensions.*

Keywords: *Pregnancy, Care, Donabedian model*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]