

## بررسی کیفیتی و کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان‌های شهر ارومیه در سال 1400

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

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

### چکیده

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

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی از نوع مقطع‌ی-تحلیلی بر روی 765 نفر زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر ارومیه با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل اطلاعات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه پژوهشگر ساخته کیفیتی و کفایت مراقبت پیش از بارداری بود. تکمیل پرسشنامه‌ها حدود 2-3 ساعت قبل از ترخیص مادر از بخش زایمان انجام می‌گرفت. داده‌های به‌دست‌آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه 16 در سطح معناداری ۰۵/۰ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده در مطالعه  $27/0 \pm 4/9$  سال بود. از کل زنان شرکت‌کننده در مطالعه 159 زن (20/78 درصد) مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت کرده بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد مراقبت‌های پیش از بارداری دریافت شده توسط زنان شرکت‌کننده در مطالعه  $3/7 \pm 15/8$  مراقبت بود. حداقل و حداکثر مراقبت‌های دریافت شده به ترتیب 8 و 23 و میانگین تعداد مراقبت‌های دریافت شده 15 مراقبت بود. نمره کل کیفیتی خدمت پیش از بارداری  $66/60 \pm 11/20$  بود. میانگین نمرات مراجعه‌کنندگان به مراکز خصوصی برای ابعاد انتخاب، ارتباط و تعامل و نمره کل کیفیتی خدمت به‌طور معنی‌داری بیشتر از میانگین نمرات مراجعه‌کنندگان به مراکز دولتی بود ( $p < 0/05$ ). میانگین و انحراف معیار نمره کیفیتی مشتری پیش از بارداری  $59/31 \pm 11/98$  بود. نتایج نشان داد که ابعاد کیفیتی مشتری بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی و خصوصی مشابه بوده و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت ( $p = 0/859$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** علی‌رغم پوشش کم مراقبت پیش از بارداری، کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری در حد مطلوب بوده و تفاوتی بین مراکز ارائه‌دهنده خدمت خصوصی و دولتی وجود نداشت. با توجه به پایین بودن کیفیتی برخی ابعاد خدمات مراقبت پیش از بارداری در مراکز

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۳</sup> استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۴</sup> مربی هیات علمی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دولتی نسبت به مراکز خصوصی، نیاز به برنامه‌ریزی و مداخله جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات بخصوص در مراکز دولتی وجود دارد.

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

**مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره اول، پیاپی 162، فروردین**

**1402، ص 11-01**

**آدرس مکاتبه:** ارومیه کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: Bayrami.r@umsu.ac.ir

## مقدمه

انجام مراقبت‌های پیش از بارداری، اطمینان از شناسایی و درمان عوارض و رفتارهایی است که ممکن است مادر و نوزاد را در شرایط بحرانی قرار دهد (6). نتایج مطالعه‌ای در کشور ایران نشان داده که مراقبت پیش از بارداری با کاهش وزن کم زمان تولد، زایمان زودرس و عوارض مادر و پائین‌تر همراه بود (6). به همین دلیل انجام این مراقبت‌ها با کیفیت مطلوب از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا مراقبت با کیفیت 33 درصد مرگومیر مادران را کاهش می‌دهد (7). در زمینه کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است که یکی از جامع‌ترین دیدگاه‌ها از سوی انجمن پزشکی امریکا ارائه شده که کیفیت را سطحی از خدمات سلامت ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نجات بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد در نظر می‌گیرد (8). ارزیابی کیفیت، چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد و نارسایی‌های برنامه‌ها را نیز مشخص می‌کند تا بتوان نسبت به حل ریشه‌ای مشکلات اقدام کرد (9). کیفیت مناسب، به عنوان یک اولویت در نظام بهداشتی درمانی مطرح است، به گونه‌ای

بارداری از مهم‌ترین و حساسترین مراحل زندگی زنان است (1). اهمیت مراقبت دوران بارداری از این نظر چشمگیر است که تأمین سلامت مادر به طور مستقیم در زندگی جنین مؤثر است (2). ارائه مراقبت‌های بهداشتی به مادران باردار، یکی از مباحث اصلی بهداشتی جامعه و یک شاخص مهم بهداشتی در نظر گرفته می‌شود. یکی از برنامه‌های نظام سلامت در ایران ارائه خدمات مرتبط با بارداری است که در سه حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان ارائه می‌شود (3). مراقبت پیش از بارداری مکمل مراقبت بارداری بوده و از نظر سازمان بهداشت جهانی ارائه مداخلات بهداشتی، رفتاری و اجتماعی به زوجین قبل از بارداری است و شامل ارزیابی خطرات موجود برای بارداری، غربالگری و مداخلات آموزشی و درمانی است (4). به طور کلی می‌توان گفت هدف از انجام مراقبت‌های قبل از بارداری اطمینان از سلامت والدین آینده قبل و حین بارداری است (5). مراقبت پیش از بارداری به عنوان جزء اساسی مراقبت پریناتال از سوی سرویس سلامت عموم می‌باشد و هدف از

مشارکت در تصمیم‌گیری توجه دارد (15-17).

در مطالعه غفاری و همکاران در سال 1392 که به بررسی فرایند مراقبت‌های پیش از بارداری بر مبنای الگوی دونابدین پرداخته بود نتایج نشان داد که در بررسی میزان تطابق مراقبت‌ها با سطح مطلوب نشان داد که وضعیتهای ارائه‌شده فرآیند مراقبت‌ها در 93/7 درصد موارد، متوسط بود (18).

از آنجایی‌که نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته مویده این نکته است که ارائه مراقبت‌های کیفیتی بالا در بارداری و قبل از آن، به‌عنوان یک مداخله مؤثر، موجب کاهش مرگومیر شی‌خواران، کاهش مرگومیر ناشی از بارداری و زایمان در مادران و به‌خصوص کاهش مرگومیر حول زایمان می‌گردد ضرورت توجه به این مراقبت‌ها، پایش، ارزیابی و بهبود کیفیتی این مراقبت‌ها از یک سو و پاسخ‌به‌نیازهای و انتظارات مادران باردار از سوی دیگر اهمیت فزون‌تری پیدا می‌کند (19, 20).

همچنین غفاری و همکاران در سال 2022 گزارش کردند که شاخص استاندارد جهت تعین کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری وجود ندارد و این مراقبت‌ها به‌صورت ناقص ارائه می‌گردد (21). بنابراین با توجه به مراجعه زنان برای دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری به مطب‌های خصوصی و مراکز جامع سلامت و نیاز به داشتن اطلاعات پایه در زمینه کیفیت و کفایت مراقبت‌های ارائه‌شده در این مراکز، مطالعه حاضر باهدف تعین کیفیت و کفایت مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان‌های

که در اکثر کشورها، درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، وابسته به مراقبت‌ها و کیفیتی آنها است (10). برای ارزیابی کیفیتی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، روش‌ها و الگوهای متفاوتی وجود دارد، ارزیابی کیفیتی با هر روشی، از طریق جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها صورت می‌گیرد (11). گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیتی مراقبت‌های بهداشتی، ارزشیابی خدمات در حیطه ساختار، فرآیند و پیامد است که این الگو در سال 1966 توسط دونابدین<sup>1</sup> معرفی شد (12). در سال 1999 کناگی<sup>2</sup> و برویک<sup>3</sup> مدل سه‌بعدی دونابدین را اصلاح و با ابعاد کیفیتی فنی و کیفیتی خدمت به‌عنوان مدل مؤثری برای ارزیابی کیفیتی خدمات بهداشتی درمانی معرفی کردند (13). اخیراً بعد سومی به‌عنوان کیفیتی مشتری توسط تبری‌زی و همکاران به ابعاد آن اضافه شده است (14). کیفیتی فنی به جنبه‌های تخصصی خدمات و بیماری‌ها از نظر استانداردهای خدمات (دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی) برای شناسایی و کنترل وضعیت و تکرار هر آزمایش در دوره‌ی زمانی مشخص، کیفیتی مشتری به ویژگی‌ها و توانمندی‌های گیرنده‌ی خدمت یا مشتری توجه دارد و کیفیتی خدمت به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده‌ی خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان‌دهنده‌ی روش ارائه‌ی خدمت و محیطی است که خدمت در آن ارائه می‌شود و به جنبه‌های غیرتخصصی ارائه‌ی خدمت نظیر دسترسی، احترام و

<sup>1</sup> Donabedian

<sup>2</sup> Kenagy

<sup>3</sup> Berwick

شهر ارومیه در سال 1399 - 1400 انجام گرفت.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقطع‌ی- تحلیلی می‌باشد که در بیمارستان‌های شهر ارومیه انجام شد. پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده مامایی و پرستاری ارومیه و اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی با کد اخلاق (IR.UMSU.REC.1399.275) با ارائه مجوز به محل پژوهش و دادن اطلاعات لازم در رابطه با اهداف و نحوه اجرای آن به مسئولین مربوطه بیمارستان‌های شهر ارومیه، انجام مطالعه شروع شد.

برای تعیین حجم نمونه با استناد به مقالات مشابه (15, 22) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول به اندازه 5 درصد و توان مطالعه 80 درصد و ریزش 10 درصدی، حجم نمونه 765 نفر در نظر گرفته شد. تمام بیمارستان‌های دولتی (مرکز آموزشی درمانی کوثر، بیمارستان امام رضا و بیمارستان ارتش) و بیمارستان‌های خصوصی (آذربایجان، شفا، میلاد، صولت و شمس) شهر ارومیه به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. در این پژوهش معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سکونت در ارومیه، بارداری کم‌خطر، سواد خواندن و نوشتن، سن بارداری بالای 20 هفته، عدم ابتلا به بیماری‌های طبعی در طول بارداری، نداشتن سابقه نازایی، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی در طول بارداری و رضایت برای شرکت در پژوهش بود و معیار خروج از مطالعه عدم تمایل مادر به ادامه همکاری در تکمیل پرسشنامه بود.

حجم نمونه از هر کدام از مراکز به تناسب زایمان‌های انجام گرفته در سه ماه اخیری محاسبه شد. بدین‌صورت که مرکز آموزش پرستاری کوثر 175 نفر، بیمارستان امام رضا 160 نفر، بیمارستان ارتش 30 نفر، بیمارستان آذربایجان 65 نفر، بیمارستان شفا 100 نفر، بیمارستان میلاد 106 نفر، بیمارستان صولت 94 نفر و بیمارستان شمس 35 نفر شرکت‌کننده در مطالعه داشتند. پژوهشگر هر روز در شب صبح به یکی از محیط‌های پژوهش منتخب مراجعه و در بخش‌های پس‌زایمان اقدام به نمونه‌گیری کرد. نمونه‌گیری سهمیه‌ای بود بدین ترتیب که پرونده‌های با شماره زوج انتخاب و پس از معرفی خود و بیان اهداف پس از اخذ رضایت شفاهی از مادران، پرسشنامه را در اختیار آنها قرار می‌داد. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به حجم نمونه برآورده شده ادامه پیدا کرد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه شامل الف) اطلاعات جمع‌ی شناختی و مامایی ب) پرسشنامه پژوهشگر ساخته کفایت و کیفیتی مراقبت‌پیش‌بارداری بود. پرسشنامه‌ها به روش خوداظهاری و حدود 2-3 ساعت قبل از ترخیص مادر از بخش زایمان انجام گرفت. بخش اطلاعات جمع‌ی شناختی و مامایی مادران، شامل: سن زن، شغل زن و همسر، تحصیلات زن و همسر، کفایت درآمد خانوار، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزند زنده، سابقه سقط، وضع بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن بارداری)، سن جنین در هنگام زایمان به هفته، وزن هنگام تولد، وضع ی بی‌بی‌ه بود. پرسشنامه‌ی کیفیتی مراقبت‌پیش‌از‌بارداری که یک پرسشنامه

بر اساس شواهد حاصل از مطالعات قبلی SQ بالاتر از 9 به‌عنوان کیفیت خدمت مطلوب و SQ کمتر از 9 به‌عنوان کیفیت نامطلوب منظور می‌شود.

بخش کیفیت فنی پرسشنامه در کل شامل 23 سؤال است که دارای بخش‌های مرتبط با نوع خدمت و استمرار دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان خدمت است که در قالب بله و خیر مورد پرسش قرار می‌گیرد.

بخش سوم این پرسشنامه نیز مربوط به کیفیت مشتری است که 19 سؤال دارد و نمره‌ی نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خودمديريت با نمره دهی به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بر اساس: کاملاً مخالفم (1)، مخالفم (2)، موردی ندارد (3)، موافقم (4)، کاملاً موافقم (5) می‌باشد و در نهایت شاخص کیفیت نیز بر اساس ترکیبی از نمرات سه بعد محاسبه می‌گردد.

جهت تأیید روایی پرسشنامه محقق ساخته کیفیت مراقبت‌های پیش‌بارداری در پژوهش حاضر، از روش‌های گوناگونی از جمله اعتبار صوری و اعتبار محتوایی استفاده شد. روایی صوری و محتوایی به دو صورت کمی و کیفی انجام شد.

برای تعیین روایی محتوایی به روش کیفی از 10 نفر از اعضای هیأت علمی بهداشت باروری و آموزش بهداشت درخواست شد پس از

مطالعه پرسشنامه براساس معیارهای دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری کلمات در جای مناسب و مدت‌زمان لازم برای پاسخگویی نظر دهند. در نهایت پس از بررسی بازخوردها روایی محتوایی به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوایی استفاده از معیار ضروری بودن و شاخص روایی محتوایی استفاده

پژوهشگر ساخته بود بر اساس مدل CQMHI توسط تبری‌زی و همکاران (14) توسعه پیدا کرد. بر اساس این پرسشنامه کیفیت مراقبت پیش‌بارداری از سه قسمت کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری تشکیل شده است.

قسمت کیفیت خدمت دارای 12 بخش است که شامل: انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، ارتباط و تعامل، داشتن اختیارات، گروه‌های حمایتی، استمرار خدمات، کیفیت تسهیلات و خدمات اولیه، احترام، به موقع بودن و توجه فوری، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد می‌باشد. قسمت کیفیت خدمت در کل شامل 60 سؤال می‌باشد و مادران از دو جنبه‌ی اهمیت (importance) / (میزان مهم بودن هر گویه از دیدگاه مادران باردار) و عملکرد (performance) / (عملکرد واقعی سیستم بهداشت و آرایه‌کنندگان مراقبت‌ها در زمینه‌ی گویه‌های کیفیت خدمت) به پرسشنامه پاسخ می‌دهند. کیفیت خدمت با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

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

برای نمره دهی به جنبه‌ی اهمیت کیفیت خدمت از مقیاس چهار قسمتی لیکرت استفاده شد بدین‌صورت که مهم نیست (0)، نسبتاً مهم (3)، مهم (6) و بسیار مهم (10) نمره‌گذاری شد. همچنین برای نمره‌دهی جنبه‌ی عملکرد کیفیت خدمت از مقیاس چهار قسمتی ضعیف تا عالی استفاده شد و در نهایت برای محاسبه‌ی کیفیت خدمت رتبه‌بندی چهار قسمتی عملکرد به مقیاس دو قسمتی خوب برابر (0) و ضعیف برابر (1) تبدیل شده و در فرمول کیفیت خدمت قرار داده شد.

مقایسه گروه های سنی زنان در بین مراجعین به مراکز دولتی و خصوصی تفاوت آماری معنی داری را بین آنها نشان داد ( $p = 0/018$ ) به طوری که نسبت بیشتری از زنان مراجعه کننده به مراکز دولتی در گروه سنی 30-35 سال قرار داشتند. زنان با سطح تحصیلات راهنمایی و دبیرستان و دانشگاهی در زنان مراجعه کننده به مراکز خصوصی و نسبت زنان با تحصیلات بی سواد و ابتدایی در بین زنان مراجعه کننده به مراکز دولتی بیشتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/001$ ). از نظر شغلی 89/2 درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه خانه دار بودند و نسبت زنان شاغل در مراجعین به مراکز خصوصی به طور معنی داری بیشتر از مراجعین به مراکز دولتی بود ( $p = 0/002$ ). یافته ها نشان داد که نسبت زنانی که اظهار کرده بودند دخل آنها کمتر از خرج آنها است در مراجعین به مراکز دولتی بیشتر از خصوصاً بی بود ( $p < 0/001$ ). از کل زنان شرکت کننده در مطالعه 159 زن (20/78 درصد) مراقبت های پیش بارداری را دریافت کرده بودند. مشخصات فردی اجتماعی و مامایی در جدول 1 نشان داده شده است.

از معیارهای مربوط بودن، واضح بودن و سادگی استفاده شد. مقادیر نسبت روایی محتوا جهت تمام ی گویه های مدل بالاتر از حداقل م یزان قابل قبول در جدول لاوشه (0/62) بود و بنابراین تمام گویه ها برای مراحل بعدی حفظ شدند. نتایج حاصل از محاسبه شاخص روا یی محتوا در پرسشنامه اولیه طراحی شده حاکی از آن بود که ه یچ گوی ه ای دارای شاخص کمتر از 0/70 نبود در نهایت پرسشنامه با CVR (0/94) و CVI (0/92) تأیید شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه، سنجش همسان ی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و سنجش ثبات ب یرونی از طریق روش آزمون- باز آزمون صورت گرفت. الفبا کرونباخ برای هر کدام از سؤالات بالای 0/7 به دست آمد.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss 16 با استفاده از آزمون های توصیفی، آزمون آمار ی تی مستقل و مجذور کای در سطح معنی داری  $p < 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت کننده در مطالعه  $27/0 \pm 4/9$  سال بود جوانترین زنان 18 ساله و مسنترین آنها 35 سال سن داشتند.

**جدول (1):** توزیع ویژگی های جمعیت شناختی و ویژگی های مرتبط با بارداری

زنان شرکت کننده در مطالعه

طبقات	کل نمونه (% تعداد)	مرکز دولتی (% تعداد)	مرکز خصوصی (% تعداد)	آزمون آمار ی کای اسکوئر
18-24 سال	264 (34/5)	47 (26/7)	217 (36/8)	$p = 0/018$
25-29 سال	191 (25/0)	43 (24/4)	148 (25/1)	$X^2 = 7/986$

طبقات	کل نمونه (%) تعداد	مرکز دولتی (%) تعداد	مرکز خصوصی (%) تعداد	آزمون آماري کاي اسکوئر
30-35 سال	310 (40/5)	86 (48/9)	224 (38/1)	
بي سواد و ابتدایی	187 (24/4)	85 (48/3)	102 (17/3)	p< 0/001
تحصیلات راهنمایی و دبیرستان	352 (46/1)	72 (40/9)	280 (47/5)	X <sup>2</sup> =81/686
دانشگاهي	207 (29/5)	19 (10/8)	207 (35/2)	
شغل خانه دار	682 (89/2)	168 (95/5)	514 (87/3)	p=0/002
شاغل	83 (10/8)	8 (4/5)	75 (12/7)	X <sup>2</sup> =9/393
پوشش بيمه دارد	612 (80/0)	137 (77/8)	475 (80/6)	p=0/414
بیمه ندارد	153 (20/0)	39 (22/2)	39 (19/4)	X <sup>2</sup> =0/666
وضعيت اقتصادي دخل کمتر از خرج	261 (34/1)	97 (55/1)	164 (27/8)	p< 0/001
دخل برابر خرج	315 (41/2)	65 (36/9)	250 (42/4)	X <sup>2</sup> =56/499
دخل بي شتر از خرج	189 (24/7)	14 (8/0)	175 (29/7)	
چندمين بارداري یک	271 (35/4)	40 (22/7)	231 (39/2)	p< 0/001
دو	239 (31/2)	58 (33/0)	181 (30/7)	
سه	164 (21/4)	42 (23/9)	122 (20/7)	X <sup>2</sup> =25/324
چهار	91 (12/0)	36 (20/5)	55 (9/3)	
تعداد فرزندان زنده	260 (34/0)	42 (23/9)	218 (37/0)	p< 0/001
دو	295 (38/6)	62 (35/2)	233 (39/6)	
سه	(21/3)	48 (27/3)	115 (19/5)	X <sup>2</sup> =32/256
1634				
چهار	47 (6/1)	24 (13/6)	23 (3/9)	
نوع زایمان طبيعي	272 (35/6)	71 (40/3)	201 (34/1)	p=0/131
سزاري	493 (64/4)	105 (59/7)	388 (65/9)	X <sup>2</sup> =2/285
تعداد دفعات سقط	743 (97/1)	173 (98/3)	570 (96/8)	p=0/289
یک	22 (2/9)	3 (1/7)	19 (3/2)	X <sup>2</sup> =1/123
بارداري برنامه ريزي شده	519 (67/8)	107 (60/8)	412 (69/9)	p=0/023
خیر	246 (32/2)	69 (39/2)	177 (30/1)	X <sup>2</sup> =5/204

جدول شماره 2 فراواني نسبي مراقبت پیش از بارداری دریافت شده توسط زنان شرکت‌کننده در مطالعه را نشان می‌دهد.

**جدول (2):** توزیع خدمات پیش بارداری دریافت شده توسط زنان شرکتکننده در مطالعه (n=159)

شماره	سؤال	بلي (% تعداد)	خيري (% تعداد)
1	انجام معاینات عمومی (ثبت فشارخون و علائم حیاتی مادر)	(97/5) 155	4 (2/5)
2	تعین نمایه توده بدنی	(85/5) 136	23 (14/5)
3	پرسیدن و بررسی کلیه سؤالات مربوط به قسمت وضعی فعلی خانم برای باردار شدن	(98/1) 156	3 (1/9)
4	پرسیدن سابقه تعداد بارداریها و زایمانهای قبلی و تاریخ آخرین زایمان	(98/7) 157	2 (1/3)
5	بررسی سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری	(86/2) 137	22 (13/8)
6	بررسی وجود رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسر	73 (45/9)	86 (54/1)
7	انجام معاینه پستان	40 (25/2)	(74/8) 119
8	انجام غربالگری سلامت روان	70 (44/0)	89 (56/0)
9	بررسی وضعیت واکسیناسیون و توصیه به انجام واکسیناسیون	(95/6) 152	7 (4/4)
10	کنترل و معاینه دهان و دندان و ارجاع در صورت لزوم	70 (44/0)	89 (56/0)
11	بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر و توصیه به انجام آن در صورت واجد شرایط بودن	40 (25/2)	(74/8) 119
12	درخواست آزمایشات و توضیح در مورد نحوه انجام آزمایشات	(99/4) 158	1 (0/6)
13	تعین تاریخ مراجعه بعدی	(99/4) 158	1 (0/6)
14	درمان بیماری و یا ارجاع مناسب در صورت لزوم	(96/2) 153	6 (3/8)
15	تجویز اسید فولیک و آموزش نحوه مصرف	(97/5) 155	4 (2/5)
16	درخواست سونوگرافی و توضیح در مورد علت ارجاع (در صورت لزوم)	(95/0) 151	8 (5/0)
17	ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت روان	81 (50/9)	78 (49/1)
18	ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی	56 (35/2)	(64/8) 103
19	ارائه آموزش و مراقبت در زمینه بهداشت دهان و دندان	60 (37/7)	99 (62/3)



شماره	سؤال	بلي (%) تعداد	خیر (%) تعداد
20	ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه/مکمل‌های دارویی	58 (36/5)	101 (63/5)
21	ارائه آموزش روش پیشگیری از بارداری و زمان قطع استفاده از روش پیشگیری از بارداری	64 (40/3)	95 (59/7)
22	بررسی و تکمیل تمام موارد مندرج مربوط به مراقبت پیش بارداری در سامانه سیب	92 (57/9)	67 (42/1)
23	انجام معاینات عمومی (ثبت فشارخون و علائم حیاتی مادر)	(86/2)	22 (13/9)
		137	

بود (جدول 2). از بین زنانی که پرسشنامه کیفیت مشتری پیش بارداری را تکمیل کرده بودند 7 نفر به همه سؤالات پاسخ ی‌کسانی را داده بودند که از تحلی‌ها کنار گذاشته شدند و داده‌های 152 نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت مشتری بارداری برای آن‌ها  $59/31 \pm 11/98$  بود. حداقل و حداکثر نمره مشاهده شده برای کیفیت مشتری پیش بارداری به ترتیب 31/25 و 97/92 و میان نمرات 58/33 بود. نمرات کیفیت مشتری پیش بارداری طبقه‌بندی شد که برای کل نمونه و برحسب نوع مرکز مراقبت (دولتی و خصوصی) در جدول شماره 3 نشان داده شده است.

بر اساس این یافته‌ها مراقبت‌هایی که کمترین فراوانی ارائه را داشتند به ترتیب شامل معاینه پستان و بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر (هر دو با فراوانی نسبی 25/2 درصد)، ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی (35/2 درصد) و ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه/مکمل‌های دارویی (36/5 درصد) و ارائه آموزش و مراقبت در زمینه بهداشت دهان و دندان (37/7 درصد) بودند. در مجموع میانگین و انحراف معیار تعداد مراقبت‌های پیش بارداری دریافت شده توسط زنان شرکت‌کننده در مطالعه  $15/8 \pm 3/7$  مراقبت، حداقل و حداکثر مراقبت‌های دریافت شده به ترتیب 8 و 23 و میان نمره تعداد مراقبت‌های دریافت شده 15 مراقبت

جدول (3): کیفیت مشتری پیش بارداری در زنان شرکت‌کننده در پژوهش (n=152)

مقدار p	آماره t	انحراف معیار	میانگین	
0/234	-1/196	12/12	57/77	دولتی
		11/88	60/18	خصوصی
		11/98	59/31	کل

پرسشنامه کیفیت خدمت پیش بارداری پاسخ ی‌کسان داشتند که از تحلیل نتایج این پرسشنامه کنار گذاشته

از بین زنانی که پرسشنامه کیفیت خدمت پیش بارداری را تکمیل کرده بودند 7 نفر برای کلیه سؤالات

مطالعه را برای ابعاد مختلف پرسشنامه کیفی خدمت پش برداری و به صورت کلی برای نمرات اصلی و نمره محاسبه شده از 100 نشان می دهد.

شدند. نمرات به دست آمده برای ابعاد مختلف و برای کل پرسشنامه به یک نمره از 100 تبدیل شد تا ابعاد مختلف با هم قابل مقایسه باشند. جدول شماره 4 میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در

**جدول (4):** کیفی خدمت پش برداری از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه (n=159)

مقدار p	مقدار آزمون آماری تی مستقل	مرکز خصوصی		مرکز دولتی		ابعاد کیفی خدمت
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/015	-2/460	19/50	72/37	19/40	63/89	انتخاب
0/021	-2/343	18/85	72/32	19/35	64/42	ارتباط و تعامل
0/311	-1/017	15/62	71/37	14/68	68/61	داشتن اختیارات
0/292	-1/057	13/76	67/25	15/19	64/58	تسهیلات و امکانات
0/147	-1/457	16/33	43/37	14/50	39/31	ایمنی
0/563	-0/580	14/58	66/94	11/20	65/56	دسترسی و اعتماد
0/013	-2/520	11/08	68/25	10/83	63/34	نمره کل کیفی خدمت

بررداری در کشورها در حال توسعه جامع نیست و برخی مطالعات انجام شده در ایران آن را 11 درصد گزارش کرده اند (18, 23). همچنین غفاری سردشت و همکاران (2021) در مطالعه خود گزارش کردند که فقط یک سوم از زنان برای مراقبتهای قبل از بارداری مراجعه کرده بودند و اغلب زنان مطالعه بدون برنامه ریزی قبلی باردار شده بودند. کیفی پایین خدمات قبل از باردار ی ارائه شده توسط پرسنل مراکز بهداشت ی، ممکن است یکی از علل پایین بودن مراجعه زنان جهت دریافت مراقبتهای پش از بارداری باشد (24). یافته های مطالعه حاضر نشان داد که کفایت مراقبتهای پش از باردار ی ارائه شده در مراکز خصوصی و دولتی با هم

با توجه به نمرات محاسبه شده از 100 مشخص می شود که سطح کیفی خدمت برای اکثر ابعاد پرسشنامه از دیدگاه شرکت کنندگان مشابه بوده و کمترین کیفی مربوط به عامل ایمنی (حفاظت/ آموزش) بوده است.

#### بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفی و کفایت مراقبتهای پش از بارداری و دوران بارداری با پیامدهای بارداری از دیدگاه مراجعین به بیمارستان های شهر اروم یه انجام گرفت. اکثریت زنان شرکت کننده در مطالعه مراقبتهای پش از باردار ی را دریافت نکرده بودند بطوریکه پوشش مراقبت پش باردار ی 20/78 درصد بود. پوشش مراقبتهای قبل از

در بخش ارائه آموزشها ی بهداشتی نتایج مطالعه ما مشابه با مطالعه غفاری و همکاران (2015) بود (27). ممکن است یکی از دلایل ضعف عملکرد آموزشی پرسنل در ارائه مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری، فقدان دستورالعمل و گایدلاین آموزش سلامت قبل از بارداری دانست، زیرا در این زمینه محتوا ی آموزشی استاندارد طراحی نشده است و پرسنل طبق دانش خود، آموزش‌های لازم در این زمینه را ارائه می‌دهند. همچنین به علت ثبت مراقبت‌ها به صورت الکترونیک پرسنل سعی در ارتقاء کمی مراقبت‌ها و تلاش در جهت پر کردن محتوا ی مراقبت در سامانه سبب را دارند و ممکن است زمان بر بودن ثبت مراقبت‌ها هم یکی از علل ضعف آموزش توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها محسوب شود. همسو با یافته مطالعه ما مبنی بر ناکافی بودن ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه و مکمل‌های دارویی قبل از بارداری، بارکر<sup>2</sup> و همکاران (2018) یک مرور سیستماتیک با عنوان "راهبردهای مداخله‌ای برای بهبود تغذیه و رفتارهای بهداشتی قبل از بارداری" انجام دادند. آن‌ها گزارش کردند که کارآزمایی‌های مداخلات قبل از بارداری بسیاری کمتر از مواردی است که در دوران بارداری انجام شده است. همچنین شواهد نادر از کارآزمایی‌های قوی و مرتبط با زمینه مداخلات تغذیه و رفتار سلامت قبل از بارداری، نتیجه‌گیری قطعی در مورد اثربخشی آن‌ها در بهبود نتایج برای مادران و نوزادان در مقیاس بزرگ را دشوار می‌سازد (28). رژیم

اختلاف معناداری باهم ندارند. در کل شرکت‌کنندگان مطالعه، مراقبت‌هایی که کمترین فراوانی ارائه را در دوران پیش از بارداری داشتند به ترتیب شامل معاینه پستان و بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر (هر دو با فراوانی نسبی 25/2 درصد)، ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی (35/2 درصد) و ارائه آموزش و مشاوره در زمینه تغذیه/مکمل‌های دارویی (36/5 درصد)، ارائه آموزش و مراقبت در زمینه بهداشت دهان و دندان (37/7 درصد)، انجام غربالگری سلامت روان، کنترل و معاینه دهان و دندان (44 درصد) و بررسی وجود رفتارهای پرخطر در خانم و همسر (45/9 درصد) بودند. لاسی<sup>1</sup> و همکاران (2014) گزارش کردند که مداخلات برای پیشگیری و درمان عفونت، بیماری‌های مزمن، سلامت روان و آگاهی از سلامت باروری عناصر حیاتی هستند و همچنین باید قبل از بارداری برای حصول اطمینان از بهبود پیامدهای بارداری، سلامت نوزادان و کودکان مورد هدف قرار گیرند (25). با اینحال، نتایج مطالعه حاضر حاکی از عملکرد ضعیف در زمینه ارائه آموزشها و مشاوره بهداشت جنسی و رفتارهای پرخطر و غربالگری سلامت روان در مراقبت‌های پیش از بارداری است. زنان شرکت‌کننده در مطالعه غفاری و همکاران (2022)، نیز گزارش نمودند پرسنل بهداشتی در زمینه ارائه مراقبت‌های بهداشتی قبل از بارداری ضعف دارند. همچنین در ارائه مواردی مانند غربالگری سلامت روان، کمترین میزان عملکرد بالینی را دارند (26).

<sup>2</sup> Barker

<sup>1</sup> Lassi

غذایی یکی از توصیه‌های عمومی قبل از بارداری است.

نتایج مطالعه ما حاکی از پایین بودن کنترل و معاینه دهان و دندان در مراقبت‌های پیش از بارداری است، در مطالعه غفاری و همکاران (2013) که باهدف تعیین کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شده بود نتایج نشان داد که از نظر مراقبت‌های بهداشتی پری‌ودنتال، اکثر شرکت‌کنندگان می‌دانستند که بهترین دوره برای معاینه دندان در دوره قبل از بارداری است. با این حال، برخی از آن‌ها از این واقعه آگاه نبودند که مراقبت ضعیف از دندان خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد (18).

مهم‌ترین شاخص کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، رضایت مراجعین از خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. بدون شک این توانایی و توانمندی پزشکی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد (29). همچنین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تعامل متقابل بین ارائه‌دهندگان مراقبت و مراقبت‌های ارائه شده را منعکس می‌کند (30). رضایت مراجعین معیار ارزشمندی برای ارزیابی عملکرد برنامه ریزان و مسئولین مراقبت‌های بهداشتی است. بنابراین می‌تواند ارتقای ارائه مراقبت‌های بهداشتی کمک کرده و استراتژی‌های برنامه‌ریزی برای ارتقای مراقبت‌های بهداشتی را تسهیل کند (29, 30). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کلیه ابعاد کیفیت خدمت در مراقبت‌های پیش از بارداری از دیدگاه زنان مطلوب بوده و می‌انگین نمرات ابعاد، به استثنای عامل ایمنی (حفاظت/آموزش)، بیشتر از 60 درصد بوده است. مشابه با

یافته مطالعه حاضر، در مطالعه صادق تبریزی و همکاران (2015)، پایین‌ترین امتیاز کیفیت خدمت مربوط به بعد ایمنی می‌باشد که به‌عنوان یک اصل اساسی در همه سیستم‌های بهداشتی مطرح است (31). از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، ایمنی امری بسیار مهم در ارائه خدمت است، در حالی‌که در عمل مورد توجه قرار نمی‌گیرد. برخلاف این یافته، در مطالعه تبریزی و همکاران (2008)، شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفیت بعد ایمنی را مطلوب ارزیابی کرده بودند (32).

همسو با یافته مطالعه ما، در مطالعه غفاری و همکاران (2014)، اکثر زنان از مراقبت‌های پیش از بارداری ارائه شده رضایتی به شدت رضایی بودند (18). اما برخلاف یافته مطالعه حاضر، نتایج مطالعات غفاری و همکاران (26, 27) نشان داد که عملکرد پرسنل حین ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری متوسط است. در خصوص بعد ارتباط و تعامل، شارمی و همکاران (2007) که رضایت مشتری در دوران بارداری در بیمارستان‌های دولتی رشت را ارزیابی کردند؛ گزارش کردند به‌طورکلی، مشاوره بیشتر با مادر و ارائه دستورات لازم، سطوح بالاتری از رضایت را به همراه دارد (29). اولاداپو و همکاران (2008) میزان رضایت را 81/4 درصد برای مراقبت‌های قبل از بارداری در نیجریه گزارش کردند. برخلاف یافته مطالعه ما که رضایت زنان از تسهیلات و امکانات حدود 67 درصد گزارش شده است؛ در مطالعه اولاداپو، بیشترین نارضایتی مربوط به توجه یزات و امکانات (ساختار بهداشتی) مراکز بهداشتی درمانی و عدم مشارکت آن‌ها

در این زنان باشد که دانش و مهارتی که داشته‌اند به ایجاد تغ‌یری و اقدام منجر نشده است. اما در کل 78/3 درصد از زنان به مرحله ای‌رسی‌ده بودند که مشارکت فعال در فرآیندهای خدمتی داشته و موجب بهبود فرآیندها و ارتقای سلامت خودشان بشوند اما در همین مرحله باقی مانده و نتوانسته بودند در شرایط سخت و فشاره‌ای روحی و جسمی، شرایط مراقبتی خود را حفظ کنند. به‌طورکلی از بین زنان مورد بررسی تنها 3/9 درصد قادر بوده‌اند که حتی در شرایط سخت و تحت فشارهای روحی و جسمی تغ‌ییراتی را که در زندگی‌شان به وجود آورده‌اند حفظ کرده و در فرآیندهای خدمت مشارکت فعال داشته باشند. همسویافته مطالعه حاضر، در مطالعه صادق تبریزی و همکاران (2015) که باهدف ارزیابی کیفیتی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم براساس (CQMH) انجام شده بود؛ نتایج نشان داد که امتیاز کیفیتی مشتری‌نیز، (72/62) از 100 بوده و تنها 9/4 درصد مشارکت‌کنندگان به مرحله 4 خودمدری‌تی‌رسی‌ده بودند که حاکی از ضعف این بعد از کیفیتی بوده است (31). از نقاط قوت این مطالعه، تعداد حجم نمونه و نمونه‌گیری از مراکز خصوصی و دولتی است. به‌اینحال از محدودیتهای مطالعه حاضر به‌خودگزارشی بودن داده‌ها و تورش یادآوری می‌توان اشاره نمود که این مورد در مرحله طراحی سؤالات پرسشنامه مدنظر قرار گرفته شد. در این راستا پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی در زمینه کیفیتی مراقبت‌های پیش‌بارداری در دوران بارداری زنان و

در تصمیم‌گیری بود. در مطالعه اولاداپو، دریافت خدمات بهداشتی درمانی از ارائه‌دهندگان مختلف (به دلیل تغ‌ییر شیفت‌ها)، و ساختار مراکز بهداشتی درمانی منجر به نارضایتی بیماران شد (33). همچنین در مطالعه آقاملاپی و همکاران (1386) نامطلوبترین بعد از لحاظ کیفیتی در خدمات بهداشتی اولیه، بعد همدمی بود (34). از آنجا که همدمی مستلزم ایجاد ارتباط و تعامل بین دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت و ایجاد اعتماد است، به عبارتی، بعد ارتباط و تعامل‌نیز در ارائه خدمات بهداشتی ضعیف بوده است. بنابراین می‌توان گفت که اجرای طرح تحول نظام سلامت و تعویین جمعیت تحت پوشش ارائه‌دهنده خدمت در مراکز خدمات جامع سلامت، فرصتی را در جهت شناخت بیشتر مراجعین توسط ارائه‌دهنده خدمت و متعاقب آن ایجاد تعامل و ارتباط بین دریافت‌کننده خدمت و ارائه‌دهنده خدمت ب‌یان کرد. بنابراین ابعاد کیفیتی خدمات مراقبت‌های پیش از بارداری از نظر ارتباط و تعامل و دسترسی و اعتماد از دیدگاه زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر مطلوب ارزیابی شده است. در خصوص کیفیت مشتری‌در مراقبت‌های پیش از بارداری از بین زنان شرکت‌کننده در مطالعه 17/8 درصد در مرحله دانش و مهارت باقی مانده و به مرحله سوم که داشتن اعتماد به نفس و مشارکت و اقدام فعال بود، نرسیده بودند یعنی با وجود این که دانش و مهارت را داشتند اما در فرآیندهای خدمتی مشارکت جدی نداشتند که می‌تواند به علت نبود خودباوری و اعتماد به نفس

پاپ اسمیر، ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت جنس، تغذیه/مکمل‌های دارویی و بهداشت دهان و دندان در هر دو مرکز پایین بود که نیازمند توجه مسولین و مراقبین بهداشتی درمانی و برنامه‌ریزی و مداخلات مناسب می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

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

یا حتی با فاصله کمتر پس از انجام مراقبت‌ها انجام گیرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از عدم پوشش کافی مراقبت پیش‌بارداری می‌باشد ولی علی‌رغم پوشش کم مراقبت پیش‌بارداری، کفایت مراقبت‌های پیش‌از بارداری در حد مطلوب بوده و تفاوتی بین مراکز ارائه‌دهنده خدمت خصوصی و دولتی وجود نداشت. با توجه به پایین بودن نمره کل کیفیت خدمت در مراکز دولتی نسبت به مراکز خصوصی؛ ارائه خدمات پیش‌از بارداری نیازمند برنامه‌ریزی و مداخله جهت بهبود کیفیت ارائه خدمت در مراکز دولتی می‌باشد. مراقبت‌های شامل معاینه پستان و بررسی سابقه انجام

### References:

1. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Tehrani H, Zarei F. Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;19(12):18-26.
2. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):122. e1-e6.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS. *Williams obstetrics, 24e*: McGraw-hill New York, NY, USA; 2014.
4. Østensen M. Preconception counseling. *Rheumatic Disease Clinics*. 2017;43(2):189-99.
5. Farshbaf Khalili A SN. Attitude of midwives', suggested solutions and current problems of preconception care. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017;14(10):783-90.
6. Jourabchi Z, Sharif S, Lye MS, Saeed A, Khor GL, Tajuddin SHS. Association between preconception care and birth outcomes. *Am J Health Promot* [Internet]. 2019;33(3):363-71.
7. Nekouei N, Pakgouhar M, Khakbazan Z, Mahmoodi M. Midwifery students Knowledge of preconception care. *J Nurs Midwifery* 2004.
8. Corrigan JM. Crossing the quality chasm. Building a better delivery system. 2005:89.
9. Ferrand YB, Siemens J, Weathers D, Fredendall LD, Choi Y, Pirrallo RG, et al. Patient satisfaction with healthcare services A critical review. *Qual Manag J* 2016;23(4):6-22.
10. 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.
11. Aghlmand S, Akbari F, editors. Method to assess the quality of health services. Sixth International Conference on Quality Management in Iran, Tehran; 2005.

12. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press; 2002.
13. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service quality in health care. *Jama*. 1999;281(7):661-5.
14. Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: a new patient-centred model. *J Res Health Sci* 2009;9(2):1-9.
15. Tayebi T, Hamzehgardeshi Z, Shirvani MA, Dayhimi M, Danesh M. Relationship between Revised Graduated Index (R-GINDEX) of prenatal care utilization & preterm labor and low birth weight. *Glob J Health Sci* 2014;6(3):131.
16. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994;84(9):1414-20.
17. Alexander GR, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Pub Health Rep* 1996;111(5):408.
18. Ghaffari F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Application of Donabedian quality-of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. *J Midwifery Reprod Health* 2014;2(1):50-9.
19. Campos TP, Carvalho MS, Barcellos CC. Infant mortality in Rio de Janeiro, Brazil: risk areas and distance traveled by patients to get to health care facilities. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(3):164-71.
20. Siko SPL. Evaluations of quality of antenatal care at rural Health centers in Matebelend North Province Central. *African J of Med* 1996; 17:423-34
21. Ghaffari F, A K. The necessity to determine the indices to surveillance of preconception care. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2022;25(4):51-9.
22. Tabrizi J, Alidoost S, Bahrami A, Asgharijafarabadi M. Service Quality (SQ) in Patients with Type 2 Diabetes. *Hospital* 2014;13(4):23-30.
23. Hekari D, Mohammadzadeh R, Velayati A, S Z. A Survey Of Prenatal Care Quality In Tabriz Therapeutic-Health Centers. *Woman Stud Fam* 2013;5(18):157-78.
24. Sardasht FG, Keramat A, Motaghi Z. Investigating reproductive life plan in pregnant women referred to teaching hospitals of Mashhad, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(2):120.
25. Lassi ZS, Dean SV, Mallick D, Bhutta ZA. Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reprod Health* 2014;11(3):1-17.
26. Ghaffari F, Keramat A. The need to determine an index to monitor the quality of pre-pregnancy care. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2022;25(4):51-9.
27. Ghaffari Sardasht F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Comparing the quality of preconception care provided in healthcare centers in Mashhad in 2012. *Electro Physician* 2015;7(2):1039.
28. Barker M, Dombrowski SU, Colbourn T, Fall CH, Kriznik NM, Lawrence WT, et al. Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. *Lancet* 2018;391(10132):1853-64.
29. Sharami S, Zahiri Z, Zendehtdel M. Assessment the client satisfaction in prenatal unit of Rasht public hospitals. *J Guilan Univ Med Sci* 2008;17(66):29-37..
30. Zaky HH, Khattab HA, Galal D. Assessing the quality of reproductive health services in Egypt via exit interviews. *Matern Child Health J* 2007;11(3):301-6.
31. Tabrizi J, Partovi Y, Alidoost S, Alizadeh O, Zariie Gavvani F. Assessment The Quality Of Delivered Care For People With Type 2 Diabetes By Comprehensive Quality Measurement In Healthcare (CQMH) Model. *Iran J Diabetes Metab* 2015;14(6):431-40.
32. Tabrizi J, O'Rourke P, Wilson A, Coyne E. Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. *Diabet Med* 2008;25(5):612-7.

33. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2008;12(3):71-92.
34. Agha Molaei T, Zare S, Poudat A, Kebraie A. Customers' Perceptions And Expectations Of Primary Healthcare Services Quality In Health Centers Of Bandar Abbas. *Med J Hormozgan Univ* 2007;11(3):173-9.



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

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

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

### Abstract

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

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

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

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

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

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

**Tel:** +98 4412754961

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

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

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

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

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

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

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