

## بررسی کیفیت مراقبت های دوران بارداری به روش LQAS در مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت

### چکیده

ارزیابی کیفی خدمات بهداشتی علاوه بر اثر گذاری بر حفظ سلامت انسان ها و جامعه، می تواند به پویایی و ارتقاء کیفیت سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی نیز کمک کند. دریافت ناکافی مراقبت های دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تولد کودکان کم وزن، مرگ و میر کودکان و مادران می شود.

یکی از روش های سنجش کیفیت مراقبت ها (LQAS) Lot Quality Assurance Sampling است که روشی سریع و نسبتاً ارزان می باشد. با کمک این روش می توان همه واحدهای ارائه دهنده خدمت را با استاندارد و یا با یکدیگر مقایسه کرد تا نسبت به رفع مشکلات و کمبودهای آنان اقدام شود. لذا این پژوهش در سال ۱۳۸۳ با هدف بررسی کیفیت مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت شهرستان آستارا انجام شده است که در ضمن آن به معرفی روش (LQAS) نیز پرداخته شده است تا در صورت لزوم جهت اطمینان از کیفیت خدمات بهداشتی، این روش توسط مدیران محلی و سطوح بالاتر مورد استفاده قرار گیرد.

این مطالعه توصیفی تحلیلی به صورت مقطعی انجام شده است و در آن ۱۸ مرکز شامل ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۵ خانه بهداشت مورد بررسی قرار گرفته اند.

جهت گردآوری داده ها از برگه ثبت موارد و پرسشنامه استفاده گردید. ابتدا برگه ثبت موارد مربوط به کفایت وسایل و مواد مورد نیاز مراقبت های بارداری برای هر مرکز و خانه بهداشت تکمیل شد. سپس جهت بررسی کیفیت مراقبت های بارداری از برگه ثبت موارد مربوطه استفاده گردید. برای هر یک نفر ارائه دهنده مراقبت، ۶ برگه ثبت موارد تکمیل شد و برای هر یک از مادران مورد مطالعه پرسشنامه رضایت از مراقبت های بارداری تکمیل گردید.

نتایج نشان داد که تنها یکی از مراکز، بدترین کیفیت را در ارائه مراقبت های بارداری داشته است و بقیه مراکز کیفیت مطلوب داشتند. همچنین کمبود کارت مراجعه مادر باردار و قرص آهن در سطح شهرستان وجود داشت. به علاوه کیفیت مراقبت های بارداری از نظر گرفتن شرح حال و معاینه شکم دچار مشکل بود. اما در مجموع کیفیت مراقبت های دوران بارداری در سطح شهرستان در حد مطلوب ارزیابی شد.

LQAS ,

واژه های کلیدی:

<sup>۱</sup> عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا (\*مؤلف مسئول)

<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج

در بسیاری مطالعات در مناطق مختلف دنیا از جمله در کشور ما نیز کیفیت ارائه خدمات مراقبت های دوران بارداری نامطلوب گزارش شده است (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۰، پاک گوهر، ۱۳۷۵، سالاری، ۱۳۷۵ و Siko، ۱۹۹۶).

در صورت کمبود وسایل و تجهیزات مناسب که بخشی از ملزومات ارائه مطلوب مراقبت های بارداری است، افت کیفیت خدمت رسانی ایجاد می گردد (Siko، ۱۹۹۶).

یکی از روش های بررسی کیفیت مراقبت Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) می باشد. به کمک این روش می توان با صرف هزینه و وقت کمتر در مقایسه با سایر روش های نمونه گیری، کیفیت ارائه خدمت را در واحدهای بهداشتی بررسی و با شناسایی واحدهای دچار مشکل نسبت به رفع مشکلات و کمبودهای آن ها اقدام کرد (Lemeshow و Taber، ۱۹۹۱). اجرای این روش مدرن نسبتاً ساده است و می تواند ضمن ارزیابی خدمات بهداشتی، انگیزه بالاتری جهت دست یابی به سطوح بالاتر خدمات اساسی پدید آورد. (Valadez و Devekota، ۲۰۰۲ و Weiss، ۲۰۰۲).

در روش LQAS جمعیت موردنظر به تعدادی نمونه های کوچک تر (Lot) تقسیم می شود، که هر یک از آن ها حکم یک طبقه را دارد، اما نمونه ها از هر طبقه، کوچک تر از آن هستند که به تنهایی حدود اطمینان معنی داری در مورد تخمینی که از آن نمونه به دست می آید داشته باشد (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۰). هر Lot (نمونه) بر اساس آستانه حیاتی از پیش تعیین شده، می تواند پذیرفته

کیفیت ارائه خدمت، چگونگی انجام خدمت بر اساس استانداردهای از قبل تعیین شده است و منظور از تضمین کیفیت مجموعه فعالیت هایی است که هم به سنجش کیفیت و هم به ارتقاء و بهبود کیفیت می پردازد (گشتاسبی، مجلسی و رحیمی فروشانی، ۱۳۸۰). از این رو برنامه های تعیین کیفیت، کلیه وظایف و فعالیت های لازم جهت دست یابی به کیفیت مطلوب را در بر می گیرند. از طرف دیگر تضمین کیفیت به عنوان سیستمی جهت برنامه ریزی و هماهنگی تمامی تلاش های گروه های مختلف یک سازمان به منظور نگهداری یا بهبود کیفیت در سطحی قابل قبول و استاندارد تعریف می شود.

استاندارد کیفی بالا نیازمند تجهیزات کامل، مهارت بالای پرسنل و صرف وقت و دقت در ارائه خدمت است. از سوی دیگر، کیفیت پائین عملکرد ارائه دهندگان خدمت بهداشتی موجب ارائه نامطلوب خدمت رسانی به مردم شده و نارضایتی آن ها را به همراه خواهد داشت.

مراقبت خوب و مطلوب دوران بارداری برای تولد فرزندی سالم از مادری سالم ضروری است و انجام مراقبت های نادرست بدتر از انجام ندادن هیچ اقدامی است (Bischoff, Beck, McDuffie و Cross، ۱۹۹۶، Handler، ۱۹۹۶ و Goldani، Barbien، Silva و Bettiol، ۲۰۰۴). دریافت نامطلوب مراقبت های دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زود رس، تولد کودکان با وزن کم هنگام تولد، و مرگ مادر و کودک می گردد (مجیدی و مرادی، ۱۳۸۳).

گرفته است. در مورد کیفیت انجام مراقبت، استاندارد مورد قبول برای حد بالا، ۹۵ درصد و برای حد پایین، ۶۰ درصد است (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۰ و Sylvie, ۲۰۰۲).

روش بررسی کیفیت نحوه ارائه خدمت در دو مرحله صورت می‌گیرد. ابتدا نمونه‌ای که نماینده کارکنان سیستم بهداشتی است انتخاب می‌شود که قضاوت در مورد این نمونه بیانگر وضعیت کل سیستم خواهد بود. سپس عملکرد پرسنل به صورت کافی یا ناکافی طبقه بندی می‌شود. برای مرحله اول معمولاً سیستم سه تایی ۸۰ درصد و ۵۰ درصد انتخاب می‌شود. به عبارتی دیگر انتظار می‌رود که ۸۰ درصد کارکنان خدمت را به صورت مناسب ارائه دهند و اگر ۵۰ درصد کارکنان یا کمتر، خدمت را به طور مناسب ارائه دهند در آن صورت برنامه ریزی و آموزش در مورد آن خدمت از اولویت برخوردار خواهد بود و در صورتی که بین ۵۰ تا ۸۰ درصد کارکنان خدمت را مناسب ارائه دهند اگر چه ضرورت مداخله برای بهبود آن خدمت وجود دارد اما اولویت با مراکزی است که کمتر از ۵۰ درصد کارکنان آن خدمت مطلوب ارائه می‌دهند، لذا در مراحل بعدی و در صورت وجود منابع کافی برای بهبود آن ها اقدام خواهد شد (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۰).

در این بررسی، ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری و خانه بهداشت مورد مطالعه قرار گرفت. با توجه به این تعداد حداکثر ۵ مرکز مجاز به ارائه خدمت نامطلوب بودند (Valadez, ۱۹۹۱). یعنی در صورتی که ۵ یا کمتر از ۵ مرکز خدمت نامطلوب

و یا رد شود. با توجه به نقش و اهمیت کیفیت مراقبت های دوران بارداری در سلامت جامعه و با عنایت به این که LQAS روشی مناسب و نسبتاً آسان جهت بررسی کیفیت خدمات مراقبت دوران بارداری می باشد این پژوهش انجام شده است تا ضمن معرفی این روش، از نتایج حاصله در ارتقاء هر چه بیشتر سلامت مادران و کودکان بهره گیری شود.

### روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی با استفاده از روش LQAS انجام شده است.

در این پژوهش مراحل اجرایی روش LQAS به ترتیب ذکر شده انجام گرفت، (۱) تعیین خدمت مورد نظر که در این بررسی کیفیت مراقبت های دوران بارداری بود، (۲) تعیین واحد های مورد بررسی که در این بررسی مشتمل بر مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت شهرستان (جمعاً ۱۸ مرکز) آستارا بودند، (۳) تعیین جمعیت دریافت کننده خدمت که در این بررسی مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت شهرستان آستارا مورد مطالعه قرار گرفتند و (۴) تعیین یک سیستم سه تایی برای طبقه بندی واحدهایی که جمعیت آن به دلیل کیفیت پائین ارائه خدمات، در معرض بیشترین خطر قرار دارند. در این مطالعه کیفیت مراقبت های دوران بارداری از سه جنبه شامل کیفیت نحوه ارائه خدمت، کفایت وسایل و مواد مورد نیاز این مراقبت ها و رضایت مادران باردار دریافت کننده خدمت مورد بررسی قرار

برگه حداکثر ۱۰۰ بود. سپس شش برگه ثبت موارد (شماره ۲) مربوط به نحوه ارائه مراقبت بارداری به مادران باردار تکمیل گردید. این برگه دارای ۱۶ جزء بود، شامل: خوش آمدگویی و برقراری ارتباط با مادر، صحبت در مورد اهمیت ولزوم مراقبت دوران بارداری، گرفتن شرح حال قبلی، گرفتن شرح حال حاملگی فعلی و پرسش از ناراحتی های احتمالی، معاینه ادم، معاینه شکم، توزین مادر، اندازه گیری فشار خون، آموزش نکات ضروری، دادن قرص آهن و آموزش نحوه مصرف، درخواست آزمایش های ضروری، ارجاع در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش ها، تشخیص موارد پرخطر، ارجاع مادران پرخطر، پاسخ به پرسش های مادر و یادآوری مراجعه بعدی.

حداکثر امتیاز این برگه ۹۵ بود. در صورتی که امتیاز حاصله ۷۰ و یا بیشتر بود، نحوه ارائه مراقبت های بارداری مطلوب ارزیابی می شد و در صورتی که امتیازکسب شده کمتر از ۷۰ بود ارائه خدمت نامطلوب ارزیابی می شد.

پرسشنامه رضایت مادران از نحوه ارائه مراقبت دوران بارداری نیز شامل ۱۴ سؤال بود، که بر اساس مقیاس ۵ رتبه ای لیکرت تنظیم گردید و حداکثر امتیاز آن ۷۰ بود. در صورتی که امتیاز به دست آمده از این پرسشنامه ۵۰ و یا بیشتر بود تحت عنوان رضایت کامل و در صورتی که کمتر از ۵۰ بود تحت عنوان رضایت ناکامل (ناکافی) طبقه بندی گردید.

تجزیه و تحلیل های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت. استاندارد مورد قبول برای

ارائه دهند می توان با ۹۵ درصد اطمینان گفت که کیفیت ارائه خدمت در ۸۰ درصد مراکز کل شهرستان مطلوب بوده است و اگر بیش از ۵ مرکز خدمت نامطلوب ارائه دهند با ۹۵ درصد اطمینان می توان قضاوت کرد که کیفیت ارائه خدمت در کمتر از ۵۰ درصد مراکز مطلوب بوده است.

در طبقه بندی عملکرد پرسنل بهداشتی با توجه به نمونه های ۶ تایی در آستانه های ۹۵ درصد و ۶۰ درصد، فقط یک نفر می توانست خدمت نامناسب دریافت دارد (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۰).

(۵) تعیین احتمال خطر قابل پذیرش خدمت برای ارائه کننده و استفاده کننده خدمت، که هر دو را معمولاً کمتر از ۱۰ درصد می گیرند.

در این تحقیق، مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت مورد مطالعه قرار گرفتند و برای هر مرکز هفت برگه ثبت موارد و پرسشنامه تکمیل گردید.

ابتدا جهت بررسی کفایت وسایل مورد نیاز جهت ارائه مراقبت ها، برگه ثبت موارد مربوطه (شماره ۱) تکمیل شد تا کمبود وسایل مشخص گردد. این برگه شامل دستور العمل های اجرایی، پرونده خانوار، دفتر مراقبت زنان باردار، کارت مراجعه زنان باردار، ترازوی بزرگسال سالم، گوشی سالم، فشارسنج سالم، متر پارچه ای سالم، گوشی مامایی، قرص آهن و واکسن توام (دیفتری، کزاز) بود. برای وجود پرونده خانوار و دفتر مراقبت زنان باردار هر یک ۵ امتیاز و برای بقیه موارد ۱۰ امتیاز در نظر گرفته شد و در نتیجه جمع امتیازات این

کیفیت وسایل مورد نیاز در مراقبت های دوران بارداری برای حد بالا  $\geq 80\%$  و برای حد پایین  $\leq 50\%$  و کیفیت خدمت برای حد بالا  $\geq 95\%$  و برای حد پایین  $\leq 60\%$  در نظر گرفته شد (Valadez, 1991).

برای تنظیم برگه های ثبت موارد ۱ و ۲ از دستورالعمل های اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده شده است. نظرات صاحب نظران نیز در این زمینه مورد توجه قرار گرفته است و بدین ترتیب روایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت. جهت تأیید پایایی ابزار از روش تست هم زمان استفاده شده است.

### نتایج

یافته های پژوهش درجداول ۱ و ۲ خلاصه شده اند.

( )

ندارد	۰	برقراری ارتباط با مادر	۱
دارد	۶	گرفتن شرح حال	۲
ندارد	۱	درخواست آزمایش ها	۳
دارد	۰	توزین	۴
ندارد	۱	اندازه گیری فشار خون	۵
دارد	۸	معاینه شکم	۶
ندارد	۲	معاینه ادم	۷
ندارد	۰	آموزش های ضروری	۸
ندارد	۰	ارائه قرص آهن و آب	۹
ندارد	۰	تشخیص و ارجاع مادران پر خطر	۱۰

موارد ۲ و ۶ از نظر مداخله برای بهبود وضعیت در سطح شهرستان دارای اولویت هستند.

همانگونه که جدول شماره (۱) نشان می دهد مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت شهرستان از نظر کارت مراجعه مادر باردار و قرص آهن دچار نارسایی بودند و همه مراکز از نظر وسایل و مواد مورد نیاز مراقبت های بارداری در حد کاملاً کافی ( $\geq 80\%$ ) ارزیابی شدند. جدول شماره (۲) نشان می دهد از ۱۰ مورد در نظر گرفته شده جهت بررسی کیفیت نحوه ارائه خدمت، در ۲ مورد (گرفتن شرح حال و معاینه شکم) مشکل وجود داشته است که از نظر مداخله در اولویت قرار دارد. از نظر درخواست آزمایش های ضروری دوران بارداری ۱ مرکز، اندازه گیری فشار خون و معاینه ادم ۲ مرکز دچار ضعف عملکرد بودند.

( )

ندارد	۱	دستور العمل های اجرایی	۱
ندارد	۰	پرونده خانوار	۲
ندارد	۰	دفتر مراقبت مادر باردار	۳
دارد	۱۸	کارت مراجعه مادر باردار	۴
ندارد	۰	ترازوی بزرگ سالم	۵
ندارد	۰	گوشی سالم	۶
ندارد	۰	فشارسنج سالم	۷
ندارد	۰	مترپارچه ای سالم	۸
ندارد	۰	گوشی مامایی	۹
ندارد	۹	قرص آهن	۱۰
دارد	۱	واکسن توام بزرگسال	۱۱

پرسنل بهداشتی اثر بخشی بیشتری نسبت به سایر اقدام ها دارند. لذا در مطالعه حاضر برقراری ارتباط مناسب بین مادران و پرسنل بهداشتی می تواند تا حد زیادی باعث رضایت مددجویان شده باشد.

برخلاف آنچه انتظار می رفت برخی از مراکز روستایی عملکرد مطلوب تری نسبت به مراکز شهری داشتند شاید زیادی تعداد مراجعین در مراکز شهری بر کیفیت ارائه خدمت تاثیر گذاشته باشد. البته از آنجائی که مادران مورد مطالعه در خانه های بهداشت روستایی نمونه توسط ماماهاى کاردان یا کارشناس مورد مراقبت قرار می گرفتند، دست یابی به چنین نتیجه ای چندان دور از انتظار نمی باشد.

وضعیت آگاهی مادران از مراقبت های دوران بارداری همانند مطالعه گشتاسبی مطلوب و نسبت به تحقیق سالاری در استان آذربایجان غربی بسیار بهتر بوده است. به عقیده McDuffie و همکاران (۱۹۹۶) آگاهی بیشتر می تواند بر استفاده بیشتر از مراقبت های دوران بارداری و در ارتقاء آن تاثیر گذار باشد. بین مراکز مورد مطالعه از نظر کفایت وسایل و مواد مورد نیاز مراقبت های دوران بارداری تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت، زیرا در تمامی آن ها کفایت وسایل و مواد مورد نیاز مورد تأیید قرار گرفته بود.

در کل کیفیت مراقبت دوران بارداری در سطح شهرستان مطلوب ارزیابی شد. اما متأسفانه وضعیت کیفیت مراقبت در برخی از مراکز شهری پائین تر از خانه های بهداشت روستایی ارزیابی شد. از این رو اجرای اقدام هایی موثر برای بهبود کیفی

گفتنی است بخشی از بررسی کیفیت خدمت می تواند رضایت سنجی از مددجویان باشد که در این مطالعه در ۲ مرکز در حد بسیار ناکافی، یک مرکز قابل قبول و در بقیه مراکز به صورت کاملاً کافی ارزیابی شد.

### بحث و نتیجه گیری

با روش LQAS می توان کیفیت یک خدمت را بررسی کرد. در این بررسی دست یابی به دو هدف (۱) تعیین ضعف عملکرد پرسنل بهداشتی در مورد یک بخش از خدمت و (۲) تعیین ضعف موجود در کل سیستم بهداشتی عملی خواهد شد.

در بررسی انجام شده یک مرکز بدترین کیفیت ارائه خدمت در زمینه مراقبت های دوران بارداری را داشت که نیازمند توجه مسئولین به جنبه های مختلف عملکردی پرسنل می باشد تا با آموزش پرسنل واحد مراقبت مادران جهت ارتقاء دانش و بهبود مهارت ها و عملکرد آن ها گام موثری برداشته شود.

در کل، وضعیت مشاهده شده در سطح شهرستان آستارا در مقایسه با استان کهگیلویه و بویر احمد و نیز استان آذربایجان غربی به نحو چشمگیری مطلوب تر ارزیابی شده است.

با توجه به نتیجه رضایت سنجی به عمل آمده از مادران باردار که رضایت آن ها در حد کافی ارزیابی شده بود می توان آن را ناشی از برقراری ارتباط مناسب با مادران باردار دانست. Handler (۱۹۹۶) در مطالعه ای با عنوان بررسی رضایت بیماران از مراقبت دوران بارداری بیان می کند برخی موارد از جمله رابطه متقابل بین بیمار و

دوران بارداری در زائوهای بستری در مراکز آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شهر تهران. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۲، شماره ۱، ص ۳۸-۳۲.

Goldani, M.Z., Barbien, M.A., Silva, A.A., Bettiol, H. (2004). Trends in Prenatal care use and low birth weight in Southeast Brazil. American Journal of Public Health. 94, 1366-1371.

Handler, A. (1996). Patient's satisfaction with prenatal care setting -A focus group study. Birth, 23(1), 31-37.

Lemeshow, S., Taber, S. (1991). Lot Quality Assurance Sampling: Single and double sampling plans. World Health Statistics Quarterly, 44, 115-132.

Mc Duffie, R.S., Beck, A., Bischoff, K., Cross, J. (1996). Effect of frequency of prenatal outcome among low risk women. Randomized Controlled Trial. JAMA, 275- 847- 51.

Siko, S. (1996). An evaluation of the quality of antenatal care at rural health centers in Matebeland North Province Central Africa Journal of Medicine 17- 433- 34.

Sylvie, H. (2002). Child survival XVI, the strength program LQAS midterm survey. WWW.dec.org/pdf-docs/PNACR, 190.

Valadez, J.J. (1991). Assessing child survival programs in developing countries. Testing lot quality assurance sampling. Harvard university press.

Valadez, J.J., & Devekota, B.R. (2002). Using LQAS in two districts of Southern Nepal. WWW.MSH.org/News-room/news-release/pdf.

Weiss, M.A. (2002). Identifying pockets of unvaccinated children following a mass immunization campaign for polio eradication in Mohattari District Nepal using Lot Quality Assurance Sampling techniques. The Annual Meeting of American Public Health Association, John Hopkins Bloomberg School of Public Health

این مراکز ضروری به نظر می رسد. همچنین در برخی اجزاء مهم مانند معاینه شکم و گرفتن شرح حال در سطح شهرستان نارسایی به چشم می خورد که نیاز به آموزش کافی را ایجاب می کند.

### تقدیر و تشکر

لازم است از همکاری صمیمانه مسئولین محترم و پرسنل پرتلاش مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه بهداشت شهرستان آستارا و خانم سوسن کارگر که در جمع آوری داده ها یاور اینجانب بوده اند، کمال تشکر را داشته باشم. همچنین از یاری آقای ایمان تقدسی در برخی مراحل تجزیه و تحلیل آماری سپاسگزاری می شود.

### منابع

پاک گوهر، مینو. (۱۳۷۵). بررسی کیفیت مراقبت های دوران بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی و غیر دانشگاهی تهران، پایان نامه فوق لیسانس مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

سالاری لک، شاکر. (۱۳۷۵). ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی اولیه (مادر و کودک) در روستاهای تحت پوشش خانه های بهداشت استان آذربایجان غربی به روش LQAS، پایان نامه دوره تخصصی اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

گشتاسبی، آرزیتا، مجلسی، فرشته، رحیمی فروشانی، عباس. (۱۳۸۰). ارزشیابی کیفیت مراقبت های دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویر احمد به روش LQAS. فصلنامه پایش، سال اول، شماره اول، ص ۱۲-۷.

مجیدی، سهیلا و مرادی، آذر. (۱۳۸۳). بررسی علل مراجعه نامرتب زنان باردار جهت دریافت مراقبت های