

ارزیابی کیفیت عملکرد تیم سلامت در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان با استفاده از آزمون بالینی ساختاردار عینی

نرجس بحری^۱ (Ph.D Student)، براتعلی عرب‌نژاد^۲ (Ph.D)، نسرین بحری^۳ (M.Sc)، فریبا اسحاقی حصار^۴ (B.Sc)، طاهره فتحی نجفی^۳ (Ph.D Student)، منال لرکی^۴ (M.Sc)

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

۲- مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران

۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت کلید پیشگیری از مرگ و میر مادران مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت است. اولین گام در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، ارزیابی کیفیت ارائه این خدمات می‌باشد. این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت عملکرد تیم سلامت در ارتباط با مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان طراحی و انجام شد. مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۱۰۵ پزشک و مامای تیم سلامت که در مراکز بهداشتی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره سه مشهد شاغل بودند، به روش سرشماری وارد شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه مشخصات فردی و سه آزمون بالینی ساختاردار عینی در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان بودند. مشارکت‌کنندگان پس از تکمیل پرسش‌نامه مشخصات فردی ایستگاه‌های طراحی شده آزمون بالینی ساختاردار عینی را که برای مراجعین فرضی طراحی شده بود، به ترتیب گذراندند.

یافته‌ها: بهترین عملکرد تیم سلامت در حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری (۹۸/۱ درصد عملکرد خوب) و ضعیف‌ترین عملکرد در حیطه مراقبت‌های پس از زایمان (۴۹/۵۲ درصد عملکرد خوب) مشاهده شد. در حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری اخذ شرح حال (۱۰۰ درصد) و ایمن‌سازی (۶۵/۷ درصد)، در حیطه مراقبت‌های دوران بارداری اخذ شرح حال (۱۰۰ درصد) و تجویز صحیح مکمل‌ها (۲۴/۷۶ درصد)، در حیطه مراقبت‌های پس از زایمان نیز ارزیابی مادر پس از زایمان (۹۸/۰۹ درصد) و ارائه توصیه‌های لازم (۵۷ درصد)، به ترتیب بهترین و ضعیف‌ترین کیفیت عملکرد توسط تیم سلامت ارائه شد. بین سن ($P=0/04$) و سابقه کار ($P=0/006$) با نمره کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری، بین مدرک تحصیلی و کیفیت ارائه مراقبت دوران بارداری ($P=0/02$) ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج کلی نشان داد که کیفیت عملکرد تیم سلامت در ارائه مراقبت‌های پس از زایمان مطلوب نمی‌باشد. از آنجایی که مراقبت مناسب در دوران نقاهت پس از زایمان نقش مهمی در کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد دارد؛ پیشنهاد می‌شود که مراقبین بهداشتی با شرکت منظم در دوره‌های بازآموزی مرتبط بر مهارت و تجربه خود بی‌افزایند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت مراقبت بهداشتی، مراقبت پیش از بارداری، مراقبت حین بارداری، مراقبت پس از زایمان، ارزیابی فرآیند مراقبت بهداشتی

مقدمه

نظام سلامت در تمامی کشورها می‌باشد [۱]. یکی از برنامه‌های نظام سلامت در ایران ارائه خدمات مراقبتی مرتبط با بارداری است که در سه حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری،

سلامت انسان‌ها یک حق اساسی و سرمایه‌ای ارزشمند برای اجتماع است و حفظ و ارتقای آن از مهم‌ترین اهداف

نشان داده است که دسترسی زنان به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کفایت در دوران بارداری، زایمان و پس از آن به میزان قابل توجهی زایمان زودرس، مرده‌زایی و مرگ نوزاد را کاهش می‌دهد [۹].

اگرچه در حال حاضر در ایران بیش از ۸۰ درصد مادران در دوران بارداری تحت مراقبت بوده و حدود ۸۵ درصد زایمان‌ها در مراکز زایمانی انجام می‌شود [۱۰]، اما با بهبود شاخص دسترسی کمی به خدمات توجه به ارتقاء کیفی خدمات نیز ضرورت دارد، چرا که دستیابی صرف به مراقبت‌ها کافی نیست و برای تغییر وضعیت سلامت مادران باید به کیفیت این خدمات نیز توجه داشت [۱۱]. در واقع ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی به عنوان اولین گام ارتقای کیفیت مراقبت‌ها در نظر گرفته می‌شود و یک فاکتور مهم جهت موثر بودن، کارایی و استمرار مراقبت‌ها است و به همین علت اکثر صاحب‌نظران اندازه‌گیری کیفیت سیستم‌های بهداشتی را یک ضرورت دانسته‌اند [۱۲، ۱۳]. پایش مناسب عمل‌کرد علاوه بر این که می‌تواند، نقش بسیار مهمی در دستیابی به شاخص افزایش کیفیت مراقبت‌های مادران داشته باشد، در موفقیت برنامه نیز نقشی اساسی دارد چرا که این امکان را فراهم می‌آورد تا متولیان بتوانند مسیر خود را بر اساس شرایط موجود اصلاح نموده، به آن پویایی ببخشند و با برنامه‌ریزی مناسب و رفع نواقص، زمینه ارتقای شاخص‌های مرتبط را فراهم آورند [۱۴].

مطالعات معدودی که در زمینه بررسی کیفیت عمل‌کرد مراقبت‌های مادران انجام شده است نتایج مختلفی را گزارش داده‌اند. در مطالعه تبریزی (۱۳۹۲) کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهر تبریز نسبتاً پایین بوده است [۱۵]، اما در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۶ در مشهد انجام شد، ۵۵/۸ درصد از مادران مراقبت‌های انجام شده در دوران بارداری را مناسب و صحیح گزارش نمودند [۱۶]. در مطالعه خیاطان (۱۳۸۹) در شهر ری کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه ۸۲/۵ درصد از کارکنان مطلوب گزارش شده است [۱۷]. نبی‌لو (۱۳۹۲) نیز که در شهرهای منتخب آذربایجان

دوران بارداری و پس از بارداری ارائه می‌شوند. طبق بیانیه دپارتمان جمعیت و سلامت خانواده (۲۰۰۹) مادران یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه محسوب می‌شوند و حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها به عنوان اساسی‌ترین رکن مراقبت بهداشتی درمانی در هر کشور محسوب می‌گردد. سالانه در جهان بالغ بر ۲۷۰۰۰۰ مرگ مادر، ۳/۳ میلیون مرگ نوزاد و ۲/۶ میلیون مرده‌زایی در سه ماهه سوم رخ می‌دهد [۲]. این در حالی است که مرگ و میر مادران در اغلب موارد قابل پیشگیری است و کلید پیشگیری از آن طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان می‌باشد [۳] و پنجمین هدف از اهداف توسعه هزاره نیز ارتقای سلامت مادران از طریق کاهش ۷۵ درصدی شاخص مرگ مادر بین سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ تعریف شده است [۵، ۴]. ایران یکی از ده کشوری است که به این هدف دست یافته و توانسته است میزان مرگ و میر مادران را طی هشت سال گذشته از ۲۷ مورد مرگ و میر در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده به ۲۰/۳ مورد برساند [۶]. اگر چه رسیدن به این شاخص موفقیت قابل توجهی محسوب می‌گردد، اما حفظ و بهبود آن بسیار دشوار است و نیاز به مداخلاتی فراتر از برنامه‌های موجود دارد. از سوی دیگر با توجه به هدف‌گذاری کمی شورای سیاست‌گذاری سلامت مادران مبنی بر کاهش میزان مرگ مادران به ۱۵ درصد هزار تولد زنده تا پایان برنامه پنجم توسعه، مسئولیت وزارت بهداشت برای برنامه‌ریزی در جهت بهبود این شاخص سنگین‌تر شده است [۷]. طبق آمارهای رسمی میزان مرگ و میر مادری در استان خراسان رضوی بالاتر از میانگین کشوری می‌باشد و با ۱۰۶ مورد مرگ مادری در طول یک دوره پنج ساله (۱۳۹۱-۱۳۸۷) در جایگاه دوم پس از استان تهران قرار داشته است [۷]. مطالعات نشان می‌دهد، یکی از فاکتورهای مرتبط با میزان بالای مرگ و میر مادری و نوزادی، ناشی از کیفیت ضعیف مراقبت‌های ارائه شده به آنان می‌باشد [۸، ۴]. به همین علت توجه به کیفیت خدمات باید استراتژی اصلی ارتقای سلامت مادران باشد و نتایج تحقیقات

تحت پوشش خود داشت. جهت انتخاب مشارکت‌کنندگان، روش نمونه‌گیری سرشماری به‌کار گرفته شد و کلیه پزشکان و ماماها شاغل در مراکز شهری و روستایی مرکز بهداشت شماره سه وارد مطالعه شدند. معیار ورود داشتن حداقل سه ماه سابقه کار و معیار خروج عدم تمایل مشارکت‌کنندگان به ادامه مطالعه بود. به این ترتیب ۱۷ پزشک و ۸۸ مامای شاغل به خدمت در مرکز بهداشت شماره سه مشهد وارد مطالعه شدند و تمامی مشارکت‌کنندگان مطالعه را به پایان رساندند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه مشخصات فردی و سه آزمون بالینی ساختاردار عینی در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان بودند. پرسش‌نامه مشخصات فردی مشتمل بر سؤالاتی در مورد سن، جنسیت، سابقه کار، نوع خدمت و محل خدمت بود. آزمون بالینی ساختاردار عینی در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری برای یک خانم فرضی و با استفاده از بوکلت چارت سلامت مادران در شش ایستگاه طراحی شده بود. این ایستگاه‌ها به ترتیب شامل اخذ شرح حال (۱۲-۰-نمره)، تفسیر آزمایشات و سونوگرافی‌ها (۳-۰-نمره)، نحوه‌ی معاینه بالینی پیش از بارداری (۳-۰-نمره)، ایمن‌سازی (۱-۰-نمره)، ارائه‌ی پس‌خوراند (۱۰-۰-نمره)، توصیه‌ها و آموزش‌های لازم (۲-۰-نمره) و نمره کسب شده از این آزمون بین (۳۱-۰) بود که در دو طبقه مطلوب (۳۱-۱۶) و نامطلوب (۱۵-۰) طبقه‌بندی شد. آزمون بالینی ساختاردار عینی در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری برای یک خانم فرضی بر اساس بوکلت چارت مراقبت مادران در ۱۲ ایستگاه طراحی شده بود. این ایستگاه‌ها به ترتیب شامل اخذ شرح حال (۲۰-۰-نمره)، تفسیر آزمایشات (۲-۰)، تفسیر سونوگرافی (۲-۰-نمره) نحوه معاینه بالینی (۲-۰-نمره)، ایمن‌سازی (۱-۰-نمره)، تعیین وزن‌گیری مادر باردار (۲-۰-نمره)، تجویز مکمل‌ها (۱-۰-نمره)، ارزیابی بارداری (۱۰-۰-نمره)، نتیجه بارداری (۲-۰) ارائه پس‌خوراند (۱۵-۰-نمره)، ارائه توصیه‌ها و آموزش‌های لازم (۲-۰-نمره)، مراجعه بعدی (۲-۰) بودند. نمره کل این آزمون بین (۶۱-۰) بود و نمرات

غربی به ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی در پایگاه‌های بهداشتی پرداخت، بر اساس ارزشیابی‌های خود به این جمع‌بندی رسید که وضعیت موجود خدمات بهداشتی با انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات فاصله زیادی داشته است [۱۸].

در مطالعاتی که تاکنون در ایران در مورد ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های مادران انجام شده است، این ارزشیابی‌ها بر اساس نظرات دریافت‌کنندگان خدمات و یا خود تیم بهداشتی بوده و ارزشیابی عمل‌کرد به صورت مستقیم انجام نشده است. این در حالی است که به اذعان محققین روش‌های سنتی ارزشیابی که بر قضاوت و نظرات شخص ارزیاب استوار است دارای سوگیری می‌باشد و لذا این روش‌ها قادر به ارائه نتایج دقیق نمی‌باشند [۱۹]. آزمون بالینی ساختاردار عینی (OSCE) یکی از روش‌های مدرن ارزشیابی است که مبتنی بر عمل‌کرد می‌باشد و به ارزیابی جامع و عینی دانش عملی و مهارت‌های رفتارهای و تصمیم‌گیری در شرایط واقعی می‌پردازد [۱۹، ۲۰]. این آزمون که اولین بار در سال ۱۹۷۰ توسط هاردن و گلیسون معرفی شد، امروزه شناخته شده‌ترین روش ارزشیابی مهارت‌ها به شمار می‌آید و کاربرد بسیار گسترده‌ای پیدا کرده است [۲۱، ۲۲]. مطالعه حاضر با توجه به اهمیت و لزوم ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های مادران جهت ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط پزشکان و ماماها تیم سلامت در سه حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان با استفاده از آزمون بالینی ساختاردار عینی انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۱ در شهر مشهد انجام شد، مرکز بهداشت شماره سه به صورت تصادفی از بین پنج مرکز بهداشت شهر مشهد به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. این مرکز محدوده جغرافیایی وسیعی از مناطق جنوبی تا مناطق شمالی و منطقه مرکزی مشهد را در بر می‌گیرد و در زمان انجام مطالعه ۱۴ مرکز شهری و ۸ مرکز روستایی را

مراقبت‌های پس از زایمان را می‌گذرانند که در هر ایستگاه یک ارزیاب وجود داشت. پس از اتمام آزمون، فرم‌های تکمیل شده توسط پژوهشگران بررسی و به تفکیک تک تک ایستگاه‌ها و نیز کل آزمون نمره‌گذاری شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از SPSS 11.5 و آزمون‌های آماری توزیع فراوانی، میانگین، کروسکال والیس و من‌ویتنی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

نتایج

نتایج بررسی مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $37/09 \pm 7/48$ سال، میانگین و انحراف معیار سابقه کار آن‌ها $8/93 \pm 7/16$ سال و جنسیت تمامی مشارکت‌کنندگان مونث بود. وضعیت مشارکت‌کنندگان از نظر مدرک تحصیلی، وضعیت استخدامی، محل خدمت و گذراندن دوره مرتبط با مراقبت‌های مادران در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. بررسی برخی از مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان

مشخصات مشارکت‌کنندگان	(درصد) تعداد	
مدرک تحصیلی	کاردانی (۳۶/۱۹)	۳۸
	کارشناسی (۴۷/۶۱)	۵۰
	دکترای حرفه‌ای (۱۶/۱۹)	۱۷
وضعیت استخدامی	رسمی (۳۰/۴۷)	۳۲
	پیمانی (۵/۷۱)	۶
	تبصره ۳ (۵/۷۱)	۶
	طرح نیروی انسانی (۲۰/۰)	۲۱
محل خدمت	تیم سلامت (۳۸/۰۹)	۴۰
	شهر (۶۰/۰)	۶۳
	روستا (۴۰/۰)	۴۲
گذراندن دوره آموزشی	بلی (۸۰/۰)	۸۴
	مراقبت مادران خیر (۲۰/۰)	۲۱

نتایج آزمون بالینی ساختاردار عینی در بررسی کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان نشان داد که بیش‌ترین و کم‌ترین

این آزمون در دو طبقه مطلوب (۶۱-۳۱) و نامطلوب (۳۰-۰) طبقه‌بندی شدند. آزمون بالینی ساختاردار عینی در زمینه مراقبت‌های پس از بارداری شامل چهار ایستگاه بود. این ایستگاه‌ها نیز بر اساس بوکلت چارت مراقبت مادران طراحی شده بودند و به ترتیب شامل ارزیابی پس از زایمان (۱۰-۰ نمره)، توصیه‌های لازم (۲-۰)، مراجعه بعدی (۱-۰ نمره)، ارائه پاسخ‌ها (۱۰-۰ نمره) بودند. نمره کل این آزمون بین (۲۳-۰) بود و نمرات آن در دو طبقه مطلوب (۲۳-۱۲) و نامطلوب (۱۱-۰) طبقه‌بندی شد. لازم به ذکر است که معیار نمره‌دهی در هر یک از ایستگاه‌های مربوط به مراقبت‌های قبل از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان، تعداد آیتم‌های مورد نظر بر اساس بوکلت چارت سلامت مادران بود، به طوری که ایستگاه‌هایی که در بوکلت چارت سلامت مادران تعداد آیتم بیش‌تری برای ارزیابی داشتند، نمره بالاتری را به خود اختصاص دادند.

روایی کلیه فرم‌ها با استفاده از روش روایی محتوی و پس از اعمال نظر ۱۲ نفر از اساتید مامایی، بهداشت باروری و آموزش پزشکی تایید گردید. هم‌چنین جهت روایی آزمون‌های بالینی ساختاردار عینی، شاخص تمیز و ضریب دشواری محاسبه گردید که شاخص تمیز $Diff=0/8$ و ضریب دشواری $Disc=0/6$ بود. جهت بررسی پایایی آزمون‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی آزمون مراقبت‌های پیش از بارداری با $\alpha=0/82$ ، پایایی آزمون مراقبت‌های دوران بارداری با $\alpha=0/79$ و پایایی آزمون مراقبت‌های پس از زایمان با $\alpha=0/81$ تایید گردید.

در مرحله جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا یک جلسه توجیهی در مورد اهداف مطالعه و هم‌چنین نحوه برگزاری آزمون بالینی ساختاردار عینی برای مشارکت‌کنندگان برگزار شد و سپس رضایت کتبی و آگاهانه از آن‌ها اخذ گردید. مشارکت‌کنندگان پس از تکمیل پرسش‌نامه مشخصات فردی وارد آزمون بالینی ساختاردار عینی می‌شدند که در هر ایستگاه یک ارزیاب وجود داشت. شرکت‌کنندگان به ترتیب ایستگاه‌های مربوط به مراقبت‌های پیش از بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری و

جدول ۳. ارزیابی مراقبت‌های دوران بارداری به تفکیک ایستگاه‌های

دوازده گانه آزمون بالینی ساختاردار عینی

ایستگاه‌های آزمون	مطلوب (درصد) تعداد	نامطلوب (درصد) تعداد	نمره کل انحراف معیار ± میانگین
اخذ شرح حال	۱۰۵ (۱۰۰/۰۰)	۰ (۰)	۱۶/۳۳±۰/۶۸
تفسیر آزمایشات	۵۵ (۵۲/۳۸)	۵۰ (۴۷/۶۱)	۰/۷۶±۰/۳۴
تفسیر سونوگرافی	۸۴ (۸۰/۰)	۲۱ (۲۰/۰)	۰/۸۸±۰/۲۷
نحوه معاینه بالینی	۷۹ (۷۵/۲۳)	۲۶ (۲۴/۷۶)	۱/۴۴±۰/۷۵
ایمن سازی	۵۵ (۶۱/۹)	۴۰ (۳۸/۰۹)	۰/۳۴±۰/۱۹
تعیین وزن گیری	۳۷ (۳۵/۲۳)	۶۸ (۶۴/۷۶)	۰/۶۶±۰/۲۷
تجویز مکمل‌ها	۲۶ (۲۴/۷۶)	۷۹ (۷۵/۲۳)	۰/۲۲±۰/۱۷
ارزیابی بارداری	۹۳ (۸۸/۵۷)	۱۲ (۱۱/۴۲)	۶/۷±۲/۰۵
نتیجه بارداری	۴۷ (۴۴/۷۶)	۵۸ (۵۵/۲۳)	۰/۴۵±۰/۴۹
ارائه پسخوراند	۸۹ (۸۴/۷۶)	۱۶ (۱۵/۲۳)	۱۲/۳۸±۳/۷۱
آموزش و مشاوره	۷۷ (۷۳/۳۳)	۲۸ (۲۶/۶۶)	۱/۴۵±۰/۷۸
مراجعه بعدی	۵۴ (۵۱/۴۲)	۵۱ (۴۸/۵۷)	۰/۵۴±۰/۴۸

کیفیت عملکرد خوب به ترتیب مربوط به مراقبت‌های قبل

بارداری و پس از زایمان می‌باشد. (شکل ۱)



شکل ۱. بررسی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در دوران قبل، حین و پس از زایمان توسط تیم سلامت

بررسی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط تیم سلامت در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری نشان داد که بیش‌ترین کیفیت مراقبت‌ها در زمینه اخذ شرح حال در ۱۰۰ درصد (۱۰۵ نفر) پرسنل تیم سلامت و کم‌ترین کیفیت در زمینه ایمن‌سازی در ۶۵/۷ درصد (۶۹ نفر) از اعضای تیم سلامت وجود داشته است. جزئیات بررسی کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. ارزیابی مراقبت‌های پیش از بارداری به تفکیک ایستگاه‌های

شش گانه آزمون بالینی ساختاردار عینی

ایستگاه‌های آزمون	مطلوب (درصد) تعداد	نامطلوب (درصد) تعداد	نمره کل انحراف معیار ± میانگین
اخذ شرح حال	۱۰۵ (۱۰۰/۰)	۰ (۰)	۱۱/۶۷±۰/۳
تفسیر آزمایشات و سونوگرافی	۱۰۲ (۹۷/۱)	۳ (۲/۸۵)	۲/۷۳±۰/۵۷
نحوه معاینه بالینی	۸۸ (۸۳/۸)	۱۷ (۱۶/۱)	۲/۰۹±۰/۷۹
ایمن سازی	۶۹ (۶۵/۷)	۳۶ (۳۴/۲۸)	۰/۳۹±۰/۱۵
ارائه پسخوراند	۱۰۳ (۹۸/۰۹)	۲ (۱/۹)	۹/۲±۱/۴
آموزش و مشاوره	۹۲ (۸۷/۶)	۱۱ (۱۰/۴۷)	۱/۵±۰/۵۸

بررسی کیفیت مراقبت‌ها در زمینه مراقبت‌های پس از بارداری نشان داد که بهترین کیفیت مراقبت‌ها در زمینه ارزیابی پس از زایمان در ۹۸/۰۹ درصد (۱۰۳ نفر) از پرسنل تیم سلامت و کم‌ترین کیفیت در زمینه ارائه توصیه‌های لازم در ۵۷ درصد (۵۷ نفر) از پرسنل تیم سلامت وجود داشته است. جزئیات بررسی کیفیت مراقبت‌های پس از بارداری در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. ارزیابی مراقبت‌های پس از زایمان به تفکیک ایستگاه‌های

چهارگانه آزمون بالینی ساختاردار عینی

ایستگاه‌های آزمون	مطلوب (درصد) تعداد	نامطلوب (درصد) تعداد	نمره کل انحراف معیار ± میانگین
ارزیابی پس از زایمان	۱۰۳ (۹۸/۰۹)	۲ (۱/۹)	۱۱/۶۷±۰/۳
آموزش و مشاوره	۵۷ (۵۷/۰۰)	۴۸ (۴۳/۰۰)	۲/۷۳±۰/۵۷
مراجعه بعدی	۶۱ (۵۸/۰۹)	۴۴ (۴۱/۹)	۲/۰۹±۰/۷۹
ارائه پسخوراند	۸۸ (۸۳/۸)	۱۷ (۱۶/۱۹)	۰/۳۹±۰/۱۵

در مطالعه حاضر ارتباط بین مشخصات فردی تیم سلامت با میانگین نمره کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری، دوران بارداری و پس از بارداری بررسی شد. بین سن ($P=۰/۰۴$) و سابقه کار ($P=۰/۰۰۶$) با نمره کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت. هم‌چنین

بررسی کیفیت مراقبت‌ها در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری نشان داد که بهترین کیفیت مراقبت‌ها در زمینه اخذ شرح حال در ۱۰۰ درصد (۱۰۵ نفر) پرسنل تیم سلامت و کم‌ترین کیفیت در زمینه تجویز مکمل‌ها در ۲۴/۷۶ درصد (۲۶ نفر) از پرسنل تیم سلامت وجود داشته است. جزئیات بررسی کیفیت مراقبت‌های حین بارداری در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

آزمون برای ارزیابی مهارت‌های بالینی استاندارد است اما می‌توان گفت که افراد در شرایط مشابه‌سازی شده آزمون بالینی ساختاردار عینی، عمل‌کرد مناسب‌تری را نسبت به محیط‌های واقعی نشان می‌دهند. محققان عواملی هم‌چون نداشتن فرصت کافی، فقدان پرسنل کافی، داشتن مسئولیت‌های متعدد دیگر، نگرش منفی زنان نسبت به اهمیت مراقبت‌ها و عدم تمایل مادران به دریافت مراقبت‌های را در کاهش کیفیت عمل‌کرد تیم سلامت در محیط‌های واقعی ارائه مراقبت‌ها مثل مراکز بهداشتی دخیل می‌دانند [۲۵،۲۳].

در پژوهش حاضر بیش‌ترین عمل‌کرد مطلوب در حیطه مراقبت‌های قبل از بارداری، مرتبط با ایستگاه اخذ شرح حال بود به‌طوری‌که تمامی پرسنل بهداشتی در این زمینه عمل‌کرد مطلوبی داشتند. در مطالعه انصاری نیکی (۱۳۸۲) نیز در بخش گرفتن شرح حال کامل در ۴۹/۵ درصد موارد، استانداردهای مراقبتی رعایت شده بود [۲۶]. در پژوهش حاضر کم‌ترین عمل‌کرد مطلوب تیم مراقبتی در حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری مرتبط با ایستگاه ایمن‌سازی بود، به‌طوری‌که ۶۵/۷ درصد پرسنل بهداشتی در این زمینه عمل‌کرد مطلوب داشتند. در پژوهش مجاهد (۱۳۸۴) گزارش شده است که ۶۵/۲ درصد از زنان در بارداری اخیر تحت ایمن‌سازی قرار گرفته بودند و این نویسندگان بر تدارک برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و تأکید بر این جنبه از وظایف پرسنل ارایه‌دهنده مراقبت‌ها تأکید نمودند [۲۷]. در پژوهش لطفی‌پور (۱۳۸۹) نیز خدمات واکسیناسیون به عنوان یکی از نیازهای آموزشی اولویت‌دار ماماها در حیطه آموزش بهداشت و مراقبت‌ها مطرح شده است [۲۸].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری، ۶۱/۹ درصد از اعضای تیم سلامت عمل‌کرد خوبی داشته‌اند. لطفی (۱۳۸۴) در ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده دوران بارداری در مراکز و خانه‌های بهداشت آستارا، کیفیت ارائه این مراقبت‌ها در برخی از مراکز را نامطلوب گزارش داده است [۲۹].

بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس بین مدرک تحصیلی و نمره کلی ارائه مراقبت دوران بارداری ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P=0/02$)، به‌طوری‌که کارشناسان مامایی نمرات بالاتری در حیطه مراقبت‌های دوران بارداری نسبت به پزشکان و کاردان‌های مامایی کسب کردند. بین محل خدمت، گذراندن دوره بازآموزی و وضعیت استخدام با میانگین نمره کیفیت مراقبت‌های قبل از بارداری، دوران بارداری و پس از بارداری ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت اعضای تیم سلامت (۹۸/۱ درصد) از عمل‌کرد خوبی در حیطه مراقبت‌های پیش از بارداری برخوردار بودند و در این بین بالاترین و پایین‌ترین کیفیت عمل‌کرد به ترتیب مرتبط با ایستگاه اخذ شرح حال و ایمن‌سازی بود. جهانی (۱۳۹۲) در ارزیابی مراقبت‌های قبل از بارداری گزارش کرده است که ۸۸/۶ درصد مراقبین بهداشتی از نظر عمل‌کرد تکنیکی دارای کیفیت متوسط بوده‌اند [۲۳]. علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه جهانی را می‌توان ناشی از این موضوع دانست که در مطالعه جهانی ارزیابی کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت انجام شده است و همان‌گونه که سیمبر نیز اظهار داشته است، معمولاً مددجویان در مورد عمل‌کرد تخصصی مراقبین نمی‌توانند قضاوت مناسبی داشته باشند [۲۴]. هم‌چنین در مطالعه جهانی روش پایش عمل‌کرد مبتنی بر الگو بوده است و ۴۸/۷ درصد از ارائه‌دهندگان خدمات در سال قبل از مطالعه موفق به گذراندن دوره بازآموزی شده بودند در حالی‌که این میزان در مطالعه حاضر ۸۰ درصد بوده است که می‌تواند سبب این اختلاف شده باشد. در مطالعه نووازی (۲۰۱۳) که در نیجریه انجام شد، نیز ۸۱/۱ درصد مراقبت‌های پیش از بارداری کیفیت مطلوبی داشتند [۱۲]. شاید یک از دلایل مطلوب‌تر بودن نتایج مطالعه ما نسبت به مطالعات مشابه این باشد که ما در این مطالعه از آزمون بالینی ساختاردار عینی استفاده کردیم. اگرچه این

دوران پس از زایمان پایین بوده است [۳]. این در حالی است که مطابق آمارهای سازمان جهانی بهداشت بیش‌ترین مورتالیتی و موربیدیتهی مادران پس از زایمان اتفاق می‌افتد بنابراین ارائه خدمات با کیفیت در این دوران و نحوه عمل‌کرد مراقبان بهداشتی مهم‌ترین عامل در پیشگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و نوزادی می‌باشد [۳۶]. بررسی جزئیات عمل‌کرد تیم سلامت در حیطه مراقبت‌های پس از زایمان نشان داد که بهترین کیفیت عمل‌کرد تیم سلامت مربوط به ارزیابی پس از زایمان و ضعیف‌ترین کیفیت در زمینه مشاوره و آموزش پس از زایمان بوده است. علی‌رغم آن‌که خدمات آموزشی یکی از سیاست‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور می‌باشد [۲۳]، اما در اکثر مطالعات قبلی آموزش و مشاوره به مددجو در زمینه‌های مختلف وضعیت مناسبی نداشته است. از جمله در مطالعه سیمبر (۱۳۸۸) گزارش شده است که مادران از کیفیت آموزش شیردهی به وسیله ماماها ناراضی بودند و آموزش شیردهی کیفیت پایینی داشته است [۲۴].

دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین سن و سابقه کار با کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری ارتباط معکوس و معناداری وجود داشته است. این در حالیست که در پژوهش حافظی (۱۳۸۸) که در ابرکوه به بررسی نحوه عمل‌کرد تیم پزشکی خانواده پرداخت، پزشکان با سابقه کار ۲۰-۱۰ ماه از عمل‌کرد بهتری نسبت به افراد با سابقه کار کم‌تر از ۱۰ ماه برخوردار بودند [۳۷]. حافظی دلیل احتمالی این اختلاف را ناشی از این علت می‌داند که وی ارزیابی عمل‌کرد را در دو حیطه مدیریت عمل‌کرد و عمل‌کرد فنی انجام داده است و وی معتقد است که افراد با سابقه کار کم‌تر، تجربه و توانایی کم‌تری در اداره تیم سلامت، انجام کارهای اداری- مالی و ارتباط با مردم دارند. در مطالعه علی اکبری (۱۳۹۳) نیز هم‌بستگی معنی‌داری بین نمرات عمل‌کرد پرستاران در ارائه مراقبت در موقعیت‌های بحرانی در ایستگاه‌های مختلف و سن وجود نداشت [۱۹]. در مطالعه حاضر بین نوع استخدام و شرکت در دوره بازآموزی با کیفیت ارائه خدمات ارتباط معنادار وجود

در پژوهش حاضر بهترین وضعیت ارائه مراقبت‌های دوران بارداری مربوط به اخذ شرح حال، ارزیابی بارداری و ارائه پس‌خوراند بود. در پژوهش سیمبر (۲۰۱۲) که از دیدگاه گیرندگان خدمت به ارزیابی کیفیت عمل‌کرد مراقبت‌های پری‌ناتال پرداخت، ۴۸/۷۱ درصد پرسنل بهداشتی عمل‌کرد مطلوب در اخذ شرح حال داشتند [۳۰]. اگر چه در مطالعه ما ارائه پس‌خوراند سومین رتبه کیفیت را در آیتم‌های مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری داشت، اما در مطالعه بخشیان (۱۳۸۸) گزارش شد که مشاوره و ارجاع چندان مورد توجه تیم مراقبتی نبوده است، به طوری که ارائه پس‌خوراند از طرف پزشک به مراکز بهداشتی ضعیف بوده و در ۸۰ درصد موارد بازخوردی ارائه نگردیده است [۳۱]. نصرالله‌پور نیز گزارش کرده است که تعداد کمی از بیماران بعد از دریافت خدمات سطح دو، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع‌دهنده خود بازگشته‌اند و اکثریت بیماران عدم آگاهی را به عنوان علت اصلی این موضوع ذکر کردند که عدم اطلاع پرسنل تیم سلامت می‌تواند یکی از دلایل اصلی آن باشد [۳۲].

در مطالعه حاضر ضعیف‌ترین کیفیت عمل‌کرد تیم سلامت در مورد نحوه صحیح آموزش مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای بود. این در حالی است که کمبود مواد مغذی به آسانی از طریق اطلاع‌رسانی صحیح به تیم سلامت و افراد در زمینه دریافت صحیح مکمل‌ها قابل مدیریت می‌باشند [۳۳]. در پژوهشی که در ۱۵ مرکز در استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۰ انجام شد، در حیطه آموزش و مصرف قرص آهن به زنان در دوران بارداری نارسایی وجود نداشت [۳۴] و در مطالعه میرمحمدعلی ئی (۱۳۸۲) نیز بیش از نیمی از زنان سنین بارداری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در مورد اسیدفولیک و مزایای استفاده از آن آگاهی ضعیفی داشتند [۳۵].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان، تقریباً نیمی از واحدهای پژوهش از عمل‌کرد خوب برخوردار بودند و کم‌ترین کیفیت عمل‌کرد خوب تیم مراقبتی در سه حیطه، مربوط به مراقبت‌های پس از زایمان بوده است. در مطالعه‌ای که در غنا انجام شد نیز کیفیت ارائه مراقبت‌ها در

منابع

- [1] primary health care Promotion of political document. 2007. Available at: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1041_Primary%20Care.pdf. Accessed August 17, 2014.
- [2] World Health Organization (WHO). Monitoring emergency obstetric care. A Handbook. 2009. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html>. Accessed August 17, 2014.
- [3] Nesbitt RC, Lohela TJ, Manu A, Vesel L, Okyere E, Edmond K, et al. Quality along the Continuum: A Health Facility Assessment of Intrapartum and Postnatal Care in Ghana. PLoS One 2014; 9: 10-17.
- [4] Atinga R, Baku A, Adongo P. Drivers of prenatal care quality and uptake of supervised delivery services in Ghana. Ann Med Health Sci Res 2014; 4: 264-271.
- [5] Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Available at <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>. Accessed April 13, 2014.
- [6] The last of Maternal and infant mortality rates. 2013. Available at: <http://www.parsinews.ir/news/page/93f33f0d1f84cbde952e57ce8e537a6>. Accessed December 25, 2014.
- [7] Report on performance and achievements of maternal mortality Care. 2012. Available at: www.zums.ac.ir/files/health/pages/khanevadeh/madran/report_amalkard. Accessed January 3, 2015.
- [8] Lansky S, deLimaFriche AA, da Silva AA, Campos D, de Azevedo Bittencourt SD, de Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. Cad Saude Publica 2014; 30: S1-S15.
- [9] Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF & et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet 2014; 384: 1129-1145.
- [10] Obstetrics and Gynecology Services Country Guideline. 2012. Available at: <http://www.arums.ac.ir/opencms/export/sites/.../OB-Iranian-Guideline.pdf>. Accessed November 22, 2014.
- [11] Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Jahani N. Applying donabedian quality-of-care framework in assessing the structure of preconception care in urban health centers, Mashhad, 2012. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 116: 149-160. (Persian).
- [12] Nwaeze IL, Enabor OO, Oluwasola TAO, Aimakhu CO. Perception and satisfaction with quality of antenatal careservices among pregnant women at the university college hospital, Ibadan, Nigeria. Ann Ibd 2013; 1: 22-28.
- [13] Graham WJ, Varghese B. Quality, quality, quality: gaps in the continuum of care. The Lancet 2012; 9811: e5-e6.
- [14] Yazdi Feyzabadi V, Khosravi S, Amiresmaili MR. Performance evaluation of rural family physician plan: A case of Kerman university of medical sciences. Toloee Behdasht 2014; 4: 85-59. (Persian).
- [15] Tabrizi JS, Gholipour K, Alipour R, Farahbakhsh M, Asghari-Jafarabadi M, Haghahi M. Service Quality of maternity care from the perspective of pregnant women in Tabriz Health Centers and Health Posts 2010-2011. Hospital 2014; 4: 9-19. (Persian).

نداشت. در پژوهش غفاری و فرخی نیز بین نوع استخدام و شرکت در دوره بازآموزی با کیفیت عمل کرد ارتباط معنادار وجود نداشت [۳۸،۱۱]. در مطالعه حاضر کارشناسان مامایی نسبت به کاردان‌های مامایی و پزشکان از کیفیت عمل کرد بهتری در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری برخوردار بودند. این امر یافته دور از ذهنی نبوده است چرا که طبق منابع موجود در میان پرسنل بهداشتی شایسته‌ترین و مناسب‌ترین فرد برای ارائه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه برای زنان سنین باروری ماماها می‌باشند [۲۴].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این موضوع اشاره نمود که عمل کرد بهورزان به عنوان یکی از اعضای مهم تیم سلامت مورد ارزیابی قرار نگرفته است. هم‌چنین دیگر محدودیت در مطالعه حاضر این بود ارزیابی عمل کرد تیم سلامت در محیط واقعی مراکز بهداشتی انجام نشده است و این امر ممکن است تا حدودی بر نتایج اثرگذار باشد. ارزیابی عمل کرد بهورزان در مورد مراقبت‌های مادران و نیز ارزیابی عمل کرد پرسنل سلامت در محیط بالینی واقعی برای مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

نتایج کلی مطالعه حاضر نشان داد پرسنل تیم سلامت ضعیف‌ترین عمل کرد را در حیطه مراقبت‌های پس از زایمان داشته‌اند. با توجه به اهمیت بسیار زیاد مراقبت‌های پس از زایمان در کاهش مرگ و میر مادری و نوزادی و هم‌چنین با توجه به تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی شگرفی که زنان در دوران نقاهت پس از زایمان تجربه می‌کنند، لازم است که پرسنل تیم سلامت از تبحر و دانش کافی برای ارائه مراقبت‌های پس از زایمان برخوردار باشند، لذا پیشنهاد می‌شود که اعضای تیم سلامت در دوره‌های بازآموزی مرتبط با مراقبت‌های پس از زایمان شرکت نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه پزشکان و ماماها محترمی که با صبر و حوصله در ایستگاه‌های آزمون بالینی ساختاردار عینی این مطالعه شرکت کردند، تشکر نمایند.

- [27] Mojahed S, Zareh F, Bokaei M, Enjezab B. Evaluation of tetanus vaccination status of pregnant mothers referring to delivery wards, Yazd. *J Shahid Sadughi Med Sci* 2005; 3: 67-72. (Persian).
- [28] Lotfipour M, Tork zahrani SH, Ahmadi M, Alavi majd H. Assessing the educational inquiries of midwives in before, during and post partum care 1389. *J Rafsanjan Fac Nurs Midwif Para* 2010; 5: 25-31. (Persian).
- [29] Lotfi R, Goshtasbi A. Using lot quality assurance sampling (LQAS) in prenatal care. *Iran J Nurs (IJN)* 2004; 39: 8-14. (Persian).
- [30] Simbar M, Nahidi F, Dolatian M, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti medical science university centers. *Int J Health Care Qual Assur* 2012; 3: 166-176. (Persian).
- [31] Bakhshian F, Jabbari H. Effectiveness of health services for mothers in Iran health system. *Iran J Nurs (IJN)*. 2009; 58: 43-54. (Persian).
- [32] Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafiyan Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran university of medical sciences: 2009. *Hakim Res J* 2010; 1: 19-25. (Persian).
- [33] Bakhshian F, Jabbari H. Effectiveness of health services for mothers in Iran health system. *Iran J Nurs (IJN)* 2009; 58: 43-54. (Persian).
- [34] Goshtasbi A, Majlesi F, Rahimi A, Abolhasan N. Assessment of quality of prenatal care in Kohgloyah and Boyer-Ahmad. *Payesh* 2001; 1: 7-18. (Persian).
- [35] Mirmohammadaliei M, Moddares M, Babaei G, Kamravamanesh M. Effect of education on the knowledge and applying folic acid supplement in women at reproductive ages. *Hayat* 2004; 2: 31-38. (Persian).
- [36] WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. Accessed November 16, 2014.
- [37] Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Toloo Behdasht* 2010; 2: 16-23. (Persian).
- [38] Farokhi F, khadivzadeh T. Quality assessment of midwives performance in prenatal cares in urban health centers in Mashhad, Iran. *Payesh* 2008; 3: 8-15. (Persian).
- [16] Arokhi F, khadivzadeh T. Quality assessment of midwives performance in prenatal cares in urban health centers in Mashhad, Iran. *Payesh* 2008; 3: 8-15. (Persian).
- [17] Khayatan M, Nasiri Pour A, Amini M, Mohamad Nejad S. The effective factors on receivers' access to health care services in urban health care centers. *payavard* 2011; 4: 18-27. (Persian).
- [18] Nabilou B, Rasouli J. Quality of family health services in selected cities of west Azerbaijan province health posts from reality to expectations of service consumers. *J Urmia Univ Med Sci* 2013; 4: 277-285. (Persian).
- [19] Aliakbari F, Aien F, Bahrami M. Assessment competencies among emergency nurses for responding in disaster situation with objective structured clinical examination. *J Health Promotion Management (JHPM)* 2014; 3: 47-57.
- [20] Iqbal M, Khizar B, Zaidi Z. Revising an objective structured clinical examination in a resource-limited Pakistani medical school. *J Educ Health* 2009; 22: 209-218.
- [21] Harden R M, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an observed structured clinical examination. *Med Educ* 1979; 13: 41-47.
- [22] Bahri N, Khadivzadeh N, Bahri N. Effect of integrated teaching on learning clinical skills among rural trained birth attendants participating in a continuing midwifery education workshop. *Strid Dev Med Educ* 2009; 6: 165-172.
- [23] Jahani Shourab N, Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Esmaili H. Assessment of prenatal care process based on donabedian model in Mashhad health centers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 53: 7-17. (Persian).
- [24] Simbar M, Ghaffari F, Zahrani SH, Alavi Majd HR. Quality of midwifery care in labor and delivery wards of selected Kordestan medical science university hospitals. *Payesh* 2009; 2: 191-201. (Persian).
- [25] Hakari D, Mohamadzadeh R, Velayati A, Bolourian M. Barriers of prenatal care and its relationship with pregnancy outcome among women visited to Tabriz hospitals in 2009. 2011; 3: 206-213. (Persian).
- [26] Ansari Niaki M, Izadi Sabet F. The quality of prenatal care performance on the basis of existing care standards in health centers . *koomesh* 2004; 1: 83-88. (Persian).

Objective Structured Clinical Evaluation for assessment of the quality of practice of health practitioners during preconception, prenatal and postnatal cares

Narjes Bahri (Ph.D Student)¹, Barat Ali Arabnejad (P.hD)², Nasrin Bahri (M.Sc)², Fariba Eshaghi Hesar(B.Sc)², Tahereh Fathi Najafi(Ph.D Student)³, Mona Larki (M.Sc)^{*4}

1 - Dept. of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

2 - Mashhad Health Center Number Three, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3 - Dept. of Midwifery, Islamic Azad University, Mashhad Branch, Mashhad, Iran

4 - Student Research Committee, Dept. of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received: 19 Jan 2015; Accepted: 15 Jun 2015)

Introduction: According to the World Health Organization statement the key to prevent maternal mortality is high quality health care. Assessment the quality of maternal care is the first step to improve the caring practice. This study was aimed to assess the quality of preconception, prenatal and postnatal care by health practitioners, using objective structured clinical evaluation (OSCE) tests.

Material and Methods: 105 physicians and midwives, who were members of health center number three in Mashhad (IRAN), were entered this cross-sectional study by census method. Data gathering tools included: demographic questionnaire and three Objective Structured Clinical Evaluation (OSCE) tests for preconception, prenatal and postnatal cares. All participants filled out the demographic data questionnaire and then passed the stations of Objective Structured Clinical Evaluation tests, which were designed for imaginary clients.

Results: Data showed that the best practice performed during the preconception (98.1%) and the weakest during the postnatal cares (49.52%). In the subject of prenatal care, recording the medical history (100%) and immunization (65.7%), in the subject of prenatal care, recording the medical history (100%) and supplement prescription (24.76%) and in the subject of postnatal care, the evaluation of parturient mother (98.09%) and providing health advice (57%), obtained the highest and lowest scores, respectively. There were significant differences between age ($P=0.04$) and working experience ($P=0.006$) with quality of preconception care, and between the educational degree with quality of prenatal care.

Conclusion: Our study showed that the quality of care during postnatal has been weak and unsatisfactory. However, since the quality of postnatal care has an important impact on maternal and neonatal mortality rate, appropriate training for educating the health care providers is strongly suggested.

Key Words: Quality of health care, Preconception care, Prenatal care, Postnatal care, Process assessment

* Corresponding author. Tel: +98 9163519526

mona.larki66@gmail.com