



عنوان دوره آموزشی

## ارتقای کیفیت خدمات مامایی

بهار ۱۴۰۱



## **گروه هدف و اهداف آموزشی**

رشته شغلی ماما

### **اهداف**

ارتقا سطح دانش و نگرش و مهارت فراگیران در زمینه ارتقای کیفیت خدمات مامایی

### **روش و نحوه اجرای آموزش**

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

## فهرست

۵.....	فصل اول
۵.....	انواع مدل‌های ارتقای کیفیت ارائه مراقبتها
۱۱.....	فصل دوم
۱۱.....	موانع ارتقای کیفیت مراقبتها
۱۴.....	فصل سوم
۱۴.....	ارتقای کیفیت خدمات مامایی
۲۱.....	فصل چهارم
۲۱.....	ارتقای کیفیت خدمات مامایی در دوران بارداری
۲۷.....	فصل پنجم
۲۷.....	ارتقای کیفیت خدمات مامایی در لیبر و زایمان
۴۰.....	فصل ششم
۴۰.....	ارتقای کیفیت خدمات مامایی در دوره نفاس

## **فصل اول**

### **انواع مدل‌های ارتقای کیفیت ارابه مراقبت‌ها**

در بررسی‌های انجام شده مدل‌های متعددی جهت ارتقای کیفیت ارایه مراقبت‌ها به کار گرفته می‌شود که در ادامه به معرفی مهم‌ترین مدل‌ها خواهیم پرداخت.

#### ۱. مدل "همکاری در ارتقای کیفیت (Quality Improvement Collaborative)"

این مدل، یکی از متداول‌ترین مدل‌های ارتقای کیفیت خدمات سلامت است. در این مدل تیم‌های چند رشته‌ای مختلف از بخش یا سازمان‌های مختلف در فاصله زمانی معین تلاش مستمری برای ایجاد تغییر خاصی را در یک بیمارستان دنبال می‌کنند (۱). استفاده از این مدل در بخش‌های ویژه نوزادان سابقه طولانی دارد. "شبکه آکسفورد ورمونت" گروهی از متخصصین سلامت هستند که جهت ارتقای کیفیت و امنیت مراقبت‌های ارایه شده به نوزاد و خانواده او فعالیت دارند و شناخته شده‌ترین شبکه غیر انتفاعی مطالعات نوزادان با استفاده از مدل "همکاری ارتقای کیفیت در دنیا به حساب می‌آیند (۲)

نتایج نشان می‌دهد گرچه این مدل شناخته شده‌ترین مدل ارتقای کیفیت به حساب می‌آید ولی در عمل با محدودیت‌هایی روبرو می‌باشد. این مدل ماهیتاً پیچیده و در عمل به روش‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. مطالعه مرور سیستماتیک اسکوتن در مورد اثرات مدل همکاری در ارتقای کیفیت نشان داد که ۹ مطالعه اثرات این مدل را متوسط، ۷ مطالعه این مدل را در دستیابی به تعدادی از معیارهای از پیش تعیین شده موفق و ۲ مطالعه هم هیچ اثر معنی‌داری را از بکارگیری این مدل گزارش نکردند.

وس و همکاران در مطالعه خود بکارگیری مدل همکاری ارتقای کیفیت را در عمل آسان ندانستند و اعلام کردند در بکارگیری این مدل در ایجاد تغییرات باید شرایط محلی دیده شود و در قالب آن اقدام گردد علیرغم موفق بودن این مدل در دنیا از بکارگیری آن در بخش‌های ویژه نوزادان ایران گزارشی مشاهده نشد.

## ۲. خط سیر بالینی ( Pathways Clinical )

خط سیر بالینی یکی از روش‌های مدیریت فرایندهای بالینی و ارتقای کیفیت است که در اواسط دهه ۱۹۸۰ ابداع گردید. خط سیر بالینی عبارت است از برنامه‌های مراقبتی بین رشته‌ای و مبتنی بر شواهد که قدم‌های اصلی برای مراقبت از بیمار با یک مشکل خاص را مشخص می‌نماید.

در حقیقت خط سیر بالینی برای انتقال دستور العمل‌های درمانی به عملکرد "محلی" هر سازمان بهداشتی به کار گرفته می‌شود. در شرایطی که دستورالعمل‌های درمانی توصیه‌های عمومی هستند، خط سیر بالینی ارائه خدمات را بر مبنای ساختار، سیستم و قالب زمانی هر بیمارستان طراحی و تنظیم می‌نماید.

طبق جستجوهای انجام شده، خط سیر بالینی در سیستم بهداشت و درمان کشور ایران چندان به کار گرفته نشده است. تنها مقاله موجود در مورد به کارگیری این مدل برای ارتقای زایمان طبیعی است.

با این که مراقبت‌های بالینی عمدتاً به صورت فرایند انجام می‌شود ولی این خطر وجود دارد که در ارائه مراقبت‌ها، رشته‌ها یا افراد تیم مستقل از یکدیگر عمل نمایند. شاید مهم‌ترین کمک خط سیر بالینی در ارائه مراقبت‌ها این باشد که همه رشته‌های مسئول در این فرایند را در طراحی ارائه فرایند مراقبت‌ها بر اساس شواهد علمی و تجربیات محلی (شهری و استانی) درگیر می‌کند. به همین دلیل همکاری و تعاملات مثبت ایجاد شده از تاخیر و بد ارائه شدن مراقبت‌ها و نیز دوباره کاری جلوگیری می‌کند به همین ترتیب هزینه‌ها کاهش یافته و رضایت خانواده و نیز ارائه‌دهندگان خدمت افزایش می‌یابد.

## ۳. چرخه "برنامه - اجرا - مطالعه - عمل (Plan - DO- Study- Act)"

از این مدل در موسسات بهداشتی درمانی جهت دستیابی به ارتقاء کیفیت سریع به طور وسیع استفاده شده است. مشخصه خاص این مدل استفاده از حلقه‌های پیوسته ایجاد تغییر است که به جای ایجاد یک تغییر بزرگ که باید به آرامی در سیستم ایجاد میشود، تغییرات به صورت متناوب و در فاصله‌های زمانی کوتاهی ایجاد میشود.

در این مدل ابتدا ماهیت و حیطة مشکل موجود در ارائه مراقبت‌های موجود مشخص می‌شود. در قدم‌های بعدی تغییراتی که باید انجام شود، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، افراد دخیل و معیارهای سنجش موفقیت باید تعیین شود.

در این مدل ارایه تغییر برای دستیابی به کیفیت بهتر را در گروهی انجام تغییر در اندازه‌های کوچک و در صورت موفقیت، اجرای آن در سطح وسیع‌تر می‌دانند. انجام این چنین تغییراتی در اندازه کوچک بدون تغییر اساسی در ساختار بخش امکان پذیر نمی‌باشد. البته در مراقبت‌هایی مانند امکان حضور همراه می‌توان هم از خود این مدل به تنهایی و یا با استفاده از مدل‌های دیگر مثل مدل همکاری ارتقای کیفیت استفاده نمود.

#### ۴. "شش سیگما (six sigma)"

سیگما یک حرف الفبای یونانی است که سمبل آماری انحراف معیار از استاندارد است. هدف اصلی شش سیگما تحقق عملکرد در محدوده شش انحراف استاندارد از محدوده متوسط عملکرد است. در دهه اخیر شش سیگما به عنوان رویکردی سیستماتیک و قدرتمند در دستیابی به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، کنترل هزینه‌ها، ارتقای ایمنی بیماران، افزایش بهره‌وری منابع و غلبه بر چالش‌های مطرح شده بسیار مورد توجه بوده است این مدل دارای مراحل، تعریف، اندازه‌گیری، تحلیل، کنترل و بهبود است. در هر یک از مراحل شش سیگما از روش‌های آماری متعددی استفاده می‌شود.

رد پای مدل ارتقای کیفیت شش سیگما در ادبیات مروری کیفیت بهداشت و درمان ایران را می‌توان دید ولی استفاده از این مدل بسیار محدود است. بعضی معتقد هستند که روش‌های آماری زیاد و پیچیده کاربرد این مدل را سخت کرده است. بخصوص که شاید در همه بیمارستان‌ها تیم پشتیبانی کننده کافی برای اجرای این مدل فراهم نباشد و تیم پزشکی هم چندان از روش‌های پیچیده استقبال به عمل نیاورند. اگر امکانات تجهیزات و تیم مناسب در مراکز، بخصوص مراکز دانشگاهی فراهم باشد می‌توان از آن بعنوان یک روش برتر استفاده نمود.



## ۵. "مدل سرآمدی (EFQM)"

مدل سرآمدی کسب و کار EFQM در سال ۱۹۹۱ توسط بنیاد اروپایی کیفیت ارائه شد. از این مدل به طور وسیع در بهداشت و درمان نیز استفاده شده است. در واقع استفاده از مدل‌های تعالی سازمانی بعنوان ابزاری جهت بهبود عملکرد، ارزیابی و مدیریت کیفیت به کار گرفته میشود.

این مدل دارای نه معیار است. پنج معیار آن، توانمند سازها و چهار معیار دیگر نتایج هستند. توانمندسازها شامل رهبری، خط مشی و استراتژی، کارکنان، مشارکت‌ها و منابع، و فرآیندها نتایج شامل نتایج مشتریان، نتایج کارکنان، نتایج جامعه، نتایج کلیدی عملکرد است.

معیارهای "توانمندساز"، آنچه را یک سازمان انجام میدهد پوشش میدهند (۵۰۰ امتیاز) و معیارهای نتایج، آنچه را که یک سازمان بدست می‌آورد را نشان میدهد (۵۰۰ امتیاز). یکی از جنبه‌های مثبت این مدل ابزار "خود ارزشیابی" مورد استفاده در این مدل است. در حقیقت در این مدل سازمان‌ها گزارشی از وضعیت موجود خود را ارائه و سپس شرایطی که باید ارتقاء یابد را مشخص و با برنامه‌ریزی سعی می‌شود نمره دریافتی افزایش یابد. این مدل یکی از ابزارهای ارزشمند مقایسه سازمان‌ها و اعطای جوایز به آنهاست

در ایران از مدل EFQM در سیستم بهداشت و درمان، بیشتر جهت ارزشیابی فرایند، خود ارزیابی و مقایسه عملکرد بیمارستان استفاده شده است. البته در استفاده از این مدل، مشکل ژنریک یا کلی بودن آن مطرح است؛ به عبارت دیگر در به کارگیری این مدل باید کل سیستم یا سازمان درگیر شود و لذا تخصیص آن فقط به یک قسمت از سازمان مشکل به نظر می‌رسد. درگیر بودن همه افراد بیمارستان در به ثمر رسیدن ارتقاء نیز از نکات مهم این مدل است که البته کار را گرچه اصولی‌تر می‌کند، در عین حال انجام آن را هم با مشکلاتی روبرو می‌سازد.

همچنین، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تعیین شاخصهایی که بتواند نتایج ارتقاء را در این مدل نشان دهد در بهداشت و درمان به راحتی صنایع نیست. غالباً نتایج ارتقای کیفیت مراقبت‌ها در کوتاه مدت حاصل نمی‌شود و پیدا کردن شاخص‌های در این رابطه کار ساده‌ایی نیست.

## ۶. "ایزو (iso)"

ISO از کلمه یونانی "isos" به معنی "برابر" گرفته شده و مخفف سازمان بین‌المللی برای استانداردسازی است. این سازمان در سال ۱۹۴۷ در ژنو شکل گرفت و در حال حاضر متشکل از یک شبکه از مؤسسات استاندارد ملی در ۱۵۷ کشور دنیا است. در سال ۲۰۰۱ برای اولین بار استانداردهایی از طرف جامعه کیفیت امریکا جهت به کارگیری در خدمات بهداشت و درمان به دنیا معرفی و در طی سالهای بعد خانواده استانداردهای ۹۰۰۱ مکرراً به کار گرفته شد.

اصول کلی به کار رفته در این استانداردها توجه به مشتری، رویکرد فرایندی داشتن، اندازه‌گیری، آنالیز و بهبود، کنترل مدارک، گزارش‌دهی و بازرسی است که باید در هر سازمانی با قواعد خودش به کار گرفته شود. ایزو خود به تنهایی و یا با کمک دیگر مدل‌ها یکی از الزامات بهبود کیفیت در سازمانهای بهداشتی است. وینتر در سال ۲۰۱۱ اعلام کرد که استفاده از استانداردهای ایزو ۹۰۰۱ در یکی از شهرهای فلسطین اشغالی در ۲۸ فرایند تعیین شده توانست خدمات و رضایت خانواده را بهبود ببخشد.

این مدل می‌تواند در ایران نیز مؤثر باشد. علت این مسئله را می‌توان در قدرت ایزو در تغییر فرهنگ سازمانی

دانست که می‌تواند هم در ایجاد و هم تداوم تغییر موفق باشد (۳)

## فصل دوم

### موانع ارتقای کیفیت مراقبت‌ها

✓ موانع ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها:

برنامه‌ریزی بلند مدت:

۱. مشخص نبودن اهداف ارتقا کیفیت در سازمان
۲. برنامه‌ریزی نامناسب جهت دستیابی به اهداف ارتقا کیفیت در سازمان
۳. استفاده نامناسب از استانداردها در اجرای فرآیند
۴. ادغام نکردن فعالیت‌های ارتقا کیفیت در وظایف روزمره سازمان

آموزش کارکنان:

۱. آگاه نبودن مدیران از نیازهای آموزشی کارکنان
۲. استفاده نکردن از روش‌های جدید آموزشی
۳. عدم کاربرد مهارت‌های فراگرفته شده در محیط کار
۴. ارزشیابی نامناسب از مهارت و دانش کارکنان
۵. مشارکت غیرفعال کارکنان در آموزش

تعهد مدیریت:

۱. آشنا نبودن مدیران با اصول و مفاهیم بهبود کیفیت
۲. حمایت نکردن مدیران ارشد از فعالیت‌های بهبود کیفیت
۳. مشارکت نکردن مدیران در تیم‌های ارتقای کیفیت
۴. تقدیر نکردن مدیران از تلاش‌ها و دستاوردهای کارکنان
۵. ارائه نکردن سیاست‌های روشن و مکتوب در ارتباط با فرآیندهای بهبود کیفیت توسط مدیران

مشتری:

۱. آگاهی ناکافی کارکنان از نیازهای مددجویان

۲. آگاهی ناکافی مددجویان از ارائه خدمات

۳. استفاده نکردن از نظرات و پیشنهادات مددجویان

۴. مشخص نبودن ویژگی خدمات مورد انتظار مددجویان

#### کار تیمی:

۱. مشخص نبودن شرح وظایف هر یک از اعضا در ارائه خدمات

۲. همکاری نامناسب اعضا در ارائه خدمات

۳. معیار نامناسب جهت انتخاب اعضای تیم

۴. مشخص نبودن روش ارتقای فرآیند در تیم

#### مشارکت

۱. سیستم ارزشیابی نامناسب

۲. عدم ایجاد تنوع کاری برای کارکنان توسط مدیران

۳. ندادن قدرت و اختیار به کارکنان توسط مدیران

۴. همکاری و هماهنگی نامناسب بین واحدهای سازمان

۵. استفاده نامناسب از پیشنهاد کارکنان توسط مدیران

#### ارتباطات

۱. سیستم ارتباطی نامناسب در گزارش دهی

۲. استفاده نامناسب از تکنولوژی‌های ارتباطات در فرایند کاری

۳. ارتباط نامناسب کارکنان با مدیران

۴. ندادن فیدبک منظم در رابطه با عملکرد کارکنان توسط مدیران (۴)

## فصل سوم

### ارتقای کیفیت خدمات مامایی

ارتقا کیفیت خدمات مامایی:

انگیزه اصلی و هدف نهایی تمامی تلاش‌ها و تحولات جوامع بشری، تأمین و ارتقاء سلامت انسانهاست و در این میان مادران و کودکان بعنوان دو گروه آسیب پذیر جامعه مستلزم توجه بیشتری می‌باشند.

ارتقاء سلامت مادران یکی از هشت هدف مهم توسعه هزاره سوم سازمان بهداشت جهانی در نشست سال ۲۰۰۰ است. مهم ترین علت مرگ مادران عوارض بارداری است و در کشور های در حال توسعه ۱۸٪ بیماری‌های زنان را (عوارض بارداری) تشکیل می دهد. ۱۱ تا ۱۷ درصد مرگ‌های مادری طی زایمان رخ می دهد. بیش از ۷۵٪ مرگ‌های مادری در دو منطقه جهان اتفاق می افتد که ۵۳٪ در منطقه آفریقا و ۲۵٪ در جنوب شرقی آسیا است. قسمت عمده این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد و بیشتر در مناطقی است که به مراقبتهای بهداشتی مناسب دسترسی ندارند (۵).

در ایران میزان مرگ و میر مادران در سال ۲۰۰۸ حدود ۲۴/۶ در یکصد هزار تولد زنده برآورد شده است. بر اساس آمار مرگ و میر سال ۱۳۸۹ میزان مرگ و میر مادران در لرستان از میانگین مرگ مادران در کشور اندکی بالاتر است. در ایران نیز مهم‌ترین علت مرگ مادران خونریزی است و یکی از استراتژی‌های کاهش مرگ و میر مادران مراقبتهای قبل و حین بارداری و مراقبتهای حین و بعد از زایمان ذکر شده است (۶).

علاوه بر مرگ‌های ناشی از بارداری و زایمان، هر ساله زنان با بیش از ۵۰ میلیون مشکل بهداشتی مرتبط با بارداری روبرو می‌شوند. بطور تقریبی بیش از یک چهارم (۳۰۰ میلیون نفر) زنان بالغ کشورهای در حال توسعه، از بیماری‌ها و جراحات مزمن مرتبط با حاملگی و زایمان رنج می‌برند.

سازمان بهداشت جهانی همواره کاهش مرگ و میر مادران و کودکان را از اهداف اصلی فعالیت‌های خود قرار داده و یکی از راهکارهای اساسی جهت تحقق این هدف را ارائه مراقبت‌های دوران بارداری، حین و بعد از زایمان می‌داند. بررسی‌ها نشان داده اند در صورت تأمین منابع و در اختیار قرار گرفتن خدمات کافی، بسیاری از این مرگ‌ها قابل پیشگیری است. ارائه مراقبت‌های مناسب مامایی در کاهش مرگ و میر مادران نقش حیاتی دارد (۷).

علی رغم تلاش سازمان بهداشت جهانی، یونیسف، بانک جهانی و سایر سازمان‌های دست‌اندرکار برای کاهش مرگ مادر به سه چهارم تا سال ۲۰۱۵، پیشرفت کمی وجود داشته و در بعضی نقاط وضعیت بدتر شده است. برای رسیدن به نتایج مطلوب می‌بایست مراقبت‌هایی با کیفیت بالا طی بارداری، زایمان و بعد از زایمان توسط افراد ماهر و تحصیل‌کرده ارائه گردد. بنابراین دسترسی به خدمات بیمارستانی و بهبود کیفیت، تنها راه کاهش مرگ و میر مادران ذکر شده است

همچنین علی‌رغم پوشش بیش از ۹۷٪ مراقبت‌ها در کشور ما هنوز میزان مرگ و میر مادران بالا بوده و فاصله ما با هدف توسعه هزاره سوم قابل توجه است، بنابراین به نظر می‌رسد کیفیت مراقبت‌ها نیاز به بررسی دارد

ارتقای سطح کیفیت خدمات، یکی از ۵ راهبرد جهانی برای بهبود برنامه‌های بهداشت باروری در سال ۲۰۰۴ اعلام شده است و بسیاری از کشورها به مداخلاتی برای ارتقای سطح مراقبت‌های مادران اقدام کرده‌اند (۸).

علل مرگ مادران در تمام دنیا همگون‌اند و به ترتیب عبارت از خونریزی، سپسیس، اختلالات فشارخون، زایمان انسدادی، سقط غیرایمن و بیماری‌های تشدید شده در بارداری هستند و آنهایی که زنده می‌مانند دچار عوارضی مزمن، مانند عفونت دستگاه تناسلی یا فیستول می‌شوند و این در حالی است که بسیاری از این عوارض با ارائه خدمات با کیفیت قابل پیشگیری و درمان هستند.

"کیفیت" در خدمات بهداشت باروری را به طرق مختلف تعریف کرده‌اند، اما این توافق وجود دارد که کیفیت خوب خدمات، به کارکنان تحصیل کرده‌ای نیازمند است که انواع خدمات مناسب را به صورتی مودبانه، در درمانگاهی که به خوبی برای متقاضی مهیا شده باشد، ارائه کند (۹). کیفیت به معنی ارائه خدمات به افراد و جوامع برای ارتقای پیامدهای سلامت و همگام با اطلاعات حرفه‌ای نوین است و سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می‌کند که در هنگام نظارت و ارزیابی مراقبت‌ها، استفاده از چهارچوب ساختار، فرایند و پیامد در نظر گرفته شود.



ساختار، زمینه‌ای است که خدمات در آن ارائه می‌شود، فرایند به معنی روند دادن و گرفتن خدمات و پیامد به معنی اثرات خدمات بر وضعیت سلامت بیماران و مردم هستند (۱۰).

مراقبت کیفی از مادر مراقبتی است که مناسب، رضایت بخش، کم هزینه و به آسانی قابل دسترس باشد و نیز زنان را قادر به انتخاب زندگی سالمی سازد. به سخن دیگر مراقبت کیفی از مادران به معنی موثرترین استفاده از مواد و منابع انسانی است. در نظام سلامت مادر باید از افرادی استفاده شود که قادر به ارائه مراقبت قبل از لقاح، در طول بارداری و هنگام زایمان باشد. زمانی که استمرار مراقبت از جامعه تا بیمارستان را در برگیرد، مداخلات می‌تواند تاثیر چشمگیری داشته باشد. بهترین فردی که برای ارائه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه آمادگی دارد و دارای تکنیک مناسب و مقرون به صرفه در زمان حیات باروری زنان است، فردی با مهارت‌های مامایی است (۱۱).

بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ماما فردی است که مراقبت‌های مامایی ارائه می‌دهد و به طور خاص در زمینه مراقبت در زایمان طبیعی آموزش می‌بیند، که آموزشی مقرون به صرفه و با تمرکز بر نیازهای زنان و نوزادان آنها است و شمار زیادی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در جامعه، مراکز بهداشت و بیمارستان‌ها انجام وظیفه می‌کنند (۱۲) که فعالیت آن‌ها با نظام مراقبت‌های بهداشت اولیه در ایران نیز مطابقت دارد. ماماها از زمان تولد یک زن، نوجوانی، بارداری، زایمان و هنگام ارائه خدمات تنظیم خانواده و در هر زمانی که نیاز باشد زنان را همراهی می‌کنند. تجارب نشان می‌دهد که ارتقای سطح مهارت‌های مامایی برای کمک به پاسخگویی در مراقبت‌های مامایی می‌تواند مرگ و میر و عوارض را کاهش دهد. برای تعیین کیفیت برنامه‌های بهداشت باروری، روش آنالیز موقعیت، در سال ۱۹۹۰، برای اولین بار توسط بروس جین طراحی و اجرا گردید. در این روش، کاستی‌های موجود در کیفیت خدمات به صورتی وسیع، اما بسیار اختصاصی، در حیطه بهداشت باروری مورد بررسی و آنالیز قرار می‌گرفت؛ به آن معنا که به طور کلی موقعیت بهداشت باروری، میزان دسترسی گروه‌های هدف به این خدمات و کیفیت آنها و نیازهای برآورد نشده، مشخص و به اطلاع مدیران و مسئولان رسانده می‌شد تا برای ارتقا سطح نظام و انجام اقدامات مورد استفاده

قرار گیرند. سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می‌کند تا در هنگام نظارت و ارزیابی مراقبت‌ها، استفاده از چهارچوب ساختار، فرایند و پیامد مهم است .

▪ نظارت بیشتر بر کیفیت خدمات (اعتبار بخشی):

در سالهای اخیر مقوله ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت مطرح شده که به معنای جلوگیری از وارد شدن هرگونه صدمه به بیمار به هنگام ارائه مراقبت‌های سلامت است. رهبران مراکز خدمات بهداشتی و درمانی و متخصصان حوزه ایمنی علاوه بر ارتقای ایمنی خدمات ارائه شده به دنبال بهبود مداوم کیفیت این خدمات نیز هستند. همچنین در حال حاضر ارتقای کیفیت مراقبت‌ها در دستور کار سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران حوزه سلامت کشورهای منطقه مدیترانه شرقی قرار گرفته و تمرکز این ارتقای کیفیت از طریق سیستم ارائه خدمات به بیمار بوده است با توجه به مسئولیت دولت‌ها در قبال سلامت جامعه، تمامی آنها موظف به ایجاد و تقویت نظام‌های سلامت اثربخش و پاسخگو در قبال نیازهای گیرندگان خدمات خود می‌باشند و یکی از مؤثرترین ابزارهای مورد استفاده برای رسیدن به این هدف تقویت سیستم ارزشیابی نظام سلامت است. ارزشیابی نظام‌های سلامت نه تنها برای دولت‌ها، بلکه برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات نیز اهمیت پیدا کرده و از آنجاکه کیفیت یک عامل بسیار مهم در مراقبت‌های سلامت است.

این مهم به یکی از نگرانی‌های کلیدی سیستم مراقبت سلامت کشورها مبدل شده است. با توجه به ضرورت ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات، طرح‌هایی در این راستا و در نظام‌های سلامت پیاده سازی شده‌اند که برنامه اعتباربخشی به عنوان یکی از سیستم‌های ارزشیابی در این نظام مطرح است.

اعتباربخشی به دلیل تأثیرات فراوان بر طیف گسترده‌ای از شاخص‌های ارزیابی در خدمات سلامت، در کانون توجه متولیان و ارائه دهندگان خدمات سلامت قرار گرفته و در کشورهای در حال توسعه نیز به طور فزاینده‌ای به عنوان یک ابزار مهم نظارتی از سوی دولت در راستای تضمین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار

می‌گیرد. سازمان‌های مراقبت سلامت به طور فزاینده‌ای از این برنامه به عنوان ابزاری در جهت تضمین کیفیت خدمات استفاده می‌کنند.

اعتباربخشی بیمارستانها به مسائل ایمنی و مدیریت ریسک به عنوان بخشی از ارتقای کیفیت و ارتقای عملکرد بیمارستانی پرداخته و یکی از عوامل اصلی اجرای ایمنی بیمار برای کاهش آسیب به بیمار ناشی از خطاها و قصورات پزشکی می‌باشد. همچنین برنامه‌های اعتباربخشی خدمات مراقبت سلامت یک مکانیسم نظارتی بوده که در سطح جهان به منظور بهبود ایمنی بیمار و کیفیت خدمات به تصویب رسیده‌اند. این برنامه‌ها مداخلات سازمانی پیچیده‌ای هستند که به دینفعان خارجی از جمله بیماران اطمینان می‌بخشند که ایمنی و استانداردهای کیفیت صنعت مراقبت سلامت ارتقا یافته که این مکانیسم نظارتی در همه سطوح مراقبت‌های سلامت خدمات مراقبت‌های اولیه و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

از طرفی از دیگر اهداف اعتباربخشی می‌توان به بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، کاهش خطرات برای بیماران و کارکنان، تأمین آموزش و مشاوره برای سازمانهای خدمات سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی سازمان‌های خدمات سلامت، کاهش هزینه‌ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی، ایجاد ابزاری مؤثر برای مدیریت و شکل‌دهی شاخصی برای بازاریابی خدمات اشاره کرد.

فرآیند اعتباربخشی بخشی جدایی ناپذیر از سیستم مراقبت‌های سلامت در بیش از ۷۰ کشور است و انجمن بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های سلامت بزرگترین نهاد بین‌المللی مرتبط در این زمینه می‌باشد. این برنامه فرآیندی اجباری یا داوطلبانه است و به عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا اجرای اعتباربخشی برای بیمارستان‌های تحت پوشش سازمان مدی‌کیر اجباری بوده، درحالی‌که در برخی کشورها اجرای آن به صورت داوطلبانه باقی مانده است.

پیرو اهمیت این موضوع، مطالعات مختلفی در ارتباط با اثرات اعتباربخشی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی صورت گرفته و اکثر آنان بیانگر تأثیر مثبت برنامه بر روند فعالیت‌های بیمارستان از جهات مختلف می‌باشد و نشان داده‌اند که اعتباربخشی فرآیندی است که موجب بهبود مستمر کیفیت، ارتقای عملکرد خدمات و توسعه نتایج مثبت

بهداشتی و درمانی می‌شود. همچنین مطابق شواهد، کادر پرستاری و مامایی از عوامل کلیدی در کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی بوده که این کارکنان بیش از ۹۰ درصد از زمان خود را برای ارائه مراقبت‌های سلامت به بیماران صرف کرده و به همین دلیل با احتمال بالایی تأثیر اعتباربخشی بر کیفیت خدمات را احساس می‌کنند (۱۳).

در مطالعه‌ای در شهر تویسرکان در سال ۱۳۷۸ مراقبت‌های حین زایمان، نسبت به مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، کیفیت کمتری داشت و کیفیت مراقبت‌ها ارتباط معنی‌داری با ساختار یا رضایت کارکنان نداشت. در این مطالعه، افزایش تعداد کارکنان مامایی، برگزاری دوره‌های آموزشی حین خدمت و نظارت مستمر مدیران به مثابه راهکارهایی برای رفع چالش‌ها پیشنهاد گردیده است .

## **فصل چهارم**

### **ارتقای کیفیت خدمات مامایی در دوران بارداری**

## ارتقاء کیفیت خدمات مامایی در دوران بارداری:

کیفیت ارائه خدمت، چگونگی انجام خدمت براساس استانداردهای از قبل تعیین شده است و منظور از تضمین کیفیت مجموعه فعالیت‌هایی است که هم به سنجش کیفیت و هم به ارتقا و بهبود کیفیت می‌پردازد. استاندارد کیفی بالا نیازمند تجهیزات کامل، مهارت بالای پرسنل و صرف وقت و دقت در ارائه خدمت است. از سوی دیگر، کیفیت پایین عملکرد ارائه دهندگان خدمت بهداشتی موجب ارائه نامطلوب خدمت رسانی به مردم شده و نارضایتی آنها را به همراه خواهد داشت.

مراقبت خوب و مطلوب دوران بارداری برای تولد فرزندی سالم از مادری سالم ضروری است و انجام مراقبت‌های نادرست بدتر از انجام ندادن هیچ اقدامی است. دریافت نامطلوب مراقبت‌های دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تولد کودکان با وزن کم هنگام تولد و مرگ مادر و کودک می‌شود (۱۴).

مراقبت‌های دوران بارداری که در حال حاضر یکی از شاخص‌های مهم طب پیشگیری محسوب می‌شود، عبارت است از یک نظارت نظام‌مند که شامل انجام معاینه و مشاوره در مورد مسایل ضروری بارداری، دادن اطمینان خاطر، آموزش و حمایت از مادر باردار و خانواده او، برطرف کردن نارضایتی جزئی دوران بارداری و تهیه یک برنامه غربالگری مداوم کلینیکی و آزمایشگاهی برای تایید کم خطر بودن حاملگی می‌باشد.

از دلایل عمده مرگ و میر مادران و نوزادان دریافت ناکافی مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشد به طوری که مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا اعلام داشته است که میزان مرگ و میر مادران در بین زنانی که مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت نکرده‌اند ۶/۵ برابر بیشتر از زنانی بوده که به میزان کافی این مراقبت‌ها را دریافت کرده‌اند.

خطراتی که زنان باردار را تهدید می‌کند، یادآور وظایفی است که برعهده مراکز قانونی، بهداشتی و سیاسی است. در این میان کارکنان مامایی، وظیفه سنگینی را در حفظ سلامت مادران بر عهده دارند و با توجه به حرمت مادران در جامعه و نقش اساسی و بنیادین آنان در حفظ و قوام خانواده، تلاش برای حفظ سلامت آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

بیشتر 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.

بهبود کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و کاهش مرگ و میر مادران تحت تاثیر ارتقای کیفیت مراقبت‌های مامایی قرار دارد. در بررسی کیفیت خدمات، توجه به جوانب مختلف آن اهمیت زیادی دارد. محققان این جوانب را شامل حمایت‌های جسمانی، اطلاعاتی و عاطفی دانسته‌اند. به علاوه اعتقاد بر این است که این حمایت‌ها باید در مراقبت‌های مادری و به خصوص خدمات مامایی ادغام شود در تحقیقات مختلف نیز مادران به جوانب مختلف این حمایت‌ها به ویژه حمایت‌های عاطفی اهمیت قایل‌اند و حمایت‌های عاطفی رضایت‌مندی بیشتری را برای آنها فراهم می‌کند. از این رو بهبود فرایند کاری و ارتقای کیفیت خدمات بدون توجه به نظرات، نیازها، انتظارات و جلب رضایت بیماران امکان‌پذیر نیست و در ارائه خدمات جدید بهداشتی به نظرات و رضایت بیمار بسیار اهمیت داده می‌شود. در واقع رضایت بیماران از شاخص‌های مهم ارزیابی کیفیت خدمات درمانی شناخته شده است. یافتن جنبه‌هایی از خدمات که موجب نارضایتی بیماران می‌شود و سعی در برطرف نمودن آن‌ها می‌تواند موثرترین و کم هزینه‌ترین راه افزایش کیفیت ارائه خدمات باشد.

در مطالعات مختلف در دوران بارداری میزان رضایت از مراقبت‌های عاطفی، دسترسی به خدمات اطلاعاتی و جسمانی در مراکز بهداشتی بیشتر از بیمارستان‌ها می‌باشد و در مورد رضایت از خدمات عاطفی و دسترسی به خدمات نیز از لحاظ آماری اختلاف وجود دارد و احتمال می‌رود که علت پایین بودن رضایت در بیمارستان‌ها وجود دانشجویان متعدد و تغییر مراقبت‌کنندگان در هر مراجعه، سر و صدا و رفت و آمد زیاد، عدم حفظ حریم و خلوت مادر، عدم توجه به پاکیزگی و بهداشت محیط، گرفتن هزینه مراقبت، نداشتن کلاسهای آموزشی دوران بارداری و وسایل کمک آموزشی باشد و در مقابل رضایت بالاتر از مراکز

بهداشتی - درمانی به علت تمیز بودن، ارائه خدمات رایگان، ثابت بودن فرد ارائه دهنده مراقبت‌ها، مشخص بودن خانوار تحت پوشش هر مرکز و پیگیری در صورت عدم مراجعه باشد.

رضایت‌مندی بیماران مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است و در امر مراقبت از بیمار به عنوان یک هدف ارزشمند مدنظر می‌باشد. به گونه‌ای که برخی از صاحب‌نظران معتقدند که بهبود فرایندهای کاری و ارتقاء کیفیت بیمارستان بدون توجه به نظرات و نیازها و انتظارات و جلب رضایت بیماران به طور فزاینده‌ای به یکی از ابزارهای مهم در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها تبدیل گشته است. به عقیده صاحب‌نظران اجزاء تشکیل دهنده رضایت بیمار از مراقبت‌های بهداشتی درمانی عبارت است از تامین استراحت و آسایش بیمار، رسیدگی به نیازهای دفعی، تغذیه‌ای، بهداشت فردی، مراقبت حمایتی، واکنش به درمان، روش ارتباط کارکنان با بیمار، محیط فیزیکی، هزینه بیمارستان، در دسترس بودن کادر و ... می‌باشد.

محققین پیشنهاد می‌کنند که مسؤولین و برنامه ریزان، جهت بهتر کردن کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری به ساختار این مراکز نیز توجه داشته باشند و با زیبا و جذاب کردن محیط مراقبت‌ها مخصوصاً در بیمارستان‌ها، اختصاص دادن اتاقی جهت آموزش، انتظار، معاینه و متمرکز کردن تمام واحدها از جمله سونوگرافی، مشاوره و آزمایشگاه و تأمین تعداد کافی کارکنان و برگزاری دوره‌های بازآموزی برای آنها در مراکز بهداشتی، موجب استفاده بیشتر و بهتر از این مراقبت‌ها شوند.

همچنین پیشنهاد می‌شود با برنامه‌ریزی مجدد در خصوص نحوه ارائه مراقبت‌ها در بیمارستان‌ها که محل آموزش دانشجویان متعدد است، با استقرار افراد آموزش دهنده ثابت (استاد، رزیدنت و مربی مامایی) در کلیه روزها و مراجعه مادران به همان فرد آموزش دهنده قبلی در هر بار مراجعه امکان پیگیری مراجعه کننده، برقراری ارتباط صمیمی و اعتمادآمیز و فرصت برای آموزش صحیح فراهم گردد (۱۵).

یکی از شاخص‌ترین توصیه‌ها برای افزایش کیفیت خدمات در این دوران ارائه مدل‌های مراقبت

مستمر می‌باشد مطالعات نشان می‌دهد زنانی که از مراقبت‌های دوران بارداری رضایت دارند با



احتمال بیشتری برنامه‌های مراقبتی خود را پیگیری میکنند و تمایل بیشتری به مشارکت در مراقبت از خود نشان میدهند بنابراین، بارداری در آنها منجر به عواقب بهتر در مادر و نوزاد خواهد شد

تاکنون یک تعریف واحد از مراقبت مستمر و ابعاد آن به ویژه در بارداری و زایمان ارائه نشده است. اگرچه به چند بعدی بودن مفهوم آن اشاره شده و این موضوع با تنوع در مدل‌های مراقبتی طراحی شده همراه بوده است. بسیاری از سرویس‌های ارائه خدمات، امروزه در حال تغییر به سوی مدل مراقبت مداوم هستند و مراقبت مستمر برای احقاق حقوق زنان ضرورت دارد.

در کشور ایران ارائه خدمات بهداشتی اولیه به ویژه به مادران باردار در مراکز دولتی از طریق ماما‌های شاغل در سیستم شبکه و با رعایت سطح بندی خدمات و سیستم ارجاع انجام میشود. اگرچه تدارک ارائه مستمر خدمات به مادران باردار یکی از اصلی‌ترین اهداف و سیاست‌های این برنامه بوده لکن بصورت کلی مطرح شده و شرح مبسوطی از چگونگی آن ارائه نشده است.

برخی مطالعات کیفیت در خدمات ارائه شده در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان در ایران را متوسط تا ضعیف گزارش کرده و بر لزوم تغییراتی در جهت کیفیت بهتر و رضایت‌مندی بیشتر مادران تاکید نموده‌اند و عدم پیوستگی در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان توسط یک فرد یا تیم مشخص از مشکلات مرتبط با سزارین‌های غیر ضروری اعلام شده است.

این درحالی است که دستورالعمل‌های انجام فعالیت‌های ماما محور که با تاکید بر زایمان فیزیولوژیک صادر شده هیچگاه بطور کامل اجرایی نشده است که یکی از دلایل آن می‌تواند سطحی نگری به تدارک مراقبت مستمر یا تک بعدی انگاشتن آن باشد.

واضح است که برای تدارک بسته‌های مراقبت مستمر به ویژه در بارداری و زایمان نیاز است تا مفاهیم و ابعاد مختلف آن شناسایی شود. نیازها و ظرفیت‌های محلی هرکشوری متفاوت است و عناصر متعددی مانند منابع، حمایت، مدیریت و ظرفیت‌های سیستم بهداشتی هر کشور در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی تأثیر گذار هستند.

با توجه به این که غالب مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته، مؤید این نکته است که ارائه مراقبت‌های دوران بارداری با کیفیت، یک مداخله مؤثر برای بهبود نتایج بارداری، شامل کاهش مرگ شیرخوار (IMR- Infant Mortality Rate)، مرگ مادر ناشی از بارداری و زایمان (MMR- Maternal Mortality Rate) و به خصوص مرگ و میر حول زایمان (PMR- Perinatal Mortality Rate) می باشد، ضرورت توجه به کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و پایش و ارزشیابی آنها اهمیت دارد.

کیفیت یک ویزیت قبل از تولد به همان اندازه تعداد و دفعات مراقبت اهمیت دارد و مراقبت‌های قبل از تولد باید به نحوی ارائه شود که به نیازهای زن باردار پاسخ دهد و سلامت وی و کودکش را تضمین کند. در یک ویزیت دوران بارداری، ارائه دهنده مراقبت با گرفتن یک تاریخچه کامل، انجام معاینات فیزیکی دقیق، تست‌های آزمایشگاهی به موقع و ثبت و گزارش دقیق، می تواند به سرعت مشکلات احتمالی را شناسایی کرده و معیارهای لازم را برای تصمیم گیری مناسب در مورد مراقبت‌ها و ارائه خدمات فراهم نماید (۱۶).

همچنین استفاده از افراد متخصص و صاحب‌نظر در فن مامایی و حضور آنها در تمام سطوح مراقبتی به عنوان ناظر و راهنمای کارکنان ضروری به نظر می‌رسد و باید مدیران، طوری برنامه‌ریزی کنند که محیطی پُرانگیزه را به وجود آورند تا هر کسی تصمیم بگیرد بهتر عمل کند.

## **فصل پنجم**

# **ارتقای کیفیت خدمات مامایی در لیبر و زایمان**

در طول دو دهه گذشته، با هدف کاهش مرگ و میر و بیماری مادران و نوزادان، تلاشهای چشمگیری برای اطمینان از وجود مراقبان زایمانی ماهر انجام شده است. اساساً این تلاشها تعداد تولدها را در تسهیلات زایمانی افزایش داده‌اند؛ سهم زایمان‌های ارجاع داده شده توسط کارکنان بهداشتی ماهر در کشورهای در حال توسعه از ۵۶٪ در سال ۱۹۹۰ به ۶۸٪ در سال ۲۰۱۲ افزایش یافته است. بر خلاف این پوشش افزایش یافته، هنوز هم ۸۰۰ زن و ۷۷۰۰ نوزاد هر روزه به سبب مشکلات دوران بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان می‌میرند. روی هم رفته، ۷۳۰۰ زن مرگ نوزاد در زمان زایمان را تجربه کرده‌اند. با افزایش تعداد زایمان‌ها در تسهیلات زایمانی، تعداد بیشتری از مرگ و میر و بیماری قابل پیشگیری مادری و نوزادی در این مراکز اتفاق می‌افتند.

در تسهیلات زایمانی، پیامدهای مراقبت از مادران و نوزادان در طول زایمان، منعکس کننده عملکردهای بر پایه شواهد می‌باشد و روی هم رفته کیفیت خدمات افزایش یافته است. کیفیت خدمات بستگی به زیرساخت فیزیکی، منابع انسانی، دانش، مهارت و توانایی رفتار در مقابل حاملگی طبیعی و مشکلاتی که نیاز به مداخله سریع و نجات دهنده زندگی هستند، دارد. بطور روز افزون، افزایش کیفیت مراقبت‌ها در تسهیلات زایمانی بعنوان کانون توجه مهم در موضوع مرگ و میر و بیماری قابل پیشگیری میان مادران و نوزادان تشخیص داده می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که زیاد کردن پوشش مداخلات ضروری برای جلوگیری از مرگ و میر و بیماری شدید مادری ناکافی هستند. بعلاوه تعامل پیچیده‌ای میان تجربه مراقبت و پیامدهای بارداری وجود دارد. برای پایان دادن به مرگ و میر و بیماری مادری و نوزادی قابل پیشگیری، هر زن باردار و نوزادش باید در طول زایمان مراقبت ماهرانه بر اساس عملکرد بر پایه شواهد در یک محیط انسانی، محترم و حمایتی دریافت کند.

یک مراقبت با کیفیت خوب به استفاده مناسب از مداخلات پزشکی و غیر پزشکی موثر، زیرساخت‌های سلامتی قوی، مهارت بالا و نگرش مثبت به خدمت دهنده نیاز دارند. این موارد پیامدهای سلامتی را افزایش خواهد داد و به زنان، خانواده‌هایشان و مراقبان سلامتی تجربه مثبتی می‌دهد. مراقبت با کیفیت بالا برای حق سلامتی مهم بوده و ریشه‌ای برای برابری و حفظ شان زنان و کودکان می‌باشد. اطمینان از دستیابی به فرد آموزش دیده زایمانی و مراقب

مامایی ماهر موثر مهم است زیرا که کمک با کیفیت بالا مرگ و میر و بیماری مادری و نوزادی را کاهش میدهد (۱۷).

در ایران ۹۸٪ زایمان‌ها توسط افراد تحصیل کرده انجام شده و پوشش مراقبت‌های دوران بارداری نیز بیش از ۹۸٪ می‌باشد. مراقبت از زنان و نوزادان در حین زایمان رایج‌ترین علت بستری در بیمارستان است. هدف مراقبت‌های حین زایمان دستیابی به بالاترین سطح سلامت مادر و نوزاد با کمترین مداخلات است. اقدامات اصلی لیبر شامل مراقبت‌های مرحله اول، مرحله دوم، مرحله سوم و دو ساعت اول بعد از زایمان است. وزارت بهداشت ایران نیز در راستای اهداف و استراتژی‌های جهانی بهداشت باروری که در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سازمان بهداشت جهانی پذیرفته شده است، ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده را یکی از اولویت‌های برنامه خود قرار داده است (۱۸).

کیفیت مراقبت‌های مادری در بخش لیبر اهمیت بخصوصی دارد. در تمام دنیا این نگرانی وجود دارد که مراقبت‌های غیر مبتنی بر شواهد در لیبر و زایمان، به عنوان اقدام استاندارد باقی بماند، از این رو دسترسی به مراقبت‌های مامایی یک اولویت محسوب می‌شود. زایشگاه به عنوان یک بخش اورژانسی که خدمات فوریتی ارائه می‌کند، دارای خطوط راهنمای خاص مدون به منظور پیشگیری از خطاها و تضمین کیفیت خدمات است که ملاک عمل ارائه‌کنندگان خدمات یعنی ماماها می‌باشد. سالانه در دنیا حدود نیم میلیون زن در اثر عوارض ناشی از بارداری و یا عدم دریافت مراقبت‌های مامایی جان خود را از دست می‌دهند که ۹۹ درصد آن در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد.

مطالعات به خوبی نشان داده‌اند که در ایران، در مرحله اول زایمان، حمایت روحی و روانی، کمترین میزان تطابق با وضعیت مطلوب و پایین‌ترین سطح کیفیت را دارد و در سایر مراحل شامل مرحله دوم، سوم. دو ساعت پس از زایمان نیز با کیفیتی متوسط ارائه می‌شود. این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی، حمایت از زن و همسر و خانواده را در طول زایمان و پس از آن، یکی از وظایف اصلی ارائه‌دهندگان خدمت مطرح کرده است و حمایت

مداوم روحی و روانی در طول زایمان را دارای مزایای فراوان شامل کوتاه‌تر شدن مرحله اول زایمان، نیاز کمتر به بی‌حسی اپیدورال، کمتر شدن موارد نمره آپگار کمتر از ۷ و زایمان همراه با عمل ذکر می‌کند.

کاهش مداخلات پزشکی، افزایش زایمان خودبخود و کاهش میزان درد و اضطراب از دیگر مزایای حمایت‌های روحی و روانی ذکر شده است.

به نظر می‌رسد که تنها و بدون همراه بودن مادر، گرفتار بودن ماما با کارهای بخش و در نتیجه، نداشتن وقت کافی برای ارائه حمایت‌های روحی و روانی، از دلایل مهم پایین بودن سطح کیفیت مراقبت‌های روحی و روانی حین زایمان بوده‌اند. علاوه بر اینها، سازمان بهداشت جهانی بر این موارد تأکید می‌کند که فردی مانند همسر، دوست، دولا یا ماما باید همراه زن باشند؛ عامل زایمان باید به اندازه‌ای که زن نیاز و تمایل دارد اطلاعات و توضیحات ارائه دهد؛ محرمانه بودن محل زایمان مورد توجه قرار گیرد و دارای اتاق مخصوص خود باشد و تعداد حاضران نیز به حداقل برسد. اما این شرایط غالباً در عمل اغلب بسیار متفاوت است و به خصوص در کشورهای در حال توسعه، بیمارستان‌های بزرگ به قدری شلوغ هستند که در آنها امکان حمایت‌های شخصی و خصوصی کردن محیط وجود ندارد و تعداد زیادی از زنان بدون همراه هستند. بنابراین، بخش‌های بزرگ، به تغییرات ساختاری برای برآوردن نیازهای خاص هر زن و سازماندهی مجدد برنامه کاری برای حمایت و مراقبت مستمر نیاز دارند

سازمان بهداشت جهانی ارائه این قبیل مراقبت‌ها توسط دولا را مطرح کرده است. دولا فردی است که در زمینه زایمان، آموزش‌های پایه‌ای می‌بیند، با طیف وسیعی از فرایندهای مراقبتی آشنا است و میتواند حمایت‌های روحی، مانند تحسین، اطمینان بخشی، بهبود راحتی مادر و توضیحات در مورد فرایندهای مراقبتی را ارائه دهد و حضوری صمیمانه و مستمر در جهت حمایت روحی داشته باشد. این وظایف را ماما نیز میتواند انجام دهد، اما ماماها اغلب در حال انجام فرایندهایی تکنیکی هستند که توجه آنها به حمایت روحی مادر را کم میکند (۱۹).

نتایج مطالعات نشان داده‌اند که کنترل انقباضات رحمی، برای پیشگیری از هیپر یا هیپوتونیسیته شدن رحم (افزایش یا کاهش قدرت انقباضی رحم)، باید در مرحله فعال زایمان انجام پذیرد و هر نیم ساعت، از نظر تعداد و مدت، کنترل و ثبت گردد. این فرایند مراقبتی با کیفیتی متوسط در مرحله اول زایمان ارائه می‌شود. حیطة علایم حیاتی، کنترل نبض در هر نیم ساعت و اندازه گیری فشار خون و درجه حرارت، حداقل در هر ۴ ساعت می‌بایست انجام بگیرد. فرایند مراقبتی نیز با کمترین میزان تطابق با حد مطلوب در مرحله دوم و با کیفیت متوسط در مرحله سوم ارائه می‌شود.

این در حالی است که کنترل علایم حیاتی برای کنترل سلامت مادر از اهمیت زیادی برخوردار است، به طوری که درجه حرارت، بهترین وسیله برای کشف درجه حرارت زیاد مادر و پیشگیری از عفونت و سپسیس است و کنترل نبض برای کشف خونریزی‌ها به خصوص خونریزی‌های پنهان و کنترل فشارخون برای کشف تغییرات فشار خون بسیار حیاتی هستند. کنترل ضربان قلب جنین نیز که برای ارزیابی سلامت جنین و پیشگیری از دیسترس جنینی، هر نیم ساعت ضرورت دارد، با کیفیتی متوسط ارائه می‌شود.

استفاده از دستورالعمل‌هایی، مانند پارتوگراف سازمان بهداشت جهانی، برای ارزیابی دقیق‌تر سلامت مادر و جنین و نیز نظارت و ارزیابی بیشتر و بهتر عملکرد کارکنان بخش زایمان توسط مدیران می‌توانند نقشی حیاتی ایفا کنند. به علاوه، در تمام موارد فوق به نظر می‌رسد که تعداد کم ماماها و حجم کاری زیاد در این بیمارستان‌ها علل عمده کیفیت این مراقبت‌ها بودند، زیرا ماماها شغل در بیمارستان، به غیر از انجام فرایند زایمان، عهده‌دار اقداماتی همچون آماده سازی بیماران برای سزارین و کورتاژ و کنترل مادران پرخطر نیز هستند، که این خود امکان ایجاد نسبت استاندارد کارکنان مامایی، در هنگام زایمان، یک ماما به یک زائو، را سلب می‌کند.

و این امر سبب فشار کار زیاد و کارآمدی ناکافی ماماها در بخش زایمان می‌شود. به علاوه، به نظر می‌رسد که شستن دست‌ها در مرحله دوم زایمان که کمترین میزان تطابق با حد مطلوب را در مراقبت‌های ارائه شده در بخش زایمان به خود اختصاص می‌دهد، با عوامل فوق در ارتباط باشد و این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی،

شستن دست‌ها را یکی از پنج عنصر اصلی در ایمنی بیماران اعلام کرده است و نظافت، شامل شستن دست‌ها، اولین و مقدم‌ترین نیاز در اداره زایمان محسوب می‌شود.

طبق مطالعات انجام یافته اگرچه مراقبت فوری از نوزاد در مرحله سوم زایمان با کیفیت نسبتاً مطلوبی انجام می‌شود، اما معاینه نوزاد در این مرحله کیفیت متوسطی دارد و این در حالی است که معاینه دقیق فیزیکی نوزاد در بدو تولد، به جهت تشخیص زود هنگام نارسایی‌های قلبی و تنفسی، ناهنجاری‌های مادرزادی و صدمات حین زایمان، ضروری است.

از مراقبت‌های ارائه شده در دو ساعت اول بعد از زایمان، آموزش شیردهی با کمترین درصد تطابق با وضعیت مطلوب ارائه می‌شود و این در حالی است که ارائه آموزش تکنیک صحیح شیردهی توسط ماما، به فاصله کوتاهی بعد از زایمان، موجب افزایش شیوع شیردهی و هم‌چنین تداوم آن می‌شود.

با توجه به این نکته که شیردهی به فاصله کوتاهی بعد از زایمان باید شروع شود، ارائه اطلاعات شیردهی در بخش زایمان اهمیت اساسی دارد و باید بیشتر از گذشته مورد توجه قرارگیرد ضمن آن که به نظر می‌رسد آموزش ماماها و ایجاد انگیزه بیشتر در آنان در زمینه آموزش مادران در بخش زایمان و تهیه دستورالعملی برای ارائه آموزش شیردهی در بخش زایمان می‌توانند در رفع این مشکل و ارتقای سطح کیفیت این معیار مربوط به مراقبت و بهبود رضایت مادران نقش بسزایی داشته باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که برگزاری دوره‌های آموزشی شیردهی برای کارکنان ارائه دهنده مراقبت به مادران می‌تواند بر تداوم و موفقیت مادران در شیردهی مؤثر باشد.

به نظر می‌رسد که ایجاد تغییرات در ساختار سازمانی بیمارستان، مانند در نظر گرفتن فضای فیزیکی برای حضور همراه و به خصوص در نظر گرفتن اتاق‌های تک نفره جهت حضور همسر، یا اتاق‌هایی با ظرفیت بیمار کمتر، بتواند در جلب رضایت مادران مراجعه کننده مؤثر واقع شود. در واقع، هدف اساسی کادر مامایی، جلب رضایت بیمار است که با فراهم نمودن آسایش جسمی و روحی برای وی تأمین می‌گردد به ویژه آن که، رضایت



بیمار از نشانگرهای مهم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌آید. تردیدی نیست که میزان رضایت بیمار، منعکس کننده قابلیت و توانایی پزشک و کارگزاران درمان و یا کیفیت درمان است.

بنابراین مسؤولان بیمارستان می‌توانند، با پایه‌ریزی مراقبت‌های زایمانی بیمار محور، رضایت بیشتر مادران را جلب کنند که این خود با مراقبت‌های مستمر و آمیخته با ادب و مهربانی، در دسترس بودن کارکنان، آسایش فیزیکی، حمایت روانی، حضور خانواده یا دوستان و احترام به علایق آنان حاصل خواهد شد.

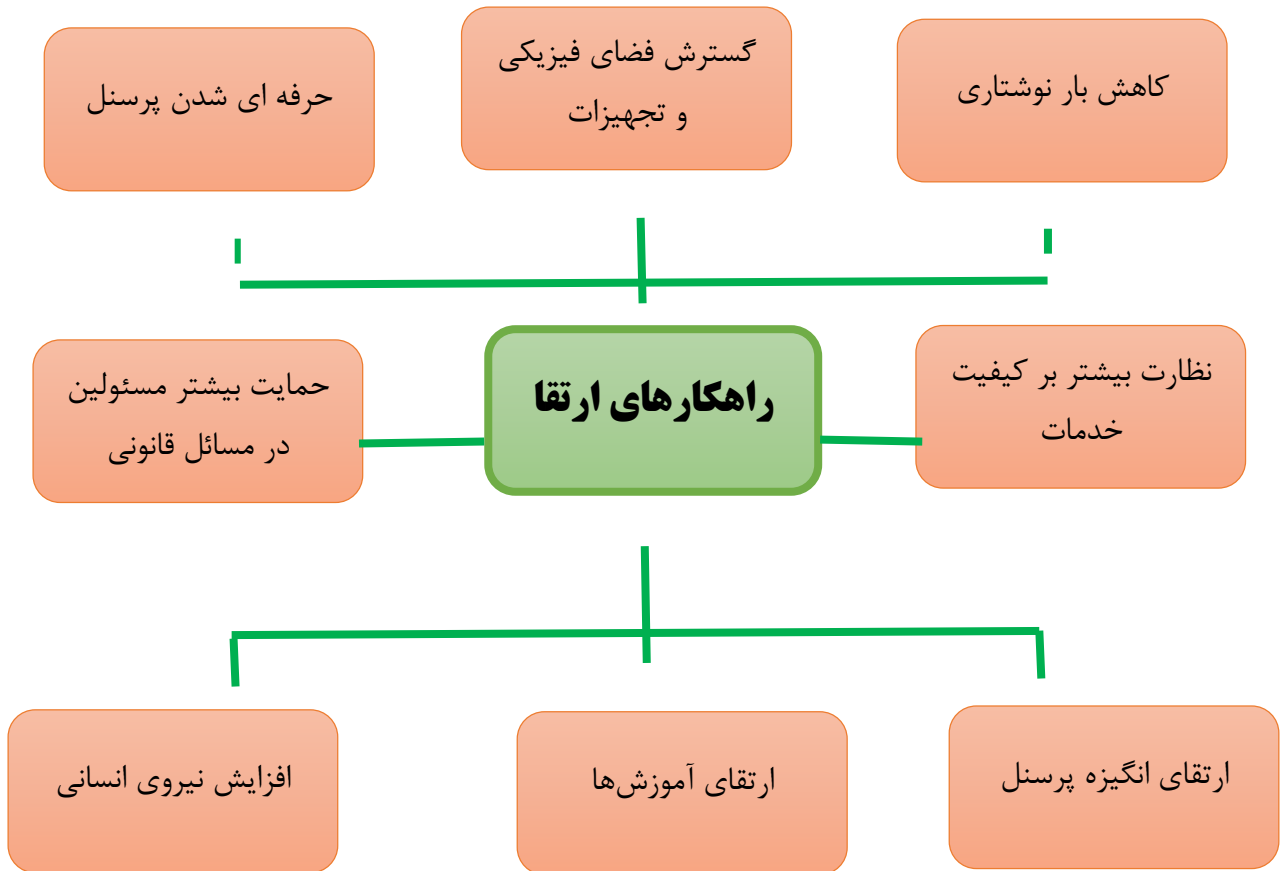
باید در نظر داشت ارتباط ضعیف معنی‌داری بین میزان رضایت‌مندی و کیفیت مراقبت‌ها مشاهده شده است. این ارتباط ضعیف، نشان‌دهنده این واقعیت است که گرچه رضایت مراجعان از نشانگرهای کیفیت خدمات است، اما در زمینه خدمات تخصصی مربوط به سلامت نمی‌تواند نشانگر مطلق محسوب گردد، زیرا معمولاً مددجویان از اطلاعات و مهارت‌های لازم آگاهی ندارند و نمی‌توانند قضاوت مناسبی داشته باشند. بنابراین، در مراقبت‌های بهداشتی بسیار اهمیت دارد که روشهای کنترل کیفیت رسماً با استفاده از استانداردهایی که در هر نظام مراقبتی، برای کسب اعتبار، گواهی و مجوز تعریف می‌شود، انجام گردد.

با توجه به مطالب فوق، افزایش کارکنان مامایی بخش زایمان بیمارستان‌ها، فراهم کردن امکانات برای حضور همراه برای ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌های روحی و روانی از مادران، برگزاری دوره‌های آموزشی بیشتر در خصوص مهارت‌های عملی بخش زایمان، نصب پروتکل‌های وزارت بهداشت و یا ترویج استفاده از پارتوگراف و آشنا کردن کارکنان با نحوه استفاده از آنها می‌توانند در جهت ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌هایی مانند ارزیابی مناسب و به موقع علایم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین، کنترل انقباضات و شستن دست مؤثر واقع شوند. این پروتکل‌ها، ارزیابی مستمر عملکرد کارکنان را نیز توسط مدیران امکان پذیر می‌سازند و می‌توانند موجب ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌ها و در نهایت، افزایش میزان رضایت و سلامت مشتریان شوند.

علاوه بر این راهکارهایی از جمله تقویت بخش خصوصی جهت کاهش بار کاری بخش دولتی و افزایش انگیزه پرسنل از طریق تشویق و مساعدت‌های مالی جهت ارائه خدمات با کیفیت تر نیز مناسب می‌باشد (۲۰).

از دیگر راهکارهای ارتقا می‌توان به آموزش دوره‌ای و باکیفیت پرسنل اشاره کرد. ارتقاء کیفیت آموزش‌های ضمن خدمت و استقبال پرسنل از این آموزش‌ها راهکارهایی مانند احتساب ساعت آموزش بعنوان شیفت کاری یا اضافه کار، احتساب مأموریت کاری جهت افرادی که از شهرستان‌های استان‌ها در کلاس‌های آموزشی مرکز استان‌ها شرکت می‌نمایند. منوط نمودن اعطای گروه سالانه به شرکت در کلاس‌های آموزشی ضمن خدمت را ذکر نمودند که اکنون نیز تا حدود زیادی اجرا می‌گردد.

و مورد آخر واگذاری مسئولیت بیمارستان‌های تخصصی زنان به افرادی است که تجربه و تخصص بیشتری در زمینه زنان و مامایی دارند که اکثر مسئولین نظر موافق داشته و ذکر نمودند در صورت فراهم بودن بستر (مقتضای مناسب و توانمند) مسئولین تمایل به همکاری لازم خواهند داشت.



سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ طی دستورالعملی ۸ استاندارد و ۳۱ بیانیه کیفیت را به شرح زیر بیان کرد:

➤ استانداردهای مراقبت و بیانیه‌های کیفیت:

**استاندارد ۱:** براساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، هر زن و نوزادان، مراقبت روتین بر پایه شواهد و اداره مشکلات در طول لیبر، زایمان و دوره پس از زایمان را دریافت می‌کند.

✓ بطور روتین، زنان در ورود به سیستم بهداشتی و در طول لیبر و زایمان ارزیابی می‌شوند و در طول زمان از آنها مراقبت مناسب بعمل می‌آید

✓ نوزادان بلافاصله پس از زایمان مراقبت روتین دریافت می‌کنند

✓ مادران و نوزادان مراقبت روتین پس از زایمان دریافت می‌کنند

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی سریعاً مداخلات مناسب دریافت می‌کنند

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، زنان با خونریزی پس از زایمان سریعاً مداخلات مناسب دریافت می‌کنند

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، زنان با زایمان طول کشیده یا زنان با زایمان متوقف شده، مداخلات مناسب دریافت می‌کنند.

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، نوزادانی که بطور خودبخود تنفس را شروع نمی‌کنند تحریک مناسب و احیا با بگ و ماسک را در طول یک دقیقه پس از تولد دریافت می‌کنند.

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، زنان با زایمان زودرس مداخلات مناسب برای خود و نوزادشان دریافت می‌کنند.

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، نوزادان کوچک و زودرس مداخلات مناسب دریافت می‌کنند.

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، زنان با عفونت یا در معرض خطر عفونت در طول لیبر، زایمان یا دوره بلافاصله پس از زایمان سریعاً مداخلات مناسب دریافت می‌کنند.

✓ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، نوزادان مشکوک به عفونت یا در معرض خطر عفونت سریعاً آنتی‌بیوتیک دریافت می‌کنند.

✓ تمامی زنان و نوزادانشان بر اساس احتیاطات استاندارد برای پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی، مراقبت دریافت می‌کنند.

✓ هیچ زن و نوزادی مداخله غیر ضروری یا آسیب‌زا در طول لیبر، زایمان یا دوره اولیه پس از زایمان دریافت نمی‌کند.

*استاندارد ۲: سیستم اطلاعات بهداشتی استفاده از اطلاعات برای اطمینان از عمل سریع و مناسب جهت پیش‌برد مراقبت از زن و نوزاد را قادر می‌سازد.*

✓ هر زن و نوزادی یک ثبت پزشکی استاندارد، مناسب و کامل در طول لیبر، زایمان و مرحله اولیه پس از زایمان دارد

✓ هر تسهیلات زایمانی مکانیسمی برای جمع‌آوری اطلاعات، آنالیز و بازخورد، بعنوان قسمتی از فعالیت- هایش، برای ارزیابی و پیشبرد عملکرد حول و حوش زایمان دارد.

*استاندارد ۳: هر زن و نوزادی در شرایطی که نمی‌تواند با منابع موجود بطور موثر رسیدگی شود بطور مناسب ارجاع داده می‌شود.*

✓ هر زن و نوزادی بطور مناسب در ورود به سیستم برای تعیین اینکه آیا باید ارجاع داده شود یا نه، در طول لیبر و در مرحله اول پس از زایمان ارزیابی می‌شود و تصمیم برای ارجاع باید بدون تاخیر انجام شود.

✓ هر زن و نوزادی که نیاز به ارجاع دارد، ارجاع توسط یک طرح از قبل آماده دنبال می‌شود که می‌تواند بدون تاخیر در هر زمانی انجام شود.

✓ برای هر زن و نوزادی که به تسهیلات زایمانی یا از تسهیلات زایمانی به تسهیلات زایمانی دیگر ارجاع شده است، اطلاعات تبادلی و بازخورد مناسبی برای کارکنان مراقبت بهداشتی مربوطه وجود دارد.

**استاندارد ۴:** ارتباط با زنان و خانواده‌هایشان موثر است و پاسخی به نیازها و اولویت‌های آنها می‌باشد.

✓ همه زنان و خانواده‌هایشان اطلاعاتی در مورد مراقبت دریافت می‌کنند و واکنش متقابل موثری با کارکنان بهداشتی دارند

✓ همه زنان و خانواده‌هایشان مراقبت همکاری شده‌ای با اطلاعات تبادلی مناسب و شفاف میان متخصصان سلامت مربوطه و متخصصان مراقبت اجتماعی دریافت می‌کنند.

**استاندارد ۵:** همه زنان و فرزندانشان مراقبت توأم با احترام دریافت می‌کنند.

✓ تمامی زنان و فرزندانشان در زمان لیبر و زایمان حریم خصوصی دارند و باید مورد احترام قرار گیرند.

✓ هیچ زن و نوزادی نباید مورد مداخله درمانی غلط مانند آزار و اذیت جسمی، جنسی و کلامی، تبعیض، اهمال، معطل کردن، تهدید یا خودداری از ارائه خدمات قرار گیرد.

✓ به همه زنان در مورد خدماتی که دریافت می‌کنند، آگاهی داده می‌شود و دلیل تمام مداخلات و پیامدها به روشنی به آنها توضیح داده می‌شود.

**استاندارد ۶:** هر زن و خانواده‌اش مورد حمایت عاطفی قرار می‌گیرد که این حمایت به نیازهای زن حساس است و توانایی زن را تقویت می‌کند.

✓ گزینه تجربه لیبر و تولد نوزاد با توجه به انتخاب زن به او پیشنهاد داده می‌شود.

✓ هر زن در طول لیبر برای تقویت توانایی‌اش، حمایت دریافت می‌کند.

**استاندارد ۷:** همیشه کارکنان بهداشتی شایسته و مشتاق برای هر زن و نوزادی وجود دارند تا مراقبت‌های روتین و اداره مشکلات را انجام دهند.

✓ هر زن و نوزادی حداقل یکبار حمایت افراد آموزش دیده زایمانی و کارکنان بهداشتی را برای مراقبت روتین و اداره مشکلات دریافت می‌کند.

✓ افراد آموزش دیده زایمانی و کارکنان حمایت کننده، صلاحیت‌های مناسب و مهارت‌های چندگانه برای برآوردن نیازهای لیبر، زایمان و مراحل اولیه پس از زایمان را دارند.

✓ هر تسهیلات زایمانی مدیر و اداره‌کنندگان بالینی دارد که مجموعاً مسئول توسعه و ایجاد سیاست مناسب هستند و محیطی را رواج می‌دهند که از کارکنان تسهیلات زایمانی در امر بهبود کیفیت مداوم حمایت می‌کند.

**استاندارد ۸:** تسهیلات زایمانی محیط فیزیکی مناسب، به همراه آب کافی، بهداشت و ذخایر انرژی، پزشکان، منابع و ابزار برای مراقبت روتین از مادر و نوزاد و اداره مشکلات را دارد.

✓ انرژی، بهداشت، بهداشت دست و امکانات برای از بین بردن مواد زائد برای برآوردن نیازهای کارکنان، زنان و خانواده‌هایشان عملکردی، قابل اعتماد، ایمن و کافی هستند.

✓ محیط لیبر، زایمان و مراقبت پس از زایمان برای تسهیل مراقبت مداوم طراحی شده، سازمان یافته و حفظ شده‌اند، بنابراین هر زن و نوزادی می‌تواند بر اساس نیازهایش در محیط خلوت مراقبت شود.

✓ ذخیره کافی داروها، منابع و ابزار، برای مراقبت روتین و اداره مشکلات موجود است (۲۱).

## **فصل ششم**

# **ارتقای کیفیت خدمات مامایی در دوره نفاس**



## کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان:

دورهٔ پس از زایمان (نفاس یا partum Post) به یک ساعت اول پس از خروج جفت تا شش هفته بعد از زایمان اطلاق می‌شود که زمانی حساس در زندگی مادر به شمار می‌آید. زنان حین زایمان و دورهٔ پس از زایمان با عوارض جسمی، روحی و روانی گوناگونی مواجه می‌شوند که ممکن است در روند زندگی آنان اختلال ایجاد کند.

مراقبت‌های نامناسب دورهٔ نفاس بر سلامتی مادران و ارتباط مادر و نوزاد، افسردگی پس از زایمان، اختلالات استرسی پس از تروما، عملکرد جنسی، تطابق با نقش مادری و بروز مشکلات شیردهی تأثیرگذار است. ارائهٔ خدمات پس از زایمان یکی از مهم‌ترین مراقبت‌های بهداشتی و عاملی بسیار مهم برای جلوگیری از پیامدهای ناخواستهٔ مادری و به‌دنبال آن بهبود سلامت مادر و نوزاد است. در این صورت با به‌کارگیری برنامه‌های حمایتی و اجرای صحیح مراقبت‌های مادر و نوزاد می‌توان سبب افزایش میزان بقا در زنان و نوزادان شد.

درواقع زنان نیازمند دریافت مراقبت‌های متوالی و پیگیرانه، آموزش‌ها و توصیه‌های بهداشتی و معاینه‌های مکرر پس از زایمان هستند. بیشتر مادران نخست‌زا آمادگی لازم را برای مادر شدن نداشته‌اند و به حمایت خانواده، دوستان و مراقبان بهداشتی نیاز دارند براساس نتایج مطالعات، مادران هنگام ارائهٔ مراقبت‌های پس از زایمان، اطلاعات ضروری دربارهٔ مراقبت از خود و نوزاد را از سوی مراقبان بهداشتی دریافت نمی‌کنند؛ درحالی‌که ارائهٔ خدمات با کیفیت مطلوب و در نظر گرفتن همهٔ ابعاد فیزیکی، عاطفی و روانی مادر از سوی کارکنان بخش بهداشتی به ویژه ماماها در این رابطه نقشی حیاتی دارد.

در بخش بهداشت و درمان، از نظر اهمیت نوع خدمات و سروکار داشتن با جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم مدنظر قرار گرفته است؛ از این رو تقاضای بیشتر برای فعالیت‌های مدیریت کیفیت در سازمان‌های خدماتی و تولیدی به طور فزاینده‌ای گسترش یافته است. به عبارت دیگر، سلامت افراد به بخش مراقبت‌های اولیهٔ نظام سلامت در کشور بستگی دارد.

نخستین قدم برای طراحی، حفظ یا ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، بررسی میزان کیفیت است. آنچه امروزه در خدمات به منزله کیفیت مطرح می‌شود، ارائه خدمت براساس میل مراجعان است. کیفیت خدمات یعنی گیرندگان خدمت «چه» به دست می‌آورند و «چگونه» آن را به دست می‌آورند. خدمات بهداشتی درمانی برای افراد، بدون توجه به ویژگی‌ها و خصوصیات آنها فراهم می‌شود. به همین دلیل مراجعان جزء لاینفک در ارزیابی این نوع خدمات هستند و گیرندگان خدمات در هر محلی که خدمات را دریافت کنند، می‌توانند به ارزیابی کیفیت آن بپردازند.

با ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی می‌توان کیفیت اجرایی برنامه‌ها، روند پیشرفت اجرا و میزان شکست یا موفقیت برنامه را تعیین کرد.

افزایش پیچیدگی مراقبت‌های بهداشتی، نظارت و ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی به امری حیاتی تبدیل شده است. با وجود ابزارها و مدل‌های گوناگون در حوزه بهداشت و درمان، پژوهش‌های متعددی با استفاده از مدل SERVQUAL انجام شده است. مدلی که بیشتر دانشمندان در آن توافق دارند، الگوی SERVQUAL یا شکاف کیفیت است که برای اولین بار در سال ۱۹۸۵، Parasuraman و همکاران آن را ارائه کردند.

SERVQUAL ابزاری معتبر برای ارزشیابی کیفیت خدمات است و در مقایسه با سایر روش‌های ارزشیابی کیفیت مزایایی از قبیل پایایی و اعتبار بالا، امکان تطبیق ابعاد آن با انواع محیط‌های خدماتی، اهمیت نسبی ابعاد پنجگانه آن در ادراک کیفیت خدمات و توانایی تحلیل براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، روانشناختی و سایر زمینه‌ها را دارد.

مدل SERVQUAL پنج بعد کیفیت خدمات، شامل بعد ملموسات، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی را ارزیابی می‌کند. بعد ملموسات به معنای شرایط محیط ارائه خدمات از جمله تجهیزات، تسهیلات و کارکنان است. بعد اطمینان شامل انجام خدمات به شکلی مطمئن و قابل اعتماد است. بعد پاسخگویی عبارت است از تمایل کارکنان به همکاری و کمک به دریافت‌کنندگان خدمات. بعد تضمین بیانگر مهارت، دانش و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به گیرندگان خدمات و بعد همدلی نیز نشان‌دهنده درک نیازهای گیرندگان خدمات و برخورد ویژه با هریک از مراجعان با توجه به روحیات آنهاست.

این مدل پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲۲ جفت پرسش است. پاسخ‌دهندگان یکبار انتظارات خود را از خدماتی که باید به آنها ارائه شود، بیان می‌کنند که بیانگر نمره انتظارات خواهد بود. بار دیگر نیز ادراکات خود را درباره خدمات ارائه شده بیان خواهند کرد. به این ترتیب نمره ادراکات آنها به دست می‌آید. در نهایت نمره‌دهی با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۷) صورت می‌گیرد و شکاف حاصل از تفاضل ادراکات و انتظارات به دست می‌آید. امروزه عرصه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از رویکرد عرضه خدمات، به سوی ارزیابی کیفیت خدمات در جریان است و بر این اساس نقش مددجو در تعریف کیفیت خدمات بیش از پیش آشکار می‌شود. از آنجا که نداشتن ارتباط با گیرندگان خدمت، سبب مخفی ماندن مشکلات، نیازها و اختلال در کسب اطلاعات صحیح می‌شود. توجه به دیدگاه گیرندگان خدمات از وضعیت موجود با مقایسه با شرایط ایده‌آل به عنوان مؤثرترین اصل در پیشرفت و ارتقای خدمات ارائه شده ضروری است. از سوی دیگر، دوره نفاس زمان ویژه و حساسی در زندگی زنان محسوب می‌شود. مراقبت‌های این دوره نیز نقشی مهم در سلامت مادر و نوزاد دارد که این امر نیاز به مراقبت‌های با کیفیت را بیش از پیش ضروری ساخته است. همچنین زمانی مهم برای ارزیابی خدمات، ارتقای کیفیت و سازماندهی آنها به شمار می‌آید.

براساس نتایج مطالعات، در هر پنج بعد کیفیت خدمات شکافی منفی وجود دارد. همچنین بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب کیفیت خدمات مراکز جامع سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود؛ به گونه‌ای که خدمات ارائه شده در مراکز جامع سلامت نتوانسته است پاسخگوی مراجعان باشد و فاصله زیادی برای جلب رضایت آنها و رسیدن به وضع مطلوب وجود دارد که با آگاهی از کاستی‌ها و تلاش در رفع آنها می‌توان کیفیت خدمات را مدیریت کرد (۲۲).

طی مطالعه‌ای کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز در سال ۱۳۸۴ حاکی از کیفیت اندک این مراقبت‌ها بود و برای ارتقا سطح کیفیت این مراقبت‌ها به کارگیری

فارغ‌التحصیلان مامایی، کیفیت سنجی دوره‌ای و دادن بازخورد و آموزش مداوم کارکنان برای رفع مشکلات موجود پیشنهاد شد.

## منابع:

۱. Grover TR, Pallotto EK, Brozanski B, Piazza AJ, Chuo J, Moran S, et al. Interdisciplinary teamwork and the power of a quality improvement collaborative in tertiary neonatal intensive care units. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2015;29(2):1. ۷۹-۸۶
۲. Nadeem E, Olin SS, Hill LC, Hoagwood KE, Horwitz SM. A literature review of learning collaboratives in mental health care: used but untested. *Psychiatric Services*. 2014;65(9):1088-99.
۳. Torkzahrani S, Soleimani F, Rafiey H, Salavati M, Babamahmoodi A. Introducing a model for improving the quality of developmental care in the neonatal intensive care unit in Iran. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015;25(89):21-9.
۴. اکبریگلو م, بایرامی ر. عوامل بازدارنده ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*. ۲۰۱۰;۱۸(۲):۴۳-۵۳.
۵. چنگابی, سیمبر, پور ا, اکبری. راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبتهای حین زایمان. *یافته*. ۲۰۱۵;۱۶(۳):۲۲-۳۳.
۶. Organization WH, Organization WH. Regional office for the Eastern Mediterranean. 2۰۰۹
۷. Mwitari PG, Ayeka PA, Ondicho J, Matu EN, Bii CC. Antimicrobial activity and probable mechanisms of action of medicinal plants of Kenya: *Withania somnifera*, *Warbugia ugandensis*, *Prunus africana* and *Plectranthus barbatus*. *PloS one*. 2013;8(6):e65619.
۸. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti University of Medical Sciences health centers. *Payesh (Health Monitor)*. 2012;11(4):529-44.
۹. RamaRao S, Mohanam R. The quality of family planning programs: concepts, measurements, interventions, and effects. *Studies in family planning*. 2003;34(4):227-48.
۱۰. Organization WH. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries: practical guide. World Health Organization, 1996.
۱۱. Collins-Fulea C, Mohr JJ, Tillett J. Improving midwifery practice: the American College of Nurse-Midwives' benchmarking project. *Journal of midwifery & women's health*. 2005;50(6):461-71.
۱۲. Organization WH. Safe motherhood needs assessment. World Health Organization, 2001.
۱۳. Hassanzadeh E, Daastari F, Soltani Z, Sheikhy CM. The Impact Of Accreditation On The Quality Of Hospital Services From The Perspective Of Nurses In Tehran. 2021.
۱۴. در مراکز بهداشتی درمانی شهری و LQAS الطفی ر, گشتاسبی دآ. بررسی کیفیت مراقبت های دوران بارداری به روش خانه های بهداشت. *نشریه پرستاری ایران*. ۲۰۰۴;۱۷(۳۹):۸-۱۴.
۱۵. طاهره مس, زهره خ, انوشیروان کن, مهناز آ. میزان دریافت و رضایت از مراقبت های دوران بارداری.
۱۶. فرخی ف, خدیوزاده ط. کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی - درمانی شهری, وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *پایش*. ۲۰۰۸;۷(۳):۰۰-.
۱۷. Raven JH, Tolhurst RJ, Tang S, Van Den Broek N. What is quality in maternal and neonatal health care? *Midwifery*. 2012;28(5):e676-e83.
۱۸. Akbari S, Changaei F, Irajpour A, Simbar M. Effective factors in the quality of care during childbirth and promoting strategies.
۱۹. Clemen-Stone S, McGuire SL, Eigsti DG. Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, & community practice: Mosby; 1998.
۲۰. سیمبر م, غفاری ف, زهرانی ش, مجد حع. کیفیت ارایه مراقبت های مامایی به زنان بستری در بخش زایمان بیمارستان های منتخب, دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *پایش*. ۲۰۰۹;۸(۲):۱۹۱-۲۰۱.
۲۱. Tunçalp Ö, Were W, MacLennan C, Oladapo O, Gülmezoglu A, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Bjog*. 2015;122(8):1045.
۲۲. Gholipour R, Shahoei R, Ghaderkhani G, Zakaryaee S, Bahmani S. The Quality of Postpartum Care from the Perspective of the Recipients of the Comprehensive Health Center Service Using the SERVQUAL Pattern. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2019;27(4):281-91.