

طراحی پرسشنامه جهت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری

ابراهیم نعیمی^۱، پرویز آقایی برزآباد^۲، عباس یزدانپناه^۳

^۱گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران، ^۲مرکز عوامل مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: از انجام این پژوهش طراحی پرسشنامه جهت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری می‌باشد تا با طراحی ابزاری استاندارد، در راستای سنجش و ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری گام‌هایی اساسی برداشته شود. کاهش میزان مرگ و میر مادران بارداری نیاز به اعمال مدیریت گسترده در ابعاد مختلف مراقبتی در مراحل مختلف بارداری دارد، لذا موضوع مورد مطالعه با هدف طراحی پرسشنامه مدیریتی مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری انجام گرفته است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر با روش توصیفی - تطبیقی انجام شده است. برای تحقق مطالعه تطبیقی از بین کشورهای پیشرو به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، بر اساس جمعیت و موجود بودن اطلاعات در دسترس سه کشور (ایران، ژاپن و انگلستان) انتخاب شد. داده‌های مورد نیاز از طریق رجوع به سایت رسمی، مجلات علمی، کتاب‌ها و بانک‌های اطلاعاتی جمع‌آوری و ابعاد و شاخص‌های تأثیرگذار بر مدیریت مراقبت‌های بهداشتی شناسایی و با نظرسنجی با متخصصان دست‌بندی شد. در ادامه با اعمال نظر متخصصان و صاحب نظران پرسشنامه اولیه تدوین و مجدداً به تأیید خبرگان رسید. پرسشنامه نهایی به تصادف بین ۴۲۰ نفر از مدیران شبکه و کارشناسان بهداشت توزیع و تکمیل گردید. داده‌های حاصل از مطالعه میدانی با استفاده از روش‌های آماری (تحلیل عاملی تأییدی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه پایایی معرف‌ها، پایایی مرکب مدل مفهومی اولیه، روایی همگرایی مدل و روایی افتراقی مورد تأیید می‌باشد که شاخص‌های پرسشنامه طراحی شده شامل محتوایی بسته آرایه مراقبت‌ها که ۱۵ سوال را شامل بوده است؛ منابع انسانی مراقبت‌ها ۸ سوال، تجهیزات و تدارکات ۵ سوال، سیستم آمار و اطلاعات ۳ سوال، منابع مالی ۵ سوال و مدیریت آرایه مراقبت‌های بهداشتی ۱۷ سوال که پایایی معرف‌ها بر اساس بار عامل بالاتر از ۰/۷ مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: طراحی پرسشنامه و به کارگیری آن جهت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری، می‌تواند دیدگاه مدیران استان کهگیلویه و بویراحمد را بر سازه‌هایی متمرکز کند که در جهت ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری مؤثر باشد و باعث بهبود کمی و کیفی مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری شود.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه، مراقبت‌های بهداشتی، مادران باردار

*نویسنده مسئول: پرویز آقایی برزآباد، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز عوامل مؤثر بر سلامت

Email: aghaieparv@gmail.com

مقدمه

در حال حاضر روزانه ۱۵۰۰ مورد به ازای هر صد هزار تولد زنده در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خورد را از دست می‌دهند. بر اساس آمار، بیشتر مرگ و میرهای زنان باردار در کشورهای در حال توسعه، ۴۵۰ مورد به ازای هر صد هزار تولد زنده می‌باشد در حالی که این میزان در کشورهای توسعه یافته به ۹ مورد در هر صد هزار تولد زنده می‌رسد (۱). طبق گفته مسئولان وزارت بهداشت و بر اساس برنامه‌ریزی‌های کلان کشوری مقرر بود که شاخص مرگ و میر مادران باردار تا پایان ۱۳۹۴ باید به کمتر از ۱۵ مورد در هر صد هزار تولد و میزان مرگ کودکان به کمتر از ۹ در هر صد هزار تولد زنده برسد. این در حالی است که به گزارش اداره بهداشت خانواده استان کهگیلویه و بویراحمد، شاخص مرگ و میر مادران باردار بین سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۶ (۲۰۱۷-۲۰۱۵)، برای کشور ایران به ترتیب ۱۸/۹، ۲۰ و ۲۱ مورد به ازای هر صد هزار تولد زنده و برای استان کهگیلویه و بویراحمد به ترتیب ۲۰، ۲۵/۶ و ۳۳ مورد به ازای هر صد هزار تولد زنده بوده است. شاخص مراقبت‌های دوران بارداری برای سال‌های ۹۳، ۹۴ و ۹۵ به ترتیب ۸۶/۶۷، ۸۷/۶۵ و ۹۵/۰۱ گزارش شده است (۲). بنابر این سؤال این پژوهش این است که چرا علی‌رغم بهبود میزان خدمات ارائه شده به وسیله تیم سلامت، شاخص مرگ و میر مادران باردار در استان کهگیلویه و بویراحمد و کشور ایران همچنان روند صعودی دارد (۳).

کاهش مرگ و میر و ارتقای شاخص‌های سلامت در مراحل اولیه بسیار آسان‌تر از مرحله فعلی در استان و کشور ایران می‌باشد، زیرا نیاز به مدیریتی گسترده‌تر از قبل دارد. در مراحل قبلی با اندکی تغییر در آموزش و فراهم سازی امکانات اولیه، افت محسوسی در میزان مرگ و میر زن باردار و نوزاد رخ می‌داد، ولی پس از رسیدن به مرحله متوسط باید اقدامات مدیریتی مدبرانه تری برای رسیدن به سطوح ایده‌آل سلامت انجام شود و کاهش تنها یک درصد در میزان مرگ و میر مادر و کودک نیاز به مدیریت فراگیرتری دارد (۴).

از آنجا که در بحث سلامت همواره وضعیت ایده‌آلی نسبت به وضع فعلی وجود دارد، این نیاز همواره در پژوهش‌های مدیریت و برنامه‌های نظام سلامت اجتناب‌ناپذیر و پا برجا خواهد ماند (۵). تاکنون پژوهش‌های مختلفی در دنیا برای بررسی شرایط مطلوب مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به مادران انجام شده است و تأثیر متغیرهای مختلف بر کیفیت این خدمات بررسی شده‌اند. بر اساس پژوهش‌های رحیمی و همکاران (۶)، بهادری و همکاران (۷) ساختار مدیریتی مراقبت‌ها بر نتایج آن بسیار تأثیرگذار است. این ساختارها باید به طور جدی مورد پایش و اصلاح الگو قرار گیرند.

مدل‌های مفهومی مختلفی برای مدیریت مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده است. یکی از سازمان‌های ارائه‌کننده مدل خدمات بهداشت مادران باردار، یونیسف می‌باشد که برای مراقبت‌های با

کهگیلویه و بویراحمد طی مراحل زیر اجرا شد: مرحله اول اجرایی، انجام مطالعه مروری به منظور تحلیل وضعیت موجود مدیریت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویراحمد، ایران و جهان (مطالعه مروری الگوها) و استخراج ابعاد و شاخص‌های مؤثر از مدل‌ها.

برای تحقق این هدف، به روش مطالعه مروری طی یک دوره بیست ساله (۱۳۷۶-۱۳۹۶) داده‌های مورد نیاز از طریق رجوع به سایت رسمی وزارت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت، یونیسف مجلات علمی، کتاب‌ها، بانک‌های اطلاعاتی و مدل‌ها مثل؛ مدل‌های یونیسف، مک‌کارتی و مایین، مدل جامع اندازه‌گیری خدمات سلامت، دونابدن، سرویکال و غیره) جمع‌آوری شد و ابعاد و شاخص‌های تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناسایی و جمع‌آوری شد.

پس از مطالعه مروری منابع و مدل‌ها و شناسایی ابعاد و شاخص‌های مؤثر بر مدیریت کیفیت خدمات بهداشتی دوران بارداری برای مقایسه و مطالعه تطبیقی، استان‌ها و کشورهای توسعه یافته و موفق در این زمینه با کمک آمار سایت سازمان بهداشت جهانی بر اساس شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری شناسایی شد. برای مطالعه تطبیقی از بین استان‌ها و کشورهای پیشرو به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس جمعیت و موجود بودن اطلاعات در دسترس سه کشور انتخاب شد (کشورهای ایران، ژاپن و انگلستان).

کیفیت خدمات بهداشتی مادران باردار و کودکان هفت شاخص از جمله؛ عوامل زمینه‌ای و محیطی، سیاست و استراتژی‌های درونی و ملی، رهبری نظام سلامت و قوانین حاکم، مشارکت‌های بین بخشی، خدمات مبتنی بر تسهیلات، خدمات امداد رسانی و رفتارهای خانواده را مؤثر شناخته است. در مدلی دیگر از یونیسف، علل اجتماعی (شامل؛ عوامل سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، کمبود آگاهی) و علل خانوادگی (شامل؛ بهداشت نامناسب، کمبود آموزش، عدم دسترسی کافی به خدمات اورژانسی، عدم تغذیه مناسب) دلیل ابتلای مادران به ناهنجاری‌ها و افزایش خسر مرگ و میر مادران و نوزادان می‌دانند (۸). در مدل ارائه شده به وسیله مایین و مک‌کارتی عوامل اساسی مؤثر بر مدیریت شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار و نوزادان معرفی شدند. در این مدل نیز تعهد سیاسی دولت، منابع در دسترس، زیرساخت‌های سلامت و توسعه اقتصادی، ارتباطات و حمل و نقل، آموزش، تغذیه، درآمد و محدودیت در استفاده از منابع، از متغیرهای اصلی مؤثر بر مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشند (۹).

روش بررسی

مطالعه حاضر، با روش توصیفی - تحلیلی و تطبیقی انجام و در مراحل مختلف آن از روش‌های کمی و کیفی استفاده شده است. این پژوهش با هدف طراحی پرسشنامه مدیریتی برای مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار استان

ابزار گردآوری داده‌ها برای مطالعه تطبیقی فیش کارت و جدول تطبیقی خواهد بود. در مرحله مطالعه تطبیقی داده‌های مورد نیاز از طریق رجوع به سایت رسمی وزارت بهداشت کشور منتخب، سازمان جهانی بهداشت، مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، رساله‌های دکتری و جستجو در پایگاه‌های اطلاعات علمی، فیش‌برداری شد. سپس از جدول تطبیقی برای مقایسه شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی در کشورهای منتخب استفاده گردید.

پس از طی نمودن مراحل اول (شناسایی شاخص‌ها یا متغیرها) و مراحل دوم و سوم (مقایسه شاخص‌ها و مطالعه تطبیقی بین کشورهای منتخب)، در مرحله چهارم اجرایی: مصاحبه با خبرگان در مورد متغیرهای مهم برگرفته از مطالعه تطبیقی مرحله‌های سوم و چهارم و طراحی پرسش‌نامه اولیه انجام شد. در این مرحله به تصادف با ۳۲ نفر از خبرگان (استادان و افراد صاحب نظر دانشگاهی در حوزه بهداشت، متخصص زنان و زایمان، مدیران وزارت و اداره سلامت زنان)، در مورد شاخص‌های مورد نظر مصاحبه شد، سپس پرسشنامه اولیه تدوین و برای تأیید مجدداً به نظر خبرگان رسیده و پرسشنامه نهایی تهیه شد.

به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز در مطالعه میدانی، پرسشنامه سه بخشی که در مرحله چهارم نهایی شده، به کار گرفته می‌شود. پس از تأیید روایی و پایایی، پرسشنامه به دو روش حضوری و الکترونیکی به روش تصادفی ساده بین ۴۲۰ نفر از مدیران شبکه، کارشناسان بهداشت خانواده، بهورزان

و ماماها استان توزیع و جمع‌آوری شد. بدین گونه که در مرحله الکترونیک از قبل با متخصص و یا کارشناس تماس گرفته شد و بعد از گرفتن رضایت همکاری، پرسشنامه به آدرس الکترونیک کارشناس فرستاده شد و پاسخ‌ها از همین طریق دریافت گردید. در مورد پرسشنامه‌های حضوری پس از ۷ روز از زمان توزیع، پاسخ‌ها جمع‌آوری شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و داده‌های حاصله از مرحله تطبیقی، مورد تحلیل عاملی تأییدی قرار گرفته و روابط متغیرها با استفاده از روش معادلات ساختاری SEM استخراج شد و اعتبار الگو مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

پایایی هر معرف باید به تنهایی ارزیابی شود. پژوهشگران معتقدند که یک متغیر مکنون باید بخش قابل توجهی از پراکندگی هر معرف را توضیح دهد. (معمولاً حداقل ۵۰ درصد) بنابراین، قدر مطلق همبستگی بین یک سازه و هر کدام از متغیرهای مشاهده شده آن (یعنی قدر مطلق بارهای خروجی استاندارد شده) باید بیشتر از ۰/۷ باشد. در مورد بارهای عاملی کمتر از آستانه باید به صورت زیر عمل کرد؛ معرف‌هایی که دارای بار عاملی کمتر از ۰/۴ هستند، در هر صورت باید حذف شوند. معرف‌هایی که دارای بارهای عاملی بین ۰/۴ تا ۰/۷ هستند، باید روایی هم‌گرا و پایایی مرکب آنها بررسی شود.

پوشش بیمه پایه برای زنان باردار، مشارکت دولت در تأمین مالی هزینه‌ها، مشارکت شهرداری‌ها و نهادها در تأمین منابع عمومی، مشارکت سازمان‌های خصوصی و غیرانتفاعی در تأمین منابع و خدمات اجتماعی رایگان برای مادران باردار به ترتیب با بار ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۰ در مدل نهایی اعمال شد، برای سازه تسهیلات و تجهیزات پشتیبانی سوالات شماره ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷ با عناوین متغیرهای تهیه تجهیزات به روز و مدرن، تأمین بودجه دارو و تجهیزات به وسیله دولت، نظارت بر توزیع مناسب دارو به وسیله دولت و استاندارد سازی تجهیزات و اقلام به ترتیب با بار ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۲ در مدل نهایی ارائه شد، برای سازه مدیریت ارائه با ۵۳ و ۵۲ با عناوین متغیرهای سیستم ارجاع نظام‌مند، تنوع مراکز مراقبت از زنان باردار، دسترسی سریع به مرکز، حمایت سران سیاسی از برنامه‌های مادران باردار و تدارک سرانه و ارائه یارانه دولتی حمایت از زنان باردار به ترتیب با بار ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۴ و ۰/۷۰ در مدل نهایی گزارش معنی‌داری و اثرگذاری اعمال شد و در نهایت برای سازه فناوری آمار و اطلاعات سوالات شماره ۲۹، ۳۰ و ۳۱ با عناوین متغیرهای سیستم الکترونیک ثبت اطلاعات، یکپارچه سازی اطلاعات مادران و سیستم ارزیابی و نظارت بر مدیریت اطلاعات ترتیب با بار ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ در مدل نهایی اعمال شد.

در صورتی که حذف معرف منجر به افزایش روایی همگرا و پایایی مرکب به بالاتر از آستانه پیشنهادی شود، باید حذف شوند، در غیر این صورت در مدل باقی می‌مانند. که جدول ۱ پایایی معرف‌ها بر اساس بار عاملی را نشان می‌دهد.

در توصیف رابطه علی بین منابع مالی، منابع انسانی مراقبت‌ها، تسهیلات و تجهیزات پشتیبانی، مدیریت ارائه مراقبت‌ها، سیستم فناوری آمار و اطلاعات و محتویات بسته ارائه مراقبت با مدیریت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویراحمد بر پایه متغیرهای زیر ارائه شد؛ برای سازه محتویات بسته ارائه مراقبت سوالات شماره ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ با عناوین متغیرهای درمان رایگان نوزادان، درمان رایگان بیماری‌های مادران، مراکز تخصصی اورژانس زنان باردار، دسترسی به خدمات انتقال، برنامه بهداشت روان مادران و همسران به ترتیب با بار ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۴ برای سازه نیروی انسانی مراقبت‌ها سوالات شماره ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۲ با عناوین متغیرهای دوره بازآموزی برای ماماها، برای متخصصین زنان و زایمان، تنظیم غیر متمرکز برنامه‌های مامایی بر اساس نیاز منطقه، ارائه سرانه و تشویقی به متخصصان شاغل در مناطق روستایی به ترتیب با بار ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۷۳ و ۰/۶۹ در مدل نهایی ارائه شد، برای سازه منابع مالی مراقبت‌ها سوالات شماره ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵ با عناوین متغیرهای

جدول ۱: پایایی معرف‌ها بر اساس بار عاملی

محتویات بسته آرایه مراقبت‌ها		منابع انسانی مراقبت‌ها	تجهیزات و تدارکات	سیستم آمار و اطلاعات	منابع مالی	مدیریت آرایه مراقبت	مدیریت مراقبت‌های بهداشتی						
q1	۰/۴۰۰	q16	۰/۶۹۵	q24	۰/۷۰۰	q29	۰/۸۷۳	q32	۰/۷۷۵	q37	۰/۶۱۷	q54	۰/۵۷۷
q2	۰/۳۹۵	q17	۰/۶۶۷	q25	۰/۸۱۴	q30	۰/۸۵۹	q33	۰/۷۹۹	q38	۰/۵۸۹	q55	۰/۷۲۳
q3	۰/۵۵۷	q18	۰/۶۶۵	q26	۰/۸۷۶	q31	۰/۸۴۰	q34	۰/۷۲۳	q39	۰/۶۷۲	q56	۰/۷۴۹
q4	۰/۵۳۵	q19	۰/۶۲۵	q27	۰/۸۲۸			q35	۰/۷۲۹	q40	۰/۴۸۳	q57	۰/۷۲۸
q5	۰/۳۱۰	q20	۰/۵۴۱	q28	۰/۴۹۶			q36	۰/۶۹۷	q41	۰/۶۲۷	q58	۰/۶۴۹
q6	۰/۴۲۹	q21	۰/۵۷۶							q42	۰/۶۱۱	q59	۰/۶۸۳
q7	۰/۲۳۱	q22	۰/۶۹۴							q43	۰/۵۵۰	q60	۰/۶۳۹
q8	۰/۳۶۵	q23	۰/۴۳۹							q44	۰/۶۱۶	q61	۰/۶۸۷
q9	۰/۴۷۲									q45	۰/۵۴۱	q62	۰/۳۶۱
q10	۰/۷۴۸									q46	۰/۴۱۰	q63	۰/۶۸۷
q11	۰/۷۱۹									q47	۰/۳۳۴	q64	۰/۷۱۱
q12	۰/۷۱۳									q48	۰/۵۰۸	q65	۰/۶۵۳
q13	۰/۷۲۹									q49	۰/۶۱۸	q66	۰/۷۰۳
q14	۰/۶۸۶									q50	۰/۵۲۵	q67	۰/۶۲۴
q15	۰/۷۴۵									q51	۰/۵۲۸	q68	۰/۵۷۶
										q52	۰/۶۷۱	q69	۰/۵۴۰
										q53	۰/۶۴۲	q70	۰/۶۴۳
												q71	۰/۶۰۲

بحث

فعال و آگاه، تجهیزات به روز مراکز و کیفیت مراقبت‌های آرایه شده در نتیجه یک فرآیند مطلوب سهم بسزایی دارد (۱۰-۱۳). دریافت نامطلوب مراقبت‌های دوران بارداری منجر به افزایش مواردی از جمله؛ زایمان زودرس، تولد کودکان با وزن کم هنگام تولد و مرگ و میر مادر و نوزاد می‌شود (۱۴). هر کشوری با توجه به امکانات و بهره‌گیری از مدل مفهومی خاص، برای خود نحوه مدیریت خاص خود را انتخاب کرده است. بنابراین کشورها با این که اساس و پایه مدل‌های مفهومی یکسانی دارند، اما در شاخص‌هایی چون نحوه اداره، تأمین و توزیع منابع مالی، پشتیبانی و نیروی انسانی، برنامه‌ریزی برای

در حال حاضر در مراقبت‌های روتین مادران باردار، مداخلات پایش، وزن‌گیری، آموزش تغذیه و شیوه زندگی، تأمین مکمل‌های آهن، ویتامین‌ها، غربالگری بیماری‌هایی چون دیابت، عفونی انجام می‌گیرد (۷) بسیاری از عوامل خطر تهدید کننده سلامت مادران هم‌چون؛ کمبود مواد مغذی، پایش و غربالگری به آسانی قابل مدیریت هستند (۸). به طور مثال تأثیر اسیدفولیک و ید در ناهنجاری‌های نوزادان ثابت شده است (۹). در حالی که در ساختار مدیریتی مراقبت‌ها باید به این مسئله اذعان داشته باشید که متغیرهایی همانند؛ محل آرایه خدمت، نیروی انسانی

هدف طراحی پرسشنامه مدیریتی مادران باردار انجام شد.

به کارگیری استراتژی مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)^(۱) با هدف عدالت در دسترسی افراد جامعه به خدمات اولیه سلامت، در کشور ایران انقلاب عظیمی در نظام مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی در ارائه خدمات به وجود آورده است (۱۶ و ۱۷). برای اذهان این دستاورد مقایسه شاخص‌های سلامت به ویژه مربوط به مرگ و میر مادران باردار نشان دهنده توفیقات چشمگیر در این زمینه است چرا که میزان مرگ و میر مادران باردار از شاخص‌های توسعه کشور می‌باشد و یکی از راهکارهای کاهش این میزان، مراقبت با کفایت از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان محسوب می‌شود (۲۰-۱۸).

توجه به سلامتی و سطح بهداشت زنان، به عنوان قشر عمده جمعیتی کشور و یکی از بنیادهای خانواده در واقع کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان پایه و اساس خانواده محسوب می‌شوند و بیماری یا مرگ آنان تبعات جبران ناپذیری بر جا سلامت خانواده می‌گذارد (۲۱).

یکی از شاخص‌های توسعه کشورها سلامت مادران باردار می‌باشد. با بهبود شاخص‌های زنان باردار می‌توان راه رسیدن به توسعه مراقبت‌های بهداشتی در کشورها را تسهیل کرد. سازمان بهداشت جهانی نیز برای رسیدن به این هدف بازه زمانی تعیین

1-Primary Health Care(PHC)

آموزش نیروی ماهر و آموزش مادران، نحوه ثبت اطلاعات، ارائه خدمات پیشگیری و مراقبتی تفاوت دارند. برای ارائه مناسب مراقبت‌های بهداشتی و به منظور کاهش مرگ و میر، الگوگیری از مدل‌های مختلف در جهان در این پژوهش پیشنهاد شد. بهره‌گیری از تجارب مثبت این کشورها می‌تواند در ارائه الگوی مدیریتی برای مراقبت‌ها در استان کهگیلویه و بویراحمد بسیار مؤثر باشد (۱۵). در این مطالعه نیز با الگوبرداری از مطالعه ترکیبی کمی و کیفی و تطبیق با کشورهای مورد بررسی مبادرت به طراحی پرسشنامه مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری کرده‌ایم تا بتوان به عنوان ابزاری مناسب با سازه‌هایی کاربردی و قابل اندازه‌گیری در ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری و به تبع آن کاهش مرگ و میر مادران باردار مفید و مؤثر واقع شود.

اگرچه تاکنون استراتژی‌ها و هزینه‌های زیادی در جهت گسترش برنامه مراقبت‌های دوران بارداری به عنوان مؤثرترین عامل علمی و اجتماعی بهبود نتایج بارداری به عمل آمده، اما تعادل مناسبی بین کمیت و کیفیت خدمات در استان برقرار نبوده است، لذا ضرورت آن احساس شد که پژوهش حاضر با هدف ارائه ابزار مطلوب مدیریتی برای مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویراحمد انجام شود تا براساس آن بتوان وضعیت شاخص‌های مرگ و میر مادران باردار، عملکرد مدیران شبکه‌های بهداشتی و کارکنان و رضایت‌مندی گیرندگان خدمت را ارتقا داد، لذا با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه با

کرده است و ارتقای شاخص‌های مراقبت مادران باردار را از شاخص‌های توسعه سلامت تعریف کرده است (۲۲). در استان کهگیلویه و بویراحمد در صورت مدیریت صحیح و بهتر منابع و مراقبت‌ها می‌تواند در آینده‌ای نزدیک جز مناطق بهبود یافته این شاخص در این زمینه باشد.

از آنجا که در بحث سلامت همواره وضعیت ایده آلی نسبت به وضع فعلی وجود دارد، این نیاز همواره در پژوهش‌های مدیریت و برنامه‌های نظام سلامت اجتناب ناپذیر و پا برجا خواهد ماند (۲۳). تا کنون پژوهش‌های مختلفی در دنیا برای بررسی شرایط مطلوب مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به مادران انجام شده است و تأثیر متغیرهای مختلف بر کیفیت این خدمات بررسی شده‌اند. بر اساس پژوهش‌های رحیمی و همکاران (۲۴)، بهادری و همکاران (۲۵) ساختار مدیریتی مراقبت‌ها بر نتایج آن بسیار تأثیرگذار است. این ساختارها و مدل‌ها باید به جدی مورد پایش و اصلاح الگو قرار گیرند (۲۶).

نتیجه‌گیری

این مطالعه طراحی پرسشنامه برای مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویراحمد می‌باشد. تأیید و به کارگیری این پرسشنامه در جهت نیل به اهداف مطالعه و ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی دوران باردار بسیار مهم و تأثیرگذار خواهد. نتایج و همبستگی‌های سنجش شده از نظر پایایی و روایی سازه‌ها و معرف‌های آنان نیز

موید مطلوب بودن پرسشنامه طراحی شده به عنوان ابزاری مناسب جهت سنجش مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری می‌باشد که در نوع خود از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. طراحی پرسشنامه‌ای جهت سنجش و اندازه‌گیری مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری، بر اساس مطالعه تطبیقی کمی و کیفی فرصت مناسبی بود تا با طراحی این پرسشنامه و سازه‌های مهم و کاربردی در راستای بهبود کمی و کیفی مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری ابزار مناسبی عرضه گردد تا بتوانیم سلامت مادران باردار و مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری را مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار دهیم. محقق معتقد است به کارگیری این پرسشنامه به منظور برنامه‌ریزی و ایجاد توازن بین منابع مورد لزوم و ارائه مراقبت‌های دوران بارداری از اهمیت خاصی برخوردار بوده و می‌تواند دیگر خدمات را تحت تأثیر قرار دهد و مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری را تسریع بخشد. هم‌چنین با طراحی چنین پرسشنامه‌ای متناسب با مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری می‌توان توازن مناسبی را بین منابع مالی، سیستم فناوری آمار اطلاعات، منابع انسانی، بسته ارائه مراقبت برقرار کرد و نیز تسهیلات و تجهیزات مناسب و به روز بر مدیریت سامانه‌های مختلف مرتبط با مراقبت‌های دوران بارداری، به طور مؤثر به کار گرفته شوند تا شاهد مدیریتی کارآمد و مؤثر

در حیطه مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری
باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع دکترای با
کد اخلاق IR.YUMS.REC.1397.707 دانشگاه علوم
پزشکی یاسوج می‌باشد، بدین وسیله از همکاران
محترم دانشگاه علوم پزشکی استان در معاونت‌ها،
شبکه‌های بهداشت و درمان قدردانی به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Vanhoof TJ, Casy BA, Tate JP. The status of prenatal care among medicaid managed care patients in Connecticut. *Evaluation & the Health Professions* 2000; 23: 409-21.
2. World Health Organization. *World health report: Shaping the future*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2003; 3-5.
3. World Health Organization. *World health report: Make every mother and child count*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2005; 11.
4. Management and Planning Organization of Iran (MPO). *The first millennium development goals report*. 1st ed. Tehran: MPO & UN; 2004; 25-9.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III AC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 21th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill Companies; 2001: 222-7.
6. Ivanov LL, Flynn BC. Utilization and satisfaction with prenatal care services. *Western Journal of Nursing Research* 1999; 21: 372-86.
7. Kent H, Jahnson K, Curtis M, Richardson Hood J, Atrash H. *Proceedings of the preconception health and health care clinical, public health, and consumer workgroup meetings- June 27-28, 2006*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities 2006.
8. Shamsiri Milani H. Mothers health. In: Hatami H (editor). *Master of public health*. Thirded. Tehran: Arjmand; 2012; 1655-65.
9. Korenbrot C, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception care: A systematic review. *Matern & Child Health J* 2002; 6(2): 75-88.
10. Murray SS, McKinney ES, Gorrie TM. *Foundations of maternal newborn nursing*. 3th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders Company; 2002; 138.
11. Ray JG, O'Brien TE, Chan WS. Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with Diabetes Mellitus. *Q J M* 2001; 94(8): 435-44.
12. Alexander G, Cornely D. Prenatal care utilization its measurement its measurement and relationship to pregnancy outcomes. *American Journal of Preventive Medicine* 1986; 3(5): 243-53.
13. Hueston WJ, Gilbert GE, Davis L, Strugill V. Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. *Community Health* 2003; 28(3): 199-208.
14. Syverson C, Chavkin WH, Atrash H, Rachel R, Sharp E, King G. Pregnancy related mortality in New York city, 1980-1984: causes of death and associated risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990; 164: 603-8.
15. Rahimikian F, Modarres M. Graphical analysis of delivery progression. *Hayat Journal* 2005; 11(24 & 25): 97-106.
16. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Quality of antenatal services at the primary care level in southwest Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2008; 12(3): 71-92.
17. World Health Organization. *What is the effectiveness of antenatal care?*. 2nd ed. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe December, 2005; P.3 Available from <http://www.euro.who.int/Document/E87997>.
18. Greg RA, Carol CK. The role of prenatal care in preventing low birth weight. *The Future of Children Low Birth Weight* 1995; 5(1): 103-20.
19. Shadpoor K. *Primary health care in Iran*. 1st ed. Tehran: Ministry of health and medical Education; 2001; 1.
20. Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic republic of Iran health sector review: main report. *Washington, DC: World Bank* 2008; 1: 11. Available from: URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/760001468253519367/Main-report>.
21. World Health Organization (WHO). *Maternal mortality rate (2008)*, cited 2011, Jan 13. Available from: URL: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main&vid=240>
22. Vezarate behdasht darman va amoozeshe pezeshti shoraye syasatgozari. *salamate Islamic republic of Iran dar barnam tosee panjom eghtesadi farhangi ejtemaie*. [Serial online] 2013 [cited 2014 Dec 25]; 5(8): 221. Available from: URL: <http://webda.behdasht.gov.ir/>
23. Tabriz Province Health Center. *Health indicators*. Available from: <http://www.tbzmed.ac.ir>
24. Rahimi B, Akbari F, Zarghami N, Pourreza A. Structure, process and performance evaluation of emergency department in teaching. *Hospitals Affiliated with Uromia and Tabriz Universities of Medical Sciences J H A* 2002; 5(12): 31-7.

25. Bahadori MK, Mirhashemi S, Panahi F, Toufighi Sh, Zaboli R, Hoseini Shokooh M. Structure, process and practices of the emergency unit of hospitals of baqyatallah University of Medical Sciences. *Journal of Military Medicine* 2008; 9(4): 257-63.
26. UNICEF. Innovative approaches to maternal and newborn health. *Compendium of Case Studies*. (2013) Available from: URL: https://www.unicef.org/health/files/Innovative_Approaches_MNH_CaseStudies-2013.pdf

Designing a Questionnaire for Prenatal Health Care

Na'imi I¹, Aghaei Borzabad P^{2*}, Yazdanpanah A³

¹Department of Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, ²Center for Health Effects, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Department of Health Services Management, Marvdasht Unit, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Received: 12 JAN 2019 Accepted: 20 Apr 2019

Abstract:

Background & aim: The purpose of this study was to design a questionnaire for prenatal health care in order to step through the design of a standard tool for measuring and promoting prenatal care. Reducing maternal mortality rates requires extensive management of various aspects of care during different stages of pregnancy. Therefore, the aim of this study was to design a management questionnaire for prenatal care.

Methods: This descriptive-comparative study was carried out to accomplish a comparative study among the advanced countries; therefore, a simple random sampling method based on the population and availability of information available to the three countries (Iran, Japan, and the United Kingdom) was selected. Required data were collected through referrals to official sites, scientific journals, books and databases, and identified the dimensions and indicators that affect health care management and were ranked by experts. Subsequently, with the opinion of specialists and experts, the initial questionnaire was prepared and reassessed by experts. The final questionnaire was distributed to 420 network administrators, randomly assigned to health experts. The data from the field study were analyzed using statistical methods (confirmatory factor analysis).

Results: In the present study, the reliability of the reagents, the composite reliability of the conceptual model, the convergent validity of the model and the differential validity were confirmed, and the indicators of the designed questionnaire included the contents of the package of care that included 15 questions; human resources care 8 questions, equipment and logistics 5 questions, system of statistics and information 3 questions, financial resources 5 questions and management of health care delivery 17 questions, reliability of reagents was confirmed by factor load above 0.7.

Conclusion: Designing a questionnaire and its application for prenatal care can help managers of Kohgiluyeh and Boyer Ahmad provinces focus on structures that are effective in promoting health care during pregnancy and can improve the quality and quantity of prenatal health care.

Keywords: pattern, management, health care, pregnant mothers, pregnancy

*Corresponding author: Aghaei Borzabad P, Center for Health Effects, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Email: aghaieparv@gmail

Please cite this article as follows:

Na'imi I, Aghaei Borzabad P, Yazdanpanah A. Designing a Questionnaire for Prenatal Health Care. *Armaghane-danesh* 2019; 24(1): 85-96