

بررسی همبستگی کیفیت مراقبت با رضایت مددجویان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی پزشکی شهید بهشتی

ژیلا مهدوی¹، دکتر معصومه سیمبر²، صدیقه امیرعلی اکبری³، دکتر حمید علوی مجد⁴

1. دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، شعبه بین الملل، تهران، ایران
2. دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
3. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
4. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت فرآیندهای مراقبتی بعدی از کیفیت خدمات و رضایت مددجو یکی از پیامدهای کیفیت است. اما گاه رضایت به معنی کیفیت مراقبت تفسیر می شود. در این راستا مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی کیفیت مراقبت با رضایت مددجویان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی بر روی 200 مددجوی مراجعه کننده به 11 مرکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی که به طور چند مرحله ای انتخاب شده بودند انجام گرفت. جهت ارزیابی کیفیت ارائه مراقبت ها، از چک لیست مشاهده ای و جهت سنجش رضایت مددجویان از پرسشنامه رضایت سنجی که بر اساس طیف لیکرت، دو بخش ساختار و مراقبت های تنظیم خانواده تهیه شده بود استفاده گردید. اعتبار پرسشنامه ها از طریق بررسی اعتبار محتوا و صوری و پایایی ابزار با تعیین ضریب آلفا کرونباخ 0/94 و ضریب همبستگی نمره دو مشاهده گر 0/91 تایید گردید. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار اس پی اس اس 16 انجام گرفت.

یافته ها: کیفیت مراقبت ها با $56/73 \pm 10/96$ (میانگین $\pm$ SD) درصد نمره تطابق با استاندارد، متوسط ارزیابی گردید. حیطه آموزش، کمترین (35/43 $\pm$ 16/14) و حیطه گرفتن شرح حال، بیشترین درصد نمره تطابق (77/83 $\pm$ 28/46) را بدست آوردند. رضایت مددجویان از مراقبت ها 83/75 $\pm$ 13/89 بالا ارزیابی گردید. در این مطالعه بین رضایت مددجویان و کیفیت فرآیندهای مراقبتی همبستگی بدست نیامد.

نتیجه گیری: در این مطالعه کیفیت خدمات متوسط و رضایت مددجویان بالا بود و بین رضایت مددجویان و کیفیت فرآیندهای مراقبتی همبستگی بدست نیامد. این امر نشان داد که رضایت زیاد مددجو می تواند به معنی کیفیت بالای فرایند مراقبتی نباشد و عوامل دیگری غیر از کیفیت فرآیندهای مراقبتی هم بر رضایت مددجو مؤثر می باشد. بنابر این، هر بعد باید ارزیابی و بر اساس چالش های موجود در هر بعد برنامه های مداخلاتی لازم طراحی و اجرا گردند.

کلید واژه ها: کیفیت مراقبت، تنظیم خانواده، رضایت

زمینه و هدف

تنظیم خانواده به زنان برای محافظت خود در مقابل حاملگی های برنامه ریزی نشده کمک می کند. در دهه 1960 برنامه های تنظیم خانواده موفق به پیشگیری از بروز 400 میلیون حاملگی برنامه ریزی نشده در جهان گردید. اگر همه

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه سیمبر؛ تهران، خیابان شریعتی، کوچه هدیه، روبروی حسینیه ارشاد، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، طبقه 4 تحصیلات تکمیلی مامایی و بهداشت باروری
آدرس پست الکترونیک: msimbar@sbmu.ac.ir

فرآیند (هم‌اکنون غالباً عملکرد گفته می‌شود)، و پیامدهای نتایج توصیف کرد. به طور کلی، فرایندها یا نتایج، می‌توانند معیارهای معتبر کیفیت باشند (نیکپور و مجلسی، 1381).

رضایت مشتری از مراقبت‌های بهداشتی بعنوان یکی از شاخص‌های مهم کیفیت مراقبت مورد توجه است (Schmidth, 2003). بطوری که از دهه 1990 اندازه‌گیری رضایت بیمار به عنوان یک روش دریافت نظرات و عقاید بیماران درباره مراقبتشان در اغلب مراکز مراقبت سلامت در نظر گرفته شده است (Schulmeister و همکاران، 2005). رضایت مددجویان از مراقبت‌های تنظیم خانواده عامل مهمی بوده، با جلب رضایت آن‌ها، انتظار مشارکت و پیروی از مراقبت‌ها به مراتب بیشتر می‌شود و در نهایت انگیزه را در آنان بالاتر خواهد برد. اگرچه بررسی رضایت کار دشواری است ولی روش بسیار خوبی جهت ارتقاء کیفیت خدمات سازمان محسوب می‌شود. از طرف دیگر، با این کار جنبه‌هایی از مراقبت که روی رضایت یا عدم رضایت مددجویان تأثیر می‌گذارد را می‌توان تعیین کرد (نیکپور، 1386). سنجش رضایت بیمار ابزار مفیدی است و اطلاعات بدست آمده از مراجعین می‌تواند شواهد مثبتی برای نیاز به تغییر در سازماندهی و شیوه ارائه خدمات بهداشتی را فراهم نماید (Atkinson & Haran, 2005). هم چنین جمع‌آوری داده‌های رضایت بیمار ممکن است برای شناخت کارکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی و یا برای شناخت فرآیندهای کاری که نیازمند بهبود هستند به کار رود (Bredart و همکاران، 2007). برخی از مطالعات انجام شده برای بررسی ارتباط کیفیت خدمات تنظیم خانواده نشان داده‌اند، علیرغم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی متوسط یا پایین میزان رضایت بالا بوده است (Aldana و همکاران، 2001; Erci, 2002 و سیمبر و همکاران 1386) و بررسی کیفیت تنها از دیدگاه مددجو یک ضعف بیان شده است (Ramarao & Mohanam, 2003). زیرا مراقبت می‌تواند همیشه رابطه مستقیم با سطح رضایت مددجویان نداشته باشد و رضایت آن‌ها دور از واقعیت باشد (Aldana و همکاران، 2001). لذا، این مطالعه با هدف تعیین همبستگی کیفیت مراقبت با رضایت مددجویان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی بر روی 200 مددجوی تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. در این پژوهش

زنان از نظر بروز حاملگی‌های پرخطر مورد حفاظت قرار گیرند مرگ مادر تا حد 1/4 کاهش می‌یابد (حاتمی و همکاران 1387).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت World Health Organization (WHO) (2009) بیش از 120 میلیون زوج که تمایل به جلوگیری از بارداری دارند، همچنان نیازمند روش‌های پیشگیری ایمن و مؤثر هستند. آمارها نشان می‌دهند در کشورهای در حال توسعه هر سال 80 میلیون حاملگی ناخواسته رخ می‌دهد و 20 میلیون زن در معرض سقط غیرایمن قرار دارند.

این آمار براساس بررسی وزارت بهداشت و درمان در سال 1379 در ایران 24 درصد بوده است. در کشور ایران پوشش روش‌های تنظیم خانواده از 64/6 درصد در سال 1371 به حدود 74 درصد در سال 1379 و 77 درصد در سال 1385 رسیده است. اما علی‌رغم این «داستان موفق» فراوانی بارداری ناخواسته 24/1 درصد اعلام گردیده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1383الف) و این مشکل می‌تواند به این معنا باشد که مشاوره و ارائه اطلاعات به قدر کافی مؤثر نیستند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای اهداف و راهکارهای جهانی بهداشت باروری (صندوق جمعیت سازمان ملل United Nation Population Found (UNFPA, 1994)

و سازمان جهانی بهداشت، ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی باروری و تنظیم خانواده را یکی از اولویت‌های برنامه خود قرار داده است. نتایج حاصل از پژوهش‌ها در کشورهای مختلف حاکی از آن است که ارائه خدمات با کیفیت بهتر به رضایت بیشتر مددجویان، پذیرش روش پیشگیری و تداوم مصرف وسایل پیشگیری در آن‌ها منجر می‌شود (Silva & Fonseka, 2008; Ramarao & Mohanam, 2003).

خدمات بهداشتی خدماتی پیچیده بوده و نگرانی در مورد عملکرد این خدمات، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است (آقاملایی 1384). ارتقا کیفیت خدمات بهداشتی باروری می‌تواند بطور چشمگیری در سلامت جسم و روان زنان و در نتیجه کل جامعه مؤثر باشد (حاتمی و همکاران 1387). کیفیت مراقبت‌های بهداشتی عبارت است از درجاتی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق دانش حرفه‌ای روز باشد (Clemen و همکاران، 2002). Donabadian، کیفیت را در سه بعد ساختار (توانایی ارائه مراقبت با کیفیت عالی)،

و توسط 15 نفر از اعضاء هیئت علمی مامایی، زنان و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت و بر اساس نظر آن ها، اصلاح نهایی انجام و در یک مرکز بهداشتی پایلوت گردید.

جهت تعیین پایایی چک لیست ها از روش سنجش پایایی بین ارزیاب ها استفاده شد بدین معنی که دو ارزیاب، به مشاهده همزمان ارائه مراقبت به 15 نفر از مددجویان پرداختند. ضریب همبستگی محاسبه شده برابر $r=0/91$ بود. رضایت سنجی از روش آزمون مجدد و سپس ضریب آلفا کرونباخ جهت تعیین پایایی پرسشنامه استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه توسط ده نفر از مددجویان تکمیل و در مرحله دوم به فاصله یک هفته مجدداً توسط همان مددجویان پرسشنامه تکمیل گردید و پایایی بدست آمده $0/89$ بود. ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شده $0/94$ بود. سطح اطمینان $0/05$ به عنوان سطح معنی دار تلقی گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار اس پی اس 16 و روش های آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی جهت توصیف نمونه های تحت مطالعه استفاده شد و در تحلیل داده ها از آزمون های آنالیز واریانس، ویلکا کسون، آزمون t، من ویتنی، تحلیل همبستگی و شاخص های اسپیرمن استفاده گردید. مقدار p کمتر از $0/05$ به عنوان شاخص معنی دار بودن تلقی شد.

یافته ها

در این مطالعه ارائه مراقبت بروی 200 مددجو با (میانگین $\pm SD$) سن $28/88 \pm 5/86$ سال و سن ازدواج $20/39 \pm 3/91$ سال انجام گرفت که به طور متوسط دارای 1 تا 2 بارداری و 1 تا 2 فرزند بودند. اکثریت مدجویان دارای تحصیلات دبیرستانی ($59/5$ درصد)، خانه دار ($92/5$ درصد)، دارای درآمد زیر پانصد هزار تومان (88 درصد) بودند. به علاوه یافته ها نشان داد که میانگین سن ارائه دهندگان $33/67 \pm 9/47$ سال و سابقه خدمت آنها $106/13 \pm 112/21$ ماه بود. اکثریت ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده در این مراکز فارغ التحصیل مقطع کارشناسی ($82/1$ درصد) و ماما ($79/5$ درصد) بودند. نوع استخدام آنان در $53/8$ درصد موارد طرحی و در $86/2$ درصد رسمی بود. $84/6$ درصد آنان در یکسال گذشته باز آموزی داشتند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده $56/73 \pm 10/96$ بدست آمد. میانگین نمره کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده در حیطه های مختلف نشان داد که حیطه معاینه فیزیکی با $55/31 \pm 23/89$ درصد نمره تطابق با

نمونه گیری به صورت چند مرحله ای انجام شد. ابتدا به صورت سهمیه ای و متناسب با تعداد مراقبت های تنظیم خانواده انجام شده در مراکز بهداشت مناطق شمیرانات، شمال و شرق، نمونه مورد نیاز در این سه منطقه توزیع گردید. سپس 11 مرکز به صورت تصادفی از مناطق سه گانه (3 مرکز در شمیرانات، 4 مرکز در شمال، 4 مرکز در شرق) انتخاب و در هر مرکز به صورت در دسترس نمونه های پژوهش به تعداد مورد نیاز انتخاب شدند. کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده (قرص ها، کاندوم، آی یودی و آمپول ها) توسط همه کارکنان مراکز (39 نفر و با حداقل 4 بار و حداکثر 7 بار مشاهده بررسی شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات پژوهشگر ساخته بود و شامل (1) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی که دارای 15 سؤال بود که توسط ارائه دهندگان تکمیل می شد. (2) چک لیست های مشاهده ای جهت بررسی کیفیت ارائه مراقبت های تنظیم خانواده در (5 حیطه: 1) معاینات جسمی (17 مورد)، (2) گرفتن شرح حال (19 مورد)، (3) مشاوره (31 مورد) که به صورت مشترک برای وسایل پیشگیری مشاهده می شد و (4) حیطه آموزش که برای هر وسیله پیشگیری برحسب نوع روش متفاوت بود و (5) حیطه عملکرد که فقط برای آی یودی و آمپول ها تنظیم شده بود. در مورد همه حیطه ها مراقبت جدید و تکراری مددجویان لحاظ می گردید.

پرسشنامه رضایت مددجویان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده در موقع خروج از مرکز شامل 35 سؤال و چهار حیطه براساس مقیاس لیکرت توسط خود آن ها تکمیل می شد. این پرسشنامه دارای دو بخش بود: الف) سؤالات مربوط به دموگرافیک ب) رضایت مددجویان در چهار حیطه: ساختار (10 سؤال)، مشاوره (13 سؤال)، معاینه (7 سؤال) و آموزش (5 سؤال) کیفیت مراقبت ارائه شده را مورد ارزیابی قرار می داد. معیار سنجش پاسخ ها به صورت کاملاً راضیم، راضیم، بی نظرم، ناراضیم و کاملاً ناراضیم بود که بترتیب نمرات 4، 3، 2، 1 و 0 به آن ها تعلق می گرفت. پس از جمع بندی نمرات و محاسبه، درصدها اعلام گردید. در مورد چک لیست مشاهده ای جهت بررسی کیفیت، هر حیطه شامل چند عبارت عملکردی بوده در مقابل این عبارت، پاسخ به صورت بلی کامل، بلی ناقص و خیر به ترتیب نمره 2، 1، 0 و صفر در نظر گرفته می شد.

جهت تعیین اعتبار چک لیست، پرسش نامه ها، روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور بر اساس آخرین دستورالعمل های انتشار یافته (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، 1383 ب)، کتب و مقالات، تهیه و تنظیم شد

استاندارد متوسط، کیفیت گرفتن شرح حال با $77/83 \pm 28/46$ درصد مطلوب و به عنوان بالاترین کیفیت ارزیابی شد. کیفیت مشاوره و تعامل بین ارائه دهنده و مددجو با $48/26 \pm 15/38$ درصد، متوسط و کیفیت آموزش با $35/43 \pm 16/14$ درصد، نامطلوب ارزیابی گردید.

بین کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده با روش های پیشگیری از بارداری در همه حیطه ها بجز حیطه مشاوره ارتباط معنی دار بدست آمده است که در جدول 1 نشان داده شده است. آزمون

آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که ($p = 0/006 < 0/01$) نمره کیفیت کلی مراقبت های تنظیم خانواده ارائه شده به تفکیک حیطه ها بر حسب روش های پیشگیری از بارداری اختلاف معنی داری داشت. بعد از آزمون آنالیز واریانس برای شکل معنی داری از آزمون توکی استفاده شد. کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده در همه حیطه ها، آی یودی و آمپول ها از بالاترین کیفیت و قرص از پایین ترین کیفیت برخوردار بوده است.

جدول 1: میانگین و انحراف معیار درصد نمره تطابق با استاندارد مراقبت های تنظیم خانواده ارائه شده به تفکیک حیطه ها بر حسب روش های پیشگیری از بارداری مددجویان مراجعه کننده به واحدهای تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

حیطه ها	معاینه فیزیکی		گرفتن شرح حال		مشاوره		آموزش		عملکرد		کیفیت کلی	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
کاندوم	50/87	82/83	47/94	37/28	-	55/08						
	13/23	24/40	15/43	12/94	-	10/78						
	45/95	62/31	49/86	35/04	-	52/35						
قرص های ترکیبی	25/44	34/39	16/31	11/81	-	10/90						
	59/58	70/39	42/66	38	-	54/28						
قرص شیردهی	33/97	32/64	13/81	13/42	-	11/33						
	71/20	88/72	53/84	41/43	83/57	63						
آی یودی	31/56	14	14/84	17/90	10/79	9/15						
	65/46	67/73	46/19	15/70	73/90	58/45						
آمپول پروژسترونی	26/95	37/36	13/89	19/75	7/46	10/52						
	51/39	78/29	46/76	35/12	70/14	56/23						
آمپول سیکلوفم	19/67	27/65	17/23	20/81	8/49	11/19						
	55/32	77/83	48/27	35/44	77/73	56/58						
کل	23/89	28/46	15/38	16/15	10/88	10/94						
	کروسکال والیس	کروسکال والیس	آنالیز واریانس یک طرفه	کروسکال والیس	آنالیز واریانس یک طرفه	آنالیز واریانس یک طرفه						
نوع آزمون	P < 0/001	P < 0/001	0/210	P < 0/001	P < 0/001	0/006						
	Pvalue											

بین کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده با دفعات مراقبت ارتباط معنی دار بدست آمد. براساس آزمون t ($P = 0/000 < 0/001$) بین کیفیت کلی مراقبت های تنظیم

خانواده و مراجعه جدید اختلاف معنی دار نشان داده شد. این ارتباط در جدول 2 نشان داده شده است.

جدول 2: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت (درصد تطابق با استاندارد) مراقبت های تنظیم خانواده بر حسب دفعات مراجعه مددجویان مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

Pvalue	نوع آزمون	تکراری n = 57		جدید n = 143		دفعات مراجعه
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/020	من ویتنی	37/52	50/43	15/21	57/26	معاینه فیزیکی
0/735	من ویتنی	46/40	58/77	9/05	85/42	گرفتن شرح حال
0/144	آزمون t	14/64	50/72	15/61	47/28	مشاوره
0/240	من ویتنی	16/25	38/15	16/03	34/35	آموزش
0/411	آزمون t	9/69	76/35	11/66	78/66	عملکرد (آی بودی و آمپول ها)
P < 0/001	آزمون t	12/72	51/29	9/40	58/69	کیفیت کلی

جدول 3: آزمون همبستگی اسپیرمن و کروسکال والیس بین متغیرهای کمی و کیفی مددجویان و میزان رضایت آنان از مراقبت های تنظیم خانواده، در مراکز بهداشتی درمانی وابسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

Pvalue	نوع آزمون	متغیر
0/004	اسپیرمن	سن مددجو
0/041	اسپیرمن	تعداد فرزند
< 0/001	اسپیرمن	مدت زمان انتظار دریافت مراقبت
0/02	کروسکال والیس	تحصیلات مددجو
0/01	کروسکال والیس	شغل همسر
0/04	کروسکال والیس	درآمد ماهانه

بین مشخصات جمعیت شناسی ارائه دهندگان با کیفیت مراقبت همبستگی وجود داشت. از طرف دیگر، بین متغیرهای سن و سابقه خدمت و مقطع تحصیلی با کیفیت مراقبت همبستگی معنی دار وجود نداشت.

نتایج نشان داد که آزمون همبستگی اسپیرمن بین ویژگی های فردی مددجویان مراجعه کننده، بین متغیرهای سن مددجو و تعداد فرزند، با رضایت همبستگی معنی دار مثبت وجود داشت ولی با مدت زمان انتظار دریافت مراقبت ($P < 0/001$) ارتباط معنی دار منفی داشت (جدول 3).

همچنین، بین رضایت در حیطه ساختار ($P < 0/001$)، در حیطه معاینه ($P < 0/05$)، در حیطه مشاوره ($P < 0/05$) و در حیطه آموزش ($P < 0/05$) با مدت زمان انتظار دریافت مراقبت نیز همبستگی معنی دار منفی بدست آمد. در مورد سایر ویژگی های فردی همبستگی معنی داری وجود نداشت.

میانگین نمره رضایت $83/75 \pm 13/89$ و میزان رضایت آن ها به تفکیک حیطه ها بالاترین رضایت از حیطه مشاوره $86 \pm 15/52$ درصد و کمترین رضایت از حیطه آموزش $78/50 \pm 21/47$ درصد بوده است. جدول شماره 4 توزیع فراوانی مددجویان درخصوص حیطه های مورد سنجش بر حسب بیشترین و کمترین میزان رضایت مددجویان از مراقبت های تنظیم خانواده را نشان می دهد.

جدول 4: توزیع فراوانی مددجویان درخصوص حیطه‌های مورد سنجش بر حسب بیشترین و کمترین میزان رضایت مددجویان از مراقبت‌های تنظیم خانواده
مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده، در مراکز بهداشتی درمانی وابسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

طیف رضایت	کاملاً راضیم	راضیم	نظری ندارم	ناراضیم	کاملاً ناراضیم	میانگین
عوامل مورد سنجش در میزان رضایت	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	(0-4)
حیطه ساختار						
دسترسی راحت به مرکز	153	76/5	31	15/5	8	3/64
مدت زمان انتظار	86	43	66	33	11	2/96
حیطه مشاوره						
یادآوری نوبت بعدی به شما و به وضوح	158	79	28	14	8	3/69
رعایت خصوصی بودن محل مشاوره	93	46/5	55	27/5	21	3
حیطه معاینه						
رعایت حفظ پوشش شما در هنگام معاینه	138	69	22	11	32	3/44
رعایت شستن دست قبل و بعد از معاینه	95	47/5	41	20/5	40	2/98
حیطه آموزش						
کافی بودن اطلاعات داده شده در مورد روش	121	60/5	47	23/5	19	3/36
های پیشگیری از بارداری						
استفاده از وسایل کمک آموزشی برای آموزش	75	37/5	41	20/5	48	2/68
وسایل پیشگیری از بارداری (پمفلت، پوستر، ...)						

بین کیفیت مراقبت‌های تنظیم خانواده با رضایت مددجویان مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده همبستگی معنی داری بدست نیامد، ولی بر اساس آزمون اسپیرمن بین نمره کیفیت مراقبت‌های تنظیم خانواده در حیطه عملکرد (آی‌یودی و آمپول‌ها) با نمره رضایت مددجویان از معاینه همبستگی مثبت و معنی دار وجود داشت ($P=0/013 < 0/05$ و $r=0/321$).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که علیرغم کیفیت متوسط یا نامطلوب مراقبت‌ها، رضایت مددجویان بالاست. مطالعات نشان می‌دهد رضایت تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که می‌تواند علی‌رغم کیفیت متوسط و نامطلوب مراقبت‌های تنظیم خانواده رضایت بالای مددجویان را فراهم آورد. (Nakhaee & Mirahmadzadeh 2005) و گاه کیفیت نامطلوب خدمات به فقدان توجه یا ادب ارائه دهندگان نسبت داده می‌شود (لامعی 1382). رضایت بالای مددجویان می‌تواند ناشی از توقع پایین مددجو باشد (جعفری و همکاران 1382 و Kipp 2003؛ Aldana و همکاران، 2001). برخی مهارت‌های ارتباطی ارائه دهندگان در رضایت مددجویان را مؤثرتر از مهارت‌های تخصصی آن‌ها نشان داده اند (Fantahun، 2005). واقعیت این است که مددجویان معمولاً از مراقبت‌های تخصصی که به آن‌ها ارائه می‌شود اطلاعات جامعی ندارند و در نتیجه نمی‌توانند قضاوت مناسبی در مورد کیفیت روش‌های مراقبتی

داشته باشند و رضایت آن‌ها می‌تواند ناشی از سایر عوامل باشد (سیمبر و همکاران، 1384). تکیه صرف بر دیدگاه و اظهارات مددجویان جهت بررسی کیفیت مراقبت را به عنوان نقطه ضعف قضاوت در مورد کیفیت ارائه مراقبت بیان می‌شود (Ramarao & Mohanam، 2003).

این مطالعه نشان داد که عوامل دیگری هم بر رضایت مؤثر هستند. مددجویان دارای درآمد و مقاطع تحصیلی پایین‌تر و یا آن‌هایی که همسرانشان بیکار بودند میزان رضایت بالاتری داشتند. Erci (2002) نیز رضایت مطلوب در زنان را مرتبط با تحصیلات آن‌ها می‌داند. Kipp (2003) پایین بودن وضعیت اقتصادی اجتماعی دانش کم مددجویان را عامل رضایت بالای آن‌ها دانستند. ابعاد کیفیت چون سهولت دسترسی، تداوم خدمت، موجود بودن و کارایی نیز می‌توانند در رضایت مددجویان نیز مؤثر باشند (Becker و همکاران، 2007؛ Kipp، 2003).

در مطالعه حاضر کیفیت مراقبت‌های تنظیم خانواده متوسط ارزیابی گردید. یکی از مشکلات مراقبتی مربوط به معاینات فیزیکی بود که براساس فرم‌های موجود در مراکز بود و فاقد مواردی مانند محاسبه BMI برای POP و DMPA، بررسی اندازه گیری لیپوپروفاایل برای مصرف کنندگان DMPA، بررسی قند، چربی، لیپوپروتئین و بررسی مشکلات انعقادی برای مصرف کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری و سیکلوفم

افزایش پوشش روش های پیشگیری از بارداری که از اهداف برنامه تنظیم خانواده می باشد کمک خواهد کرد. در حیطه رضایت از مشاوره، کمترین امتیاز مربوط به سؤال «رعایت خصوصی بودن محل مشاوره» بود. وجود شرایط خصوصی یکی از معیارها و ضوابط برای ارزیابی کیفیت مراقبت محسوب می شود. فقدان شرایط خصوصی می تواند یکی از مهمترین موانع برای شروع و ادامه مراقبت باشد (Fantahun, 2005).

بیانیه فدراسیون بین المللی طراحی والدین International Planned Parenthood Federation (IPPF), (2000) و بنا به تأکید چندین مطالعه (Aldana و همکاران 2001 و Hardee و همکاران، 2001) فراهم کردن یک محیط محرمانه در طول مشاوره، حق متقاضیان روش های تنظیم خانواده است. ضمن آنکه با توجه به اعتقادات اسلامی و ایرانی مددجویان، محرمانه بودن اتاق مشاوره باید بیشتر مورد تأکید قرار گیرد. در حیطه آموزش سؤال «استفاده از وسایل کمک آموزشی در آموزش وسایل پیشگیری از بارداری (پمفلت، پوستر و...)» کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد. عدم استفاده از روش ها و یا قطع آن ها می تواند بارداری ناخواسته و عوارض ناشی از آن را به همراه داشته باشد بنابراین، نیاز به برنامه ریزی بیشتر برای ارتقا سطح آگاهی مددجویان توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی لازم به نظر می آید. چنانچه ارائه دهندگان مهارت لازم برای انجام وظایف خود و یا آموزش کافی به مددجویان را نداشته باشند موجب نارضایتی آنان خواهند شد (آقاملائی، 1386).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت مراقبت ها در 5 حیطه (معاینه فیزیکی، گرفتن شرح حال، مشاوره و تعامل بین ارائه دهنده و مددجو، آموزش و حیطه عملکرد) علیرغم رضایت بالا نیازمند به مداخله می باشد. Fonsaka & Silva (2008) نیز علیرغم رضایت بالای مددجویان مواردی چون معاینات فیزیکی، فرصت دادن به مددجو برای بیان مشکلات و زمان انتظار را عامل نارضایتی دانسته اند و برنامه ریزی جهت ارتقا کیفیت خدمات از طریق آموزش ارائه دهندگان مراقبت ارزیابی کیفیت خدمات را هم چنان لازم می دانند.

اگرچه کیفیت نامطلوب ارائه مراقبت های تنظیم خانواده می تواند موجب نارضایتی مددجویان شود (Letaief و همکاران، 2008) اما رضایت مددجویان به تنهایی نمایانگر کیفیت بخشی از کیفیت کلی ارائه مراقبت ها است. کیفیت مفهوم گسترده ای است که باید از نظر تمام ابعاد آن را مورد بررسی قرار داد و اگر یکی از آن رویکردها در مطالعات ارزیابی گردد فقط می تواند جزئی از تصویر کلی کیفیت را نشان دهد

بود که براساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، (1383ب) نیازمند بررسی می باشند.

بررسی کیفیت مشاوره نشان داد سؤالات: «دادن اطلاعات کافی در مورد روش های تنظیم خانواده»، «شرح جزئیات و نحوه صحیح استفاده از روش پیشگیری انتخاب شده»، «تشویق مددجو به سؤال پرسیدن»، «استفاده از وسایل کمک آموزشی»، «پرسش مجدد از مددجو» پایین ترین امتیاز را داشتند. از آنجا که جهت مشاوره فرمی وجود ندارد، پیشنهاد می شود فرم مشابه با مطالعه حاضر تهیه شود تا همه عبارات در موقع مشاوره توسط ارائه دهندگان مراقبت انجام گیرد. از طرفی ارائه دهنده مراقبت زمانی می تواند مشاور موفق باشد که از طریق در اختیار قرار دادن اطلاعات صحیح، جلب اعتماد و اطمینان مددجویان و همسران آن ها کمک کند تا تصمیم خود را به راحتی در خصوص روش پیشگیری از بارداری گرفته و مددجویان از تصمیم خود احساس رضایت کنند. همچنین مهارت کافی در خصوص نحوه برقراری ارتباط با مددجو را داشته باشد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1383). کیفیت آموزش مراقبت های تنظیم خانواده نامطلوب بود. کافی نبودن توضیحات در مورد وسایل پیشگیری و اثرات جانبی آن ها موجب قطع مصرف وسایل از طرف مددجو می شود (شهیدزاده و همکاران، 2006). آموزش روش های پیشگیری، دادن اطلاعات و مشاوره و تعامل ارائه دهنده و مددجو، اگر درست اجرا گردد می تواند باعث ارتقاء کیفیت آموزش در مراقبت های تنظیم خانواده گردد.

کیفیت عملکرد مربوط به مراقبت های آی یودی و آمپول ها مطلوب ارزیابی شد. از آنجایی که آی یودی و آمپول ها نیازمند انجام فرایندهای تخصصی هستند، ارائه دهندگان این فرایندها را خوب ارائه می دادند.

نتایج این مطالعه نشان داد که ارائه مراقبت در دفعه اول از کیفیت بالاتری نسبت به مراقبت های بعدی برخوردار بود. واقعیت این است که مطلوب بودن کیفیت مراقبت نه تنها در مراجعه جدید مهم است، بلکه کیفیت بالای مراقبت در مراجعات تکراری نیز دارای اهمیت زیادی است و باعث تداوم استفاده از وسیله پیشگیری و عدم قطع آن به وسیله مددجویان می شود (Silva & Fonsaka, 2008).

در این مطالعه رضایت مددجویان در سطح بالا بود. بالاترین رضایت از حیطه مشاوره و کمترین رضایت از حیطه آموزش بوده است. در حیطه ساختار کمترین امتیاز را سؤال «مدت زمان انتظار» آورده است با توجه به اهمیت روزافزون وقت در دنیای امروز، حل این موضوع به افزایش مراجعات و

مراقبت تفسیر می شود. رضایت مشتری از مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم کیفیت مراقبت محسوب می‌شود و ارتقا کیفیت خدمات مهمترین تضمین را برای بهداشت باروری زنان ایجاد می‌نماید. ارائه خدمات تنظیم خانواده، مشاوره، اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط از اجزای مهم بهداشت باروری هستند. بنابراین، ارتقاء هر یک از این اجزا می‌تواند امکان کسب بالاترین سطح بهداشت باروری را فراهم آورد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم ژیلامهدوی و به راهنمایی خانم دکتر معصومه سیمبر می باشد. نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی هم چنین شعبه بین الملل و مجازی به خاطر حمایت معنوی از این پایان نامه، مسئولین 11 مرکز به خاطر همکاری بی شائبه و معاونت بهداشتی آن دانشگاه کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌دارند.

(Williams و همکاران، 2000). بررسی رضایت مددجو ابزار مفیدی برای اندازه‌گیری ابعاد رضایت مددجویان با مراقبت‌های تنظیم خانواده و خدمات بهداشت باروری را فراهم می‌آورد. در راستای بهبود هرچه بیشتر ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها پیشنهاد می‌شود دستورالعمل‌ها و چک لیست‌هایی برای ارزیابی هر بعد از کیفیت توسط مدیران طراحی و برای ارزیابی مستمر خدمات مورد استفاده قرار گیرد تا چالش‌ها در هر بعد مشخص گردد. همچنین آموزش‌های کاربردی، جهت ارتقای مهارت‌های ارتباطی و مشاوره و مهارت‌های تخصصی (ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری) برای ارائه‌دهندگان در نظر گرفته شود. حضور پژوهشگر جهت تنظیم برگه مشاهده به عنوان فرد ناظر ممکن بود بر نحوه انجام کار واحدهای مورد پژوهش تأثیر بگذارد که با ارائه توضیحات کامل اهداف پژوهش و مشاهدات مکرر تأثیر این عامل به حداقل رسید. در این مطالعه رضایت بالا و کیفیت مراقبت متوسط بوده و بین رضایت مددجویان و کیفیت فرآیندهای مراقبتی همبستگی بدست نیامد. بدیهی است کیفیت فرآیندهای مراقبتی بعدی از کیفیت خدمات و رضایت مددجو یکی از پیامدهای کیفیت است. اما گاه رضایت به معنی کیفیت

REFERENCES

- Aghamolaie T (2005). [Principles of Health Services Based on New Resources]. Tehran: Andisheh Rfie Publications (Persian).
- Aghamolaie T (2008). [Perspectives of women about quality of primary health services in health centers of Bandar-Abbas]. Payesh 7 (2)121-127 (Persian).
- Aldana J et al (2001) Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization. 79(6) 512-517.
- Atkinson S Haran D (2005). Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Social Science and Medicine; 60 (3) 501 – 513.
- Becker D et al (2007). The quality of family planning services in the United States: Findings from a literature review. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 39 (4) 206-215.
- Brédart A et al (2007). Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: Preliminary results based on the Eortgin Patsat 32 questionnaire. European Journal of Cancer; 43(2) 323 – 330.
- Clemen S et al (2002). Comprehensive Community Health Nursing. 6th edition London. Mosby Co.
- Erci B (2002). Turkish Women's satisfaction with Family planning services. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 7 (4) 227-33.
- Fantahun M (2005) Quality of family planning services in northwest Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Development 19(3)195-202
- Hatami H et al (2008). [The Comprehensive Book of General Health]. 3rd Vol 3, Tehran, Arjmand Publications (Persian).
- Hardee K et al (2001). Quality of care in family planning clinics in Jamaica. Do client and providers agree? West Indian Medical Journal. 50(4) 322-27
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2000). IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, Vision 2000, (IPPF- International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere), London.

- Jafari F et al (1385). Clients' satisfaction and the effective factors in the health centers. *Daneshvar*.14 (66) 15-22 (Persian).
- Kipp W (2003). User feedback from family planning client in Uganda. *International Journal Health Care Assurance*. 16 (7) 334-340.
- Lamei A (2003). *Total Quality Management in Education*. Oromieh, Shahed and Isargaran Publications. (Persian).
- Letaief M et al (2008). Implementing a quality improvement programme in a family planning centre in Monastir, Tunisia; *Eastern Mediterranean Journal of Health*. 14 (3) 615-27.
- Ministry of Health, Treatment and Medical Education, deputy of health (2004). [Ten Years Activities Report of Islamic Republic of Iran on International Conference of Population and Development.Tehran], Karoun Publications (Persian).
- Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Deputy of Health (2004b). [Family and Population Health Office], Family Planning Administration, Instruction for Contraceptive Use in Islamic Republic of Iran. Tehran, Ministry of Health Publications. (Persian).
- Nakhaee N Mirahmadizadeh A (2005). Iranian Women's Perceptions of family planning services quality: A client-satisfaction survey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health*; 10 (3) 192-198
- Nickpour B Mjlessi F (2002). [Evaluation of Quality of Health Services]. Tehran University Publications (Persian).
- Nickpour S et al (2007). [Women's satisfaction with prenatal care and its relation with their demographic characteristics and the procedure of the services]. *Quarterly Journal of Iran's Nursing* 20 (49) 15-27 (Persian).
- RamaRao S Mohanam R (2003). The quality of family planning programs: Concepts, measurements, interventions, and effects. *Studies in Family Planning*. 34 (4) 227-48.
- Simbar M et al (2007). [Quality of family planning services in Shahid Beheshti Medical Science University]. *Payesh* 6 (2) 145-155. (Persian).
- Schmidth LA (2003). [Patient's perception of nursing care in the hospital setting]. *Journal of Advanced Nursing*. 44 (4) 393-399.
- Schulmeister L et al (2005). Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: Perceptions of patient undergoing outpatient autologous stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*. 32 (1) 57 – 67.
- Shahidzadeh M et al (2006). Factors affecting quality of care in family planning clinics: A study from Iran. *International Journal for Quality in Health Care*. 20 (4) 284-290.
- Silva UD Fonsaka P (2008). Quality of care in government family planning clinic services in Colombo District. *Ceylon Medical Journal*. 53 (4) 121-127.
- United Nation Population Fund (UNFPA) (1994). International conference on population and development, Cairo, Egypt, 2-3 September; Available from: URL:<http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm>, Visited September 2009.
- Williams T et al (2000). Measuring family planning services through client satisfaction exit interviews international. *Family Planning Perspectives*; 26 (2) 63-71.
- World Health Organization (2009). Future of Sexual and Reproductive health. WHO Media Center. Available on line at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr63/en/>