

بررسی همبستگی کیفیت مراقبت با رضایتمندی مددجویان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم 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، تهران، ایران
2. استادیار، 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 مطالعه‌ای با هدف بررسی همبستگی کیفیت مراقبت با رضایتمندی مددجویان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی 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 شهید بهشتی که به طور چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند انجام گرفت. جهت ارزیابی کیفیت ارائه مراقبت ها، از چک لیست مشاهده‌ای و جهت سنجش رضایت مددجویان از پرسش نامه رضایت سنجی که بر اساس طیف لیکرت و در دو بخش ساختار و مراقبت های تنظیم خانواده تهیه شده بود استفاده گردید. اعتبار پرسش نامه 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 داده‌ها نیز با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار اس پی اس 16 انجام گرفت.

یافته ها: کیفیت مراقبت‌ها 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 مراقبت‌ها 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 و نشان داده شد 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 هستند. 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، رضایتمندی

زمینه و هدف

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

*نویسنده مسئول مکاتبات: محمد رشیدی؛ سمنان، کیلومتر 5 جاده سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، گروه تربیت بدنی
آدرس پست الکترونیک: Mrashidi48@yahoo.com

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 ۱۹۹۰ 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, 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 ارتقا 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، ۱۳۸۶). 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 و همکاران، ۲۰۰۵) 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، ۲۰۰۷). برخی از مطالعات انجام شده برای بررسی ارتباط کیفیت خدمات تنظیم خانواده نشان داده‌اند علیرغم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی متوسط یا پایین میزان رضایتمندی 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 رضایتمندی مددجویان نداشته باشد و رضایت آنها دور از واقعیت باشد (Aldana و همکاران، 2001). لذا، این مطالعه درصدد بود تا با بررسی همبستگی کیفیت مراقبت با رضایتمندی مددجویان تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به این سؤال پاسخ دهد که آیا رضایتمندی مددجویان به تنهایی می‌تواند نمایانگر کیفیت فرآیندهای مراقبتی باشد یا عوامل دیگری نیز تأثیرگذار است.

مواد و روش‌ها

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 ۶/۶۴ درصد در سال ۱۳۷۱ به حدود ۷۴ درصد در سال ۱۳۷۹ و 77 درصد در سال 1385 رسیده است. اما علی‌رغم این «داستان موفق» فراوانی بارداری ناخواسته ۱/۲۴ درصد اعلام گردیده است (وزارت بهداشت 1383 الف) و این مشکل می‌تواند به این معنا باشد که مشاوره و ارائه اطلاعات به قدر کافی مؤثر نیستند.

وزارت بهداشت 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 & Fonseca, 2008؛ Ramarao & Mohanam, 2003).

خدمات بهداشتی خدماتی پیچیده بوده و نگرانی در مورد عملکرد این خدمات، هم در کشورهای توسعه‌یافته 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). Donabdian، کیفیت را در سه بعد ساختار (توانایی ارائه مراقبت با کیفیت عالی)، فرآیند (هم‌اکنون غالباً عملکرد گفته می‌شود)، و پیامدهای

جهت تعیین اعتبار چکلیست، پرسش نامه‌ها، روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور بر اساس آخرین دستورالعمل‌های انتشار یافته (وزارت بهداشت 1383ب)، کتب و مقالات، تهیه و تنظیم شد و توسط 15 نفر از اعضای هیئت علمی مامایی، زنان و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت و بر اساس نظر اساتید، اصلاح نهایی انجام و در یک مرکز بهداشتی پایلوت گردید.

جهت تعیین پایایی چکلیست‌ها از روش سنجش پایایی بین ارزیاب‌ها 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. رضایت‌سنجی از روش آزمون مجدد و سپس ضریب آلفاکرونباخ جهت تعیین پایایی پرسش نامه استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسش نامه توسط ده نفر از مددجویان تکمیل و در مرحله دوم به فاصله یک هفته مجدداً توسط همان مددجویان پرسش نامه تکمیل گردید و پایایی بدست آمده $0/89$ بود. ضریب آلفاکرونباخ محاسبه شده $0/94$ بود. سطح اطمینان $0/05$ به عنوان سطح معنی‌دار تلقی گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار اسپس پی اس اس 16 و روش‌های آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی جهت توصیف نمونه‌های تحت مطالعه استفاده شد و در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آنالیز واریانس، ویلکاکسون، آزمون t، من‌ویتنی، تحلیل همبستگی و شاخص‌های اسپیرمن استفاده گردید. مقدار p کمتر از $0/05$ به عنوان شاخص معنی‌دار بودن تلقی شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ارائه مراقبت بر روی 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 $1/79 \pm 0/92$ بارداری و $1/64 \pm 0/74$ فرزند بودند. اکثریت مددجویان دارای تحصیلات دبیرستانی ($59/5$ درصد)، خانه دار ($92/5$ درصد)، دارای درآمد زیر پانصد هزار تومان (88 درصد) بودند. به علاوه یافته‌ها نشان داد که میانگین سن ارائه‌دهندگان $33/67 \pm 9/47$ سال و سابقه خدمت آنها $106/13 \pm 112/21$ ماه بود. اکثریت ارائه‌دهندگان خدمات تنظیم خانواده در این مراکز فارغ التحصیل مقطع کارشناسی ($82/1$ درصد) و ماما ($79/5$ درصد) بودند. نوع استخدام آنان

این مطالعه توصیفی بر روی 200 مددجوی تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا به صورت سهمیه‌ای و متناسب با تعداد مراقبت‌های 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 سه‌گانه (3 مرکز در شمیرانات، 4 مرکز در شمال، 4 مرکز در شرق) انتخاب و در هر مرکز به صورت در دسترس نمونه‌های پژوهش به تعداد مورد نیاز انتخاب شدند. کیفیت مراقبت‌های تنظیم خانواده (قرص‌ها، کاندوم، آی‌یودی و آمپول‌ها) توسط همه کارکنان مراکز (39) نفر و با حداقل 4 بار و حداکثر 7 بار مشاهده بررسی شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات محقق ساخته بودند و شامل (1) پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک که دارای 15 سؤال بود که توسط ارائه‌دهندگان تکمیل می‌شد. (2) چک لیست‌های مشاهده‌ای جهت بررسی کیفیت ارائه مراقبت‌های تنظیم خانواده در 5 حیطة: (1) معاینات فیزیکی (17 مورد)، (2) گرفتن شرح حال (19 مورد)، (3) مشاوره (31 مورد) که به صورت مشترک برای وسایل پیشگیری مشاهده می‌شد و (4) حیطة آموزش که برای هر وسیله پیشگیری برحسب نوع روش متفاوت بود و (5) حیطة عملکرد که فقط برای آی‌یودی و آمپول‌ها تنظیم شده بود. در مورد همه حیطة‌ها مراقبت جدید و تکراری مددجویان لحاظ می‌گردید.

پرسش نامه رضایتمندی مددجویان مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده در موقع خروج از مرکز شامل 35 سؤال و چهار حیطة براساس مقیاس لیکرت توسط خود آنها تکمیل می‌شد. این پرسش نامه دارای دو بخش بود: الف) سؤالات مربوط به دموگرافیک (ب) رضایتمندی مددجویان در چهار حیطة: ساختار (10 سؤال)، مشاوره (13 سؤال)، معاینه (7 سؤال) و آموزش (5 سؤال) کیفیت مراقبت ارائه شده را مورد ارزیابی قرار می‌داد. معیار سنجش پاسخ‌ها به صورت کاملاً راضیم، راضیم، بی‌نظرم، ناراضیم و کاملاً ناراضیم بود که بترتیب نمرات 4، 3، 2، 1 و 0 به آن‌ها تعلق می‌گرفت. پس از جمع‌بندی نمرات و محاسبه، درصدها اعلام گردید. در مورد چک‌لیست مشاهده‌ای جهت بررسی کیفیت، هر حیطة شامل چند عبارت عملکردی بوده در مقابل این عبارت، پاسخ به صورت بلی کامل، بلی ناقص و خیر به ترتیب نمره 2، 1 و 0 در نظر گرفته می‌شد.

همبستگی معنی دار منفی بدست آمد. در مورد سایر ویژگی های فردی همبستگی معنی داری وجود نداشت.

میانگین نمره رضایتمندی $83/75 \pm 13/89$ و میزان رضایتمندی آنها به تفکیک حیطه‌ها 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 در خصوص حیطه‌های مورد سنجش بر حسب بیشترین و کمترین میزان رضایتمندی مددجویان از مراقبت‌های تنظیم خانواده را نشان داد.

بین کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده با رضایتمندی 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 (آی یودی و آمپول‌ها) با نمره رضایتمندی مددجویان از معاینه همبستگی مثبت و معنی دار وجود داشت ($r = 0/321$ و $P = 0/013 < 0/05$).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که علیرغم کیفیت متوسط یا نامطلوب مراقبت‌ها، رضایت مددجویان بالاست. مطالعات نشان می‌دهد رضایت تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله قرار دارد که می‌تواند علی‌رغم کیفیت متوسط و نامطلوب مراقبت‌های تنظیم خانواده رضایتمندی 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 الف). رضایت بالای مددجویان می‌تواند ناشی از توقع پایین مددجو باشد (جعفری و همکاران 1382 و Kipp 2003 و 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 مراقبت های 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 در مورد تضاد در مورد کیفیت ارائه مراقبت بیان می‌شود (RamaRaMoMohanam 2003).

این مطالعه نشان داد که عوامل دیگری هم بر رضایت مؤثر هستند. مددجویان دارای درآمد و مقاطع تحصیلی پایین‌تر و با آن‌هایی که همسرانشان بیکار بودند میزان رضایت بالاتری

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 مراقبت‌های تنظیم خانواده $56/73 \pm 10/96$ بدست آمد. میانگین نمره کیفیت مراقبت‌های تنظیم خانواده در حیطه‌های مختلف نشان داد که حیطه معاینه فیزیکی با $55/31 \pm 23/89$ درصد نمره تطابق با 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 مراقبت‌های تنظیم خانواده با روشهای پیشگیری از بارداری در همه حیطه‌ها 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 مراقبت‌های تنظیم خانواده ارائه شده به تفکیک حیطه‌ها بر حسب روش‌های پیشگیری از بارداری اختلاف معنی داری داشت. بعد از آزمون آنالیز واریانس برای شکل معنی داری از آزمون مقایسه‌های چندگانه استفاده شد و مشخص گردید کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده در همه حیطه‌ها، آی یودی و آمپول‌ها از بالاترین کیفیت و قرص از پایین‌ترین کیفیت برخوردار بوده است.

بین کیفیت مراقبت‌های تنظیم خانواده با دفعات مراقبت ارتباط معنی دار بدست آمد. براساس آزمون t ($P = 0/000 < 0/001$) بین کیفیت کلی مراقبت‌های تنظیم خانواده و مراجعه جدید مراقبت‌ها نیز اختلاف معنی دار نشان داده شد. این ارتباط در جدول 2 نشان داده شده است.

بین مشخصات دموگرافیک ارائه دهندگان با کیفیت مراقبت همبستگی وجود داشت. بعلاوه، 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 دارد ولی با مدت زمان انتظار دریافت مراقبت ($p < 0/001$) ارتباط معنی دار منفی دارد (جدول 3).

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

در این مطالعه نشان داده شد که ارائه خدمت در مراقبت بار 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 بالا ارزیابی گردید. بالاترین رضایت از حیطة مشاوره و کمترین رضایت از حیطة آموزش بوده است. در حیطة 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 افزایش پوشش روش های پیشگیری از بارداری که از اهداف برنامه تنظیم خانواده می باشد کمک خواهد کرد. در حیطة 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 حیطة 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 (آقاملایی 1386).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت مراقبت ها در 5 حیطة (معاینه فیزیکی، گرفتن شرح حال، مشاوره و تعامل بین ارائه دهنده و مددجو، آموزش و حیطة عملکرد) علیرغم رضایت بالا نیازمند به مداخله می باشد. (Fonsaka و Silva 2008)

داشتند. Erci (2002) نیز رضایتمندی مطلوب در زنان را مرتبط با تحصیلات آن ها می داند. Kipp (2003) پایین بودن وضعیت اقتصادی اجتماعی مددجویان بخصوص اطلاعات و دانش کم را عامل رضایت بالای آن ها دانستند. ابعاد کیفیت چون سهولت دسترسی، تداوم خدمت، موجود بودن و کارایی نیز می توانند در رضایتمندی مددجویان نیز مؤثر باشند (Becker و همکاران، 2007؛ Kipp, 2003).

در مطالعه حاضر کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده متوسط ارزیابی گردید. یکی از مشکلات مراقبتی مربوط به معاینات فیزیکی بود که براساس فرم های موجود در مراکز بود و فاقد مواردی مانند محاسبه BMI برای POP و DMPA، اندازه گیری لیپوپروفاایل برای مصرف کنندگان DMPA، بررسی قند، چربی، لیپوپروتئین و بررسی مشکلات انعقادی برای مصرف کنندگان OCP و سیکلوفم بود که براساس دستورالعمل وزارت بهداشت (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 عبارت ها 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 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، 2006). آموزش روش های پیشگیری، دادن اطلاعات و مشاوره و تعامل ارائه دهنده و مددجو، اگر درست اجرا گردد می تواند باعث ارتقا 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

بگذارد که با ارائه توضیحات کامل اهداف پژوهش و مشاهده مکرر تأثیر این عامل به حداقل رسید.

در این مطالعه رضایتمندی 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 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، ارتقا هر یک از این اجزا می‌تواند امکان کسب بالاترین سطح بهداشت باروری را فراهم آورد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی همچنین 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.

نیز علیرغم رضایت بالای مددجویان مواردی چون معاینات فیزیکی، فرصت دادن به مددجو برای بیان مشکلات و زمان انتظار را عامل نارضایتی دانسته‌اند و برنامه‌ریزی جهت ارتقا کیفیت خدمات از طریق آموزش ارائه‌دهندگان مراقبت و ایجاد سیستم ارزیابی کیفیت خدمات را همچنان لازم می‌دانند.

اگرچه کیفیت نامطلوب ارائه مراقبت‌های تنظیم خانواده می‌تواند موجب نارضایتی مددجویان شود (Letaief, 2008) اما رضایت مددجویان به تنهایی نماینگر کیفیت بخشی از کیفیت کلی ارائه مراقبت‌ها است. کیفیت مفهوم گسترده‌ای است که باید از نظر تمام ابعاد آن را مورد بررسی قرار داد و اگر یکی از آن رویکردها در مطالعات ارزیابی گردد فقط می‌تواند جزئی از تصویر کلی کیفیت را نشان دهد (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 هر بیشتر ارتقا 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

REFERENCES

- Aghamolaie T (2005). Principles of Health Services Based on New Resources. Tehran: Andisheh Rfie Publications (Persian).
- Aghamolaiee 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. Third Voulum, 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 (In persian).
- Letaief M et al (2008) Implementing a quality improvement programme in a family planning centre in Monastir, Tunisia; Eastern Mediteranean 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 (In Persian).
- Ministry of health, treatment and medical education, deputy of health (2004b) Family and Population Health Office, Famiy Planning Administration, Instruction for Contraceptive Use in Islamic Republic of Iran. Tehran, Ministry of Health Publications (Persian).
- Nakhaee N, Mirahmadizadeh A R (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(In 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). Patients 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>, Visisted September 2009.
- Williams T et al (2000). Measuring Family Planning Services Quality 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/>