

کیفیت خدمت در مراقبتهای دوران بارداری از دیدگاه مادران باردار در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی شهر تبریز در سال ۱۳۸۹

جعفر صادق تبریزی^۱، کمال قلی پور^{۲*}، رحیمه علی پور^۳، مصطفی فرحبخش^۴، محمد اصغری جعفرآبادی^۵، حسین حقایق^۶

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۲۹

چکیده:

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی کیفیت خدمت (Service Quality) در مراقبت های دوران بارداری می باشد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی بوده و با شرکت ۱۸۵ نفر از زنان بارداری که در ۴۰ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشتی شهرستان تبریز که دارای پرونده مراقبت بوده و در ماه نهم بارداری قرار داشتند و به روش تصادفی انتخاب شده بودند، انجام گرفت. کیفیت خدمت (SQ) با استفاده از فرمول: "کیفیت خدمت = ۱۰ - (اهمیت × عملکرد)" محاسبه شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن تایید شده بود استفاده گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-17 انجام شد. برای بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت خدمت و متغیرهای کیفی از آزمون T و ANOVA استفاده شد.

نتایج: کیفیت خدمت کل از دید گیرندگان خدمت ۷/۵۹ از ۱۰ بوده، اعتماد به ارائه کننده گان خدمات بیشترین (۹/۷۶±۱/۴۷) و گروه های حمایتی کمترین امتیاز را به دست آورد (۳/۶۶±۳/۳۲). در بین مشخصات فردی، کیفیت خدمت برای زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار (p=۰/۰۴۷) و مادرانی که حاملگی برنامه ریزی شده داشتند نسبت به بارداری های برنامه ریزی نشده (p=۰/۰۲۲) بطور معنی داری پایین تر بود که این رابطه در مدل رگرسیونی و با تعدیل رو سایر متغیرها نیز همچنان حفظ شد.

نتیجه گیری: در تحقیق حاضر کیفیت خدمت از دید مادران باردار نسبتاً پایین است. لذا فرصت مناسبی برای ارتقای کیفیت خدمات، خصوصاً در زمینه های گروه های حمایتی و ایمنی فراهم است.

کلید کلمات کلیدی: کیفیت خدمت، مراقبت های دوران بارداری، ارزیابی کیفیت

۱. دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC)، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی مدیریت سلامت ایران، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول)
تلفن ۰۹۱۴۳۰۶۳۴۷۷، پست الکترونیکی gholipourk@tbzmed.ac.ir
۳. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. رزیدنت روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۶. پزشک، کارشناس ارشد گروه جمعیت و سلامت خانواده، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه:

مراقبت های دوران بارداری که در حال حاضر یکی از شاخص های مهم طب پیشگیری محسوب می شود، عبارت است از یک مراقبت نظام مند که شامل انجام معاینه و مشورت در مورد مسائل ضروری بارداری، دادن اطمینان خاطر، آموزش و حمایت از مادر باردار و خانواده ی او، برطرف کردن نارضایتی دوران بارداری و تهیه ی یک برنامه ی غربالگری مداوم کلینیکی و آزمایشگاهی برای تأیید کم خطر بودن حاملگی می باشد (۱). موضوع مراقبت های دوران بارداری تحت عنوان شیوه ی پیشگیری کننده از نتایج نامطلوب حاملگی برای نخستین بار از سال ۱۹۰۲ مطرح شده و روز به روز مورد توجه بیشتری قرار می گیرد (۲).

تحقیقات نشان می دهد که مراقبت های دوران بارداری میزان مرگ و میر مادران و نوزادان را کاهش داده، سطح سلامت مادران و نوزادان را افزایش داده، از تحمیل هزینه های اضافی بر دوش سیستم سلامت کاسته و بطور کلی یکی از ارزشمند ترین و اقتصادی ترین برنامه های بهداشتی درمانی اولیه میباشند (۳). در بسیاری از مطالعات در مناطق مختلف دنیا و از جمله کشور ما، کیفیت ارائه ی خدمات مراقبت های دوران بارداری نامطلوب گزارش شده است. دریافت نامطلوب مراقبت های دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تولد کودکان با وزن کم هنگام تولد و مرگ و میر مادر و نوزاد می گردد (۴). با توجه به اهمیت ارتقای کیفیت خدمات در نظام سلامت، روش اندازه گیری کیفیت خدمات و اندازه گیری جامع آن می تواند از اهمیت افزونتری برخوردار باشد. امروزه از روش ها و مدل های مختلفی برای اندازه گیری کیفیت خدمت استفاده میشود. در سال ۱۹۹۹ کناگی (Kenagy) و برویک (Berwick) (۵) مدل سه بعدی (کیفیت فنی، کیفیت ساختار و کیفیت فرایند) دونا بدین (۶) را اصلاح و با ابعاد کیفیت فنی (Technical Quality) و کیفیت خدمت (Service Quality) به عنوان مدل موثری برای اندازه گیری کیفیت خدمات بهداشتی درمانی معرفی کردند. مدل فوق نیز از زمان ارائه تا به امروز توسط محققین ارتقای کیفیت در نظام سلامت به طور مکرر استفاده شده و اخیراً با اضافه کردن بعد سومی تحت عنوان کیفیت مشتری (Customer Quality) که به ویژگی های گیرنده ی خدمت یا مشتری توجه دارد و به دانش، مهارت و اعتماد و اطمینان مشتری های خدمات سلامت مربوط می شود که بطور فعال با تیم سلامت در اتخاذ تصمیمات صحیح، انجام فعالیت های مناسب و تغییر محیط خود و رفتار های مرتبط با سلامت همکاری می کنند؛ به ابعاد قبلی توسط تبریزی و همکاران مدل جدیدی به نام Comprehensive Quality Measurement in Healthcare (CQMH)

به عنوان مدلی جامع برای اندازه گیری و بهبود کیفیت خدمات سلامت معرفی شده است (۷). کیفیت خدمت به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده ی خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان دهنده ی روش ارائه ی خدمت و محیطی است که خدمت در آن ارائه می شود (۸).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) روزانه ۱۵۰۰ نفر در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند. آمارها نشان می دهد که در سال ۲۰۰۵ حدود ۵۳۶۰۰۰ مادر جان خود را از دست داده اند. بیشتر این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه رخ داده و اکثر آنها قابل پیشگیری بوده اند. میزان مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه ۴۵۰ مورد به ازای هر صدهزار تولد زنده است. در حالیکه این میزان در کشورهای توسعه یافته به ۹ مورد در هر صدهزار تولد زنده می رسد (۹).

تا کنون مطالعات جهانی مؤید این مطلب بوده است که مراقبت های دوران بارداری موثرترین عامل در بهبود نتایج بارداری و ایجاد اطمینان برای سلامتی کودکان در آینده می باشد (۱). از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت مراقبت های دوران بارداری و رضایتمندی مادران باردار از شرایط و چگونگی دریافت خدمات دوران بارداری (Maternity Care (MC) صورت گرفت؛ چرا که یافتن جنبه هایی از خدمات که موجب نارضایتی مصرف کنندگان می شود و سعی در برطرف نمودن آنها می تواند موثرترین و کم هزینه ترین راه افزایش کیفیت ارائه ی خدمات باشد (۲).

مواد و روش ها:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است که با شرکت ۱۸۵ زن باردار با استفاده از مدل CQMH برای اندازه گیری کیفیت خدمت انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل زنان باردار ساکن شهرستان تبریز بود که در دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی یا پایگاههای بهداشتی مراجعه کرده و در ماه نهم بارداری قرار داشتند.

محیط پژوهش شامل مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی وابسته به مرکز بهداشت شهرستان تبریز بود که تعداد ۴۰ مرکز و پایگاه بطور تصادفی انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته ی CQMH_SQ بود که روایی، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از صاحب نظران بررسی و بعد از اعمال نظرات آنان تایید گردید. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بررسی و تایید گردید ($\alpha = 0/85$). داده ها در مدت ۳ ماه جمع آوری گردید. پرسشنامه ها در دو قسمت مشخصات فردی زنان باردار و کیفیت خدمت مراقبت های دوران بارداری طراحی شده بود که

SQ بالای ۹ به عنوان کیفیت خدمت مطلوب و SQ پایین ۹ کیفیت نامطلوب منظور شده است (۱۰)، همچنین برای بررسی ارتباط بین نمره ابعاد کیفیت خدمت با فاکتورهای اسمی دو حالتی از آزمون T مستقل استفاده شد. همچنین برای بررسی ارتباط کیفیت خدمت با متغیرهای دموگرافیک از مدل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شده و برای آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS-16 استفاده شد.

یافته ها:

در این مطالعه ۶۹٪ از مادران باردار در سنین بین ۲۱-۳۰ سال بوده و ۸۷٪ آنها تحت پوشش یکی از بیمه های درمانی قرار داشتند. حدود ۹۰٪ از مادران باردار خانه دار و تنها ۱۰٪ آنها شاغل بودند. ۶٪ زنان جامعه پژوهش بیسواد، ۴۱٪ تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۴٪ تحصیلات دبیرستانی و ۸٪ نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۵۶٪ از مادران باردار بارداری اول، ۲۶٪ بارداری دوم و ۱۸٪ آنها بارداری سوم و بیشتر را تجربه می کردند. بر اساس یافته ها ۱۶٪ سابقه سزارین، ۱۵٪ سابقه سقط و ۳٪ سابقه مرده زایی داشتند. در مطالعه حاضر تنها ۵۸٪ بارداری ها برنامه ریزی شده بود. حدود ۱۷٪ شرکت کنندگان به ماما و ۶۹٪ آنها به متخصص زنان نیز در طول دوران بارداری خود مراجعه می کردند. تقریباً تمامی (۹۸٪) مادران باردار اظهار داشتند که در طول دوران بارداری خود به طور مرتب تحت مراقبت بوده و از خدمات مراقبت های دوران بارداری به طور مرتب استفاده نموده اند. یافته های مرتبط با تعیین میزان کیفیت خدمت مراقبت های دوران بارداری (جدول ۱) نشان داد که کیفیت خدمت کل از دید گیرندگان خدمت ۷/۵۳ (۱/۳۶±) از ۱۰ است که نشانگر کیفیت نسبتاً پایینی است. اعتماد به ارائه کننده گان خدمات بیشترین امتیاز ۹/۷۶ (۱/۴۷±) و مؤلفه گروه های حمایتی که مربوط به مواردی از قبیل تشکیل کلاس های آموزشی و جلسات انتقال تجربیات در دوران بارداری بود کمترین امتیاز را به دست آورد ۳/۶۶ (۳/۳۲±).

بعد از اعتماد، از دیدگاه مادران باردار استمرار خدمات با ۹/۱۶ (۱/۵۵±) دومین مؤلفه کیفیت خدمت، دسترسی به خدمات با ۹/۱۲ (۲/۶۷±) سومین مؤلفه ای بود که از دیدگاه زنان دریافت کننده مراقبت های دوران بارداری بیشترین نمره را به خود اختصاص داده بود. ارتباط و تعامل با نمره ۸/۷۰ (۲/۳۳±) و انتخاب ارائه کننده خدمت با نمره ۸/۵۷ (۱/۹۴±) نیز از دید مادران باردار از سطح کیفی نسبتاً خوبی برخوردار بودند (جدول ۱).

از طریق مصاحبه حضوری در مراکز بهداشتی درمانی و یا پایگاه ها تکمیل گردیدند. کیفیت خدمت در ۱۲ بخش شامل: انتخاب ارائه کننده خدمت (۳ سوال)، ارتباط و تعامل (۴ سوال)، داشتن اختیار (۴ سوال)، گروههای حمایتی (۴ سوال)، استمرار خدمات (۳ سوال)، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه (۴ سوال)، احترام (۵ سوال)، به موقع بودن و توجه فوری (۵ سوال)، ایمنی (۳ سوال)، پیشگیری (۳ سوال)، دسترسی (۳ سوال) و اعتماد (۲ سوال) سنجیده شد.

برای محاسبه حجم نمونه یک مطالعه مقدماتی با ۲۰ نفر صورت گرفت و بر اساس آن حجم نمونه مورد نیاز ۱۸۵ نفر محاسبه گردید. با توجه به کیفی بودن متغیرهای اصلی مطالعه از فرمول تعیین حجم نمونه بر اساس ویژگی های کیفی استفاده شد. روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع تصادفی ساده بود که با استفاده از دفتر ثبت مراقبت زنان باردار در مراکز و پایگاه های بهداشتی لیست مادران استخراج و از هر کدام از مراکز و پایگاه ها ۳-۸ نفر بر حسب تعداد مادران باردار تحت پوشش جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند، بطور تصادفی انتخاب و با مادران باردار تماس گرفته می شد تا در صورت تمایل به شرکت در مطالعه برای تکمیل پرسشنامه به مرکز مراجعه نمایند. مادران باردار ساکن شهر تبریز که تحت مراقبت بودن در مراکز بهداشتی درمانی یا پایگاه های بهداشتی بودند و در طول دوران بارداری حداقل سه بار برای دریافت خدمات به مرکز مراجعه بودند وارد مطالعه شدند. همچنین مادران بارداری که توانایی لازم برای پاسخگویی به سئوالات را نداشتند یا مبتلایان به بیماری های حاد و کسانی که تمایل به شرکت در طرح تحقیقاتی را نداشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

زنان باردار از دو جنبه اهمیت (Importance) (میزان مهم بودن هر گویه از دیدگاه مادران باردار) و عملکرد (Performance) (عملکرد واقعی سیستم بهداشت و ارائه کنندگان مراقبت ها در زمینه گویه های کیفیت خدمت) به پرسشنامه پاسخ دادند. کیفیت خدمت با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{Service Quality} = 10 - (\text{Importance} \times \text{Performance})$$

برای نمره دهی به اهمیت کیفیت خدمت از مقیاس چهار قسمتی لیکرت استفاده شد بدین صورت که مهم نیست [۰]، نسبتاً مهم [۳]، مهم [۶] و بسیار مهم [۱۰] نمره گزاری شد و برای نمره دهی عملکرد مقیاس چهار قسمتی ضعیف تا عالی استفاده گردید و در نهایت برای محاسبه ی کیفیت خدمت رتبه بندی چهار قسمتی عملکرد به مقیاس دو قسمتی خوب برابر [۰] و ضعیف برابر [۱] تبدیل شده و در فرمول کیفیت خدمت قرار داده شد بر اساس شواهد حاصل از مطالعات قبلی

جدول ۱: ابعاد کیفیت خدمت از دیدگاه مادران باردار

| کیفیت خدمت (SQ) | | عملکرد (P)* | | اهمیت (I) | | ابعاد کیفیت خدمت |
|-----------------|------|-------------|------|-----------|-------|-------------------------|
| SD | Mean | SD | Mean | SD** | Mean* | |
| ۱/۹۴ | ۸/۵۷ | ۰/۲۸ | ۰/۳۲ | ۲/۴۸ | ۶/۱۷ | انتخاب ارائه کننده خدمت |
| ۲/۳۳ | ۸/۷۰ | ۰/۲۷ | ۰/۱۶ | ۱/۷۱ | ۸/۴۵ | ارتباط و تعامل |
| ۲/۷۱ | ۷/۸۵ | ۰/۳۴ | ۰/۲۹ | ۱/۹۶ | ۷/۶۹ | داشتن اختیار |
| ۳/۳۲ | ۳/۶۶ | ۰/۱۵ | ۰/۹۳ | ۳/۱۵ | ۶/۸۵ | گروه های حمایتی |
| ۱/۵۵ | ۹/۱۶ | ۰/۱۹ | ۰/۱۱ | ۱/۸۳ | ۸/۵۳ | استمرار خدمت |
| ۲/۳۷ | ۷/۴۹ | ۰/۲۴ | ۰/۲۸ | ۱/۵۲ | ۸/۹۶ | کیفیت تسهیلات و امکانات |
| ۲/۵۳ | ۷/۱۴ | ۰/۲۷ | ۰/۳۷ | ۱/۵۲ | ۸/۴۷ | احترام |
| ۱/۹۸ | ۷/۷۹ | ۰/۲۳ | ۰/۲۷ | ۱/۹۱ | ۷/۹۹ | توجه فوری و به موقع |
| ۳/۶۶ | ۶/۸۰ | ۰/۴۰ | ۰/۳۶ | ۱/۷۰ | ۸/۹۰ | ایمنی |
| ۴/۱۴ | ۷/۴۳ | ۰/۴۶ | ۰/۲۹ | ۱/۷۱ | ۹/۰۵ | پیشگیری |
| ۲/۶۷ | ۹/۱۲ | ۰/۳۰ | ۰/۱ | ۲/۰۸ | ۸/۷۶ | دسترسی |
| ۱/۴۷ | ۹/۷۶ | ۰/۱۶ | ۰/۰۳ | ۲/۵۷ | ۸/۷۰ | اعتماد |
| ۱/۳۶ | ۷/۵۳ | ۰/۱۵ | ۰/۳۳ | ۱/۲۲ | ۸/۰۷ | کیفیت خدمت (SQ) |

عملکرد ضعیف برابر [۱] و عملکرد خوب برابر [۰] درجه بندی می شود.

* میانگین ** انحراف معیار

جدول ۲: ارتباط حاملگی برنامه ریزی شده با ابعاد کیفیت خدمت

| P-Value | حاملگی برنامه ریزی شده | | | | ابعاد کیفیت خدمت |
|---------|------------------------|------|------|------|-------------------------|
| | خیر | | بله | | |
| | SD | Mean | SD | Mean | |
| ۰/۰۵۹ | ۱/۸۰ | ۸/۸۹ | ۲/۰۱ | ۸/۳۵ | انتخاب ارائه کننده خدمت |
| ۰/۰۲۰ | ۱/۴۷ | ۹/۱۳ | ۲/۷۵ | ۸/۳۹ | ارتباط و تعامل |
| ۰/۹۳۴ | ۲/۷۰ | ۷/۸۷ | ۲/۷۳ | ۷/۸۴ | داشتن اختیار |
| ۰/۰۰۳ | ۳/۴۵ | ۴/۵۰ | ۳/۱۰ | ۳/۰۷ | گروه های حمایتی |
| ۰/۶۹۸ | ۱/۴۲ | ۹/۲۱ | ۱/۶۴ | ۹/۱۲ | استمرار خدمت |
| ۰/۴۸۸ | ۲/۲۰ | ۷/۶۳ | ۲/۴۹ | ۷/۳۹ | کیفیت تسهیلات و امکانات |
| ۰/۲۰۲ | ۲/۱۵ | ۷/۴۱ | ۲/۷۶ | ۶/۹۵ | احترام |
| ۰/۵۱۷ | ۱/۸۸ | ۷/۹۰ | ۲/۰۶ | ۷/۷۱ | توجه فوری و به موقع |
| ۰/۷۱۵ | ۳/۵۷ | ۷/۹۲ | ۳/۷۵ | ۶/۷۲ | ایمنی |
| ۰/۰۳۹ | ۳/۸۲ | ۸/۱۶ | ۴/۲۹ | ۶/۹۱ | پیشگیری |
| ۰/۳۷۷ | ۲/۴۰ | ۹/۳۲ | ۲/۸۵ | ۸/۹۷ | دسترسی |
| ۰/۴۰۳ | ۱/۱۴ | ۹/۸۷ | ۱/۶۷ | ۹/۶۷ | اعتماد |
| ۰/۰۲۲ | ۱/۲۱ | ۷/۸۰ | ۱/۴۳ | ۷/۳۴ | کیفیت خدمت (SQ) |

ارتباط شغل مادران باردار با هر یک از ابعاد کیفیت خدمت در جدول ۳ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود در مطالعه حاضر از بین ابعاد کیفیت خدمت فقط ابعاد ارتباط و تعامل ($p=0/031$)، و پیشگیری ($p=0/004$) با شغل ارتباط معنی دار دارد. رابطه ی کیفیت خدمت کل نیز با شغل از نظر آماری معنی دار است ($p=0/047$) و مادران بارداری که خانه دار هستند امتیاز بیشتری برای هر یک از ابعاد کیفیت خدمت گزارش کرده اند.

جدول ۲ ارتباط حاملگی برنامه ریزی شده را با هر یک از ابعاد کیفیت خدمت نشان می دهد. یافته ها حاکی از آن است که مادرانی که حاملگی برنامه ریزی شده داشتند سطح بالایی از کیفیت خدمت را برای هر یک از ابعاد ذکر شده گزارش کرده اند. همانگونه که در جدول مشاهده می شود بین حاملگی برنامه ریزی شده با ابعاد ارتباط و تعامل ($p=0/020$)، گروه های حمایتی ($p=0/003$)، پیشگیری ($p=0/039$) و هم چنین کیفیت خدمت کل ($p=0/022$) از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود دارد.

جدول ۳: ارتباط شغل با ابعاد کیفیت خدمت

| P | شغل | | | | ابعاد کیفیت خدمت |
|-------|------|------|----------|------|-------------------------|
| | شاغل | | خانه دار | | |
| | SD | Mean | SD | Mean | |
| 0/277 | 2/42 | 8/10 | 1/88 | 8/62 | انتخاب ارائه کننده خدمت |
| 0/031 | 2/94 | 7/58 | 2/23 | 8/82 | ارتباط و تعامل |
| 0/172 | 2/72 | 7/02 | 2/70 | 7/94 | داشتن اختیار |
| 0/147 | 3/15 | 2/58 | 3/32 | 3/78 | گروه های حمایتی |
| 0/288 | 1/15 | 9/45 | 1/58 | 9/12 | استمرار خدمت |
| 0/166 | 2/39 | 6/75 | 2/36 | 7/60 | کیفیت تسهیلات و امکانات |
| 0/469 | 2/79 | 6/73 | 2/50 | 7/19 | احترام |
| 0/693 | 2/28 | 7/97 | 1/95 | 7/77 | توجه فوری و به موقع |
| 0/099 | 3/82 | 5/44 | 3/63 | 6/94 | ایمنی |
| 0/004 | 4/56 | 4/78 | 4/00 | 7/71 | پیشگیری |
| 0/702 | 3/23 | 8/89 | 2/61 | 9/14 | دسترسی |
| 0/904 | 0/71 | 9/80 | 1/53 | 9/76 | اعتماد |
| 0/047 | 1/51 | 6/93 | 1/33 | 7/59 | کیفیت خدمت (SQ) |

نمره کیفیت خدمت زنان خانه دار با تعدیل روی سایر متغیرها 0/72 واحد بیشتر از زنان شاغل بود و همچنین نمره کیفیت خدمت زنانی که حاملگی برنامه ریزی شده داشتند با تعدیل روی سایر متغیرها 0/43 واحد کمتر از زنانی بود که حاملگی آنها برنامه ریزی شده نبود. (جدول ۴)

برای بررسی اثرمخدوش کنندگی متغیرهای دموگرافیک بر ارزیابی کیفیت خدمات در مراقبت های دوران بارداری بر مبنای مدل رگرسیونی مشخص گردید که با تعدیل روی متغیر تحصیلات همچنان متغیرهای شغل و حاملگی برنامه ریزی شده با نمره کیفیت خدمت ارتباط معنی داری دارد، بطوری که

جدول ۴: رگرسیون چند متغییره ارتباط بین نمره کیفیت خدمت با متغییر های دموگرافیک و سوابق بارداری

| تعدیل شده | | | | تعدیل نشده | | | | n | متغییر |
|------------------------|-------|------|-------|------------|--------|-------|-----------|-----|---------------------|
| P value | Beta | S.E. | B | P value | Beta | S.E. | B | | |
| | | | | ۰/۵۹۸ | ۰/۰۳۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۲ | ۱۸۵ | سن |
| تحصیلات | | | | | | | | | |
| | | | | | | | گروه مرجع | ۱۱ | بیسواد |
| ۰/۲۲۰ | -۰/۱۹ | ۰/۴۳ | -۰/۵۳ | ۰/۲۱۱ | -۰/۲۰ | ۰/۴۴ | -۰/۵۵ | ۷۶ | ابتدایی |
| ۰/۱۱۸ | -۰/۲۵ | ۰/۴۳ | -۰/۶۸ | ۰/۱۵۲ | -۰/۲۳ | ۰/۴۴ | -۰/۶۳ | ۸۵ | راهنمایی و دبیرستان |
| ۰/۱۷۵ | -۰/۱۴ | ۰/۵۵ | -۰/۷۵ | ۰/۱۲۴ | -۰/۱۶ | ۰/۵۶ | -۰/۸۶ | ۱۳ | دانشگاهی |
| سابقه بارداری | | | | | | | | | |
| | | | | | | | گروه مرجع | ۱۰۳ | بارداری اول |
| | | | | ۰/۹۳۳ | ۰/۰۱ | ۰/۲۷ | ۰/۰۲ | ۴۷ | بارداری دوم |
| | | | | ۰/۷۳۳ | ۰/۰۳ | ۰/۳۱ | ۰/۱۰ | ۳۴ | بارداری سوم و بیشتر |
| شغل | | | | | | | | | |
| ۰/۰۳۳ | ۰/۱۶ | ۰/۳۴ | ۰/۷۲ | ۰/۰۴۷ | ۰/۱۵ | ۰/۳۳ | ۰/۶۷ | ۱۶۷ | خانه دار |
| | | | | | | | گروه مرجع | ۱۸ | شاغل |
| حاملگی برنامه ریزی شده | | | | | | | | | |
| ۰/۰۳۵ | -۰/۱۶ | ۰/۲۰ | -۰/۴۳ | ۰/۰۲۲ | -۰/۱۷ | ۰/۲۰ | -۰/۴۶ | ۱۰۸ | بله |
| | | | | | | | گروه مرجع | ۷۷ | خیر |
| سابقه سقط | | | | | | | | | |
| | | | | ۰/۹۶۲ | -۰/۰۰۴ | ۰/۲۸ | -۰/۰۱ | ۲۸ | دارد |
| | | | | | | | گروه مرجع | ۱۵۶ | ندارد |

متغییر وابسته: کیفیت خدمت

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه با استفاده از مدل CQMH، کیفیت خدمت برای مراقبت های دوران بارداری از نگاه زنان باردار بررسی شد که کیفیت خدمت کل ۷.۵۹ امتیاز و مؤلفه های اعتماد، استمرار خدمات و دسترسی امتیاز بالای ۹ را که نشان دهنده کیفیت بالای خدمت است به خود اختصاص دادند.

بعد اعتماد که به راز داری ارائه کنندگان مراقبت ها و اطمینان از محرمانه بودن معاینات و اطلاعات مادران باردار و محتویات پرونده ی مراقبتی آنها اشاره دارد بالاترین امتیاز (SQ= ۹/۷۶) را به خود اختصاص داده است که نشان دهنده ی اهمیت بالای این بعد از دید مادران باردار و عملکرد مطلوب مراکز و پایگاه های بهداشتی و درمانی در این زمینه است. در مطالعه ای که با هدف بررسی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری و عوامل موثر بر آن از دیدگاه مادران باردار در سال ۱۳۸۷ در شهر رشت انجام شده، نشان می دهد که با وجود ارائه مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی،

حدود نیمی از مادران باردار به دلیل عدم رضایت آنان از رعایت حریم خصوصی در هنگام ارائه مراقبت ها، به طور کامل از مراقبت های دوران بارداری استفاده نمی کنند (۱۱). در مطالعه خنجری و همکاران (۱۲) نیز اعتماد نداشتن به ارائه دهندگان مراقبت های دوران بارداری و همچنین عدم آگاهی مادران باردار از دفعات و نحوه صحیح مراجعات به مراکز بهداشتی از جمله موانع دریافت مراقبت های بارداری گزارش شده است. استمرار خدمات در این مطالعه از کیفیت بالایی (۹/۲۱) از دیدگاه گیرندگان خدمت برخوردار بود. بدیهی است که استمرار خدمت یکی از عوامل مهم تاثیر گذار بر کیفیت و برقراری ارتباط مناسب با ارائه کنندگان بوده و عاملی تاثیر گذار بر کیفیت خدمت است. امتیاز بالای استمرار خدمت در این مطالعه نشان می دهد که زنان باردار در دریافت مراقبت ها علاوه بر اینکه اهمیت زیادی به دریافت خدمت از یک ارائه کننده مشخص قائل بودند، عملکرد متناسبی را هم در سیستم سلامت تجربه کرده اند.

از دید مادران باردار بسیار مهم قلمداد می شود، در اکثریت این مراکز امکانات لازم برای برگزاری کلاس های آموزشی وجود نداشته و برای تشکیل گروه های حمایتی متشکل از خود زنان باردار به گونه ای که امکان و فرصت در میان گذاشتن تجربیات و اطلاعات زنان باردار و استفاده از تجربیات و اطلاعات سایرین وجود داشته باشد، هیچ گونه برنامه ای وجود نداشت. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ در تایوان برای مقایسه دیدگاه بیماران از کیفیت برنامه های گروهی و اقدامات فردی انجام شد، مشخص گردید که بیماران امتیاز نسبتا بیشتری برای هر یک از ابعاد کیفیت خدمت در اقدامات گروهی گزارش کرده اند (۱۸). نتایج مطالعه طغیانی و همکاران (۱۹) نیز که با هدف تاثیر آموزش گروهی مراقبت های دوران بارداری بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران باردار انجام گرفت، نشان داد که آموزش مداوم گروهی باعث ارتقای آگاهی و عملکرد در طی ۹ ماه حاملگی گردیده است. مطالعه قهاری و همکاران (۲۰) نیز نشان داد که کلاس های آموزشی برنامه ریزی شده موجب افزایش آگاهی مادران باردار نسبت به فرایندهای طبیعی دوران بارداری و افزایش رضایتمندی ایشان گردیده است.

در مطالعه حاضر به غیر از شغل و حاملگی برنامه ریزی شده هیچگونه ارتباط آماری معنی داری بین ویژگی های فردی دیگر و کیفیت خدمت دیده نشد. این در حالیست که در سایر مطالعات ارتباط معنی دار آماری برای بعضی از ویژگی های دیگر نیز گزارش شده است. بطوریکه دانش کجوری و همکاران (۲۱) بین شغل و تحصیلات با میزان رضایت از برقراری ارتباط رابطه ی معنی دار آماری گزارش کرده اند. همچنین در این مطالعه، مادرانی که تعداد بارداری بیشتری داشتند رضایت کمتری از برنامه زمانبندی خدمات گزارش کرده بودند.

در مطالعه ی نیک پور و همکاران (۲) نیز ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با سن، تعداد حاملگی و تعداد فرزندان وجود نداشت. هم چنین نتایج ارتباط میزان رضایت زنان از دریافت خدمات دوران بارداری با مشخصات خدمات ارائه شده (زمان شروع مراقبت ها ، تعداد دفعات مراجعه، مدت زمان برای رسیدن به مرکز بهداشت، سن حاملگی در اولین مراقبت، زمان انتظار برای دریافت مراقبت ها، مدت زمان صرف شده در هر بار ویزیت، محل دریافت مراقبت های دوران بارداری، فرد ارائه کننده ی مراقبت دوران بارداری) حاکی از آن بود که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دریافت شده ی دوران بارداری با زمان شروع مراقبت ها، سن حاملگی در اولین مراقبت و مدت زمان صرف شده در هر بار ویزیت وجود نداشت. اما بین میانگین میزان رضایت کلی (۰/۰۲) و هماهنگی مراقبت ها (۰/۰۳) و نحوه ی ارتباط ارائه دهندگان (۰/۰۲) با تعداد دفعات مراجعه ارتباط معنی

در مطالعه ای که برای مقایسه ی مراقبت های دوران بارداری ارائه شده توسط پزشکان عمومی و ماما ها در مقابل مراقبت های ارائه شده توسط گروه تخصصی زنان و زایمان در اسکاتلند صورت گرفت مشخص گردید در مورد رضایت مادران باردار از مراقبت های دریافتی نسبت زانی که در هر دو گروه از مراقبت های دریافتی در دوران بارداری و دیدگاه شان در مورد پذیرش شیوه مراقبت اختصاص یافته به خود بسیار راضی بودند مشابه بود. در مورد برقراری ارتباط با مسئول اصلی مراقبت ها، تعداد زانی که بسیار عالی گزارش کرده و رضایت کامل از مراقبت های دوران بارداری داشتند در مقایسه با گزینه های خوب و خیلی ضعیف بطور معنی اداری بیشتر بود. همچنین همانند مطالعه حاضر، زنان باردار در این گروه علاقه ی بیشتری برای استمرار خدمت (تداوم دریافت خدمت از یک ارائه کننده مشخص) در مقابل دریافت خدمت از ارائه کنندگان متعدد و متفاوت نشان دادند (۱۳).

دسترسی به قابلیت دستیابی و امکان تماس راحت با ارائه کنندگان خدمات اشاره دارد. جمعیت هدف باید امکان دریافت خدمات مورد نیاز خود را بدون تحمل زحمت فراوان داشته باشند و این خدمات از نظر دریافت کنندگان بایستی مورد قبول ، منطبق با فرهنگ مردم و قابل تحمل از نظر هزینه های اعمالی برای جمعیت هدف باشد (۱۴). در مطالعه حاضر دسترسی به خدمات و مراقبت ها از دید مادران باردار کیفیت خوبی را به خود اختصاص داده است (۹/۱۱) که نشان دهنده موفقیت نظام ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در تامین مراقبت های مقتضی در هر زمان و مکانی که مادران باردار به آن نیاز دارند ، می باشد. این در حالیست که در مطالعه فروزی و همکاران (۱۵)، مادران باردار یکی از علل نارضایتی و عدم مراجعه جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری را مشکلات مربوط به رفت و آمد و نامناسب بودن محل ارائه خدمات اعلام کرده اند. در مورد مشکلات مربوط به رفت و آمد و مناسب نبودن محل ارائه خدمات Fisher و Fallen (۱۶) نیز به همین نتیجه دست یافته اند. در این راستا Buckley (۱۷) نیز در مطالعه خود اظهار داشته است که مادران باردار باید به مراکز ارائه مراقبت های قبل از زایمان دسترسی مناسبی داشته باشند. وی همچنین یکی از موانع مراجعه جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری را مشکلات مربوط به حمل و نقل و دسترسی می داند.

مادران باردار کیفیت پائینی (۳/۴۸) برای مؤلفه گروه های حمایتی گزارش کرده اند. این امر می تواند از ساختار، برنامه ریزی و مدیریت مراکز بهداشتی درمانی و پایگاههای بهداشتی نشأت بگیرد. علی رغم اینکه برگزاری کلاس های آموزشی توسط کارشناسان بهداشت خانواده ، پزشکان ، ماماها و ... نیز

در فرایند مراقبت و فعالیت های بهبود کیفیت باعث بهبود اثربخشی این فعالیت ها می شود (۲۳،۲۴). از این رو باید توجه داشت در برنامه های بهبود کیفیت خدمات به نقش محوری گیرندگان خدمات و همچنین تعامل بین گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات توجه ویژه ای شود.

تشکر و قدردانی

بر خود فرض میدانیم از مشارکت و همراهی مادران باردار شرکت کننده در مطالعه، کارکنان و مدیران مرکز بهداشت شهرستان تبریز و مراکز ارائه کننده خدمات و مدیران و کارشناسان ارشد مرکز بهداشت استان که در تمامی مراحل جمع آوری داده حامی پژوهش حاضر بودند کمال سپاس را داشته باشیم. ضمناً از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC) و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی به خاطر حمایت مالی از پروژه فوق نهایت تشکر را داریم.

داری وجود داشت. در مطالعه فوق، میانگین امتیازهای رضایت از مراقبت های دوران بارداری نشان داد که زنان از نحوه ی ارتباط ارائه دهندگان، آموزش های دریافت شده، دسترسی به مراقبت ها و کیفیت مراقبت ها رضایت بیشتری داشتند.

نتیجه گیری:

بطور کلی امتیاز پایین کیفیت خدمت در مطالعه حاضر نشان می دهد که توجه مناسبی به جنبه های غیر درمانی خدمات نشده و ظرفیت بسیار بالایی برای ارتقای کیفیت فراهم است که نیازمند توجه جدی و برنامه ریزی منسجم می باشد. در این راستا باید توجه داشت که بر اساس مطالعات و مدل های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی همچون بازاریابی اجتماعی (Social Marketing) و بازار یابی سلامت (Health Marketing) و مدل هایی همچون مراقبت های متمرکز بارداری (CenteringPregnancy®) مشارکت گیرندگان خدمات در بهبود کیفیت خدمات یکی از اصول محوری محسوب می شود (۲۲). بگونه ای که مطالعات نشان داده مشارکت گیرندگان خدمات

References

- Mirmolaei ST, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Azari M. Prenatal Care Utilization Rate and Patients Satisfaction. *Hayat*. 2007; 13(2):31-40.
- Nikpour S, Shahpourian F, Haji Kazemi E.A.S, Hosseini F, Safdari M.T. The Relationship between Women's Satisfaction with Prenatal Care Services and Characteristics of the Women and the provision of Services . *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2007; 20(49):19-27.
- Greg RA, Carol CK. The Role of Pare natal Care in Preventing Low Birth Weight. *The future of children Low Birth Weight*. 1995; 5(1): 103-120.
- Lotfi R, Goshtasbi A. Quality Assessment of Prenatal Care using LQAS in urban Health Centers and Health Houses of Astara, 2004. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2006; 15(58):33-40.
- Kenagy J, Berwick D, Shore M. Service quality in health care. *The Journal of the American Medical Association*. 1999; 281:661-665.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
- Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: a new patient-centered model. *Journal of Research in Health Sciences*. 2009; 9(2):1-9.
- Tabrizi JS, O'Rourke P, Wilson A, Coyne E. Service Quality for Type 2 Diabetes in Australia: The Patient Perspectives. *Diabetic Medicine*. 2008; 25(5):612-617.
- World Health Organization (WHO), Maternal mortality rate (2008), [cited 2011 Jan 13]; [1 screens]. Available from: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=240>
- Tabrizi JS, Wilson AJ, Coyne ET, O'Rourke PK. Review of patient-reported type 2 diabetes service quality. *Australian Health Review*. 2008; 32(1):23-33.
- Bakhshi F, Mokhtari N, Jafroodi Sh, Shekani Zh, Abbasi M, Atrkar Roshan Z. Survey Influencing factors on Prenatal Care in Mothers Referring to Health care Centers in Rasht city in 2008. *The Journal of Nursing and Midwifery faculties Guilan Medical University fall 2009*. 2010; 20(62):1-7.
- Khanjari S, Mola F, Hosseini F, Faraj Elahi M. Prenatal Care Utilization and factors Affecting to receive Prenatal Care from Clients' Perspectives. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2005; 18(41-42):131-138.
- Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CV, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomized controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ*. 1996; 312: 554-559.
- Asefzadeh S, Rezapour A. *Health Management*. Qazvin: Hadise Emruz Publishing, 1385.

- 15) Azizzadeh Forouzi M, Mohammad Alizadeh S, Monshizadeh M, Fasihi Harandi M. Pregnant Women's points of view regarding to not receiving Prenatal Care, 2001. Medical Journal of Hormozgan University. 2005; 8(4):221-226.
- 16) Fallen PD, Fisher LS. Clerical staff attitudes toward patients in 19 prenatal care clinic in New York city. Am J Prenatal. 1994; 11(5):362-366.
- 17) Buckley K, Kulb NW. High risk maternity nursing manual. Baltimor: Williams and Wilkins; 1990.
- 18) Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. International Journal for Quality in Health Care. 2004; 16 (6): 437-445.
- 19) Toughyani R, Ramezani MA, Izadi M, shahidi Sh, aghdak P, Motie Z et al. The Effect of Prenatal Care Group Education on Pregnant Mothers' Knowledge, Attitude and Practice Iranian Journal of Medical Education. 2008; 7 (2):317-324.
- 20) Ghahari L, Khoshvaghti A, Safari M, Khoshvaghti Y. the effect of maternity care education program to pregnant women registered in a health center. 9th medical education congress abstract book. shahid sadighie university of medical. 1386. 31.
- 21) Danesh Kajouri M, Karimi S, Shecarabi R, Hosseini F. A Study of Satisfaction with Prenatal Care Services in the women Attending to the Health Centers of the Shirevan Chardavel (IRAN), IN 2005. Iran Journal of Nursing (IJN). 2005; 18(43):61-69.
- 22) Gaudion A, Bick D, Menka Y, Walton C, Yiannouzis K, Robbins J, et al. Adapting the Centering Pregnancy® model for a UK feasibility study. British Journal of Midwifery. 2011;19 (7):433-8.
- 23) Vahidi RG, Tabrizi JS, Iezadi S, Gholipour K, Mojahed F, Rasi V. Organizational facilitators and barriers to implementing effective clinical audit: systematic review. J Pak Med Stud. 2013;3(1):38-45.
- 24) Tabrizi JS, Vahidi RG, Gholipour k, Iezadi S, Shokri A. Content of clinical audit programs affecting its effectiveness: A systematic review. The Online Journal of Clinical Audits. 2013;5(2).

Service Quality of maternity care from the perspective of pregnant women in Tabriz Health Centers and Health Posts – 2010-2011

Tabrizi J.S¹, Gholipour K^{2*}, Alipour R³, Farahbakhsh M⁴, Asghari-Jafarabadi M⁵, Haghaei M⁶

Submitted: 2013.4.24

Accepted: 2013.9.2

Abstract

Objective: This study was aimed to assess Service Quality (SQ) of maternity care from the perception of pregnant women.

Methods and materials: A cross-sectional study was conducted using a sample of 185 pregnant women at the 9th month of pregnancy were selected randomly from 40 health posts and urban health centers in Tabriz, Iran. Service Quality was calculated using: $SQ = 10 - (Importance \times Performance)$ based on importance and performance of non-health aspects from the customer's perspective. Data collection used a researcher-developed questionnaire whose validity and reliability was reviewed and confirmed. Data analyzed using SPSS-17 software. Independent sample T-test and ANOVA were used to investigate relationship between service quality dimensions and categorical variables.

Results: From the customers' perspective the average service quality score was 7.59 of 10. Service quality aspects of "confidentiality" achieved scores at the level of good quality (≥ 9); and "support group" (3.48) reached low service quality scores. Also, result indicate housewife assess SQ better than worker ($p=0.047$) and mother who's have planned pregnancy has had greater SQ score ($p=0.022$). Although, in the linear regression analysis, job status and planned pregnancy were significantly and independently related to SQ score.

Conclusion: Findings revealed a significant room for quality improvement in most aspects of provided care, particularly support group and safety from the perception of people who received maternity care.

Key words: Service Quality, Maternity Care, Quality Assessment

-
1. Associate Professor of Health Services Management, Tabriz Health Services Management Research Center, Department of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 2. PhD candidate in Health Services Management, Iranian Center of Excellence for Health Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (*Corresponding Author) Email: gholipourk@tbzmed.ac.ir
 3. BSc of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 4. Psychology Residency Student, Faculty of medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 5. Assistant Professor of Biostatistics, Medical Education Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 6. MD, Expert of population and family health, East Azerbaijan Provincial Health Centre, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran