

تصویر سلامت

دوره ۱ شماره ۳ پاییز ۱۳۸۹ صفحه ۳

کیفیت مشتری در مراقبتهای دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی شهرستان تبریز

جعفر صادق تبریزی: عضو مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

E-mail: tabrizijs@tbzmed.ac.ir

کمال قلی پور: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مصطفی فرحبخش: رزیدنت روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

رحیمه علی پور: کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مجتبی محمدزاده: کارشناس ارشد گروه کارشناسان جمعیت و سلامت خانواده، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

نسرتین فرشبیاف: کارشناس بهداشت خانواده، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و اهداف: کیفیت مشتری (Customer Quality) به ویژگی های گیرنده ی خدمت یا مشتری توجه دارد و به دانش، مهارت، اعتماد و اطمینان مصرف کننده گان 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 به سلامت همکاری می کنند. در مطالعه حاضر کیفیت مشتری در مراقبت های دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد و جامعه هدف زنان بارداری است که برای دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی و درمانی و پایگاه های بهداشت سطح شهر تبریز مراجعه کرده اند. تعداد نمونه ۱۸۵ نفر می باشند که از ۴۰ مرکز به روش تصادفی انتخاب شده بودند. کیفیت مشتری بر اساس پرسشنامه CQMHCQ اندازه گیری شد. 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 بررسی و تایید گردید ($\alpha = 0.714$). برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss17 استفاده گردید.

یافته ها: بر اساس یافته های مطالعه میانگین نمره کیفیت مشتری در بین زنان باردار $67.79 \pm (11/29)$ بود و تنها ۱۴٪ از مادران توانایی استمرار مراقبت ها در شرایط سخت و تحت استرس را داشتند. همچنین بین نمره کیفیت مشتری و مراجعه به ماما و ارزیابی بهتر از کیفیت کلی مراقبت ها رابطه ی مثبتی وجود دارد، ولی با تشکیل زود هنگام پرونده ارتباط معکوسی وجود داشت.

نتیجه گیری: مشارکت گیرنده خدمات در فرآیند مراقبت و همچنین آموزش ارائه دهنده گان خدمات برای توانمند سازی بیماران و استفاده از توانمندی های آنها در ارتقای کیفیت خدمات و توجه به مراقبت های بیمار محور در این زمینه می تواند راهگشا باشد.

کلید واژه ها: کیفیت مشتری، مراقبت های دوران بارداری، مراکز بهداشتی و درمانی

مقدمه

ویژگی های گیرندگان خدمات در کیفیت خدمات و تاثیر آن بر نتایج و پیامد های خدمات کمتر توجه شده است. بر اساس مدلی که توسط دکتر تبریزی و همکاران در سال های اخیر ارائه شده است کیفیت خدمات دارای سه بعد فنی، خدمت و مشتری می باشد. در حالی که کیفیت فنی Technical Quality (T.Q) به جنبه

کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی یکی از موضوعات و مسائل مهم در سال های اخیر بوده است و از جوانب گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است. بیشتر مطالعات در زمینه کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی بر روی جوانب فنی (Technical) و خدمت (Service) مراقبت ها تمرکز کرده و به نقش اساسی

همچون دیابت و بارداری توانمند سازی بیماران بدلیل لزوم خود مدیریتی بیماران و اهمیت تصمیماتی که بیماران بطور روزانه در مورد وضعیت سلامتی خود می گیرند (وضعیت تغذیه، فعالیت ورزشی) بسیار مهم هستند. مراقبت های بهداشتی در این موارد باید بصورت همکاری بین پزشک و بیمار باشد که در آن ارائه کنندگان خدمات بعنوان آموزش دهنده و مشاور بوده و تصمیمات نهایی را بیماران اتخاذ می کنند. علاوه بر این، گیرندگان خدمات سلامت مناسب ترین افراد برای شناسایی اولویت های خود مدیریتی هستند که بیشترین تاثیرات را در زندگی شان می گذارد (۱۱). از این رو، در مطالعه حاضر کیفیت مشتری در مراقبت های دوران بارداری از دیدگاه مادران باردار مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد و جامعه هدف زنان بارداری است که برای دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشت سطح شهر تبریز مراجعه کرده اند. تعداد نمونه ۱۸۵ نفر از مادران باردار می باشند که از ۴۰ مرکز و پایگاه، ۳ الی ۸ نفر به روش تصادفی انتخاب شده بودند. برای محاسبه حجم نمونه یک مطالعه مقدماتی با ۲۰ شرکت کننده صورت گرفته و بر اساس فرمول حجم نمونه برای میانگین ها، نمونه مورد نیاز ۱۸۵ نفر محاسبه گردید. 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، بطور تصادفی انتخاب و با مادران باردار انتخاب شده تماس گرفته می شد تا در صورت تمایل به شرکت در مطالعه برای تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه به مرکز بهداشتی درمانی و یا پایگاه بهداشتی مربوطه مراجعه نمایند. معیار های ورود در مطالعه عبارت بودند از: باردار بودن مادر، سکونت در شهرستان تبریز، تحت مراقبت بودن در مراکز بهداشتی درمانی یا پایگاه های بهداشتی، و حداقل سه بار مراجعه به مرکز برای دریافت خدمات در طول دوران بارداری. مادران بارداری که توانایی لازم برای پاسخگویی به سئوالات را نداشتند، افراد دارای شرایط ویژه یا ابتلا به بیماری حاد و کسانی که تمایل به شرکت در طرح تحقیقاتی را نداشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. کیفیت مشتری بر اساس پرسشنامه تبریزی و همکاران (CQMH_CQ) اندازه گیری شد (۱۲). پرسشنامه مطالعه شامل ۱۶ سوال مربوط به کیفیت مشتری و سئوالات مربوط به ویژگی های فردی می باشد. نمره نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خود مدیریتی با نمره دهی به پاسخ های شرکت کننده گان بر اساس: کاملاً مخالفم [۱]، مخالفم [۲]، موافقم [۳]، کاملاً موافقم [۴] و نظری ندارم [۵] که بعد از نمره دهی اولیه گزینه های نظری ندارم [۵] و بدون پاسخ بر اساس میانگین نمره سایر گزینه ها نمره گذاری شد و در نهایت افرادی که به بیش از سه گزینه پاسخ نظری ندارم را داده بودند از

های بالینی و تخصصی و کیفیت خدمت (S.Q) Service Quality به جنبه های غیر تخصصی مراقبت ها نظیر: دسترسی، احترام و مشارکت در تصمیم گیری توجه دارد، کیفیت مشتری (C.Q) Costumer Quality (C.Q) به ویژگی های گیرنده ی خدمت یا مشتری توجه دارد و به دانش، مهارت، 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 به سلامت همکاری می کنند (۱). بارداری و زایمان یکی از مهم ترین موقعیت ها و عوامل سلامتی می باشد. توجه به مراقبت های دوران بارداری بدلیل تاثیرات مثبت بر روی سلامت مادران و نوزادان و همچنین هزینه اثربخش بودن آن از اهمیت بالایی برخوردار است که در اهداف توسعه ی هزاره نیز توجه ویژه ای برای بهبود وضعیت مراقبت های مربوط به آن شده است (۲،۳). مراقبت های دوران بارداری مراقبت هایی است که در طی دوران بارداری از طرف ارائه کننده گان خدمات به مادران باردار ارائه می گردد و در بر گیرنده ی اطلاعات لازم برای کمک به فرآیند تصمیم گیری در مورد خدمات می باشد (۴). هرچند که سیستم بهداشتی مسئول ارائه مراقبت های دوران بارداری و تضمین کیفیت این خدمات می باشد ولی در نهایت مادران باردار بیشترین نقش را در حفظ سلامت و همچنین استفاده بهینه از مراقبت ها و اتخاذ تصمیمات مناسب دارند (۳و۵). با وجود اینکه سلامت زنان باردار از عوامل مختلفی تاثیر می پذیرد که بسیاری از این عوامل تحت کنترل خود آنها نمی باشد اما در هر صورت زنان باردار کنترل بالایی بر روی بسیاری از عوامل تاثیر گذار بر روی سلامت خود دارند (۶). در این راستا مشارکت دادن مادران باردار برای تصمیم گیری در مورد مسائل مرتبط با سلامتی خود همچنین مراقبت های بیمار محور و توانمند سازی گیرنده گان خدمات تاثیر مثبتی بر روی رضایت از خدمات، توانمند سازی مادران، اعتماد به نفس، بهبود دیدگاه نسبت به تجربیات مراقبتی و رفاه عاطفی آنان دارد (۷و۸). خود مراقبتی در دوران بارداری از عواملی چون دانش فردی، سن، تعداد بارداری قبلی، شغل و سطح فعالیت شخصی مادر باردار تاثیر می پذیرد. تضمین تولد نوزادی سالم بدون در خطر افتادن سلامتی مادر ضرورت مراقبت دقیق در طی دوران بارداری را ایجاب می کند. توانمندسازی مادران باردار و خانواده های آنها در جهت شرکت در تیم مراقبتی دوران حاملگی، بارداری و زایمانی ایمن را در پی خواهد داشت. فونل و اندرسون معتقد هستند بیماران با داشتن دانش، مهارت، نگرش و خود آگاهی لازم برای تاثیرگذاری بر روی رفتار های خود و در نهایت بهبود کیفیت زندگی خود توانمند می شوند (۹). بر اساس مطالعه زلک (Zelek, B) و همکارانش اعتقاد زنان در مورد خدمت نسبت به عوامل فردی و سیستمی عامل مهمتری در فرآیند تصمیم گیری می باشد که اعتقاد آنان نیز از تجربیات مثبت و منفی و تعامل با ارائه دهنده گان خدمات ناشی می شود (۱۰). بر اساس یافته های فونل تانگ و اندرسون در وضعیت های مزمن و طولانی مدت

مطالعه حذف و تعداد افراد مورد بررسی به ۱۸۱ نفر کاهش یافت. با استفاده از دستورالعمل تبریزی و همکاران (۱۲) برای شناسایی ۴ مرحله ی تعریف شده ی کیفیت مشتری برای دستیابی به خود مدیریتی شامل: ۱- اعتقاد به اهمیت نقش بیمار در روند درمان ۲- داشتن اعتماد به نفس و دانش کافی برای انجام اقدامات لازم ۳- مشارکت و اقدام فعال ۴- تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس (جدول ۱)، نمرات خام کیفیت مشتری محاسبه گردید. به منظور تعیین 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 ($\alpha = 0.714$). برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss17 استفاده شده و برای بررسی ارتباط بین کیفیت مشتری و فاکتور های اسمی دو حالتی از آزمون T و برای فاکتور های اسمی چند حالتی از آزمون ANOVA استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه اکثریت زنان جامعه پژوهش در سنین بین ۲۱-۳۰ سال (۷۱٪) قرار داشته، ۶٪ بیسواد بوده، ۴۱٪ تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۶٪ تحصیلات دبیرستانی و ۷٪ نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه تحت پوشش یکی از انواع بیمه های سلامت (۸۶٪) بوده و اکثراً خانه دار (۹۰٪) بودند. بیش از دو سوم (۶۸٪) مادران مورد مطالعه برای مراقبت های دوران بارداری علاوه بر مرکز و پایگاه به متخصصین زنان و زایمان نیز مراجعه کرده و بیش از نیمی (۵۸٪) از بارداریها برنامه ریزی شده بودند (جدول ۲).

میانگین امتیاز کیفیت مشتری در بین شرکت کنندگان $67/79 \pm (11/29)$ بوده و تمامی مادران امتیاز لازم برای مرحله اول (اعتقاد و باور) را کسب کرده و هیچ فردی در مرحله ی اول کیفیت مشتری باقی نمانده بود. حدود ۵٪ از مادران در مرحله دانش و مهارت قرار داشتند و تنها ۱۴٪ از شرکت کنندگان امتیاز لازم برای مرحله چهارم یعنی توانایی استمرار مراقبت ها در شرایط سخت و تحت استرس را کسب کرده بودند (جدول ۳).

در بررسی رابطه بین ویژگی های فردی مادران باردار و نمره کیفیت مشتری رابطه معنی داری بین هیچ کدام از این عوامل مشاهده نگردید. هر چند مادرانی که سن بالاتری داشتند، همچنین آنهایی که شاغل بودند نمره کیفیت مشتری بالاتری داشتند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین در بررسی ارتباط بین نمره کیفیت و تحصیلات با وجود اینکه با افزایش میزان تحصیلات بطور نسبی نمره کیفیت مشتری افزایش می یابد ولی این تفاوت بین شرکت کنندگان با میزان تحصیلات تفاوت معنی دار نداشت. (جدول ۴) بر اساس یافته ها مشخص گردید نمره کیفیت مشتری شرکت کنندگانی که علاوه بر مراکز بهداشتی به ماما نیز مراجعه می کردند بطور معنی داری نسبت به آنهایی که به ماما

جدول ۱: نمره نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خود مدیریتی

مراحل خود مدیریتی	نمره کیفیت مشتری
اول	پایین تر از ۱۶
دوم	۱۶ - ۵۰
سوم	۵۰ - ۸۳
چهارم	بالاتر از ۸۳

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک مادران باردار

متغیر	تعداد	درصد
سن		
زیر ۲۰ سال	۱۷	۹.۵
۲۰-۳۰ سال	۱۲۶	۷۰.۴
بالای ۳۰ سال	۳۶	۲۰.۱
تحصیلات		
بیسواد	۱۱	۶.۱
ابتدایی یا راهنمایی	۷۵	۴۱.۴
دبیرستان	۸۲	۴۵.۳
دانشگاهی	۱۳	۷.۲
وضعیت بیمه		
دارد	۱۵۶	۸۶.۲
ندارد	۲۵	۱۳.۸
شغل		
خانه دار	۱۸	۹.۱
شاغل	۱۶۳	۹.۱
محل دریافت خدمات		
پایگاه بهداشتی	۱۲۵	۶۹.۱
مرکز بهداشتی	۵۶	۳۰.۹
سابقه بارداری		
بارداری اول	۱۰۲	۵۶.۴
بارداری دوم	۴۸	۲۶.۵
بارداری سوم و بیشتر	۳۱	۱۷.۱
حاملگی برنامه ریزی شده		
بله	۱۰۷	۵۹.۱
خیر	۷۴	۴۰.۹
مراجعه به متخصص زنان		
بله	۱۲۱	۶۶.۹
خیر	۶۰	۳۳.۱
ارزیابی کلی از کیفیت مراقبت های دوران بارداری		
ضعیف	۲۲	۱۲
خوب	۹۳	۵۱.۵
بسیار خوب	۶۶	۳۶.۵
زمان تشکیل پرونده		
سه ماهه اول بارداری	۱۳۴	۷۸
سه ماهه دوم بارداری	۳۸	۲۲
مراقبت مرتب		
بله	۱۷۹	۹۹
خیر	۲	۱

جدول ۳: مراحل کیفیت مشتری

ردیف	مرحله	تعداد	درصد
۱	اعتقاد به اهمیت نقش بیمار در روند درمان	۰	۰
۲	داشتن اعتماد به نفس و دانش کافی برای انجام اقدامات لازم	۹	۵
۳	مشارکت و اقدام فعال	۱۴۶	۸۰/۷
۴	تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس	۲۶	۱۴/۴

جدول ۴: کیفیت مشتری و ویژگی‌های فردی

P_value	مراحل کیفیت مشتری			میانگین	دموگرافیک	
	مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲		سن	دموگرافیک
	٪۱۴/۴	٪۸۰/۷	٪۵	(۱۱/۲۹) ۶۷/۷۹	امتیاز کل	
۰/۳۵۵	٪۱۱/۸	٪۷۶/۵	٪۱۱/۸	(۱۳/۰۱) ۶۴/۳	زیر ۲۰ سال	سن
	٪۱۵/۹	٪۷۸/۶	٪۵/۶	(۱۱/۵۶) ۶۷/۹	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	
	٪۱۱/۱	٪۸۷/۹	۰	(۹/۶۱) ۶۹/۱	بالای ۳۰ سال	
۰/۴۸۲	٪۱۷/۶	٪۷۷/۵	٪۴/۹	(۱۲/۰۶) ۶۸/۶	بارداری اول	سابقه بارداری
	٪۸/۵	٪۸۵/۱	٪۶/۴	(۹/۶۳) ۶۶/۱	بارداری دوم	
	٪۱۲/۹	٪۳۸/۹	٪۳/۲	(۱۱/۰۹) ۶۷/۹	بارداری سوم و بیشتر	
۰/۴۷۲	٪۱۴/۱	٪۸۱/۴	٪۴/۵	(۱۰/۹۷) ۶۸	دارد	بیمه
	٪۱۶	٪۷۶	٪۸	(۱۳/۲۶) ۶۶/۳	ندارد	
۰/۱۷۷	٪۱۳/۵	٪۸۱	٪۵/۵	(۱۱/۳۲) ۶۷/۴	خانه دار	شغل
	۰	٪۷۷/۸	٪۲۲/۲	(۱۰/۶۷) ۷۱/۲	شاغل	
۰/۳۸۹	٪۹/۱	٪۸۱/۸	٪۹/۱	(۱۱/۱۴) ۶۴/۶	بیسواد	تحصیلات
	٪۱۳/۳	٪۸۲/۷	٪۴	(۱۰/۹) ۶۸/۱	ابتدایی یا راهنمایی	
	٪۱۳/۴	٪۸۰/۵	٪۶/۱	(۱۱/۷۳) ۶۷/۳	دبیرستان	
	٪۳۰/۸	٪۶۹/۲	۰	(۱۰/۶۲) ۷۲/۱	دانشگاهی	

جدول ۵: کیفیت مشتری و سوابق مراقبتی

P_value	مراحل کیفیت مشتری			میانگین	دموگرافیک	
	مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲		سن	دموگرافیک
	٪۱۴/۴	٪۸۰/۷	٪۵	(۱۱/۲۹) ۶۷/۷۹	امتیاز کل	
۰/۳۴۵	٪۱۵/۲	٪۸۰/۸	٪۴	(۱۱/۳۸) ۶۸/۳	مرکز بهداشتی درمانی	محل دریافت خدمات
	٪۱۲/۵	٪۸۰/۴	٪۷/۱	(۱۱/۰۹) ۶۶/۶	پایگاه بهداشتی	
۰/۱۲۵	٪۱۵/۷	٪۷۷/۸	٪۶/۵	(۱۱/۹۳) ۶۶/۸	بله	مراجعه مستمر به یک متخصص زنان
	٪۱۲/۷	٪۸۴/۵	٪۲/۸	(۱۰/۱۵) ۶۹/۵	خیر	
۰/۰۷۵	٪۱۴/۹	٪۷۹/۸	٪۵/۴	(۱۱/۴) ۶۸/۲	بله	مراجعه مستمر به یک پزشک عمومی
	٪۷/۷	٪۹۲/۳	۰	(۸/۳۵) ۶۲/۴	خیر	
۰/۰۰۹	٪۲۱/۹	٪۷۸/۱	۰	(۱۰/۸) ۷۲/۵	بله	مراجعه به ماما
	٪۱۲/۸	٪۸۱/۲	٪۶	(۱۱/۱۷) ۶۶/۸	خیر	
۰/۰۸۵	٪۱۱/۲	٪۸۳/۲	٪۵/۶	(۱۰/۵۲) ۶۶/۶	بله	حاملگی برنامه ریزی شده
	٪۱۸/۹	٪۷۷	٪۴/۱	(۱۲/۱۸) ۶۹/۵	خیر	
۰/۰۳۸	٪۱۳/۴	٪۸۰/۶	٪۶	(۱۱/۲۳) ۶۶/۹	سه ماهه اول بارداری	زمان تشکیل پرونده
	٪۱۸/۴	٪۷۸/۹	٪۲/۶	(۱۱/۶۱) ۷۱/۲	سه ماهه دوم بارداری	
۰/۰۰۷	٪۴/۵	٪۹۰/۹	٪۴/۵	(۹/۱۸) ۶۳/۳	ضعیف	ارزیابی کلی از کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری
	٪۸/۶	٪۸۷/۱	٪۴/۳	(۱۰/۱۱) ۶۶/۶	خوب	
	٪۲۵/۸	٪۶۸/۲	٪۶/۱	(۱۲/۷۲) ۷۱	بسیار خوب	

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه مشخص گردید که تمامی شرکت کنندگان در مطالعه به نقش کلیدی و مسئولیت بالای خود در مراقبت های دوران بارداری واقف بودند ولی در نهایت تنها ۱۴٪ از آنان توانایی حفظ و استمرار تغییرات در سبک زندگی خود در جهت ارتقای سلامت را داشتند. همچنین بین کیفیت مشتری و مراجعه به ماما و ارزیابی بهتر از کیفیت کلی مراقبت ها رابطه ی مثبتی وجود دارد، ولی با تشکیل زود هنگام پرونده ارتباط معکوسی وجود داشت.

در مطالعه ی حاضر نمره کیفیت مشتری برای زنان باردار ۶۷۷۹ (۱۱/۲۹±) محاسبه گردید که نشان دهنده ی این است که مادران باردار در مجموع در مرحله ی سوم خود مراقبتی قرار داشته و با عنایت به وجود عوامل استرس زا و شرایط سخت گوناگون در طول دوران بارداری این شرایط می تواند گویای وضعیت نامناسبی در مراقبت های دوران بارداری و کیفیت خدمات ارائه شده باشد. لذا باید در راستای بهبود این وضعیت گام های اساسی برداشته شود تا توانمندی های خود مراقبتی و اعتماد به نفس مادران باردار بهبود یابد. چرا که بر اساس شواهد موجود ویژگی های زنان باردار و توانمندی آنها همچون، دیدگاه منفی نسبت به بارداری، نگرش در مورد سبک زندگی، ترس از محیط های ارائه خدمات، نگرش نسبت به حمایت های اجتماعی و... نقش تعیین کننده ای در استفاده بهتر از خدمات و بهبود کیفیت مراقبت های دوران بارداری دارد (۱۳).

همچنین در مطالعه ی حاضر ارتباط معنی داری بین سن، تحصیلات، سابقه بارداری، شغل، حاملگی برنامه ریزی شده و دریافت مستمر خدمات از یک پزشک عمومی و یا متخصص مشاهده نگردید. هر چند که در مطالعات دیگری این عوامل با توان خودمدیریتی زنان باردار در ارتباط بوده است. البته شاید دلیل این امر ناشی از تعداد پایین حجم نمونه در مقایسه با مطالعات خارجی باشد که با وجود تفاوت در نمره کیفیت مشتری در بین گروه ها تنها از نظر آماری معنی دار نبودند. از سوی دیگر با توجه به اینکه تحصیلات تاثیر چشمگیری بر روی نمره کیفیت مشتری نداشته می توان نتیجه گرفت که نظام آموزشی در راستای توانمندسازی افراد جامعه نتوانسته به اهداف خود دست یابد. گابریش (Gabrysch) و کمبل (Campbell) در مطالعه خود مشاهده کردند تحصیلات زنان با افزایش توان خودمراقبتی و بهبود رفتار های بهداشتی مادران و انتظار دریافت مراقبت های بهتر از ارائه دهنده گان در ارتباط می باشد (۱۴).

یافته ها نشان می دهد، زنانی که در سه ماهه ی دوم بارداری تشکیل پرونده داده بودند نمره کیفیت مشتری بالاتری نسبت به آنهایی که در سه ماهه اول بارداری تشکیل پرونده داده بودند، داشتند. این مسئله با اصول کیفیت مشتری که در آن پیش بینی می شود زنان با کیفیت مشتری بالاتر اهمیت بیشتری به دریافت مراقبت ها در زمان مناسب معطوف دارند مطابقت ندارد. این امر

می تواند ناشی از آن باشد که بسیاری از زنان باردار علاوه بر دریافت مراقبت ها از مراکز و پایگاه های بهداشتی، قبل از افتتاح پرونده در مراکز به ارائه دهنده گان بخش خصوصی نیز مراجعه می کرده اند.

با توجه به نتایج مثبت توانمند سازی مادران باردار در کیفیت مراقبت های دوران بارداری و پیامد های بارداری ایمن بر سلامت مادران و نوزادان روش های مختلفی برای مشارکت دادن بیشتر مادران در روند های مراقبتی و فرآیند تصمیم گیری های مرتبط با سلامتی وجود دارد که گروه حمایتی مادران باردار (Centering Pregnancy® Group) که در برخی از کشور های اروپایی و امریکایی اجرایی شده است تاثیرات خوبی بر روی کیفیت مراقبت ها داشته و در توانمند سازی آنان تاثیر گذار بوده است (۱۵،۱۶). علاوه بر این، در دهه ی ۱۹۹۰ برنامه ای در برخی از کشور های آسیایی و آفریقایی اجرا شد که در طی آن با استفاده از داده های ثبت شده در منزل (Home-Based maternal record) توانمندی مادران باردار و بدنبال آن کیفیت مراقبت های دوران بارداری ارتقا داده شد (۱۷). با توجه به نتایج مثبت این روش، سیستم مراقبت های بهداشتی ایران نیز می تواند از این تجربیات بهره برده و در جهت بهبود مراقبت ها از آن استفاده نماید.

تمرکز بر مراقبت های بیمار محور، مشارکت گیرنده خدمات در فرآیند مراقبت و همچنین آموزش ارائه دهندگان خدمات برای توانمند سازی مشتری ها و متعاقبا استفاده از توانمندی های آنها در ارتقای کیفیت خدمات می تواند نقش بسیار موثری در ارتقای کیفیت خدمات و ارتقای سطح سلامت گیرندگان خدمات داشته باشد. همچنین می توان در سطح جامعه نیز از طریق آموزش های عمومی و افزایش توانایی افراد جامعه، خصوصا زنان و دختران، در جهت مقابله با عوامل استرس زا و افزایش اعتماد به نفس آنها در سطح مدارس، دانشگاهها و رسانه های عمومی به ارتقای دانش، مهارت و در نهایت توان خود مراقبتی آنها کمک کرد.

تقدیر و تشکر

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 آذربایجان شرقی که در تمامی مراحل جمع آوری داده حامی پژوهش حاضر بودند کمال سپاس را داشته باشیم. ضمنا از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC) به خاطر حمایت مالی از پروژه فوق نهایت تشکر را داریم.

References

- 1 Tabrizi JS. (2007), PhD Thesis for health services Management, Quality of Health care :The patients'perspective on quality of care for Type 2 Diabetes 2007, University of Queensland, Australia.
- 2 WHO, Implementation of the making pregnancy safer initiative(MPS) within the context of the road map for accelerating the attainment of the millennium development goals (MDGs) related to maternal and newborn health (MNH) in Africa. 2005, Geneva.
- 3 Lothian J, A. the Coalition for Improving Maternity Services: evidence basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. The Journal of Perinatal Education 2007,16(1-Supplement), 1S-4S.
- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence: Routine antenatal care for healthy pregnant women: MidCity Place, 71 High Holborn, London, WC1V 6NA; www.nice.org.uk, ISBN 1-84629-618-8 ,N1483 1P March 2008.
- 5 Midmer DK. Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model. Fam Med.1992; 24(3): 216-21.
- 6 Brown, SS. Preventing low birth weight. In: Wallace HM, Ryan GM, Oglesby AC, editors. Maternal and child health practices. 3rd ed. Oakland, CA: Third Party; 1988. pp. 307-324.
- 7 Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and Patient-centered care. Commissioned for the IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public, February, 2009.
- 8 Goldberg H. Informed Decision Making in Maternity Care. Journal of Perinatal Education 2008, 18(1), 32-40.
- 9 Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: An idea whose time has come in diabetes education. The Diabetes Educator. 1991; 17(1): 37-41.
- 10 Zelek B, Orrantia E, Poole H, Strike J. Home or away? Factors affecting where women choose to give birth. Canadian Family Physician 2007; 53:78-83.
- 11 Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" settings: an empowerment-based intervention. Patient Education Couns. 2010; 79(2): 178-84.
- 12 Tabrizi JS, Wilson A J, O'Rourke PK . Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study. Journal of Research in Health Sciences. 2010; 10(2): 69-76.
- 13 Kiely JL, Kogan MD. From data to action: CDC'S public health surveillance for women, infant and children. Reproductive health of women 2000; 105-118
- 14 Gabrysch T, Campbell O. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:34
- 15 Walker D S, Worrell R. Promoting Healthy Pregnancies Through Perinatal Groups: A Comparison of Centering Pregnancy® Group Prenatal Care and Childbirth Education Classes. Journal of Perinatal Education. 2008;17(1), 27-34.
- 16 Gaudion A, Bick D, Menka Y, Walton C, Yiannouzis K, Robbins J, Rising S.S. Adapting the Centering Pregnancy® model for a UK feasibility study. British Journal of Midwifery. 2011;19 (7), 433-438
- 17 Shah PM, Selwyn BJ, Shah K, Kumar V. Evaluation of the home-based maternal record: a WHO collaborative study. Bulletin of the World Health Organization. 1993; 71 (5): 535-548.