بررسی میزان بیمار محوری در مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان از دیدگاه مراجعان

احمد وثوق تقی دیزج[1]، زهرا عزآبادی[1]، افسانه تکبیری[2]، اکرم بنی اسدی[2*]

۱. پژوهشکده زیست شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاددانشگاهی، پژوهشگاه رویان، تهران، ایران
۲. دانشکده مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۴/۱۴
سال پانزدهم شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۵ صص ۳۳۲-۳۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۷ اردیبهشت ۹۵]

چکیده

از آنجا که بیمار محوری تمرکز مراقبت های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می دهد، این موضوع در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده اهمیت روزافزونی یافته است. این پژوهش با هدف بررسی میزان محوریت بیمار در درمان ناباروری انجام شده است. این پژوهش مطالعه ای توصیفی-تحلیلی در مورد ۲۶۸ نفر از مراجعان مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان است که بصورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محوریت بیمار در درمان ناباروری (PCQ-Infertility) بود که شامل ۴۵ گویه و ۸ بعد دسترسی، اطلاعات و توضیحات، مهارت های ارتباطی، مشارکت در درمان، احترام به ارزشها، استمرار دوره درمان، صلاحیت کارکنان و سازمان مراقبت بود. روایی پرسشنامه با نظر خبرگان و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ تایید شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS-17 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون یو من ویتنی و در سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که در بازه امتیازی بین ۰ تا ۳، میانگین محوریت بیماران در درمان ناباروری۱/۲۶ است. بالاترین میزان بیمار محوری مربوط به بعد مهارت های ارتباطی کارکنان (۱/۴۹) و پایین ترین آن مربوط به بعد استمرار دوره درمان (۱/۰۲) بود. همچنین ۰/۰۵ بین میانگین امتیاز بیمارمحوری در زنان و مردان (P= ۰/۵۰۸) و بین امتیاز بیمار محوری در باردار‌ان و غیربارداران (P= ۰/۰۵۸) اختلاف معنادار وجود نداشت. فرآیندهای ارائه خدمات باید به نحوی طراحی گردد که علاوه بر مشارکت بیمار، در تمام طول درمان حمایت عاطفی لازم از بیماران انجام پذیرد.

کلیدواژه: رضایت مندی، محوریت بیمار، درمان ناباروری

* نویسنده پاسخگو: تهران، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاددانشگاهی
تلفن: ۲۳۵۶۲۰۰۰
E-mail: negbaniasadi@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

مقدمه

امروزه در سراسر جهان حدود ۸۰ میلیون نفر از مشکل نداشتن فرزند رنج می برند. طولانی بودن دوره های درمان ناباروری به همراه ناراحتی های روحی و فیزیکی که بیماران تحمل می کنند، عدم اطمینان بیشتری در آنها ایجاد کرده و نهایتا در افزایش نرخ عدم موفقیت تاثیر می گذارد[۱]. این عوامل سبب می شود که زوج های نابارور انتظار خدماتی با کیفیت بالا داشته باشند که نه تنها موثر باشد بلکه بیمار محور نیز باشد[۳، ۲].طبق تعریف مرکز طبی امریکا اثربخشی تنها یکی از شش بعد کیفیت مراقبت است. سایر ابعاد آن ایمنی، زمان بندی، کارایی، عدالت و بیمار محوری است. که بعد بیمار محوری اغلب فراموش می شود. مرکز طبی امریکا بیمار محوری را چنین تعریف می کند: "مراقبتی همراه با احترام در پاسخ به ترجیحات و نیازهای بیمار که در راستای ارزش های بیمار باشد". توجه به این بعد در درجه اول نیازمند توجه به دیدگاه بیمار نسبت به مراقبت های باروری است[۵، ۴]. عناصر مهم در مراقبت بیمار محور در درمان ناباروری شامل وضوح، استمرار و مشارکت در تصمیم گیری است[۶]. پزشکان نیز باید اطلاعات کامل به بیماران بدهند تا آنها بتوانند تصمیمات آگاهانه ای در ارتباط با برنامه درمان و یا انتخاب روش درمانی شان بگیرند[۷، ۲]. تفاوت جنبه های مهم مراقبت از دیدگاه بیماران و پزشکان موضوعی پذیرفته شده است. پزشکان بیشتر تمایل به تمرکز بر جنبه های فیزیکی و فنی مراقبت و بیماری دارند، درحالی که بیماران بیشتر نگران مسایل اجتماعی و روانشناسی هستند [۸]. مطالعات اخیر نشان داده است که بیماران نابارور نیاز به خدمات بیمار محور دارند و ارتقا در ابعاد مختلف درمان بیمار محور می تواند نقش مهمی در تصمیم گیری های درمانی آنها داشته باشد. علاوه بر این، درمان ناباروری بیمار محور با افزایش رضایتمندی بیماران رابطه دارد، ولی متاسفانه متخصصان قادر به ارزیابی مناسب عملکردشان در رابطه با محوریت بیمار نیستند که این موضوع بیانگر نیاز به عناصر قابل اندازه گیری برای عملکرد است[۶]. مراقبت بیمار محور اصالت خود را از بهبود کیفیت مستمر دریافت نموده و بر این اصل استوار است که کل منابع و فعالیت‌های سازمان باید حول بیمار سازماندهی شود. لذا مدیران خدمات بهداشتی و درمانی باید با استفاده از منابع فیزیکی، کارکنان را قادر سازند، تا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به صورت هزینه - اثر بخش و با کیفیت بالا برای بیماران فراهم سازند[۹]. در طول دهه های اخیر پژوهش هایی که در حوزه مراقبت های باروری انجام شده است بیشتر بر ارتقای اثربخشی درمان ناباروری تمرکز داشته و به مواردی نظیر تحریک تخمک گذاری، روش کاشت جنین، غربالگری ژنتیک قبل از لانه گزینی، نرخ باروری، پیشگیری از چند قلو زایی و غیره توجه شده است؛ درحالی که هیچ شکی در اهمیت این مطلب وجود ندارد که کیفیت مراقبت باروری چیزی بیش از نتایج باروری و اثربخشی است. [۵، ۴]. مطالعات متعددی در رابطه با ارزیابی دیدگاه بیماران از مراقبت های دریافتی انجام شده است. در رابطه با بررسی دیدگاه بیماران نسبت به مراقبت های درمان ناباروری مطالعاتی در خارج از کشور انجام شده است که دسته ای از این مطالعات کمی و با استفاده از پرسشنامه [۱۴-۱۰]، دسته ای کیفی، با استفاده از مصاحبه چهره به چهره[۱۶، ۱۵] و برخی ترکیب مصاحبه های کیفی و پرسشنامه [۱۷] بوده اند. ارائه خدمات با محوریت نیاز ها و انتظارات بیمار بعدی کلیدی در کیفیت مراقبت ها است[۱۸]. متاسفانه باوجود تلاش های فراوانی که در زمینه ارتقای محوریت بیمار انجام شده، کیفیت روابط بیمار-پزشک، دسترسی بیمار و استمرار خدمات درحال بدتر شدن است. پزشکان بصورت مستمر نگرانی های بیمار را درنظر نمی گیرند و باورها و درک بیمار از بیماری اش را مورد ارزیابی قرار نمی دهند و نیز گزینه های مدیریت درمان بیمار را با او به اشتراک نمی گذارند. بیماران نیز غالبا عناصر اصلی در برنامه درمان را فراموش می کنند و این امر باعث تحمیل هزینه های فزاینده به بیمار می شود. با توجه به خلاء موجود و نیاز روزافزون مراکز تخصصی درمان ناباروری به شناخت کامل نگرش و ادراک مراجعان نسبت به خدمات دریافتی و نیز لزوم ارائه خدمات به نحوی که محوریت بیمار لحاظ گردد، در این پژوهش به بررسی محوریت بیمار در مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان پرداخته شده است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر بخشی از مطالعه بزرگتری است که با هدف تضمین کیفیت خدمات درمان ناباروری انجام شده است.این مطالعه مقطعی بصورت توصیفی تحلیلی به بررسی محوریت بیمار در ارائه خدمات درمان ناباروری در مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان در سال ۹۲ پرداخته است. جامعه این پژوهش کلیه مراجعان مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان بودند که با استفاده از جدول مورگان حداکثر تعداد نمونه ۳۸۴ نفر تعیین شد. با توجه به فرایند درمان ناباروری و لزوم مراجعه بیماران به واحدهای مختلف در طول فرایند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

درمان، لزومی به طبقه بندی و خوشه بندی نمونه ها نبود، لذا نمونه گیری بصورت تصادفی انجام شد. همچنین بدلیل حضور تمامی مراجعان این مرکز جهت درمان ناباروری تنها معیار ورود افراد به مطالعه تمایل ایشان بود. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه محوریت بیمار در درمان ناباروری در دو قسمت اطلاعات زمینه ای و تجربه بیمار از خدمات دریافتی انجام شده است. در قسمت اطلاعات زمینه ای سوالاتی نظیر سن، جنسیت، وضعیت بارداری، علت مراجعه، مرحله و برنامه درمان و... قرار دارد و در بخش دوم تجربه بیمار از خدمات دریافتی با ۴۵ گویه در ۸ بعد دسترسی(۲گویه)، اطلاعات و توضیحات(۱۲ گویه)، مهارت ارتباطی کارکنان(۶ گویه)، مشارکت در درمان(۳ گویه)، احترام به ارزش ها و نیازها(۶ گویه)، استمرار درمان(۶ گویه)، صلاحیت کارکنان(۶ گویه) و سازمان مراقبت(۴ گویه) مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به متفاوت بودن گزینه های سوالات مختلف، نمره دهی به گزینه ها بر مبنای راهنمای پرسشنامه انجام شد و در تمامی سوالات حداقل امتیاز صفر(بدترین وضعیت) و حداکثر امتیاز ۳ (بهترین وضعیت) بود. در انتهای پرسشنامه نیز از بیمار خواسته شد تا از نمره صفر (کاملا ناراضی) تا ۱۰ (کاملا راضی) به خدمات دریافتی نمره دهد. روایی پرسشنامه با استفاده از روایی صوری و محتوا (CVI=۰/۷۱) و پایایی آن نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ مورد تایید قرار گرفت. با توجه به لزوم مراجعه متعدد بیماران به این مرکز از آن ها خواسته شد در فضایی آرام به پاسخ گویی به سوالات بپردازند و درصورت تمایل پرسشنامه را در منزل پر نموده و در مراجعه بعدی تحویل نمایند. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها با کمک نرم افزار SPSS-17 و با استفاده از آمار توصیفی (نظیر فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی نظیر یومن ویتنی با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شد که از این تعداد میزان ۳۲۰ پرسشنامه عودت داده شد. تعداد ۵۲ پرسشنامه بدلیل نقص کنار گذاشته شد و درنهایت ۲۶۸ پرسشنامه تکمیل شده وارد مطالعه شد. جدول شماره ۱ ویژگی های دموگرافیک مراجعان شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. ۶۷/۵ درصد افراد مورد مطالعه را زنان و ۳۲/۵ درصد ایشان را مردان تشکیل می دادند. ۷۶ درصد زنان و ۶۸/۹ مردان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم بودند. ۴۱/۱ درصد زنان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و ۳۱ درصد مردان در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی زنان ۲۹/۷ (انحراف معیار ۴/۸) و میانگین سنی مردان ۳۴/۹ (انحراف معیار ۵/۰۷) و میانگین کلی سن مراجعان ۳۱/۵ سال و انحراف معیار آن ۵/۴ بود. شرایط مراجعان در جدول شماره ۲ آورده شده است. بر این اساس بیشتر مراجعه کنندگان (۴۳/۶٪) این مرکز را به خاطر شهرت آن انتخاب کرده اند و ۳۸٪ نیز به توصیه دیگران به این مرکز مراجعه کرده اند. ۸۸/۵ ٪ آنان در زمان انجام مطالعه باردار نبودند و برای بیشتر آنان (۲۳/۸٪) برنامه درمان از طریق IVF و یا ICSI درنظر گرفته شده بود. ۱۸/۸ ٪ نیز در مرحله بررسی علل ناباروری قرار داشتند و هنوز هیچ برنامه درمانی برای آنان تعیین نشده بود. در این بررسی، ۸ بعد محوریت بیمار در درمان ناباروری مورد سنجش قرار گرفت که به ابعاد مختلف امتیازی بین ۰ تا ۳ داده شد. همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود بالاترین امتیازها به ترتیب با میانگین ۱/۴۹ و ۱/۴۸مربوط به بعد مهارت های ارتباطی کارکنان و سپس صلاحیت کارکنان بود. همچنین پایین ترین امتیاز با میانگین ۱/۰۲ و ۱/۰۶ به ترتیب مربوط به استمرار دوره درمان و دسترسی بود. نتایج حاصل از محوریت بیماران به تفکیک مرحله درمان (جدول شماره ۴) نیز نشان می دهد بیشترین میزان محوریت بیمار در درمان با میانگین ۲/۰۳ توسط بیمارانی بیان شده است که در مرحله تحریک تخمک گذاری قرار داشتند. کمترین میزان نیز توسط بیمارانی بیان شد که در فرآیند درمان از طریق IUI قرار گرفته بودند. جهت بررسی رابطه بین وضعیت بارداری و همچنین جنسیت با میانگین کلی محوریت بیماران، ابتدا نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف – اسمیرنف بررسی شد. از آنجا که میزان آماره این آزمون کمتر از P< ۰/۰۱بود در سطح معناداری ۰/۰۵ فرض نرمال بودن توزیع داده ها رد شد و لذا از آزمون یو من ویتنی استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون یو من ویتنی نشان داد بین میانگین امتیاز محوریت بیمار در درمان بین زنان و مردان اختلاف معنادار (P= ۰/۵۰۸) وجود ندارد. همچنین بین میانگین امتیاز محوریت بیمار در مراجعان باردار و غیر باردار اختلاف زیادی وجود ندارد (P= ۰/۰۵۸).

در بررسی نظر کلی مراجعان نسبت به خدمات دریافتی از امتیاز ۰ تا ۱۰، میانگین امتیاز داده شده توسط زنان ۶/۴ (انحراف معیار ۲/۵۸±) و میانگین امتیاز داده شده توسط مردان ۶/۷۲ (انحراف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

معیار ۲/۶۳±) بود و بطور کلی میانگین رضایتمندی از خدمات با انحراف معیار ۲/۶± به میزان ۶/۵ می باشد. بطور کلی میزان رضایتمندی از خدمات دریافتی در مراجعانی که در زمان مطالعه خدمات مربوط به مراقبت های دورن بارداری یا تحریک تخمک گذاری را دریافت می نمودند نسبت به سایرین بالاتر بود و کمترین رضایتمندی توسط بیمارانی که خدمات دریافت جنین فریز شده را دریافت می کردند ابراز شد. البته نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان داد رابطه میان خدمات دریافتی و رضایت مندی کلی معنی دار نیست (P=۰ /۰۷) و لذا اختلاف مشاهده شده در میزان رضایتمندی در فازهای مختلف درمان معنادار نیست.

جدول۱: ویژگی های دموگرافیک مراجعین مرکز درمان ناباروری

	جنسیت		محل سکونت			تحصیلات			سن				
	زن	مرد	سایر استان ها	تهران	خواندن و نوشتن	سیکل و دیپلم	فوق دیپلم و لیسانس	بالاتر از لیسانس	زیر ۲۵ سال	۲۵-۳۰ سال	۳۰-۳۵ سال	۳۵-۴۰ سال	بالاتر از ۴۰ سال
فراوانی	۱۸۱	۸۷	۱۲۴	۱۳۷	۱۳	۱۴۳	۹۰	۱۹	۲۷	۸۹	۸۰	۴۴	۲۲
درصد	۶۷/۵	۳۲/۵	۴۷/۵	۵۲/۵	۵/۰	۵۳/۸	۳۳/۹	۷/۲	۱۰/۳	۳۴/۰	۳۰/۵	۱۶/۸	۸/۴
تعداد پاسخ	۲۶۸		۲۶۱					۲۶۵					۲۶۲
بدون پاسخ	۰		۷					۳					۶

جدول ۲: شرایط مراجعین مرکز درمان ناباروری

	علت مراجعه							علت انتخاب				وضعیت بارداری			خدمت دریافتی				
	درمان ناباروری	سایر خدمات	شهرت مرکز	اطمینان ازرعایت موازین شرعی	توصیه دیگران	تجربه دریافت خدمات قبلی	سایر موارد	مثبت	منفی	درمان شروع نشده	بررسی علل ناباروری	تحریک تخمک گذاری	IUI	IVF,ICSI	مراقبت دوران بارداری	دریافت جنین فریز شده	سایر موارد
فراوانی	۲۵۱	۱۴	۱۱۶	۲۷	۱۰۱	۱۴	۸	۲۷	۲۰۸	۳۱	۴۹	۴۲	۲۹	۶۲	۱۸	۲۳	۷
درصد	۹۴/۷	۵/۳	۴۳/۶	۱۰/۲	۳۸/۰	۵/۳	۳/۰	۱۱/۵	۸۸/۵	۱۱/۹	۱۸/۸	۱۶/۱	۱۱/۱	۲۳/۸	۶/۹	۸/۸	۲/۷
تعداد پاسخ		۲۶۵					۲۶۶		۲۳۵								۲۶۱
بدون پاسخ		۳					۲		۳۳								۷

جدول۳: میانگین ابعاد مختلف محوریت بیمار

	میانگین	±انحراف معیار	بالاترین امتیاز	پایین ترین امتیاز
دسترسی	۱/۰۶	۰/۸۶	۳/۰۰	۰/۰۰
اطلاعات و توضیحات	۱/۱۹	۰/۶۰	۲/۵۸	۰/۰۰
مهارت های ارتباطی کارکنان	۱/۴۹	۰/۸۰	۳/۰۰	۰/۰۰
مشارکت در درمان	۱/۳۲	۰/۸۱	۳/۰۰	۰/۰۰
احترام به ارزش ها و نیاز ها	۱/۱۵	۰/۸۰	۳/۰۰	۰/۰۰
استمرار دوره درمان	۱/۰۲	۰/۴۴	۲/۶۷	۰/۰۰
صلاحیت کارکنان	۱/۴۸	۰/۳۸	۲/۶۷	۰/۳۳
سازمان مراقبت	۱/۳۴	۰/۴۹	۲/۲۵	۰/۰۰
کل	۱/۲۲	۰/۴۵	۲/۲۲	۰/۵۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

بحث و نتیجه‌گیری

مهمترین بعد نادیده گرفته شده در ارائه خدمات با کیفیت، محوریت بیمار است. از آنجا که بیمار محوری تمرکز مراقبت های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می دهد، این موضوع اهمیت روزافزونی یافته است[۱۹]. مراقبت بیمار محور یا مراقبت فردگرا چیزی بیشتر از خوب بودن برای بیمار است؛ این موضوع بر تجربه بیمار از بیماری و مراقبت درمانی متمرکز است. البته یک تعریف روشن و جهانی از بیمار محوری وجود ندارد. در متون مختلف، بیمار محوری اغلب به عنوان مفهومی چند عنصری شناخته می شود[۲۲-۲۰]. یکی از مهمترین یافته های این مطالعه که نیاز به توجه جدی دارد سطح متوسط بیمارمحوری در ارائه خدمات درمان ناباروری است، بطوری که در فاصله امتیازی بین ۰ تا ۳، این مرکز امتیاز ۱/۲۶ را بدست آورده است. درحالی که نتایج مطالعات انجام شده در سایر کشورها [۲۵-۲۳] بیانگر سطح بالای بیمارمحوری در ارائه خدمات درمان ناباروری است. در یکی از مطالعات [۲۶] به رغم سطح بالای رضایتمندی بیماران از ارائه خدمات بیمار محور و با وجود کمبودهایی در ارائه خدمات مشاوره روانشناسی، روان درمانی و خدمات روانپزشکی در مراکز مورد مطالعه وجود داشت، پیشنهاد شده است حتی بدون وجود مراکز رسمی خدمات روانی-اجتماعی به نحوی نیاز های عاطفی و روانی-اجتماعی مراجعان پاسخ داده شود که این موضوع نشانگر دقت و توجه بالای مدیران و برنامه ریزان به شرایط و خواسته های بیماران است. در این مطالعه نیز نظیر بررسی رضایتمندی از خدمات بیمارمحور در مراکز درمان ناباروری دانمارک[۱۰] رضایتمندی از این خدمات در هردو گروه زنان و مردان مشابه بود و تفاوت معنادار بین رضایتمندی زنان و مردان وجود نداشت.

بطور کلی بالاترین میزان بیمارمحوری در مراجعانی اعلام شد که که در مرحله تحریک تخمک گذاری قرارداشتند و کمترین میزان رضایتمندی مربوط به بیمارانی بود که درحال دریافت خدمات درمانی IUI بودند. در ارتباط با رضایت بیمار جنبه های مختلفی توصیف شده است که رایج ترین آنها ارتباط با کادر درمان(شایستگی و شخصیت کادر درمان، ارتباطات)، موقعیت و دسترسی به خدمات، تداوم، هزینه و تجهیزات است[۲۷]. بطور کلی بیمار بیشتر به نتایج درمان توجه دارد، تا اینکه به شیوه‌های درمان توجه نماید. شیوه‌های درمانی مراکز ارائه دهنده خدمات باید ساده بوده و زمان کمتری را دربرگیرد، در این‌صورت رضایت بیماران فراهم خواهد شد[۹] .تداوم ارائه خدمات در درمان ناباروری در رضایتمندی بیماران از خدمات دریافتی و ادراک آن ها از مورد توجه واقع شدن توسط تیم درمانی تاثیر مثبتی دارد. نتایج مطالعات نشان داده است بیماران انتظار دارند در طول دوره درمان با پزشکی ارتباط داشته باشند که نسبت به شرایط آنان آگاه باشد و درطول درمان پزشک معالج آنان ثابت باشد[۲۹-۲۸] ولی در مطالعه حاضر استمرار خدمات در طول درمان پایین ترین امتیاز را داشته است. در این راستا ۵۰ درصد افراد اعلام کرده اند ۵ و یا بیش از ۵ پزشک در درمانشان نقش داشته اند. امکان دسترسی به تیم درمان و پرسش سوالات از طریق تماس تلفنی نیز یکی دیگر از ابعادی است که نسبت به سایر ابعاد توجه بیشتری را جهت اصلاح می طلبد. البته در مطالعه انجام شده در هلند ۳۶ درصد بیماران ادعا داشتند که در اطلاعات دریافتی تناقض وجود داشته است که این مورد عمدتا بدلیل تعدد پزشکان معالج است[۲۹] ولی در مطالعه حاضر ۵۰/۴ درصد اعلام نموده اند هرگز اطلاعات متناقضی دریافت نکرده اند ، هرچند ۳۹ درصد نیز اعلام نمودند گاهی با این مورد مواجه شده اند. در مطالعات مختلفی که پیرامون بررسی اهمیت هر یک از ابعاد محوریت بیمار از دیدگاه های مختلف انجام شده است بعد اطلاع رسانی بالاترین اهمیت را داشته است[۳۲-۳۰]. در مطالعه حاضر ۶۷/۳درصد از افراد اعلام نموده اند علاوه بر اطلاعات شفاهی، اطلاعات کتبی نیز دریافت نموده اند ولی این اطلاعات از دید آنان کافی نبوده است. با توجه به نقش مهم اطلاع رسانی در کمک به روند درمان و نیز اعلام عدم رضایت درصد بالایی از افراد از این اطلاع رسانی اعلام کرده اند با وجود اطلاع رسانی کتبی و شفاهی بازنگری محتوای آموزش و تدوین آن بر مبنای نیاز و سوالات بیماران و نه فقط دیدگاه متخصصین و نیز بازنگری ابزار و شیوه های آموزش امری ضروری به نظر می رسد. در مطالعه ای در مراکز درمان ناباروری اسکاتلند بیش از یک سوم زنان بدون همسرانشان در فرایند درمان قرار گرفته بودند و همسرانشان در هیچ زمانی فراخوانده نشده بودند ویا همسرانشان در اتاق انتظار می ماندند و در مشاوره و تصمیم گیری ها حضور نداشتند[۳۲]. بیماران نیاز دارند تا در تصمیم گیری ها مشارکت داده شوند و امکان طرح سوال از پزشک را داشته باشند[۳۲]. یکی از نقاط قوت در ارائه خدمات در مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان امکان مشارکت زوجین در تصمیم گیری ها درصورت تمایل ایشان است بطوری که بیش از ۸۶ درصد افراد اعلام کرده اند تا حدود زیادی خودشان و همسرشان در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

تصمیم گیری های انجام شده مشارکت داشته اند. در یکی از مطالعات مربوط به بررسی نقاط قوت و ضعف مراقبت های درمان ناباروری احترام به بیمار و استقلال او از موارد مهم در درمان شمرده شده است[۲۹] و امتیاز بالایی به اهمیت تعاملات پزشک و بیمار در طول درمان داده شده است[۳۱]. در این مطالعه نیز بعد مهارت های ارتباطی کارکنان نسبت به سایر ابعاد در وضعیت بهتری قرار دارد. البته باید توجه داشت، اگرچه در این مطالعه در مقایسه با سایر ابعاد محوریت بیمار مهارت ارتباطی کارکنان امتیاز بالاتری داشت ولی بطور کلی امتیاز های حاصل در هشت بعد محوریت بیمار کمتر از متوسط است که نشانگر لزوم دقت و توجه بیشتر به ارائه خدمات بیمار محور است. در مطالعه دنست در محوریت بیمار در کلینیک های مختلف کلینیک بلژیک در ابعاد، " مهارت فنی" و "کارکنان بالینی" نسبت به سایر ابعاد بیمار محور تر بود. در حالی که کلینیک هلند در ابعاد " دسترسی بیماران" و " تسهیلات فیزیکی" بیمار محور تر بود[۳۳]. در بررسی انجام شده پیرامون محوریت بیمار در درمان ناباروری در میان کشورهای اروپای شرقی بطور کلی دانمارک، ایتالیا و بلژیک نسبت به سایرین بیمار محور تر بوده و از امتیاز صفر تا یک امتیازی بین ۰/۷ (بلژیک) تا ۱ (دانمارک) کسب کرده اند[۳۰]. محوریت بیمار یکی از عوامل موثر در ارتقای کیفیت خدمات است. نتایج این بررسی نشان داد جهت ارتقای محوریت بیمار در درمان ناباروری در پژوهشگاه رویان نیازمند به توجه بیشتر به ارزش ها و انتظارات بیماران در طراحی و ارتقای فرایند های مراقبت است. برای انجام این کار لازم است تا فرایند ها به نحوی طرح ریزی گردد که حداکثر حمایت از بیماران جهت پاسخ گویی به سوالات و حمایت عاطفی از ایشان فراهم گردید و مشارکت حداکثری بیماران در طول فرایند درمان حفظ گردد.

سهم نویسندگان

احمد وثوق تقی دیزج: ناظر علمی پژوهش
زهرا عزآبادی: جمع آوری و تحلیل داده ها
افسانه تکبیری: جمع آوری و تحلیل داده ها
اکرم بنی اسدی: جمع آوری، تحلیل داده ها و تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی به شماره "۵۷۷"، با عنوان تضمین کیفیت خدمات تخصصی پژوهشگاه رویان مصوب در این پژوهشگاه بود و با حمایت مالی معاونت پژوهشی پژوهشگاه رویان انجام شد. نویسندگان مقاله بدینوسیله از تمامی پرسنل و مراجعین ارجمند که در این پژوهش شرکت و همکاری نموده اند، قدردانی می نمایند.

منابع

1.VerbergM, et al. Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective Cohort Study. Human Reproduction 2008; 23: 2050-2055
2.Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. 1 st Edition, National Academy Press: Washington DC, 2001
3.Empel I.v, et al. Coming soon to your clinic: high-quality ART. Human Reproduction 2008; 23: 1242-45
4.Dancet EA, et al. The patients' perspective on fertility care: a systematic review. Human Reproduction Update 2010; 16: 467-487
5.Corrigan J, et al. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century Institute of Medicine, National Academy of Sciences. 1 st Edition, National Academy Press: Washington DC, 2001
6.Breejen E, et al. Human Reproduction Development of Guideline-based Indicators for Patient-centredness in Fertility Care. Human Reproduction 2013; 28: 87-96
7.International Alliance of Patients' Organizations, What is Patient-Centred Healthcare? A Review of Definitions and Principles. http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO, 2007
8.Kernick D, D. Reinhold, and A. Mitchell. How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients. The Journal of Family Practice 1999; 16: 562–565
9.Mosadeghrad, M. Hospital administration handbook. Vol. 2. Dibagaran: Tehran,2002[in Persian]
10. Schmidt L, et al. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. Human Reproduction 2003;18 :2638-2646
11. Morrison C, et al. Initial management of infertility: an audit of pre-referral investigations and exploration

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

of couples' views at the interface of primary and secondary care. human fertility 2007; 10: 25-31
12. Haagen E, et al . Subfertile couples' negative experiences with intrauterine insemination care. Fertility Sterility 2008; 89:809-816
13. Haagen E, et al. Subfertile couples' negative experiences with intrauterine insemination care. Fertility Sterility 2008; 89: ; 809-816
14. Cousineau T, et al. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. Human Reproduction 2008; 23: 554-556
15. Porter, M. and S. Bhattacharya, Helping themselves to get pregnant: a qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples. Human Reproduction 2008; 23: p. 567-572
16. Peddie V, E.v. Teijlingen, and S. Bhattacjarya. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. Human Reproduction 2005; 20: 1944-1951
17. Weert J.V, et al. Patients' preferences for intrauterine insemination or in-vitro fertilization. Reprod Biomed Online 2007; 15: 422-427
18. Bergeson, S.C. and J.D. Dean. A Systems Approach to Patient-Centered Care. Journal of the American Medical Association 2006; 296: 28-48
19. Harkness J. The future of healthcare is patient-centred.2050: a Health Odyssey-Thought Provoking Ideas for Policy Making. 2006
20. Mead N. P. Bower. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine 2000; 51: 1087-10
21. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ 2001; 322: 444-445
22. Aarts j.w.m, et al. Professionals` perceptions of their patients` experiences with fertility care. psycholog and counselling 2011; 26: 1119-1127
23. Sabourin S J. Wright, C. Duchesne, Are consumers of modern fertility treatments satisfied? Fertility Sterility 1991; 56: 1084-100
24. Halman L, A Abbey, F.McAndrews, Why are couples satisfied with infertility treatment? Fertility Sterility 1993; 59: 1046-1054
25. Pedro J, et al. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. Human Reproduction 2013; 28: 2462-72
26.L.Schmidt, et al. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common:findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. Human Reproduction 2003; 18: 2638-2646
27. Goldstein M, S. Elliott, A. Guccione, The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. Phys Ther 2000; 80: 858-863
28. Beattie P.F, et al. Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. phsical therapy 2002; 82: 557-565
29. EmpelI.V, et al. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. Human Reproduction 2010; 25: 142-149
30. Dancet E. et al. Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care. Human Reproduction 2012; 27: 1702-1711
31. Breejen, E.M.E.d., et al. Development of Guideline-based Indicators for Patient-centredness in Fertility Care. Human Reproduction 2013; 28: 987-996
32.souter V, et al. Patient satisfaction with the management of infertility. Human Reproduction 1998; 13: 1831-1836
33. Dancet E. Trustworth assessment and international benchmarking fore the patient centeredness of the endmetriosis care 2012; ESHRS campus course

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

ABSTRACT

Infertility care in Royan Institute: a patient centeredness analysis

Ahmad Vosough Taghi Dizaj [1], Zahra Ezabadi [1], Afsaneh Takbiri [2], Akram Baniasadi [2*]

1. Medical Education, Endocrinology & female infertility department, Royan Institute, Tehran, Iran
2. Healthcare Management, School of Public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2016; 3: 325-332
Accepted for publication: 5 July 2015
[EPub a head of print-26 April 2016]

Objective (s): As treatment focus has shifted from disease to patient, the importance of patient-centered care has increased. This study is aimed to investigate on patient centeredness in an infertility care center.
Methods: This was a cross sectional study of a sample of 268 patients attending to the Royan Institute infertility care center, in Tehran, Iran. We used The Patient-centeredness Questionnaire-Infertility (PCQ-Infertility) to collect the data. It has 45 questions and 8 dimensions (access, information and explanation, communication, patient involvement in treatment, respect for patients' values, continuity of care, competence of staff and organization of services).
Results: The analysis showed that out of 0 to 3, the score of patient centeredness in infertility care was 1.26. The highest score with mean of 1.49 was for communication and the lowest score with mean of 1.02 was for continuity of care. Also the result showed that there was no significant difference among patient centeredness care score among men and women (p=0.50) and also among patients who were pregnant and those who were not (p=0.058).
Conclusion: Providing patient centered care especially in infertility care, the process of care apart from providing patient participation should include emotional support for patients.

Key Words: Satisfaction, Patient centeredness, Infertility care

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.10.4]

* Corresponding author: Royan Institute, Tehran, Iran
Tel: 23562000
E-mail: negbaniasadi@gmail.com