کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر معصومه سیمبر: * استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
محبوبه احمدی: مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
گلنوش احمدی: دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دکتر حمید علوی مجد: استادیار، گروه آمار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی

فصلنامه پایش
سال ششم شماره دوم بهار ۱۳۸۶ صص ۱۵۵-۱۴۵
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۵/۹/۱۹

چکیده

امروزه کیفیت خدمات تنظیم خانواده یک موضوع با اولویت جهانی محسوب می‌شود. این مطالعه در صدد بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. این مطالعه توصیفی، برای مطالعه ساختار، فرایندها و پیامدهای مراقبت‌های تنظیم خانواده به انجام رسید. پانزده مرکز بهداشتی ـ درمانی شهری وابسته به دانشگاه به طور تصادفی انتخاب شده و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط ۶۵ ارائه دهنده مراقبت در این مراکز مورد مشاهده و ارزیابی قرار گرفت. ۷۵ متقاضی نیز جهت سنجش آگاهی در مورد روش تنظیم خانواده، مورد مصاحبه قرار گرفتند و فرم مربوط به رضایت سنجی را تکمیل نمودند. ابزار جمع‌آوری این اطلاعات شامل دو چک لیست مشاهده و دو پرسشنامه بود. اطلاعات توسط SPSS 11.5. مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ۷۵متقاضی خدمات با متوسط سن ۴± ۲۴/۷ (Mean ±SD) و ۶۵ ارائه دهنده مراقبت‌ها در این مطالعه شرکت کردند. ساختار ارائه خدمات در این مراکز ۷/۹۳ ±۶۰ /۸۰ درصد، خدمات عمومی تنظیم خانواده ۱۳/۸±۷۷/۳ درصد و خدمات اختصاصی ۱۷/۴ ±۵۷/۵ درصد با استاندارد تطابق نشان دادند. میانگین میزان رضایت مراجعه کنندگان از خدمات نیز ۹/۰۵±۸۳/۳ درصد بود. با وجود این، میانگین میزان آگاهی مراجعه کنندگان از روش مورد استفاده ۱۸±۵۹/۱ درصد بود. بین میزان رضایت یا آگاهی مراجعه کنندگان با مشخصات دموگرافیک هم ارتباط معناداری وجود نداشت.

این مطالعه نشان داد که علی‌رغم امکانات کافی، داشتن پرسنل تحصیلکرده و رضایت زیاد متقاضیان از این خدمات، مشاوره و آموزش‌های لازم با کیفیت مناسب ارائه نمی‌شود و آگاهی افراد در مورد این روش‌ها متوسط و ناکافی است. بنابر این نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای جهت ارتقای خدمات آموزشی و مشاوره‌ای وجود دارد که در پژوهش‌های بعدی باید مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت مراقبت، تنظیم خانواده، رضایت، آگاهی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شریعتی، جنب بیمارستان مفید، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه مامایی، طبقه دوم
تلفن: ۲۲۲۵۷۵۷۱
E-mail: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

مقدمه

علی‌رغم افزایش چشمگیر در مصرف روش‌های پیشگیری از بارداری، آمار جهانی نشان می‌دهد که بیش از ۱۲۰ میلیون زوج که تمایل به جلوگیری از بارداری دارند، همچنان نیازمند روش‌های پیشگیری ایمن و مؤثر هستند. سالانه قریب به ۸۰ میلیون زن دچار بارداری ناخواسته می‌شوند که برخی از آنها در اثر شکست روش‌های پیشگیری رخ می‌دهند. سالیانه، به حدود ۴۵ میلیون بارداری ناخواسته، خاتمه داده می‌شود که علت ۱۳ درصد از موارد ترس از مرگ در دوران بارداری است. در ماه مه سال ۲۰۰۴، اولین استراتژی جهانی بهداشت باروری که استوار بر ۵ محور اساسی از جمله ارائه خدمات تنظیم خانواده با کیفیت بالا بود، در پنجاه و هفتمین گردهمایی بهداشت جهانی، جهت تسریع نیل به اهداف بهداشت باروری، به خصوص اهداف کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ مورد توافق قرار گرفت [۱].

اگر چه میزان شیوع مصرف هرگونه روش پیشگیری از بارداری و روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در ایران به ترتیب، ۷۲/۹ و ۵۶ درصد بوده است که از ارقام مربوطه جهانی و کشورهای پیشرفته هم بیشتر است، اما هنوز ۱۵ درصد از زنان علی‌رغم تمایل به پیشگیری از بارداری از هیچ روشی استفاده نمی‌کنند و ۱۶/۹ درصد از زوجین نیز تنها از روش‌های سنتی استفاده می‌کنند و میزان مصرف روش‌های پیشگیری مردانه نیز کم و به ترتیب ۱/۹ و ۵/۴ درصد است [۲]. علی‌رغم مصرف گسترده روش‌های پیشگیری در ایران میزان بارداری‌های ناخواسته بسیار زیاد است. تحلیل اطلاعات سر شماری جمعیت و سلامت در ایران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۳۵ درصد از زنان متأهل باردار، بارداری خود را ناخواسته ذکر می‌کنند. دو سوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند، در حال استفاده از یک روش بارداری نیز بودند [۳] و این مشکل آشکارا به این معناست که مشاوره به قدر کافی مؤثر نبوده است. وزارت بهداشت ایران نیز در راستای اهداف و استراتژی‌های جهانی بهداشت باروری که در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه [۴] و سازمان بهداشت جهانی پذیرفته شده است، ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده را یکی از اولویت‌های برنامه خود قرار داده است [۵].

نتایج تحقیقات در کشورهای مختلف نشان می‌دهند که ارائه خدمات با کیفیت بهتر به رضایت بیشتر متقاضیان، پذیرش روش‌های پیشگیری و استفاده طولانی‌تر از آنها منجر می‌شود. «کیفیت» در خدمات بهداشت باروری به طرق مختلف تعریف شده است، اما این توافق وجود دارد که کیفیت خوب خدمات، نیازمند پرسنل تحصیلکرده است که انواع خدمات مناسب را به صورتی مؤدبانه در درمانگاهی که به خوبی برای متقاضی مهیا باشد ارائه کنند [۶].

بیش از یک دهه از انتشار مقاله بروس در مورد عوامل اساسی در کیفیت خدمات می‌گذرد و هم اکنون امر کیفیت و اندازه گیری به عنوان محور نگرانی‌های جامعه مراقبین تنظیم خانواده و بهداشت باروری در آمده است. برخی از راه‌های اندازه گیری کیفیت، جامع و برخی دیگر با تمرکز بر روی موارد خاص، انجام می‌شود. برخی برای تشخیص مشکلات هستند، در حالی که بقیه برای راه حل‌های فرضی آن را به کار گرفته‌اند. چارچوب Bruce-Jain (۱۹۹۰) [۷] دارای شش عامل کیفیت: ایجاد امکان انتخاب روش، ارایه اطلاعات به بیمار، توانایی تکنیکی، روابط بین فردی و مکانیسم‌های تشویق برای تداوم و خدمات مشاوره‌ای است. تحلیل موقعیت،که توسط شورای جمعیت در سال ۱۹۹۷ ارائه شد [۷] با استفاده از چارچوب Bruce-Jain برای بررسی موقعیت کلی کیفیت برنامه‌های تنظیم خانواده در دنیا تهیه شد و تا به حال در بیش از ۴۰ کشور اجرا شده است[۶]. یک روش استراتژیک نیز توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ معرفی گردید [۸]. ابزارهای دیگری نیز به شناسایی نشانگرهای کیفیت کمک کرده‌اند. به عنوان مثال طرح ارزیابی Measure بیش از ۲۰۰ نشانگر را شناسایی کرد [۹] و ابزار دیگری که بررسی سریع کیفیت نامیده می‌شود، فهرست کوتاه‌تری شامل ۲۵ نشانگر را معرفی می‌نماید [۱۰]. برای جمع آوری اطلاعات در مورد این ۲۵ نشانگر، سه وسیله دیگر نیز تهیه شد که شامل بازرسی امکانات، همراه با سؤالاتی در مورد مدیریت برنامه‌ها، مشاهده تعامل بین ارائه دهنده خدمت و متقاضی خدمت و فرایندهای بالینی و مصاحبه با متقاضی خدمت هنگام خروج از مراکز در خصوص دیدگاه‌های آنها در مورد خدماتی که دریافت داشته‌اند و نیز اطلاعاتی است که در طول مشاوره کسب کرده‌اند. پر طرفدارترین ابزار در ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی بر اساس ارزیابی ساختار، فرایند و پیامد خدمات مراقبتی [۱۱] است که به نظر می‌رسد در ساختن همه ابزارهای فوق مورد توجه قرار گرفته است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

ارزیابی کیفیت خدمات در استان‌های کردستان [۱۲] و هرمزگان [۱۳] ایران انجام شده است. آنها کیفیت ساختار، فرایند و پیامد خدمات تنظیم خانواده را بررسی کردند و کیفیت خوب ساختار خدمات را نشان دادند. علی‌رغم این که فرایند و پیامد مراقبت‌ها در حد ضعیف و یا متوسط ارزیابی شد. بررسی دیگری نیز در کشور انجام شد که ارتباط مثبتی بین کیفیت مراقبت‌ها و تداوم مصرف روش‌های پیشگیری را نشان داد [۱۴].

این مطالعه در صدد است تا با ارزیابی امکانات و وسایل، تعامل بین ارائه دهنده خدمت و متقاضی خدمت و همچنین اطلاعات متقاضی در مورد روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده و نیز میزان رضایت آنها از این خدمات به بررسی کیفیت ساختار، فرایند و پیامد خدمات مراقبت‌های تنظیم خانواده در مراکز بهداشت شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید دکتر بهشتی بپردازد. این یک ارزیابی تشخیصی از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است و هدف آن نشان دادن ضعف‌ها و چالش‌ها در محدوده مراقبت‌های تنظیم خانواده برای ارتقای برنامه‌های مداخله‌ای آینده می‌باشد.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی ۱۵ بخش خدمات تنظیم خانواده مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد ارزیابی قرار گرفت. برای این کار یک روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای مورد استفاده قرار گرفت. با استفاده از روش سهمیه‌ای، ۱۵ مرکز بهداشتی دانشگاه در شمال، شرق و منطقه شمیرانات تهران انتخاب شدند. سپس ۶۵ ارائه دهنده خدمت با حداقل ۶ ماه سابقه کار به طریق سرشماری و ۷۵ متقاضی استفاده از روش‌های پیشگیری قرص، کاندوم، IUD و DMPA مراجعه کننده بار اول یا چندم از طریق روش در دسترس در مطالعه شرکت کردند.

روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت چند مرحله‌ای بود. ابتدا با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از بین مراکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سه مرکز بهداشت شمیرانات، شمال و شرق انتخاب شد و سپس با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، ۱۵ مرکز بهداشتی ـ درمانی شهری شامل ۲ مرکز از مراکز تابعه مرکز بهداشت شمیرانات، ۶ مرکز از مراکز تابعه مرکز بهداشت شمال و ۷ مرکز از مراکز تابعه مرکز بهداشت شرق انتخاب شدند و در آن مراکز، کلیه کارکنان واحد بهداشت خانواده که در زمینه خدمات تنظیم خانواده فعالیت داشتند و دارای مشخصات واحدهای پژوهش بودند به صورت همه‌شماری جزء نمونه‌ها قرار گرفتند. همچنین در هر مرکز ۵ نفر از مراجعه کنندگان دارای مشخصات واحدهای پژوهش که در آن روز، خدمات تنظیم خانواده دریافت کرده و در حال خروج از مرکز بودند، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در کل ۶۵ ارائه دهنده خدمت مورد مشاهده قرار گرفتند و ۷۵ متقاضی استفاده از روش‌های پیشگیری قرص، کاندوم، IUD و DMPA مراجعه کننده بار اول یا چندم از طریق روش در دسترس مورد پرسشگری قرار گرفتند.

سنجش رضایتمندی گیرندگان خدمات تنظیم خانواده، در قالب ۱۵ سؤال انجام شد و با توجه به امتیازات صفر تا ۲ برای هر سؤال، دامنه سؤالات (R) ۳۰ در نظر گرفته شد. بنابر این حداقل نمونه لازم از طریق فرمول زیر محاسبه گردید:

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 S^2}{d^2}$$

$$s = \frac{R}{6} = \frac{30}{6} = 5$$

$$x = 0.05 \quad \text{احتمال خطای برآورد} \quad \rightarrow z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$$

$$d = 0.25 = 0.25 \times 5 = 1.25$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (5)^2}{(1.25)^2} = 62 \quad \text{حداقل نمونه لازم (پاسخ دهندگان)}$$

سه ابزار برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد که شامل چک لیست‌های مشاهده، فرم‌های اطلاعاتی و پرسشنامه بود.

۱- چک لیست سنجش کیفیت ساختار خدمات: ساختار خدمات تنظیم خانواده دارای سه چک لیست به این شرح بود؛ ۱) دسترسی به خدمات، با توجه به مدت ارائه خدمات و علایم داخل و خارج از ساختمان، ۲) محیط فیزیکی ارائه خدمات شامل شرایط اتاق انتظار، مشاوره و معاینه با توجه به نور، حرارت، تهویه، تمیزی، صندلی برای مراجعین و محرمانه بودن محیط و ۳) وسایل و امکانات شامل رسانه‌های آموزشی، فیلم‌های ویدئویی، پمفلت و پوستر و شرایط مناسب نگهداری از لوازم پیشگیری، شرایط نگهداری پرونده‌ها و تجهیزات لازم در اتاق معاینه بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

۲- چک لیست‌های بررسی کیفیت روند مراقبت در ارائه خدمات تنظیم خانواده: روند ارائه مراقبت‌های تنظیم خانواده با استفاده از دو چک لیست مورد بررسی قرار گرفت که یکی شامل ۱) مراقبت‌های کلی تنظیم خانواده و ۲) مراقبت‌های خاص مربوط به هر روش پیشگیری از بارداری بود. چک لیست بررسی کیفیت مراقبت‌های عمومی تنظیم خانواده شامل چهار بخش بود: چک لیست عمومی حاوی ۲۷ سؤال، شامل جمع آوری اطلاعات در زمینه ارتباط بین ارائه دهنده و گیرنده خدمت (۶ مورد)، مشاوره (۷ مورد)، گرفتن سابقه و شرح حال (۱۴ مورد) و انجام معاینات و آزمایشات دوره‌ای (۱۰ مورد) بود و دیگری شامل موارد زیر می‌گردید:

۱) کیفیت ارتباط بین ارائه دهنده خدمت و متقاضی، ۶ مورد شامل سلام و خوشامد گویی، پیشنهاد صندلی به متقاضی، پرسش در مورد علت مراجعه، استفاده مناسب از تماس چشمی و زبان بدنی و برقراری رابطه محترمانه بود.

۲) کیفیت مشاوره، ۷ مورد شامل استفاده از توضیحات واضح، قابل فهم و بدون تعصب در مورد یک روش پیشگیری خاص، تقاضا از متقاضی برای توضیح مجدد و سؤالات بیشتر در مورد مشکلات احتمالی وی، یاد آوری ویزیت بعدی و یادداشت زمان ویزیت بعد در پرونده او بود.

۳) کیفیت شرح حال گیری، شامل ۱۴ مورد مربوط به تاریخچه دموگرافیک، باروری، طبی و جراحی بود.

۴) آزمایشات و معاینات دوره‌ای شامل ۱۰ مورد مربوط به اندازه‌گیری وزن، فشار خون، معاینات تیروئید، عروق واریسی، قفسه سینه، دستگاه تناسلی و پستان، انجام پاپ اسمیر و ارجاع متقاضی به مراکز تخصصی در صورت نیاز بود.

چک لیست بررسی کیفیت مراقبت‌های خاص مربوط به روش‌های مختلف پیشگیری شامل ۴ بخش بود: قرص‌ها، IUD، کاندوم و DMPA. این چک لیست‌ها شامل مواردی مربوط به مراقبت و آموزش در مورد هر روش به طور جداگانه بود. چک لیست مربوط به مصرف کنندگان روش‌های پیشگیری خوراکی برای مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری تری فازیک، دوز کم (LD) و قرص‌های شیردهی تهیه شده بود. این چک لیست دارای ۳۰ مورد مربوط به آموزش و استفاده صحیح از هر یک از روش‌ها، مزایا و معایب آنها بود. چک لیست مربوط به کاندوم شامل ۲۰ مورد مربوط به آموزش در مورد روش صحیح استفاده، مزایا و معایب آن بود. چک لیست مربوط به IUD نیز شامل ۳۲ مورد در مورد روش صحیح گذاشتن و کنترل IUD، مزایا و معایب و آموزش مصرف‌کننده در مورد نکات خاص مراقبت ازIUD بود. لیست مربوط به DMPA نیز شامل ۱۲ مورد در خصوص روش صحیح تزریق DMPA، مزایا و معایب و آموزش مصرف کننده راجع به نکات خاص مربوط به DMPA بود. ارائه خدمت توسط هر ارائه دهنده نیز سه بار مورد مشاهده قرار می‌گرفت. پس از تکمیل چک لیست‌ها امتیازات به دست آمده از هر بخش جمع شده و بر اساس نمره کل قابل کسب در هر بخش، درصد محاسبه گردید. پاسخ سؤالات و یا موارد به صورت بلی و یا خیر بود و به آنان به ترتیب نمرات، ۱ و ۰ تعلق می‌گرفت. مواردی هم که موضوعیت نداشت در محاسبه در نظر گرفته نمی‌شد. نمرات زیر ۲۵ درصد، ۲۶ تا ۷۵ درصد و بیش از ۷۶ درصد به ترتیب به عنوان کیفیت مراقبتی پایین، متوسط و بالا تلقی گردید.

۳- چک لیست ارزیابی پیامد مراقبت‌های تنظیم خانواده: جهت ارزیابی پیامد این مراقبت‌ها، ما فقط رضایت متقاضیان از این خدمات و اطلاعات آنان را در مورد روش پیشگیری مورد انتخاب مورد سنجش قرار دادیم.

۱- جهت ارزیابی رضایت متقاضیان از خدمات از پرسشنامه رضایت استفاده شد که توسط خود آنها تکمیل می‌شد. این پرسشنامه دارای دو بخش بود: الف) سؤالات مربوط به مشخصات جمعیت شناسی و ب) رضایت متقاضیان از ساختار و روند مراقبت‌ها در خدمات تنظیم خانواده. پاسخ‌ها نیز به صورت کاملاً راضی، تا حدودی راضی و ناراضی بود که به ترتیب نمرات ۲، ۱ و صفر به آنها تعلق می‌گرفت. پس از جمع بندی نمرات و محاسبه درصدهای مربوط، نمرات زیر ۲۵ درصد، بین ۲۶ تا ۷۵ درصد و بیش از ۷۶ درصد به ترتیب به عنوان رضایت کم، متوسط و زیاد در نظر گرفته شد. پرسشنامه اطلاعات شامل ۶ بخش مربوط به ۶ روش پیشگیری که در این مراکز ارائه می‌شوند، حاوی ۹ سؤال در مورد قرص‌های دوز کم (LD)، ۸ سؤال در مورد قرص‌های تری فازیک،۱۰ سؤال در مورد قرص‌های شیردهی، ۵ سؤال در مورد IUD و ۹ سؤال در مورد کاندوم و ۵ سؤال در مورد DMPA بود. با توجه به روش انتخابی متقاضی، پرسشنامه مربوطه تکمیل شده و بر اساس بالاترین نمره قابل کسب، درصد محاسبه می‌گردید.

در صورت ارائه پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط یا نمیدانم نمره صفر در نظر گرفته می‌شد. نمرات زیر ۵۰ درصد، بین ۵۱ تا ۷۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

درصد و بیش از ۷۶ درصد نیز به ترتیب به عنوان آگاهی کم، متوسط و زیاد ارزیابی گردید.

در این پژوهش جهت بررسی اعتبار چک لیست، پرسشنامه و فرم اطلاعاتی از روش سنجش اعتبار محتوی استفاده شد. به این منظور پژوهشگر براساس مطالعه کتب، نشریات، موارد مندرج در فرم‌های مراقبت موجود در واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری و آخرین دستورالعمل‌های انتشار یافته در سال ۱۳۸۲ در زمینه مراقبت تنظیم خانواده از سوی وزارت متبوع، چک لیست و پرسشنامه و فرم اطلاعاتی تهیه کرد که توسط ۱۰ نفر از اعضاء هیأت علمی دانشگاه مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت و پس از انجام اصلاحات اولیه، بررسی ابتدایی در یک مرکز بهداشتی انجام گرفت و اصلاح نهایی انجام پذیرفت.

جهت تعیین پایایی چک لیست مشاهده‌ای شرایط فیزیکی و امکانات و نحوه ارائه خدمات، از روش پایایی هم‌ارز استفاده شد. به این ترتیب که ۱۰ مشاهده هم زمان و مستقل توسط پژوهشگر و فرد دیگری که اطلاعات هماهنگ با موضوع پژوهش داشت انجام گرفت و چک لیست‌ها تکمیل شد. سپس نمرات چک لیست‌ها جمع بندی شده و بین نمرات حاصل از چک لیست‌های دو مشاهده گر ضریب همبستگی محاسبه شد که برابر r=۰/۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده همبستگی عالی است.

جهت تعیین پایایی پرسشنامه سنجش رضایت مراجعه کنندگان از خدمات تنظیم خانواده و همچنین فرم اطلاعاتی آگاهی مراجعه کنندگان از روش مورد استفاده نیز از روش دو نیمه کردن استفاده گردید که در این روش از همبستگی درونی میان سؤال‌ها استفاده شد. ضریب همبستگی دو نیمه پرسشنامه سنجش رضایت مراجعه کنندگان ۰/۸۸ و پایایی فرم سنجش آگاهی مراجعه کنندگان از روش مورد استفاده ۰/۸۶ محاسبه گردید.

در این پژوهش جهت تکمیل چک لیست ساختار ارائه خدمات تنظیم خانواده و چک لیست نحوه ارائه خدمات از روش مشاهده دقیق یا منظم استفاده شد. به این ترتیب که با شروع ساعت کاری در آن مرکز حضور یافته و ابتدا چک لیست مشاهده ساختار ارائه خدمات از طریق مشاهده و بررسی دفاتر دارویی و انبار تجهیزات و انبار دارویی تکمیل می‌شد. سپس خدمات ارائه شده در زمینه مراقبت تنظیم خانواده، توسط کارکنان بهداشتی در چک لیست ثبت می‌شد. جهت هر یک از ارائه دهندگان ۳ مشاهده (۳ مورد مراقبت تنظیم خانواده) انجام گرفت.

جهت تکمیل دو قسمت از چک لیست عمومی نحوه ارائه خدمات (گرفتن سابقه و شرح حال و انجام معاینات و آزمایشات دوره‌ای) علاوه بر مشاهده، پرونده‌های افراد دریافت کننده خدمت هم مورد بررسی قرار می‌گرفت و جمعاً ۱۹۵ مشاهده انجام شد.

از آنجا که تعداد مراجعه کنندگان جهت دریافت هر یک از چهار روش جلوگیری مورد بررسی (قرص، کاندوم، آی یو دی و آمپول) در مراکز مختلف با هم تفاوت داشت، جهت مشاهده تعداد مناسبی از ارائه هر کدام از روش‌ها، در بدو ورود به هر مرکز از مسئول بهداشت خانواده، آمار ماهانه تعداد مراجعه کنندگان تنظیم خانواده در ۶ ماهه اخیر درخواست می‌شد. سپس با به دست آوردن میانگین تعداد مراجعه کنندگان هر روش در ۶ ماهه گذشته، درصد مراجعه کنندگان جهت هر روش به تفکیک محاسبه شده و براساس اعداد به دست آمده، تعداد مشاهده ارائه هر روش تعیین می‌شد.

در مورد روش‌های قرص و کاندوم نیز فقط ارائه روش به مراجعین بار اول مورد مشاهده قرار می‌گرفت. پرسشنامه مربوط به رضایتمندی توسط خود متقاضیان، در هر مرکز تعداد ۵ نفر، جمعاً ۷۵ نفر تکمیل شد. فرم اطلاعاتی مربوط به آگاهی افراد در مورد روش مورد استفاده از طریق مصاحبه ساختار یافته تکمیل گردید. ضمن آن که در هر مرکز برای هر روش جلوگیری مورد مطالعه حداقل یک پرسشنامه آگاهی تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS، برای بررسی اطلاعات جمعیت شناسی و به دست آوردن فراوانی‌ها، از آمار توصیفی شامل درصد، میانگین و انحراف معیار و به منظور انجام مقایسه‌ها و بررسی روابط بین متغیرها از آمار استنباطی استفاده شد.

به غیر از متغیر ساختار ارائه خدمات و حیطه‌های آن، که به علت برقرار نبودن شرط نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف توسط آزمون ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، جامعه آماری در مورد سایر متغیرها نرمال بود و جهت بررسی آنها از آزمون‌های تحلیل واریانس، مقایسه‌های چند گانه و همبستگی پیرسون استفاده گردید.

این طرح توسط شورای پژوهش دانشگاه از لحاظ رعایت نکات اخلاقی مورد تأیید قرار گرفت و به منظور رعایت این موضوع، اهداف و روند مطالعه برای نمونه‌های پژوهش توضیح داده شده و قبل از انجام، از آنان اجازه گرفته می‌شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنان اطمینان داده می‌شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

یافته‌ها

در مجموع، ۷۵ متقاضی خدمات تنظیم خانواده با متوسط سن ۴± ۲۴/۷ (Mean ±SD) سال، متوسط سن ازدواج ۱/۹± ۱۹ سال و متوسط طول مصرف روش پیشگیری از بارداری اخیر سن ۱۷/۸± ۱۹/۴ ماه که به طور متوسط دارای ۲ فرزند زنده بودند، در این مطالعه شرکت کردند. ۹۸/۷ درصد از متقاضیان دارای تحصیلات دبیرستان و پایین‌تر بودند و فقط یک نفر از آنان دارای تحصیلات دانشگاهی بود. ۹۰/۷ درصد از زنان خانه دار بودند. ۶۲/۳ درصد از آنها قصد باداری در آینده را نداشتند، ۲۲/۷ درصد در این مورد مطمئن نبودند و فقط ۱۶ درصد در آینده قصد بارداری داشتند.

ارائه خدمات تنظیم خانواه توسط ۶۵ نفر از کارکنان با سه بار مشاهده انجام می‌شد. ۶۰ نفر (۹۲/۳ درصد) از آنان ماما بودند و ۵ ارائه دهنده خدمت کارشناس بهداشت خانواده بودند. ۴۵ نفر (۶۹/۲ درصد) و ۲۰ نفر (۳۰/۸ درصد) از ارائه دهندگان خدمت، به ترتیب دارای مدارک کارشناسی و فوق دیپلم بودند. ۴۰ نفر (۶۱/۵ درصد) و ۲۵ نفر (۳۸/۵ درصد) از ارائه دهندگان خدمت به ترتیب کارکنان رسمی و طرحی بودند. کیفیت ساختار خدمات مراقبت‌های تنظیم خانواده، شامل دسترسی به این خدمات، محیط فیزیکی و لوازم و امکانات مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

کیفیت روند ارائه مراقبت در خدمات تنظیم خانواده بر اساس مراقبت‌های عمومی در حیطه تنظیم خانواده و مراقبت‌های خاص مربوط به هر روش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جدول شماره ۲ خلاصه شده است. آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین درصد تطابق حیطه‌های مختلف خدمات مراقبتی تنظیم خانواده وجود دارد (ANOVA: F=38/2, P<0.001). آزمون توکی نشان داد که حیطه‌های گرفتن تاریخچه و برقراری ارتباط بین متقاضی و ارائه دهنده، به طور معنی‌داری دارای نمره‌های بیشتری نسبت به دو حیطه دیگر،یعنی مشاوره و آزمایشات و معاینات دوره‌ای هستند(Tukey: P<0/05). آزمون تحلیل واریانس تفاوت معنی‌داری را بین میانگین درصد تطابق با استاندارد در حیطه‌های مختلف مراقبت‌های خاص روش‌های پیشگیری از بارداری را نشان داد(ANOVA: F=75/7, P<0/001). آزمون توکی نشان داد که نمره مراقبت‌های خاص برای IUD و DMPA به طور معنی‌داری بیشتر از نمره مراقبت‌های خاص برای قرص و کاندوم است(Tukey: P<0.05). تفاوت معنی‌داری بین میانگین درصد تطابق با استاندارد خدمات مراقبتی ارائه شده توسط ارائه دهندگان لیسانس و فوق دیپلم رسمی و طرحی وجود نداشت(T test, P>0.05).

برای ارزیابی پیامدها، میزان رضایت از متقاضیان خدمات و اطلاعات آنها در مورد روش‌هایی که استفاده می‌کردند مورد ارزیابی قرار گرفت. این نتایج در جداول شماره ۳ و۴ خلاصه شده است.

همانطور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است بالاترین میزان رضایت مربوط به رضایت متقاضیان از اطلاعاتی بوده است که در روز مراقبت دریافت داشته‌اند و پایین‌ترین میزان رضایت ازطول مدت انتظار برای گرفتن خدمات بوده است.

آزمون همبستگی پیرسون (P<0.05) نشان داد که بین میزان رضایت مراجعه کنندگان با خصوصیات جمعیت شناختی متقاضیان مانند سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیل مراجعه کنندگان و وضعیت استخدام ارائه دهنده، در کیفیت ارائه خدمت و ساختار خدمات وجود نداشت.

نتایج نشان داد که ۳۹ نفر (۵۲ درصد) از متقاضیان کمتر از ۱۵ دقیقه منتظر خدمات بوده‌اند، در حالی که ۳۶ نفر (۴۸ درصد) آنها بیش از ۱۵ دقیقه منتظر مانده‌اند. متقاضیان در مورد توصیه این مرکز به دیگران سؤال کردند و ۷۴ نفر (۹۸/۷۵ درصد) از متقاضیان پاسخ مثبت و فقط یک نفر پاسخ منفی داد.

کیفیت و میزان آگاهی متقاضیان در مورد روش‌های پیشگیری در جدول شماره ۴ خلاصه شده است. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان اطلاعات مراجعه کنندگان با مشخصات جمعیت شناختی مراجعه کنندگان مانند سن، سن ازدواج، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات، وضعیت استخدام، تعداد فرزندان مراجعه کنندگان و میزان رضایت مراجعه کنندگان ازروش انتخاب شده یا ساختار خدمات ارتباطی وجود ندارد.

نمودار شماره ۱ میزان تطابق با استاندارد خدمات مراقبت‌های تنظیم خانواده را در حیطه‌های مختلف ساختاری، فرایندها و پیامدها خلاصه می‌کند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

جدول شماره ۱- کیفیت و میانگین درصد تطابق با استاندارد ساختار خدمات مراقبتی تنظیم خانواده در حیطه‌های مختلف در مراکز بهداشت شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

درصد تطابق با استاندارد ساختار تنظیم خانواده	میانگین	انحراف معیار	تعداد	کیفیت
حیطه‌های ساختار				
تجهیزات و وسایل مورد نیاز	۸۵/۶۵	۵/۳۶	۱۵	بالا
وضعیت محیطی مرکز	۷۷/۶	۱۲/۶۳	۱۵	بالا
دسترسی مراجعین به خدمات تنظیم خانواده	۷۵/۱۷	۱۰/۹۲	۱۵	بالا
ساختار ارائه خدمات تنظیم خانواده در کل	۸۰/۶۰	۷/۹۳	۱۵	بالا

جدول شماره ۲- کیفیت و میانگین درصد تطابق با استاندارد روند ارائه مراقبت در دو حیطه خدمات عام و خاص تنظیم خانواده، در مراکز بهداشت شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

درصد تطابق با استاندارد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	کیفیت
حیطه ارائه خدمت				
خدمات عمومی تنظیم خانواده				
گرفتن سابقه و شرح حال	۸۶/۷	۱۱/۸	۶۵	بالا
ارتباط بین ارائه دهنده و گیرنده خدمت	۸۳/۱	۱۰/۸	۶۵	بالا
مشاوره	۶۹/۸	۸	۶۵	متوسط
انجام معاینات و آزمایشات دوره ای	۶۹/۶	۱۴/۶	۶۵	متوسط
جمع موارد بالا	۷۷/۳	۱۳/۸	۶۵	متوسط
خدمات اختصاصی تنظیم خانواده				
IUD	۷۶/۳	۷/۸	۵۱	بالا
آمپول	۷۰/۹	۱۳/۱	۱۶	متوسط
قرص	۵۱	۱۴/۱	۵۴	متوسط
کاندوم	۴۶/۵	۱۲/۲	۷۴	متوسط
جمع موارد بالا	۵۷/۵	۱۷/۴	۱۹۵	متوسط

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی متقاضیان در خصوص عوامل مورد سنجش در میزان رضایتمندی از خدمات تنظیم خانواده ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهری تابع در مراکز بهداشت شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

طیف رضایت	کاملاً راضی		تا حدودی راضی		کاملاً ناراضی		میانگین
عوامل مورد سنجش در میزان رضایت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دریافت همه اطلاعات مورد نیاز مراجعه امروز	۶۲	۸۲/۷	۱۳	۱۷/۳	۰	۰	۹۶/۶۶
رضایت کلی از مراجعه امروز به واحد تنظیم خانواده	۴۶	۶۱/۳	۲۹	۳۸/۷	۰	۰	۹۱/۳۳
امکانات رفاهی مرکز	۵۵	۷۳/۳	۲۰	۲۶/۷	۰	۰	۸۶/۷
برخورد نگهبان درب ورودی	۴۵	۶۰	۱۴	۱۹/۷	۱	۱/۳	۸۶/۳
گوش دادن با حوصله به مشکلات توسط کارکنان واحد تنظیم خانواده	۵۶	۷۴/۷	۱۹	۲۵/۳	۰	۰	۸۶
نحوه رفتار کارکنان واحد تنظیم خانواده	۴۶	۶۱/۳	۲۹	۳۸/۷	۰	۰	۸۵/۳
تمیزی و بهداشت مرکز	۵۱	۶۹	۲۴	۳۲	۰	۰	۸۴
محرمانه بودن اتاق معاینه	۵۱	۶۸	۲۳	۳۰/۷	۱	۱/۳	۸۳/۳
محرمانه بودن اتاق ارائه خدمت تنظیم خانواده	۵۴	۷۲	۲۱	۲۹	۰	۰	۸۰/۷
احساس راحتی و صمیمیت با کارکنان واحد تنظیم خانواده	۵۴	۷۲	۲۰	۲۶/۷	۱	۱/۳	۸۰/۷
رضایت از روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده	۴۳	۵۷/۳	۳۲	۴۲/۷	۰	۰	۷۸/۷
ساعت کار مرکز	۴۵	۶۰	۲۹	۳۷/۳	۲	۷/۲	۷۸/۷
رفتار کارکنان واحد پذیرش	۵۶	۷۴/۷	۱۹	۲۵/۳	۰	۰	۷۸/۳
ایجاد فرصت مطرح کردن سوال توسط کارکنان واحد تنظیم خانواده	۷۰	۹۳/۳	۵	۶/۷	۰	۰	۷۸/۳
مدت زمان انتظار برای دریافت خدمت تنظیم خانواده	۳۴	۴۵/۳	۳۶	۴۸	۵	۶/۷	۶۹/۳
جمع	۸۳/۳±۹/۰۵						

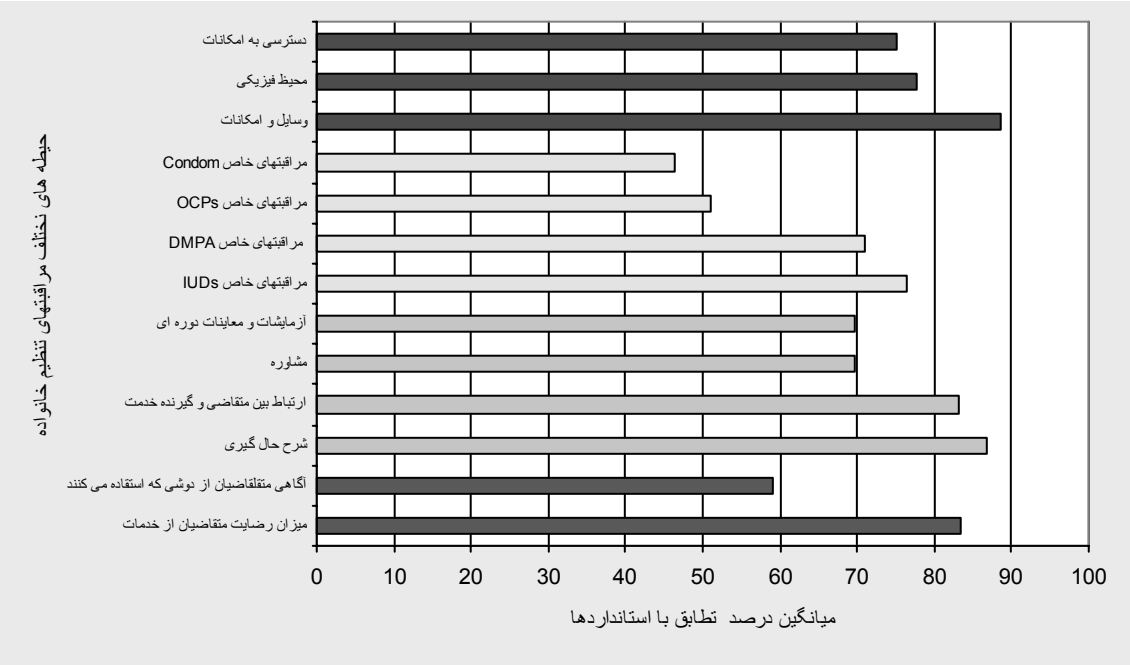
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار درصد آگاهی مراجعه کنندگان در مورد روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده آنها بر حسب روش مورد استفاده در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آگاهی از روش مورد استفاده	میانگین	انحراف معیار	تعداد	کیفیت
روش پیشگیری				
DMPA	۶۵/۱	۱۹/۶	۱۷	متوسط
IUDs	۶۲/۶	۲۱/۳	۱۹	متوسط
کاندوم	۵۵/۲	۱۹/۳	۲۱	متوسط
قرص پیشگیری از بارداری	۵۴/۴	۱۲	۱۸	متوسط
جمع	۵۹/۱	۱۸	۷۵	متوسط

نمودار شماره ۱- میانگین درصد تطابق با استانداردهای خدمات مراقبتی تنظیم خانواده در حیطه‌های مختلف ساختاری، فرایندها و پیامدها



بحث و نتیجه‌گیری

بررسی کیفیت خدمات مراقبت‌های تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی ـ درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای اولین بار در این مطالعه به صورت خاص مورد ارزیابی کیفی قرار گرفت. ساختار خدمات با ۸۹/۶ درصد تطابق با استانداردها به عنوان ساختاری با کیفیت بالا ارزیابی شد. در این حیطه، اگرچه امکانات و وسایل خدمات بالا بود اما کمبودهایی مانند ناکافی بودن رسانه‌های آموزشی مثل پمفلت یا جزوه‌های آموزشی برای در اختیار قرار دادن آنها برای هر متقاضی و یا نبودن فیلم‌های آموزشی در مراکز تنظیم خانواده ملاحظه شد. در حیطه فضای فیزیکی، مشکل مربوط به محرمانه ماندن اتاق مشاوره، که در آن به طور همزمان دو متقاضی مورد مشاوره قرار می‌گرفتند قابل ملاحظه بود. درحالی که با توجه به بیانیه International Planned Parenthood Federation (۲۰۰۰) [۱۵] و بنا به تأکید چندین مطالعه [۱۶، ۱۷]، فراهم کردن یک محیط محرمانه در طول مشاوره، حق متقاضیان روش‌های تنظیم خانواده است. ضمن آن که با توجه به اعتقادات اسلامی و ایرانی متقاضیان، محرمانه بودن اتاق مشاوره باید بیشتر مورد تأکید قرار گیرد. به خصوص، مشاوره با دو متقاضی به طور همزمان در یک اتاق می‌تواند مانعی برای حضور مردان در روندهای مشاوره‌ای برنامه‌های تنظیم خانواده باشد. ارائه یک محیط محرمانه می‌تواند به مشارکت مردان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

در برنامه‌های تنظیم خانواده کمک کند. این ارزیابی نشان داد که فقط یکی از ۱۵ مرکز، دارای امکانات وازکتومی بود. در حالی که شاید یکی از دلایل پایین بودن میزان وازکتومی به عنوان یک روش پیشگیری از بارداری در کشور ما می‌تواند به علت دشوار بودن دسترسی به این خدمات باشد.

ارائه خدمات عام تنظیم خانواده با ۷۷/۳ درصد تطابق با استاندارد به عنوان حیطه‌ای با کیفیت بالا ارزیابی شد. اگرچه همه موارد مربوط به ارتباط بین مراجعه کننده و ارائه دهنده رعایت می‌شد، اما اغلب محلی برای نشستن به مراجعه کننده پیشنهاد نمی‌شد و این در حالی است که نه تنها رفتار محترمانه با متقاضی، حق مراجعه کننده محسوب می‌شود [۱۵]، بلکه بر میزان استفاده از روش‌های پیشگیری مؤثر است [۱۸]. نشانگرهای مشاوره خوب، مانند توضیح ساده و روشن، یا تقاضا برای مطرح کردن سؤالات بیشتر و یا دادن فرصت بیشتر برای آن اغلب به خوبی انجام می‌شد، اما معمولا ارائه دهندگان از متقاضیان تقاضا نمی‌کردند تا مطالب آموزش داده شده را مجدداً توضیح دهند. به علاوه رسانه‌های آموزشی نیز به ندرت مورد استفاده قرار می‌گرفتند. شرح حال‌گیری و معاینات و آزمایشات دوره‌ای بر اساس فرم‌های مربوطه انجام می‌شد، اما به نظر می‌رسید که به علت فقدان مواردی مانند سؤالات مربوط به تاریخچه طبی و جراحی، یا نداشتن محلی برای ثبت آزمایشات دوره‌ای هماتولوژی برای مصرف کنندگان DMPA یا آزمایش قند خون ناشتا برای مصرف کنندگان OCP که سابقه دیابت دارند، نیازمند بازنگری باشد. به علاوه، امکانات مربوط به آزمایشات هماتولوژی اغلب در این مراکز وجود نداشت و مراجعین ناچار بودند تا برای انجام آن به مراکز دیگر مراجعه کنند. مراقبت‌های خاص تنظیم خانواده با کیفیت متوسط ارائه می‌شد. مراقبت‌های خاص IUD و DMPA نسبت به کاندوم و OCP درصد تطابق بیشتری را با استانداردها نشان می‌دادند. در حقیقت، ارائه دهندگان در ارتباط با توضیح معایب روش‌های پیشگیری ضعیف عمل می‌کردند. به علاوه، در توضیح چگونگی استفاده از روش کاندوم راحت به نظر نمی‌رسیدند. از آنجایی که ارائه مراقبت‌های مربوط به کاندوم و OCP نیازمند فقط با یک روند آموزشی در گیر است، در حالی که IUD و DMPA نیازمند روش‌های فنی است و از آنجایی که ارائه دهندگان این تکنیک‌ها را خوب ارائه می‌دادند، بنابر این ارائه خدمات مربوط به خاص IUD و DMPA نسبت به کاندوم و OCP از میزان تطابق بیشتری با استاندارد برخوردار بود. به نظر می‌رسد که تهیه استاندارد برای مراقبت خاص مربوط به هر روش در هر دو حیطه آموزش‌های مربوط به هر روش پیشگیری و یا تکنیک‌های خاص مربوط به هر روش می‌تواند ارائه دهنده را در ارائه هر چه بهتر خدمات یاری نماید. برای تهیه چنین استانداردهایی می‌توان از منابع معتبر و بسیار خوبی که موجود است، همچون: The Essentials of Contraceptive Technology از انتشارات دانشگاه جان هاپکینز [۱۹] و Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use از انتشارات سازمان بهداشت جهانی [۲۰] بهره جست. این استانداردها را می‌توان به صورت روش‌های کمک شغلی مانند: دستورالعمل، چک لیست، جداول تصمیم‌گیری، کارت‌های مخصوص، فلیپ چارت و راهنمای خدمات در اختیار ارائه دهندگان قرار داد. روش‌های کمک شغل با حفظ و تجدید اطلاعات و مهارت‌های ارائه دهندگان به آنها در ارائه خدمات با کیفیت بهتر کمک می‌کند. استفاده از وسایلی مشابه برای گیرندگان خدمات نیز می‌تواند دستیابی آنان به مراقبت‌های بهتر بهداشتی را امکان‌پذیر سازد [۲۱]. میانگین درصد آگاهی مراجعه کنندگان در مورد روش انتخاب شده خود حدود ۵۴ درصد بود که به معنی یک آگاهی متوسط و آموزش ضعیف آنان در مورد روش برگزیده است. شاید این مسأله، مهم‌ترین علت میزان بالای شکست روش‌های پیشگیری و حاملگی ناخواسته در کشور ما باشد. این مشکل می‌تواند با ارائه مشاوره و آموزش مراجعه کننده با کیفیت‌های بهتر، تدبیر شود. تقاضا از مراجعه کننده برای توضیح مجدد مطالب آموزش داده شده و استفاده از رسانه‌های آموزشی برای آموزش مراجعه کنندگان دو عامل مهم هستند که باید در برنامه‌های ارائه مراقبت‌ها، بیشتر مورد توجه قرار گیرند. ارائه مطالب آموزشی کتبی نیز می‌تواند به یادگیری مؤثرتر مراجعین کمک کند [۲۲].

نمره کل رضایت مراجعین ۷۵ درصد بود. بالاترین میزان رضایت مربوط به موارد دریافت اطلاعات لازم و خدمات رفاهی مرکز بود و پایین‌ترین نمرات مربوط به موارد فرصت دادن به مراجعه کننده برای سؤال کردن و طول مدت انتظار بود. دادن فرصت به مراجعه کننده برای مطرح کردن سؤال و مدت زمان انتظار دو علت شایع نارضایتی در مطالعات دیگر نیز ذکر شده است [۲۳]. حدود نیمی از مراجعین بیان می‌کردند که بیش از ۱۵ دقیقه برای گرفتن خدمات انتظار کشیده‌اند. باید خاطر نشان شد که کوتاه کردن مدت زمان انتظار و طولانی‌تر کردن ساعات کار این مراکز می‌تواند به جلب زنان شاغل و مردان به این مراکز کمک نماید. شاید این مسأله، علت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

مراجعه زنان غیر شاغل به شکل غالب به این مراکز باشد، به طوری که نتیجه این تحقیق نشان داد که ۹۲ درصد از مراجعه کنندگان خانه‌دار هستند که به معنی استفاده نادر این خدمات توسط زنان شاغل است. اگر چه این مطالعه نیز همچون مطالعات دیگر رضایت مراجعین از خدمات را نشان داد [۲۴]، اما باید خاطر نشان کرد که مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی معمولاً از اطلاعات و مهارت‌هایی که باید به آنا ن ارائه شود آگاهی کامل ندارند و بنابر این نمی‌توانند قضاوت مناسبی داشته باشند [۲۵]. لذا در مراقبت‌های بهداشتی، انحصاراً بسیار مهم است که روش‌های کنترل کیفیت رسماً، با استفاده از استانداردهایی که برای کسب اعتبار، گواهی و مجوز در هر سیستم خدمات مراقبتی تعریف می‌شوند، انجام گردد [۲۶]. چندین ابزار مناسب برای ارتقای خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده همچون Client-provider–efficient (COPE), quality assurance (QA), continues quality improvement (CQI), and service quality improvement (SQI) tools وجود دارند که می‌توانند برای برنامه‌های تحقیقاتی یا برنامه‌های اجرایی ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی ـ درمانی دانشگاه در آینده مد نظر قرار گیرند.

کیفیت خدمات مراقبتی تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نشان دهنده امکانات و وسایل نسبتاً کافی و کارکنان کار آمد بود. با وجود این، برنامه‌هایی برای ارتقای کیفیت مشاوره و روند آموزش متقاضیان در برنامه‌های تحقیقاتی و اجرایی آینده باید مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر حمایت معنوی و مادی از این پژوهش و مسئولین ۱۵ مرکز، به خاطر همکاری بی شائبه کمال تشکر و قدر دانی را ابراز می‌داریم

منابع

1- World Health Organization (2005). Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. Reprod Health Matters 2005; 13: 11-18

2- United Nation. Department of Economic and Social Affaires, Population division, World contraceptive Use (2005):
http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/2005_World_Contraceptive_files/WallChart_WCU2005.pdf

3- Lane T. Unintended pregnancy common in Iran. International Family planning perspectives, 2004: http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3010804.html l

4- United Nation, International conference on population and development, Cairo, Egypt, 1994

5- Ministry of Health and Medical Science Education, Deputy of Health, Family and Population Office: http://www.fhp.hbi.ir/fhppages/mothersofficefutureplan.htm

6- RamaRao S, Raji M. The quality of family Planning Programs Concepts, Measurements, Interventions ,and Effects. Studies in Family Planning 2003; 34: 227-48

7- Miller R, Fisher A, Miller K, Ndhlovu L, Maggwa N, Askew I, et al. The situation analysis approach to assessing family planning. A handbook, Population Council: New York, 1997

8- World Health Organization. Making decisions about contraceptive introduction: a guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. World Health Organization: Geneva, 2002

9- Bertrand JT, Magnani RJ, Knowles J. Handbook of indicators for family planning program evaluation. chapel hill: Carolina Population Center, MEASURE Evaluation Project, University of North Carolina, 1994:
http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-94-01.pdf

10- Sullivan TM, Bertrand JT. Monitoring quality of care in family planning by the quick investigation of quality:
http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/tr-00-05.pdf

11- World Health Organization. Mother baby package: implementing safe motherhood in countries. Maternal Health and Safe Motherhood Program, Division of Family Health. WHO: Geneva, 1996

12- Khaiati F. Quality of family planning services in health houses of Kordestan Provice. Thesis of Master of Health, Tehran Medical science University, 2000

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]

13- Azemi-Khah A. Quality of reproductive health services in urban health centers of Hormozgan provice. Thesis of Master of Health, Tehran Medical Science University, 2000

14- Mohamadi T. Quality of family planning counseling, provided to the clients in the health centers of Tehran Medical Science University. Thesis of PhD of Health, Department of Health, Tehran Medical science University, 2000

15- International Planned Parenthood Federation IPPF. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. International Planned Parenthood Federation, London. http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/0/charter.pdf

16- Stein K. Services' quality among women receiving maternal Child health care and family planning services. African Journal of Fertility and Sexual Reproductive Health 1996; 1: 146-52

17- Hardee K, McDonald OP, McFarlane C, Johnson L. Quality of care in family planning clinics in Jamaica. Do client and providers agree? Western Indian Medical Journal 2001; 50: 322-27

18- Paine K, Paine K, Thorogood M, Wellings K. The impact of the quality of family Planning services on safe effective Contraceptive use: a systematic literature review. Human Fertility 2000; 3: 186-93

19- Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, James DS. The essentials of contraceptive technology. The John Hopkins University: Baltimore USA, 1998

20- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third Edition, Reproductive Health and Research, World Health Organization: Geneva, 2004

21- Kim YM, Basuki E, Kols A. Self-assessment and peer review: improving Indonesian service providers' communication with clients. International Family Planning Perspectives 2000; 26: 4-12

22- Comerford M. Perinatal patient education. Williams and Wilkins: Philadelphia, 2002

23- Williams T, Schutt-Aine J, Cuca Y. Measuring family Planning service quality through client satisfaction exit interviews. International Family Planning Perspectives 2000; 26: 63-71

24- Simbar M, Alizadeh Dibazari Z, Abed-Saeidi J, Alavi Majd H. Assessment of quality of care in postpartum wards of Shahid Beheshti Medical Science University Hospitals, International Journal of Health Quality Assurance 2005; 18: 333-42

25- Kols AJ, Sherman JE. The quality movement in healthcare: http://www.jhuccp.org/pr/j47edsum.shtml

26- Simpson RL. The role of IT in health care quality assessment. Nursing Administration Quarterly 2003; 27: 355-59

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.2.7.6]