مدل پایش خدمات در نظام سلامتی: شیوه « خودارزیابی»

دکتر ژیلا صدیقی:[*] استادیار پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر سیدرضا مجدزاده: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مسعود یونسیان: استادیار، گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیدمهدی نورایی: استادیار اپیدمیولوژی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر جعفر جندقی: پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
ماشاءالله کلاهدوز: کارشناس آموزش بهداشت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
دکتر فرید ابوالحسنی: استادیار، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محسن مالکی نژاد: پزشک عمومی، دانشجوی دوره MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه کالیفرنیا دیویس
دکتر قاسم زمانی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علی فیض زاده: پزشک عمومی، دفتر توسعه و تحقیق، معاونت پیشگیری، سازمان بهزیستی و توانبخشی
دکتر فرزانه مفتون: استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکترعلی حدیدی: پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدناصر رهبر: پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان سمنان
دکتر فرشید فریور: پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان سمنان
فاطمه مطلبی: کارشناس بهداشت مدارس، مرکز بهداشت استان سمنان
علی کرمانی: کارشناس بهداشت حرفه ای، مرکز بهداشت استان سمنان
عباس دارابی: کارشناس بهداشت محیط، مرکز بهداشت استان سمنان

فصلنامه پایش
سال دوم شماره اول زمستان ۱۳۸۱ صص ۲۴-۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۷/۱۰

چکیده

در سالیان اخیر در تعریف کیفیت ارایه خدمات، به حقوق « ارایه‌دهندگان خدمت» و حقوق « گیرندگان خدمت» توجه ویژه‌ای شده است. همگام با این تعریف از کیفیت ، انتظار می‌رود که شیوه پایش و ارزشیابی خدمات نیز متناسب با آن طراحی شوند. هدف این مقاله، معرفی شیوه‌ای از «پایش» است که با تعاریف مشتری‌گرایانه کیفیت انطباق داشته باشد. در مرحله اول از این مطالعه، ابزارهای «پایش»، بر اساس روش(Client Oriented Provider Efficient (COPE طراحی شدند. این ابزارها به شیوه « خودارزیابی» در گروه‌هایی متشکل از کارکنان، قابل استفاده هستند. در مرحله دوم، طریقه استفاده از این ابزارها به کارکنان چهار مرکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان آموزش داده شده و میزان آموزش‌پذیری و قابلیت اجرایی این ابزارها از نظر کارکنان (۴۲ نمونه) مورد بررسی قرار گرفت. بیش از۸۷/۵ درصد از کارکنان (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۷۵/۸ تا ۹۹/۹) با استفاده از این روش موافق بوده و نکات مثبت ذکر شده بیش از نکات منفی بود. مطابق دستاورد این مطالعه، جهت افزایش قابلیت اجرایی این شیوه، به طور همزمان نیاز به برنامه‌ریزی جهت ارتقای فرهنگ سازمانی و بسترسازی برای فعالیت‌های مشارکتی در مراکز است. همچنین جهت استقرار و بقای این شیوه نوین در نظام سلامت و توسعه آن به تمامی برنامه‌ها و توسعه آن به سایر سطوح نظام شبکه، به مطالعات گسترده‌تری نیاز است.

کلید واژه‌ها: تحقیق در زمینه خدمات سلامتی، کیفیت، نگرش گیرنده خدمت، پایش خدمات، خودارزیابی

[*]نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۸-۶۹۵۱۸۷۶ نمابر: ۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: jsadighi@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

مقدمه

کیفیت خدمات در سازمان‌های متولی سلامتی از اهمیت خاصی برخوردار است[۱]. در سالیان اخیر به تعریف کیفیت ارایه خدمات بر اساس صاحبان حقوق مختلف از جمله حقوق «سازمان‌های تأمین کننده خدمات»، حقوق«ارایه دهندگان» و حقوق«گیرندگان بالقوه خدمات» توجه شده است[۲]. در این راستا سازمان‌ها بیشتر به جنبه‌های اقتصادی و حصول مأموریت سازمانی می‌پردازند و ارایه‌دهندگان خدمت به رعایت استانداردهای فنی خدمات و گیرندگان خدمت به میزان رضایت خود از خدمات دریافت شده و توانایی برنامه‌ها در پاسخگویی به نیازهایشان توجه دارند.

بر همین اساس از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی مفهوم نظری و عملی کیفیت در ارایه خدمات بهداشتی- درمانی تحولی اساسی یافته است[۳]. لذا در برنامه‌های مختلف سلامتی برای تداوم استفاده از مراقبت‌ها، تضمین اثربخشی آنها و به‌خصوص جلب مشارکت مردم و سایر بخش‌های مؤثر در سلامتی، نگرش جدیدی به کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت ترسیم شده است[۴].

از طرف دیگر همگام با تغییر در تعریف کیفیت خدمات، انتظار می‌رود که برنامه‌های پایش فعالیت‌ها نیز متناسب با این نگرش‌ها طراحی شوند. هدف این مقاله معرفی مدلی از ابزارهای «پایش» است که با تعریف مشتری‌گرایانه کیفیت انطباق یافته است. عناوین ابزارهای «پایش»، بر اساس روش Client Oriented Provider Efficient (COPE) انتخاب شده‌اند.

این شیوه از پایش در برنامه‌های تنظیم خانواده چندین کشور با موفقیت به اجرا در آمده است[۴، ۵ و۶]. لیکن در بررسی حاضر، این ابزارها در ابتدا برای برنامه مراقبت از مادران باردار و جهت استفاده در مراکز بهداشتی- درمانی شهری طراحی شدند. جهت توسعه این ابزار و امکان استفاد ه از آن در سایر سطوح نظام سلامت، به مطالعات گسترده‌تری نیاز است.

مواد و روش کار

روش کار در دو بخش « طراحی ابزار های پایش» و « ارزیابی آموزش پذیری و قابلیت اجرا» ارایه شده است.

●طراحی مدل پایش:

در این بخش از مطالعه پس از بررسی تمامی اسناد و مطالعات موجود، مدلی تحت عنوان Client Oriented Provider Efficient (COPE) برگزیده شد.

ابزارهای این مدل در چهار گروه (ابزارهای بررسی خدمت، ابزار تحلیل زمان، ابزار مصاحبه با گیرنده خدمت و ابزار برنامه عملیاتی) طراحی شده‌اند. این ابزارها توسط شیوه خودارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند. ابزارهای سه گروه اول برای شناسایی مشکلات و ابزار چهارم برای جمع بندی و اولویت‌بندی مشکلات شناسایی شده توسط سه گروه اول، مورد استفاده قرار می‌گیرند. انتخاب نام خودارزیابی بر این اساس صورت گرفته که در هر مرکز، ارایه دهندگان خدمت، به صورت کار گروهی به ارزیابی فعالیت‌های خود می‌پردازند.

این مدل در سال ۱۳۷۹ در شهر سمنان به صورت پایلوت مورد بررسی قرار گرفت. جهت بومی ساختن مدل فوق، تمامی اجزا و محتوای موجود در این مدل توسط مدیران و کارشناسان سطوح مختلف معاونت بهداشتی شهرستان سمنان مورد بازنگری قرار گرفت. این بازنگری تحت نظر محققین این مطالعه و در طی برگزاری کارگاه‌های آموزشی و کارگاه‌های برنامه‌ریزی انجام شد.

●ارزیابی شیوه پایش:

پس از طراحی مدل پایش، آموزش آن در چهار مرکز خدمات بهداشتی- درمانی شهر سمنان انجام شد. آموزش در مرکز اول توسط مؤلفین صورت گرفت. این مرکز به عنوان مرکز پیش آزمون نامیده می‌شود و دارای ده کارمند بوده که در مجموع تیم خودارزیابی را تشکیل دادند. آموزش به سه مرکز بعدی توسط تعدادی از کارکنان مرکز اول و کارکنان مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرفت. این اقدام به منظور منحرف نشدن مداخله از شرایط واقعی و امکان دسترسی به یکی از اهداف مطالعه که شامل بررسی سهولت آموزش پذیری بوده، انجام شد.

پس از اتمام آموزش‌ها، ارزیابی کارایی پایش به شیوه « خودارزیابی» در سال ۱۳۷۹ در دو بخش مختلف انجام شد. بخش اول شامل بررسی « امکان عملی‌شدن» این شیوه بوده که با نظرسنجی از کارکنان مراکزی که این شیوه پایش را

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

تجـربه کـرده بودند، تحت مطالعه قرار گرفت و نتایج آن در این مقالــه ارایــه شــده اســت. بخــش بعــدی شــامل مقایــسه « خودارزیابـی» و « نظـارت معمول» در پایش خدمات بوده که نتایج آن در مقاله دیگری ارایه شده است[۸].

برای حصول به اهداف بخش اول ارزیابی، نظر ارایه‌دهندگان خـدمت در خـصوص آموزش‌پذیری، قابلیت اجرا، بارکاری و بار زمانی توسط پرسشنامه‌های باز و بسته جمع‌آوری شد

داده‌هـای مطالعه نیز در دو نوبت به‌وسیله نرم افزار Epi 6 وارد رایانه شده و پس از تصحیح داده‌ها (Validation)، توسط نرم‌افزار SPSS 10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در دو بخش ارایه شده است:

●*طراحی مدل پایش:*

مدل پایش به شیوه خودارزیابی با توجه به اجزای یک خدمت کیفی طراحی شده است. اجزای یک خدمت کیفی باید بتوانند حقوق دریافت کنندگان خدمت و حقوق ارایه‌دهندگان خدمت را تأمین کنند. لذا این اجزا در قالب این دو نوع حقوق دسته‌بندی شدند: «حقوق دریافت کنندگان خدمت» شامل *دسترسی به خدمت، احترام و ارتباطات مناسب، مهارت فنی ارایه‌دهندگان خدمت، تضمین تداوم خدمت، مقبولیت خدمت، دریافت آموزش‌ها و کسب اطلاعات مورد نیاز، صرف زمان مناسب برای خدمت و رضایت از خدمت* است.

«حقوق کارکنان ارایه‌دهنده خدمت» نیز شامل *دسترسی به تجهیزات، منابع و شرایط محیطی لازم، برخورداری از مدیریت صحیح و کسب اطلاعات و آموزش‌های مورد نیاز* است.

هـر کدام از حقوق فوق از چندین زیرگروه نیز تشکیل شده که در این مقاله به آنها اشاره نشده است.

سـپس جمـع آوری اطلاعـات هـر کدام از حقوق گیرندگان خـدمت فوق که در واقع اجزای خدمت کیفی هستند، به یک و یـا چـند ابـزار «پایش» منتسب گردید. به‌عبارت دیگر مشخص شـد کـه بـرای سـنجش هریک از این حقوق باید از چه ابزار یا ابزارهایـی اسـتفاده شـود. قابـل ذکـر اسـت کـه در ایـن مدل، ابـزارهای پایش جهت شناسایی مشکلات در سه گروه « بررسی خـدمت»، « تحلـیل زمان»، و « مصاحبه با گیرندگان خدمت» تقسیم‌بندی شده بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- نتیجه انتساب هریک از حقوق گیرندگان خدمت (اجزای خدمت کیفی) به ابزارهای پایش به شیوه خودارزیابی- شهر سمنان- ۱۳۷۹

حقوق گیرندگان خدمت	ابزار پایش		
	بررسی خدمت	تحلیل زمان	مصاحبه با گیرندگان خدمت
دسترسی به خدمت	×		×
صرف زمان مناسب برای خدمت		×	×
رعایت احترام و ارتباطات مناسب	×		×
مقبولیت خدمت			×
مهارت فنی ارائه دهندگان خدمت	×		
تضمین تداوم خدمت	×		×
رضایت از خدمت			×
کسب آموزش‌ها و اطلاعات مورد نیاز	×		×

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

جمـع‌آوری اطلاعات مربوط به حقوق ارایه‌دهندگان خدمت فقط به ابزار « بررسی خدمت» منتسب شد.

ابـزار « بررسی خدمت» شامل مجموعه‌ای از راهنماها است و هر راهنما شامل سؤالاتی است که زیرگروه‌های یکی از حقوق را مـورد بررسـی قـرار می‌دهد. بنابر این طبق جدول شماره ۱، اطلاعـات مـربوط بـه پـنج حـق از حقوق گیرندگان خدمت که توسـط ایـن ابـزار جمـع‌آوری مـی‌شـود، در واقع با پنج راهنما به‌دست می‌آید.

اطلاعات مربوط به حقوق ارایه‌دهندگان خدمت نیز که شامل سه حق است، توسط سه راهنما مورد بررسی قرار می‌گیرد.

راهـنماهای « بررسـی خـدمت» بـه‌طور روزانه در دسترس ارایـه‌دهـندگان خدمت بوده و منجر به شناسایی مسایل موجود مـی‌شـود. ابزار« مصاحبه با گیرندگان خدمت» نیز در واقع یک راهنمای مصاحبه با گیرنده خدمت است که هدف آن شناسایی مـشکلات موجـود در ارایه خدمت است. ابزار تحلیل زمان برای تعیـین میـزان زمـان‌هـای صـرف شـده برای هر کدام از اجزای خـدمت مورد استفاده قرار می‌گیرد. دو ابزار فوق حداقل یک بار قـبل از اسـتفاده از بـرنامه عملیاتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. ابزار برنامه عملیاتی که در واقع جهت جمع‌آوری و اولویت‌بندی مـشکلات شناسـایی شده توسط سایر ابزارها مورد استفاده قرار مـی‌گیـرد، برنامه‌ای است که توسط تیم خودارزیابی مرکز مورد اسـتفاده قـرار می‌گیرد. حداقل فاصله زمانی استفاده از این ابزار سه ماهه است.

● *ارزیابی شیوه پایش:*

جـدول شماره ۲ نتیجه نظرات کارکنان مراکز تحت مطالعه را به تفکیک نتایج مرکز پیش آزمون و سایر مراکز (مراکز تحت مداخله) نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲- فراوانی نظر کارکنان (درصد) نسبت به سهولت آموزش‌پذیری، قابلیت اجرا، بار کاری و رضایت از پایش به شیوه «خودارزیابی» در مراکز بهداشتی درمانی شهری- سمنان- ۱۳۷۹

اهداف ارزیابی	نظرکارکنان مراکز تحت مداخله		نظر کارکنان مرکز پیش آزمون	
	موافق (٪)	غیر موافق (٪)	موافق (٪)	غیر موافق (٪)
سهولت آموزش‌پذیری:				
بررسی خدمت	۸۷/۱	۱۲/۹	۷۰/۰	۳۰/۰
مصاحبه با گیرندگان خدمت	۱۰۰	۰/۰	۹۰/۰	۱۰/۰
تحلیل زمان	۹۳/۷	۶/۳	۱۰۰/۰	۰/۰
برنامه عملیاتی	۸۳/۹	۱۶/۱	۹۰/۰	۱۰/۰
جمع	**۸۳/۹**	**۱۰/۹**	**۹۰/۰**	**۱۰/۰**
قابلیت اجرا:				
بررسی خدمت	۷۵/۰	۲۵/۰	۴۰/۰	۶۰/۰
مصاحبه با مراجعه‌کننده	۸۷/۵	۱۲/۵	۹۰/۰	۱۰/۰
تحلیل زمان	۸۰/۶	۱۹/۴	۱۰۰/۰	۰/۰
برنامه عملیاتی	۸۰/۷	۱۹/۳	۵۰/۰	۵۰/۰
جمع	**۷۹/۰**	**۲۱/۰**	**۹۰/۰**	**۱۰/۰**
بار کاری و رضایت:				
بار زمانی	۷۵/۰	۲۵/۰	۷۰/۰	۳۰/۰
سختی کار	۷۸/۱	۲۱/۹	۹۰/۰	۱۰/۰
رضایت از ابزارهای خودارزیابی	۸۰/۶	۱۹/۴	۹۰/۰	۱۰/۰
توصیه استفاده از این روش به سایر مراکز	**۸۷/۵**	**۱۲/۵**	**۱۰۰/۰**	**۰/۰**

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

نـتایج ارزیابـی شـیوه پـایش بـا سه هدف (بررسی سهولت آموزش پذیری، قابلیت اجرا، بار کاری و رضایت کارکنان) انجام شد. قابل ذکر است که در تنظیم این جدول موارد «حد وسط»، «مخالـف» و «کاملاً مخالف» به‌عنوان غیرموافق و «حد وسط»، «موافق» و «کاملاً موافق» به‌عنوان موافق تحلیل شده‌اند.

در ایـن جدول نتایج دو هدف اول (سهولت آموزش پذیری، قابلـیت اجـرا) به تفکیک هر کدام از چهار ابزار نشان داده شده اسـت. بـه‌طـور کلـی، در مراکز تحت مداخله ۱۰/۹ درصد و در مرکز پیش آزمون نیز فقط ۱۰ درصد با سهولت آموزش پذیری ایـن ابـزار موافق نبودند. در خصوص قابلیت اجرای این شیوه از پـایش، ۲۱ در صد در مراکز تحت مداخله و ۱۰ درصد در مرکز پیش آزمون دارای نظر غیر موافق بودند.

ملاحظـه مـی‌شود که به ترتیب ۱۰۰ و ۸۷/۵ درصد (فاصله اطمیـنان ۹۵ درصـد: ۷۵/۸ تـا ۹۹/۹) از کارکـنان مراکز پیش آزمـون و تحـت مداخلـه اظهار داشته‌اند که استفاده از پایش به شیوه«خودارزیابی» را به سایر مراکز توصیه می‌کنند.

جداول شماره۳ و ۴ نکات منفی و مثبتی که کارکنان مراکز تحت مداخله در پاسخ به سؤالات باز پرسشنامه نسبت به پایش به شیوه «خودارزیابی» ابراز داشته‌اند، را نشان می‌دهد.

نکات منفی اظهار شده به دو گروه عمده (ضعف اجرایی در مرکز و ضعف اجرایی در مدیریت شبکه) تقسیم شدند.

همانطور که مشخص است در مورد نقاط ضعف، کارکنان مرکز پیش آزمون به ۱۳ نکته اشاره داشته‌اند که دارای میانگین ۱/۳ به ازای هر نفر است. مراکز تحت مداخله نیز به ۲۰ نکته اشاره کرده‌اند که ۰/۶ مورد به ازای هر نفر است. فراوانترین مشکل اظهار شده از نظر مرکز پیش آزمون « عدم هماهنگی این شیوه با سطوح بالاتر» بوده و در مراکز تحت مداخله « عدم مشارکت کلیه کارکنان» بیشترین فراوانی را دارد.

نکـات مثـبت ابـراز شـده به سه گروه (جایگاه این شیوه در رابطـه بـا گیـرندگان خـدمت، جایگـاه ایـن شـیوه در رابطه با ارایـه‌دهـندگان خـدمت، نقـش ایـن شـیوه در ارتقـای کیفیت خـدمت) تقـسیم شـدند. کارکـنان مرکز پیش آزمون ۴۰ نکته مثـبت (بـه ازای هر نفر ۴ مورد) و در مراکز تحت مداخله ۱۰۹ نکـته مثبت (به ازای هر نفر ۳/۴ مورد) ذکر کرده‌اند. فراوانترین نکات مثبت اظهار شده در هر دو گروه عبارت از « سهولت پیدا کـردن و حل مشکلات در مرکز»، « ایجاد کار گروهی و همدلی در کارکـنان»، « ارتقـای انگیـزه کارکـنان» و « ارزش‌گذاری به فعالیت‌های کارکنان» است.

جدول شماره ۳- فراوانی نکات منفی اظهارشده توسط کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی شهری در خصوص پایش به شیوه « خودارزیابی» - سمنان، ۱۳۷۹

نکات منفی	موارد ذکر شده در مراکز تحت مداخله		موارد ذکر شده در مرکز پیش آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعف اجرایی در مرکز:				
عدم درک از سوی تمامی پرسنل	۳	۱۵	۰	۰/۰
عدم وجود هماهنگ‌کننده در مدت اجرا	۱	۵	۰	۰/۰
عدم مشارکت تمامی پرسنل	۷	۳۵	۰	۰/۰
مشکل در استفاده از ابزارها	۵	۲۵	۰	۰/۰
بار کاری زیاد	۰	۰	۲	۱۵/۴
ضعف اجرایی در مدیریت شبکه:				
عدم هماهنگی سطوح بالاتر	۲	۱۰	۹	۶۹/۲
کم‌توجهی به ارایه‌کننده خدمت	۲	۱۰	۲	۱۵/۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

جمع	**۲۰**	**۱۰۰/۰**	**۱۳**	**۱۰۰/۰**

جدول شماره ۴- فراوانی نکات مثبت اظهارشده توسط کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی شهری در خصوص پایش به شیوه « خودارزیابی» - سمنان، ۱۳۷۹

نکات مثبت	موارد ذکر شده در مراکز تحت مداخله		موارد ذکر شده در مرکز پیش آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
در رابطه با گیرندگان خدمت:				
مشتری‌نگری، ایجاد رابطه بهتر	۱۴	۱۲/۸	۱	۲/۵
تضمین تداوم مراجعه	۱	۰/۹	۱	۲/۵
در رابطه با ارایه دهندگان خدمت:				
ارزش‌گذاری به کارکنان	۱۰	۹/۲	۴	۱۰
ایجاد زمینه بروز خلاقیت	۶	۵/۵	۲	۵
ارتقای انگیزه کارکنان	۱۰	۹/۲	۴	۱۰
ایجاد کار گروهی و همدلی در کارکنان	۱۷	۱۵/۶	۶	۱۵
تعیین بار کاری هر یک از کارکنان	۵	۴/۶	۰	۰
کاهش بار نظارت و رفع حالت مچ‌گیری	۲	۱/۸	۳	۷/۵
کم‌شدن ضرورت پی‌گیری برای مراجعه	۴	۳/۷	۰	۰
در رابطه با ارتقای کیفیت:				
یافتن و حل مشکلات مرکز	۲۰	۱۸/۳	۹	۲۲/۵
کاهش ازدحام مراجعین	۵	۴/۶	۱	۲/۵
کاهش مدت انتظار	۸	۷/۳	۲	۵
افزایش مدت ملاقات	۱	۰/۹	۴	۱۰
بهتر شدن کیفیت خدمات	۶	۵/۵	۳	۷/۵
جمع	**۱۰۹**	**۱۰۰/۰**	**۴۰**	**۱۰۰/۰**

بحث و نتیجه‌گیری

در خصوص آموزش‌پذیری و قابلیت اجرا همان‌طور که نشان داده شد، در مراکز پیش آزمون و تحت مداخله به ترتیب ۱۰۰/۰ و ۸۷/۵ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۷۵/۸ تا ۹۹/۹) افراد با گسترش خودارزیابی به سایر مراکز موافقت داشته‌اند. این یافته را می‌توان به‌عنوان پاسخ کلی این بخش از بررسی پذیرفت. همچنین نقاط قوت ذکر شده در مراکز تحت مداخله و پیش آزمون مشترک بوده‌اند و لیکن نقاط ضعف اظهار شده که در جدول شماره ۳ آمده است تفاوت بین دو گروه را نشان می‌دهد.

در مراکز تحت مداخله نوع مشکلات معرفی شده عمدتاً ضعف‌هایی است که در آموزش و یا اجرای ابزارها با آن برخورد شده (متعاقباً مشکلات مربوط به متن آموزشی برطرف شده و راهنمای آموزشی تدوین شد) در حالی که در مرکز پیش آزمون، مسایل مربوط به انطباق با سطوح بالاتر مدیریت شبکه مد نظر قرار گرفته است.

در ضمن به‌نظر می‌رسد تفاوت موجود بین مراکز تحت مداخله و پیش آزمون مربوط به تفاوت در تعداد دفعات تجربه « پایش به شیوه خود ارزیابی» باشد. زیرا مراکز تحت مداخله تنها یک نوبت « خود ارزیابی» کرده بودند و در مرکز پیش آزمون سه نوبت خودارزیابی انجام شده بود.

از طرف دیگر نظر بر این است که پس از یادگیری ابزارها و توجه کارکنان به حقوق گیرندگان خدمت، تأمین نیازهای کارکنان و حقوق ارایه‌دهندگان خدمت نمود می‌یابد. این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

موضوعی است که در بیشتر تلاش‌هایی که برای ارتقای کیفیت و تکریم مشتریان صورت می‌گیرد، نمود داشته است. لذا مشاهده می‌شودکه بر اساس جدول شماره ۳ بخشی از ضعف‌های منتسب به « پایش به شیوه خودارزیابی» مربوط به ضعف در مدیریت سطوح بالاتر مانند « عدم هماهنگی سطوح بالاتر» و « کم‌توجهی به ارایه دهندگان خدمت» است.

در جدول شماره ۲ بیشترین ضعف در زمینه آموزش‌پذیری و قابلیت اجرا، در ابزار «بررسی خدمت» دیده شد. علت این مسأله را مؤلفین در حجم نسبتاً بالای راهنماهای بررسی خدمت می‌دانند. برای رفع این ضعف، گروه مجریان در استان سمنان به تدوین ابزارهایی واحد برای کلیه خدمات مربوط به دو برنامه بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها پرداختند که در نتیجه از بار زمانی و بار کاری کارکنان تا حد زیادی کاسته شده است.

در خصوص شیوه طراحی پایش باید به این نکته توجه کرد که عناصر کیفیت خدمت (دسترسی، صرف زمان مناسب برای خدمت، رعایت احترام، مقبولیت، مهارت فنی، تضمین تداوم خدمت، رضایت و کسب آموزش‌ها و اطلاعات مورد نیاز) با آنچه که در مبانی نظری تحت عنوان «عناصر کیفیت برنامه‌های بهداشت باروری»، توسط خبرگان مطرح شده (انتخاب روش، مهارت فنی، ارتباط بین ارایه‌دهنده و گیرنده خدمت، تداوم و پی‌گیری، جامعیت خدمات و اطلاعات ارایه‌شده به گیرنده خدمت) [۹] انطباق دارد. قابل ذکر است که در مورد ویژگی‌های خدمت مطلوب اختلاف نظرهایی وجود دارد. به عنوان مثال کمیسیون مشترک صدور مجوز سازمان‌های بهداشتی آمریکا در سال ۱۹۹۰ ابعاد کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را شامل موارد « مناسب بودن خدمت، دسترسی، تداوم خدمت، مؤثر بودن، کارایی، بازدهی، احترام، ایمنی و به موقع بودن» دانسته است[۱۰]. با این وجود تعریف این ابعاد بر حسب هر برنامه و نگرش هر سازمان به کیفیت، می‌تواند تفاوت داشته باشد. به عنوان مثال « انتخاب روش» که در ابعاد کیفیت خدمات بهداشت خانواده مطرح شده، بیشتر در برنامه‌های تنظیم خانواده مصداق می‌یابد. موارد « مؤثر بودن، کارایی و ایمنی» و نیز « بازدهی» که در ابعاد کیفیت توسط کمیسیون مشترک صدور مجوز سازمان‌های بهداشتی آمریکا مطرح شده، دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت و سازمان‌های متولی تأمین خدمات را از نظر مقولات فنی و نیز اقتصادی مطرح می‌کند. در این مقاله، اجزای کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت تعیین شده است.

از آن‌جایی که سنجش کیفیت مراقبت بایستی در سه رکن سنجش ساختار(یا منابع)، فرایند و پیامد مراقبت صورت گیرد [۱۰]، لذا به نظر می‌رسد که ابزارهای پایش به شیوه خودارزیابی، در قسمت حقوق گیرندگان خدمت به سنجش فرایند و در بخش حقوق ارایه‌دهندگان خدمت، بیشتر به سنجش ساختار (منابع) می‌پردازد.

به‌طور کلی ارزش هر ابزار، در عمل و شرایط میدانی تحقق می‌یابد. مطابق دستاورد این مطالعه، جهت افزایش قابلیت اجرایی این شیوه، به طور همزمان نیاز به برنامه‌ریزی جهت ارتقای فرهنگ سازمانی و بسترسازی برای فعالیت‌های مشارکتی در مراکز است. همچنین جهت استقرار و بقای این شیوه نوین در نظام سلامت و توسعه آن به تمامی برنامه‌ها و توسعه آن به سایر سطوح نظام شبکه نیاز به مطالعات گسترده‌تری است.

تشکر و قدردانی

انجام این بررسی با کمک‌های فنی و پشتیبانی صندوق کودکان سازمان ملل متحد در ایران و مرکز توسعه شبکه معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی امکان‌پذیر شده است. نگارندگان وظیفه خود نیز می‌دانند که از کلیه همکاران حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی سمنان که در مراحل طراحی ابزارها و ارزیابی آنها مشارکت فعال نموده‌اند، تشکر نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]

منابع

1-Valadez JJ. Assessing child survival programs in developing countries. Harvard School of Public Health: Boston, 1991

2- Pettiti DB, Amster A. Measuring the quality of health care, In: Brownson RC, Pettiti DB. Applied Epidemiology Theory to Practice. Oxford University Press: New York, 1998: 299-322

3-BRUCE J, JAIN A. Improving quality of care through operations research. In: Seidman M, Horn MC. Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better. Progress in Clinical and Biological Research. Wiley-Liss: New York 1991: 259-82

4-Murray SA. Experiences with rapid appraisal in primary care: involving the public in assessing health needs, orienting staff, and educating medical students. British Medical Journal 1999; 318: 440-44

5-AVSC International. COPE: Client-Oriented, Provider-Efficient Services, a manual. Association for Voluntary Sterilization (AVS) Publication: New York, 1995

6-Bradley J. Improving provider performance: results from Guinea and Kenya. Compass 2002; 1: 1-4

7-Dohlie MB, Mielke E, Bwire T, Adriance D, Mumba F. COPE (client-oriented, provider-efficient), a model for building community partnerships that improve care in East Africa. Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare 2000; 22: 34-9

۸- مجدزاده سیدرضا، صدیقی ژیلا، کلاهدوز ماشاءالله و همکاران، مقایسه پایش به شیوه «خودارزیابی» و « نظارت معمول» در برنامه مراقبت از مادران باردار مراکز بهداشتی-درمانی شهری، استان سمنان، پایش، ۱۳۸۲، ۱، ۳۳-۲۵

9-AVSC International. COPE: Self-Assessment Guides for Reproductive Health Services, work in progress. Association for Voluntary Sterilization (AVS) Publication: New York, 1999

10-Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Working papers no.1. The Population Council: New York, 1989

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.3.8]