مقایسه پایش به شیوه «خودارزیابی» و « نظارت معمول» در برنامه مراقبت از مادران باردار مراکز بهداشتی– درمانی شهری، استان سمنان

دکتر سیدرضا مجدزاده:* استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر ژیلا صدیقی: استادیار پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
ماشاءالله کلاهدوز: کارشناس آموزش بهداشت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
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
دکتر نجمه نورانی: پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان سمنان
دکتر نرگس حیدریان: پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان سمنان
دکتر محسن مالکی نژاد: پزشک عمومی، دانشجوی دوره MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه کالیفرنیا دیویس
دکتر فرید ابوالحسنی: استادیار، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
ماندانا عسکری‌نسب: کارشناس، دفتر صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد در ایران
دکتر احمد عمادی: پزشک عمومی، کارشناس گسترش شبکه، مرکز بهداشت استان سمنان
دکتر فرشید فریور: پزشک عمومی، مدیر گروه بهداشت خانواده، مرکز بهداشت استان سمنان
عمران اسدی: کارشناس ارشد، مدیر گروه گسترش شبکه، مرکز بهداشت استان سمنان
دکتر عباسعلی طالبی: پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان سمنان

فصلنامه پایش
سال دوم شماره اول زمستان ۱۳۸۱ صص ۳۳-۲۵
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۱/۷/۱۷

چکیده

در ایـن مطالعه پایش به شیوه « خودارزیابی» در برنامه مراقبت مادران باردار(که بر اساس نگرش به کیفیت خدمات از دیدگاه گیرندگان خدمت طراحی شده) با « پایش (نظارت) معمول» مقایسه شده است.

بـرای مقایسه خودارزیابی و نظارت معمول، ابتدا هشت مرکز بهداشتی- درمانی شهری با روش « تخصیص تصادفی طبقه‌بندی شـده» بـه دو دسـته تحت مداخله « خودارزیابی» و مقایسه که « نظارت معمول» در آنها صورت می‌پذیرفت (به ترتیب سه و پنج مرکـز) تقـسیم شـدند. در شـیوه خودارزیابـی، عمـده مـشکلات کشف شده کمبود وسایل و مواد، نقص‌های فضای فیزیکی و مواد آموزشـی بود، در حالی که نظارت‌های معمول بیشتر به فرایندهای اداری، نقص‌های مربوط به وسایل و امکانات و نهایتاً توصیه‌های کلـی مـرتبط بـه ارایه خدمات (مانند پایین بودن کیفیت مراقبت) پرداخته بودند. در مقایسه با پایش معمول، خودارزیابی از عمق بیـشتری در بررسی خدمات از بعد فنی و رعایت حقوق مراجعه‌کنندگان برخوردار است. علی‌رغم گذشت مدت کمی از خودارزیابی در مراکـز تحت مداخله نسبت به مراکز مقایسه، نگرش کارکنان نسبت به روابط با یکدیگر(P=۰/۰۵) و رضایت کلی آنان از شرایط کـار (P=۰/۰۴) ارتقـا یافـته بـود کـه بـه‌نظـر می‌رسد مربوط به اثرات کار گروهی باشد. در پایان می‌توان نتیجه گرفت که « خود ارزیابی» بر مشارکت کارکنان و نگرش آنها به گیرندگان خدمت، خلاقیت در جهت رفع مشکلات و نهایتاً بر نتیجه ارزیابی کیفیت ارایـه خـدمات مؤثر بوده است. لیکن بر اساس نکات ابراز شده توسط کارکنان مراکز تحت مداخله، نکته مهم همخوانی و پشتیبانی سطوح بالاتر از این فعالیت است و در غیر این صورت تغییرات ایجاد شده پس از مدتی بی اثر خواهند شد.

کلید واژه‌ها: کیفیت، تحقیقات ارایه خدمات، کارآزمایی میدانی، مراقبت از مادران باردار

*نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی
تلفن: ۶۱۱۲۹۹۴
E-mail: rezamajd@sina.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

مقدمه

تأثیر نهایی یک برنامه بهداشتی متأثر از پوشش (پذیرش اولیه) و تداوم استفاده از آن است[۱] و آنچه که موجب استمرار دریافت خدمات می‌گردد، کیفیت خدمات ارایه شده و رضایت خدمت‌گیرنده از آنهاست. به همین دلیل بلومنتال (Bluemental) عنوان نموده که تعریف کیفیت از دیدگاه‌های مختلف از جمله « مسئولین ارایه خدمات بهداشتی- درمانی» و « مراجعه کنندگان» متفاوت بوده و هر کدام می‌تواند به عملکردی متفاوت منجر شود[۲]. به نحوی که از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت، سطح فنی خدمات اولویت دارد و از نظر مراجعه کنندگان، رضایت از مراقبت و توانایی برنامه‌ها در پاسخگویی به نیازهای آنها مهم محسوب می‌شود.

بر همین اساس از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی مفهوم نظری و عملی کیفیت در ارایه خدمات بهداشتی- درمانی تحولی اساسی یافته و بیش از گذشته بر نگرش گیرنده خدمت استوار شده است.

مدل بروس- جین (Bruce-Jain)، با استفاده از نگرش به کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت، چارچوب نظری را برای تداوم استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و تضمین اثربخشی آنها ترسیم کرده که مبنای تعریف استانداردهای خدمات و شیوه‌های پایش به‌خصوص در برنامه‌های بهداشت خانواده است[۳].

با توجه به نبود سابقه استفاده از این نوع از نگرش در پایش برنامه‌های بهداشتی کشور، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی ابزار پایش مبتنی بر دیدگاه گیرندگان خدمت (که توسط گروه مجری طراحی شده) در برنامه مراقبت از مادران باردار صورت گرفت.

ابزار حاضر برگرفته از شیوه‌ای از پایش به نام Client Oriented Provider Efficient (COPE) بوده و در برنامه‌های تنظیم خانواده چندین کشور با موفقیت به اجرا در آمده است[۵ و ۴]،

لیکن آنچه باعث ویژگی طرح حاضر می‌شود، بومی‌سازی این نوع نگرش به کیفیت در ایران (به‌خصوص تطبیق آن با فرهنگ سازمانی کارکنان و استانداردهای موجود خدمات در کشور) و نیز نخستین نوبت اجرای آن در برنامه مراقبت از مادران باردار است.

مواد و روش کار

ابزار پایش « خودارزیابی» برای مراکز بهداشتی- درمانی شهری طراحی شده و علت انتخاب این مراکز عبارتنداز:

- امکان تشکیل گروه با توجه به تعدد کارکنان در هر مرکز
- اولویت رسیدگی به کیفیت نسبتاً پایین ارایه خدمات در مراکز شهری
- عدم توانایی نظارت‌های معمول در پایش صحیح خدمات اینگونه مراکز

انتخاب برنامه مراقبت از مادران باردار با توجه به اهمیت آن و نیز متشکل بودن هر نوبت خدمت از فرآیندهای متعدد (با اهداف گوناگون) صورت گرفت.

در واقع گروه مجری تحقیق بر این باور بودند که در صورت موفقیت در برنامه مراقبت از مادران باردار، امکان توسعه این شیوه از پایش به سایر برنامه‌های بهداشتی نیز وجود خواهد داشت. همچنین محتوای خودارزیابی با در نظر گرفتن عناصر کیفیت و با نگرش به دیدگاه گیرنده خدمت تعیین شده است.

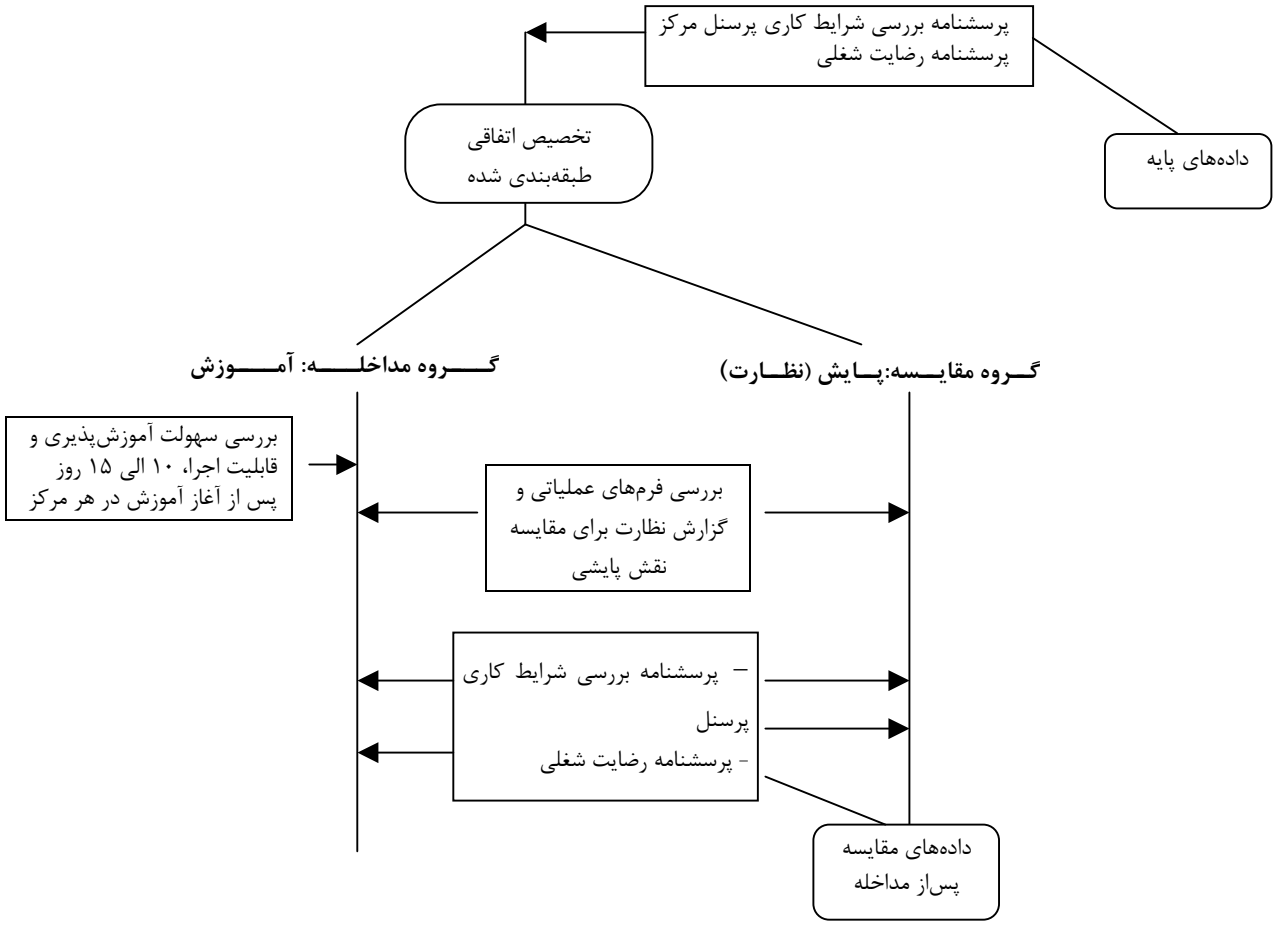
برای بررسی اثر شیوه جدید پایش بر فعالیت‌های مراکز، دو دسته مرکز تحت مداخله و مقایسه انتخاب و داده‌های قبل و پس از زمان مداخله بین آنها مورد مقایسه قرار گرفت. شکل شماره ۱ نشان دهنده شمای کلی بررسی انجام شده است.

ابتدا داده‌های پایه در زمینه « شرایط کاری در مرکز» و «رضایت شغلی کارکنان» گردآوری شدند. سپس به علت محدود بودن تعداد مراکزی که در شهرستان می‌توانستند مورد مطالعه قرار گیرند از روش « تخصیص اتفاقی طبقه بندی شده» (Stratified random allocation) برای تقسیم مراکز به گروه‌های مداخله و مقایسه استفاده شد[۶].

در کل ۹ مرکز بهداشتی- درمانی شهری برای مطالعه در نظر گرفته شده بود که با تخصیص اتفاقی طبقه بندی شده، ۴ مرکز در گروه تحت مداخله و ۵ مرکز در گروه مقایسه قرار گرفتند. البته در هنگام آموزش پایش به شیوه خودارزیابی در یکی از مراکز مشخص شد که قبلاً از روش ارتقای کیفیت FOCUS-PDCA در آنجا استفاده شده است. با توجه به این که انتظار می‌رفت که نوع مشکلات موجود در این مرکز با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

مشکلات معمول سایر مراکز متفاوت باشد (بر اساس ملاک‌های خروج از ادامه مطالعه (Protocol deviation) که قبلاً پیش‌بینی شده بودند) مرکز مزبور از بررسی خارج گردید و « خودارزیابی» بود اهمیت داشت و به همین دلایل نگارندگان متن‌های آموزشی در جریان آموزش شرکت نمی‌کردند.



شکل شماره ۱ ـ شمای کلی نحوهٔ بررسی پایش به شیوه خودارزیابی در مراکز بهداشتی درمانی شهری، سمنان، ۱۳۷۹

صرفاً اجرای آموزش‌ها در آنجا ادامه یافت.

جلسات آموزشی در هر یک از مراکز تحت مداخله، در سه روز و کاملاً منطبق با برنامه آموزشی مندرج در متن راهنمای هماهنگ کنندگان« خودارزیابی» انجام گرفت.

به این دلیل که هدف از بررسی، میزان اثر خودارزیابی در صحنه عمل (کارایی Effectiveness)[۷] بوده، آموزش این مراکز توسط سه نفر از کارکنان مرکز بهداشت شهرستان صورت گرفت. این نکته برای منحرف نشدن مداخله از شرایط واقعی و این که یکی از اهداف مطالعه بررسی سهولت آموزش پذیری مقایسه بین مراکز تحت مداخله و مقایسه از طریق دو هدف صورت گرفت:

الف- مقایسه « خودارزیابی» و « پایش (نظارت) معمول» در مراکز تحت مداخله و مقایسه از نظر تعداد مشکل شناسایی شده، بر حسب عناصر کیفیت و سطح ارجاع مشکل صورت گرفت.

به این منظور همزمان با انجام خودارزیابی در مراکز تحت مداخله، در مراکز مقایسه پایش معمول به صورت دو سوکور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

صورت گرفت. به علاوه از هر مرکز ۳ گزارش از نظارت‌های قبلی آنها جمع‌آوری شد.

ب- مقایسه شرایط کاری و رضایت کارکنان مراکز، قبل و پس از مداخله: در این قسمت دو پرسشنامه با تعداد زیادی (۴۲ مورد) سؤال بسته و نیز چهار سؤال باز طراحی شده بود که ابتدا بایستی از قابلیت تکرار (Reliability) و اعتبار (Validity) آنها اطمینان حاصل می‌شد. لذا در یکی از مراکز یک هفته پس از جمع‌آوری داده‌های پایه، روی دو پرسشنامه آزمون مجدد (Test retest) صورت گرفت تا قابلیت تکرار سؤالات بررسی شود.

سپس جمع امتیازات مربوط به نگرش، عملکرد به شرایط محیط کار و رضایت شغلی (به‌صورت جداگانه) محاسبه گردید و ۲۷ درصد بالایی و پایینی نمرات در هر مورد به عنوان مبنا قرار گرفتند و نیز شاخص تمایز (Discrimination index) هر سؤال بر مبنای ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید[۸]. برای کمک به این محاسبه، الگوی پاسخ موارد (Item response pattern) نیز مشخص شد.

کلیه این بررسی‌ها در برنامه‌ای که در نرم افزار Visual Basic (ver.5) نوشته شده بود انجام گرفت. نتیجه این که دو سؤال از پرسشنامه « رضایت شغلی» و دو سؤال از پرسشنامه « نگرش و عملکرد» پرسنل در خصوص شرایط محیط کار، خود از محاسبات حذف شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا پاسخ سؤالات بر مبنای مقیاس لیکرت (Likert) از ۱ الی ۵ امتیاز گرفتند و سپس میانگین امتیاز هر یک از اهداف مطالعه محاسبه گردید.

در خصوص گردآوری داده‌ها نیز قرار بر این بود که نتایج قبل و بعد هر فرد به‌صورت همسان شده (Paired) مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. لیکن هنگام اجرای بررسی‌ها ملاحظه شد که ثبت کد و یا موارد دیگر روی برگه‌ها باعث سلب اطمینان پاسخ دهندگان در مورد محفوظ ماندن اطلاعات می‌شود و به‌طور قطع و بقین از صحت درج پاسخ‌ها می‌کاهد. در نتیجه از اجرای این روش صرف نظر شد.

از طرفی با توجه به عدم اطلاع از کوواریانس بین دو نوبت جمع‌آوری داده‌ها (و میزان تأثیر آن بر واریانس اختلاف)، تجزیه و تحلیل فردی به‌صورت داده‌های مستقل قابل قبول نبود. بالأخره شیوه انتخاب شده این بود که میانگین امتیاز هر مرکز محاسبه شده و برای تجزیه و تحلیل اختلاف در گروه‌های مداخله و مقایسه واحد آماری تحت مطالعه، «مرکز» قرار گیرد. لذا ابتدا اختلاف امتیاز هر یک از مراکز در نوبت قبل و پس از مداخله محاسبه گردید و سپس با استفاده از آزمون‌های T-student و Mann-Whitney میانگین این اختلافات در گروه‌های تحت مداخله «خود ارزیابی» و « مقایسه (پایش معمول)» آزمون شد.

کلیه داده‌های مطالعه نیز در دو نوبت به‌وسیله نرم افزار Epi 6 وارد رایانه شد و پس از تصحیح داده‌ها (Validation) توسط نرم افزار SPSS 10 تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

یافته‌ها

با توجه به اهداف مطالعه نتیجه هر قسمت به‌صورت مجزا ذکر می‌گردد:

نتیجه مقایسه نقش پایشی « خود ارزیابی» و «پایش (نظارت) معمول» در مراکز: نتایج نظارت‌های معمول را می‌توان در سه محور فاصله زمانی، عمق و ماهیت مشکلات کشف شده در هر نظارت به‌صورت زیر دسته بندی کرد:

۱- فواصل زمانی: در بیش از ۸۰ درصد موارد فاصله زمانی بین نظارت‌های عمومی (اعم از نظارت‌های مربوط به واحد بهداشت خانواده و نظارت‌های مربوط به سایر واحدها) بیشتر از ۲ ماه بوده است (با میانگین ۴ و دامنه ۱ تا ۸ ماه).

۲- عمق نظارت‌ها: تا قبل از اجرای نظارت‌هایی که به درخواست گروه مجری صورت گرفته بودند، عمدتاً نظارت‌ها، واحدی و حاوی گزارشات مختصر بود.

جالب توجه این است که نظارت‌هایی که به درخواست گروه و همزمان با مداخله صورت گرفته بودند، همراه با گزارش مفصل و ذکر دقیق نقاط ضعف و قوت بوده است.

حتی بعضی از توصیه‌ها در این نظارت‌ها مشابه راه حل‌های توصیه شده در برنامه عملیاتی بود که در مراکز تحت مداخله صورت می‌گرفت (مانند دادن نوبت به مراجعین) که عملاً حاکی از اطلاع ناظرین به اهداف نظارت خود و یا تأثیر مداخله « خودارزیابی» بر آنها است.

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

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

۳- ماهیت مشکلات کشف شده: به جز سه نظارت که همزمان با اجرای « خودارزیابی» صورت گرفته و به‌صورت اختصاصی واحد بهداشت خانواده مراکز را مورد بررسی قرار داده بودند، بقیه نظارت‌ها بر حسب مورد مربوط به واحدهایی مثل بهداشت محیط، پذیرش، دارویی و گاهی بهداشت خانواده بوده است. در کل مشکلات کشف شده در این نظارت‌ها عبارتند از:

الف- نقایص موجود در فرایندهای اداری: مثل اشکال در ثبت مرخصی، پاس‌های ساعتی، تحویل قبض‌ها، ثبت ناقص نسخه‌های دارویی، اشکال در ثبت حضور و غیاب افراد، محاسبه قیمت داروها به نرخ قدیمی و متفاوت بودن محاسبه قیمت پانسمان. باید گفت اشاره به این نقایص بیش از ۵۰ درصد حجم گزارشات مربوط به نظارت‌ها را به خود اختصاص داده است.

ب- نقایص مربوط به وسایل و امکانات: مثل کمبودهای دارویی، خرابی دستگاه‌ها، اشکالات موجود در فضای فیزیکی مرکز و واحدهای مختلف که حجم متنابهی از گزارشات را به خود اختصاص داده بود.

پ- نقایص و توصیه‌های مربوط به ارایه خدمت: مثل عدم پوشش کامل واحدهای مختلف، ثبت غیر دقیق مراقبت‌ها و یا پوشش خدمات، اشتباه در ارسال گزارشات، ازدحام مراجعین در مرکز و ارایه خدمات توسط دانشجویان.

جالب توجه است که در برخی از گزارشات به عبارت کلی «پایین بودن کیفیت مراقبت» برخورد می‌شود.

ت- مشکلات پرسنلی: که به‌صورت عمده معطوف به خالی بودن برخی پست‌های سازمانی در مراکز است.

ث- توصیه‌ها: در بیشتر نظارت‌ها توصیه‌هایی در مورد ارایه فعالیت‌ها در مراکز وجود دارد که بیشتر معطوف به شیوه‌های ثبت دفاتر و گزارشات و یا توصیه به تقویت آموزش گروه‌های هدف است و تقریباً هیچ توصیه‌ای در مورد شیوه ارتقای کیفیت مراقبت‌های مربوط به بهداشت خانواده دیده نمی‌شود.

جدول شماره ۱ نشان‌دهنده نتیجه حاصل از خودارزیابی در سه مرکز تحت مداخله است.

نوع مشکلات کشف شده را می‌توان در محورهای کمبود وسایل، نقص‌های فیزیکی، کمبود مواد آموزشی، پرسنل و سایر مشکلات خلاصه کرد. به‌طور اختصاصی در محور سایر مشکلات، مسایلی از قبیل زیادی زمان انتظار، ازدحام مراجعین در زمان خاص، عدم استمرار ارایه یک خدمت خاص، نگرش منفی برخی گروه‌ها به مراقبت های ارایه شده و عدم وجود حمایت‌های مرکزی مطرح شده‌اند.

جدول شماره ۱- توزیع مشکلات کشف شده در هر یک از مراکز تحت مداخله بر حسب نوع مشکل، سمنان، ۱۳۷۹

نوع مشکل / مرکز	کمبود مواد و وسایل		نقایص فضاهای فیزیکی		کمبود مواد آموزشی		نقایص پرسنلی		سایر مشکلات		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شماره ۱	۴	۲۸/۵	۱	۷/۱	۵	۳۵/۷	۰	۰/۰	۴	۲۸/۵	۱۴	۱۰۰
شماره ۲	۴	۲۸/۵	۴	۲۸/۵	۱	۷/۱	۱	۷/۱	۴	۲۸/۵	۱۴	۱۰۰
شماره ۳	۴	۱۲/۲	۲	۱/۱	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۵	۴۵/۵	۱۱	۱۰۰
جمع	۱۲	۳۰/۷	۷	۱۷/۹	۶	۱۵/۴	۱	۳/۶	۱۳	۳۳/۳	۳۹	۱۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

تعیین اثر «خود ارزیابی» بر شرایط کاری پرسنل: نکته قابل توجه در بررسی رضایت شغلی و شرایط کاری این است که از زمان مداخله تا تکمیل پرسشنامه‌ها بین ۱۶ روز تا یک‌ماه سپری شده بود.

میانگین و انحراف معیار تغییر امتیازهای مربوط به رضایت شغلی پرسنل و نگرش و عملکرد آنها نسبت به شرایط کاری مرکز در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

همانگونه که مشاهده می‌شود در گروه مقایسه میانگین امتیازهای مربوط به رضایت کاهش یافته و یا تغییر ناچیزی داشته در حالی که در گروه مداخله این مقادیر افزایش یافته است.

همچنین در زمینه رضایت از همکاران، اختلاف قابل توجه اما غیر معنی‌دار (P=۰/۰۶) و لی در زمینه رضایت کلی اختلاف معنی‌دار (P=۰/۰۴) است. در عین حال تفاوت قابل ملاحظه‌ای در نگرش و عملکرد پرسنل در خصوص کیفیت خدمات، بین مراکز آموزش دیده و مراکز مقایسه دیده نمی‌شود.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار تغییر امتیازات مربوط به رضایت شغلی کارکنان و نظر آنها نسبت به شرایط کار در مراکز تحت مداخله و مقایسه، قبل و بعد از آموزش خود ارزیابی مراکزبهداشتی درمانی شهری، سمنان ۱۳۷۹

عناوین مورد نظر	اختلاف، قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله(۱)		اختلاف، قبل و بعد از آموزش در گروه مقایسه(۱)		P(۲)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عناصر رضایت شغلی:					
رضایت از موقعیت شغلی	۰/۱۷	۰/۱	-۰/۱۹	۰/۴۶	NS
رضایت از سرپرست	۰/۲۲	۰/۱۶	۰/۰۳	۰/۲۲	NS
رضایت از همکاران	۰/۲۳	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۰۶
رضایت کلی	**۰/۲۱**	**۰/۰۵**	**-۰/۰۵**	**۰/۱۷**	**۰/۰۴**
نگرش و عملکرد کارکنان نسبت به شرایط کاری در مرکز:					
نگرش به رابطه با مدیر مرکز	-۰/۳۷	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۲۷	۰/۰۷
نگرش به روابط بین پرسنل	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۰۰	۰/۱۴	۰/۰۵
نگرش به امکان ارتقای کیفیت	-۰/۵۹	۰/۳۶	-۰/۱۶	۰/۵۳	NS
نگرش به نقش پرسنل در ارتقای کیفیت	-۰/۰۹	۰/۱۱	-۰/۳۳	۰/۶	NS
نگرش به نقش مدیر در ارتقای کیفیت	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۰۰	۰/۲۸	NS
نگرش به حقوق مراجعین	۰/۱۲	۰/۲۷	۰/۰۰	۰/۳۲	NS
رابطه با مدیر مرکز(۳)	۰/۰۱	۰/۲۹	-۰/۱۰	۰/۲۶	NS
روابط بین پرسنل(۳)	-۰/۱۶	۰/۲۸	۰/۱۱	۰/۲۷	NS

(۱) میانگین امتیاز قبل از مداخله و بعد از مداخله: اعداد داخل پرانتز، نشان‌دهنده انحراف معیار اختلاف هستند.

(۲) آزمون دودامنه، اختلاف دومیانگین

(۳) این دو متغیر، عملکرد پرسنل را می‌سنجند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

در مجموع پرسنل مراکز تحت مداخله بعد از آموزش نسبت بـه پرسـنل مراکـز مقایسه، نگرش منفی‌تری نسبت به رابطه با مدیـر مرکـز پـیدا کـردند (P=۰/۰۷)، کـه ایـن اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبوده ولی نگرش پرسنل به روابط با یکدیگر در مراکـز آمـوزش دیده، نسبت به مراکز مقایسه مثبت‌تر شده بود (P=۰/۰۵). در مـورد "نگـرش پرسـنل نـسبت بـه حقـوق مـراجعه‌کنـندگان، در مراکـز تحـت مداخلـه توجه در خصوص « نگـرش پرسـنل بـه حقـوق خـود» تغییـر واضـحی در نگرش پرسـنل دیده نشد، اما کارکنان مراکز تحت مداخله نقاط ضعف بیشتری را برای نظارت سطوح بالاتر بیان می‌کردند و مهم‌ترین نقـاط ضعف مربوط به عدم جامعیت، عدم احاطه ناظرین و عدم کمک نظارت به حل مشکلات است.

بحث و نتیجه‌گیری

برای تعیین اثر خودارزیابی به‌عنوان ابزار پایش و مقایسه مشکلات کشف شده توسط خودارزیابی در مقایسه با اجرای نظارت‌های معمول، کافی است به یافته‌های مربوط به ماهیت مشکلات کشف شده در نظارت و همچنین توزیع مشکلات کشف شده در خودارزیابی (جدول شماره ۱) توجه شود. در واقع عمق و وسعت کشف مشکلات مربوط به ارایه خدمت در استفاده از ابزار خودارزیابی بیشتر از نظارت است. اشاره به عبارتی مثل پایین بودن کیفیت و یا حجم بالای مشکلات اداری کشف شده در نظارت‌ها در مقابل توجه به مشکلات مربوط به مواد آموزشی و مشکلات عمومی ارایه خدمت، خود مؤید این نکته است. بررسی برنامه عملیاتی مراکز مورد مداخله خودارزیابی نیز نشان می‌دهد که خودارزیابی می‌تواند مشکلات مربوط به مرحله پشتیبانی (کمبود تجهیزات، نبود مواد آموزشی و...) را کشف کند. همچنین در ابعاد کیفیت در ارایه خدمت، توان کشف مشکلات مربوط به اطلاعات ارایه شده، تضمین تداوم (نبود برنامه پی‌گیری)، روابط انسانی (زیاد بودن زمان انتظار)، مقبولیت مراقبت (دید منفی گروه‌های خاص نسبت به مراقبت) و حتی مهارت فنی (عدم آگاهی پرسنل از مراقبت استاندارد) را دارد. با این حال عدم بررسی مشکلات مربوط به « توان پاسخ‌گویی به نیازهای متفاوت مراجعین» و توجه کمتر به « مهارت فنی» قابل توجه هستند. از طرفی بررسی نظارت‌های معمول صورت گرفته نشان می‌دهد این نظارت‌ها به‌جز کشف مشکلات مربوط به پشتیبانی، مهارت‌های ثبتی پرسنل، روابط انسانی(ازدحام مراجعین)، آموزش‌های ارایه شده (به‌صورت توصیه به بهبود آموزش‌ها به گروه‌های هدف) و نیز کشف شواهد پرونده‌ای در مورد استمرار دریافت خدمات (به موقع نبودن مراقبت‌ها) در موارد دیگر توان کشف مشکلات را نداشته‌اند.

از طرف دیگر میانگین فاصله زمانی ۴ ماهه برای نظارت، خود نشان دهنده عدم استمرار نظارت‌های معمول است. توجه دوباره به نگرش پرسنل نسبت به نقاط ضعف اصلی نظارت که شامل عدم جامعیت، عدم احاطه ناظرین و عدم کمک به حل مشکل و تأثیرات منفی نظارت بر روحیه پرسنل است، در کنار نقاط قوت شیوه « خود ارزیابی» که شامل کار گروهی، پیدا کردن و حل مشکلات و ایجاد انگیزه در پرسنل است، نشان می‌دهد که استفاده از این ابزار می‌تواند مکمل خوبی برای نظارتی باشد که به درستی صورت گیرد. همچنین توجه به ماهیت مشکلات کشف شده در سه مرکز مداخله و ماهیت مشکلات کشف شده در مرکز پیش آزمون نشان‌دهنده این نکته مهم است که با تکرار اجرای خودارزیابی، توان پرسنل در کشف مشکلات مربوط به ارایه خدمت بیشتر می‌شود و این خود مؤید ارتقای کار گروهی پرسنل است (این پدیده در مباحث پویایی گروه به‌عنوان مراحل شکل‌گیری گروه و تحت عنوان مرحله کارآمدی مورد توجه قرار گرفته است. در واقع پس از تشکیل یک گروه، با استمرار فعالیت‌های آن و مشارکت اعضا، گروه تکامل پیدا می‌کند). از یافته‌های مهم دیگر درصد بالای مشکلات مربوط به سطوح بالاتر است. این نکته توجه به مشارکت جدی سطوح بالاتر در استفاده از این ابزار را مهم جلوه می‌دهد. یکی از محدودیت‌های عمومی در این مطالعه، فاصله زمانی ارزیابی نتایج است. لذا عملاً هنوز زمان قضاوت در مورد مقایسه موفقیت در حل مشکلات فرا نرسیده است. از محدودیت‌های دیگر مرحله ارزیابی ابزار این بود که ناظرین سطح شهرستان از اهداف نظارت خود که به منظور مقایسه مشکلات کشف شده از آنها با خودارزیابی انجام می‌شد، آگاه بودند که خود باعث تغییر شکل نظارت‌های آنها شده بود. همچنین اجرای همزمان کارگاه‌های ارتقای کیفیت و خودارزیابی در مراکز مداخله می‌توانسته بر جلسات خودارزیابی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

به‌خصوص برنامه عملیاتی و وسعت و عمق مشکلات کشف شده تأثیر گذار باشد. برگزاری این کارگاه‌ها از طرفی می‌توانسته باعث افزایش بار کاری پرسنل و ایجاد ابهام در فعالیت‌های ارتقای کیفیت گردد، به‌طوری که بر اجرای خودارزیابی اثرات منفی بگذارد.

در ارتباط با اثر « خودارزیابی» بر شرایط کار پرسنل می‌توان گفت که مهم‌ترین تغییری که در رضایت شغلی پرسنل ایجاد شده، تغییر رضایت از همکاران است. گرچه تمامی عناصر رضایت شغلی در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه افزایش نشان می‌دهد، این اختلاف فقط در مورد رضایت کلی (۰/۲۱ در مقابل ۰/۰۵- و P=۰/۰۴) و به‌طور مرزی در مورد رضایت از همکاران (۰/۲۳ در مقابل ۰/۰۱ و P=۰/۰۵) از نظر آماری معنی‌دار است.

در مورد تغییر نگرش و عملکرد پرسنل در خصوص کیفیت خدمات نیز مهم‌ترین یافته، تغییر مثبت نگرش نسبت به روابط بین پرسنل (۰/۲ در گروه مداخله در مقابل عدم تغییر در گروه مقایسه و P=۰/۰۵) است. به منظور بحث راجع به علل این تغییرات و نیز علل عدم تغییر در مورد سایر متغیرها باید مجدداً به نکاتی اشاره شود:

- محدودیت زمانی در ارزیابی نتایج: باید اذعان کرد بسیاری از تغییرات، به‌خصوص تغییرات رفتاری نیاز به زمان طولانی دارند تا بتوانند خود را نشان دهند. شاید به همین دلیل علی‌رغم تغییر مثبت در رضایت و نگرش پرسنل نسبت به رابطه با همکاران، تفاوتی در عملکرد آنها بین دو گروه مداخله و مقایسه مشاهده نمی‌شود. این موضوع را می‌توان به سایر متغیرهای مطالعه نیز تعمیم داد.

- قابلیت تکرار و اعتبار پرسشنامه‌ها: در این زمینه علاوه بر تدابیری چون پیش آزمون پرسشنامه‌ها، انجام آزمون مجدد و مطالعه الگوی پاسخ موارد، محاسبه شاخص تمایز قبل از تجزیه و تحلیل نتایج و هم‌خوانی نتایج پرسشنامه‌های مختلف می‌تواند دال بر روایی پرسشنامه‌ها باشد. در بخش بررسی سهولت آموزش پذیری و قابلیت اجرا اشاره شد که یکی از نقاط قوت مهمی که پرسنل برای خودارزیابی قایل بودند، ایجاد همدلی و روحیه کار گروهی در پرسنل است. همین یافته در مورد رضایت شغلی پرسنل نیز مشاهده می‌شود و در قسمت نگرش پرسنل در خصوص کیفیت خدمات نیز مشاهده می‌شود که بیشترین تغییر در نگرش پرسنل نسبت به روابط بین پرسنل بوده است. به عبارت دیگر ثبات موجود در نتایج حاکی از قابلیت تکرار و اعتبار مناسب پرسشنامه‌ها است.

- شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این مورد پیش‌تر اشاره شد که عملاً اجرای این کار به‌صورت همسان شده در سطح فردی مقدور نبود. لذا در این بررسی، واحد تحت مطالعه را «مرکز بهداشتی- درمانی» قرار دادیم. همچنین به‌دلیل تعداد کم مراکز در گروه‌های مداخله و مقایسه، در خصوص نتایجی که اختلاف معنی‌داری در آنها مشاهده نمی‌شود، باید به قدرت آماری (Power) مطالعه نیز توجه داشت.

- از دیگر نکاتی که می‌تواند با نتایج ارزیابی تداخل داشته باشد، برگزاری دوره‌های متنوع و متعدد آموزشی در خصوص ارتقای کیفیت است. زیرا تنوع روش‌ها می‌تواند باعث ایجاد ابهام در پرسنل و در نهایت ایجاد نگرش منفی در آنها نسبت به کل فعالیت‌هایی شود که تحت عنوان ارتقای کیفیت انجام می‌شوند و چون عملاً همزمان با اجرای اولین نوبت خودارزیابی، کارگاه آموزش ارتقای کیفیت نیز در سطح مراکز به اجرا درآمد که می‌توانست باعث ایجاد تداخل در نتایج طرح گردد، پیش‌بینی مجریان در استفاده از گروه مقایسه و تخصیص تصادفی مرکز به دو گروه باعث شد که این موضوع نتواند اثر قابل توجهی در نتایج بگذارد. گرچه عملاً تأثیر این عامل می‌تواند در جهت کم کردن اثر مداخله (آموزش خودارزیابی) باشد.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت با توجه به اثرات « خودارزیابی» بر « مشارکت کارکنان، ارزیابی از کیفیت ارایه خدمات، خلاقیت پرسنل در جهت رفع مشکلات و اهمیت به دیدگاه گیرندگان خدمت»، چهار عنصر از ویژگی‌های « خدمت کیفی» تحقق می‌یابد و باید مدیریت صحیح بحران و رهبری مناسب نیز در این اثنا فعال گردند. نکات ابراز شده در مراکز تحت مداخله و ماهیت مشکلات کشف شده مشخص می‌کند که طراحی یک ساختار مرکزی (سطح شهرستان، استان و کشور) لازمه استمرار و حمایت از اجرای این شیوه پایش است.

پیشنهاد می‌شود که ابزارهای متناسب با سطح محیطی، در دیگر سطوح، طراحی و به‌کار گرفته شوند. نکته مهم این است

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

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]

که اگر هر نوع فعالیت مبتنی بر تقویت واحدهای محیطی با پشتیبانی سطوح بالاتر هم‌خوان نباشد تغییرات ایجاد شده احتمالی در نگرش و عملکرد کارکنان مراکز پس از مدتی بی اثر خواهند شد. این مسأله به‌عنوان یک تهدید جدی برای ادامه این نوع پایش (به شیوه خودارزیابی) نیز مطرح بوده و تعمیم هر روش ارتقای کیفیت و یا پایش، مبتنی بر دیدگاه گیرنده خدمت را مورد سؤال قرار می‌دهد. به همین دلیل نگارندگان، مرحله بعدی فعالیت خود را به گسترش ظرفیت‌های سطوح شهرستان و استانی منطبق با تغییرات ایجاد شده در سطح مراکز ارایه خدمت معطوف کرده‌اند.

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 می‌دانند 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. همچنین کارکنان شریف مرکز حضرت رقیه (ع) واقع در شهرک گلستان سمنان که امکان آزمودن ابزارها را برای بار نخست فراهم کرده‌اند، شایسته تقدیر ویژه مؤلفین هستند. بالأخره شایان ذکر است که آقای دکتر شاهرخ ایزدی، گروه را در انجام آزمون‌های قابلیت تکرار پرسشنامه‌ها و آقای مهندس قاسمی در اجرای عملیات میدانی یاری کرده‌اند که به‌این‌وسیله از همکاری ایشان تشکر و تقدیر می‌شود.

توضیح این که روش شناسی این مطالعه از نظر تجارب به‌دست آمده به عنوان یکی از مطالعات نمونه در منطقه شمال آفریقا و خاورمیانه صندوق کودکان سازمان ملل متحد شناخته و استفاده از آن به سایرین توصیه شده است.

منابع

1- Valadez JJ. Assessing child survival programs in developing countries.1st Edition, 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- Pamela L, Mcneil Rabinovitz L, Shobowale M. The Use of Self Assessment in Improving the Quality of Family Planning Clinic Operation: The Experience With COPE in Africa: AVSC Working Paper No. 2,1992
5- 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 Health care 2000; 22: 34-9
6- Dos Santos Silva I. Cancer epidemiology; principles and methods. IARC Scientific Publication: Lyon, 1999
7- John ML, Spasoff RA, Harris SS, A Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press: London, 2001
8- Ebel, RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. Fourth edition. Prentice Hall: New Jersey, 1986

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.4.9]