

قضاوت قرار گیرد تا در صورت لزوم، اصلاحات لازم اعمال و کاستی‌های موجود مرتفع شود. با توجه به این‌که یکی از راه‌کارهای ارزشیابی، نظرسنجی از گیرندگان خدمات است، این مطالعه به‌منظور بررسی رضایت‌مندی مادران از خدمات دوران بارداری و پس از زایمان در سطح اول نظام شبکه ایران انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در پاییز ۱۳۹۴ انجام گرفت. جامعه پژوهش زنان سنین باروری بودند. بر اساس مطالعه ملی بررسی روند مرگ مادران ایران طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۶ و تقسیم استان‌های ایران به ۳ گروه کم‌خطر، دارای خطر متوسط و پرخطر مرگ مادران (۹)، ۶ استان شامل ۲ استان (چهارمحال و بختیاری و همدان) با کم‌تر از ۱۵ مورد مرگ مادر در یکصد هزار تولد زنده از مناطق کم‌خطر، دو استان (آذربایجان غربی و خراسان رضوی) با ۲۵-۱۵ مورد مرگ از مناطق دارای خطر متوسط و ۲ استان (گلستان و هرمزگان) با مرگ بالای ۲۵ مورد از مناطق پرخطر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر استان منتخب با توجه به برآورد حجم نمونه ($Z=1.96$, $P=0.05$, $d=0.05$) ۲۸۴ نمونه تعیین شده، ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی بخش دولتی ایران به تناسب توزیع جغرافیایی جمعیت به صورت طبقه‌ای و تصادفی انتخاب و در هر مرکز بهداشتی-درمانی منتخب، ۲۰-۱۵ نفر از مادرانی که در دوره‌ی بارداری زیر پوشش و بیش از ۲ ماه پیش از مطالعه، زایمان نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. شناسایی و انتخاب مادران با همکاری کارکنان بهداشتی مرکز منتخب انجام گرفت، که ابتدا فهرست مشخصات مادران با دارا بودن شرایط ورود به مطالعه (زیر پوشش مرکز بودن و فاصله بیش از ۲ ماه با زایمان اخیر) تهیه و متعاقب آن از طرف کارکنان بهداشتی برای مصاحبه حضوری به مرکز دعوت شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه طراحی شده بر اساس چهارچوب فرم‌های مراقبتی پرونده بهداشتی مادران دارای متغیرهایی شامل منطقه مورد بررسی، محل سکونت (شهری/روستایی)، جمعیت شهری شهرهای مورد بررسی، سن، تحصیلات و شغل مادر، سن، تحصیلات و شغل همسر، مراقبت پیش از بارداری، تعداد بارداری، سقط، مرده‌زایی، فرزندان زنده، مواجهه با عامل خطر و بیماری در طول بارداری، کم‌خونی سه ماهه اول، زمان شروع نخستین مراقبت بارداری، تعداد مراقبت دوره‌ی بارداری و پس از زایمان مادر بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی

ارایه خدمات بهداشتی-درمانی با توجه به رویکرد «ارایه خدمات با کیفیت مطلوب» قابل توجه است (۲). مطالعه‌های انجام شده نشان می‌دهند که رضایت گیرندگان خدمات بهداشتی-درمانی صفتی چند بعدی و متأثر از عوامل فردی و زمینه‌ای (مانند وضع فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی) افراد است (۳) و این عوامل تأثیرگذار موجب می‌شود که گیرندگان ناراضی کم‌تر تجویزهای پزشکی را انجام دهند، کم‌تر مشاوره‌ها و توصیه‌های پیش‌گیرانه خود را پی‌گیری نمایند و در نتیجه کنترل کم‌تری بر علائم و نشانه‌های خطر داشته باشند و با احتمال بیشتری، پزشک یا مرکز ارائه‌دهنده خدمت را تغییر دهند (۴). در خصوص رضایت‌مندی گیرندگان خدمات بهداشتی-درمانی مطالعه‌های مختلفی انجام گرفت که هر کدام به جنبه‌های خاصی از خدمات پرداختند.

در مطالعه اشرفیان امیری و همکاران از ۹۵۵ بیمار بیمه روستایی مراجعه‌کننده به سطح ۱ و ۲ نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران که موفق به دریافت خدمات شدند، رضایت بیماران از خانه بهداشت بیشتر از مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها و متخصصان سطح ۲ بوده است (۵). پژوهشی که مفتون و همکاران با بررسی ۱۱۲۰۰ بیمار گیرنده خدمت در ۳۲ استان ایران انجام دادند، میانگین امتیاز رضایت بیمه‌شدگان روستایی از پزشکان و ماماها بیش از حد متوسط و ارزیابی کلی افراد مورد بررسی در خصوص رضایت از وضع فعلی خدمات نسبت به پیش از اجرای برنامه ۱۲/۶ امتیاز (از ۱۵ امتیاز) بوده است (۶). یافته‌های پژوهش نیل و همکاران در مورد رضایت زنان از خدمات واحد مادر و کودک در شمال غرب انگلستان نشان داد که بیش‌ترین میزان رضایت به ترتیب به عوامل محیطی، آگاهی دادن در زمینه چگونگی مراقبت از خود و نوزاد، امکان ملاقات با همراهان و کم‌ترین میزان هم به مشاوره با پزشک در زمینه مشکلات مادر و نوزاد و با پرستار اختصاص داشت (۷).

یافته‌های مطالعه‌های انجام شده نشان می‌دهند که رضایت‌مندی گیرندگان خدمات سلامت در ابعاد، سازمان‌ها و مناطق مختلف متفاوت بوده و هر سازمان یا واحد بهداشتی ممکن است با سطح و میزان متفاوتی از رضایت گیرندگان خدمات خود مواجه باشد. از آنجایی‌که ارزشیابی برنامه‌ها برای سنجش میزان پیشرفت یا شناسایی انحرافات احتمالی غیر قابل اجتناب بوده و از مهم‌ترین کارکردهای مدیریت به‌شمار می‌آید (۸)، بنابراین ضروری است هر برنامه‌ای از جمله برنامه کشوری مادری ایمن در راستای ارایه مراقبت‌های دوره بارداری و پس از زایمان مورد ارزیابی و

درمانی منتخب و بررسی مستندات پرونده بهداشتی تکمیل شد و به موازات آن با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با مادران داده‌هایی شامل نوع منزل مسکونی (آپارتمانی/غیر آپارتمانی)، مالکیت منزل مسکونی (شخصی/غیر شخصی)، برخورداری از اتومبیل شخصی یا خانوادگی، فاصله بین محل سکونت تا مرکز دریافت خدمات (پای پیاده/وسیله نقلیه)، شرایط رخداد حاملگی (خواسته/ناخواسته)، تعداد ازدواج مادر، نسبت فامیلی با همسر، داشتن خاطرات تلخ و ناگوار مرتبط با دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان، ۱۳ سؤال در خصوص رضایت‌مندی از شرایط، تسهیلات واحدهای بهداشتی، ارائه‌دهنده خدمات دوران بارداری و پس از زایمان در سطح اول نظام شبکه ایران را نشان می‌دهند.

همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد بالاترین سطح رضایت‌مندی مادران در خصوص چگونگی برخورد، کامل بودن خدمات، آموزش‌های بهداشتی، کافی بودن مکمل‌های دارویی و پایین‌ترین سطح رضایت‌مندی در خصوص فاصله بین منزل تا واحد بهداشتی بود. جدول شماره ۲ میانگین میزان رضایت‌مندی مادران را در خصوص واحد و کارکنان بهداشتی بر حسب میزان خطر مرگ مادر در مناطق جغرافیایی ایران نشان می‌دهد.

علاوه بر ارائه خدمات دوره بارداری و پس از زایمان توسط کارکنان بهداشتی (ماماها یا بهورزان)، پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی هم سهم زیادی در ارائه خدمات به مادران داشتند. در این مطالعه ۲۴۰۹ نفر از مادران (۸۹/۳ درصد) اظهار نمودند که حداقل یکبار خدمات مرتبط با بارداری یا پس از زایمان را از پزشک مرکز بهداشتی درمانی دریافت نمودند و ۲۹۰ نفر (۱۰/۷ درصد) اعلام کردند که در طول دوره بارداری و پس از زایمان هیچ مراجعه‌ای نزد پزشک مرکز نداشتند. تعداد ویزیت مادران توسط پزشکان شاغل مراکز بهداشتی درمانی از حداقل یک بار تا حداکثر ۱۵ بار با میانگین $4/5 \pm 3/7$ بار متفاوت بود. جدول ۲ سطح رضایت‌مندی مادران را از پزشک ارائه‌دهنده خدمات در سطح اول نظام شبکه ایران به تفکیک موارد رضایت‌مندی نشان می‌دهد.

با توجه به داده‌های جدول شماره ۲، رضایت مادران از نحوه برخورد و کیفیت برقراری ارتباط پزشک در بالاترین و از میزان آموزش، توصیه‌ها یا راهنمایی‌های پزشک در پایین‌ترین سطح قرار دارد.

رضایت‌مندی کلی مادران از مجموعه عوامل مختلف تاثیرگذار در کیفیت خدمات دوران بارداری و پس از زایمان خود تحت تاثیر متغیرهای مختلفی قرار می‌گیرد. جدول شماره ۳ ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی را با رضایت‌مندی مادران نشان می‌دهد.

بین رضایت‌مندی کلی مادران و نسبت فامیلی با همسر، تعدد ازدواج مادر، سن مادر، شغل مادر، سن همسر، شغل همسر، سابقه

درمانی منتخب و بررسی مستندات پرونده بهداشتی تکمیل شد و به موازات آن با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با مادران داده‌هایی شامل نوع منزل مسکونی (آپارتمانی/غیر آپارتمانی)، مالکیت منزل مسکونی (شخصی/غیر شخصی)، برخورداری از اتومبیل شخصی یا خانوادگی، فاصله بین محل سکونت تا مرکز دریافت خدمات (پای پیاده/وسیله نقلیه)، شرایط رخداد حاملگی (خواسته/ناخواسته)، تعداد ازدواج مادر، نسبت فامیلی با همسر، داشتن خاطرات تلخ و ناگوار مرتبط با دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان، ۱۳ سؤال در خصوص رضایت‌مندی از شرایط، تسهیلات واحدهای بهداشتی، ارائه‌دهنده خدمات دوران بارداری و پس از زایمان شامل بهورزان، ماماها و پزشکان جمع‌آوری شد. روایی پرسشنامه با نظرخواهی از ۷ نفر شامل ۲ کارشناس شاغل در اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، دو متخصص زنان عضو هیأت علمی، سه کارشناس مامای شاغل در مراکز بهداشتی درمانی به شکل صوری تأیید و پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ به میزان ۸۹ درصد محاسبه شد. با توجه به کد اخلاق AJUMS.REC.1393.119، برای هر مادر منتخب توضیحات مختصری در خصوص هدف طرح و مدت زمان لازم برای پرسشگری ارائه شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسشگری توسط کارشناسان زن آموزش دیده انجام شد.

سؤالات مربوط به متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی از نوع باز و بسته بوده که پاسخ سؤالات بسته با کدگذاری و سؤالات باز که کمی گسسته بوده به همان شکل عددی وارد نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۰۷ (XLSX) شده است. تمامی سؤالات مرتبط با رضایت‌مندی از نوع بسته با مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) بوده که برای امتیازدهی پاسخ سؤالات به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. برای قضاوت راضی بودن مادران از خدمات واحدهای سطح اول نظام شبکه، میانگین وزنی با وزن ۳/۵ و بالاتر (از ۵ نمره حداکثر) ملاک عمل قرار گرفت. داده‌ها با آزمون مربع کای^۱ برای متغیرهای کیفی اسمی و رگرسیون لجستیک با روش حذف رو به عقب^۲ برای متغیرهای طبقه‌بندی شده دوگروهی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۲۷۲۲ مادر شرکت‌کننده در مطالعه، ۲۱۸۷ نفر

^۱ Chi-Square

^۲ Stepwise Backward Logistic Regression Model

در جدول شماره ۴ کلیه متغیرها به صورت کیفی دو حالت طبقه بندی شدند و گروه رفرنس هر کدام با ستاره مشخص شده است. همانطور که جدول ۴ نشان می دهد، در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله ای، با ۱۲ مرحله آزمون انجام شده، نهایتاً پنج متغیر به عنوان عوامل تاثیرگذار در رضایت مندی مادران که همگی معنی دار می باشند، باقی ماندند. به عبارتی از ۱۶ متغیر معنی دار در رضایت مندی مادران با آزمون کای دو (جدول شماره ۳)، ۱۱ متغیر به عنوان عوامل غیرتاثیرگذار در رضایت مندی مادران حذف شدند.

سقط، سابقه مرده زایی، عوامل خطر در بارداری، شرایط بروز حاملگی (خواستہ / ناخواستہ)، دفعات دریافت اسید فولیک، کم خونی سه ماهه اول و نوع زایمان رابطه معنی دار وجود نداشت ($P > 0.05$).

در تجزیه و تحلیل داده ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو که ۱۶ متغیر با رضایت مندی مادران رابطه معنی دار وجود داشت، کل ۱۶ متغیر بطور همزمان با آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله ای (Backward LR) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴ ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی را با رضایت مندی مادران نشان می دهد.

جدول شماره ۱ - سطح رضایت مندی مادران از واحد و کارکنان بهداشتی (ماماها یا بهورزان) ارائه دهنده خدمات دوران بارداری و پس از زایمان در سطح اول نظام

شبکه ایران

| کل | سطح رضایت | | | موارد رضایت از |
|------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| | کم و خیلی کم (تعداد (درصد)) | متوسط (تعداد (درصد)) | زیاد و خیلی زیاد (تعداد (درصد)) | |
| ۲۷۱۱ | ۹۷ (۳/۵) CI(۰/۰۲۹-۰/۰۴۳) | ۶۵۸ (۲۴/۳) CI(۰/۲۲۶-۰/۲۵۸۹) | ۱۹۵۵ (۷۲/۲) CI(۰/۷۰۵-۰/۷۳۸) | نظافت و تمیزی واحد بهداشتی |
| ۲۷۰۴ | ۲۹۶ (۱۰/۹) CI(۰/۰۹۸-۰/۱۲۱) | ۷۲۳ (۲۶/۷) CI(۰/۲۵۱-۰/۲۸۴) | ۱۶۸۵ (۶۲/۳) CI(۰/۶۰۵-۰/۶۴۱) | فاصله بین منزل تا واحد بهداشتی برای دریافت خدمات مورد نیاز |
| ۲۷۰۷ | ۱۵۹ (۵/۹) CI(۰/۰۴۹-۰/۰۶۸) | ۵۸۶ (۲۱/۶) CI(۰/۲۰۱-۰/۲۳۲) | ۱۹۶۲ (۷۲/۵) CI(۰/۷۰۸-۰/۷۴۲) | مدت زمان صرف شده در واحد بهداشتی برای دریافت خدمات مورد نیاز |
| ۲۷۰۷ | ۹۹ (۳/۷) CI(۰/۰۲۹-۰/۰۴۴) | ۴۷۲ (۱۷/۴) CI(۰/۱۶۰-۰/۱۸۹) | ۲۱۳۶ (۷۸/۹) CI(۰/۷۷۴-۰/۸۰۴) | حضور به موقع و کامل کارکنان بهداشتی (در وقت اداری) |
| ۲۶۹۶ | ۸۲ (۳/۹) CI(۰/۰۲۴-۰/۰۳۷) | ۳۶۱ (۱۳/۴) CI(۰/۱۲۱-۰/۱۴۷) | ۲۲۵۳ (۸۳/۶) CI(۰/۸۲۲-۰/۸۵۰) | چگونگی برخورد و برقراری ارتباط کارکنان بهداشتی (عاطفی، مؤدبانه و مسؤولانه بودن) |
| ۲۶۹۵ | ۷۳ (۲/۷) CI(۰/۰۲۱-۰/۰۳۳) | ۴۴۲ (۱۶/۴) CI(۰/۱۵۰-۰/۱۷۸) | ۲۱۸۰ (۸۰/۹) CI(۰/۷۹۴-۰/۸۲۴) | دانش و مهارت کارکنان بهداشتی در ارائه خدمات بارداری و پس از زایمان |
| ۲۶۹۵ | ۸۴ (۳/۱) CI(۰/۰۲۵-۰/۰۳۸) | ۳۴۳ (۱۲/۷) CI(۰/۱۱۵-۰/۱۴۰) | ۲۲۶۸ (۸۴/۲) CI(۰/۸۲۸-۰/۸۵۵) | کامل بودن خدمات (اندازه گیری وزن، فشارخون، نبض و درجه حرارت، بررسی اندازه رحم و شنیدن صدای قلب جنین، معاینه ...) |
| ۲۶۹۶ | ۷۱ (۲/۶) CI(۰/۰۲۵-۰/۰۳۳) | ۳۸۲ (۱۴/۲) CI(۰/۱۲۷-۰/۱۵۳) | ۲۲۴۳ (۸۳/۲) CI(۰/۸۱۸-۰/۸۴۶) | میزان آموزش و توصیه ها یا راهنمایی هایی که پرسنل بهداشتی برای حفظ و ارتقای سلامت می دهد |
| ۲۶۸۷ | ۱۲۴ (۴/۶) CI(۰/۰۳۸-۰/۰۵۴) | ۲۶۴ (۹/۸) CI(۰/۰۸۷-۰/۱۱۰) | ۲۲۹۹ (۸۵/۶) CI(۰/۸۴۲-۰/۸۶۹) | کافی بودن مکمل های دارویی دریافت شده مثل قرص آهن، اسید فولیک یا مولتی ویتامین |

جدول شماره ۲ - سطح رضایت‌مندی مادران از پزشک ارائه‌دهنده خدمات در سطح اول نظام شبکه ایران

| کل | سطح رضایت | | | موارد رضایت از |
|------|------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| | کم و خیلی کم تعداد (درصد) | متوسط تعداد (درصد) | زیاد و خیلی زیاد تعداد (درصد) | |
| ۲۳۹۶ | ۸۰ (۳/۳) CI(۰/۰۲۶-۰/۰۴۱) | ۵۵۶ (۲۳/۲) | ۱۷۶۰ (۷۳/۵) CI(۰/۷۱۹-۰/۷۵۲) | چگونگی برخورد و برقراری ارتباط پزشک معاینه کننده (عاطفی، مؤدبانه و مسؤولانه بودن) |
| ۲۴۰۲ | ۹۳ (۳/۹) CI(۰/۰۳۱-۰/۰۴۶) | ۵۸۶ (۲۴/۴) | ۱۷۲۳ (۷۱/۷) CI(۰/۶۹۹-۰/۷۳۵) | دانش و مهارت پزشک معاینه کننده در ارائه خدمات بارداری و پس از زایمان |
| ۲۳۸۴ | ۱۰۱ (۴/۲) CI(۰/۰۳۴-۰/۰۵۱) | ۴۸۵ (۲۰/۳) | ۱۷۹۸ (۷۵/۴) CI(۰/۷۳۷-۰/۷۷۲) | کامل بودن خدمات پزشک معاینه‌کننده (اندازه‌گیری وزن، فشارخون، نبض و درجه حرارت، بررسی اندازه رحم و شنیدن صدای قلب جنین، معاینه ...) |
| ۲۳۷۲ | ۱۳۴ (۵/۶) CI(۰/۰۴۷-۰/۰۶۶) | ۵۷۴ (۲۴/۲) | ۱۶۶۴ (۷۰/۲) CI(۰/۶۸۳-۰/۷۲۰) | میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که پزشک معاینه‌کننده برای حفظ و ارتقای سلامتی می‌دهد |

جدول شماره ۳- ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و رضایت‌مندی مادران از خدمات دوران بارداری و پس از زایمان در سطح اول نظام شبکه

ایران

| متغیرهای تأثیرگذار | رضایت‌مندی | رضایت | | کل | p-Value |
|--|-------------------------|----------------------|------------------------|------|---------|
| | | راضی تعداد (درصد) | ناراضی تعداد (درصد) | | |
| مناطق مورد بررسی بر حسب خطر مرگ مادر | با خطر پایین مرگ مادر | ۶۵۶ (۷۶/۴) | ۲۰۳ (۲۳/۶) | ۸۵۹ | ۰/۰۰۲ |
| | با خطر متوسط مرگ مادر | ۷۲۷ (۸۲/۵) | ۱۵۴ (۱۷/۵) | ۸۸۱ | |
| | با خطر بالای مرگ مادر | ۸۰۴ (۸۱/۹) | ۱۷۸ (۱۸/۱) | ۹۸۲ | |
| منطقه سکونت | شهری | ۱۰۹۴ (۷۴/۳) | ۳۷۸ (۲۵/۷) | ۱۴۷۲ | ۰/۰۰۱ |
| | روستایی | ۱۰۹۳ (۸۷/۴) | ۱۵۷ (۱۲/۶) | ۱۲۵۰ | |
| اتومبیل شخصی | داشتند | ۹۸۸ (۸۳/۷) | ۱۹۳ (۱۶/۳) | ۱۱۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| | نداشتند | ۹۹۸ (۷۶/۹) | ۳۰۰ (۲۳/۱) | ۱۲۹۸ | |
| مدت زمان مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی (با پای پیاده) | تا یک ربع ساعت | ۱۵۲۹ (۸۲/۲) | ۳۳۱ (۱۷/۸) | ۱۸۶۰ | <۰/۰۰۱ |
| | بیش از یک ربع | ۶۳۹ (۷۶/۱) | ۲۰۱ (۲۳/۹) | ۸۴۰ | |
| مدت زمان مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی (با وسیله نقلیه) | تا ۵ دقیقه | ۱۸۳۵ (۸۱/۶) | ۴۱۵ (۱۸/۴) | ۲۲۵۰ | ۰/۰۰۱ |
| | بیش از ۵ دقیقه | ۲۸۷ (۷۱/۶) | ۱۱۴ (۲۸/۴) | ۴۰۱ | |
| تحصیلات مادر | بی‌سواد تا پایان متوسطه | ۹۶۴ (۸۳/۹) | ۱۸۵ (۱۶/۱) | ۱۱۴۹ | ۰/۰۰۱ |
| | دبیرستان تا دانشگاهی | ۱۱۵۱ (۷۷/۹) | ۳۲۷ (۲۲/۱) | ۱۴۷۸ | |
| تحصیلات همسر | بی‌سواد تا پایان متوسطه | ۱۰۸۳ (۸۲/۹) | ۲۲۳ (۱۷/۱) | ۱۳۰۶ | ۰/۰۰۱ |
| | دبیرستان تا دانشگاهی | ۱۰۳۶ (۷۸/۱) | ۲۹۱ (۲۱/۹) | ۱۳۲۷ | |
| تعداد بارداری | ۱-۲ بار | ۱۴۲۹ (۷۹/۷) | ۳۶۳ (۲۰/۳) | ۱۷۹۲ | ۰/۰۱۳ |
| | بیش از ۲ بار | ۷۰۲ (۸۳/۵) | ۱۳۹ (۱۶/۵) | ۸۴۱ | |

| | | | | | |
|-------|------|------------|----------------|------------------|---|
| ۰/۰۱۱ | ۲۱۰۶ | ۴۳۴ (۲۰/۶) | (۷۹/۴) ۱۶۲۲ | ۱-۲ فرزند | تعداد فرزندان |
| | ۶۰۶ | ۹۹ (۱۶/۳) | ۵۰۷ (۸۳/۷) | بیش از ۲ فرزند | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۳۰۷ | ۳۱۱ (۲۳/۸) | ۹۹۶ (۷۶/۲) | نداشتند | سابقه مراقبت پیش از بارداری |
| | ۱۴۱۵ | ۲۲۴ (۱۵/۸) | (۸۴/۲) ۱۱۹۱ | داشتند | |
| ۰/۰۳۱ | ۱۷۸۰ | ۳۱۲ (۱۷/۵) | (۸۲/۵) ۱۴۵۸ | سه ماهه اول | شروع نخستین مراقبت بارداری |
| | ۳۴۷ | ۸۰ (۲۳/۱) | ۲۶۷ (۷۶/۹) | سه ماهه دوم | |
| | ۳۱ | ۸ (۲۵/۸) | ۲۳ (۷۴/۲) | سه ماهه سوم | |
| ۰/۰۲۶ | ۱۵۳۹ | ۳۱۲ (۲۰/۳) | (۷۹/۷) ۱۲۲۷ | ۱-۵ بار | دفعات دریافت قرص آهن |
| | ۱۰۳۳ | ۱۷۷ (۱۷/۱) | ۸۵۶ (۸۲/۹) | بیش از ۵ بار | |
| ۰/۰۰۱ | ۸۴۵ | ۱۱۳ (۱۳/۴) | ۷۳۲ (۸۶/۶) | نداشتند | خاطرات تلخ و ناگوار دوره بارداری |
| | ۱۸۱۶ | ۴۰۶ (۲۲/۴) | (۷۷/۶) ۱۴۱۰ | داشتند | |
| ۰/۰۰۱ | ۷۵۱ | ۹۸ (۱۳/۰) | ۶۵۳ (۸۷/۰) | نداشتند | خاطرات تلخ و ناگوار دوره زایمان و پس از زایمان |
| | ۱۹۱۰ | ۴۲۳ (۲۲/۱) | (۷۷/۹) ۱۴۸۷ | داشتند | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۶۹ | ۵۶ (۳۳/۱) | ۱۱۳ (۶۶/۹) | عدم مراقبت (صفر) | تعداد مراقبت پس از زایمان |
| | ۳۰۶ | ۸۸ (۲۸/۸) | ۲۱۸ (۷۱/۲) | یکبار | |
| | ۱۰۱۲ | ۲۱۰ (۲۰/۸) | ۸۰۲ (۷۹/۲) | دو بار | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۲۳۵ | ۱۸۱ (۱۴/۷) | (۸۵/۳) ۱۰۵۴ | سه بار | سطح اثربخشی مجموعه خدمات دریافت شده دوران بارداری و پس از زایمان برای سلامت مادر، جنین و نوزاد (از دیدگاه مادر) |
| | ۱۲ | ۱۰ (۸۳/۳) | ۲ (۱۶/۷) | خیلی کم | |
| | ۳۹ | ۲۹ (۷۴/۴) | ۱۰ (۲۵/۶) | کم | |
| | ۳۴۱ | ۱۷۲ (۵۰/۴) | ۱۶۹ (۴۹/۶) | متوسط | |
| ۰/۰۰۱ | ۹۹۹ | ۲۳۲ (۲۳/۲) | ۷۶۷ (۷۶/۸) | زیاد | خیلی زیاد |
| | ۱۲۴۸ | ۶۷ (۵/۴) | (۹۴/۶) ۱۱۸۱ | | |

با توجه به داده‌های جدول ۲، رضایت مادران تحت تأثیر ۱۶ متغیر قرار گرفت.

جدول شماره ۴- ارتباط متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی با رضایت‌مندی مادران ایران

| متغیر مورد بررسی | OR Exp(B) | فاصله اطمینان %۹۵ | P-Value | رتبه |
|--|-----------|-------------------|---------|------|
| مناطق بر حسب خطر مرگ مادر (با خطر پایین مرگ مادر/ با خطر متوسط و بالای مرگ مادر)* | ۰/۷۰۸ | ۰/۵۳۱-۰/۹۴۴ | ۰/۰۱۸ | ۱ |
| منطقه سکونت (شهری/روستایی)* | ۰/۴۱۶ | ۰/۳۱۲-۰/۵۵۴ | ۰/۰۰۰ | ۲ |
| مدت زمان مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی با وسیله نقلیه (تا ۵ دقیقه/ بیش از ۵ دقیقه)* | ۱/۶۰۰ | ۱/۱۱۵-۲/۲۹۶ | ۰/۰۱۱ | ۳ |
| خاطرات تلخ و ناگوار دوره بارداری (نداشتند/ داشتند)* | ۱/۳۹۸ | ۱/۰۲۰-۱/۹۱۸ | ۰/۰۳۸ | ۴ |
| مؤثر بودن مجموعه خدمات دریافت شده (کم و متوسط/ زیاد و خیلی زیاد)* | ۰/۱۳۳ | ۰/۰۹۸-۰/۱۸۰ | <۰/۰۰۱ | ۵ |

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مادران مورد بررسی بیش‌ترین رضایت‌مندی را از چگونگی برخورد و برقراری ارتباط کارکنان بهداشتی، کامل بودن خدمات و میزان آموزش‌های ارائه شده داشتند و این با مطالعه نیک‌پور که گزارش نمود زنان از چگونگی ارتباط ارائه‌دهندگان، آموزش‌های دریافت شده، دسترسی به مراقبت‌ها و کیفیت مراقبت‌ها بیش‌تر رضایت داشتند (۱۰)، هم‌خوانی دارد. برخلاف یافته‌های نظرسنجی به‌عمل آمده در زمینه‌ی اقتصادی و اجتماعی، یافته‌های این مطالعه و بسیاری از مطالعه‌های انجام شده در حوزه‌ی سلامت در مورد سنجش رضایت گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی، سطوح بالایی از رضایت را نشان دادند (۱۱) و این در حالی است که در اغلب موارد، نیازهای برآورده نشده بسیاری دیده می‌شود (۱۲). بالا بودن سطح رضایت گیرندگان خدمات سلامت ممکن است با سطح آگاهی آنان مرتبط باشد که آشنایی چندانی از محتوا و جامعیت خدمات مورد نیاز نداشته و به دلیل آشنایی ناکافی از ابعاد کمی و کیفی خدمات دریافت شده، رضایت بالاتری را اعلام می‌نمایند.

یکی از یافته‌های این پژوهش بالا بودن سطح رضایت‌مندی مادران از چگونگی برخورد و برقراری ارتباط کارکنان بهداشتی و پزشکان مراکز بهداشتی- درمانی است، که با مطالعه اشرفیان امیری و همکاران (۵) هم‌راستا است. به‌طور یقین، برقراری ارتباط مناسب مراقبتی یکی از عناصر اصلی حمایت از گیرندگان خدمات بوده، که این ارتباط بر اساس اهداف و انگیزه‌ی مراقبت و میزان اثربخشی آن در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت متفاوت است. در مطالعه Salonen به دلیل نبود ارتباطات مناسب، مادران از عدم مراقبت، اعمال خشونت و نادیده گرفتن حقوق بیمار توسط ارائه‌دهندگان خدمات معترض و گاهی کارکنان را به ماشین‌های بی‌روح و همانند ربات تشبیه کرده بودند (۱۳). ارتباط پزشک و ماما با مادران فقط به رضایت مادران از فرایند ارائه مراقبت‌ها خلاصه نمی‌شود، بلکه بر یادآوری اطلاعات و اثربخشی آموزش‌ها، دستورها و توصیه‌های پیش‌گیرانه یا درمانی هم مؤثر است (۱۴). بنابراین ارتباطات نامناسب با مادران ممکن است به مخفی ماندن مشکلات (وجود رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، کمبودهای تغذیه‌ای و ...) و نیازهای مرتبط به مراقبت منجر شود. بسیاری از پژوهشگران میزان رضایت را با طریقه‌ی برخورد کارکنان، تشخیص درست بیماری یا علائم خطر و اطلاع‌رسانی به‌موقع

مرتبط دانسته‌اند؛ چرا که رفتار مؤدبانه و مناسب نه تنها زمینه جذب گیرندگان خدمات سلامت را در هر یک از مراحل مراقبت و پی‌گیری فراهم می‌کند، بلکه تأمین و رفع نیازهای فردی مراجعان، انگیزه‌ی لازم را برای پیشنهاد به دیگر افراد جامعه برای مراجعه به واحدهای بهداشتی و دریافت خدمات سلامت ایجاد خواهد کرد (۱۵،۱۶).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که پایین‌ترین میزان رضایت‌مندی مادران در خصوص دسترسی فیزیکی یا فاصله بین منزل تا واحد بهداشتی چه با پای پیاده و چه با وسیله نقلیه بود. دسترسی آسان به واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت همواره یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در ایجاد و افزایش رضایت‌مندی مد نظر بوده است. در برنامه بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، یکی از تعهدات دولت‌ها این بوده که خدمات اولیه بهداشتی- درمانی را در محل‌هایی ارائه نمایند که با حداکثر یک ساعت پیاده‌روی یا یک ربع ساعت با وسیله نقلیه قابل دسترسی باشد. در مطالعه رضاپور و همکاران دوری مسیر یا دسترسی نامناسب، پنجمین علت عدم مراجعه برای دریافت نیازهای مراقبت سلامت بود (۱۷). البته در این مطالعه متوسط مدت زمان مسافت مادران بین منزل تا واحد بهداشتی با پای پیاده و با وسیله نقلیه را که به ترتیب ۱/۵ و ۴/۸ دقیقه نشان می‌دهد، به نظر نمی‌رسد زمان زیادی باشد. این یافته می‌تواند برای مدیران و مجریان نظام شبکه قابل ملاحظه و قابل تأمل باشد، که در استقرار یک واحد بهداشتی، سطح دسترسی فیزیکی جمعیت زیر پوشش را بیش از پیش مد نظر قرار دهند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رضایت‌مندی مادران ساکن مناطق روستایی با اختلاف آماری معنی‌داری بیش از مناطق شهری بوده است. سطح رضایت‌مندی بالاتر در مادران ساکن مناطق روستایی ممکن است چندین دلیل از جمله برخورد صمیمانه‌تر کارکنان، فاصله کوتاه‌تر بین منزل و واحد بهداشتی و همین‌طور پایین‌تر بودن سطح سواد مادران و برخورداری کم‌تر از رفاه اقتصادی و اجتماعی که احتمالاً انتظار و توقع کم‌تری از مرکزهای بهداشتی درمانی و کارکنان آن دارند، داشته باشد. یکی از دیگر دلایل تأثیرگذار می‌تواند به اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی مربوط باشد که با اجرای برنامه یاد شده، تعداد پزشک و مامای خانواده افزایش چشم‌گیری یافته و ضمن تسهیل در دسترسی به پزشک و ماما، احتمالاً باعث بهبود ارائه خدمات شده است (۱۸).

این پژوهش نشان داد که حدود ۸۵ درصد مادران مجموعه‌ی خدماتی که در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان از واحد بهداشتی

افزایش سطح تحصیلات جامعه، تلاش مضاعفی را برای ارتقای کمیت و کیفیت خدمات به عمل آورند.

از محدودیت‌های این مطالعه، آن است که همه‌ی مادران بیش از ۲ ماه پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفتند و گذشت زمان ممکن است خیلی از نواقص موجود در ارائه خدمات را از ذهن مادران دور نموده و در هنگام نظرسنجی به فراموشی سپرده شود. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه عدم نظرسنجی از مادرانی است که در طول دوران بارداری و پس از زایمان به واحدهای بهداشتی دولتی مراجعه نکردند، که یکی از دلایل عدم مراجعه ممکن است عدم رضایت از خدمات بخش دولتی باشد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که با وجود بالا بودن سطح رضایت‌مندی، هنوز یک پنجم مادران از خدمات بارداری و پس از زایمان واحدهای سطح اول نظام شبکه ایران ناراضی و عوامل زیادی در رضایت‌مندی آن‌ها تأثیرگذار است. با توجه به این‌که مداخله روی برخی از عوامل تأثیرگذار امکان‌پذیر و منجر به بهبود عملکرد واحدهای سطح اول نظام شبکه و افزایش رضایت‌مندی گیرندگان خدمات می‌شود، پیشنهاد می‌شود متناسب با میزان اثربخشی عوامل تأثیرگذار، برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با اعتبار پژوهشی شماره U-94072 دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مساعدت واحد سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه، بابل، شهرکرد، گلستان، مشهد، هرمزگان و همدان اجرا شد. از تمامی مدیران، کارشناسان، کارکنان، پرسشگران و مادرانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

دریافت کردند، در سطح زیاد و خیلی زیاد برای سلامت خود و فرزندشان مؤثر می‌دانستند که نسبت به مطالعه سیمبر کمی بیش‌تر بود (۱۹) و این اختلاف ممکن است هم به تفاوت در نمونه پژوهش و هم به واحد بهداشتی ارائه‌دهنده خدمات سلامت مربوط باشد. این مطالعه تأیید نمود که برداشت اثربخش بودن خدمات دریافت شده، نقش بارزی در ایجاد رضایت گیرندگان خدمات دارد. ایجاد ارتباط مستقیم معنی‌دار بین اثربخشی خدمات و رضایت گیرندگان یکی از عوامل مهم برای پایداری و تداوم اجرای برنامه‌های سلامت است که هم‌واره مورد تأکید سیاست‌گذاران و مجریان نظام سلامت قرار دارد (۲۰).

در این پژوهش، ارتباط آماری معنی‌داری بین خاطرات تلخ و ناگوار دوره‌ی بارداری و رضایت‌مندی مادران مورد تأیید قرار گرفت، که این می‌تواند پیامی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و هم‌چنین مدیران و کارشناسان ستادی پایش‌کننده‌ی برنامه‌های سلامت باشد، که در مواجهه با مادرانی که دارای علائم خطر هستند، ترس و نگرانی از سلامت خود یا جنین دارند، وضع برای آنان غیرعادی شده است، توجه بیش‌تری نمایند، نیازهای آن‌ها را سریع‌تر تأمین و در ارائه خدمات مشاوره‌ای مدت زمان بیش‌تری را صرف نمایند.

این مطالعه نشان داد رضایت‌مندی مادران به‌طور معنی‌داری در مناطق با خطر پایین مرگ مادر، کم‌تر است. تفاوت ایجاد شده که احتمالاً ممکن است بر خلاف انتظار درصدی از صاحب‌نظران باشد، احتمالاً به سطح سواد مادران و برخورداری از رفاه اقتصادی و اجتماعی آن‌ها مربوط است. در این مطالعه بین سطح تحصیلات و رضایت‌مندی مادران رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده شد، که با یافته‌های مطالعه سایر پژوهشگران هم‌خوانی دارد (۲۲-۲۱). این یافته می‌تواند بیان‌گر آن باشد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر به دلیل آگاهی وسیع‌تر از ابعاد کمی و کیفی خدمات دریافت شده و دفاع بیش‌تر از حقوق خویش و هم‌چنین احتمالاً با برخورداری از رفاه بیش‌تر اقتصادی و اجتماعی، انتظار و توقع بیش‌تری از مراکز بهداشتی- درمانی و کارکنان آن دارند که این باید توسط مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی درک و به موازات

منابع

1. Seyedi Andi S, Shojaeizadeh D, Batebi A, Hoseini M, Rezai R. Client Satisfaction with Health System Services Offered by Urban Health Care Centers of Shahid Behehti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. JBUMS. 2009; 10: 80-87.
2. Saif Rabiei MA, Shahidzadeh Mahani A. Patient Satisfaction: a Study of Hamedan Teaching and General Hospitals. Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research 2006; 5: 271-79.

3. Kolta T. The Determination of Patient Satisfaction as a Part of Quality Management in Hospital. *Dtsch Med Wochen* 1996; 121 (28-29): 889-95.
4. Rao K, Meiberger M, Kruvank K, Visit-Specific Expectation and Patient-centered Outcome. *Journal of Family Medicine*. 2000; 9: 48-56.
5. Ashrafiyan Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Rahimi kolamrodi H, et al . Satisfaction of Patients with Rural Insurance in Terms of the First and Second Levels of Health Services Presentation in Northern Provinces of Iran. *J of Guilan University of Med Sci*. 2014; 23: 14-23.
6. Maftoon F, Aeinparast A, Montazeri A, Farzadi F, Jahangiri K. Rural satisfaction insured covered by health Insurance organizations and service providers plan and family physician referral system. 1st edition, Health Insurance organizations Press: Tehran, 2010.
7. Neil S, Sanderson H, Wieck A. A Satisfaction survey of women admitted to a psychiatric mother and baby unit in the North West of England. *Arch Women's Mental Health* 2006; 9: 109-12.
8. Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of Health Care System Reform in Hubei Province, China. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 2262-77.
9. Aghdost AA, Torkestani F, Rasteghari A, Zolali F, Hajimagsoudi S, Hejazi S, et al. The trend of maternal mortality and assessment of maternal mortality reduction program in Iran – 2010-2012. Institute of Futures Studies in Health. Kerman University of Medical Sciences. 2012; 5-16.
10. Nikpour S, Shahpourian F, HajiKazemi E, Hosseini F, Safdari M. The Relationship Between Women's Satisfaction With Prenatal Care Services and Characteristics of the Women and the Provision of Services. *IJN*. 2007; 20: 15-27.11. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. *ijme*. 2009; 2: 9-16.
12. Bredart A, Mignot V, Rousseau A, Dolbeault S. Validation of the EORTC QLQ-SAT32 Cancer Inpatient Satisfaction Questionnaire by Self-verses Interview-assessment Comparison. *Patient Education and Counseling* 2004; 54: 207-12.
13. Salonen B. New mothers' experiences of postpartum care. *J Clin Nurs* 1998; 7: 165-74.
14. Pricilla RA, David KV, Siva R, Vimala TJ, Rahman SP, Sankarapandian V. Satisfaction of antenatal mothers with the care provided by nurse-midwives in an urban secondary care unit. *J Family Med Prim Care*. 2016 Apr-Jun; 5: 420-23.
15. Liang W, Burner CB, Rowland JH, Mcropot NJ, Eggert H, Hwang YT, et al. Communication Between Physicians and Older women with Localized breast Cancer: Implications for Treatment and Patient Satisfaction. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20: 1008-16.
16. Butow PN, Dowestt S, Hagerty R, Tattersall MH, Communicating Prognosis to Patients with Metastatic Disease: what do they Really Want to know?. *Supportive Care Cancer* 2002; 10: 161-8.
17. Rezapour A, Mahmoudi M, Abolghasem Gorji H, Bagheri Faradonbeh S, Asadi S, Yusef Zadeh N, et al . A Survey of Unmet Health Needs and the Related Barriers to Access Them. *jha*. 2014; 17: 87-98.
18. Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. *J Babol Univ Med Sci* 2014; 16(Suppl 1): 15-26.
19. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti University of Medical Sciences health centers. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research*. 1391; 11: 529-44.
20. Nasrollahpour Shirvani SD, Mouodi S. Evidence –Based Policymaking in Health System And Its Achievements and Challenge in Iran. 1st ed. Babol University of Medical Sciences. 2013. 21. Bahramoor A, Zolala F. Patient Satisfaction and Related Factors in Kermam hospitals. *East Mediterr Health J*. 2005; 11: 905-12.
22. AL-Doghaither AH. Inpatient Satisfaction with Physician Services at King Khalid University Hospital. Riyadh, Saudi Arabia; *East Mediterr Health J* 2004; 10: 358-64.

Factors Affecting Maternal Satisfaction from the Services of the First Level of Network System in Iran

Motlagh ME¹, Torkestani F², Ashrafian Amiri H³, Rabiee SM⁴, Radpooyan L⁵, Nasrollahpour Shirvani SD⁶, Hassanzadeh Rostami Z⁷

1- Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Science, Ahvaz, Iran

2- Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

3- Internal Disease Specialist, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

4- Associate Professor, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

5- BSc, Department of Health, Ministry of Health, Tehran, Iran

6- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

7- PhD Student, Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Corresponding author: Nasrollahpour Shirvani SD, d.nasrollahpour@mubabol.ac.ir

(Received 11 January 2017; Accepted 22 April 2017)

Background and Objectives: Satisfaction of health care recipients is always considered by policy makers and implementers as an indicator of measuring the quality and determining the effectiveness of services. This study aimed to determine the satisfaction of mothers from first level of Iranian network system.

Methods: This cross-sectional study was conducted to assess the incidence of maternal mortality in six provinces of Iran in 2015. Twenty-four public health centers were randomly stratified and selected. In each center, 15 to 20 mothers who were covered by prenatal care were examined. The data were collected through a researcher-made questionnaire whose validity and reliability were confirmed, interviews with mothers, and their medical records. SPSS version 17 was used for analysis. P values less than 0.05 were considered significant.

Results: Of 2722 mothers participating in the study, 2187 (80.3%) were satisfied with the condition and facilities of health units and service providers and 535 (19.7%) were dissatisfied. The highest level of satisfaction in mothers was observed in the areas of behavior, complete services, training of health professionals, and adequacy of pharmaceutical products while the lowest level of satisfaction was related to the adequacy of the medical education and the distance between the health unit and home. There was a significant relationship between 16 demographic variables and maternal satisfaction ($P < 0.05$).

Conclusion: This study showed that about one fifth of pregnant mothers are still not satisfied with the first level of network systems in Iran and many factors have an impact on their satisfaction. It is recommended to design and implement interventional programs to increase their satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Mothers, Pregnancy, Postpartum, Network system, Iran