

## بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۲

دکتر علی شهیدزاده<sup>۱\*</sup>، دکتر عفت السادات میرمعینی<sup>۲</sup>، دکتر محمد حسین عظیمیان<sup>۱</sup> و مهندس خسرو مانی کاشانی<sup>۱</sup>

### چکیده:

به منظور تعیین کیفیت خدمات تنظیم خانواده و شناخت عمده ترین نقاط قوت و ضعف سیستم ارائه خدمات، مطالعه ای به صورت مقطعی از اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۸۲ و در سطح ۲۵ پایگاه بهداشتی شهری، در همدان انجام گرفت. تعداد ۴۰۰ مورد مراجعه به این مراکز توسط چک لیست های استاندارد یونیسف و با روشی عینی (objective) مورد ارزیابی کیفی قرار گرفتند و ارتباط بین کیفیت ارائه خدمت و متغیرهایی از قبیل سطح تحصیلات فرد خدمت دهنده، ساعت انجام خدمت و آموزش های پیشین نیز بررسی گردید. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که در بیش از ۵۰٪ کل موارد مراجعه، ارائه خدمات با کیفیتی در حد متوسط به پایین صورت گرفته و بیشترین ضعف و نارسایی هم در قسمتهای شرح حال گیری، معاینه فیزیکی و مشاوره تعیین روش، مشاهده می شود. همچنین مشخص گردید که کارمندان تحصیل کرده تر عموماً خدمات را با کیفیتی پائین تر عرضه می کنند و نیز بیمارانی که قبلاً به نوعی در مورد مقوله تنظیم خانواده آموزش دیده اند خدماتی با کیفیت نامطلوبتر دریافت می دارند. سایر عوامل موثر بر کیفیت عبارت بودند از زمان انجام خدمت و مساله تغییر روش ضد بارداری. در کل یافته های این پژوهش حاکی از وجود نقایص جدی در امر تربیت نیروی انسانی (خصوصاً در حیطه مهارت های ارتباطی) است و لزوم بازنگری اساسی در محتوا و روش آموزش پرسنل خدمت دهنده را گوشزد می نماید.

**واژگان کلیدی:** کیفیت، تنظیم خانواده، کنترل مولید، ایران، مطالعه

\* (عهده دارمکاتبات)

<sup>۱</sup>. گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

<sup>۲</sup>. واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شهرستان همدان

**مقدمه:**

در جمهوری اسلامی ایران، خدمات تنظیم خانواده در پانزده سال اخیر یکی از اصلی ترین اجزای خدمات بهداشتی اولیه را تشکیل داده و با برخورداری از حمایت سیاسی و ساختار مناسب اجرایی، موفقیت چشمگیری را در زمینه کنترل مولید و ارتقای بهداشت باروری کسب نموده است.

شاهدی بر این مدعا نرخ رشد سالیانه جمعیت است که از حد ۳/۵٪ در سالهای ابتدائی دهه ۶۰ تا سطح ۱/۱٪ در سنوات اخیر نزول داشته است (قاضی زاده ۱۳۷۹). و نیز شاخصهای مرتبط با بهداشت باروری از قبیل مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر شیرخواران، مرگ و میر مادران و کم وزنی هنگام تولد که همگی در دهه اخیر کاهش واضحی نشان داده اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۸۰-۱۳۷۵).

از سوی دیگر بررسیهایی که در عرض چند سال گذشته در کشور انجام گرفته حاکی از بالا بودن میزان حاملگی های ناخواسته در زنان باروری دارد: در مطالعه دموگرافیک و بهداشتی (DHS) که در سال ۱۳۷۹ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفته میزان بارداریهای ناخواسته در مناطق شهری ۳۱٪ و در مناطق روستایی ۳۴٪ برآورد شده و متأسفانه استان همدان از این حیث نسبت به سایر مناطق کشور در وضعیت نامطلوبتری قرار دارد به گونه ای که شیوع حاملگی ناخواسته در مناطق شهری استان ۴۱/۵٪ و در روستاها ۴۲/۶٪ ذکر گردیده است. این در حالی است که پوشش کلی تنظیم خانواده بر طبق برآورد DHS حدود ۵۶٪ و مطابق ارقام استخراج شده از زیجهای حیاتی ۶۵٪ بوده و این پوشش در سطح استان همدان توسط DHS در حد ۵۵٪ و از زیجهای حیاتی تقریباً ۷۰٪ گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۸۰-۱۳۷۵).

با عنایت به این ارقام و اطلاعات واضح است که در کنار توسعه کمی و افزایش دسترسی به خدمات تنظیم خانواده اکنون لزوم پرداختن به مقوله کیفیت و نیز رشد و ارتقای کیفی این گونه خدمات در سطح کشور و خصوصاً در

منطقه همدان احساس می شود. به عنوان اولین قدم در این راه برآن شدیم که با انجام یک مطالعه مقطعی در مورد کیفیت برنامه های تنظیم خانواده ضمن آگاهی یافتن از نقاط قوت و ضعف در سیستم فعلی زمینه را برای بهبود کیفی خدمات و نشر و اشاعه بهداشت باروری و کنترل مولید در سطح استان همدان فراهم آوریم. نتایج حاصل از این پژوهش به ما امکان خواهد داد که محتوای دوره های آموزشی و برنامه های اجرایی را بر اساس نیازهای مشاهده شده و در جهت رفع نقایص فعلی طراحی نماییم.

**مواد و روش کار:**

نوع مطالعه: مقطعی یا cross-sectional با اجزای توصیفی و تحلیلی می باشد. ابزار جمع آوری اطلاعات: ابزار به کار رفته برای تعیین کیفیت خدمات تنظیم خانواده در این پژوهش، چک لیست های تدوین شده توسط صندوق کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF) است که در جزوه موسوم به سنجش کیفیت (Assessing Quality of Service- Module 6) و در قالب مجموعه ای بنام ارتقای مدیریت خدمات اولیه بهداشتی یا (Primary Health Care Management) (Advancement Program – PHCMAP) ارائه گردیده و در حوزه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و چاپ شده است.

این چک لیست ها حاوی سوالات متعددی در مورد جنبه های مختلف تنظیم خانواده از قبیل اخذ شرح حال پزشکی و باروری، معاینات ضروری (فشار خون، معاینه پستان و معاینه از جهت کم خونی) تعیین روش مناسب ضد بارداری، ارائه مشاوره درست و کامل و نیز یک مصاحبه کوتاه در هنگام خروج یا (exit interview) می باشد (حوزه معاونت بهداشتی ۱۳۷۹).

هر چک لیست شامل قسمتهایی است به شرح زیر:

- بخش شرح حال شامل ۹ سوال در مورد سن، تاریخچه بارداریهای قبلی، وجود یا سابقه بیماریهای قلبی، کبدی، ترومبوآمبولی و بیماری

سیستم و در نهایت اصلاح و ارتقای کیفی این خدمات می باشد. به عبارتی بررسیهای کیفی که بدین سیاق انجام می شوند چه در بعد اجرایی - عملیاتی و چه از نظر کاربرد نتایج عمدتاً ماهیت محلی دارند و دانستن وضعیت کیفی خدمات در کشوری چون آمریکا کمک چندانی به تعیین کیفیت یا ارتقای آن در ایران نخواهد کرد.

با عنایت به این نکته در تعیین حجم نمونه به سراغ اطلاعات موجود در کشور خودمان رفتیم و پژوهشی را که در سال ۱۳۷۷ و توسط انجمن تنظیم خانواده در مورد کیفیت خدمات انجام گرفته مبنای محاسبه حجم نمونه قرار دادیم. از بین متغیرهایی که بین پژوهش انجمن و تحقیق ما مشترک بوده و تعریف عملیاتی یکسانی دارند، درصدی از مراجعات شهری که در مورد آنها ارائه خدمات مشاوره ای به نوعی دارای نقص بوده به عنوان مبنای محاسبه حجم نمونه در نظر گرفته شد (انجمن تنظیم خانواده ۱۳۷۷). این رقم در مطالعه انجمن ۰/۶۳۷ بوده و با در نظر گرفتن  $\alpha = 0/05$  و حداکثر خطای برآورد  $d = 0/05$  برابر  $Z^2 P(1-P)/d^2 = 356$  محاسبه شد که در عمل ۴۰۰ مورد مراجعه در ۲۵ پایگاه بهداشت شهری (در فاصله ماههای اردیبهشت تا مرداد ۱۳۸۲) مورد بررسی و تعیین کیفیت قرار گرفت ولی در موقع تجزیه و تحلیل نتایج، تعداد ۴ چک لیست به دلیل نقص در اطلاعات کنار گذاشته شده و آنالیز نهایی با ۳۹۶ پرسشنامه انجام گردید.

در این پژوهش تحلیل آماری داده ها توسط نرم افزار

SPSS-10 انجام شده است.

### نتایج و بحث:

در بررسی مقدماتی امتیاز کیفیت معلوم شد که در بیش از ۵۰٪ موارد، ارائه خدمات تنظیم خانواده با کیفیتی در حد متوسط به پایین (یعنی با امتیاز زیر ۲۰) انجام گرفته است و این تعداد شامل ۱۹٪ خدمت "ضعیف" و ۲/۳٪ خدمت در حد "بسیار ضعیف" بوده است. (جدول ۱)

آنچنان که از جدول پیداست، در بین رده های مختلف این رده بندی، اکثریت نسبی با رده «خوب» (امتیاز در

التهایی لگن... به این قسمت مجموعاً ۹ امتیاز تعلق می گیرد.

(۲) بخش معاینه فیزیکی شامل کنترل فشار خون، معاینه پستان و معاینه از نظر کم خونی که امتیاز این قسمت حداکثر ۳ می باشد.

(۳) بخش تعیین روش شامل سوالاتی در مورد زمان تمایل به بچه دار شدن، توضیح در مورد انواع روشها، ارائه یک روش بی خطر برای این مورد خاص... که به این قسمت مجموعاً ۷ امتیاز داده می شود.

(۴) بخش مشاوره مشتمل بر مواردی چون آموزش طرز استفاده از این روش، عوارض جانبی معمول و عوارض خطرناک آن، زمان پیگیری و مراجعه مجدد... که به این قسمت جمعاً ۸ امتیاز داده شده است.

(۵) مصاحبه هنگام خروج فرد گیرنده خدمت (exit interview) که به دانش فرد در زمینه طرز استفاده از این روش، عوارض آن و زمان پیگیری و مراجعه بعدی می پردازد و حداکثر ۳ امتیاز دارد.

تعداد جوابهای مثبت یا مطلوب در هر کدام از قسمتهای ذکر شده با هم جمع شده و در نهایت یک امتیاز یا SCORE کلی برای کیفیت در نظر گرفته می شود که دامنه آن از صفر تا ۳۰ می باشد.

### روش نمونه گیری و حجم نمونه : مقدمتاً باید ذکر

شود که که نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در خارج از کشور نمی توانست مبنای مناسبی برای تعیین حجم نمونه بدست دهد زیرا که (۱) عمده ترین مؤلفه های کیفیت از قبیل طرز مشاوره، آموزش و محتوای آن، نحوه برخورد با گیرنده خدمت .. در هر کشوری (برحسب خصوصیات و استانداردهای فرهنگی و بهداشتی) تعاریف عملیاتی خاصی پیدا می کند و (۲) منظور اصلی از انجام این پژوهش، مقایسه وضعیت کیفی خدمات تنظیم خانواده بین این منطقه و سایر نقاط جهان نیست بلکه هدف تعیین نقاط قوت و ضعف

حد ۲۵- ۲۰) است به گونه ای که تقریباً در ۳۹٪ موارد کیفیت خدمت در حد خوب بوده و در کمتر از ۱۰٪ موارد ارائه خدمات با کیفیتی عالی (یعنی امتیاز بالای ۲۵) صورت گرفته است.

در بررسی دقیق تر اجزای خدمت (مولفه های تشکیل دهنده امتیاز کیفیت) نتایج زیر حاصل گردید:

بیشترین ضعف و نارسایی در بخش شرح حال گیری دیده می شود به گونه ای که تنها در ۱/۳٪ موارد شرح حال به صورت کامل و بدون نقص گرفته شده و در بیش از ۹۸٪ موارد یک یا چند آیتم از شرح حال استاندارد برای مراجعه کننده چک نشده و به اصطلاح از قلم افتاده است. سایر بخشهای خدمات هم کم و بیش دارای نقص هستند به شکلی که در قسمت معاینه ۷۵٪، در بخش تعیین روش ۶۳٪، در بخش مشاوره ۷۷٪ و در مصاحبه موقع خروج ۶۱٪ موارد مطالعه شده دارای درجاتی از نارسایی بوده اند و در این میان بخشهای معاینه و مشاوره بالنسبه در وضعیت نامطلوبتری می باشند.

از آنجا که امتیاز بخش « مصاحبه خروج » که اساساً به مقوله آگاهی (knowledge) نظر دارد احتمالاً متاثر از آموزشهای پیشین بیمار است، سعی کردیم امتیاز این قسمت را بین بیماران « قبلاً آموزش دیده » و بیمارانی که هیچ گونه آموزشی در این زمینه نداشته اند مقایسه نماییم. در آزمون Mann-Whitney که بین این دو گروه از بیماران اجرا شد معلوم گردید که بیماران قبلاً آموزش دیده در این قسمت امتیاز بالاتری کسب کرده و نتیجه حاصله هم از نظر آماری معنی دار است ( $p < 0/001$ ).

نکته قابل توجه آنکه در این مطالعه درصد مواردی که خدمات مشاوره ای دارای نقص بوده بیش از ۷۸٪ و به طور واضحی بیشتر از رقم ۶۷٪ حاصله از پژوهش انجمن تنظیم خانواده بوده و بیانگر یک نقطه ضعف عمده در انجام این بخش مهم از خدمات می باشد. از مجموع آیتم های موجود در چک لیست، موردی که بیشتر به آن بی توجهی می شود بیان عوارض و کمپلیکاسیونهای خطرناک مربوط به هر روش است (مثلاً بروز ترومبوآمبولی در مصرف OCP)

به گونه ای که ۷۳٪ مراجعین در مورد این عوارض هیچ گونه آموزشی دریافت نمی دارند و حدود یک سوم مراجعات حتی عوارض معمول و روتین روشها هم به بیمار آموزش داده نمی شود (مثلاً احتمال لکه بینی در IUD). با عنایت به این نکته که یکی از عوامل اصلی در قطع روشهای ضدبارداری، بروز عوارض آنهاست (هلاکوئی و همکاران ۱۳۷۹) (Kreager P. 1977, Bruce J. 1990) هر گونه ضعف و اهمال در امر آموزش و اطلاع رسانی می تواند به قطع (discontinuation) و یا شکست (failure) روش مورد نظر بینجامد. از این رو مورد مزبور از نقاط ضعف اساسی در سازوکار خدمات تنظیم خانواده محسوب شده و باید مورد توجه خاص مدیران و متولیان امر بهداشت باروری قرار گیرد.

در بررسی عوامل مختلفی که می توانند مقوله کیفیت را تحت تاثیر قرار دهند معلوم شد که در مراجعینی که قبلاً به نوعی در مورد تنظیم خانواده آموزش دیده اند (اعم از استفاده از روشهای دیگر جلوگیری و یا آموزش به هر طریق دیگر) ارائه خدمات تنظیم خانواده با کیفیتی پایین تر صورت می گیرد و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ( $p < 0/001$ ). در بررسی دقیقتر اجزای کیفیت (با تست من- ویتنی) معلوم شد که اختلاف مزبور به وضوح در تمام مولفه های کیفیت آشکار است ( $p < 0/001$ ) و فقط در قسمت شرح حال گیری این اختلاف معنی دار نیست ( $p = 0/07$ ).

در بیان علل این اختلاف به نظر می رسد که کارمندان ارائه دهنده خدمات با اطلاع از این که بعضی از مراجعین قبلاً در زمینه تنظیم خانواده و بهداشت باروری آموزش دیده اند (چنین اطلاعی می تواند از طریق آشنایی قبلی یا از طریق پرسش از مراجعه کننده بدست آمده باشد) در ارائه خدمت دقت و حوصله لازم را به خرج نمی دهند و این به کیفیت کار در تمام جنبه های آن لطمه می زند. گرچه ارائه آموزش به هر شکل، در مورد هرگونه روش ضد بارداری و در هر زمان فی نفسه عامل مهمی در افزایش آگاهی افراد و نهایتاً بهره وری بهتر از خدمات تنظیم خانواده به حساب

این حالت به نوبه خود می تواند ناشی از مشکلات معیشتی قشر تحصیل کرده و توقع بیشتر آنان از سیستم باشد که در نهایت ایجاد حالت سرخوردگی و بی تفاوتی در بین این افراد کرده و به کیفیت کار آنان لطمه وارد ساخته است.

البته ضعف آگاهی و عملکرد در بین خدمت دهندگان به هیچ عنوان منحصر به این منطقه و کشور ما نیست: مطالعات متعددی در سطح کشورهای جهان سوم از جمله گواتمالا، کلمبیا (Townsend J. and Ojeda G. 1987, Potter L. et al. 1985) و چند کشور دیگر آمریکای لاتین (Rizo A. 1979) نشان داده که در بسیاری از موارد، ارائه کنندگان مواد کنتراسپتو از طرز مصرف و عوارض احتمالی این مواد آگاهی درستی ندارند و این مسئله به همراه ناتوانی دستگاه ارائه خدمات در برخورد مناسب با عوارض ناشی از روشهای کنتراسپتو یکی از علل زمینه ای برای عدم استقبال از خدمات تنظیم خانواده یا شکست روشهای ضدبارداری محسوب می شود (Somi V. 1983).

در جریان مصاحبه هایی که به هنگام خروج از مشتریان به عمل آمد معلوم شد که در اکثر موارد (۵۹٪) این افراد از عوارض جانبی روش مورد استفاده اطلاع ندارند، در ۲۰٪ موارد حتی طریقه درست استفاده از روش را نمی دانند و در ۲۲٪ موارد از زمان مراجعه بعدی (اصطلاحاً follow-up) خود هم آگاهی ندارند. این یافته ها همگی بیانگر ابعاد مختلف ضعف سیستم در آموزش و اطلاع رسانی به مشتریان خود می باشد.

به هرحال صرف نظر از علل احتمالی آن، وجود چنین ناهمگونی هایی در کیفیت خدمات بیانگر مشکلات اساسی در سازوکارهای تخصیص نیروی انسانی و ایجاد انگیزه و علاقه در نیروی کار است و اگر بنا باشد اصلاحی در مدیریت کیفیت خدمات صورت گیرد باید به این مقوله توجه خاص مبذول شود.

از دیگر نتایج قابل ذکر در این مطالعه، این مطلب است که ارائه خدمت به مراجعینی که قبلاً وسیله دیگری استفاده می کرده و اکنون برای تغییر روش مراجعه کرده

می آید (Storey D. and Bouley M. 2000) اما نتایج حاصله از تحقیق به ما نشان می دهد که اولاً این گونه آموزشها در مراکز بهداشتی - درمانی شهری از کارآیی و کیفیت لازم برخوردار نبوده و ثانیاً در مقام عمل چنین آموزشی ممکن است به صورت دستاویزی برای سهل انگاری و عدم خدمت رسانی صحیح به افراد درآید. در تلاش برای یافتن سایر عواملی که کیفیت خدمات را به نوعی تحت تاثیر قرار می دهند، معلوم شد زمانی که خدمت در ساعات اولیه شیفت کاری (۸ تا ۱۰ صبح) انجام شود در مقایسه با ساعات دیرتر (۱۰ به بعد) از کیفیت بالاتری برخوردار است ( $p=0/021$ ) و علت این امر به احتمال قوی خستگی و بی حوصلگی ناشی از کار در مراکز بهداشتی شهری است که عموماً مکانهایی شلوغ و پر از مراجعه کننده هستند. جالب این که تفاوت کیفیت بین دو وقت کاری، در بخشهای معاینه بیمار و مشاوره (که نیازمند حوصله و صرف وقت هستند) بارزتر است و این دلیل دیگری بر تاثیر عامل خستگی و فشار کاری بر کیفیت کار می باشد.

در مقایسه عوامل مربوط به فرد دهنده خدمت که می توانند بر کیفیت تاثیر گذارند مشخص گردید که کارمندانی که رده تحصیلی آنها زیر دیپلم (پایین ترین سطح ممکن) است در ارائه خدمت با کیفیت مناسب از سایر همکاران خود موفق تر هستند، به گونه ای که حتی کارمندان لیسانس (بالاترین رده ارائه دهنده خدمت) از حیث کیفیت کار پایین تر از این گروه قرار می گیرند ( $p < 0/001$ ) این اختلاف کیفیت همچنین در تمام اجزای خدمت اعم از شرح حال گیری، معاینه، مصاحبه و تعیین روش .. مشهود است ( $p < 0/001$ ).

این یافته ها از سویی بر وجود نقایص و نارسایی های جدی در حیطه پرورش نیروی انسانی اشاره دارد. به نحوی که ناکامی نظام تربیت نیروهای متخصص را در حصول اهداف خود نشان داده و از سویی دیگر می تواند نشانه وجود عامل کم انگیزی و دل سردی کارمندان تحصیل کرده در انجام وظایف حرفه ای خود تلقی گردد.

البته تدوین جزئیات چنین دوره های موسوم به Competency-Based Training (CBT) و حتی ترسیم خطوط کلی آن از حوصله این مقال خارج است. اما از مجموعه اطلاعات موجود چنان برمی آید که در بسیاری موارد پرسنلی که از نظر تحصیلات رسمی در سطح پایین تری بوده اند در مقام عمل کارکردی قابل مقایسه و حتی برتر از کارمندان بالادست خود داشته اند. یک مثال جالب در این زمینه پژوهشی است که سالها پیش در ایران توسط ضیغمی و همکاران انجام شده و نشان داده که ماماها دارای مدرک فوق دیپلم یا پایین تر از نظر کیفیت ارائه خدمت در بسیاری موارد بهتر از پزشکان عمل کرده اند و مثلا در مواردی که خدمت توسط ماما داده شده میزان قطع استفاده از IUD به دلایل اصطلاحا «خصوصی» کمتر از مواردی بوده که خدمت توسط پزشک داده شده است. این قضیه به وضوح نشان می دهد که این رده از کارمندان در برقراری ارتباط سازنده و صمیمانه موفق تر هستند و از پایگاه مردمی محکمتری برخوردار می باشند. (Zeighami E. et al 1976).

بنابراین آموزش صحیح کارمندان در زمینه مهارتهای ارتباطی یکی از راهکارهای اصلی بالا بردن راندمان خدمات به نظر می رسد (Gay J. 1980, Mundigo A. 1973, Simmons R. et al. 1987). و در کنار این آموزشها باید مساله پیگیری مراجعین و اطلاع رسانی منظم و مرتب به آنان هم مورد توجه خاص باشد، زیرا که تاکید بیش از حد بر بالا بردن « پوشش» خدمات و عدم توجه کافی به پیگیری مشتریان و حصول رضایت آنان در دراز مدت می تواند به شکست برنامه های تنظیم خانواده بینجامد (Jain A. 1984).

یک استراتژی مهم در زمینه بالا بردن کیفیت خدمات تنظیم خانواده، ارائه اطلاعات به صورت مکتوب در کنار اطلاع رسانی شفاهی است: آن گونه که تحقیقات انجام شده در چند کشور جهان سوم از جمله بنگلادش (Haffey J. et al. 1984) و مکزیک (Keller A. 1973) نشان داده است. زمانی که آموزشهای شفاهی در زمینه استفاده از مواد کنتراپتیو توسط

اند، با کیفیت بهتری صورت می گیرد و این اختلاف خصوصا در قسمتهای معاینه بیمار و مشاوره بیشتر به چشم می خورد. در توجه این مطلب می توان گفت که افرادی که برای تغییر روش مراجعه کرده اند عموما کسانی هستند که به دلیل بروز عارضه و یا نارضایتی از روش قبلی تصمیم به تغییر روش می گیرند و همین ابراز عدم رضایت و مطالبه روشی بهتر و کم عارضه تر، خدمت دهندگان را وادار به بذل دقت و حوصله بیشتر در ارائه خدمت می نماید.

### نتیجه گیری:

همان طور که ذکر شد، هدف اصلی از انجام این پژوهش مقایسه کیفیت خدمات تنظیم خانواده بین منطقه همدان و سایر مناطق ایران یا با کشورهای دیگر جهان نبوده است. در عوض تلاش دست اندر کاران این طرح به سمت یافتن عمده ترین نقاط ضعف و کاستی در سازوکار ارائه خدمات تنظیم خانواده و بررسی علل احتمالی آن جهت دهی شده و تلاش گردیده تا با انجام مشاهداتی حتی الامکان عینی (objective) قسمتهایی از سیستم را که نیازمند اصلاح و بازنگری هستند شناسائی نماییم.

آنچه از مجموعه یافته های ارائه شده برمی آید این است که ارائه خدمات تنظیم خانواده در مراکز شهری همدان در کل از کیفیت مطلوبی برخوردار نیست. بیشترین نارسایی در قسمتهایی چون شرح حال گیری و مشاوره دیده می شود، یعنی آن قسمتهایی از خدمت که بیش از همه مستلزم صرف وقت و رابطه صمیمانه بین مشتریان و خدمت دهندگان هستند. از آنجا که کارمندان دارای مدارک تحصیلی بالاتر عموما در ارائه خدمات ناموفق تر بوده اند راهکار اصلی بهبود این وضعیت شامل تامین نیروی انسانی کافی و با انگیزه بیشتر در سطح مراکز بهداشتی شهری خواهد بود. این امر مستلزم بازنگری عمیقی در محتوای دوره های آموزشی است، به نحوی که این دوره ها در واقع بر روی « آموزش مهارت» (اعم از مهارتهای فنی و ارتباطی) و ارزشیابی بر اساس کسب مهارت متمرکز کردند و نه صرفا گذراندن تعدادی واحد درسی یا گذراندن چند بخش در بیمارستان.

کتابچه ها و جزوات ساده تکمیل کردند، مشتریان این گونه آموزشها را بهتر به خاطر سپرده و تاثیر باورهای غلط و شایعات نادرست هم به حداقل خواهد رسید.

و کلام آخر این که خدمات تنظیم خانواده در شهرستان همدان (و چه بسا در بسیاری نقاط دیگر کشور) علی رغم نقاط قوت فراوان و پوشش نسبتاً بالای خدمات، در پاره ای از جنبه ها از جمله استانداردهای کمی و کیفی نیروی انسانی و تعامل خدمت دهندگان و مشتریان، نیازمند اصلاح و بازنگری اساسی است و امید آن که نتایج این تحقیق بتواند در جهت انجام این اصلاحات راهگشای مدیران و متولیان مجموعه بهداشت قرار گیرد.

### **تشکر و قدردانی :**

از سرکارخانمها طالع احمد، میدانچی، بزرگمهر، کاووسی و فرهادی رامین در جمع آوری داده ها تشکر و قدردانی می گردد و همچنین از مسوولین محترم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان که حمایت کننده این طرح بودند قدردانی می شود.

جدول ۱- رده بندی کیفیت ارائه خدمت در مراکز بهداشتی شهری همدان

رده بندی کیفیت	تعداد	فراوانی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
بسیار ضعیف	۹	۲/۳	۲/۳
ضعیف	۷۶	۱۹/۲	۲۱/۵
متوسط	۱۱۸	۲۹/۸	۵۱/۳
خوب	۱۵۴	۳۸/۹	۹۰/۲
عالی	۳۹	۹/۸	۱۰۰
جمع	۳۹۶	۱۰۰	

جدول ۲- فراوانی انواع رده های کیفیت در خدمات انجام شده

خدمت ارائه شده	کامل	۱-۲ مورد نقص	۳-۴ مورد نقص	۴< مورد نقص
شرح حال	٪ ۱/۳	٪ ۱۵/۲	٪ ۳۳/۳	٪ ۵۰/۳
معاینه فیزیکی	٪ ۲۴/۷	٪ ۴۹/۷	٪ ۲۵/۵	-
تعیین روش	٪ ۳۶/۹	٪ ۳۸/۴	٪ ۱۸/۷	٪ ۶/۱
مشاوره	٪ ۲۲/۲	٪ ۳۲/۸	٪ ۳۰/۸	٪ ۱۴/۱
مصاحبه خروج	٪ ۳۸/۹	٪ ۴۶	٪ ۱۵/۲	-

منابع:



- research and research findings, London, *International Planned Parenthood Federation*. 25- 33.
- Mundigo A. (1973) Honduras revisited: the clinic and its clientele in in Clinics, Contraception and Commnication, Ed. J. Mayone Stycos, *The Meredith Corporation*. 46-55.
- Potter L., Berrio D. and Wright S. (1987) Oral Contraceptive compliance in rural Colombia: Study conducted by Family Health International with funds from the Agency for International Development. *Presented at the annual meeting of the American Public Health Association*, New Orleans, Louisiana.
- Rizo A. (1984) Drugstore employees and family planning in Latin America. *Pathpapers*, No.5 (July). *Boston, the Pathfinder Fund*. 128 – 137.
- Simmons R., Kolbinsky M. and Pillips J. (1987) Client relations in South Asia, programmatic and societal determinants. *Studies in Family Planning*. 17(6):257-268.
- Somi V. (1990) Thirty years of the Indian family planning program, Past performance, future prospects: *International Family Planning Perspectives*. (9)2: 41
- Storey D. and Bouley M.(2000) Improving family planning use and quality of service in Nepal through the education-entertainment strategy: *Field Report No. 12*. [www.jhuccp.org/pubs/fr/12/index.shtml](http://www.jhuccp.org/pubs/fr/12/index.shtml).
- Townsend J. and Ojeda G. (1985) Final narrative report: Community distribution of contraceptives in rural areas. "Joint project of the Population Council and PROFAMILIA" *Bogotá, Colombia*.
- Zeighami E., Zeighami B., Eftekhari A. and Khoshnevis P. (1973) Effectiveness of the Iranian auxiliary midwife in IUD insertion. *Studies in Family Planning*. 9(7):261-263
- انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۷). بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در واحدهای دولتی شبکه بهداشت و درمان کشور.
- قاضی زاده، احمد (۱۳۷۹). جمعیت شناسی تحلیلی و تنظیم خانواده - انتشارات سماط.
- معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹). سنجش کیفیت خدمات - از مجموعه ارتقای مدیریت خدمات اولیه بهداشتی (PHCMAP).
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل بهداشت خانواده (۱۳۷۹) گزارش مطالعه دموگرافیک و بهداشتی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل بهداشت خانواده، زیجهای حیاتی سالهای ۸۰-۷۵.
- هلاکوئی، کورش. صادق پور، حمیدرضا. قاضی زاده، شیرین (۱۳۷۹). بررسی میزان شکست و تداوم مصرف روشهای پیشگیری از بارداری و عوامل موثر بر آنها در تهران - مجله حکیم دوره ۳ شماره ۴.
- Bruce J. (1990) Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework Studies in Family Planning, 21(2)61-91.
- Gay J. (1980) A literature review of the client/provider interface in maternal and child health and family palnning clinics in Latin America": Report for the Pan American Health Organization (PAHO), World health Organization, *Washington DC*.
- Haffey J., Zimmerman M. and Perkin G. (1984) Communicating Contraception. *Populi*. 11(2)35.
- Jain, A. (1984) Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning*. 20(1)1-16.
- Keller A.(1973) Patient attrition in five Mexico City family planning clinics in Clinics, Contraception and Commnication. Ed. J. Mayone Stycos: *The Meredith Corporation*. 86 – 98.
- Kreager P.(1977) Family planning drop-outs reconsidered: A critical review of

## A QUALITATIVE ASSESSMENT OF URBAN FAMILY PLANNING FACILITIES HAMADAN, MAY – SEPTEMBER 2003

Shahidzadeh A.\*<sup>3</sup>, MD; Mir Moeeni E.S., MD<sup>2</sup>; Azimian M.H., MD<sup>1</sup>; Mani-Kashani Kh. MA<sup>1</sup>

This cross-sectional study was conducted from May to September 2003, with the aim of determining quality of service in 25 State-run family planning clinics in Hamadan city. A total of 400 consultations were observed and assessed using UNICEF quality checklists.

Results showed that less than 50% of the clients are receiving service of a satisfactory quality; areas of care where quality was worst included history taking, physical examination and counseling.

It became apparent that care providers with higher education had lower performance levels compared to their less educated colleagues. Service for new clients was of poorer quality than for those who had requested a change of contraceptive method. Furthermore, earlier hours of a work shift (before 10 o'clock) were associated with better service quality than later hours.

Altogether, the study reveals serious flaws in areas such as training of family health workers and human resource management within the current system. To address these shortcomings, we recommend a more client-oriented approach in health care, use of supplementary material to promote client knowledge, and training of health workers with due emphasis on effective communication and performance.

**Key words:** *Quality, Family Planning, Birth Control, Iran, Survey*

---

\* Author to whom all correspondence Should be addressed.

1. Department of Community Medicine, Hamadan University of Medical Sciences

2. Family Health Office, Hamadan City Health Authority