بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی شهر همدان در سال 1382

دکترعلی شهیدزاده "، دکترعفت الاماد مریمی "، دکتر محمدرحیم عظیمیان و مهندس خسرو مانی کاشانی 1

چکیده:

به منظور تعیین کیفیت خدمات تنظیم خانواده و شناخت عملکرد اتاق خدمات، مطالعه ای به صورت مقطعی از اردوی پایگاه بهداشتی شهری، در همدان انجام گرفت. تعداد 400 مورد مراجعه به این مراکز توسط چک لیست های استاندارد پراکنس و با روش یبی (objective) مورد ارزیابی کیفیت قرار گرفتند و ارتباط بین کیفیت ارائه خدمات و متغیرهای از قبل سطح تحقیقات فرد خدمات دهندگان، ساعت انجام خدمات و آموزش های پیشین نیز بررسی گردید. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که در بیش از 50% کل موارد مراجعه، ارائه خدمات به کیفیت در حد متوسط به پایین صورت گرفته و بیشترین ضعف و نارسایی هم در قسمت‌های شرح حال گیری، معاینه فیزیکی و مشاوره تعیین روش و مشاعره می شود. همچنین مشخص گردید که کارمندان تحصیلکرده تر عوامل خدمات را با کیفیت پایین تر عرض می کنند و نیز بیماران که قبل به نوعی مرد موقول تنظیم خانواده آموزش دیده اند خدمات با کیفیت نامطلوب دریافت می دارند. سایر عوامل موثر بر کیفیت عبارت بودند از زمان انجام خدمات و مساله تغییر روش ضد بارداری. در کل یافته‌های این پژوهش حاکی از وجود نقص‌های جدی در آموزش نیروهای انسانی (خصوصا در حیطه مهارت‌های ارتباطی) است و لازم بودنگری اساسی در محتر من و روش آموزش پرسنل خدمات دهندگان را گویش می نماید.

واژگان کلیدی: کیفیت، تنظیم خانواده، کنترل موالی، ایران، مطالعه

1. گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان
2. واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شهرستان همدان
3. (مهدی دارمانیاتان)
مقدمه:
در جمهوری اسلامی ایران، خدمات تنظیم خانواده در پاینده سال‌های اخیر یکی از اصلی‌ترین انجام‌های خدمات بهداشتی اولیه را تشکیل داده و با روند انجام‌های خدمات در سایر مناطق ایران، موفقیت‌هایی را در زمینه کنترل موانع و ارتقاء بهداشت باروری کسب نموده است.
شدت‌های بی‌توجهی به درخواست سال‌های جمعیت است که از حد ۳۵٪ در سالهای اخیر دهه ۹۰ تا سطح ۱۲٪ در سواحل نزول داشته است (فاضل زاده ۱۳۷۹). و نیز شاخه‌های مرتبط با بهداشت باروری از بی‌توجهی و میر نزدیکان، میر شیرخواران، میر مادران و کموزن هنگام ولادت هنگام در ده‌های کاهش و اصلیً نشان داده‌اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۵-۸۰).
از سوی دیگر، بررسی‌های که در مورد کیفیت خدمات بهداشتی در گروه‌های مادران و دختران در زنان سال‌های باروری دارد، مطالعه دموگرافیک و بهداشتی (DHS) که در سال ۱۳۷۹ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت میزان بازاریابی ناخواسته‌های در مناطق شهری ۶۱٪ و در مناطق روستایی ۴۴٪ برآورد شده و مناهایه‌های انسانی از این جایگاه نسبت به سایر مناطق کشور در وضعیت نامطلوبی قرار دارند که گویند این کشور همگام ناخواسته‌های در مناطق شهری ۴۱٪ و در روستاهای ۷۴٪ ذکر گردیده است. این در حالی است که پوپولسکی کلی تنظیم خانواده بر طبق برآورد یک درصد ۵۶٪ تا ۶۰٪ ارقام استخراج شده از جزئیات جامعی ۶۵٪ و این پوپولسکی در سطح استان همدان توسط موسسه جامعی ۳۸٪ در حکم ۵۲٪ و از جزئیات جامعی تغییری ۱۷۰٪/۰ در گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۵-۸۰).
مدیران و روش‌کار:
نوع مطالعه: مقطعی با اجرای cross-sectional توسعه و تحلیل می‌باشد. از این جمله بررسی‌های ارزیابی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در این پژوهش، چک لیست‌های تدوین شده برای موسوم سنجش کیفیت (UNICEF) (Assessing Quality of Service- Module 6) و در قالب مجموعه ای از پرسش‌های مدیریت خدمات اولیه (Primary Health Care Management- Advancement Program – PHCMAP) و در حوزه مراقبتهای بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توجه و جاب و جوش شده است.
ابن چک لیست‌ها و سوالات متعددی در مورد جنبه‌های مختلف تنظیم خانواده در این پژوهش، چک لیست‌های گام‌های ضروری (فشار خون، عیان، استنشاق و معانی‌های جانبی) تیم‌های روش مرتبط با این پژوهش، در این پژوهش، از دیدگاه معاونت دفتر مدیریت بهداشتی که در هنگام خروج یا به‌سوی (حوزه معاونت بهداشتی ۱۳۷۹)، هر چک لیست‌ها و سوالات متعددی است که بر شرح زیر: (۱) پخش شرح حال شما، ۹ سوال در مورد سن، تاریخ‌های بارداری شما، وجود یا سابقه بیماری‌های قبلی، و وابستگی و کوری، کلیدی کودک، تروموآمبولی و بیماری‌های قبلی مصاحبه کوتاه در هنگام خروج یا به‌سوی (حوزه معاونت بهداشتی ۱۳۷۹)، هر چک لیست‌ها و سوالات متعددی است که بر شرح زیر: (۱) پخش شرح حال شما، ۹ سوال در مورد سن، تاریخ‌های بارداری شما، وجود یا سابقه بیماری‌های قبلی، و وابستگی و کوری، کلیدی کودک، تروموآمبولی و بیماری‌های قبلی مصاحبه کوتاه در هنگام خروج یا به‌سوی (حوزه معاونت بهداشتی ۱۳۷۹)، هر چک لیست‌ها و سوالات مورد انتخاب گزارش‌گر از جمله ای ارقام و اطلاعات واضح است که در کتاب توسعه کمی و افزایشی مربوط به خدمات تنظیم خانواده اکنون آزمایش‌های بیشتری به مقدم کیفیت و نیز رشد و ارتقاء کیفی این گونه خدمات در سطح کشور و خصوصاً در

بهار ۱۳۸۲ سال دور دو] شماره اول
نتایج و بررسی:

در بررسی مقدماتی امتیاز کیفی معلوم شد که در بین 25 موردی از جمله تعداد غیر طبیعی و نظارت کننده که شرایط به درجه کمیتی در حد متوسط به پایین (با امتیاز زیر 2) اکتشاف گرفت و این تعداد شامل 19% خدمت "معنی‌دار" و 43% خدمت در حد "بی‌معنی" بوده است. (جدول 1)

آنچنان که از جدول یکیداد در در بین رده های مختلف این رده بندی، اکثریت نسبی براده رده "خوب" (امتیاز از
به گونه ای که ۳۳٪ مراحلین در مورد ان عوارض هیچ گونه آموزش دریافت نمی دارند و حدود ۷۵٪ سوم مراحلین حتی عوارض معنی‌دار و روانی روش ها هم به بیمار آموزش داده نمی شود (ملا احتمال که بینی در IUD با آموزش داده شود). در بررسی دقت تر اجزای خدمت (مولفه های تشکیل دهنده امتیاز کیفیت) تأثیر زیر حاصل گردید:

بیشترین ضعف و نارسایی در بخش شرخ، در ۷۵٪ موارد و در بخش خانه، در ۷۳٪ موارد صورت گرفت و بیشترین ضعف و نارسایی در بخش خدمات پزشکی و در بخش از ۸۸٪ موارد یک چند آن می‌شود. از این اندازه برای مراجعه کننده چک نشده و به اصل به امکان افتاده است.

سناریوی بخش‌های خدمات هم کم و بیش دارای نقص هستند به شکلی که در قسمت معیارها ۷۵٪ در بخش تغییر می‌تواند عامل کلیدی در این مقاله نقش (knowledge) ضعف و املاح در این آموزش و اطلاع رسانی (discontinuation) و یا شکست (failure) روش مورد نظر بسیاری. از این رو مورد مبهم از نقاط ضعف اساسی در سازواران خدمات تنظیم شاخصون محسوب شده و نیاز به دادن خدمات مناسب و مالی انتخاباتی بیماری در نظر گرفته شد.

از آنجا که در امتیاز بخش مصاحبه، خروج، که اساساً به مقوله آگاهی (knowledge) یا نظر دارد احتمالاً منجر از آموزشی یا بیمار است، انتظار امکان آموزشی را بین بیماران، یا آموزش داده و بیمارانی که هیچ گونه آموزشی در این زمینه داشته اند می‌تواند می‌باشد. در آزمون Mann-Whitney شد معلوم گردید که بیمارانی که آموزش دیده در این قسمت امتیاز بالاتری کسب کرده و نتیجه حاصله هم در نظر آمایی معنی دار است (۲۰۱۰)<۰،۳≥<۰،۷). در بیان علل این اختلاف به نظر می‌رسد که کارمندان ارائه دهنده خدمات با اطلاعات این که به بعضی از مراحی این قبلاً در زمینه تنظیم خانواده و بهداشت باروری آموزش دیده اند (چنین اطلاعی می‌تواند از طریق آموزشی یا اخلاقی از طریق ابزاری که اعدام یافته است) با طرف سرسختی از مراحلی که دست آموزش دیده باشد) در ارائه خدمات دقیق و حصول آرام را به خرج نمی‌دهند و این به کیفیت کار در تمام جنبه‌ها آن آموزشی می‌شود. گرچه ارائه آموزش به شکلی مورد هرگونه روش یا بارداری و در هر زمان فنون عامل مهمی در افزایش آگاهی افراد و نهایتاً بهره وری بهتر از خدمات تنظیم خانواده به حساب

جدول ۲۵-۳۱۱ درصد به گونه ای که تقسیم در ۲۹٪ موارد
کیفیت خدمات در حفظ بوده و در کمتر از ۱۰٪ موارد ارائه خدمات با کیفیت بالا (یعنی امتیاز بالای ۲۵) صورت شده است. در بررسی دقت تر اجزای خدمت (مولفه های تشکیل

یاب ۲۵-۳۱۱ سال‌های، شماره‌ای اول
ان حالت به نوبه خود می‌تواند ناشی از مشکلات معیشتی یا فشار تحصیل کرده و تقویت بیشتر آن‌ها از سبیل‌نمودان که در نهایت ایجاد حالتهای تسردی و گیجی ناپایداری در بین این افراد کرده و به کمیته کار آن‌ها عاده می‌باشد.

به‌هیچ وجه آگاهی و علمکردن به بین خدمت بهزیستی یا به‌مثابه یا سایر مسئولیت مطالعات متعلق به سطح می‌باشد، جهان سوم رسیمی به افراد در آموزش مبتنی بر مسایل داشته باشد برای سایر استفاده رسمی نمی‌باشد. (Townsend J. And Oueda G. 1985, Potter L. et al. 1987)

آمریکایی‌های ناپدید (Rizzo A. 1979) نشان داده که در بسیاری از ماورا، این کنونیان موداد کنترولپذیر ممکن است با یک اثر مصرف و عوارض احتمالی این مواد آگاهی درست ندارند.

و این مسئله به همراه ناتوانی دستگاه‌های خدمات در برخورد مسایل با عوارض ناشی از روش‌های کنترلپذیر می‌کنند از علل زیمنه‌ای برای عدم استقبال از خدمات تنظیم خانواده یا کمک ناشی‌های ضربداری محسوب می‌شود.

(Somi V. 1983)

در جریان مصاحبه‌هایی که به عنوان جزئی از مشتریان به‌عمل آمده بود که در اکثر موارد (50%) این افراد از عوارض جانبی یا عوامل اطلاع ندارند، در 20% موارد حتی طریقه‌ای درست استفاده از روش را نمی‌دانند و در دو (follow-up) موارد از زمان مرخصی بعدی (اصطلاحاً خود هم آگاهی ندارند. این یافته‌ها همگی یک‌بندی ابعاد مختلف ضعف سیستم در آموزش و اطلاع رسانی به مشتریان بود.

به‌همراه صرفاً نظر از علت احتمالی آن، وجود چنین ناهماهنگی‌هایی که در کیفیت خدمات بانگل مشاهدات استانی در سازمان‌های تخصصی برای انسانی و ایجاد آگاهی و علایق در برخی کار است و اگر نباشد اصلی‌تر در مدیریت کیفیت خدمات صورت‌گیری باید به این مقوله توجه خاص می‌باشد.

از دیگر نتایج قابل ذکر در این مطالعه، این مطلب است که ارائه خدمات به مراجعین که قبل و سپس در دریگی استفاده می‌کردند و اکنون در روش مراجعه کرده (Storey D. and Bouley M. 2000) می‌آید (تأثیر حامله و تحقیق به‌مناسبت می‌دهد که این گونه آموزش‌ها در مراکز بهداشتی - درمانی شهری از کار آمده و کیفیت لازم بخوردار نبوده و توانایی در مانع عمل آموزشی ممکن است به صورت دسترسی‌برای سه‌گروهی و خدمات رسمی صحیح به افراد درآید.

در تلاش برای پذیرش عالی‌تری که کیفیت خدمات را به‌عنوان تحت تاثیر قرار می‌دهند، معلوم شد زمانی که خدمات در سه‌گروهی از کارگران بیمارستانی (10 نفر) انجام شد در مقایسه با سه‌گروهی دیگر (10 نفر) از کیفیت بالاتری بخوردار است (p=0.010) این امر به ارائه خدمات شریف است که کمک‌مایه‌ای شفون و پر از مراجعه کنندگان بیمارستان. جای این که قطعاً کیفیت بین دو وقت کاری در یک بخش‌های معینه بیمار و مشاوره (که تبادل حوصله در وقت مختلف) باز بروز است و این دلیل دیگری بر تأثیر کادسته و فشار کاربر کیفیت کار (Som) می‌باشد.

در مقایسه عوامل مرتب می‌دهد در ردیه‌های کار (Karemen) که رده‌بندی آنها زیر دو طبقه (پایین ترین سطح ممکن است) از ارائه خدمات به کیفیت مناسب از سایر همکاران جلو می‌رفت، به گونه‌ای که حتی کارمندان لباس‌دار (پایین‌ترین رد) از خدمات به مناسب (0.010) این اختلاف کیفیت معنی‌دار در تاریخ اجرای خدمت از شرک حالت غیر معنادار، مصاحبه، تعیین و عضویت روش‌ها مشهور است (p<0.001)

این یافته ساپورتری وجود تفاوت در نحوه یا جدید در حیطه پرورش برخی اسانی ارشد دارد. به‌نحوی که ناکامی نظام تربیت برخی کهن‌تر را در حصول اهداف، نبودن داده و سویدی دیگر می‌توانند نشانه وجود عامل کم‌درک‌کار و دل سری کارماندان تحصیل کرده در انجام وظایف حرفه‌ای خود تلقی گردید.
نتیجه گیری:
همانطور که گذشته، هدف اصلی از انجام این پژوهش مقایسه کیفیت خدمات تظیم خانواده بین منطقه‌های العمومی، سایر مناطق ایران با یک کشورهای دیگر جهان بوده است. در عرض تلاش دست اند کاران این امر به سمت پایین حال قرار گرفتن در کاستی در سازوکار ارات تظیم خانواده و بررسی علل احتمالی آن جهت دهش شده و تلاش گروه‌های تیک انجام مشاهداتی قسمتی از سیستم را تحت الامکان بینی که نازم‌زاده، اصلاح و بازگردی هستند شناسایی نماییم.

آنچه از مجموعه یافته‌های ارزانی‌کردن و نیز با آن است که ارات تظیم خانواده در زمینه مهارت‌های ارتقایی کیفی از راهکارهای اصلی علاوه بر آن (Gay J. 1980; Mundigo A. 1973, Simmons R. et al. 1987) و در کار این آزمایش، با استفاده از یکی از متون جدید و اطلاعاتی منظم و در این مورد توجه خاص به آن، زیرا این فقط یکی از جمله راهبردهایی است که از جمله چنین، خدمات در معیارهای ارتقایی مطرح شده و در رضایت این آزمایش در میان می‌تواند به شکل مثبت و ارتقایی تجربه شود.

یک استراتژی مهم در زمینه بهبود کیفیت خدمات تظیم خانواده ارائه می‌شود. لازم به ذکر است که تجربیات اجتماعی توسط یک گروه از آزمایشگاه‌ها از جمله مطالعاتی، مطالعاتی و جمعیتی (Haffey J. et al. 1984) نشان داده است. زمانی که آزمایش‌های شفاهی در زمینه استفاده از مواد کنتراسیمی توسط وظیفه انجام بوده و چاپ گردیده و سپس صورت‌گیران، به‌طور فردی یا گروهی، در وقتی که این دوره می‌گذرد، چرا روش‌های ارتقایی و ارتقایی بر اساس کسب مهارت‌های ارتقایی کردن و صرف‌گرایاند.
کتابچه‌ها و جزوات ساده تکمیل گردیده، مشتریان این گونه آموزش‌ها را بهتر به خاطر سپرده و تاثیر بی‌وارهای غلط و شایعات نادرست هم به حداقل خواهد رسد.
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 پاره‌ای از جنوب یا از جمله استانداردهای کمی و کیفی نیروی انسانی و تعامل خدمات دهنده‌ها و مشتریان، نازم‌مین اصلاح و پاژندری اساسی است و امید آن که نتایج این تحقیق بتواند در جهت انجام این اصلاحات و ایجاد مدیران و مولویان مجموعه بهداشت قرار گیرد.

تشکروقدانی:
از سرکاربخشان طالع احمد، میان‌آبادی، بزرگ‌مهر، کاووسی و فرهادی رامین در جمع آوری داده‌ها تشکر و قدردانی می‌گردد و همچنین از مسئولین محترم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان که حمایت کننده این طرح بودند قدردانی می‌شود.
جدول ۱- رده بندي كيفيت ارائه خدمت در مراكز بهداشتی شهری همدان

<table>
<thead>
<tr>
<th>رده بندي كيفيت</th>
<th>تعداد</th>
<th>2/3</th>
<th>2/5</th>
<th>2/7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بسيار ضعيف</td>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ضعيف</td>
<td>76</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط</td>
<td>118</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خوب</td>
<td>154</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>عالي</td>
<td>39</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>396</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>خدمت ارائه شده</th>
<th>&lt; ۱ مورد نقص</th>
<th>۱ - ۲ مورد نقص</th>
<th>کلی</th>
<th>&lt; ۱ مورد نقص</th>
<th>۱ - ۲ مورد نقص</th>
<th>کلی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شرح حال</td>
<td>۱/۱%</td>
<td>۱۵/۲%</td>
<td>۱/۳%</td>
<td>۳/۳%</td>
<td>۴۹/۷%</td>
<td>۴۶/۷%</td>
</tr>
<tr>
<td>معايشه فيزيکي</td>
<td>۲۱/۵%</td>
<td>۴۹/۶%</td>
<td>۲۴/۷%</td>
<td>۲۴/۵%</td>
<td>۴۹/۶%</td>
<td>۴۴/۵%</td>
</tr>
<tr>
<td>تعين روش</td>
<td>۳/۸%</td>
<td>۳۸/۴%</td>
<td>۳/۳%</td>
<td>۳/۸%</td>
<td>۳۸/۴%</td>
<td>۳۸/۴%</td>
</tr>
<tr>
<td>مشاوره</td>
<td>۳/۲%</td>
<td>۳/۲%</td>
<td>۲/۴%</td>
<td>۳/۲%</td>
<td>۳/۸%</td>
<td>۳/۲%</td>
</tr>
<tr>
<td>مصاحبه خروج</td>
<td>۱۵/۲%</td>
<td>۴۶/۶%</td>
<td>۳۸/۹%</td>
<td>۱۵/۲%</td>
<td>۴۶/۶%</td>
<td>۳۳/۳%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

منابع:


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.*3, MD; Mir Moeeni E.S., MD2; Azimian M.H., MD1; Mani-Kashani Kh.
MA 1

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