

بررسی رضایتمندی زنان باردار از ارائه مراقبت‌های

دوران بارداری در مراکز بهداشتی اهواز

پروین اسفندیاری نژاد^۱، شهناز نجار^۲، پوران دخت افشاری^۲،

معصومه یار علی زاده^۲، سلیمه نظامیوند چگینی^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۷

خلاصه

مقدمه: با توجه به اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری و تأثیر آن بر سلامت مادران و تقدم پیشگیری بر درمان، ارتقاء کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری ضروری است و بهبود کیفیت خدمات بدون توجه به نظرات استفاده‌کنندگان امکان‌پذیر نیست. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان رضایت زنان باردار از ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی اهواز انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۵۸۸ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز انجام گرفت. نمونه‌گیری به‌طور تصادفی و به روش در دسترس انجام شد. داده‌های مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته به روش مصاحبه با مادران جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آمار توصیفی انجام شد.

یافته‌ها: ۲۸۲ نفر (۴۸٪) از زنان باردار از مراقبت‌های ارائه شده دوران بارداری رضایت کامل و ۲۹۶ نفر (۵۰/۳٪) رضایت نسبی داشتند و تنها ۱۰ نفر (۱/۷٪) ناراضی بودند.

نتیجه‌گیری: اکثر مادران باردار از ارائه مراقبت‌های دوران بارداری رضایت دارند.

کلمات کلیدی: رضایتمندی، زنان باردار، مراقبت دوران بارداری، مراکز بهداشتی درمانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: سلیمه نظامیوند چگینی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۱۳۵۶۴۷۶؛ پست الکترونیک: nezamivandsalime@yahoo.com

مقدمه

در حال حاضر مراقبت‌های دوران بارداری یکی از شاخص‌های مهم طب پیشگیری محسوب می‌شود که عبارت است از نظارتی نظام‌مند که شامل انجام معاینه و مشاوره در مورد مسائل ضروری بارداری، دادن اطمینان خاطر، آموزش و حمایت از مادر باردار و خانواده او، برطرف کردن ناراحتی جزئی دوران بارداری و تهیه یک برنامه غربالگری مداوم بالینی و آزمایشگاهی برای تأیید کم خطر بودن بارداری می‌باشد (۱). مطالعات جهانی مؤید این امر بوده است که مراقبت‌های دوران بارداری، مؤثرترین عامل در بهبود نتایج بارداری و ایجاد اطمینان برای سلامت کودکان در آینده می‌باشد (۲، ۳)؛ به طوری که دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد پیشگیری می‌کند. همچنین نشان داده شده است مادرانی که از مراقبت‌های دوران بارداری رضایت دارند، سرانجام بارداری بهتری پیدا می‌کنند (۴).

بررسی رضایت مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی از نحوه ارائه خدمات، یکی از متداول‌ترین روش‌هایی است که در ارزشیابی اقدامات انجام شده مورد استفاده قرار می‌گیرد و نتیجه آن به طور گسترده در سازماندهی خدمات از جمله تعیین شرح وظایف کاربرد دارد. لذا باید به نظرات مراجعین توجه خاصی مبذول داشت، زیرا این امر باعث بهبود ارائه خدمات می‌شود (۵). در واقع ارتقای کیفیت خدمات بدون توجه به نظرات، نیازها، انتظارات و جلب رضایت بیماران امکان‌پذیر نیست (۶). یافتن جنبه‌هایی از خدمات که موجب ناراضی‌تای استفاده‌کنندگان از خدمات می‌شود و همچنین سعی در برطرف نمودن آن‌ها می‌تواند مؤثرترین و کم‌هزینه‌ترین راه افزایش کیفیت ارائه خدمات باشد (۷). با توجه به اینکه سلامت و پیشرفت هر جامعه تا حدود زیادی بر سلامت زنان استوار است (۸، ۹)، بنابراین حفظ سلامت مادران بایستی در اولویت خدمات بهداشتی قرار گیرد (۱۰).

بر این اساس در مطالعه بلسی (۲۰۰۱) در تگزاس که بر روی ۲۸۴ مادر باردار از ۱۱ مرکز بهداشتی انجام شد، مراجعین از آموزش مراکز و کیفیت بالای خدمت‌دهی

رضایت داشتند (۱۱). همچنین در مطالعه شبرای (۱۹۹۲) تحت عنوان بررسی میزان رضایت مددجویان از چگونگی ارائه خدمات اولیه بهداشتی که ۹۰۰ نفر از ۱۴۰ مرکز بهداشتی درمانی در نقاط مختلف شهر ریاض در آن شرکت داشتند، ۴۵۰ نفر از مراجعین از خدماتی که در اختیار آن‌ها گذاشته شده بود راضی بودند و یک چهارم از مراجعین از معطلی در مراکز ناراضی بودند (۱۲).

مددجویان توانایی ارزیابی کمیّت و کیفیت خدمات مراقبتی را دارند، پس می‌توان از انتظارات و نیازهای مددجویان در برنامه‌ریزی و ارزشیابی خدمات استفاده کرد، در نتیجه مدیران باید توجه کافی به نظرات مراجعین داشته باشند تا بتوانند خدمت‌دهی را توسعه دهند، بنابراین بهترین و مهم‌ترین شاخص جهت اندازه‌گیری کمیّت و کیفیت خدمات ارائه شده، بررسی رضایت مراجعین می‌باشد (۱۳). تأکید بر رضایت مراجعین از خدمات دوران بارداری به دلیل اثرات مثبتی است که بر رفتار آنان دارد و باعث می‌شود مراجعین به‌طور مداوم از خدمات بهداشتی استفاده کرده، آموزش‌های ارائه شده را به‌صورت صحیح بکار گیرند و استفاده از خدمات را به سایرین توصیه کنند و همچنین تأمین رضایت مادران باردار حاصل پاسخگویی به نیاز و انتظارات آن‌ها می‌باشد، این رضایت احساس خوشایندی در آن‌ها به‌وجود آورده و سلامت روان آنان را نیز ارتقاء می‌دهد و موجب احساس آرامش و ایمنی می‌شود. هر قدر شرایط پاسخگویی به نیازها و انتظارات مساعدتر باشد، تأمین نیاز کامل‌تر و رضایت حاصل شده عمیق‌تر خواهد بود. بالعکس برآورده نشدن نیاز، شخص را دچار اضطراب و عدم تعادل می‌کند (۱۴). با توجه به اهمیت موضوع مراقبت‌های بارداری و این مسئله که یکی از گروه‌های حساس هر جامعه از لحاظ وضعیت سلامت روان، زنان باردار هستند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان رضایت زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۵۸۸ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه شهرستان اهواز انجام شد. ابتدا مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز به ۳ بخش مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت غرب، مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شرق و مراکز روستایی تقسیم شدند. سپس به طور تصادفی و با استفاده از روش قرعه کشی یک سوم از مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت غرب، یک سوم از مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شرق و یک سوم از مراکز روستایی انتخاب شدند. به این ترتیب که از شرق، مراکز پایگاه شماره ۱ (شهرک آغاچاری، بیمارستان ابودر، شهرک شهید عباس پور)، ۳، ۶، ۸، ۱۶، ۱۱، ۹، ۱۲، پایگاه شماره ۲؛ از غرب مراکز شماره ۱۵، ۵، ۴، ۱۰ و ۲؛ از مراکز روستایی هم کریت برومی، شماره ۱۳ قلعه چنعان، کوت نواصر و پایگاه شماره ۴ شبیشه انتخاب شدند و جمعاً ۲۰ مرکز مورد مطالعه قرار گرفت. لازم به ذکر است که افراد مورد پژوهش با استفاده از نمونه گیری در دسترس و مراکز نیز به روش تصادفی و با استفاده از قرعه کشی انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه تأیید بارداری به وسیله آزمایش یا سونوگرافی و معیار خروج از مطالعه شامل: زنان بارداری که در مراکز بهداشتی درمانی دیگر پرونده داشته و تنها برای مواردی دیگر نظیر کنترل فشار خون و ... مراجعه کرده و یا کسانی که تنها جهت مراقبت ویژه مراجعه کرده بودند (به عنوان مثال مادری که در مرکز بهداشتی درمانی منتخب پرونده داشته، اما در زمان مطالعه تنها برای بررسی جواب آزمایش یا کنترل فشار خون مراجعه کرده بود)، در نظر گرفته شد. روش گردآوری داده ها مبتنی بر مصاحبه و ابزار گردآوری داده ها شامل چک لیست اطلاعات فردی- مامایی زنان باردار و پرسشنامه ای محقق ساخته بود که اعتبار محتوای آن با نظر خواهی از ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی متخصص در زمینه پژوهش و پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد ۰.۸۵٪ محاسبه شد و شامل سؤالاتی به این شرح بود. بخش اول شامل سؤالاتی مبنی بر مشخصات فردی- مامایی زنان شرکت کننده در

مطالعه و بخش دوم شامل ۱۶ سؤال در خصوص بررسی موانع جهت مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی بود. سؤال ۱-۷ در خصوص مادرانی بود که بعد از ۱۰ هفته اول بارداری جهت دریافت مراقبت ها مراجعه کرده بودند که علل آن به تفکیک شامل عدم اطلاع از بارداری، نداشتن فرصت جهت مراجعه، دور بودن مرکز از محل زندگی، نارضایتی از امکانات مرکز، کیفیت نامناسب خدمات، مراجعه به بخش خصوصی و عدم اطلاع از اهمیت مراقبت ها بود. سؤال ۸-۱۲ در خصوص بررسی موانع جهت مراجعه شامل داشتن مشکل رفت و آمد، معطل شدن جهت دریافت خدمت، رضایت از مکان ارائه خدمت، رضایت از زمان ارائه خدمت و رعایت خلوت مادر با گزینه های بسیار زیاد، تا حدی و خیر بود. سؤال ۱۳ مربوط به نحوه برخورد کارکنان بود که شامل سه گزینه بسیار خوب، متوسط و نامناسب بود. سؤال ۱۴ مربوط به مراجعه در تاریخ تعیین شده و سؤال ۱۵ مربوط به علل تأخیر در مراجعه بود که دلایل آن به تفکیک شامل نداشتن فرصت، نارضایتی از خدمات، عدم تأکید پرسنل و مراجعه به مطب خصوصی بود و سؤال ۱۶ مربوط به میزان رضایت کلی از خدمات ارائه شده بود که شامل سه گزینه رضایت کامل، رضایت نسبی و نارضی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین دو جامعه مستقل و با در نظر گرفتن $\alpha=0.05$ و $power=0.9$ برای هر سه ماهه بارداری ۱۹۶ نفر و در مجموع ۵۸۸ نفر تعیین شد. سپس به نسبت جمعیت تحت پوشش هر مرکز، تعداد نمونه مختص هر مرکز محاسبه شد و ۱۹۶ نفر بین مراکز منتخب تقسیم شد؛ به طوری که هرچه جمعیت تحت پوشش مرکزی بیشتر بود، تعداد بیشتری از نمونه ها به آن مرکز تعلق گرفت و نمونه بیشتری از آن مرکز جمع آوری شد. پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مسئولین مراکز بهداشتی درمانی شرق و غرب ضمن اخذ رضایت نامه کتبی از مادران باردار جهت شرکت در مطالعه و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده از آن ها، در مکانی آرام به تکمیل پرسشنامه ها به روش مصاحبه پرداخته شد. قابل ذکر است که روزهای مراجعه جهت

نمونه‌گیری از هر مرکز به صورت تصادفی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های آمار توصیفی انجام شد.

یافته‌ها

محدوده سنی زنان ۱۳-۴۱ سال با میانگین $25/7 \pm 5/1$ سال بود و ۳۰ نفر (۵/۱٪) از زنان باردار سن بالای ۳۵ سال داشتند. ۵۴۲ نفر (۹۲/۲٪) خانه‌دار و تحصیلات ۳۵۸ نفر (۶۰/۹٪) در مقطع راهنمایی و دبیرستان بود که بیش‌ترین فراوانی بود. در ۵۳۰ نفر (۹۰/۱٪) بارداری خواسته و تنها در ۵۸ نفر (۹/۹٪) بارداری ناخواسته بود. میانگین سن بارداری آن‌ها $22/7 \pm 1/0$ هفته بود و ۲۷۰ نفر (۴۵/۹٪)، اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند. ۲۸۲ نفر (۴۸٪) از زنان باردار از مراقبت‌های ارائه شده دوران بارداری رضایت کامل و ۲۹۶ نفر (۵۰/۳٪) رضایت نسبی داشتند و تنها ۱۰ نفر (۱/۷٪) ناراضی بودند. یافته‌ها در ارتباط با علل مراجعه پس از ۱۰ هفته اول

بارداری نشان داد که بیش‌ترین فراوانی به ترتیب شیوع، نداشتن فرصت جهت مراجعه (۲۲/۱٪)، مراجعه به بخش خصوصی (۱۳/۹٪) و عدم اطلاع از بارداری (۷/۲٪) بود و در بخش بررسی موانع جهت مراجعه، ۴۷۲ نفر (۸۰/۳٪) مشکلی جهت رفت و آمد نداشتند که اکثریت افراد را شامل می‌شد، تنها ۳۰ نفر (۵/۱٪) از زنان معطلی جهت دریافت خدمت را ذکر کردند، بیش از نیمی از افراد از مناسب بودن مکان ارائه خدمت و کافی بودن زمان ارائه خدمت رضایت داشتند. در خصوص رعایت خلوت مادر ۱۸۴ نفر (۳۱/۳٪) بسیار زیاد و ۲۵۸ نفر (۴۳/۹٪) تا حدودی راضی بودند. بیش از نیمی از زنان برخوردار کارکنان را بسیار خوب عنوان کردند. ۱۰۹ نفر (۱۸/۷٪) در تاریخ تعیین شده مراجعه نکرده بودند که در این میان بیش‌ترین دلیل به ترتیب فراوانی نداشتن فرصت (۱۴/۴٪)، عدم تأکید پرسنل (۳/۴٪)، مراجعه به مطب خصوصی (۰/۷٪) بود و کمترین فراوانی مربوط به نارضایتی از خدمات (۰/۲٪) بود.

جدول ۱- بررسی توزیع فراوانی مشخصات فردی - مامایی زنان باردار مورد مطالعه

مشخصات	فراوانی*	مشخصات	فراوانی*
کمتر از ۱۸	۲۱ (۳/۶)	نوع زایمان	طبیعی
۱۸-۳۵	۵۳۷ (۹۱/۳)	قبلی	سزارین
بیشتر از ۳۵	۳۰ (۵/۱)	محل زایمان	بیمارستان
میانگین (انحراف معیار)	۲۵/۷ (۵/۱)	قبلی	منزل
بی‌سواد و ابتدایی	۱۲۶ (۲۱/۴)	بدون روش	۱۴۲ (۲۴/۱)
راهنمایی و دبیرستان	۳۵۸ (۶۰/۹)	منقطع	۱۸۲ (۳۰/۹)
دانشگاهی	۱۰۴ (۱۷/۷)	کاندوم	۱۱۰ (۱۸/۸)
خانه‌دار	۵۴۲ (۹۲/۲)	آخرین روش	قرص
شاغل	۴۶ (۷/۸)	پیشگیری	آی یو دی
زیر ۵۰۰ هزار تومان	۴۰۶ (۶۹)	آمپول	۱۰ (۱/۷)
۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۱۶۱ (۲۷/۴)	بستن لوله	۲ (۰/۴)
بیشتر از یک میلیون تومان	۲۱ (۳/۶)	تعداد سقط	صفر
سن بارداری (میانگین (انحراف معیار))	۲۲/۷ (۱۰)	یک	۷۴ (۱۲/۶)
خواسته	۵۳۰ (۹۰/۱)	دو	۱۱ (۱/۹)
ناخواسته	۵۸ (۹/۹)	آزمایش BhcG	۲۲۵ (۳۸/۲)
یک	۲۷۰ (۴۵/۹)	روش تشخیص بارداری	آزمایش گروایندکس
دو-چهار	۳۱۰ (۵۲/۷)	سونوگرافی	۳۳ (۵/۶)
پنج و بیشتر	۸ (۱/۴)		

*داده‌ها بر اساس (درصد) تعداد می‌باشد. غیر از مواردی که عنوان دیگر ذکر شده است.

بحث

انجام مراقبت‌های بارداری همیشه با موانعی روبرو بوده است و مراقبین بهداشتی باید در تلاش برای از بین بردن موانع و دستیابی و استفاده از خدماتی که در

دوران بارداری ارائه می‌شود، کوشا باشند. نتایج این مطالعه در بررسی دلایل مراجعه پس از ۱۰ هفته اول بارداری نشان داد بیش از نیمی از زنان باردار طی ۱۰ هفته اول بارداری جهت دریافت مراقبت‌ها به مراکز مراجعه کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی موانع جهت مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی

تعداد (درصد)			
۴۲ (۷/۲)	عدم اطلاع از بارداری		
۱۲۹ (۲۲/۱)	نداشتن فرصت جهت مراجعه		
۲ (۰/۲)	دور بودن مرکز از محل زندگی	علل مراجعه پس از ۱۰ هفته اول بارداری	
۵ (۰/۹)	نارضایتی از امکانات مرکز		
۲ (۰/۲)	کیفیت نامناسب خدمات		
۸۱ (۱۳/۹)	مراجعه به بخش خصوصی		
۲ (۰/۲)	عدم اطلاع از اهمیت مراقبت‌ها		
بسیار زیاد	تاحدی	خیر	
۲۸ (۴/۸)	۸۸ (۱۵)	۴۷۲ (۸۰/۳)	داشتن مشکل رفت و آمد
۳۰ (۵/۱)	۲۲۷ (۳۸/۶)	۳۳۱ (۵۶/۳)	معطل شدن جهت دریافت خدمت
۲۲۶ (۳۸/۴)	۳۲۰ (۵۴/۴)	۴۲ (۷/۱)	رضایت از مکان ارائه خدمت
۳۲۷ (۵۵/۶)	۲۴۸ (۴۲/۲)	۱۳ (۲/۲)	رضایت از زمان ارائه خدمت
۱۸۴ (۳۱/۳)	۲۵۸ (۴۲/۹)	۱۴۶ (۲۴/۸)	رعایت خلوت مادر
بسیار خوب	متوسط	نامناسب	
۳۲۸ (۵۵/۸)	۲۲۶ (۳۸/۴)	۳۴ (۵/۸)	برخورد کارکنان
بله	خیر		
۴۷۹ (۸۱/۳)	۱۰۹ (۱۸/۷)		مراجعه در تاریخ تعیین شده
نداشتن فرصت	نارضایتی از خدمات	عدم تأکید پرسنل	مراجعه به مطب خصوصی
۸۵ (۱۴/۴)	۱ (۰/۲)	۱۹ (۳/۴)	۴ (۰/۷)
کامل	نسبی	ناراضی	
۲۸۲ (۴۸)	۲۹۶ (۵۰/۳)	۱۰ (۱/۷)	میزان رضایت کلی زنان باردار

در مطالعه انصاری نیاکی و همکاران (۲۰۰۳) ۴۶٪ مادران در سه ماهه اول جهت دریافت مراقبت‌ها مراجعه کرده بودند (۱۵).

در مطالعه حاضر، دلایل عدم مراجعه افراد به ترتیب شامل: نداشتن فرصت جهت مراجعه، مراجعه به بخش خصوصی، عدم اطلاع از بارداری، نارضایتی از امکانات، کیفیت نامناسب خدمات، دور بودن مرکز از محل زندگی و عدم اطلاع از اهمیت مراقبت‌ها بود. همچنین در خصوص مراجعه در تاریخ تعیین شده بیش از سه چهارم زنان باردار (۸۱/۴٪) مراجعه کرده بودند و سایر

افراد مورد مطالعه بیش‌ترین دلیل عدم مراجعه را نداشتن فرصت و عدم تأکید پرسنل عنوان کردند. بنابراین با توجه به یافته‌های مطالعه در زمینه عدم مراجعه به موقع و از آنجایی که مراقبت در دوران بارداری آسان‌تر از مراقبت از مادر و نوزاد بیمار است، پیشنهاد می‌شود قبل از بروز مشکلات ناشی از عدم مراجعه به موقع جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در رفع موانع مربوط به آن که نیاز به صرف هزینه و وقت زیادی نیز نمی‌باشد، کوشید.

نتایج این مطالعه در بررسی موانع نشان داد اغلب زنان باردار (۸۰/۳٪) برای رفت و آمد به مرکز بهداشت مشکل نداشتند (جدول ۲)، در حالی که در دیگر مطالعات از دلایل ناراضی‌تی زنان از مراقبت‌های دوران بارداری، دوری راه عنوان شده بود (۱۶، ۱۷). که دلیل این مسأله ممکن است توزیع مناسب مراکز بهداشتی درمانی در سطح شهرستان اهواز باشد. فالون و همکار (۱۹۹۴) نیز مشکلات مربوط به رفت و آمد را از موانع مهم مطالعه خویش گزارش کردند (۱۸). همچنین بالکی و همکار (۱۹۹۳) در مورد مناسب نبودن محل ارائه خدمات اظهار داشت زنان باردار بایستی به مراکز مراقبت‌های قبل زایمان دسترسی داشته باشند و یکی از موانع مراجعه جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری، مشکلات مربوط به حمل و نقل است (۱۹). بیش از نیمی از افراد به سؤال "معطل شدن جهت دریافت خدمت" پاسخ خیر دادند و ۲۲۷ نفر (۳۸/۶٪) تا حدودی ناراضی و تنها ۳۰ نفر (۵/۱٪) از زنان از معطلی در مراکز بسیار ناراضی بودند. در مطالعه شبروی (۱۹۹۲) در شهر ریاض، یک چهارم از مراجعین از معطلی در مراکز ناراضی بودند (۱۲). در مطالعه دهاهی (۲۰۱۵) ۴۱/۲٪ از زنان باردار در شهر بصره برای بهبود مراقبت‌های دوران بارداری، رفع شلوغی و ازدحام جهت پذیرش را پیشنهاد دادند (۲۰) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت و ممکن است به دلیل شلوغی مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی باشد. شلوغی مراکز بهداشتی یکی از موانع مراقبت در دوران بارداری است و سرویس‌های مربوط به زنان و بارداری باید در راه رفع این مشکل کوشا باشند (۲۱).

در مطالعه حاضر تنها ۴۲ نفر (۷/۱٪) از مراجعین از محیط مراکز بهداشتی درمانی ناراضی بودند و مطالعات نشان داده‌اند که خصوصیات محل ارائه خدمت از نظر تمیز بودن، داشتن امکانات رفاهی و ... از عوامل مؤثر بر رضایت زنان می‌باشد (۲۲، ۲۳). مطالعه عزیززاده و همکاران (۲۰۰۱) در کرمان نیز نامناسب بودن محل ارائه خدمت را از دلایل ناراضی‌تی مادران از مراقبت‌های دوران بارداری مطرح کرد (۲۴). لذا پیشنهاد می‌شود با نظرسنجی از مادران باردار در خصوص دلایل ناراضی‌تی،

موانع را در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری برطرف کرد.

زمان صرف شده با مراقبین نیز از موارد مؤثر بر رضایت‌مندی است (۲۵). در مطالعه حاضر از نظر کافی بودن زمان ارائه خدمت ۳۲۷ نفر (۵۵/۶٪) از زنان کاملاً راضی بودند و در خصوص رعایت حریم خصوصی زنان باردار، ۱۸۴ نفر (۳۱/۳٪) بیان کردند که خلوت آن‌ها به‌طور کامل حفظ می‌شود. در مطالعه بخشی و همکاران (۲۰۰۸) نیز رعایت حریم خصوصی هنگام ارائه خدمت از بیش‌ترین عوامل تأثیرگذار بر میزان دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود (۲۶).

در مطالعه حاضر در مورد برخورد کارکنان، ۳۲۸ نفر (۵۵/۸٪) از زنان از برخورد کارکنان راضی بودند و در مطالعه دانش کجوری و همکاران (۲۰۰۶) در شهرستان شیروان چرداول میزان رضایت از نحوه ارتباط ارائه‌دهندگان خدمت ۹۳/۶٪ بیان شد (۲۷). به‌طور کلی در مطالعه حاضر ۲۸۲ نفر (۴۸٪) از زنان باردار از خدماتی که در مرکز بهداشت به آنان ارائه می‌شد کاملاً راضی بودند، اما باید خاطر نشان کرد که مراجعه‌کنندگان خدمات بهداشتی معمولاً از اطلاعات و مهارت‌هایی که باید به آن‌ها ارائه شود آگاهی کامل ندارند و نمی‌توانند قضاوت مناسبی داشته باشند. در مطالعه حاضر ۳۵۱ نفر (۵۹/۷٪) از زنان باردار به بخش خصوصی نیز مراجعه داشتند و مراجعه به مطب متخصص زنان (۴۶/۱٪) بیش‌ترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود و از میان افرادی که علاوه بر مرکز بهداشت به بخش خصوصی نیز مراجعه داشتند حدود یک چهارم افراد (۲۴/۵٪) بیان کردند که کیفیت خدمات ارائه شده در مرکز بهداشت بهتر است و حدود یک چهارم (۲۵/۷٪) دیگر نیز بیان کردند که خدمات ارائه شده در بخش خصوصی کیفیت بهتری دارد و حدود نیمی از افراد کیفیت خدمات ارائه شده را یکسان اعلام کردند. این مورد در مطالعات مشابه مورد بررسی قرار نگرفته بود. نتایج مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۲۰۰۰) حاکی از آن بود که بین ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی و بخش خصوصی تفاوت عمده‌ای وجود ندارد (۲۸) که با یافته مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت.

در مطالعه حاضر در مورد برخورد کارکنان، ۳۲۸ نفر (۵۵/۸٪) از زنان باردار از برخورد کارکنان راضی بودند. دانش کجوری و همکاران (۲۰۰۶) در شهرستان شیروان چرداول، میزان رضایت‌مندی زنان باردار از نحوه ارائه مراقبت‌های دوران بارداری را ۸۷/۲٪ بیان کردند (۲۷).

همچنین در مطالعه حاضر از نظر مکان انجام آزمایشات، بیش از نیمی از زنان (۵۲/۴٪) آزمایشات خود را در آزمایشگاه‌های بیمارستان‌ها و کمتر از نیمی از آن‌ها (۴۷/۶٪) در آزمایشگاه‌های خصوصی انجام دادند. این مسأله نیز در مطالعات مشابه بررسی نشده بود. از نظر بیمه، ۴۹۸ نفر (۸۴/۷٪) از زنان تحت پوشش بیمه و دارای دفترچه بیمه بودند و ۹۰ نفر (۱۵/۳٪) از زنان دفترچه بیمه نداشتند و این در حالی است که در مطالعه مجیدی و همکار (۲۰۰۵) در تهران، نداشتن بیمه پزشکی جزء علل ناراضی‌ت‌ی زنان از مراقبت‌های دوران بارداری بود (۲۹). در مطالعه حاضر اکثر افراد دارای بیمه تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی بودند.

از آنجا که تجهیزات می‌تواند بر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده تأثیر گذاشته و نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد، لذا در مطالعه حاضر مراکز بهداشتی درمانی از نظر وجود وسایل و تجهیزات مورد نیاز ارائه مراقبت‌های دوران بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج حاکی از انطباق خوب در ۹۵٪ مراکز و انطباق متوسط در ۵٪ مراکز بود. وسایل از قبیل دستورالعمل کشوری، پرونده خانوار، دفتر مراقبت، دفترچه مراجعه، ترازو، فشارسنج، گوشی مامایی، سونیکیت، تخت معاینه، پاراوان، واکسن توام و ژل لوبریکانت در همه مراکز موجود بود. ولی قرص آهن و قرص اسیدفولیک در ۶۰٪ مراکز و قرص مولتی‌ویتامین تنها در ۵٪ مراکز موجود بود و متر پارچه‌ای در هیچ‌کدام از مراکز وجود نداشت. این مورد در مطالعات مشابه مورد بررسی قرار نگرفته بود.

در مطالعه حاضر ۲۸۲ نفر (۴۸٪) از زنان باردار از خدمات دریافت شده رضایت کامل و ۲۹۶ نفر (۵۰/۳٪) رضایت نسبی داشتند و تنها ۱۰ نفر (۱/۷٪) از آن‌ها

ناراضی بودند. در مطالعه میروملایی و همکاران (۲۰۰۷) نیز در بُعد رضایت، که ۵۴/۷٪ از افراد از مراقبت‌ها راضی، ۲۳/۷٪ نسبتاً راضی و ۲۱/۶٪ ناراضی بودند (۳۰). در مطالعه ارکی (۲۰۰۴) در ترکیه که در خصوص بررسی سطح رضایت زنان باردار نسبت به مرکز بهداشت عمومی انجام شد، افراد تا حدودی راضی بودند (۱۶). مطالعه دانش کجوری و همکاران (۲۰۰۵) در ایران که به بررسی رضایت‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های پیش از بارداری در شیروان چرداول پرداخت، نتایج حاکی از رضایت بسیار بالا در ۸۹/۸٪ زنان بود و ۱۰/۲٪ از آنان رضایت کم یا خیلی کم داشتند (۲۷). در مطالعه نیسار و همکار (۲۰۰۵) که در کراچی و حیدرآباد پاکستان انجام شد، نشان دهنده رضایت ۴۹/۶٪ زنان بود (۳۱). در مطالعه مشابه زیدان (۲۰۰۹) که در خارطوم در سودان انجام شد، تنها در ۲۲٪ موارد رضایت کامل گزارش شد (۳۲).

آقامیری (۲۰۰۸)، نامناسب بودن فضای فیزیکی مراکز بهداشتی، کمبود تجهیزات، عدم استفاده از نیروهای ماهر، آگاهی ناکافی کارکنان بهداشتی و نبودن ارتباط مناسب بین مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌های تخصصی و پزشکان متخصص را از مهم‌ترین علل عدم مراجعه زنان باردار از مراکز بهداشتی درمانی بیان کرد (۳۳).

خدمات در مراکز بهداشتی درمانی ایران به‌صورت رایگان انجام می‌شود و همانطور که فکرت و همکاران (۲۰۰۴) نیز ذکر کردند، دلیل عدم مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی درمانی در کشور ما دلایلی غیر از مسائل اقتصادی است که از جمله آن‌ها می‌توان به مسائل نگرشی و باوری اشاره کرد (۳۴). تحصیلات مادر می‌تواند از نظر داشتن مطالعه، اهمیت رعایت اصول تغذیه‌ای و سایر مراقبت‌های بهداشتی نتایج بارداری را تحت تأثیر قرار دهد (۳۵). براومن و همکاران (۲۰۰۰) سطح سواد پایین را یکی از عوامل خطر عدم دریافت به موقع مراقبت دوران بارداری معرفی کرد (۳۶). همچنین شاغل نبودن در خارج از منزل با مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری مرتبط است (۳۷). در مطالعه حاضر اکثر افراد در سطح پایین اقتصادی و تحصیلی بودند که این عامل

می‌تواند دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه وضعیت سلامت را تحت تأثیر قرار دهد.

در مطالعه حاضر تنها ۱۸۴ نفر (۳۱/۳٪) زنان باردار بیان کردند که خلوت آن‌ها به‌طور کامل حفظ می‌شود، در حالی که نتایج حاصل از مطالعاتی که برای بررسی موانع دریافت مراقبت‌های بارداری و علل عدم استقبال مادران باردار از مراقبت‌های رایگان در سیستم دولتی انجام گرفت، نشان داد که در شهر رشت، عدم رعایت حریم خصوصی مادران باردار از مهم‌ترین علل ناراضی‌مادران باردار و عدم مراجعه مستمر آن‌ها به مراکز بهداشتی درمانی بوده است (۲۶). تعداد کم زنان با بارداری ۵ و بالاتر در مطالعه حاضر ممکن است به دلیل برخورد نامناسب کارکنان بهداشتی با زنانی باشد که بارداری‌های پنجم یا بالاتر خود را می‌گذرانند که باعث می‌شود این دسته از زنان به بخش خصوصی مراجعه کرده و تنها بعد از زایمان و برای انجام واکسیناسیون فرزندشان به مرکز بهداشت مراجعه کنند و یا اینکه ممکن است به دلیل داشتن آگاهی بیشتر زنان جوان‌تر و بارداری اول باشد که نسبت به مراقبت‌های بارداری حساسیت بیشتری دارند. مولتی‌باریتی یکی از علل مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری می‌باشد (۳۷).

محققین پیشنهاد می‌کنند مسئولین و برنامه‌ریزان جهت بهتر کردن کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری به ساختار و محیط مراکز بهداشتی درمانی توجه داشته باشند. همچنین با توجه به نتایج مطالعه توصیه می‌شود کیفیت ارائه خدمات و چگونگی رضایت از آن‌ها به‌طور جداگانه در مورد هر یک از فعالیت‌های مادر و کودک، تنظیم خانواده، واکسیناسیون و سایر فعالیت‌های بهداشتی بررسی شود تا راهکارهای مناسب جهت تأمین رضایت واقعی مددجویان ارائه شود که خود باعث ارتقای کیفیت می‌شود. همچنین در مطالعه حاضر در خصوص رعایت

حریم خصوصی هنگام ارائه مراقبت تنها ۳۱/۳٪ از مراجعه‌کنندگان بسیار راضی بودند. با توجه به اینکه رضایت هر چه بیشتر در این زمینه می‌تواند باعث ارتقای نقاط قوت ارائه خدمات در مراکز و توصیه به استفاده در سایرین شود، لذا توجه بیشتر کارکنان بهداشتی را می‌طلبد. از آنجا که یکی از اجزای اصلی آموزش بهداشت در سراسر دنیا نحوه ارتباط با مددجو می‌باشد، لذا برگزاری کلاس‌های بازآموزی دوره‌ای در این زمینه برای پرسنل مراکز بهداشتی درمانی یک ضرورت محسوب می‌شود. تأمین تعداد مناسب کارکنان، عدم استفاده از نیروهای کم حوصله یا کم تجربه در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری نیز می‌تواند نقش بسزایی در جلب و رضایت مراجعه‌کنندگان داشته باشد. همچنین بهره‌گیری از پرسنل دوره دیده، خوش‌برخورد و آگاه می‌تواند در دیدگاه زنان باردار نسبت به مراکز دولتی نقش بسیار مثبتی ایفا کند.

نتیجه‌گیری

اکثر زنان باردار از ارائه مراقبت‌های دوران بارداری رضایت داشتند. این امر سبب می‌شود که آنان آموزش‌های ارائه شده را پذیرفته و با دقت بیشتری به آن عمل کنند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز با کد اخلاق شماره ۱۳۹۱.۱۲۲. REC. ajums در مورخ ۱۳۹۱/۱/۱۹ می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی، کارکنان عزیز و مادران شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Yazdinezhad A. Midwifery and gynecology. Tehran: Mirmah Publication; 2003. (Persian).
2. Emami Moghadam Z, Aemmi SZ, Dadgar S, Sardar Abadi F. Improving the performance of pregnant women in oral and dental health based on the Health Belief Mode. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(176):6-11. (Persian).
3. Emami Moghadam Z, Ajami BM, Behnam Vashani HR, Sardar Abadi F. Perceived benefits based on the health belief model in oral health related behaviors in pregnant women, Mashhad, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):21-7. (Persian).
4. Sehati Shasaei F, Sheibaei F. Lifestyle and its relation with pregnancy outcomes in pregnant women referred to Tabriz teaching hospitals. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 16(131):13-9. (Persian).
5. St Leger AS, Schnieden H, Walsworth-Bell JP. Evaluating health services' effectiveness: a guide for health professionals, service managers and policy makers. London: Open University Press; 1992.
6. Bond S, Thomas LH. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* 1992; 17(1):52-63.
7. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52(4):609-20.
8. Aemmi SZ, Dadgar S, Pourtaghi F, Askari Hoseini Z, Emami Moghadam Z. The effect of exercise program using elastic band in improving the old women's health. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(177):20-5. (Persian).
9. Jafarnejad F, Kazemeini H, Mazloun SR., Emami Moghadam Z, Sefidgaran A. Study on the effect of colporrhaphy on women's sexual function and satisfaction. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(59):14-23. (Persian).
10. Omar MA, Schiffman RF. Satisfaction and adequacy of prenatal care utilization among rural low-income women. *Outcome Manag Nurs Pract* 2000; 4(2):91-6.
11. 7-Blasi J. Perceptions of community health centers and barriers to medical enrollment. Htm. Available at: URL: <http://bphc.hrsa.gov/bphc/database>; 2001.
12. Shabrawy-Ali M. A study of patient satisfaction as an evaluation parameter for utilization of primary health care services. *J R Soc Health* 1992; 112(2):64-7.
13. Hudak PL, McKeever P, Wright JG. The metaphor of patients as customers: implications for measuring satisfaction. *J Clin Epidemiol* 2003; 56(2):103-8.
14. Handler A, Rosenberg D, Raube K, Lyons S. Prenatal care characteristics and African-American women's satisfaction with care in a managed care organization. *Womens Health Issues* 2003; 13(3):93-103.
15. Ansari Niaki M, Izadi Sabet F. The quality of prenatal care performance on the basis of existing care standards in health centers. *Koomesh* 2003; 5(1):81-8. (Persian).
16. Eric B, Ivanov I. The relationship between women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service. *Eur J Contracept Report Health Care* 2004; 9(1):16-28.
17. Harvey SM, Faber KS. Obstcales to prenatal care following implementation of a community based program to reduce financial barriers. *Fam Plann Persect* 1993; 25(1):32-6.
18. Fallen PD, Fisher LS. Clerical staff attitudes toward patients in prenatal care clinic in New York city. *Am J Perinatal* 1994; 11(5):362-6.
19. Buckley KA, Kulb NW. High risk maternity nursing manual. Baltimor: Williams and Wilkins; 1993.
20. Kamil Dhahi Z, Salim Issa S, Aziz Hameed L. A study on pregnant women's satisfaction with primary health care services in Basra. *Int J Res Hum Arts Literat* 2015; 3(1):7-20.
21. Lia-Hoagberg B, Rode P, Skovholt CJ, Oberg CN, Berg C, Mullett S, et al. Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. *Soc Sci Med* 1990; 30(4):487-95.
22. Walker DS, Koniak-Griffin D. Evaluation of a reduced-frequency prenatal visit schedule for low risk women at a free-standing birthing center. *J Nurse Midwifery* 1997; 42(4):295-303.
23. Raube K, Handler A, Rosenberg D. Measuring satisfaction among low-income women: a prenatal care questionnaire. *Matern Child Health J* 1998; 2(1):25-33.
24. Azizzadeh M, Mohammad Alizadeh S, Monshizadeh M. Pregnant women's points of view regarding to not receiving prenatal care. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci* 2005; 8(4):221-6.
25. Majidian M. Effetiveness intake of folic acid in prenatal perid on newborn and maternal health. The 6th Iranian Nutrition Congress, Ahwaz, Iran; 2010. P:120.
26. Bakhshi F, Mokhtari N, Jafroodi S, Shekani Z, Abbasi M, Atrkar RZ. Survey influencing factors on prenatal care in mothers referring to health care centers in Rasht city in 2008. *Holist Nurs Midwifery* 2009; 20(62):1-7. (Persian).
27. Danesh KM, Karimi S, Shekarabi R, Hossinei F. A study of satisfaction with prenatal care servise in the women attending to the health centers of the Shirvan Chardavel (Iran), in 2005. *Iran J Nurs* 2005; 18(43):61-9.
28. Seyedoshohadaee F, Ghane H, Teimoori P. Evaluation quality of prenatal care in private and governmental section in Sanandaj in 2000. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2000; 4(13):28-33. (Persian).

29. Majidi S, Moradi S. Evaluation of factors in irregular receives prenatal care in pregnant women in therapeutic health centers, which are subsidiary ministry of health and medical education of Tehran. *J Med Council Iran* 2004; 22(1):32-8. (Persian).
30. Mirmolaei ST, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Azari MA. Prenatal care utilization rate and patients satisfaction. *Hayat* 2007; 13(2):31-40. (Persian).
31. Nisar N, Amjad R. Pattern of antenatal care provided at a public sector hospital Hyderabad Sindh. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007; 19(4):11-3.
32. Zeidan ZA. Satisfaction among pregnant women towards antenatal care in public and private care clinics in Khartoum. *Khartoum Med J* 2012; 4(2):590-5.
33. Aghamiri Z, Vizheh M, Sedaghat M. Rejection of pregnant women attending urban health centers (city of Sari) for health care. *Payesh* 2008; 6(2):129-33. (Persian).
34. Fekrat M, Kashanian M, Saberi Z. Evaluation of effective factors in irregular prenatal care. *Razi J Med Sci* 2004; 11(42):605-10. (Persian).
35. Klostergaard KM, Terp MR, Poulsen C, Agger AO, Rasmussen KL. Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99(2):195-8.
36. Braveman P, Marchi K, Egerter S, Pearl M, Neuhaus J. Barrier to timely prenatal care among women with insurance: the importance of pregnancy factors. *Obstet Gynecol* 2000; 95(6 Pt 1):847-80.
37. Delgado-Rodriguez, Gomez-Olmedo M, Bueno-Cavanillas A, Galves-Vargas R. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Prev Med* 1997; 26(6):834-8.

