

بررسی کیفیت ارائه مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان ناباروری در مراکز کمک باروری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سلیمه اکبرزاده^۱، دکتر میترا زندی^{۲*}، دکتر سپیده حاجیان^۳، دکتر لیلا نظری^۴، دکتر ملیحه نصیری^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماری‌های زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۰۸

خلاصه

مقدمه: توجه به نیازهای زوجین نابارور و مشارکت دادن آنها در برنامه درمان، به آنها این اجازه را می‌دهد تا به صورت مؤثرتری به مقابله با این مشکل بپردازند. مراقبت بیمار محور بر این اصل استوار است که کل منابع و فعالیت‌های سازمان باید حول محور بیمار سازماندهی شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت ارائه مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان نابارور انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۲۰۰ مددجوی نابارور مراجعه‌کننده به مراکز کمک باروری بیمارستان‌های منتخب شهید بهشتی انجام شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بیمار محوری در مددجویان ناباروری انجام شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۵۰ سؤال در ۸ حیطه شامل: حیطه دسترسی، اطلاعات، ارتباطات، مشارکت بیمار، احترام به ارزش‌های بیمار، تداوم و حمایت از بیمار، صلاحیت کارکنان و حیطه سازمان مراقبت است که حداقل نمره در هر حیطه صفر و حداکثر ۳ می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های توصیفی و رگرسیون انجام شد.

یافته‌ها: بیشترین عامل ناباروری مربوط به زنان با ۱۳۲ نفر (۶۶/۰٪) و سپس عامل مشترک مردانه و زنانه با ۶۲ مورد (۳۱/۰٪) بیان شده بود. میانگین طول مدت ناباروری $5/35 \pm 3/67$ سال به‌دست آمد. نتایج این پژوهش نشان داد که در بازه امتیازی بین ۰-۳، میانگین محوریت بیماران در درمان ناباروری ۱/۵۰ بود. پایین‌ترین میزان بیمار محوری مربوط به حیطه دسترسی (۰/۳۷ از ۳) و بالاترین آن مربوط به حیطه سازمان مراقبت (۲/۴۰ از ۳) بود.

نتیجه‌گیری: کیفیت مراقبت بیمار محور سطح متوسط (۱/۵) از سطح مطلوب (۳) به‌دست آمد، لذا ضروری است که زیرساخت‌های نظام سلامت کشور اصلاح شده و رویکرد بیمار محور به‌طور گسترده در کشور آموزش و اجرا شود. در جهت عملیاتی شدن این مهم باید همچنین عوامل تأثیرگذار بر مراقبت بیمار محور را شناسایی نمود.

کلمات کلیدی: پرستاری بیمار محور، مراقبت بیمار محور، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر میترا زندی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۱؛ پست الکترونیک: mitra.zandi@yahoo.com

مقدمه

باروری جنبه مهمی از زندگی انسان‌ها می‌باشد و از نظر اجتماعی و روانی نیز حائز اهمیت است؛ به‌نحوی که یکی از اهداف ازدواج و تشکیل خانواده، باروری و تولید مثل می‌باشد. به‌همین دلیل ناباروری پدیده‌ای تنش‌زا برای زوجین تلقی می‌شود که موجب افسردگی و ایجاد بحران در زندگی زناشویی می‌شود. مسأله ناباروری جوامع مختلف جهان را درگیر کرده است. عوامل روانی اجتماعی هم بر مردان و هم بر زنان نابارور تأثیرگذار است. تقریباً ۱/۱ جمعیت دنیا از نازایی رنج می‌برند و روند ناباروری در سال‌های اخیر در اکثر دنیا رو به افزایش است (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۱ ناباروری به وضعیتی گفته می‌شود که در آن امکان باروری برای یک زوج با وجود ۱۲ ماه ارتباط جنسی محافظت نشده، وجود ندارد (۲).

بر اساس گزارش WHO، حدود ۸۰ میلیون نفر با مشکل باروری مواجه هستند و این امر اثر منفی بر زندگی خانوادگی آنها دارد و افراد مبتلا به ناباروری را در معرض مشکلات عاطفی و روانی قرار می‌دهد (۳). شیوع ناباروری اولیه در جهان ۱۰٪ با فاصله اطمینان ۹۵٪ گزارش شده است (۱). در مطالعه اخوندی و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی ۱۷۱۸۷ زن در ایران انجام شد، شیوع ناباروری ۲۰/۲٪ گزارش گردید. این میزان شیوع ناباروری در مناطق روستایی بیشتر از شهری گزارش شده است (۴). با توجه به آمار فوق‌الذکر، شیوع ناباروری در ایران دو برابر آمار جهانی است و این اهمیت تحقیق در این زمینه را نشان می‌دهد.

امروزه در مراقبت از بیمار، اهمیت مراقبت بیمار محور (محور بودن بیمار در امر مراقبت) مشخص شده است و ارائه‌دهندگان مراقبت تأکید بیشتری بر بیمار دارند. مراقبت بیمار محور، ارائه خدمات مراقبتی بهداشتی است که پاسخگوی نیاز مصرف‌کنندگان باشد. بیماران باید در مورد درمان خود تصمیم بگیرند و در هر فرآیند، تصمیم آنها باید پشتیبانی شود (۵). مراقبت بیمار محور به معنای مشخص شدن کیفیت مراقبت بهداشتی از بیمار است و یک پل ارتباطی بین ایمنی بیمار و مؤثر بودن

مراقبت بهداشتی و یک امر مهم در مراقبت است که آن را به‌عنوان یکی از ۶ بُعد کیفیت مراقبت تعریف می‌کنند (۶، ۷)

مراقبت بیمار محور بر پایه ۳ اصل استوار است: ۱. نقش مشارکتی بیمار در امر درمان خود ۲. اهمیت ارتباط بین بیمار و مراقبین حرفه‌ای ۳. اهمیت مکانی که مراقبت در آن انجام می‌شود (۸). هدف اصلی مراقبت بیمار محور، مشارکت بیمار در درمان خود و داشتن ارتباط مؤثر بین کادر درمان و بیمار در ارائه خدمات بهداشتی می‌باشد. انتقال روند درمان به سمت مراقبت بیمار محور، باعث افزایش همخوانی بین ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی و پایبندی بیماران به اجرای برنامه درمانی خود می‌شود. در این مراقبت، بیمار به‌عنوان یک شرکت‌کننده فعال است که می‌تواند برای درمان خود تصمیم‌گیرنده باشد و این امر باعث بهبود سلامت و افزایش رضایت بیماران از خدمات بهداشتی، کاهش هزینه‌ها و ایجاد تغییرات مثبت در زندگی بیماران می‌شود و بیماران بهتر می‌توانند سلامت خود را مدیریت کنند (۵).

در ناباروری باید مدل مراقبت بیمار محور اجرا شود و در صورت کمبود دانش پرستاران در این زمینه، احتیاج به تغییر نگرش پرستاران و آموزش بیشتر در زمینه مراقبت بیمار محور الزامی می‌باشد (۸). مطالعات متعددی در رابطه با ارزیابی دیدگاه مددجویان نسبت به محوریت بیمار و مراقبت‌های درمان ناباروری انجام شده است. برخی از این مطالعات پرسشنامه‌ای و برخی مصاحبه چهره‌به‌چهره بوده‌اند (۹-۱۱). در مطالعه دلانی (۲۰۱۸) مشخص شد که دریافت مراقبت بیمار محور باعث کاهش استرس، بهبود درک خویشتن‌داری و افزایش توانمندسازی بیمار شده است (۵). بر اساس مطالعه دنست و همکاران (۲۰۱۱)، مراقبت بیمار محور در ناباروری در دو بُعد سیستم و انسان قابل بررسی است (۹). تا آنجایی که مرور متون ما نشان می‌دهد، تنها مطالعه‌ای که در همین زمینه در ایران اجرا شد، نشان داد که ارتقاء محوریت بیمار در درمان ناباروری نیازمند به توجه بیشتر به ارزش‌ها و انتظارات بیماران در طراحی و ارتقاء فرآیندهای مراقبت است (۱۲).

¹ World Health Organization

جهت نزدیکی نیازهای بیماران به آموزش‌های ارائه شده به کادر درمانی و نیز ارائه شمای کلی از وضعیت فعلی به مدیران سلامت، اجرای مطالعاتی که ابعاد محوریت بیمار را مورد بررسی قرار می‌دهد، ضروری به نظر می‌رسد تا خلأ موجود مراکز تخصصی درمان ناباروری در ارائه خدمات بیمار محور رفع شود، لذا با توجه به مطالب فوق و وجود مطالعات بسیار محدود در ایران در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت ارائه مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان نابارور در مراکز کمک باروری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی- مقطعی که به بررسی کیفیت ارائه مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان ناباروری در مراکز کمک باروری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از جمله بیمارستان طالقانی و بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۸ پرداخت، ۲۰۰ نفر از بیماران زن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیمارستانی در دو شیفت صبح و عصر مورد بررسی قرار گرفتند. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس بوده و حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از مشارکت‌کنندگان و با استفاده از فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن سطح اطمینان $z=1/96$ ، $\alpha=0/05$ و $d=1$ در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: محرز شدن تشخیص ناباروری توسط پزشک، تمایل افراد به شرکت در مطالعه بود و در صورت نداشتن سواد خواندن و نوشتن، اطلاعات پرسشنامه توسط پرسشگری محقق از پاسخگو جمع‌آوری شد. معیار خروج نمونه‌ها از مطالعه، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود.

در این مطالعه گردآوری داده‌ها با استفاده از چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناسی و پرسشنامه مراقبت بیمار محور در ناباروری^۱ انجام گرفت. در قسمت اطلاعات جمعیت‌شناسی سؤالاتی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال،

تجربه شکست در درمان‌های قبلی و طول مدت ناباروری، نوع ناباروری، وضعیت درمان، و نوع درمان‌های انجام شده و در بخش دوم، کیفیت ارائه مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان نابارور در مراکز کمک باروری، مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۵۰ گویه و ۸ حیطه می‌باشد که شامل حیطه دسترسی (۲ گویه)، حیطه اطلاعات و توضیحات (۱۱ گویه)، حیطه مهارت‌های ارتباطی کادر درمان (۷ گویه)، حیطه مشارکت در درمان (۳ گویه)، حیطه احترام به ارزش‌ها و نیازهای مددجویان (۷ گویه)، حیطه تداوم و انتقال در طول درمان (۷ گویه)، حیطه صلاحیت کارکنان (۶ گویه) و حیطه سازمان مراقبت و حمایت از مددجویان (۳ گویه) می‌باشد. با توجه به متفاوت بودن گزینه‌های سؤالات مختلف، نمره‌دهی به گزینه‌ها بر مبنای راهنمای پرسشنامه انجام شد و در تمامی سؤالات و در تمامی حیطه‌ها حداقل امتیاز صفر (بدترین وضعیت) و حداکثر امتیاز ۳ (بهترین وضعیت) بود. در انتهای پرسشنامه نیز از بیمار خواسته شد تا از نمره صفر (کاملاً ناراضی) تا ۱۰ (کاملاً راضی) به خدمات دریافتی نمره دهد.

روایی و پایایی این پرسشنامه توسط وثوق و همکاران (۲۰۱۶) با آلفای کرونباخ $0/91$ بررسی و تأیید شده است ($CVI=0/71$) (۱۴). در این مطالعه نیز اعتبار پرسشنامه‌ها از طریق اعتبار محتوی سنجیده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفت و با استفاده از دو شاخص ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) انجام شد ($CVI=0/6$)، جهت تعیین پایایی، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از مددجویان قرار گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، آلفای کرونباخ $0/8$ به دست آمد.

در ابتدای امر پس از تصویب عنوان در دانشکده پرستاری و مامایی دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر جهت کسب مجوز از مراکز کمک باروری و ناباروری وارد محیط‌های مطالعه شد و ضمن معرفی خود و ذکر هدف پژوهش، اجازه ورود و نمونه‌گیری خواست که متأسفانه توسط برخی مراکز همکارهای لازم انجام نشد. تنها دو

¹ Patient Centredness Questionnaire-Infertility

بیمارستان شهدای تجریش و طالقانی حاضر به همکاری شدند که پس از انجام هماهنگی لازم، دیدگاه مددجویان نابارور در مورد مراقبت بیمار محور مورد بررسی قرار گرفت. جمع‌آوری پرسشنامه در تیر ماه ۱۳۹۸ شروع شد و به مدت ۴ ماه به طول انجامید. قبل از شروع به جواب‌دهی پرسشنامه، در مورد نحوه سؤالات و مراقبت بیمار محور توضیح مختصری به بیماران داده شد. از آنها تقاضا گردید که پس از فکر کردن به سؤالات با دقت و بر اساس دیدگاه و نظر خود به سؤالات پاسخ دهند و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان لازم داده شد. جمع‌آوری اطلاعات در ۲ شیفت صبح و بعدازظهر در درمانگاه‌های بیمارستان طالقانی و شهدای تجریش بر روی ۲۰۰ زن نابارور انجام شد. بیمارانی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند، پرسشنامه توسط پژوهشگر بدون اظهارنظر و سمت‌دهی به بیمار تکمیل شد. داده‌ها

پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و روش‌های آمار توصیفی و شاخص‌های فراوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه برای تعیین همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی اثر متغیرهای دموگرافیک بر مراقبت بیمار محور از رگرسیون استفاده شد. این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش‌های زیست-پزشکی دانشکده پرستاری و مامایی بررسی و دارای کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1398.086 می‌باشد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. به‌طور کلی محدوده سنی مشارکت‌کنندگان ۴۶-۱۶ سال با میانگین $33/13 \pm 5/2$ سال بود.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	گروه‌ها	فراوانی
گروه سنی	کمتر یا مساوی ۲۰ سال	۳ (۱/۵)
	۲۱-۲۵ سال	۱۵ (۷/۵)
	۲۶-۳۰ سال	۴۵ (۲۲/۵)
	۳۱-۳۵ سال	۶۸ (۳۴)
	۳۶-۴۰ سال	۵۷ (۲۸/۵)
سطح تحصیلات	بیشتر یا مساوی ۴۱ سال	۱۲ (۶)
	زیر دیپلم	۶ (۳)
	سطح متوسط (دیپلم)	۱۲۱ (۶۰/۵)
وضعیت اشتغال	بالای دیپلم	۷۳ (۳۶/۵)
	شاغل	۴۵ (۲۲/۵)
محل سکونت	خانه‌دار	۱۵۵ (۷۷/۵)
	تهران	۱۴۲ (۷۱)
تجربه شکست در درمان‌های قبلی	سایر شهرستان‌ها	۵۸ (۲۹)
	دارم	۹۹ (۴۹/۵)
نوع ناباروری	ندارم	۱۰۱ (۵۰/۵)
	اولیه	۱۴۹ (۷۴/۵)
عامل ناباروری	ثانویه	۵۱ (۲۵/۵)
	زنانه	۱۳۲ (۶۲)
	مردانه	۶ (۳)
طول مدت ناباروری	هر دو	۶۲ (۳۱)
	کمتر از ۳ سال	۷۲ (۳۶)
	۴-۶ سال	۶۶ (۳۳)
	بیشتر از ۶ سال	۶۲ (۳۱)

هنگام ایجاد سؤال هرگز تماس نگرفته‌اند و ۱۶ نفر (۸٪) از آنها در هنگام ایجاد سؤال برایشان، جهت تماس (تلفنی یا ایمیلی) با کادر درمان دچار مشکل بزرگی شده‌اند. ۱۸۶ نفر (۹۳٪) از مددجویان ناباروری برای پرسش‌های فوری یا مشکلاتی که در طول شب و یا آخر هفته ممکن است برایشان ایجاد شود، شماره تماس کتبی دریافت نکرده‌اند. در مجموع به‌طور میانگین نتایج پژوهش نشان داد میانگین محوریت بیماران در درمان ناباروری $1/5 \pm 0/32$ بود.

اطلاعات توصیفی حیطه‌های مورد بررسی در جدول ۲ به تفکیک بیان شده‌اند. بر اساس نتایج مطالعه، از دیدگاه مددجویان کمترین مراقبت بیمار محور مربوط به حیطه دسترسی ($0/37 \pm 0/67$) و بیشترین امتیاز مربوط به حیطه سازمان مراقبت ($2/40 \pm 0/60$) بود؛ به‌گونه‌ای که ۱۶۲ نفر (۸۱٪) از مددجویان اظهار داشتند که در موارد اورژانسی هرگز نمی‌توانند با فردی که از طرف دپارتمان ناباروری به آنها معرفی شده، صحبت کنند. ۱۵۷ نفر ($78/5$ ٪) از مددجویان در

جدول ۲- اطلاعات توصیفی حیطه‌های مورد بررسی از دیدگاه مددجویان ناباروری در مراکز کمک باروری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸

حیطه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	حد پایین فاصله اطمینان ۹۵٪	حد بالا فاصله اطمینان ۹۵٪
دسترسی	۰	۳	۰/۳۷	۰/۶۷	۰/۲۸	۰/۴۶
اطلاعات و توضیحات	۰	۳	۱/۱۳	۰/۵۱	۱/۰۶	۱/۲۰
مهارت‌های ارتباطی کارکنان کادر درمان	۰/۲۹	۲/۸۶	۱/۷۰	۰/۴۴	۱/۶۴	۱/۷۶
مشارکت در درمان	۰	۳	۱/۶۶	۰/۴۹	۱/۵۹	۱/۷۲
احترام به ارزش‌ها و نیازهای شما	۰	۳	۱/۱۷	۰/۶۷	۱/۰۸	۱/۲۷
تداوم و انتقال در طول درمان	۰/۴۳	۲/۵۷	۱/۸۰	۰/۳۵	۱/۷۵	۱/۸۵
صلاحیت کارکنان	۰/۳۳	۲/۸۳	۱/۷۷	۰/۳۵	۱/۷۲	۱/۸۲
سازمان مراقبت	۰	۳	۲/۴۰	۰/۶۰	۲/۳۲	۲/۴۸
نمره کل	۰/۴۹	۲/۵۴	۱/۵۰	۰/۳۲	۱/۴۶	۱/۵۴

آموزشی در همه موارد کمتر از ۲۱٪ بود. نتایج نشان می‌دهد، قبل از انجام رویه‌ها، آموزش‌ها کامل‌تر و بدون نقص‌تر بوده است (جدول ۳).

جدول ۳، توزیع فراوانی نقص در آموزش‌های پرستاران را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مطالعه، تنها ۵۴ نفر (۲۷٪)، از مددجویان اعتقاد داشتند که هیچ نقصی در دستورات عمل پرستاران وجود ندارد، اما با این حال نقص

جدول ۳- توزیع فراوانی نقص در آموزش‌های پرستاران

تعداد (درصد)	موارد
۳۹ (۱۹/۵)	بعد از این که برنامه درمانی دریافت شد
۳۵ (۱۷/۵)	با دریافت داروی جدید
۴۲ (۲۱/۰)	در طول اولین مشاوره
۲ (۱/۰)	قبل یا بعد از تست حاملگی
۳ (۱/۵)	قبل یا بعد از انتقال جنین
۱ (۰/۵)	قبل یا بعد از تخمک‌گیری
۵۴ (۲۷/۰)	هیچ نقصی در دستورات عمل پرستار وجود نداشت
۲۰۰ (۱۰۰)	کل

جدول ۴- رگرسیون بررسی اثر متغیرهای دموگرافیک بر مراقبت بیمار محور

مدل	سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد شده	
			خطای استاندارد	B
ثابت مدل (Constant)	۰/۰۰۰	۷/۴۹۲	۸/۱۸۲	۶۱/۲۹۳
برحسب طول مدت ناباروری سال	۰/۰۰۶	-۲/۷۸۲	۰/۳۰۳	-۰/۱۸۴۲
نوع ناباروری	۰/۰۰۰	۲/۷۷۶	۰/۱۸۶	۶/۶۳۶
در حال حاضر باردار هستید؟ آیا شما	۰/۰۰	۵/۴۵۳	۰/۳۵۱	۵/۱۰۰
سطح سواد شما در چه حد می باشد؟	۰/۲۴۹	۱/۱۵۶	۰/۰۷۴	۲/۱۷۲
سن	۰/۸۸۳	-۰/۱۴۸	-۰/۰۱۱	-۰/۰۳۳

برای بررسی اثر متغیرهای دموگرافیک بر نمره مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان نابارور از تحلیل رگرسیون با استفاده از (Enter Method) استفاده شد و از بین متغیرهای دموگرافیک سه متغیر معنادار شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که با افزایش هر یک سال افزایش طول مدت ناباروری، مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان نابارور ۰/۸۴ کاهش می‌یابد. میانگین نمره مراقبت در مددجویانی که ناباروری ثانویه داشتند ۶/۶۴ واحد بیشتر از افرادی بود که ناباروری اولیه داشتند. همچنین نمره مراقبت در افرادی که در حال حاضر باردار هستند ۵/۱ بیشتر از افرادی بود که باردار نبودند.

در بررسی دیدگاه کلی مراجعان نسبت به خدمات دریافتی از امتیاز ۱۰-۰، بیشترین نمره‌ای که افراد شرکت‌کننده در مطالعه به مراقبت دریافت شده در مرکز ناباروری دادند، نمره ۷ با ۶۸ مورد (۰/۳۴/۰) و سپس نمره ۶ با ۵۳ مورد (۰/۲۶/۵) بود.

بحث

هدف از انجام این مطالعه، تعیین کیفیت ارائه مراقبت بیمار محور از دیدگاه مددجویان ناباروری در مراکز کمک باروری بیمارستان‌های دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی بود. یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مطالعه که نیاز به توجه جدی دارد، سطح متوسط بیمار محوری در ارائه خدمات درمان ناباروری است؛ به طوری که در فاصله امتیازی بین ۳-۰، این مرکز امتیاز ۱/۵۰ را به دست آورد که این نتایج با نتایج مطالعه‌ای که توسط وثوق و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشگاه رویان انجام شد و سطح متوسطی از بیمار محوری در ارائه خدمات درمان

ناباروری را گزارش کردند، همخوانی داشت (۱۲). همانطور که ملاحظه می‌شود، با وجود گذشت ۵ سال از مطالعه فوق، تکرار نتایج در شهر تهران مشاهده می‌شود. این نتایج سبب می‌شود تا به صورت جدی‌تر به برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های کلان مراقبت از بیمار توجه کرد. این در حالی است که در کشورهای دیگر، سطح بالایی از بیمار محوری در ارائه خدمات درمان ناباروری در جهان مشاهده می‌شود؛ البته لازم به ذکر است که در این مطالعات، با وجود سطح بالای رضایت‌مندی بیماران از ارائه خدمات بیمار محور، کمبودهایی در ارائه خدمات مشاوره روان‌شناسی، روان‌درمانی و خدمات روان‌پزشکی وجود داشته است (۱۳، ۱۴).

تداوم ارائه خدمات در درمان ناباروری در رضایت‌مندی بیماران از خدمات دریافت شده و ادراک آنها از مورد توجه واقع شدن توسط تیم درمانی تأثیر مثبتی دارد. در مطالعه حاضر استمرار خدمات در طول درمان از امتیاز بالایی برخوردار بود. در این راستا اکثر افراد با ۱ یا ۲ پزشک مواجه بودند که در درمانشان نقش داشته‌اند. مطالعه بی‌تی و همکاران (۲۰۰۲) و وان امپل و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد بیماران انتظار دارند در طول دوره درمان با پزشکی ارتباط داشته باشند که نسبت به شرایط آنان آگاه باشد و پزشک آنان در طول معالجه آنان ثابت باشد باشد (۱۵، ۱۶). اما در مطالعه وثوق و همکاران (۲۰۱۶) که در مرکز ناباروری رویان تهران صورت گرفت، ۵۰٪ مددجویان بیان کردند که ۵ یا بیشتر از ۵ پزشک در درمان آنها نقش داشته است (۱۲). در این خصوص نمی‌توان به سرعت قضاوت کرد، زیرا وجود چندین پزشک در ارتباط با بیمار، همانند یک پزشک معالج برای بیمار می‌تواند مزایا و معایب خاص

خود را داشته باشد و باید مطالعاتی به صورت اختصاصی در این زمینه انجام پذیرد.

در مطالعه حاضر تقریباً همه مددجویان ادعا داشتند که در اطلاعات دریافتی تناقضی وجود نداشت و هرگز کادر درمان (مراقبین) در خط مشی‌های مراقبتی با یکدیگر مخالفت نمی‌کرده‌اند. این امر در مطالعه وثوقی و همکاران (۲۰۱۶) که در تهران صورت گرفت نیز تکرار شده است که نشان از وضعیت مناسب بیمارستان‌ها در این امر دارد (۱۲). البته در مطالعه وان امپل و همکاران (۲۰۱۰) در هلند، ۳۶٪ بیماران ادعا داشتند که در اطلاعات دریافتی تناقض وجود داشته که این مورد عمدتاً به دلیل تعدد پزشکان معالج است (۱۶).

مددجویان ناباروری به بررسی‌های تشخیصی دقیق و پیگیری‌های کادر درمان، همچنین عدم مراقبت‌های غیرضروری، بسیار اهمیت می‌دهند. علاوه بر این مددجویان به صلاحیت کارکنان تیم درمان و کیفیت اقدامات سازمان مربوطه نیز توجه ویژه دارند (۱۷). از پاسخ‌های داده شده توسط شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر مشخص می‌شود که مددجویان به ریزترین نکات در مواجهه با تیم پزشکی توجه می‌کنند. اکثر مددجویان به بی‌نقص بودن آموزش‌های پرستاران اشاره کردند و همانند نتایج مطالعات دیگر، مددجویان در این مطالعه نیز به دقت، پیگیری، کیفیت بالای خدمات و صلاحیت کارکنان توجه داشتند.

اکثر مددجویان ناباروری برای پرسش‌های فوری یا مشکلاتی که در طول شب و یا ایام تعطیل مانند آخر هفته‌ها که ممکن بود برایشان ایجاد شود، راه ارتباطی مناسبی مانند شماره تماس کتبی دریافت نکرده بودند. همچنین برای بیش از نیمی از مددجویان امکان انتخاب درمان‌های گوناگون با توجه به شرایط آنها وجود نداشت، با این حال بیش از نیمی از مددجویان اظهار داشتند در مورد آزمایشات و ارزیابی‌هایی که بر روی آنها صورت گرفته است، به آنها اطلاعات جامعی داده شده است. در مجموع در این مطالعه اطلاع‌رسانی به مددجویان از امتیاز متوسطی برخوردار بود که می‌توان با برنامه‌ریزی‌های راهبردی با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و شناسایی ضعف‌ها، کیفیت مراقبت بیمار محور را

با کمترین هزینه افزایش داد. البته پیمایشی بودن چنین مطالعاتی بر اساس دیدگاه بیماران، به میزان زیادی تحت تأثیر حالات ذهنی فرد بوده است که بر اساس تفاوت حالات ذهنی افراد، اختلاف نتایج مطالعات در محیط‌های مختلف به وجود می‌آید و همچنین یکی از نیازهای بیماران در طول مدت معالجه، مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و امکان پرسیدن سؤال از پزشک است. در مطالعات متعدد به موضوع دسترسی ۲۴ ساعته مددجویان به پرسنل درمان جهت دریافت اطلاعات و رفع سؤالات و نگرانی‌های ایجاد شده در روند درمان اشاره شده است که تداوم مراقبت را افزایش می‌دهد (۱۸، ۱۹). دنست و همکاران (۲۰۱۲) نیز بیان داشتند بیماران به نتایج آزمایش‌ها و ارزیابی‌های خود، اهمیت داده و خواهان کسب این اطلاعات به صورت تلفنی یا کتبی هستند (۲۰). عزآبادی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای در تهران به روند اطلاع‌رسانی در رابطه با علت ناباروری و روش‌های درمانی توصیه شده پرداختند و مددجویان از روند اطلاع‌رسانی رضایت داشتند. همچنین بازگو کردند که اطلاعات مربوط به ناباروری باید به‌طور سیستماتیک برای تمام بیماران تحت درمان توسط کادر پزشکی به‌ویژه از نظر میزان موفقیت در درمان و هزینه‌های مالی درمان ارائه شود (۲۱).

همچنین حضور همسران در فرآیند درمان که در امر تصمیم‌گیری‌ها مؤثر باشند، بسیار حائز اهمیت است (۲۲). یکی از نقاط قوت در ارائه خدمات در مراکز کمک باروری مورد مطالعه، امکان مشارکت همسران مددجویان در تصمیم‌گیری‌ها در صورت تمایلشان بود؛ به‌طوری‌که بیش از ۷۷٪ افراد اعلام کردند که همسرانشان به‌طور کامل در تصمیم‌گیری‌های انجام شده مشارکت داشته‌اند. در مرکز ناباروری پژوهشگاه رویان نیز اشاره شده که امکان مشارکت زوجین در تصمیم‌گیری‌ها وجود دارد؛ به‌طوری‌که در مطالعه وثوقی و همکاران (۲۰۱۶) بیش از ۸۶٪ از افراد از مشارکت خودشان و همسرشان در امر تصمیم‌گیری خبر داده‌اند (۱۲).

افسردگی‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی در طول درمان ناباروری شایع است، اما بیشتر زوجین برای حل این مشکل هیچ اقدامی نمی‌کنند. در مطالعه حاضر بیش از

۹۲٪ مددجویان بیان داشتند که کادر درمان اطلاعاتی در مورد ارتباط با روانشناس یا حمایتگر اجتماعی برای کسب کمک‌های لازم ارائه ندادند. بُعد روانی توسط ابعاد مختلفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، علاوه بر مسائل مراقبتی فیزیکی که بر بُعد روانی نیز اثرگذار است، باید به حمایت‌های روحی و معنوی و روان‌شناسی نیز توجه شود. در مطالعه کوهورت ۵ ساله‌ای که سلامت روان زوجین تحت درمان ناباروری را بررسی کردند، ۵۶٪ از زنان و ۳۲٪ از مردان علائم افسردگی و دامنه‌ای از اختلالات اضطرابی را نشان دادند. از میان تمام افراد شرکت کرده در این مطالعه، تنها حدود ۲۵٪ زوجین اطلاعاتی در مورد سلامت روان از کلینیک باروری به‌دست آورد بودند (۲۳).

از دیگر مواردی که در بررسی قوت مراقبت‌های بیمار محور در مراقبت‌های درمان ناباروری مدنظر قرار خواهد گرفت، موضوع احترام به بیمار و استقلال است و اهمیت تعاملات پزشک و بیمار در طول درمان امتیاز بالایی دارد (۲۴). در این مطالعه بُعد مهارت‌های ارتباطی کارکنان در جایگاه سوم قرار داد که وضعیت نسبتاً مناسبی را برای این بُعد می‌توان ارزیابی کرد. بیش از نیمی از مددجویان به توضیحات صادقانه و واضح نتایج توسط تیم درمانی اشاره کردند، اما به ناکافی بودن توضیحات نیز پرداخته بودند. همچنین پزشکان به حرف‌های مددجویان با دقت گوش می‌دادند و برای مددجویان اهمیت قائل بوده و آنها را جدی گرفته و وقت صرف می‌کرده‌اند. نتایج مطالعه استار و همکاران (۲۰۱۴) در ایالات متحده آمریکا نشان‌دهنده اولویت بالای ارتباط پزشک و پرستار با بیمار بود (۲۵).

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری حتی از مددجویان بی‌سواد و انجام نمونه‌گیری به‌طور کامل توسط یک محقق ثابت اشاره نمود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حالات روحی و روانی نمونه‌ها در

زمان تکمیل پرسشنامه اشاره نمود که می‌تواند بر روی پاسخگویی آنها تأثیرگذار باشد. دیگر محدودیت این پژوهش، عدم همکاری برخی مراکز کمک باروری و ناباروری با توجه به سیاست‌های خاص آن مرکز بود که منجر به عدم نمونه‌گیری به‌روش تمام‌شماری گردید.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه، کیفیت مراقبت بیمار محور سطح متوسط (۱/۵) از سطح مطلوب (۳) به‌دست آمد، لذا ضروری است که زیرساخت‌های نظام سلامت کشور اصلاح شده و رویکرد بیمار محور به‌طور گسترده در کشور آموزش و اجرا شود. در جهت عملیاتی شدن این مهم باید همچنین عوامل تأثیرگذار را شناسایی کرد.

جهت دست یافتن به رضایت عمومی بیماران ضروری است که رویکرد مراقبت بیمار محور به‌طور گسترده در کشور آموزش داده شده و اجرا شود. در جهت عملیاتی شدن این مهم باید عوامل تأثیرگذار را شناسایی نمود. با قرار دادن عنوان بیمار محوری در طرح درس تحصیلات آکادمیک کادر درمانه به‌ویژه پزشکان و پرستاران، قرار دادن مراقبت بیمار محور در سنجه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌ها، اجرای روش مراقبت بیمار محور در مراکز درمانی و طراحی مدل بومی‌سازی شده برای ارائه خدمات بیمار محور در ایران می‌توان به اجرای عمومی مراقبت‌های بیمار محور در کشور کمک نمود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگان این پژوهش و همچنین از معاونت تحقیقات و پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی شهید بهشتی جهت پشتیبانی این پروژه (به شماره کد اخلاق ۱۳۹۸.۰۸۶) صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد. از نظر تضاد منافع، نویسندگان در این پژوهش با هم تضاد منافع نداشتند.

1. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in Iran, a systematic review. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(81):1-7.
2. Sajjadi MJ. Investigating the Risk Factors of Infertility in Men Visiting Infertility Clinics in Bandar Abbas[Persian]: Hormozgan University of Medical Sciences; 2017.
3. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life experience with infertility; a phenomenological study. *Journal of Reproduction & Infertility* 2010; 10(4).
4. Akhondi MM, Kamali K, Ranjbar F, Shirzad M, Shafeghati S, Ardakani ZB, et al. Prevalence of primary infertility in Iran in 2010. *Iranian journal of public health* 2013; 42(12):1398.
5. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian* 2018; 25(1):119-23.
6. Ibrahim J, Majoor J. Corruption in the health care system: the circumstantial evidence. *Australian Health Review* 2002; 25(2):20-6.
7. Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist: A seasoned clinician and expert fears the loss of his humanity if he should become a patient. *Health affairs* 2009; 28(Suppl1):w555-65.
8. Cunningham N, Cunningham T. Women's experiences of infertility—towards a relational model of care. *Journal of clinical nursing* 2013; 22(23-24):3428-37.
9. Dancet EA, Van Empel IW, Rober P, Nelen WL, Kremer JA, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction* 2011; 26(4):827-33.
10. Peddie VL, van Teijlingen E, Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction* 2005; 20(7):1944-51.
11. Porter M, Bhattacharya S. Helping themselves to get pregnant: a qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples. *Human reproduction* 2008; 23(3):567-72.
12. Vosough taghi dizaj A, Ezabadi Z, Takbiri A, Baniasadi A. Infertility care in royan institute: a patient centeredness analysis. *Payesh* 2016; 15(3):325-32.
13. Pedro J, Canavarro MC, Boivin J, Gameiro S. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Human Reproduction* 2013; 28(9):2462-72.
14. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjørnhøj-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, et al. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction* 2003; 18(12):2638-46.
15. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical therapy* 2002; 82(6):557-65.
16. van Empel IW, Nelen WL, Tepe ET, van Laarhoven EA, Verhaak CM, Kremer JA. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction* 2010; 25(1):142-9.
17. Dancet EA, Van Empel IW, Rober P, Nelen WL, Kremer JA, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction* 2011; 26(4):827-33.
18. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj* 2003; 327(7425):1219-21.
19. MacPhail LH, Neuwirth EB, Bellows J. Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record. *Medical care* 2009; 993-9.
20. Dancet EA, D'Hooghe TM, Sermeus W, Van Empel I, Strohmer H, Wyns C, et al. Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care. *Human Reproduction* 2012; 27(6):1702-11.
21. Ezabadi Z, Mollaahmadi F, Sazvar S, Vesali S, Omani-Samani R. Satisfaction with information provided to infertile patients who undergo assisted reproductive treatment. *International journal of fertility & sterility* 2019; 12(4):324.
22. Farhadfar AH, Nasiripour AA, Haji Nabi K. A Comprehensive Review of Patient-Centered Care in the Hospitals. *Journal of healthcare management* 2019; 9(4):91-8.
23. Pasch LA, Holley SR, Bleil ME, Shehab D, Katz PP, Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services?. *Fertility and sterility* 2016; 106(1):209-15.
24. den Breejen EM, Nelen WL, Schol SF, Kremer JA, Hermens RP. Development of guideline-based indicators for patient-centeredness in fertility care: what patients add. *Human reproduction* 2013; 28(4):987-96.
25. Starr JS, Mobley E, Roy V, Wade J. Improving hospital consumer assessment of healthcare providers and systems (HCAHPS) scores in bone marrow transplant inpatient setting. *Pain* 2014; 69(39):95-9.