

ارتباط بین رضایت زنان از مراقبت های دریافت شده دوران بارداری با مشخصات آنان و نحوه ارائه خدمات

*صغری نیکپور^۱ فرنگیس شاهپوریان^۲ افتخارالسادات حاجی کاظمی^۳ فاطمه حسینی^۴ محمدتقی صفدری^۵

چکیده

زمینه و هدف: رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری موجب ارتقاء خدمات دوران بارداری خواهد شد. این تحقیق با هدف تعیین ارتباط بین رضایت زنان از مراقبت های دریافت شده دوران بارداری با مشخصات زنان و نحوه ارائه خدمات انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر مقطعی بوده، جامعه پژوهش شامل کلیه زنان ساکن تهران که زایمان طبیعی داشتند و ۶ هفته بعد از زایمان به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه کرده بودند. سه درمانگاه از هر دانشگاه به طور تصادفی انتخاب گردید. تعداد نمونه ۵۳۰ نفر و روش نمونه گیری چند مرحله ای بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. که این ابزار با استفاده از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی و ابزار Erci&Ivanov تهیه گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد که ۶۹/۸ درصد از زنان از دریافت خدمات دوران بارداری در سطح خوب و ۲۱/۹ درصد در سطح عالی رضایت داشتند. زنان از نحوه ارتباط ارائه دهندگان، آموزش های دریافت شده، دسترسی به مراقبت ها، کیفیت مراقبت ها بیشتر رضایت داشتند. ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، وضعیت سلامتی در دوران بارداری وجود داشت ($P < 0/05$). یافته ها در ارتباط با میزان رضایت کلی زنان و ارتباط آن با مشخصات ارائه خدمات دوران بارداری نشان داد، بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با تعداد دفعات مراجعه، زمان انتظار برای دریافت مراقبت ها ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$). به طوری که هر چه تعداد دفعات مراجعه بیشتر، رضایت بیشتر و هرچه مدت زمان بیشتری برای دریافت خدمات انتظار کشیده بودند، نارضایتی بیشتر شده بود.

نتیجه گیری: نتایج به طور کلی بیانگر آن بود که ۹۰/۷ درصد از زنان از مراقبت های دوران بارداری رضایت داشتند. این امر سبب می شود مراجعین به طور مداوم از خدمات بهداشتی استفاده کرده، دستورات و آموزش های ارائه شده را به صورت صحیح به کار گیرند و به توصیه های ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با دقت بیشتری عمل کرده و استفاده از خدمات را به سایرین توصیه کنند.

کلید واژه ها: آبدستی- مراقبت پیش از تولد- زنان- رضایت مصرف کننده- خدمات بهداشتی مادران

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۱۴، تاریخ پذیرش: ۸۶/۷/۱

^۱ مربی گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
(*مؤلف مسؤول)

^۲ مربی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۵ مربی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

مراقبت های دوران بارداری جزء عمده ترین خدمات مراکز بهداشتی و پایگاه های بهداشتی شهری و روستائی است. در قانون اساسی جمهوری اسلامی استفاده از این خدمات را حق مسلم آحاد جامعه دانسته اند و تأمین آن از وظایف دولت است که باید با مشارکت مردم عملی شود.^(۱) موضوع مراقبت های دوران بارداری تحت عنوان شیوه پیشگیری کننده از نتایج نامطلوب حاملگی که برای نخستین بار از سال ۱۹۰۲ مطرح شد، روز به روز مورد توجه بیشتری قرار گرفته است.^(۲) در این راستا سازمان بهداشت جهانی به مناسبت سالروز جهانی بهداشت، حاملگی رخدادی ویژه است، سلامت آن را تأمین کنید^(۳) را شعار سال ۱۹۹۸ اعلام نموده است. این شعار بر محوریت سلامت و ایمنی مادران برای دریافت مراقبت های دوران بارداری تأکید دارد.^(۳) عدم دریافت یا کمبود دریافت مراقبت های دوران بارداری منجر به افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تعداد کودکان با وزن کم زمان تولد و مرگ و میر مادر و کودک می شود.^(۴) مراقبت های دوران بارداری یکی از برنامه های بهداشت مادر و کودک است و اگر به صورت کافی و مناسب ارائه شود یک مداخله مؤثر برای بهبود نتایج بارداری شامل کاهش مرگ و میر شیرخوار و مرگ مادر ناشی از بارداری و زایمان و به خصوص مرگ و میر حول زایمانی می شود.^(۵) هدف از مراقبت های دوران بارداری آن است که، کلیه موارد حاملگی به وضع حمل کودک سالم منجر شود و سلامت مادر نیز دچار اختلال نشود. این گونه مراقبت ها در دو بخش دولتی و خصوصی به مادران باردار ارائه می گردد.^(۶) بنا براین برای تولد فرزندی سالم از مادر سالم مراقبت خوب و مطلوب

دوران بارداری ضروری است و مراقبت نادرست از انجام نشدن هیچ اقدامی بدتر است.^(۷-۹)

هر چند حاملگی امری طبیعی است ولی چنانچه تغییراتی را که در اثر حاملگی در اغلب دستگاه های بدن یک زن باردار به وجود می آید به درستی مد نظر قرار دهیم، خواهیم دید که فاصله بین سلامتی و بیماری او چندان مشخص نیست. بنابراین لازم است که زن باردار از همان هفته های اول حاملگی تحت نظر قرار گیرد، تا با مشاهده اولین علامت غیر طبیعی اقدامات لازم برای حفظ سلامت مادر و جنین به عمل آید. بررسی کیفیت خدمات و مراقبت های دوران بارداری در نظام شبکه و بخش خصوصی از اولویت های پژوهشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی می باشد. اصولاً هدف سنجش کیفیت خدمات و به بیان دقیق تر تشخیص نقاط ضعف برای تقویت برنامه ها می باشد.^(۶) رضایت مددجویان از مراقبت های بهداشتی از شاخص های مهم ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی، درمانی شناخته شده است. یافتن جنبه هایی از خدمات که موجب نارضایتی مراجعین می شود و سعی در بر طرف نمودن آن ها می تواند مؤثرترین و کم هزینه ترین راه افزایش کیفیت خدمات ارائه شده باشد.^(۱۰)

تأکید بر رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری به علت اثرات مثبتی است که بر رفتار زنان در استفاده از خدمات دارد و سبب می شود مراجعین به طور مداوم از خدمات بهداشتی استفاده کرده، دستورات و آموزش های ارائه شده را به صورت صحیح به کار گیرند و استفاده از خدمات را به سایرین توصیه کنند.^(۱۱) اگر مددجویان از خدمات ارائه شده رضایت داشته باشند، به توصیه های ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با دقت بیشتری عمل خواهند کرد.

محققینی در گزارش مطالعه خود بیان نموده اند، شناخت مشخصاتی که رضایت را تحت تأثیر قرار می‌دهد می‌تواند برنامه ریزی مناسب جهت شروع پیشرفت و ترقی سرویس های بهداشتی درمانی را تضمین کند و از نظر میزان تأثیر برنامه در رسیدن به هدف و مقصد برای کم کردن مشکلات و یا بهبود شرایط نامساعد اثر بخش است.^(۱۸)

کیفیت خدمات بهداشتی، سطحی از مراقبت ها را شامل می‌شود که افراد از ارائه دهندگان خدمات انتظار دارند. حتی اگر ارائه دهندگان خدمات تصور نمایند خدمتی که ارائه می دهند از کیفیت بالائی برخوردار است، به تنهائی کافی نیست، بلکه دریافت کنندگان خدمات نیز می‌بایست چنین درکی از خدمتی که دریافت کرده اند داشته باشند.^(۱۹)

معمولاً در بررسی های رضایت مواردی مانند نحوه برخورد و ارتباط، کیفیت فنی فعالیت ها، سهولت و دسترسی به خدمات، هزینه ها و محیط فیزیکی مورد توجه قرار می‌گیرد.^(۲۰،۲۱)

York و همکاران (۱۹۹۶) معتقدند علی‌رغم شواهد موجود دال بر ضروری بودن مراقبت های دوران بارداری، تعداد زنانی که این مراقبت ها را از سه ماه اول بارداری شروع می‌کنند نه تنها رو به افزایش نبوده، بلکه کاهش نیز داشته است.^(۲) از آنجائی که رضایت مددجو یکی از شاخص های مهم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد،^(۲۲) این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین رضایت زنان از مراقبت های دریافت شده دوران بارداری با مشخصات زنان و نحوه ارائه خدمات انجام شده است.

سیستم‌های بهداشتی و درمانی زمانی می‌توانند موفق باشند که مشارکت و همکاری مردم را جلب نمایند و این مهم عملی نخواهد شد مگر این‌که افراد از نظام ارائه خدمات راضی باشند.^(۱۲) ارزیابی کمی و نیز محتوای این مراقبت ها و بهبود وضعیت کارکنان و کیفیت ارائه آن قطعاً نقش مؤثری در ارتقاء سلامتی مادران و نوزادان دارد.^(۱۳) ارزیابی زنان از چگونگی کیفیت مراقبت های بهداشتی دریافت شده به احتمال زیاد در تصمیم گیری و استفاده از این خدمات بسیار مهم است.^(۱۴)

رضایت مددجویان از مراقبت های دوران بارداری عامل مهمی در موفقیت درمان است. با جلب رضایت آن‌ها، انتظار مشارکت و پیروی از درمان خیلی بیشتر می‌شود و ایجاد انگیزه را در مراجعین بالا خواهد برد. همچنین رضایت از مراقبت، ارتقاء خدمات را تضمین می‌کند.^(۱۵)

اگرچه بررسی رضایت کار دشواری است ولی روش بسیار خوبی جهت ارتقاء کیفیت خدمات سازمان محسوب می‌شود. از طرف دیگر با این کار جنبه‌هایی از مراقبت که روی رضایت یا عدم رضایت مددجویان تأثیر می‌گذارد را می‌توان تعیین کرد.^(۱۶)

سنجش رضایت بیمار ابزار مفیدی است که با آن می‌توان الگوی ارتباط و نحوه برخورد ارائه دهندگان مراقبت ها با مراجعین را مورد ارزیابی قرار داد. دادن اطلاعات بهداشتی به مراجعین، در گیر کردن آن‌ها در تصمیم گیری های مربوط به امر مراقبت از خود، و اطمینان از نحوه مراقبت آنان در این مقوله قرار می‌گیرد. اطلاعات به دست آمده از رضایت مراجعین می‌تواند مدارک و شواهد مثبتی برای نیاز به تغییر در سازمان دهی و شیوه ارائه خدمات بهداشتی فراهم کند.^(۱۷)

روش بررسی

این مطالعه مقطعی بوده و ارتباط بین رضایت زنان از مراقبت های دریافت شده دوران بارداری با مشخصات آنان و نحوه ارائه خدمات مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه پژوهش شامل زنان ساکن تهران بود که به طور طبیعی زایمان کرده بودند و در دوران بارداری تحت مراقبت بودند و ۶ هفته بعد از زایمان به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه ۵۳۰ نفر بود. روش نمونه گیری چند مرحله ای بود و پرسشنامه در مراکز بهداشتی از طریق مصاحبه تکمیل گردید. محیط پژوهش مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی ایران، شهید بهشتی و تهران بود. از بین درمانگاه های وابسته به دانشگاه ها، سه درمانگاه از هر دانشگاه به طور تصادفی انتخاب گردید. مدت جمع آوری اطلاعات ۴ ماه بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول سؤالات مربوط به مشخصات فردی زنان و مراقبت های دوران بارداری و قسمت دوم پرسشنامه ابزار سنجش رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری بود که این ابزار با استفاده از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی و ابزار Erci&Ivanov تهیه گردید و حاوی ۳۹ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای بود. روائی ابزار از طریق اعتبار محتوی و پایائی ابزار از روش آزمون مجدد تعیین گردید. رضایت در ۶ قسمت دسترسی به خدمات، هماهنگی، نحوه ارتباط پرسنل با مدجویان، موجود بودن امکانات، آموزش های دریافت شده، کیفیت مراقبت های دریافت شده، هزینه، رضایت کلی سنجیده شد. پاسخ زنان به یکی از ۵ گزینه عالی (نمره ۵)، خوب (نمره ۴)، متوسط (نمره ۳)، بد (نمره ۲)،

نظری ندارم (نمره ۱) بود. نمره (۱۵۷ و بیشتر) بیانگر رضایت در حد عالی، نمره (۱۵۶-۱۱۸) خوب، (۱۱۷-۷۹) متوسط، (۷۸-۳۹) ضعیف بود. به ۶ قسمت سؤالات رضایت نمره و برای هر قسمت جداگانه میانگین محاسبه گردید.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت دستیابی به اهداف مطالعه و پاسخ به سؤالات پژوهش از آمار توصیفی و تست های آماری نظیر آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی زنان $27 \pm 5/1$ سال و $41/3$ درصد دیپلمه و $20/4$ درصد به صورت تمام وقت کار می کردند. وضعیت اقتصادی $63/4$ درصد از آن ها پایین، وضعیت سلامتی در دوران بارداری $60/9$ درصد آن ها در حد متوسط بود (جدول شماره ۱). یافته ها نشان داد که $69/8$ درصد از زنان از دریافت خدمات دوران بارداری در سطح خوب و $21/9$ درصد در سطح عالی رضایت داشتند.

مشخصات زنان و مشخصات خدمات ارائه شده در جداول شماره ۲ نشان داده شده است. نتایج در مورد میزان رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری نشان داد که $69/8$ درصد از زنان از دریافت خدمات دوران بارداری در سطح خوب و $21/9$ درصد در سطح عالی رضایت داشتند (جدول شماره ۳).

نتایج درخصوص ارتباط میزان رضایت زنان از ارائه خدمات دوران بارداری با مشخصات دموگرافیک زنان (سن، تعداد حاملگی، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی، تحصیلات، وضعیت اشتغال در دوران بارداری، نوع حاملگی، وضعیت سلامتی در دوران بارداری) در جدول

شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- مشخصات خدمات دریافت شده (۵۳۰ نفر)

مشخصات خدمات ارائه شده			تعداد (درصد)	
سه ماهه اول	زمان شروع دریافت	بارداری	۴۲ (۷/۹)	
سه ماهه دوم	مراقبت های دوران	بارداری	۴۱۴ (۷۸/۱)	
سه ماهه سوم	بارداری در آخرین	بارداری	۹۰ (۱۷)	
مرکز بهداشتی و	محل دریافت مراقبت	بارداری	۳۲ (۶)	
درمانی	های دوران بارداری	کلینیک بیمارستان	۳۹۴ (۵۵/۵)	
هردو	فرد مراقبت دهنده	هردو	۱۹۸ (۳۷/۴)	
پزشک	دوران بارداری	پزشک	۳۸ (۷/۲)	
ماما	مراقبت دهنده	ماما	۶۹ (۱۳)	
پزشک-ماما	دوران بارداری	پزشک-ماما	۱۱۹ (۲۲/۵)	
نرس ماما		نرس ماما	۱۲۲ (۲۳)	
دانشجویان		دانشجویان	۴۵ (۸/۵)	
۱-۳	سن حاملگی در اولین	۱-۳	۴۳۰ (۸۱/۱)	
۴-۶	ملاقات برای دریافت	۴-۶	۷۹ (۱۴/۹)	
۷-۹	مراقبت های دوران	۷-۹	۲۱ (۴)	
بارداری	بارداری	بارداری	۲۱ (۴)	
تعداد دفعات ویزیت	تعداد دفعات ویزیت	۲-۶	۷۲ (۱۳/۶)	
شده در دوران بارداری	شده در دوران بارداری	۷-۱۱	۲۹۲ (۵۵/۱)	
مدت زمان صرف شده	مدت زمان صرف شده	۱۲-۱۶	۱۶۶ (۳۱/۳)	
برای رسیدن به مرکز	برای رسیدن به مرکز	۵-۲۰	۳۸۷ (۷۳)	
بهداشت	بهداشت	۲۱-۴۰	۸۷ (۱۶/۴)	
زمان انتظار برای	زمان انتظار برای	۴۱-۶۰	۵۶ (۱۰/۶)	
دریافت مراقبت های	دریافت مراقبت های	۵-۲۰	۳۴۵ (۶۵/۱)	
دوران بارداری	دوران بارداری	۲۱-۴۰	۱۰۵ (۱۹/۸)	
مدت زمان صرف شده	مدت زمان صرف شده	۴۱-۶۰	۸۰ (۱۵/۱)	
در هر ویزیت برای	در هر ویزیت برای	۵-۱۰	۱۸۹ (۳۵/۷)	
دریافت مراقبت های	دریافت مراقبت های	۱۱-۲۰	۲۵۱ (۴۷/۴)	
دوران بارداری	دوران بارداری	۲۱-۳۰	۹۰ (۱۷)	

جدول شماره ۱- مشخصات فردی زنان مورد پژوهش (۵۳۰ نفر)	
مشخصات دموگرافیک	تعداد (درصد)
گروه سنی	۱۶-۲۲
	۲۳-۲۸
	۲۹-۳۴
	>۳۵
میانگین و انحراف معیار	۲۷±۵/۱
تحصیلات	بیسوادو ابتدائی
	راهنمائی و دبیرستان
	دیپلمه
	تحصیلات دانشگاهی
وضعیت شغلی در دوره بارداری	شاغل بودن: تمام وقت
	شاغل بودن: نیمه وقت
	شاغل نبودن
وضعیت اقتصادی خانواده	خوب
	متوسط
	پایین
وضعیت سلامتی در دوران بارداری	عالی
	خوب
	متوسط
	بد
نوع حاملگی	خواسته
	ناخواسته
	فرقی نداشت

نتایج حاکی از آن بود که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با سن، تعداد حاملگی، تعداد فرزندان وجود نداشت. اما ارتباط معنی داری بین میانگین میزان رضایت کلی (۲/۰، P=۰/۰۳، F=۳/۶۳) و دسترسی به مراقبت ها با وضعیت اقتصادی (۱/۰، P=۰/۰۱، F=۴/۱۰) وجود داشت.

جدول شماره ۳- توزیع سطح رضایت زنان از مراقبت های

دوران بارداری	
رضایت	تعداد (درصد)
عالی (>= ۱۵۷)	۱۱۶ (۲۱/۹)
خوب (۱۱۸-۱۵۶)	۳۷۰ (۶۹/۸)
متوسط (۷۹-۱۱۷)	۴۰ (۷/۵)
ضعیف (۳۹-۷۸)	۴ (۰/۸)
جمع	۵۳۰ (۱۰۰)

شماره ۵ نشان داده شده است. نتایج حاکی از آن بود که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران دریافت شده بارداری با زمان شروع دریافت مراقبت ها، سن حاملگی به ماه در اولین ملاقات و مدت زمان صرف شده در هر دفعه ویزیت وجود نداشت. اما ارتباط معنی داری بین میانگین میزان رضایت کلی ($r = ۰/۹۵$, $P = ۰/۰۲$) و هماهنگی مراقبت ها ($r = ۰/۰۹۱$, $P = ۰/۰۰۳$)، نحوه ارتباط ارائه دهندگان ($r = ۰/۱۳۷$, $P = ۰/۰۰۲$) با تعداد دفعات مراجعه وجود داشت. میانگین های امتیاز رضایت از مراقبت های دوران بارداری نشان داد که زنان از نحوه ارتباط ارائه دهندگان، آموزش های دریافت شده، دسترسی به مراقبت ها، کیفیت مراقبت ها بیشتر رضایت داشتند.

نتایج ارتباط با میزان رضایت زنان از دریافت خدمات دوران بارداری با مشخصات خدمات ارائه شده (زمان شروع دریافت مراقبت ها، تعداد دفعات مراجعه، مدت زمان برای رسیدن به مرکز بهداشت، سن حاملگی به ماه در اولین ملاقات، زمان انتظار برای دریافت مراقبت ها، مدت زمان صرف شده در هر دفعه ویزیت، محل دریافت مراقبت های دوران بارداری، فرد مراقبت دهنده دوران بارداری) نتایج در جدول

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون ارتباط بین نمره رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری با مشخصات فردی آنان (۵۳۰ نفر)

مشخصات فردی	سن	تعداد	تعداد	وضعیت	تحصیلات	وضعیت اشتغال	قصد	وضعیت سلامتی
میانگین و انحراف معیار	حاملگی	فرزندان	اقتصادی	دوران بارداری	حاملگی	درد دوران بارداری		
دسترسی به مراقبت ها	$r = ۰/۲۱$	$r = ۰/۰۲$	$r = ۰/۰۳$	$P = ۰/۰۱$	$F = ۱/۸۸$	$F = ۲/۶۱$	$F = ۱/۸$	$X^2 = ۹/۱۴$
همه‌ماهنگی مراقبت ها	$r = ۰/۲۹$	$r = ۰/۰۴$	$r = ۰/۰۵$	$F = ۴/۱۰$	$X^2 = ۱۰/۲۲$	$F = ۴/۰۱$	$F = ۰/۷۲$	$X^2 = ۱۱/۴۷$
نحوه ارتباط ارائه دهندگان	$r = ۰/۰۱$	$r = ۰/۰۱$	$r = ۰/۰۳$	$P = ۰/۰۹$	$X^2 = ۸/۷۲$	$X^2 = ۲/۹۶$	$X^2 = ۶/۵۸$	$X^2 = ۱۰/۱۲$
موجود بودن امکانات	$r = ۰/۰۲$	$r = ۰/۰۱$	$r = ۰/۰۵$	$P = ۰/۳۵$	$F = ۱/۴۲$	$X^2 = ۶/۰۹$	$F = ۱/۱۵۸$	$X^2 = ۲۲/۸۱$
آموزش های دریافت شده	$r = ۰/۰۲$	$r = ۰/۰۵$	$r = ۰/۰۳$	$P = ۰/۰۸$	$X^2 = ۱۱/۷۳$	$X^2 = ۵/۳۸$	$F = ۰/۲۲۳$	$F = ۰/۸۶۹$
کیفیت مراقبت ها	$r = ۰/۰۲$	$r = ۰/۰۲$	$r = ۰/۰۲$	$P = ۰/۹۱$	$F = ۱/۶۲$	$F = ۰/۹۱$	$F = ۰/۸۶۷$	$F = ۰/۶۴$
هزینه های مراقبت ها	$r = ۰/۰۳$	$r = ۰/۰۶$	$r = ۰/۰۵$	$P = ۰/۱۸$	$F = ۱/۶۸$	$F = ۱/۶۸$	$F = ۰/۵۵۴$	$F = ۲/۳۵$
رضایت کلی	$r = ۰/۰۲$	$r = ۰/۰۱$	$r = ۰/۰۵$	$P = ۰/۰۲$	$F = ۳/۶۳$	$F = ۳/۶۳$	$F = ۱/۴۶۷$	$X^2 = ۷/۸$

جدول شماره ۵- میانگین و انحراف معیار نتایج آزمون ارتباط بین نمره رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری با مشخصات ارائه خدمات (۵۳۰ نفر)

مشخصات ارائه خدمات	میانگین و انحراف معیار	زمان شروع دریافت مراقبت ها	سن حاملگی به ماه در اولین ملاقات	تعداد دفعات مراجعه	مدت زمان برای رسیدن به مرکز بهداشت	زمان انتظار برای دریافت مراقبت ها	مدت زمان صرف شده در هر دفعه ویزیت	محل مراقبت های بارداری شده	فرد مراقبت دهنده دوران بارداری	ارائه خدمات	
										زمان	محل
دسترسى به مراقبت ها	۲۵/۸۷±۲/۹۸	F=۰/۳۸ P=۰/۶۴	F=۰/۰۹۶ P=۰/۲۸	F=۰/۰۰۰ P=۰/۹۹	F=۰/۱۵ P=۰/۰۰۱	F=۰/۰/۲۴۹ P=۰/۰۰۰	F=۰/۰/۰۵۳ P=۰/۲۲	X ² =۱۳/۱۵ P=۰/۰۱	X ² =۱۰/۱۴ P=۰/۰۰۶	X ² =۱۳/۱۵ P=۰/۰۰۱	X ² =۳/۰۴ P=۰/۲۱
هماهنگی مراقبت ها	۱۷/۹۲±۳/۲۸	F=۲/۰۷ P=۰/۱۲	F=۰/۰۳۶ P=۰/۰۴	F=۰/۰۹۱ P=۰/۰۳	F=۰/۰۱ P=۰/۸۲	F=۰/۱۵۹ P=۰/۰۰۰	F=۰/۰/۰۵۳ P=۰/۲۲	X ² =۰/۱۵ P=۰/۹۹	X ² =۳/۰۴ P=۰/۲۱	X ² =۰/۱۵ P=۰/۹۹	X ² =۳/۰۴ P=۰/۲۱
نحوه ارتباط ارائه دهندگان	۳۵/۴۶±۵/۲۶	X ² =۱/۷۹ P=۰/۰۴	F=۰/۰۲۷ P=۰/۵۴	F=۰/۱۳۷ P=۰/۰۰۲	F=۰/۰۰۰ P=۰/۹۹	F=۰/۰/۱۰۶ P=۰/۰۰۱	F=۰/۰/۱۴ P=۰/۷۵	X ² =۳/۱۲ P=۰/۵۳	X ² =۵/۷ P=۰/۰۵	X ² =۳/۱۲ P=۰/۵۳	X ² =۵/۷ P=۰/۰۵
موجود بودن امکانات	۶/۶۳±۲/۰۱	F=۰/۱۱۶ P=۰/۸۹	F=۰/۰۲۱ P=۰/۶۲	F=۰/۳۲ P=۰/۴۶	F=۰/۱۹۵ P=۰/۰۰۰	F=۰/۱۴۸ P=۰/۰۰۱	F=۰/۰/۱۵ P=۰/۷۲	F=۳/۱ P=۰/۰۱	X ² =۲۳/۲۴ P=۰/۰۰۰	F=۳/۱ P=۰/۰۱	X ² =۲۳/۲۴ P=۰/۰۰۰
آموزش های دریافت شده	۲۹/۹۵±۵/۸۶	F=۱/۳۶ P=۰/۲۵	F=۰/۰۰۵ P=۰/۹۱	F=۰/۷۸ P=۰/۰۷	F=۰/۰/۷۹ P=۰/۰۰۷	F=۰/۰/۲۰۶ P=۰/۰۰۰	F=۰/۰/۱۹ P=۰/۶۵	X ² =۲۶/۰۲ P=۰/۰۰۰	X ² =۱۳/۱۴ P=۰/۰۰۱	X ² =۲۶/۰۲ P=۰/۰۰۰	X ² =۱۳/۱۴ P=۰/۰۰۱
کیفیت مراقبت ها	۲۳/۲۴±۳/۸۷	F=۰/۶۱ P=۰/۵۴	F=۰/۰۴۱ P=۰/۳۴	F=۰/۰۷ P=۰/۰۹	F=۰/۰/۰۱ P=۰/۹۷	F=۰/۱۲۵ P=۰/۰۰۴	F=۰/۰/۹۵ P=۰/۳۳	X ² =۷/۹۴ P=۰/۰۹	X ² =۰/۱۲ P=۰/۹۳	X ² =۷/۹۴ P=۰/۰۹	X ² =۰/۱۲ P=۰/۹۳
هزینه های مراقبت ها	۶/۵۱±۱/۹۲	F=۰/۰۹۹ P=۰/۳۷	F=۰/۰۱ P=۰/۸۱	F=۰/۰۰۴ P=۰/۳۱	F=۰/۰/۵۲ P=۰/۲۳	F=۰/۰/۰۰۳ P=۰/۹۴	F=۰/۰/۰۴۲ P=۰/۳۳	F=۲/۲۹ P=۰/۰۵	X ² =۲/۲۴ P=۰/۳۲	F=۲/۲۹ P=۰/۰۵	X ² =۲/۲۴ P=۰/۳۲
رضایت کلی	۱۴۵/۶۳±۲/۰۰۸	P=۰/۶۴ X ² =۰/۸۷	F=۰/۰۰۵ P=۰/۹۱	F=۰/۰۹۵ P=۰/۰۲	F=۰/۰/۲۶ P=۰/۵۴	F=۰/۰/۱۷۱ P=۰/۰۰۰	F=۰/۰/۲۶ P=۰/۵۴	X ² =۸/۶۴ P=۰/۰۷	X ² =۱/۶ P=۰/۴۴	X ² =۸/۶۴ P=۰/۰۷	X ² =۱/۶ P=۰/۴۴

است. (۲۵)

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که زنان از نحوه ارتباط ارائه دهندگان، آموزش های دریافت شده، دسترسی به مراقبت ها، کیفیت مراقبت ها بیشتر رضایت داشتند. نتیجه مطالعه ای میزان رضایت از نحوه ارتباط ارائه دهندگان را ۷۳ درصد و در تحقیق دیگری ۹۳/۶ نشان دادند. (۲۴،۲۳) نتایج تحقیق در ترکیه نیز نشان داد که زنان از آموزش های دریافت شده، میزان هزینه خدمات بیشتر راضی بودند. (۱۵) نتایج تحقیق دیگری در ایران نشان داد که بیشترین نارضایتی زنان مربوط به عدم پیگیری کارکنان در مورد مراجعه به موقع زن باردار، برخورد نامناسب کارکنان با مددجو بوده

یافته ها همچنین نشان داد که ۶۹/۸ درصد از زنان از دریافت خدمات دوران بارداری در سطح خوب رضایت داشتند. در تحقیقی که توسط دانش و همکاران نیز انجام گردید، ۸۹/۸ درصد از زنان از ارائه مراقبت های دوران بارداری به میزان زیاد رضایت داشتند. (۲۳) نتایج تحقیق لطفی و گشتاسی نیز ارائه خدمات دوران بارداری را قابل قبول نشان داد. (۲۶) اما در نتایج مطالعه گشتاسی و همکاران کیفیت ارائه مراقبت های دوران بارداری به صورت نامطلوب گزارش شده است. (۱۳) همچنین نتایج مطالعه سیدالشهدایی و همکاران نشان داد که کیفیت ارائه خدمات دوران بارداری فاصله قابل

رضایت کلی ($X^2=13/93$, $P=0/03$)، هماهنگی مراقبها ($X^2=10/22$, $P=0/01$)، نحوه ارتباط ارائه دهندگان ($X^2=8/72$, $P=0/03$)، هزینه های مراقبتها ($F=1/62$, $P=0/003$) داشت به طوری که زنان با سطح تحصیلات بالاتر از ارائه خدمات رضایت بیشتری داشتند. نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داد که بین میزان رضایت زنان از چگونگی برقراری ارتباط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.^(۲۷،۱۵،۲۳)

نتایج یافته ها حاکی از ارتباط آماری معنی دار بین وضعیت اشتغال دوران بارداری با هماهنگی مراقبتها ($F=4/01$, $P=0/01$)، موجود بودن امکانات ($P=0/04$)، هزینه های مراقبت ها ($X^2=6/09$, $P=0/04$)، زمانی که تمام وقت کار می کردند ($F=3/03$) داشت. رضایت بیشتری از ارائه مراقبت های دوران بارداری داشتند.^(۱۵) نتایج مطالعه دانش کجوری و همکاران بین شغل زنان با چگونگی ارتباط با ارائه دهندگان خدمات ارتباط آماری معنی داری را نشان داد.^(۲۳)

بین نحوه ارتباط ارائه دهندگان با قصد حاملگی ($X^2=6/85$, $P=0/03$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. به طوری که زنانی که با قصد قبلی حامله شده بودند از ارائه خدمات رضایت بیشتری داشتند. این نتیجه همسو با نتیجه تحقیق Eric&Ivanov بود.^(۱۵)

وضعیت سلامتی در دوران بارداری از عوامل مرتبط با رضایت کلی ($X^2=7/8$, $P=0/05$)، دسترسی به مراقبتها ($X^2=9/14$, $P=0/02$)، هماهنگی مراقبتها ($X^2=11/47$, $P=0/009$)، نحوه ارتباط ارائه دهندگان ($X^2=10/12$, $P=0/01$)، موجود بودن امکانات ($X^2=22/81$, $P=0/000$) بود. نتایج این تحقیق همسو با نتایج بعضی از تحقیقات انجام شده در این زمینه بود.^(۱۵،۳۰) به طور کلی York عوامل دموگرافیکی را نیز

توجیهی با استانداردهای اعلام شده در نظام شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه داشته است.^(۶)

یافته ها در ارتباط با رضایت زنان با مشخصات دموگرافیک نشان داد که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با سن، تعداد حاملگی، تعداد فرزندان وجود نداشت. نتایج تحقیق Eric&Ivanov نیز ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با سن نشان نداد.^(۱۵) نتایج تحقیقات دیگر حاکی از آن بود که بین تعداد بارداری با میزان رضایت ارتباط آماری معنی داری وجود داشت یعنی هر چه تعداد بارداری بیشتر، میزان رضایت کمتر بود.^(۳۳،۱۱،۲۷،۲۸) اما ارتباط معنی داری بین میانگین میزان رضایت کلی ($P=0/02$)، $t=0/95$ و دسترسی به مراقبت ها ($P=0/01$)، $F=$ با وضعیت اقتصادی وجود داشت به طوری که زنان با وضعیت اقتصادی خوب از ارائه خدمات رضایت بیشتری داشتند.^(۲۷) نتایج مطالعات دیگر نشان داد که سهولت دسترسی به خدمات با سن، نوع شغل ارتباط آماری معنی داری داشت به طوری که زنان با سن بالاتر و زمانی که تمام وقت کار می کردند از دسترسی به خدمات رضایت بیشتری داشتند.^(۳۳،۲۸،۲۹) اما نتایج باریکانی و کفاش نشان دهنده این نکته بود که زنان کمترین میزان رضایت را از دسترسی به خدمات داشتند هرچه سن زنان بالاتر بود رضایت کمتری داشتند.^(۱۲) آموزش های دریافت شده در طی دوران بارداری با هیچ یک از مشخصات دموگرافیک زنان ارتباط آماری معنی داری نداشت اما نتایج مطالعه دانش کجوری و همکاران نشان داد که بین میزان رضایت از اطلاعات دریافت شده با شغل و تعداد بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت.^(۳۳) سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی داری با میانگین میزان

از جمله موانع مراقبت های دوران بارداری ذکر کرده است.^(۳)

در ارتباط با تعیین میزان رضایت زنان از ارائه خدمات دوران بارداری و مشخصات ارائه خدمات نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با زمان شروع دریافت مراقبت ها، سن حاملگی به ماه در اولین ملاقات، مدت زمان صرف شده در هر دفعه ویزیت وجود نداشت. اما نتایج یافته های دیگران نشان داد که شروع دریافت مراقبت ها ارتباط آماری معنی داری با میزان رضایت زنان از نحوه ارتباط ارائه دهندگان نشان داد.^(۱۵،۳۳،۳۱) به طوری که هرچه مراقبت های دوران بارداری زودتر شروع شده بود میزان رضایت بیشتر بود. مشکل گرفتن نوبت در مراکز مراقبتی، یکی از دلایل ناراضیاتی زنان از مراقبت ها می باشد.^(۳۲)

ارتباط معنی داری بین میانگین میزان رضایت کلی ($P = 0/02$ ، $r = 0/95$) و هماهنگی مراقبت ها ($P = 0/03$)، نحوه ارتباط ارائه دهندگان ($P = 0/002$)، $r = 0/137$ با تعداد دفعات مراجعه وجود داشت یعنی زنان هرچه بیشتر مراجعه کرده بودند رضایت بیشتری از ارائه خدمات دریافتی داشتند.

مدت زمان برای رسیدن به مرکز بهداشت ارتباط آماری معنی داری با دسترسی به مراقبت ها ($P = 0/001$)، $r = 0/150$ ، موجود بودن امکانات ($P = 0/000$)، $r = 0/195$ داشت. یعنی این که هرچه مدت زمان رسیدن به مرکز بهداشت طولانی تر بوده است، زنان رضایت کمتری داشتند. نتایج مطالعات دیگری نیز نشان داد که یکی از عللی که باعث ناراضیاتی زنان در مورد ارائه مراقبت های دوران بارداری بود، دوری راه و در نتیجه باعث مراجعه نامرتب آن ها به درمانگاه شده بود.^(۳۳،۱۵)

نتایج یافته ها حاکی از ارتباط آماری معنی دار بین زمان انتظار برای دریافت مراقبت ها با رضایت کلی ($P = 0/000$)، $r = 0/171$ و دسترسی به مراقبت ها ($P = 0/000$)، $r = 0/249$ ، هماهنگی مراقبت ها ($P = 0/000$)، $r = 0/159$ ، نحوه ارتباط ارائه دهندگان ($P = 0/01$)، $r = 0/106$ ، موجود بودن امکانات ($P = 0/001$)، $r = 0/148$ ، آموزش های دریافت شده ($P = 0/000$)، $r = 0/206$ ، کیفیت مراقبت ها ($P = 0/004$)، $r = 0/125$ بود. یعنی هر چه زمان انتظار برای دریافت خدمات بیشتر بود زنان رضایت کمتری داشتند. یافته های مطالعه مجیدی و مرادی نیز نشان داد که بالا بودن هزینه مراقبت، نداشتن بیمه پزشکی جزو علل ناراضیاتی زنان از مراقبت های دوران بارداری بود. همچنین شغل و سطح سواد زنان ارتباط آماری معنی داری را با بالا بودن هزینه ها نشان داد.^(۳۴)

Harry و Faver یکی از مشکلات مربوط به ارائه مراقبت های دوران بارداری را مشکلات وقت گرفتن مطرح می کنند.^(۳۵) دوری راه، نامناسب بودن زمان ارائه مراقبت های دوران بارداری، گرفتن نوبت در مراکز مراقبتی، معطل شدن بیش از حد در اتاق انتظار و نحوه نگرش مادران به بارداری و مراقبت های ویژه این دوران از مهم ترین علل ناراضیاتی زنان باردار از مراقبت ها بوده است.^(۳۳،۳۶)

بین محل مراقبت های بارداری دریافت شده با دسترسی به مراقبت ها ($P = 0/006$)، $X^2 = 10/14$ ، نحوه ارتباط ارائه دهندگان ($P = 0/005$)، $X^2 = 5/7$ ، موجود بودن امکانات ($P = 0/000$)، $X^2 = 23/24$ ، آموزش های دریافت شده ($P = 0/001$)، $X^2 = 13/14$ ، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. یعنی این که زنان از دریافت ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی رضایت بیشتری داشتند. اما یافته های مطالعه

دهندگان با تعداد دفعات مراجعه وجود داشت. نتایج به طور کلی نشان داد که ۹۰/۷ درصد از زنان از مراقبت های دوران بارداری رضایت داشتند. این امر سبب می شود مراجعین به طور مداوم از خدمات بهداشتی استفاده کرده، دستورات و آموزش های ارائه شده را به صورت صحیح به کار گیرند و به توصیه های ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با دقت بیشتری عمل کرده و استفاده از خدمات را به سایرین توصیه کنند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین سازمان جهانی بهداشت و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسئولین و معاونین محترم دانشکده پرستاری و مامایی ایران و کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

فهرست منابع

۱- مرندی علیرضا، عزیزی فریدون، لاریجانی باقر، جمشیدی حمیدرضا، سلامت در جمهوری اسلامی ایران. سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد. تهران: انتشارات یونیسف؛ ۱۳۷۸: ص. ۳۱۰-۳۱۱.

2- York R, Grant C, Gibeau A, Beecham J, Kessler JA. A review of problems of universal access to prenatal Care. *Nurs Clin North Am*; 1996. 31(2):279-292.

3- World health organization. Let's make motherhood safe. *World Health*; 1998. 1: 3.

4- Mmw R. Adequacy of prenatal care utilization California 1989-1994. *Morb-mortal-wkly-rep*; 1996. 45(30): 653-656.

5- Siko Sona PL. Evaluations of the quality of antenatal cares at rural health centers in matebeleland north province central Africa. *J Med*; 1996. 17: 423-434.

۶- سیدالشهدایی فریبا، قانعی حسن، تیموری پروانه. بررسی

سیدالشهدایی و همکاران حاکی از آن بود که بین ارائه مراقبت ها در شبکه و بخش خصوصی یکسان و تفاوت عمده ای نداشته است^(۶). یافته های مطالعه لطفی و گشتاسبی نشان داد که کیفیت مراقبت های بارداری در خانه های بهداشت نسبت به مراکز بهداشتی درمانی شهری کیفیت مطلوب تری داشته است.^(۲۶) بین دسترسی به مراقبت ها ($X^2=13/15$, $P=0/01$), آموزش های موجود بودن امکانات ($F=3/1$, $P=0/01$), آموزش های دریافت شده ($X^2=26/02$, $P=0/000$), هزینه های مراقبت ها ($F=2/29$, $P=0/05$) با فرد مراقبت دهنده دوران بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت، اما رضایت کلی زنان از ارائه خدمات دوران بارداری ارتباطی با فرد مراقبت دهنده دوران بارداری نشان نداد.

به طور کلی یافته ها در مورد میزان رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری نشان داد که ۶۹/۸ درصد زنان از دریافت خدمات دوران بارداری در سطح خوب و ۲۱/۹ درصد در سطح عالی رضایت داشتند. زنان از نحوه ارتباط ارائه دهندگان، آموزش های دریافت شده، دسترسی به مراقبت ها، کیفیت مراقبت ها بیشتر رضایت داشتند. نتایج همچنین حاکی از آن بود که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با سن، تعداد حاملگی، تعداد فرزندان وجود نداشت. اما ارتباط معنی داری بین میانگین میزان رضایت کلی و دسترسی به مراقبت ها با وضعیت اقتصادی وجود داشت. یافته ها همچنین نشان داد، که ارتباط معنی داری بین رضایت زنان از خدمات دوران بارداری با زمان شروع دریافت مراقبت ها، سن حاملگی به ماه در اولین ملاقات، مدت زمان صرف شده در هر دفعه ویزیت وجود نداشت. اما ارتباط معنی داری بین میانگین میزان رضایت کلی و هماهنگی مراقبت ها، نحوه ارتباط ارائه

LT. Evaluating delivery of primary health care to military personnel during low-intensity conflict using a patient satisfaction survey. *Mil Med*; 2003. 168: 741-744.

17- Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med*; 2005. 60: 501-513.

18- Allio A, Garman A, Morris S. Patient satisfaction with nursing care: A multi level analysis. *Qual Manag Health Care*; 2003. 12(3): 187-190.

19- Baltusen R, Ye Y, Hadad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care primary health care service in Burkina Faso. *Health Policy Plan*; 2002. 17(1): 42-48.

20- Auslander WF, Thompson ST, Dreitzer D, Santiago JV. Mothers satisfaction with medical care. *Health Soc Work*; 1997. 22(3): 190-199.

21- Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction. *Soc Sci Med*; 2001. 52: 1359-1370.

22- Fakhoury KH. Satisfaction with palliative care: what should we be aware of?. *Int J Nurs Stud*; 1998. 35: 171-176.

۲۳- دانش کجوری مهوش، کریمی صدیقه، شکرایی ربابه، حسینی فاطمه. بررسی رضایت زنان از مراقبت های دوران بارداری دریافت شده در مراجعین به خانه های بهداشت شهرستان شیروان چرداول. فصلنامه پرستاری ایران؛ ۱۳۸۴. ۱۸(۴۳): ۶۱-۶۹.

۲۴- پریانی عباس. بررسی عملکرد خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستائی شهرستان قروه از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۷: ۸-۹.

۲۵- عزیززاده فروزی منصوره، محمد علیزاده سکینه، منشی زاده مینا، فصیحی هرنندی طیبه. نظرات زنان باردار در مورد علل عدم مراجعه جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری در سال ۱۳۸۰. مجله علوم پزشکی گرگان؛ ۱۳۸۳. ۲۲۶(۴): ۲۲۱-۲۲۸.

۲۶- لطفی راضیه، گشتاسبی آرزیتا. بررسی کیفیت مراقبت دوران بارداری به روش LQAS در مراکز بهداشتی درمانی شهری و

کیفیت خدمات و مراقبت های دوران بارداری در نظام شبکه و بخش خصوصی در شهر سمنجان در سال ۱۳۷۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان؛ ۱۳۸۷. ۴(۱۳): ۲۸-۳۳.

7- Goldani MZ, Barbien MA, Silva AA, Bettiol H. Trends in prenatal care use and low birth weight in southeast Brazil. *Am J Public Health*; 2004. 94: 1366-1371.

8- Handler A. Patient's satisfaction with prenatal care setting: A focus group study. *Birth*; 1996. 23(1): 31-37.

9- Mc Duffie RS, Beck A, Bischoff K, Cross J. Effect of frequency of prenatal outcome among low risk women randomized controlled Trial. *JMA*; 1996. 275: 847-851.

10- Jackson TI, Chamberlin, kroenke. predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*; 2001. 52(4): 609-620.

11- 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 Issu*; 2003. 13: 93-103.

۱۲- باریکانی آمنه، کفاشی احمد، بررسی رضایتمندی مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۸۲. ۲۷(۴): ۲۶۶.

۱۳- گشتاسبی آرزیتا، مجلسی فرشته، رحیمی فروشانی عباس، ندیم ابوالحسن. ارزشیابی کیفیت مراقبت های دوران بارداری در استان کهگیلویه و بویر احمد. فصلنامه پایش؛ ۱۳۸۰. ۱۲(۱): ۱-۷.

14- Scholle S, Weisman C, Anderson R, Weitz T, Freund K, Binko J. Women's satisfaction with primary care: a new measurement effort from the PHS national center of excellent in women's health. *Womens health issues*; 2000. 10 (1): 130-139.

15- Eric B, Ivanon I. The relationship between Women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service. *Eur J Contracept Reprod Health Care*; 2004. 9: 16-28.

16- Zimlichman C, Kereiss LT, Mandel M, Wartenfeld M, Ohana C, Rosenberg M, Levy C, Bayan

to reduce financial barriers. *Fam Plann Perspect*; 1993. 25(1): 32-36.

36-Higgins PG, Burton M. New Mexico women with no prenatal care: reasons, outcomes and nursing implication. *Health Care Women Int*; 1996. 17 (3): 255-269.

خانه های بهداشت شهرستان آستارا. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان; ۱۳۸۳. ۱۵(۵۸): ۳۳-۴۰.

27-Handler A, Rosenberg D, Raube K, Kelly M, Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. *Med Care*; 1998. 36(5): 679-694.

28-Wong ST, Korenbrot CC, Stewart AL, Consumer assessment of the quality of interpersonal process of prenatal care among ethnically diverse low-income women: development of a new measure. *Womens Health Issu*; 2004. 14: 118-129.

29-Sewell N. Continuous quality improvement in acute health care. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*; 1997. 10(1): 20-26.

۳۰- خدام حمیرا، جویباری لیلا، ثناگو اکرم. رضایت بیماران بستری در مراکز آموزش و درمانی دانشگاه علوم پزشکی گرگان از خدمات ارائه شده و رابطه آن با برخی عوامل. مجله دانشکده پرستاری و مامائی گرگان; ۱۳۸۳. ۱(۲): ۱۲-۱۷.

31-Johnson TR, Zettelmaier MA, Warner PA, Hayashi RH, Avni M, Luck BA. Competency based approach to comprehensive pregnancy care. *Womens Health Issu*; 2000. 10: 240-247.

32-Ivanov LL, Flynn BC. Utilization and satisfaction with prenatal care services. *West J Nurs Res*; 1999. 21(3): 327-386.

33-Harvey SM, Faber KS. Obstacles to prenatal care following implementation of a community based program to reduce financial barriers. *Fam-Plann Perspect*; 1993. 25(1): 32-36.

۳۴-مجیدی سپیلا، مرادی آذر. بررسی علل مراجعه نامرتب زنان باردار جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری در زائوهای بستری در مراکز آموزشی-درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران; ۱۳۸۳. ۳۸: ۲۲-۳۲.

35-Harry SM, Faver KS. Obstacles to prenatal care following implementation of community bases program

The Relationship Between Women's Satisfaction With Prenatal Care Services and Characteristics of the Women and the Provision of Services

*S. Nikpour MS¹ F. Shahpourian MS² E. Haji Kazemy MS³ F. Hosseini MS⁴
M. Safdari MS⁵

Abstract

Background & Aim: Women's satisfaction from prenatal care, can lead to increase using the services and ultimately improve pregnancy outcomes. The purpose of this study was to investigate the relationship between women's satisfaction with prenatal care services and demographic characteristics of the pregnant women.

Material & Method: This study used a descriptive correlational design. Data collection instrument was a questionnaire. The satisfaction dimensions were the accessibility, coordination, communication of the personnel, availability, and the received information regarding prenatal care, quality, and the cost of the services. The study subjects consisted of 530 Iranian women living in the west of Tehran, who gave birth and attended to the health clinics, at 6 week postnatal period.

Results: Most of the women (69.8%) had good level of satisfaction with provided prenatal care and 21.9% were satisfied at the level of excellence. The women were more satisfied with accessibility, received information, communication, quality of services. There was a statistically significant positive association between education levels, economical status, and health situation during pregnancy and women's satisfaction with prenatal care services ($P < 0.05$). Women with high education levels, good economical status and optimum health situation during pregnancy were more satisfied. There were statistically significant association between the waiting time for prenatal care visits and the number of prenatal visits and women's satisfaction with prenatal care services ($P < 0.05$). Women's satisfaction with the services were increased with the frequency of prenatal care visits, but their satisfaction were decreased as the waiting time was prolonged.

Conclusion: According to the study findings, the majority of the subjects (90.7%) were satisfied with the received prenatal care. Therefore they could use health services continuously and appropriately; so encouraging the other women to use the services frequently would be necessary.

Key Words: Pregnancy- Prenatal Care- Women- Consumer Satisfaction- Maternal Health Services

Accepted for Publication: 23 September 2007

¹ Senior Lecturer, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author).

² Senior Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

³ Senior Lecturer, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

⁴ Senior Lecturer, Department of Biostatistics, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences.

⁵ Senior Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.