

مطالعه دلایل مراجعه و عدم مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی در زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی و درمانی

صغری نیکپور^۱، رقیه قمر یوسفی^۲، فاطمه جوادی^۳، فاطمه حسینی^۴

چکیده

مقدمه: دلایل مراجعه و عدم مراجعه به درمانگاه های بهداشتی و درمانی و رضایت و یا عدم رضایت مراجعین می تواند یکی از اهداف ارتقا سطح بهداشت جامعه باشد. همچنین رضایت مددجو می تواند تعیین کننده انتخاب نوع سیستم بهداشتی و مراقبت دهنده باشد.

هدف: تعیین دلایل مراجعه و عدم مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی در زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی.

نوع پژوهش: این مطالعه از نوع زمینه ای است که در آن دلایل مراجعه و عدم مراجعه زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی و ارتباط آن با متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سن آخرین فرزند، تعداد دفعات مراجعه، سطح تحصیلات و نوع خدمات بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه استفاده شده است.

نمونه: تعداد ۴۱۹ زن ۱۷ تا ۵۰ ساله که ۲۷۰ نفر آن ها در گروه مراجعه کننده (۲۳۰ نفر راضی و ۴۰ نفر ناراضی) و ۱۴۹ نفر در گروه عدم مراجعه (۱۰۸ نفر راضی و ۴۱ نفر ناراضی) قرار داشتند که نمونه پژوهش را تشکیل داده اند. این افراد ساکن منطقه غرب شهر تهران بودند و از جامعه پژوهش بصورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

نتایج: یافته ها نشان داد که به طور کلی ۸۰/۷ درصد زنان مراجعه کننده و افرادی که مراجعه نمی کردند از خدمات بهداشتی درمانی راضی و ۱۹/۳ درصد ناراضی بودند. دلایل مراجعه زنان راضی و ناراضی مواردی مانند: نیاز به خدمات، مفید و مؤثر بودن خدمات، رفتار خوب کارکنان، دسترسی به همه نوع خدمت و اطمینان از کیفیت خدمات، مجانی بودن خدمات، وجود امکانات بهداشتی، رعایت نوبت و رعایت حقوق افراد به هنگام پذیرش، مهارت علمی مناسب کارکنان، احساس راحتی و آرامش بود. فقط درصد محدودی وجود دوست یا آشنا در مرکز را دلیل مراجعه خود ذکر کردند. دلایل عدم مراجعه زنان راضی و ناراضی مواردی مانند دور بودن محل سکونت به مرکز بهداشت، عدم استفاده از همفکری مراجعین در حل مشکلات آن ها، بی نظمی و عدم پذیرش مددجویان در برخی از موارد، عجله کارکنان بهداشتی به هنگام انجام مراقبت ها، محدودیت خدمات در مرکز بهداشت و نارسایی آن ها در پاسخ گویی به نیاز مراجعین، ارجح دانستن پزشک خصوصی بود. نتایج پژوهش در ارتباط با دلایل مراجعه در زنان راضی و ناراضی از خدمات برحسب متغیرهای مداخله گر نشان داد که بین سن زنان و تعداد فرزندان و دفعات مراجعه و سطح تحصیلات با برخی از دلایل رابطه معنی داری وجود داشته است ($p < 0/05$). نتایج پژوهش در ارتباط با دلایل عدم مراجعه زنان راضی و ناراضی از خدمات برحسب متغیرهای مداخله گر نشان داد که بین برخی دلایل عدم مراجعه در زنان راضی با متغیرهای سن زنان، سن آخرین فرزند، رابطه معنی داری وجود داشته است ($p < 0/05$). از طرفی رابطه آماری معنی داری بین متغیرهای مداخله گر و دلایل عدم مراجعه زنان ناراضی دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری: با استفاده از نتایج بدست آمده از این پژوهش ارائه خدمات مؤثر بهداشتی در بالا بردن میزان رضایت مددجویان و مراجعه آن ها به مراکز بهداشتی و درمانی جهت استفاده از خدمات بهداشتی ضروری به نظر میرسد. همچنین پیشنهاد می شود مسئولین امر ترتیبی اتخاذ کنند تا خدمات متنوع بر اساس نیاز مراجعین در دسترس آن ها قرار داده شود. لازم است زمینه های لازم جهت بکارگیری و مشارکت خود مددجویان در حل مشکلاتشان فراهم آید.

واژه های کلیدی: دلایل مراجعه و عدم مراجعه، زنان راضی و ناراضی، مراکز خدمات بهداشتی و درمانی.

^۱ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد پرستاری

^۳ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ عضو هیات علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

عوامل گوناگونی بر میزان مراجعه یا عدم مراجعه مددجویان جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در مراکز بهداشتی و درمانی تاثیر می گذارند از جمله این موارد می توان قابلیت دسترسی به خدمات، آسایش مددجو، ساعات کاری مراکز، آمادگی جهت پذیرش و ارائه خدمات، زمان انتظار مراجعه کنندگان و زمان صرف شده جهت ارائه مراقبت های پرستاری، فراهم بودن تسهیلات، تداوم و پیگیری مراقبت ها، اثربخشی خدمات، نتایج درمان، بودجه، ادب پرسنل، چگونگی مبادله اطلاعات و کیفیت مراقبت ها را نام برد (Carol و همکاران، ۱۹۹۵). در زمینه ارائه خدمات بهداشتی دو نظریه اصلی وجود دارد: (۱) خدمات بهداشتی باید برای برآوردن نیازهای همه مردم سازمان دهی شوند. این خدمات باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهند. (۲) بهترین راه برای فراهم کردن مراقبت بهداشتی برای بخش بزرگی از مردم روستاها و شهرها، توسعه کارآمد خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و وجود یک نظام ارجاع مناسب است. سیاست اجتماعی در سراسر جهان اکنون بر پایه نظام بهداشتی مبتنی بر مراقبت های اولیه بهداشتی بنا شده است. (صدرايي، ۱۳۸۰). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) معتقد است که مراقبت های اولیه بهداشتی، مراقبت های ضروری است که به طور جهانی قابل قبول بوده و در دسترس افراد و خانواده ها در سطح جامعه قرار می گیرد. این مراقبت ها با مشارکت کامل افراد ارائه می شود و از نظر هزینه مقرون به صرفه می باشد. مراقبت های اولیه جز تفکیک ناپذیر نظام بهداشتی جامعه است که باعث بهبود و پیشرفت وضعیت اجتماعی و اقتصادی می گردد. خدمات مراقبت بهداشتی معمولاً در سه سطح انجام می شود: سطح اول مراقبت که در این سطح خدمات اولیه بهداشتی توسط خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی و توسط کارکنان بهداشتی چندپیشنه، بهورزان و ماماهاى روستایی آموزش دیده فراهم می شود. سطح دوم مراقبت که در این سطح خدمات معمولاً در مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستان های شهری انجام می شود. سطح سوم مراقبت که در این سطح خدمات در مراکز منطقه ای یا مرکز کشور و دیگر مؤسسات درجه یک بهداشتی و درمانی فراهم می شود (صدرايي، ۱۳۸۰). در این زمینه مطالعات مقدماتی مزایای

مراکز بهداشتی و درمانی را به قابل دسترس بودن، کیفیت و قیمت دانسته اند. مراکز بهداشتی و درمانی کاربرد پیشگیری و مراقبت اولیه را ارتقاء داده و از سوق دادن بیماران به سمت اطاقهای عمل و درمانگاه های بیمارستانی می کاهند. در مقایسه با درمانگاه های سرپایی، بیمارستان ها و مطب ها، درمانگاه های بهداشتی خدمات قابل قیاس و حتی بهتری را برای افراد ذینفع از خدمات پزشکی ارائه می دهند. به علاوه هزینه مراقبت های بهداشتی سالیانه دریافت کنندگان خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی کمتر از بیمارستان ها و مطب ها می باشد (O'mally و Forreست، ۱۹۹۶).

از طرفی بیشترین مراجعین به مراکز زنان هستند که عمده ترین سهم را در جامعه تحت پوشش دارند (Carol و همکاران، ۱۹۹۵). با توجه به اینکه رضایت مددجو تعیین کننده انتخاب نوع سیستم بهداشتی و مراقبت دهنده می باشد، در رابطه با جلب رضایت مراجعین چهار معیار برای آن ها در نظر گرفته شده است که دستیابی به هر یک از آن ها می تواند بر مراجعه خانواده و کودک و میزان رضایت آن ها از خدمات دریافتی مؤثر باشد. این معیارها عبارتند از: مورد اهمیت قرار گرفتن، خوب پذیرفته شدن، درک شدن و آسایش و راحتی. به علاوه معیارهایی از قبیل رفتار دلسوزانه و دوستانه کارکنان مراقبت دهنده، چگونگی واکنش آن ها نسبت به حریم مددجو نیز مدنظر قرار دارند (Davis و Greenly، ۱۹۹۴). در تحقیقی که از طریق مصاحبه با ۴۰۰ مراجعه کننده از ۱۴ مرکز بهداشتی در یکی از شهرهای عربستان سعودی و همچنین تکمیل پرسشنامه توسط هر یک از آنان به منظور سنجش رضایت آن ها از خدمات بهداشتی انجام شد. نتایج نشان داد که ۴۰ درصد ناراضی بودند. ۷۵ درصد از افراد ناراضی از دور بودن مرکز بهداشت و ۱۹/۴ درصد از نامناسب بودن ساعات کار مرکز، ۳۸/۹ درصد از عدم وجود کلینیک های تخصصی، ۱۹/۴ درصد از اشکال ارتباطی با پزشک، ۶۳/۹ درصد از تأخیر ارائه خدمات در مراکز شکایت داشتند. ۱۶/۷ درصد از افراد راضی و ۳۸/۹ درصد از افراد ناراضی معتقد بودند که پزشکان نحوه درمان و مشکلات بهداشتی را به آن ها تفهیم نمی کنند. ۷۴/۶ درصد افراد راضی و ۶۱/۱ درصد افراد ناراضی بیان داشتند در صورت احساس بیماری و داشتن مشکل، مرکز بهداشتی و درمانی اولین انتخاب آن ها برای مراجعه خواهد بود

(WHO, 1994). لذا با توجه به اهمیت خدمات بهداشتی و درمانی و با در نظر گرفتن آمار و ارقام در زمینه شاخص های بهداشتی ایران و اهمیت رضایت و عدم رضایت زنان در این زمینه و برای حفظ بهداشت و سلامت جامعه و پیشگیری از بروز بیماریها این تحقیق انجام شده است تا نتایج آن بتواند گامی مؤثر در جهت شناخت نارساییها و نقاط ضعف و قدرت خدمات بهداشتی بوده و راهنمایی برای مسئولین ذیربط جهت برنامه ریزیهای ضروری و استفاده مطلوب زنان از خدمات بهداشتی باشد.

روش کار

این پژوهش از نوع زمینه ای است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بوده است. در بخش اول ۱۵ سؤال مربوط به مشخصه های فردی زنان و همسران آن ها مطرح شده است. قسمت دوم پرسشنامه در باره دلایل مراجعه و عدم مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی تنظیم گردیده است. پژوهشگر پس از تعیین مراکز بهداشتی با استفاده از پرونده های بهداشتی زنان مراجعه کننده در سال مورد نظر در تحقیق، نمونه ها را برحسب مراجعه کننده (بیش از یک بار مراجعه در طول سال تحقیق) به روش تصادفی ساده و عدم مراجعه (یکبار مراجعه در طول سال تحقیق) انتخاب نموده است. لازم به ذکر است در مورد نمونه های عدم مراجعه کلیه زنانی که فقط یکبار در طی سال تحقیق به مرکز بهداشت مراجعه داشته اند به عنوان نمونه انتخاب شده بودند. سپس پژوهشگر با مراجعه به منازل واحدهای مورد پژوهش در یک جلسه و طی مصاحبه حضوری با آنان سوالات مندرج در پرسشنامه را با توجه به اینکه جزء گروه مراجعه کننده و یا عدم مراجعه بودند از آنان پرسیده است و رضایت یا عدم رضایت زنان را از خدمات بهداشتی با پرسیدن یک سؤال مشخص کرده است. در این مطالعه ۴۱۹ مددجو (۲۷۰ نفر در گروه مراجعه کننده و ۱۴۹ نفر در گروه عدم مراجعه) مورد بررسی قرار گرفتند مدت جمع آوری اطلاعات دو ماه بطول انجامید. جهت تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده شده است. در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. جهت تعیین همبستگی بین متغیر اصلی پژوهش و متغیرهای مداخله گر کمی از

آزمون آماری Z جهت تعیین همبستگی میان متغیرهای مداخله گر کیفی و متغیر اصلی پژوهش از آزمون آماری کای دو استفاده شده است. کلیه اطلاعات پژوهش بصورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی تنظیم گردیده است. نرم افزار کامپیوتری مورد استفاده جهت تجزیه و تحلیل داده ها SPSS بوده است.

نتایج

یافته های پژوهش در ارتباط با دلایل مراجعه به درمانگاه های بهداشتی و درمانی منطقه غرب تهران در زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی نشان داد که از میان واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده راضی اکثریت آن ها به بیشتر دلایل جواب مثبت دادند و تنها ۳/۵ درصد مراجعین داشتن دوست یا آشنا را علت مراجعه خود ذکر کردند. از میان واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده ناراضی، اکثریت آن ها مجانی بودن خدمات، مناسب بودن ساعت کار مراکز، وجود امکانات بهداشتی، نیاز به خدمات، مفید و مؤثر بودن خدمات، رفتار خوب پرسنل و دسترسی داشتن به خدمات پاسخ مثبت دادند. هیچ یک از آنان دلیل داشتن دوست یا آشنا در مرکز را جزء دلایل مراجعه ذکر نکردند (جدول شماره ۱).

یافته های پژوهش در ارتباط با دلایل عدم مراجعه به درمانگاه های بهداشتی و درمانی منطقه غرب تهران در زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی نشان داد که در گروه راضی ۵۱ درصد به دلایل دور بودن محل سکونت به مرکز بهداشت، عدم مشارکت آن ها در حل مشکلات خودشان، مراجعه به پزشک خصوصی را ذکر کرده بودند. از میان زنان ناراضی در گروه عدم مراجعه درصد زیادی دلایل بی نظمی و عدم پذیرش مراجعین در برخی از جلسات، عجز بودن کارکنان، عدم مشارکت، مراجعه به پزشک خصوصی و محدودیت خدمات در مرکز بهداشت را ذکر کرده بودند (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که به طور کلی در بین زنان مراجعه کننده و عدم مراجعه راضی و ناراضی از خدمات، ۸۰/۷ درصد آن ها از خدمات راضی و ۱۰/۳ درصد ناراضی بودند. دلایل

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی دلایل مراجعه در زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی				
دلایل مراجعه	وضعیت رضایت		ناراضی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱- نزدیک بودن مرکز بهداشت به محل سکونت	۱۵۲	۶۶	۲۷	۶۷/۵
۲- داشتن دوست یا آشنا در مرکز بهداشت	۸	۳/۵	۰	۰
۳- در دسترس بودن وسیله ایاب و ذهاب	۱۸۸	۸۱/۸	۳۱	۷۷/۵
۴- مجانی بودن خدمات در مرکز	۲۲۹	۹۹/۵	۴۰	۱۰۰
۵- مناسب بودن ساعات کار مرکز بهداشت	۱۵۹	۶۹	۲۰	۵۰
۶- مناسب بودن زمان پذیرش و اخذ نوبت	۱۶۸	۷۳	۲۱	۵۲/۵
۷- وجود امکانات بهداشتی در مرکز	۲۲۹	۹۹/۵	۴۰	۱۰۰
۸- نیاز به خدمات بهداشتی در مرکز	۲۳۰	۱۰۰	۳۹	۹۷/۵
۹- مفید و موثر بودن خدمات بهداشتی مرکز	۲۳۰	۱۰۰	۳۸	۹۵
۱۰- صرف وقت کافی جهت اجرای مراقبت ها	۱۸۷	۸۱/۳	۷	۱۷/۵
۱۱- رعایت نوبت و حقوق افراد به هنگام پذیرش	۲۱۸	۹۴/۸	۱۹	۴۷/۵
۱۲- رفتار خوب کارکنان با مددجو	۲۳۰	۱۰۰	۳۷	۹۲/۵
۱۳- مهارت علمی مناسب کارکنان در پاسخ به سوالات	۲۱۹	۹۵/۲	۱۴	۳۵
۱۴- توجه به نظر مراجعین در حل مشکلات بهداشتی	۱۳۳	۵۷/۸	۴	۱۰
۱۵- پی گیری و تداوم مراقبت های بهداشتی در مرکز	۱۸۸	۸۱/۸	۲۵	۶۲/۵
۱۶- آموزش مناسب مسایل بهداشتی	۱۷۲	۷۴/۸	۱۲	۳۰
۱۷- داشتن احساس راحتی و آرامش در مراجعه به مرکز	۲۲۸	۹۹/۱	۱۹	۴۷/۵
۱۸- دسترسی داشتن به همه نوع خدمت بهداشتی در یک مکان	۲۳۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰
۱۹- اطمینان از کیفیت خدمات	۲۳۰	۱۰۰	۲۸	۷۰
۲۰- نگران نبودن درمورد مراقبت از سایر فرزندان	۱۳۸	۶۰	۲۲	۵۵
۲۱- توصیه مراجعه به مرکز به عنوان محل مناسب به دیگران	۲۲۹	۹۹/۵	۱۰	۲۵

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی دلایل عدم مراجعه در زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی

دلایل عدم مراجعه	وضعیت رضایت		ناراضی	
	رضای	درصد	تعداد	درصد
۱- دور بودن مرکز بهداشت به محل سکونت	۵۶	۵۱	۱۲	۲۹/۳
۲- نبودن وسیله ایاب و ذهاب مناسب جهت رفت و آمد	۵۰	۴۶/۳	۱۰	۲۴/۴
۳- مناسب نبودن ساعت کار مرکز بهداشت	۵۱	۴۲/۳	۱۸	۴۳/۹
۴- مناسب نبودن زمان پذیرش و اخذ نوبت جهت خدمات	۴۹	۴۵/۴	۱۸	۴۳/۹
۵- بی نظمی و عدم پذیرش مراجعین در برخی جلسات	۲۷	۲۵	۳۰	۷۳/۲
۶- نبود امکانات بهداشتی در مرکز	۱	۰/۹	۲	۴/۹
۷- عدم نیاز به خدمات بهداشتی در مرکز	۱۴	۱۳	۱۲	۲۹/۳
۸- بی فایده دانستن خدمات بهداشتی در مرکز	۱	۰/۹	۱۵	۳۶/۶
۹- عجله کارکنان به هنگام اجرای مراقبت های بهداشتی	۲۷	۲۵	۳۳	۸۰/۵
۱۰- شلوغی مرکز بهداشت و عدم رعایت نوبت	۱۳	۱۲	۲۲	۵۳/۶
۱۱- رفتار نادرست کارکنان و بی تفاوتی آنان	۹	۸/۳	۱۵	۳۶/۶
۱۲- ناوارد بودن کارکنان در پاسخگویی به سوالات	۱	۰/۹	۳	۷/۳
۱۳- عدم استفاده از همفکری و همکاری مراجعین	۵۶	۵۱	۳۰	۷۳/۲
۱۴- عدم پیگیری مراقبت ها و درمان در مراکز	۳۹	۳۶	۱۶	۳۹
۱۵- نبود امکانات آموزشی در مورد مسایل بهداشتی	۲۴	۲۲/۲	۱۹	۴۶/۳
۱۶- عدم اعتماد به کارکنان جهت بیان مشکلات	۳	۲/۷	۷	۱۷
۱۷- نگرانی در مورد مراقبت از سایر فرزندان	۴۹	۴۵/۴	۱۵	۳۶/۶
۱۸- ترجیح در مراجعه به پزشک خصوصی	۵۶	۵۱	۳۰	۷۳/۲
۱۹- گرفتاری خانوادگی و عدم موافقت همسر در مراجعه به مرکز	۴۹	۴۵/۶	۱۲	۲۹/۳
۲۰- محدودیت خدمات در مرکز و پاسخگو نبودن به نیاز مراجعین	۱۵	۱۳/۹	۳۲	۷۸

مراجعه کرده اند. زنانی که دفعات بیشتری به مراکز مراجعه می کردند به دلایلی مثل پی گیری و تداوم مراقبت ها در مرکز، آموزش مناسب مسائل بهداشتی پاسخ مثبت بیشتری دادند. آصف زاده و برقی (۱۳۷۵) هم بیان داشته اند که پی گیری مراجعات مادران بر افزایش مراجعات آن ها جهت دریافت خدمات مؤثر است. زنانی که تحصیلات بالاتری داشتند به دلایلی مثل مناسب بودن پذیرش جهت اخذ خدمات و مهارت علمی مناسب کارکنان پاسخ مثبت بیشتری دادند.

یافته های پژوهش نشان داد که دلایل عدم مراجعه زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی و درمانی مواردی مانند: دور بودن محل سکونت به مرکز بهداشت، عدم استفاده از همفکری مراجعین در حل مشکلات آن ها، بی نظمی و عدم پذیرش مددجویان در برخی از جلسات، عجله کارکنان بهداشتی به

مراجعه زنان راضی و ناراضی از خدمات بهداشتی و درمانی مواردی مانند: نیاز به خدمات، مفید و مؤثر بودن خدمات، رفتار خوب کارکنان، دسترسی به همه نوع خدمت و اطمینان از کیفیت خدمات، مجانی بودن خدمات، وجود امکانات بهداشتی، رعایت نوبت و رعایت حقوق افراد به هنگام پذیرش، مهارت علمی مناسب کارکنان، احساس راحتی و آرامش بود. فقط درصد محدودی وجود دوست یا آشنا در مرکز را دلیل مراجعه خود ذکر کردند.

یافته های پژوهش نشان داد زنانی که نگران تنها ماندن فرزندان به هنگام مراجعه به مرکز بودند کمتر مراجعه می کردند. نتایج تحقیق مجاهد (۱۳۷۴) هم نشان داده است مادرانی که به هنگام مراجعه به مرکز نگران تنها بودن فرزندان در منزل بوده اند کمتر جهت دریافت خدمات

هنگام انجام مراقبت ها، محدودیت خدمات در مرکز بهداشت و نارسایی آن ها در پاسخ گویی به نیاز مراجعین، ارجح دانستن پزشک خصوصی، بوده است.

توسط Kareem و همکاران (۱۹۹۶) پژوهشی در مورد بررسی رضایت مددجویان در مورد تسهیلات بهداشتی و درمانی در بیمارستان و مراکز بهداشتی قطر انجام گردید، و در آن مواردی مانند رضایت، در دسترس بودن خدمات و سهل الوصول بودن آن ها، تسهیلات از نظر محیط فیزیکی، رفتار پرسنل، کیفیت مراقبت، استمرار مراقبت ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مددجویان ناراضی از مراقبت ها کمتر تمایل داشته اند که آن مرکز یا بیمارستان را به دیگران پیشنهاد کنند یا جهت پیگیری معاینات و خدمات به آن مرکز یا بیمارستان مراجعه کنند. در مورد در دسترس بودن خدمات و سهل الوصول بودن آن ها، مددجویان مراجعه کننده به بیمارستان نسبت به مراجعین به مرکز بهداشت رضایت بیشتری داشتند. مردان نسبت به زنان رضایت بیشتری از خدمات داشتند. مددجویان جوانتر نسبت به محیط فیزیکی و تسهیلات رضایت بیشتری داشتند. بین سطح درآمد و رضایت از کیفیت خدمات بهداشتی ارتباط وجود داشت به طوریکه افراد کم درآمد رضایت بیشتری در مورد کیفیت ارائه مراقبت ها داشتند. افراد با سطح تحصیلات بالاتر در مورد در دسترس بودن خدمات و تسهیلات رضایت داشتند و افراد با سطح تحصیلات پایین تر بیشتر از کیفیت خدمات رضایت داشتند. تنها درصد کمی از مراجعین به این نکته اشاره داشتند که کادر بهداشتی آن ها را به تداوم خدمات بهداشتی و درمانی تشویق می کرده اند که این مورد یکی از مشکلات عمده در خدمات بهداشتی و درمانی می باشد. زیرا یکی از اهداف ارائه این خدمات پیشگیری و قطع سریع بیماری و پیگیری این خدمات می باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد که دلایل عمده مراجعه زنان ناراضی و ناراضی در مورد خدمات: مجانی بودن، وجود امکانات در مرکز، نیاز به خدمات مفید، مفید و مؤثر دانستن خدمات، دسترسی به همه نوع خدمت در مرکز، اطمینان از کیفیت خدمات و مناسب بودن مرکز بهداشت به عنوان محلی جهت دریافت خدمات بوده است. سایر دلایل عمده در مورد کارکنان شامل ارتباط خوب، رعایت نوبت و حقوق افراد و مهارت علمی مناسب آن ها بوده است. از طرفی دلایل عدم مراجعه در زنان

راضی شامل دور بودن محل سکونت به مرکز، عدم همفکری و همکاری مددجویان در حل مشکلات بهداشتی خودشان و ترجیح در مراجعه به پزشک خصوصی بوده است. به علاوه دلایل عدم مراجعه زنان ناراضی علاوه بر موارد فوق بی نظمی و عدم پذیرش مددجویان در برخی از جلسات، عجله کارکنان به هنگام اجرای مراقبت ها، محدودیت خدمات و نارسا بودن آن ها در مرکز بهداشت و مناسب نبودن مرکز به عنوان محلی جهت دریافت خدمات ذکر شده بود. احمدی (۱۳۷۶) می نویسد از ویژگی های خدمات بهداشتی مناسب بودن و جامع بودن یعنی تعیین خدمات با بهترین ترکیب خدمات پیشگیری، درمانی و ارتقایی، کافی بودن یعنی ارائه خدمات متناسب با نیازها، در دسترس بودن از نظر جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی، قابل پرداخت بودن هزینه خدمات بهداشتی و درمانی و عملی بودن خدمات می باشد. لذا پیشنهاد می شود در مورد نوع و نحوه ارائه خدمات مسئولین امر ترتیبی اتخاذ نمایند تا خدمات متنوع راساس نیاز مراجعین در دسترس آن ها قرار داده شود و زنان مراجعه کننده به مراکز تحت پوشش همان منطقه قرار گیرند. در رفع مشکلات بهداشتی از همفکری خود مددجویان استفاده شود و با بکارگیری پزشکان حاذق و متخصص در اینگونه مراکز به جذب بیشتر مددجویان پرداخته شود. بعلاوه جهت پیشگیری از تعجیل در اجرای مراقبت ها توسط کارکنان پیشنهاد می شود که با رعایت تقسیم کار بر حسب تخصص کارکنان و همچنین بکارگیری نیروی کاری لازم، مقدمات ضروری دستیابی به این مهم مهیا گردد.

تقدیر و تشکر

ضمناً پژوهشگر بر خود لازم می داند که از همکاری صمیمانه معونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامائی و کتابخانه آن دانشکده تشکر و وقدردانی نماید.

منابع

- احمدی، کامران. ۱۳۷۶. بهداشت، اپیدمیولوژی، آمار حیاتی تهران از انتشارات تیمورزاده، صفحه ۲۹.
- آصف زاده، سعید. قاسمی برقی، رضا. ۱۳۷۵. بررسی مراجعین جهت خدمات پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان قزوین. بهداشت خانواده. شماره چهارم، صفحات ۷۲-۵۳.

صدرايي، رزيتا. ميرزايبی، منصور. ۱۳۸۰. درسنامه جامع بهداشت. تهران: انتشاراتی مير، صفحه ۱۴۹.

مجاهد، شهناز. ۱۳۷۴. بررسی عوامل مؤثر بر دریافت مراقبت های دوران بارداری در مراجعین به بیمارستان های شهرستان یزد، ۱۳۷۳ "پایان نامه فوق لیسانس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری مامایی.

Carol J., et al. 1995. Development at a consumer satisfaction survey tool for a nurse managed community health center. *Nurse Educator*. 20(3): 28-32.

Davis, S., Greenly, M. 1994. Integrating patient satisfaction with a quality improvement programs. *Jona*. 24(12): 28-31.

Kareem, A., et al. 1996. Patient satisfaction in government health facilities in the state at Qatar. *Journal of community health*. 21(5):349-57.

Omally, A., Forrest, C. 1996. Community of care and delivery of ambulatory services to children in community health clinics. *Journal of Community Health*. 21(3):159-71.

W.H.O. The world health report. 1994. pp: 44-54.

REASONS OF REFERRING AND NOT REFERRING OF SATISFIED AND UNSATISFIED WOMEN FROM HEALTH SERVICES, TO OUTPATIENTS DEPARTMENT (O.P.D)

Nikpour, S. MS*¹ Yosefi, R. MS² Javadi, F. MS³ Hosseini, F. MS⁴

ABSTRACT

Background: Assessing the reasons of referring and not referring to O.P.D (outpatients department) and the satisfaction level of the clients can be one of the health promotion aims, because selection of the health system or the health provider, is the result of one's level of satisfaction.

Objective: Assessing the reasons of referring and not referring of satisfied and unsatisfied women from health services to O.P.D (s), and the role of personal variables in this matter.

Design: This was a field study Research, in which the reasons of referring and not referring of satisfied and unsatisfied women from health services, were determined by using a questionnaire.

Sample: 419 women between the age of 17 to 50 years were assigned in two referring (270) and not referring (149) groups. Among the first group we had 230 satisfied and 40 unsatisfied and in second one (108 satisfied and 41 unsatisfied) clients. All Residences of western region of Tehran.

Results: The results showed that 80.7% of all cases were completely satisfied with the health services, they had had received, and the remaining 19.3% were not satisfied. The reasons of referring in both satisfied and unsatisfied groups were as follow: need of health services, efficiency and usefulness of the medical care, good support of the staff, availability of all kinds of medical assistance in the center, their confidence in services, charge free appropriate quality and availability. Only 3.5% referred because they had friends or relatives who were working there. The reasons of not referring in satisfied and unsatisfied groups were as fallow: long way between the center and home, lack of the participation of clients in their health promotion program, anarchy, rush of personnel limitation of services, having a pereferance for a private physician. The results showed a significant relationship between some of the referring reasons. In both satisfied and unsatisfied groups with the age, number of children, number of referrals, and the educational level ($P<0.05$). Also there was a significant relationship between some of not referring reasons in satisfied women with the age and the age of the last child ($P<0.05$).

There were no relationship between not referring reasons in unsatisfied women with personal variables.

Conclusion: Based on the findings it is suggested to employ proper health services, and establish all kinds of specialties according to the client's needs. It is also recommended to the health providers, to let the clients participate in their problem solving programs.

Key Words: Reasons of referring (to O.P.D), Not referring (to O.P.D), Satisfied and unsatisfied women, Health services.

¹. Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of medical Science and Health Services, Tehran, Iran (* Corresponding Author).

². MS in Nursing.

³. Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health services, Tehran, Iran.

⁴. Senior Lecturer, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran