

تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر میزان رضایت مادران از زمان انتظار و استمرار مراجعات خدمات در مراکز سلامت جامعه دانشگاه علوم پزشکی ایران

فاطمه قمرپور^۱، محمود محمودی*^۲، ایروان مسعودی اصل^۳

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- *نویسنده مسئول، استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران

Mahmoodim@tums.ac.ir

(تاریخ دریافت: ۹۷/۰۶/۲۹ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۷/۲۶)

زمینه و هدف: مراقبت باروری، پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از آن نقش بسیار مهمی در تشخیص زودرس و درمان به موقع و موثر عوارض بارداری و پس از زایمان دارد. پژوهش حاضر با هدف تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر رضایت از زمان انتظار و استمرار مراجعات خدمات در مراکز سلامت جامعه دانشگاه ایران انجام گرفت.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر به صورت مورد-شاهدی صورت گرفت. محیط پژوهش مراکز سلامت جامعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که بصورت تصادفی انتخاب شدند. ۱۲۶ نفر از زنان که هم قبل از طرح و هم بعد از طرح به این مراکز مراجعه داشته اند به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که پس از تأیید روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده ها به صورت آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ و آزمون آماری ویلکاکسون، مک نمار و تست فیشر انجام گرفت.

یافته ها: از مجموع ۱۲۶ زن شرکت کننده در پژوهش، از نظر شغل ۶۳٫۴ درصد مراجعین خانه دار یا بیکار و بیشترین مراجعین مربوط به گروه سنی کمتر از ۳۵ سال بودند. طبق نتایج بدست آمده چون مقدار معناداری کوچک تر از ۰/۰۵ بود، میزان استمرار مراجعه مادران پس از طرح تحول بیشتر از قبل طرح تحول بدست آمد ($P < 0/05$) و تأثیر طرح تحول بر افزایش میزان استمرار مراجعه مادران در مراقبتهای سلامت مادران است. میزان رضایت مادران از مدت انتظار برای دریافت خدمات سلامت قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($P < 0/05$). میانگین نمره رضایت مادران قبل و بعد از طرح تحول به ترتیب ۲/۷۲ و ۳/۵۶ می باشد. میانگین نمره رضایت بعد از تحول بیشتر از قبل تحول بود.

نتیجه گیری: استمرار مراجعه و میزان رضایت از زمان انتظار دریافت خدمات پس از طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت افزایش یافت. بهره مندی از خدمات مادران باردار می تواند شاخص های سلامت مادران و نوزادان را ارتقا داده تا مادران هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی به مراقبت سلامت بیشتر و بهتری دسترسی داشته باشند.

کلید واژه ها: طرح تحول نظام سلامت، رضایتمندی، ایران

مقدمه

بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، تعداد مرگ مادران باردار در سال ۲۰۱۰ در کل جهان، ۲۸۷۰۰۰۰ مورد مرگ بوده است (۳). این شاخص به صورت کلی در کشورهای پیشرفته کمتر از ۱۰ مورد و در کشورهای در حال توسعه، بیشتر از ۵۰۰ مورد در صد هزار تولد زنده گزارش شده است (۴،۵). شاخص مرگ

مرگ و میر مادران و نوزادان از جمله شاخص های مهم توسعه کشورها محسوب می شود (۱). مرگ و میر مادران، مساله ای جهانی به شمار می رود (۲).

(۱۴). اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران، اصلاحاتی است که در جهت ارتقا اهداف نظام سلامت؛ مشارکت مالی عادلانه؛ افزایش پاسخگویی و ارتقا سلامت صورت گرفته است. با توجه به بسته های تعریف شده در این طرح، اجرای اثربخش آن ملزم به برقراری ارتباطات و همکاری های برون بخشی مناسب می باشد (۱۵).

طرح تحول نظام سلامت با سه هدف اصلی برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، کاهش پرداخت مستقیم مردم برای هزینه های سلامت (حفاظت مالی) و ارتقای کیفیت خدمات و مراکز ارائه خدمت توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در قالب نسخه اجرایی مجموعه دستورالعمل های برنامه تحول نظام سلامت به کلیه مراکز بهداشتی و درمانی ابلاغ گردید (۱۴).

تاکنون مطالعه ای در زمینه تاثیر اجرای طرح تحول بر میزان بهره برداری از خدمات سلامت مادران در مراکز سلامت جامعه صورت نگرفته است.

میزان استفاده از خدمات می تواند متاثر از سن، جنس، ناتوانی جسمی، وضعیت بیمه، وضعیت اقتصادی، آموزش و وضعیت اجتماعی باشد. دسترسی نقش مهمی در استفاده اشخاص از خدمات دارد. علی رغم بهبود در دسترسی به خدمات از طریق مجموعه ای از اصلاحات مراقبت سلامت، همچنان تفاوت هایی در دسترسی به خدمات مخصوصاً بین نواحی شهری و روستایی وجود دارد (۱۰). برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری یکی از ۱۵ برنامه ملی است که در طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت پیگیری می شود. همچنین شناخت عوامل موثر بر بهره مندی از خدمات کمک می کند که استراتژی و خط مشی های مناسبی برای بهبود میزان بهره مندی از خدمات و کاهش میزان مرگ و میر مادران طراحی و تدوین شود (۸). این در حالی است که در کشور ما تحقیقات میدانی در خصوص مراکز و پایگاه های سلامت بسیار اندک بوده است. باتوجه به مطالب پیش گفت، و به دلیل محدود بودن مطالعات در زمینه بهره مندی از خدمات مراقبت سلامت و نیز وجود خلاء مطالعاتی در خصوص بهره مندی از خدمات سلامت مادران به ویژه در مراکز سلامت جامعه و با عنایت به سیاست های افزایش جمعیتی فعلی و لزوم تصمیم گیری سیاست گذاران و مسئولین ذی ربط بر مبنای اطلاعات و شواهد علمی،

مادران باردار در ایران در سال ۱۹۷۵، ۲۷۴ مورد بود که در سال ۲۰۰۵ به ۳۸ مورد و در سال ۲۰۱۳ به ۲۰/۳ مورد مرگ در صد هزار تولد زنده رسیده است (۶). سه چهارم از مرگ های مادری به علت های مستقیم زایمان مانند خونریزی، سقط جنین، عفونت، و فشارخون بالای بارداری ارتباط دارد که توجیه احتمالی برای این فوتی ها در مناطق در حال توسعه، دسترسی ناکافی به خدمات مراقبت سلامت پیشرفته و استفاده کم از این خدمات می باشد (۷). کافی نبودن مراقبت های دوران بارداری از مهم ترین دلایل مرگ و میر مادران به شمار می رود، و طبق اعلام مرکز کنترل بیماری های آمریکا میزان مرگ و میر زنانی که مراقبت دوران بارداری را دریافت نکرده اند، به مراتب بیشتر از مادرانی است که از مراقبت کافی برخوردار بوده اند (۸). از طرفی عوارض بارداری و پیامدهای نامطلوب قبل و حین تولد نوزاد به میزان زیادی به عدم بهره مندی از خدمات مراقبت زایمان و پیش از تولد و اوضاع اقتصادی اجتماعی بیمار مرتبط است (۹).

انجام مراقبت های مناسب از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، یکی از اصلی ترین راه های پیشگیری از مرگ و میر مادران است و هیچ تردیدی در اثربخشی آن برای به ثمر رساندن یک بارداری سالم و تضمین وضعیت سلامت مادر و نوزاد وجود ندارد (۱۰). دسترسی به خدمات نقش اساسی در میزان بهره مندی افراد از خدمات سلامت دارد (۱۱). اگرچه شواهد نشان می دهد که در دسترس بودن خدمات به تنهایی جهت افزایش بهره گیری از خدمات و کاهش مادری کافی نیست (۱۲). در اکثر مطالعات منتشر شده و ادبیات موضوع به مسئله بهره مندی از خدمات سلامت به طور کلی و یا مراقبت سلامت مادری و عوامل مؤثر بر آن در یک منطقه پرداخته شده است (۲،۴).

ساختار فعلی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران منبعت از سه اصل زیر است:

۱. اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی
 ۲. اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات
 ۳. اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری (۱۳)
- طرح تحول نظام سلامت به عنوان آخرین اصلاحات در نظام سلامت کشور از ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ آغاز شد

پژوهش حاضر با هدف تاثير اجراء طرح تحول نظام سلامت بر رضائت از زمان انتظار و استمرار مراجعات خدمات در مراكز سلامت جامعه دانشگاه علوم پزشکی ايران در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش کاربردی حاضر به صورت مورد-شاهدی در بهار سال ۹۶ انجام گرفت. محیط پژوهش شامل مراكز سلامت جامعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ايران بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنانی که جهت دریافت خدمات سلامت مادران (مراقبت باروری سالم، مراقبت پیش از بارداری، مراقبت بارداری و مراقبت پس از ایمن) قبل و بعد از طرح تحول به مراكز سلامت جامعه مراجعه نمودند، بودند که با نظر مشاوره آماری نمونه ای به حجم ۱۲۶ نفر برای هر دوره با اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمونی برابر ۹۰ درصد و حدود ۵ درصد برای ریزش نمونه ها در نظر گرفته شده است. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه محقق ساخته دو قسمتی بود. در قسمت دموگرافیک سن، شغل، وضعیت اقتصادی، بعد خانوار، تعداد فرزندان، محل سکونت و در قسمت دوم ۳۴ سوال در ۵ بخش مراقبت سلامت باروری مراقبت دوران بارداری، مراقبت پیش از بارداری و مراقبت پس از زایمان و رضائت از زمان انتظار بود. طریقه نمره گذاری برای هر سوال به این صورت بود که برای سوالات بخشهای اول تا چهارم به پاسخ بلی (نمره ۱) و خیر (نمره ۰) و در بخش پنجم پرسشنامه به پاسخ نظری ندارم (نمره ۱)، ضعیف (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، خوب (نمره ۴) و خیلی خوب (نمره ۵) تعلق گرفت. پرسشنامه در دو قسمت قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت توسط پرسشگر برای شرکت کنندگان تکمیل گردید که برای به دست آوردن نمره رضائت از آخرین خدمت دریافتی، میانگین نمرات سوالات این مولفه و جهت دستیابی به نمره وضعیت دریافت یا عدم دریافت مراقبتهای بارداری، مراقبتهای بارداری دریافت شده و علل

عدم مراجعه برای دریافت خدمات جمع نمرات سوالات این مولفه محاسبه گردید. به منظور انجام روایی این تحقیق پس از تنظیم پرسشنامه با کسب نظرات استاد راهنما و خبرگان در این زمینه، به منظور همراستایی سوالات پرسشنامه ها با فرضیات پژوهش، پرسشنامه ها توسط مشاور آماری مورد بررسی قرار گرفت. برای سنجش روایی صوری، پرسشنامه ها در اختیار خبرگان، کارشناسان و متخصصین قرار گرفته و از آن ها خواسته شد نظرات خود را در این مورد بیان نمایند، آن گاه با بررسی نظرات ایشان روایی پرسشنامه ها مورد تایید قرار گرفت. پایایی درونی پرسشنامه با استفاده از دیدگاه ۲۰ نفر و توسط آزمون آلفای کرونباخ (۰/۹۷۹) تایید و پایایی بیرونی پس از گذشت ده روز مجدد جهت همان تعداد افراد پرسشنامه تکمیل گردید (برای هر سوال $r = 0.151$). مرکز سلامت جامعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ايران لیست شده و از میان آن ها ۲۰ مرکز با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب گردید. پرسشنامه ها توسط پرسشگر از مادران مراجعه کننده تکمیل گردید، همچنین بخشی از آن که مربوط به دریافت خدمات هر مراقبت بود از پرونده خانوار استخراج گردید. قبل از تکمیل پرسشنامه توضیحات کامل به پاسخگویان داده شد. داده های گردآوری شده جهت تحلیل وارد نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ گردید و با استفاده از شاخص های آماری توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی و درصد، همچنین روش های آماری استنباطی شامل آزمون های آماری مک نمار، ویلکاکسون و تست فیشر تحلیل گردید.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک ۱۲۶ فرد شرکت کننده در مطالعه شامل متغیرهای گروه سنی مادر، بعد خانوار، شغل مادر، سطح تحصیلات، محل سکونت و وضعیت اقتصادی در جدول ۱ آورده شده است.



جدول (۱) اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	وضعیت	(درصد) تعداد
شغل	شاغل یا دارای درآمد بدون کار	۴۶(۳۶,۵)
	خانه‌دار یا بیکار (جویای کار)	۸۰(۶۳,۴)
سطح تحصیلات	بیسواد، زیردیپلم و دیپلم	۴۹(۳۸,۹)
	دانشگاهی و حوزوی	۷۷(۶۱,۱)
محل سکونت	شهر	۶۴(۵۰,۸)
	روستا	۶۲(۴۹,۲)
بعد خانوار	کمتر از ۵ نفر	۱۱۰(۸۷,۳)
	۵ نفر و بالاتر	۱۶(۱۲,۷)
گروه سنی	کمتر از ۳۵ سال	۶۹(۵۴,۷)
	۳۵ سال و بیشتر	۵۷(۴۵,۲)
وضعیت اقتصادی	عالی و خوب	۶۳(۵۰)
	متوسط و ضعیف	۶۳(۵۰)

از نظر شغل ۶۳,۴ درصد مراجعین خانه دار یا بیکار، از نظر سطح تحصیلات ۶۱,۱ درصد مراجعین تحصیلات دانشگاهی و حوزوی و بیشترین مراجعین مربوط به گروه سنی کمتر از ۳۵ سال بوده است (طبق جدول ۱).

جدول (۲) بهره مندی از خدمات مراقبتهای باروری سالم قبل و بعد از طرح تحول با استفاده از آزمون مک نمار

نتیجه آزمون (Pvalue)	دریافت نکرده			دریافت کرده			قبل از طرح بعد از طرح مراقبتهای سلامت باروری
	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰,۰۰۱	۱۰۵ (۸۳,۳)	۶۳ (۵۰)	۴۲ (۳۳,۳)	۲۱ (۱۶,۷)	۱۶ (۱۲,۷)	۵ (۴)	مشاوره باروری سالم
۰,۰۰۱	۱۱۰ (۸۷,۳)	۷۲ (۵۷,۱)	۳۸ (۳۰,۲)	۱۶ (۱۲,۷)	۱۲ (۹,۵)	۴ (۳,۲)	معاینات پزشک
۰,۰۰۱	۱۰۹ (۸۶,۵)	۶۹ (۵۴,۸)	۴۰ (۳۱,۷)	۱۷ (۱۳,۵)	۱۳ (۱۰,۳)	۴ (۳,۲)	معاینه ماما/مراقب سلامت
۰,۰۰۱	۱۰۸ (۸۵,۷)	۶۷ (۵۳,۲)	۴۱ (۳۲,۵)	۱۸ (۱۴,۳)	۱۳ (۱۰,۳)	۵ (۴)	دریافت اقلام پیشگیری از بارداری
۰,۰۰۱	۱۰۵ (۸۳,۳)	۶۲ (۴۹,۲)	۴۳ (۳۴,۱)	۲۱ (۱۶,۷)	۱۶ (۱۲,۷)	۵ (۴)	ارائه‌دهنده خدمت درباره مشکل سلامتی شما را راهنمایی و مشاوره کرد؟
۰,۰۰۱	۱۰۹ (۸۶,۵)	۶۶ (۵۲,۴)	۴۳ (۳۴,۱)	۱۷ (۱۳,۵)	۱۳ (۱۰,۳)	۴ (۳,۲)	استمرار مراجعه براساس وسیله پیشگیری دریافتی مناسب است؟

جدول ۳) بهره مندی از خدمات مراقبتهای پیش از بارداری قبل و بعد از طرح تحول در مادران نیازمند به این خدمت با استفاده از آزمون مک نمار

نتیجه آزمون (Pvalue)	دریافت نکرده			دریافت کرده			قبل از طرح بعد از طرح مراقبتهای پیش از بارداری
	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰,۰۲۹	۱۱۹ (۹۴,۴)	۱۰۰ (۷۹,۴)	۱۹ (۱۵,۱)	۷ (۵,۶)	۷ (۵,۶)	۰ (۰)	مراقبت پیش از بارداری ماما/مراقب سلامت
۰,۰۳۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۳ (۸۱,۷)	۱۷ (۱۳,۵)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	مراقبت پیش از بارداری پزشک
۰,۰۱۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۱ (۸۰,۲)	۱۹ (۱۵,۱)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	برای انجام آزمایش یا سونوگرافی ارجاع شدید
۰,۰۳۱	۱۲۲ (۹۶,۸)	۱۰۸ (۸۵,۷)	۱۴ (۱۱,۱)	۴ (۳,۲)	۴ (۳,۲)	۰ (۰)	دندانپزشک
۰,۰۴۱	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۶ (۸۴,۱)	۱۵ (۱۱,۹)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰ (۰)	واکسیناسیون
۰,۰۲۹	۱۱۹ (۹۴,۴)	۱۰۰ (۷۹,۴)	۱۹ (۱۵,۱)	۷ (۵,۶)	۷ (۵,۶)	۰ (۰)	شرکت در کلاس آموزشی مراقبتهای پیش از بارداری
۰,۰۳۶	۱۱۸ (۹۳,۷)	۹۸ (۷۷,۸)	۲۰ (۱۵,۹)	۸ (۶,۳)	۸ (۶,۳)	۰ (۰)	دریافت مکمل یا نسخه
۰,۰۴۳	۱۱۷ (۹۲,۹)	۹۶ (۷۶,۲)	۲۱ (۱۶,۷)	۹ (۷,۱)	۹ (۷,۱)	۰ (۰)	ارائه دهنده خدمت درباره مشکل سلامتی شما را راهنمایی و مشاوره کرد؟
۰,۰۴۱	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۶ (۸۴,۱)	۱۵ (۱۱,۹)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰ (۰)	آیا به سطوح بالاتر ارجاع شدید؟



جدول ۴) بهره مندی از خدمات مراقبتهای دوران بارداری قبل و بعد از طرح تحول در مادران نیازمند به این خدمت با استفاده از آزمون مک نمار

نتیجه آزمون (pvalue)	دریافت نکرده			دریافت کرده			قبل از طرح بعد از طرح مراقبتهای دوران بارداری
	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰,۰۳۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۳ (۸۱,۷)	۱۷ (۱۳,۵)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	مراقبت بارداری ماما/مراقب سلامت
۰,۰۲۳	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۲ (۸۱)	۱۸ (۱۴,۳)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	مراقبت بارداری پزشک
۰,۰۲۹	۱۱۹ (۹۴,۴)	۱۰۰ (۷۹,۴)	۱۹ (۱۵,۱)	۷ (۵,۶)	۷ (۵,۶)	۰ (۰)	برای انجام آزمایش یاسونوگرافی ارجاع شدید
۰,۰۴۹	۱۲۲ (۹۶,۸)	۱۰۹ (۸۶,۵)	۱۳ (۱۰,۳)	۴ (۳,۲)	۴ (۳,۲)	۰ (۰)	دندانپزشک
۰,۰۴۱	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۶ (۸۴,۱)	۱۵ (۱۱,۹)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰ (۰)	واکسیناسیون
۰,۰۲۳	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۲ (۸۱)	۱۸ (۱۴,۳)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	دریافت مکمل ها
۰,۰۲۷	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۵ (۸۳,۳)	۱۶ (۱۲,۷)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰ (۰)	شرکت در کلاس آموزشی (ترویج تغذیه با شیرمادر، مشکلات شایع بارداری و...)
۰,۰۴۱	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۶ (۸۴,۱)	۱۵ (۱۱,۹)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰ (۰)	در کلاس آمادگی برای زایمان طبیعی شرکت کردید؟
۰,۰۲۹	۱۱۹ (۹۴,۴)	۱۰۰ (۷۹,۴)	۱۹ (۱۵,۱)	۷ (۵,۶)	۷ (۵,۶)	۰ (۰)	ارائه دهنده خدمت درباره مشکل سلامتی شما را راهنمایی و مشاوره کرد؟
۰,۰۱۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۱ (۸۰,۲)	۱۹ (۱۵,۱)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	از نحوه ارائه مراقبتهای دوران بارداری رضایت دارید؟
۰,۰۴۱	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۶ (۸۴,۱)	۱۵ (۱۱,۹)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰ (۰)	آیا به سطوح بالاتر ارجاع شدید؟
۰,۰۳۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۳ (۸۱,۷)	۱۷ (۱۳,۵)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰ (۰)	استمرار مراجعات (۶بار) با توجه به زمان مراجعه کامل است؟

جدول ۵) بهره مندی از خدمات مراقبت‌های پس از زایمان قبل و بعد از طرح تحول در مادران نیازمند به این خدمت با استفاده از آزمون مک نمار

نتیجه آزمون (Pvalue)	دریافت نکرده			دریافت کرده			مراقبت‌های پس از زایمان قبل از طرح بعد از طرح
	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	جمع	دریافت نکرده	دریافت کرده	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰,۰۴۳	۱۱۹ (۹۴,۴)	۱۰۱ (۸۰,۲)	۱۸ (۱۴,۳)	۷ (۵,۶)	۷ (۵,۶)	۰	معاینه ماما/مراقب سلامت
۰,۰۲۹	۱۱۹ (۹۴,۹)	۱۰۰ (۷۹,۴)	۱۹ (۱۵,۱)	۷ (۵,۶)	۷ (۵,۶)	۰	دریافت مکمل‌ها یا نسخه
۰,۰۱۷	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۴ (۸۲,۵)	۱۷ (۱۳,۵)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰	شرکت در کلاس آموزشی مراقبت‌های پس از زایمان
۰,۰۱۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۱ (۸۰,۲)	۱۹ (۱۵,۱)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰	ارائه‌دهنده خدمت درباره مشکل سلامتی شما را راهنمایی و مشاوره کرد؟
۰,۰۴۱	۱۲۱ (۹۶)	۱۰۶ (۸۴,۱)	۱۵ (۱۱,۹)	۵ (۴)	۵ (۴)	۰	آیا به سطوح بالاتر ارجاع شدید؟
۰,۰۳۵	۱۲۰ (۹۵,۲)	۱۰۳ (۸۱,۷)	۱۷ (۱۳,۵)	۶ (۴,۸)	۶ (۴,۸)	۰	استمرار مراجعات (۳بار) با توجه به زمان مراجعه کامل بوده است

همین تعداد مادران مراجعه کننده بعد از طرح ۱۹ نفر (۱۵,۱ درصد) این خدمت را دریافت نمودند. در مراقبت دوران بارداری قبل از طرح، از ۱۲۶ مراجعه کننده تنها ۴ نفر (۳,۱ درصد) این خدمت را گرفته اند، در حالی که بعد از طرح، از همین تعداد مراجعه کننده، ۱۷ نفر (۱۳,۵ درصد) خدمت را دریافت کردند. در بخش مراقبت های پس از بارداری و دریافت مکمل ها یا نسخه، قبل از طرح، از ۱۲۶ نفر مراجعه کننده، تنها ۷ نفر (۵,۶ درصد) مکمل دریافت کرده اند در حالی که از همین تعداد مادران مراجعه کننده بعد از طرح، ۱۹ نفر (۱۵,۱ درصد) مکمل را دریافت نمودند.

یافته های جدول ۲، ۳، ۴ و ۵ فراوانی دریافت بسته های سلامت مادران، قبل و بعد از طرح تحول با توجه به خروجی آزمون مک نمار را نشان می دهد. بر این اساس در مشاوره باروری سالم از تعداد ۱۲۶ نفر مادرانی که قبل از طرح برای دریافت مشاوره باروری سالم مراجعه نمودند، تنها ۲۱ نفر (۱۶,۷ درصد) این خدمت را دریافت کردند، در حالی که از همین تعداد مراجعه کننده پس از طرح، ۴۲ نفر (۳۳,۳ درصد) مشاوره را دریافت داشته اند. در بسته مراقبت های پیش از بارداری، خدمات ماما یا مراقب سلامت از ۱۲۶ نفر مادران مراجعه کننده قبل از طرح فقط ۷ نفر (۵,۶ درصد) این خدمت را دریافت کرده اند و از



جدول ۶) تاثیر طرح تحول بر استمرار مراجعه برای دریافت خدمات مادران

نتیجه آزمون	دریافت مراقبت بعد از طرح تحول			دریافت مراقبت قبل از طرح تحول			دریافت یا عدم دریافت مراقبت
	جمع	خیر	بله	جمع	خیر	بله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	استمرار مراجعات
۰,۰۰۱	۱۲۶ (۱۰۰)	۷۹ (۶۲,۷)	۴۷ (۳۷,۳)	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۰۹ (۸۶,۵)	۱۷ (۱۳,۵)	در سلامت باروری
۰,۰۳۵	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۰۹ (۸۶,۵)	۱۷ (۱۳,۵)	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۲۰ (۹۵,۲)	۶ (۴,۸)	در دوران بارداری
۰,۰۳۵	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۰۹ (۸۶,۵)	۱۷ (۱۳,۵)	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۲۰ (۹۵,۲)	۶ (۴,۸)	پس از زایمان

مجموع ۱۲۶ مادر شرکت کننده در مطالعه، قبل از طرح تحول ۶ نفر (۴/۸ درصد) و بعد از طرح تحول ۱۷ نفر (۱۳/۵ درصد) در دوران بارداری و پس از زایمان به طور مستمر و منظم مراجعه نمودند. طبق نتایج آزمون مک نمار چون مقدار معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ بود، یعنی در سطح معنی داری پنج درصد، میزان استمرار مراجعه مادران پس از طرح تحول بیشتر از قبل طرح تحول بدست آمد ($P < 0/05$).

در جدول ۶، استمرار مراجعه مادران در مرحله مراقبت سلامت باروری، دوران بارداری و پس از زایمان قبل و بعد از طرح تحول ملاحظه نشان داده شده است. که از مجموع ۱۲۶ مادر شرکت کننده در مطالعه، قبل از طرح تحول ۱۷ نفر (۱۳/۵ درصد) و بعد از طرح تحول ۴۷ نفر (۳۷/۳ درصد) در مرحله مراقبت سلامت باروری مراجعه مستمر جهت دریافت وسیله پیشگیری داشتند. همچنین از

جدول ۷) تاثیر طرح تحول بر رضایت از زمان انتظار خدمات

pvalue	آماره آزمون ویلکاکسون	بعد از طرح تحول		قبل از طرح تحول		فرضیه
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰,۰۰۱	-۷,۷۵	۰,۵۷	۳,۵۶	۰,۲۳	۲,۷۲	میزان رضایت مادران از زمان انتظار برای دریافت خدمات سلامت قبل و بعد از طرح تحول برابر است

بحث و نتیجه گیری

مراقبت پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان نقش بسیار مهمی در تشخیص زودرس و درمان به موقع و موثر عوارض بارداری و پس از زایمان دارد. برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری یکی از ۱۵ برنامه ملی است که در طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت پیگیری می شود (۹). نتایج این مطالعه نشان داد طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت و خدمات مراقبت سلامت

با توجه به خروجی آزمون ویلکاکسون در سطح معنی دار پنج درصد، میزان رضایت مادران از مدت انتظار برای دریافت خدمات سلامت قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($P < 0/05$). میانگین نمره رضایت مادران قبل و بعد از طرح تحول به ترتیب ۲/۷۲ و ۳/۵۶ بدست آمد و میانگین نمره رضایت بعد از تحول بیشتر از قبل تحول بود.

ارزشیابی اقدامات انجام شده مورد استفاده قرار می گیرد 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 می شود. در واقع ارتقای کیفیت خدمات بدون توجه به نظرات، نیازها، انتظارات و جلب رضایت بیماران امکان پذیر نیست. یافتن جنبه هایی از خدمات که موجب نارضایتی استفاده کنندگان از خدمات می شود و همچنین سعی در برطرف نمودن آنها می تواند مؤثرترین و کم هزینه ترین راه افزایش کیفیت ارائه خدمات باشد (۱۹).

یافته های پژوهش شبرای با 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 آن ها گذاشته شده بود راضی بودند و یک چهارم از مراجعین از معطلی در مراکز ناراضی بودند (۲۰).

در واقع در طرح تحول با افزایش تعداد نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت در حوزه بهداشت، عرضه خدمات بهداشتی افزایش پیدا کرده و این افزایش عرضه توانسته پاسخگوی تقاضای موجود بوده و زمان انتظار مراجع کنندگان برای دریافت خدمت را کاهش و رضایت آن ها را افزایش دهد.

مطالعات دیگر نیز نشان می دهد زمان انتظار طولانی، عمده ترین دلیل نارضایتی بیماران در مراکز درمان سرپایی است (۱۸). افراد برای دوری جستن از زمان های انتظار طولانی، به مراکز خصوصی درمانی مراجعه می کنند (۱۷). کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمت، باعث افزایش رضایت مراجعین، افزایش کیفیت خدمات، افزایش بازده، کاهش ازدحام، کاهش هزینه ها و صرفه جویی در وقت افراد خواهد شد (۱۷). در انگلستان زمان انتظار طولانی برای بیماران غیر قابل پذیرش است و بنابراین جهت حفظ

مادران توانسته است میزان رضایت از زمان انتظار دریافت خدمات و استمرار خدمات را ارتقا دهد.

رضایتمندی به عنوان شاخصی جهت بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی طی چند دهه اخیر جایگاه ویژه ای یافته است (۱۶).

زمان انتظار مراجعه کنندگان یکی از عوامل مهم بوده که باید در مدیریت و سازماندهی بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار گیرد. همچنین زمان انتظار بیانگر میزان دسترسی به خدمات است (۱۷). این زمان نه تنها یکی از عوامل مهم تاثیرگذار بر رضایت بیماران بلکه یکی از شاخص های ارزیابی کیفیت خدمات به شمار می رود؛ زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات منجر به عدم رضایت مراجعه کنندگان از خدمات ارائه شده می گردد؛ همچنین ممکن است نگرش منفی جامعه نسبت به خدمات مراقبت سلامت و ارایه دهندگان مراقبت ها را به دنبال داشته باشد (۱). از دیگر سو بسیاری از افراد برای دوری جستن از زمان های انتظار طولانی، به مراکز خصوصی درمانی مراجعه می کنند (۱۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، رضایت مادران از زمان انتظار برای دریافت خدمات سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت نسبت به قبل از آن، بیشتر و معنادار بوده است و دلایل این امر را می توان در این دانست که زمان انتظار برای دریافت خدمات و رسیدگی به نیاز های مراقبت های پیش از بارداری و پس از زایمان بعد از اجرای طرح تحول سلامت کاهش یافته است. از جمله دلایل کاهش زمان انتظار را می توان در افزایش تعداد ارایه دهندگان خدمات سلامت و نزدیک تر کردن آن به استاندارد ها دانست.

هدف سیستم های مدرن، متناسب کردن تقاضا و ظرفیت است؛ به نحوی که از منابع بهتر استفاده شود و زمان انتظار بیمار به حداقل کاهش یابد (۱۸).

بررسی رضایت مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی از نحوه ارائه خدمات، یکی از متداول ترین روش هایی است که در



حقوق بیماران، منشور بیماران تدوین شده است؛ این منشور مجموعه ای از استانداردهاست که در آن ذکر شده است همه بیماران باید در طی ۳۰ دقیقه از زمان نوبتشان خدمت مورد نظرشان را دریافت کنند (۲۱).

با توجه به نتایج این پژوهش، بهره مندی از خدمات سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت نسبت به قبل از آن در مراقبت سلامت باروری، مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان با استمرار بیشتری نسبت به قبل از اجرای طرح تحول سلامت صورت گرفته است. در مطالعه اسفندیاری نژاد و همکاران در سال ۱۳۹۱ نیز به اهمیت مراقبت‌ها اشاره شده است ولی در خصوص تأکید بر مراجعه تعیین شده بعدی به ترتیب در سه ماهه دوم و سوم در ۳۴ درصد و ۵ درصد افراد آموزش داده نشده بودند (۲۲). از طرفی در مطالعه عزیززاده (۲۰۰۱) در ایران یکی از شایعترین علل نارضایتی زنان مربوط به عدم تأکید و پیگیری کارکنان در مورد مراجعه به موقع بود (۲۳).

تبریزی و همکاران، ۱۳۸۹ در پژوهش خود نشان دادند که تنها ۱۴ درصد از شرکت‌کنندگان توانایی استمرار مراقبت‌ها در شرایط سخت و تحت استرس را داشتند (۲۴). مطالعه دیگری نشان داده است که میزان تداوم استفاده از روش‌های پیگیری برای مدت ۶ ماه، ۸۸ درصد، برای ۱۲ ماه ۷۵ درصد و برای ۲۴ ماه ۵۶ درصد است (۲۵). نتایج پژوهش اکبری و همکاران، ۱۳۸۸ نیز نشان داد که در ۷۷/۱ درصد از زنان مورد مطالعه مدت تداوم استفاده از IUD بالای ۱۸ ماه بود؛ میانگین زمان تداوم در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال با $(1 \pm 24/5)$ ماه بیشتر بود و کمترین میانگین زمان تداوم در گروه سنی بالای ۲۵ سال $(3/4 \pm 14/3)$ ماه مشاهده شد. با توجه به توضیحات، طرح تحول در استمرار مراجعه مادران جهت دریافت خدمات سلامت مادران، موفق بوده است (۲۶). از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به دسترسی به اطلاعات پرونده‌ها اشاره نمود. به طوری که دسترسی به

اطلاعات پرونده‌های مادران باتوجه به الکترونیک شدن پرونده‌ها در سال ۹۵، خدمات سال ۹۴ در پرونده کاغذی ثبت بود و خدمات سال ۹۵ در پرونده الکترونیک و این موضوع باعث زمانبر بودن استخراج اطلاعات پرونده‌ها شد و از آن جهت از داوطلبین سلامت جهت فراخوان خانوارهایی که در سال ۹۴ و ۹۵ به مراکز سلامت جامعه مراجعه داشته و خدمات سلامت مادران را دریافت داشته‌اند استفاده گردید.

با توجه به موارد ذکر شده طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت و خدمات مراقبت سلامت مادران توانسته است میزان رضایت از زمان انتظار دریافت خدمات و استمرار خدمات را ارتقا دهد. می‌توان با رفع موانع مختلف دسترسی و بهره مندی از خدمات مراقبت سلامت مانند ابعاد ادراکی، فراهم بودن خدمات، مقبولیت، دسترسی مالی کمک نمود تا مادران هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی به مراقبت سلامت بیشتر و بهتری دسترسی داشته باشند اما با توجه به نتایج پژوهش هنوز در ابعادی نیز کمبودهایی احساس می‌شود که جهت درک بهتر و ریشه‌یابی و ارزیابی راه حل برای آن نیاز به بررسی و پژوهش‌های بیشتری می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت توانسته است در مورد خدمات سلامت مادران موجبات افزایش کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی را محقق کند و در این زمینه به صورت کارا و اثربخش به ارائه خدمت بپردازد. پیشنهاد می‌شود، که با تقویت آموزش‌ها و افزایش سطح آگاهی بهداشتی مادران که سبب افزایش آگاهی و درک جمعیت تحت پوشش از نیازهای بهداشتی و درمانی خود و خانواده می‌شود، همچنین تمرکز آموزش‌ها و افزایش مراقبت مادران دارای سطح سواد پایین و همچنین وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین و حتی خانواده‌وی گام‌های بلندتری را در جهت دستیابی به اهداف سلامت این گروه آسیب‌پذیر بردارند.

تشکر و قدردانی

از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، شبکه های بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه، همچنین استاد فرزانه و گرانقدر جناب آقای دکتر محمودی که در

اجرای این پژوهش مرا حمایت نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایم.

تعارض منافع

تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Fekadu M, Regassa N. Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. *African health sciences*. 2014; 14(4): 974-84.
2. Feng XL, Zhu J, Zhang L, Song L, Hipgrave D, Guo S, Ronsmans C, Guo Y, Yang Q. Socio-economic disparities in maternal mortality in China between 1996 and 2006. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010; 117(12): 1527-36.
3. World Health Organization. *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*. World Health Organization; 2005 Mar 23.
4. World Health Organization. *World health statistics 2010*. Geneva: World Health Organization; 2010. *World Health Statistics*. 2011.
5. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The lancet*. 2010 May 14; 375(9726):1609-23.
6. Mahajan H, Sharma B. Utilization of maternal and child health care services by primigravida females in urban and rural areas of India. *ISRN preventive medicine*. 2014; 2014.
7. Yamin AE. From ideals to tools: applying human rights to maternal health. *PLoS medicine*. 2013; 10(11): e1001546.
8. Ministry of Health and Medical education. *primary care center, Standards of primary care in iran*, 2016.
9. Jahdi F, Montazeri A, Balouchi M, Behboodi MZ. The impact of group prenatal care on pregnant women empowerment. *Payesh*. 2014; 14 (2): 85-94.
10. Karkee R, Kadariya J. Choice of health-care facility after introduction of free essential health services in Nepal. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2013; 2(2): 96.
11. Jokhio AH, Winter HR, Cheng KK. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352(20): 2091-9.
12. Pourshirvani D, Mouodi S. Evidence-based policy-making in the health system and its achievements and challenges in Iran. 2013 [Persian]
13. Ministry of Health and Medical Education, Department of Health. *Healthcare Health Plan*. 2013. [Persian]



14. Ministry of Health and Medical Education. . First level health services, special use in the city, margins and rural areas.2014. [Persian]
15. Hajian K. Evaluation of Patients'satisfaction with Hospital Care in Shahid Beheshti and Yahyanejad Hospitals (Babol; 2005). 2007. [Persian].
16. Nooraiee Motlagh S, Saber Mahani A, Barooni M, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M R, Hadian M. Determining Factors related to health services utilization: . RJMS. 2015; 21 (127) :61-72.
17. Sepehri M, Pedram Y, Teimoor Poor B, Matlabi M. Measurement and Analysis of Strategies to Reduce Referral's Waiting Time to Public Health Centers Based on Simulation. Health System Research. 2013; 9(5): 550-60.
18. Cayirli T, Veral E. Outpatient Scheduling in Health Care: a review of literature. Production and Operations Management. 2003; 12(4): 519-49.
19. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of Patient Satisfaction. Social Science & Medicine. 2001; 52(4): 609-20.
20. El Shabrawy Ali M. A Study of Patient Satisfaction as an EvaluationParameter for Utilization of Primary Health Care Services. Journal of the Royal Society of Health. 1992; 112(2): 64-7. [Persian].
21. Harper PR, Gamlin HM. Reduced outpatient waiting times with improved appointment scheduling: a simulation modelling approach. Or Spectrum. 2003; 25(2): 207-22.
22. Esfandyari Nejad P, Nezamivand Chegini S, Najar S, Yaralizadeh M, Afshari P, Beiranvand S. A survey on the compatibility of prenatal care offered at the second and third trimester of pregnancy with standard guidelines of country in Ahvaz health care centers, 2012. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19(19): 1-4.
23. Azizzadeh M, Mohammad Alizadeh S, Monshizadeh M, Fasihi. Harandi T. Pregnant women's points of view regarding to not receiving prenatal care, 2001. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2001; 8(4): 221-226.
24. Tabrizi J, Gholipour K, Alipour R, Farahbakhsh M, Asghari-Jafarabadi M, Haghaei M. Service Quality of maternity care from the perspective of pregnant women in Tabriz Health Centers and Health Posts – 2010-2011. jhosp. 2014; 12 (4) :9-18.
25. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. American journal of obstetrics and gynecology. 1998; 179(3): 577-82.
26. Akbari F, Rahime A, Eftekhar Ardabili H, Nahanmoghadam N, Shahbazzadegan S. Investigation of Factors Affecting Discontinuous Use of IUD in Health Centers of Ardabil City. J Ardabil Univ Med Sci. 2009; 9 (3): 242-48.

The effect of Health Development Plan on Mother's satisfaction of waiting time and continues of receiving of maternal health services in clients of community health centers of Iran University of Medical Sciences

*Fatemeh Ghamarpour¹, Mahmood Mahmoodi ^{*2}, Eravan Masoudi ^{asl3}*

1. M.A Student Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. * Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch ,Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Health Services Management, Majlis Research Center, Tehran,Iran

Corresponding Author: Mahmood Mahmoodi, Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch ,Islamic Azad University, Tehran, Iran (E-mail: Mahmoodim@tums.ac.ir)

(Received: September 20, 2018 Accepted: October 18, 2018)

Background and Aims:Fertility care, pre pregnancy, pregnancy period and postpartum care play a very important role in the early diagnosis and timely and effective treatment of pregnancy and postpartum complications. This study conducted to assessing the effect of Health Development Plan on satisfaction of waiting time and continues of receiving of maternal health services in clients of community health centers of Iran University of Medical Sciences in 2017.

Materials and Method:This study conducted in case-control design. The study was done in Community health centers of Iran University of Medical Sciences chosen by simple random. 126 women referring to these centers entered the study as study sample. Data gathering done using researcher made questionnaire after approval of reliability and validity. Data analyzed using descriptive and analytical approach by SPSS 22nd version and Wilcoxon and Mcnemar and Fisher tests.

Results:Of the 126 women who participated in the study, 63.4% of the job were housewives or unemployed and most of the patients were under the age of 35. According to the results, because the meaningful value was less than 0.05, the rate of referral of mothers after the development plan was more than before the development plan ($P > 0.05$) and the effect of the change plan on increasing the continuity of mothers' referral in maternal health care Is. Mothers' satisfaction with waiting time for receiving health services before and after the development of the health system is significant ($P < 0.05$). The mean score of mothers' satisfaction before and after the developmental plan was 2.72 and 3.36 respectively. The average satisfaction score after the change was more than before.

Conclusion:Satisfaction of Waiting time and continues of receiving of maternal health services increased after Health Development Plan. Utilization of maternal health services can improve infant and maternal health indicators to better health and access both in qualitative and quantitative manners.

Key words:Development Plan, Satisfaction, iran