

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۵/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۱۰

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌سنجی

دوره پنجم، شماره ۲۰، بهار ۱۳۹۶

صفحات: ۱۰۵-۱۲۰

## ارائه مدل رتبه‌بندی عملکرد شغلی ماماهاى مراکز بهداشتی درمانی استان کرمان در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری

### Providing a model for ranking the job performance of midwives in providing the prenatal care in health centers of Kerman province

محمد رضا محمدی سلیمانی<sup>۱</sup>، شهرزاد سنجرى<sup>۲</sup> و شیما سنجرى<sup>۳</sup>

#### Abstract

Quality midwifery services with respect to its direct connection to the health of women, girls and infants is very important. Therefore, this study aimed to design a model for job performance ranking midwives provide prenatal care in health centers in Kerman province was conducted. The statistical population consists of all certified experts in the health caring centers Kerman Province in 2015. 15 Person has been. By convenient sampling method all the experts were chosen as the members of sample, Experts have Determined importance of each criterion against other criteria in a questionnaire based the scale Pair wise and data have been

#### چکیده

کیفیت خدمات مامایی، با توجه به ارتباط مستقیم آن با سلامت زنان، دختران و نوزادان اهمیت زیادی دارد بنابراین این پژوهش با هدف طراحی یک مدل برای رتبه‌بندی عملکرد شغلی ماماهاى مراکز بهداشتی درمانی استان کرمان در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری صورت گرفته است. جامعه آماری دربرگیرنده همه کارشناسان خبره بخش ارزشیابی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان کرمان در سال ۱۳۹۴ یعنی ۱۵ نفر بوده است. که به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس همه کارشناسان به‌عنوان اعضای نمونه گزینش شدند، کارشناسان ابتدا میزان ارزشمندی هر یک از معیارها را در

۱- دکتری رشته سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه بین‌المللی امام رضا علیه السلام، مشهد، ایران.

۲- نویسنده مسئول کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.  
shsa2011@yahoo.com

۳- دانشجوی دکتری دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

analyzed by AHP in the Expert Choice 11 software. Based on the findings of ranking the quality of educational services the maximum weight of the criterion of "Measuring the height of the uterus", "weight control", "physical examination", "attention to warning signs, " physical ability and fitness", "BP", "auscultation of fetal heart rate," "determine the probable date of birth" and "understanding and application of experience" were respectively the highest weight among the criteria.

**Keywords:** Software, Analytical Hierarchy process, Performance, University, midwife

برابر معیارهای دیگر در یک پرسشنامه طراحی شده بر پایه مقیاس زوجی تعیین کردند و بعد داده‌ها با روش ای اچ پی در نرم افزار اکسپرت چویس ۱۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر پایه یافته‌های رتبه‌بندی ماماها معیارهای «اندازه‌گیری ارتفاع رحم»، «کنترل وزن»، «معاینات فیزیکی»، «توجه به علائم خطر»، «توانایی فیزیکی و آمادگی جسمانی»، «کنترل فشارخون»، «سمع ضربان قلب جنین»، «تعیین تاریخ احتمالی زایمان» و «درک و به‌کارگیری تجربه» به ترتیب بالاترین وزن را در میان معیارها داشتند.

**واژه‌گان کلیدی:** نرم‌افزار، فرایند تحلیل سلسله مراتبی، عملکرد، دانشگاه، ماما

مرگ و میر در طول بارداری، زایمان و دوره نفاس به دلایل بارداری، مرگ مادر تلقی می‌شود که براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، سالیانه بیش از ۵۱۱ هزار زن (حدود یک مرگ در هر دقیقه) جان می‌سپارند. مرگ‌ومیر مادران، از عمده‌ترین خطرات تهدیدکننده حیات انسانی است؛ به گونه‌ای که مرگ مادر باعث افزایش مرگ کودکان زیر ۱۱ سال، به‌خصوص دختران، تا ۴ برابر می‌شود (رجایی، ۱۳۹۲).

میزان مرگ‌ومیر مادران به علت عوارض بارداری و زایمان از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشان‌دهنده وضعیت توسعه کشورهاست. علت انتخاب این شاخص به‌عنوان یکی از بارزترین نمایه‌های توسعه، تأثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راه‌های روستایی، دسترسی به‌فوریت‌های مامایی و زایمان، هزینه‌های خدمات درمانی، وجود شبکه‌های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و... است. (غلامی، ۱۳۸۷)

به‌ازاء هر یک مادر بارداری که در کشورهای توسعه‌یافته می‌میرد، ۱۰۰ مادر باردار در کشورهای در حال توسعه از میان می‌روند که نشانه ضرورت توجه به سلامت زنان در این کشورهاست. این تفاوت چشمگیر در مرگ‌ومیر و شیوع عوارض مرگبار بین جوامع پیشرفته و در حال توسعه به میزان زیادی پیامد مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری است (فرخی و خدیوزاده، ۱۳۸۷).

در سال‌های اخیر، در کشورهای در حال توسعه اقدامات برای مراقبت‌های سلامت با کیفیت و در عین حال مقرون‌به‌صرفه در حال افزایش است (منگولیان شهرابی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ و ماماها به‌واسطه نقش‌های مختلف مراقبتی، آموزشی، مشاوره‌ای و ماماها علاوه بر تشخیص زودرس عوارض بارداری و زایمان، باید قادر به تصمیم‌گیری در مواقع اورژانس بوده و در زمان بروز فوریت‌ها، با تفکر و مهارت کافی به رفع آنها بپردازند (کریمی و جعفری، ۱۳۹۲) به طوری که اداره بهداشت محیط حرفه‌ای وزارت بهداشت مامایی را شغلی سخت و زیان‌آور معرفی کرده است و خدمات مامایی ارتباط مستقیمی با سلامت زنان، دختران و نوزادان دارد و در این شغل یک اتفاق، می‌تواند منجر به جراحی جدی و یا حتی مرگ گردد (سنجری و محمدی سلیمانی، ۱۳۹۴). با توجه به حساسیت شغلی این افراد، یکی از گام‌های اساسی برای کاهش صدمات و آسیب‌های ناشی از شغل، ارزیابی عملکرد و رتبه‌بندی نیروی انسانی است تا بتوان در رابطه با تناسب یا عدم تناسب فرد و توانایی رسیدگی وی به خطرات و ریسک‌های مرتبط با شغل قضاوت نمود. ارزیابی عملکرد در مشاغل پرخطر، اولاً مستلزم شناسایی ابعاد مؤثر بر عملکرد شغلی و ایجاد الگوی متناسب با ماهیت این مشاغل است و ثانیاً باید براساس روش‌های صورت‌پذیرد که نسبت به ریسک خطر‌گریزی تصمیم‌گیرنده حساس باشند (مرادی و همکاران، ۱۳۹۳)

اندازه‌گیری عملکرد را می‌توان فرایند کمی نمودن کارایی و اثربخشی فعالیت تعریف کرد. امروزه هیچ کس در اهمیت و نقش اندازه‌گیری عملکرد شکی ندارد. در حقیقت اعمال مدیریت بدون اندازه‌گیری عملکرد مناسب عاملی مهم برای برنامه‌ریزی مؤثر و کنترل سیستم بوده و می‌تواند به مدیریت، در نظارت بر عملکرد، بالا بردن انگیزش، بهبود ارتباطات و تشخیص مشکلات کمک شایانی کند. علاوه بر این نظام اندازه‌گیری عملکرد رویکردی برای تشخیص موفقیت‌ها، نقاط قوت و ضعف راهبردها و درک صحیحی از پیشرفت سازمان و موقعیت فعلی سازمان فراهم می‌کند (سنجری و محمدی سلیمانی، ۱۳۹۴).

از طرفی پیچیدگی‌های محیط در عرصه‌های رقابتی کسب و کار و افزایش انتظارات مشتریان، ضرورت آگاهی از نقاط قوت و ضعف کارکنان و بهبود مستمر شاخص‌های کلیدی را بیش از پیش آشکار نموده است. از این رو یکی از دغدغه‌های اساسی سازمان‌های امروز دستیابی به یک شیوه ارزیابی عملکرد جامع، قابل اعتماد و انعطاف‌پذیر است تا با توسل به آن، اطلاعات دقیق و کافی از جایگاه امروز خویش به‌دست آورند و با نگاه به آینده، از خطاهای گذشته درس بگیرند. در این راستا مهم‌ترین الگوها و مدل‌های اجرای فرایند ارزیابی عملکرد سازمانی و فردی عبارت‌اند از:

۱- فرآیند تحلیل سلسله مراتبی (ای اچ پی): این روش ابتدا در سال ۱۹۸۰ به‌وسیله توماس ال ساعتی پیشنهاد گردید و تاکنون کاربردهای متعددی در علوم مختلف به‌ویژه در ارزیابی کیفیت خدمات داشته است. از آنجا که دنیای اطراف ما از مسائل چند معیاره سرشار است و انسان‌ها همیشه مجبور به تصمیم‌گیری در این مسائل هستند، وجود یک تکنیک قوی در این زمینه مورد نیاز است. تحلیل سلسله مراتبی یکی از کارآمدترین این تکنیک‌هاست. تحلیل سلسله مراتبی، مدلی انعطاف‌پذیر است که افراد و گروه‌ها با آن ایده‌های شان را شکل می‌دهند، مسائل را با ارائه فرضیه‌های مناسب تعریف می‌کنند و جواب مطلوب خود را به‌دست می‌آورند. یکی از مزایای این روش آن است که به تخصص خاصی نیاز ندارد و تمامی افراد می‌توانند از آن استفاده کنند. در این روش به فضاوت‌های ذهنی با توجه به اهمیت هر متغیر مقادیر عددی اختصاص داده می‌شود و بدین ترتیب متغیرهایی که بیشترین اهمیت را دارند، مشخص می‌شوند. به‌عبارت دیگر، ترتیب اولویت متغیرها تعیین می‌شود. اجرای این تکنیک از سه مرحله ساختن سلسله مراتب، محاسبه وزن و بررسی سازگاری نظام تشکیل شده است (منشی زاده و همکاران، ۱۳۹۴) یک امتیاز تحلیل سلسله مراتبی، سادگی آن است که کلیه افراد با یک آموزش اولیه می‌توانند از آن استفاده کنند. امتیاز دیگر این تحلیل، این است که ساختار و چارچوبی را برای همکاری و مشارکت گروهی در تصمیم‌گیری‌ها یا حل مشکلات مهیا می‌کند. از نگاه فنی، تحلیل سلسله مراتبی یکی از جامع‌ترین نظام‌های طراحی شده برای شاخه تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه است و این تکنیک امکان فرموله کردن مسئله را به شیوه سلسله مراتبی می‌دهد و همچنین امکان در نظر گرفتن معیارهای

مختلف کمی و کیفی را می‌دهد. این فرایند گزینه‌های مختلف را در تصمیم‌گیری دخالت می‌دهد و امکان تحلیل حساسیت روی معیارها و زیرمعیارها را دارد. علاوه بر این، بر مبنای مقایسه زوجی بنا شده است که قضاوت و محاسبات را تسهیل می‌کند. همچنین میزان سازگاری و ناسازگاری تصمیم را کنترل می‌کند که از مزایای ممتاز این تکنیک در تصمیم‌گیری چند معیارهاست (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳)

۲- کارت امتیازی متوازن: به طور کلی، هدف هر نظام سنجش عملکرد، سوق دادن کلیه مدیران و کارکنان به سمت اجرای موفقیت‌آمیز راه‌برد های سازمان است. سازمان‌هایی که می‌توانند راهبردهای شان را به نظام سنجش عملکرد ترجمه کنند، در اجرای راه‌برد خود خیلی بهتر عمل می‌کنند؛ چرا که آنها اهداف شان را به کلیه کارکنان سازمان منتقل کرده‌اند. کارت امتیازی متوازن، کارتی است که در آن راه‌برد به یک مجموعه یکپارچه از شاخص‌های مالی و غیر مالی ارتباط داده می‌شود. در این روش هر یک از ویژگی‌های مورد توجه و نیاز سازمان، به ترتیب نوشته می‌شود و برای هر یک، امتیاز ویژه‌ای در نظر گرفته می‌شود. در پایان جلسه، مجموع امتیازات هر یک از کارکنان، مشمول یکی از سطوح می‌شوند که نشان‌دهنده سطح موجود کارکنان نسبت به سطح مورد انتظار سازمان خواهد بود این روش از روش‌های متداول و رایج در ارزیابی عملکرد کارکنان به شمار می‌رود و دلیل رواج استفاده از آن نیز این است که استفاده از آن برای ارزیاب آسان است و نتیجه‌گیری از آن برای افرادی که در آینده به سوابق ارزیابی رجوع می‌کنند آسان‌تر خواهد بود. البته در استفاده از این روش مواردی مانند، قومیت یا نژاد و عوامل آنی (مثل برخورد خلاف انتظار ارزیابی شونده در جلسه ارزیابی) ممکن است مورد استفاده قرار نگیرد. (امیری و همکاران، ۱۳۹۳)

۳- روش نمودار سنجش کارکنان: در این روش اسامی همه کارکنان ارزیابی شونده نسبت به هر یک از عوامل مورد نظر سازمان به ترتیب از بهترین سطح تا پایین‌ترین سطح نوشته شده و سنجیده می‌شوند که به دلایل متعددی این روش در حال حاضر متداول نیست. یکی از دلایل استفاده نکردن از این روش این است که ممکن است فرد مزبور از انواع تخلفات سازمانی یا ایرادهای اخلاقی برخوردار باشد یا در بهترین وضعیت، ارزیاب در ارزیابی خود اشتباه کرده باشد که موجب تخریب کارکنان خواهد شد (پرورش، ۱۳۹۲).

وجود مسائلی مانند ۱- توجه نداشتن به روایی نتایج، ۲- عدم انعطاف‌پذیری، ۳- عدم دقت اطلاعات جمع‌آوری شده، ۴- هزینه‌های زیاد اجرا و ۵- صرف زمان زیاد در روش کارت امتیازی متوازن و روش نمودار سنجش کارکنان می‌تواند به نتایج حاصل از ارزیابی‌ها خدشه وارد کند که در راستای حل این مشکل، محققان استفاده از روش‌های چند معیاره تصمیم‌گیری را برای ارزیابی عملکرد پیشنهاد می‌کنند (لین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

در این زمینه می‌توان به جدیدترین پژوهش‌های انجام‌گرفته توسط محققان بسیاری نظیر تامو همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، اکارتیت و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، چان<sup>۳</sup> (۲۰۰۳)، کهرمان و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۳)، زعیم و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۳)، هوانگ و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۱۰)، لیائو و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۷)، چان و همکاران (۲۰۰۷)، بالزنتیس و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۲)، کاباک و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۱۲)، یو و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۳)، محمدی سلیمانی و همکاران (۱۳۹۳)، منشی‌زاده و همکاران (۱۳۹۴) و سنجری و همکاران (۱۳۹۴) اشاره کرد که از روش‌های نوین تصمیم‌گیری چند معیاره برای ارزیابی و رتبه‌بندی عملکرد استفاده کرده‌اند.

تلاش‌های اولیه تعیین مفهوم عملکرد شغلی بر نیازمندی‌های وظیفه متمرکز است در واقع دو نوع عملکرد شغلی مطرح می‌شود. نوع اول، عملکرد وظیفه‌ای که به رفتارهای مخصوص شغل و مفاهیمی نظیر توانایی و تجربه مرتبط نظیر توانایی و تجربه مرتبط و مستلزم انجام وظایفی است که در توصیف یک شغل، مشخص شده‌اند و نوع دوم، عملکرد زمینه‌ای که ارتباط مستقیم با وظیفه ندارد از قبیل مساعدت با همکاران و به مفاهیمی نظیر شخصیت و اراده فرد مرتبط است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۳).

در زمینه ویژگی‌های وظیفه‌ای شغل مامایی فرخی و خدیوزاده (۱۳۸۷) از صلاحیت‌های حرفه‌ای مانند تشکیل پرونده در اولین مراجعه، گرفتن شرح‌حال و ثبت کلیه اطلاعات مربوط به مادر در پرونده، معاینات فیزیکی (بررسی کم خونی، ادم، واریس)، کنترل وزن (سنجش وضعیت تغذیه)، کنترل فشارخون، اندازه‌گیری ارتفاع رحم، شنیدن ضربان قلب جنین، تعیین تاریخ احتمالی زایمان، تجویز مکمل‌ها، توجه به علائم خطر، بررسی شکایات شایع مادر، کنترل وضعیت واکسیناسیون، درخواست و بررسی آزمایش‌ها دوران بارداری، کنترل و ارجاع جهت معاینات دندان‌پزشکی، درمان و ارجاع مناسب در صورت لزوم، به‌کارگیری اصول مشاوره، ارائه آموزش مرتبط با نیاز و توصیه به مادر جهت تعیین محل زایمان برای بررسی عملکرد ماماها استفاده کرده‌اند (فرخی و خدیوزاده، ۱۳۸۷).

گشتاسبی و همکاران براساس معیارهای برقراری ارتباط با مادر، گرفتن شرح‌حال، درخواست آزمایش‌ها، توزین، اندازه‌گیری فشارخون، معاینه شکم، معاینه ادم، آموزش‌های ضروری، ارائه و آموزش مصرف قرص آهن، تشخیص و ارجاع مادران پرخطر به ارزیابی کیفیت خدمات ماماها اقدام کردند (کیپروس و نیکول<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱).

براساس تحقیق کیپروس و نیکول (۲۰۱۱) کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری به سه بخش، (۱) کیفیت خدمت شامل: انتخاب ارائه‌کننده خدمت، ارتباط و تعامل با مددجو، داشتن اختیار،

۱. Tam & et al

4. Kahraman & et al

7. Liaoa & et al

10. Yu & et al

2. Akarte & et al

5. Zaim & et al

8. Baležentis & et al

11. Kypros & Nicol

3. Chan & et al

6. Hung & et al

9. Kabak & et al

گروه‌های حمایتی، استمرار خدمات، تسهیلات و امکانات اولیه، مورد احترام بودن، اقدام به‌موقع و توجه فوری، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد، (۲) جوانب فنی خدمت شامل: استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده، تشخیص بارداری، اولین مراجعه، دفعات مراقبت، ویزیت پزشک، دفعات کنترل علائم حیاتی مادر، معاینه زنان، کنترل صدای قلب جنین، ارتفاع رحم، بررسی ادم یا واریس، بررسی از نظر علائم خطر در دوران بارداری، آموزش بهداشت فردی، آموزش تغذیه و دریافت مکمل‌های غذایی دوران بارداری، دریافت مکمل‌ها از مرکز بهداشتی و درمانی، معاینه دندان پزشک، آزمایش خون، ادرار و سونوگرافی و (۳) کیفیت دریافت‌کننده خدمت شامل: نظرسنجی از مددجو در باره مسؤلیت حفظ سلامتی، ایفای نقش فعال در سلامتی، آگاهی از علت تجویز و نحوه مصرف داروها و مراقبت‌های ارائه‌شده، تشخیص نیاز به مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، مطلع بودن از منشأ و علت مشکلات مرتبط با سلامتی، آشنایی با روش‌های مراقبتی و درمانی قابل انجام در مورد وضعیت به وجود آمده، انجام تغییرات در سبک زندگی، همکاری با اعضای تیم سلامت (کارکنان بهداشتی و درمانی) در ارائه خدمات تقسیم شده است.

تحقیقات زیادی پیرامون وظائف زمینه‌ای در شغل مامایی و مشاغل سخت صورت گرفته است. نمونه ای از آنها عبارت است از: ویژگی‌های مانند چالش طلبی، مهارت مقابله‌ای، خودآگاهی و سخت رویی برای موفقیت در پژوهش هانتر<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)؛ پاسخگوی بالا، هم نوع‌دوستی، مهارت‌های بین فردی و ضد تبعیض در پژوهش رابرتز و همکاران<sup>۲</sup>؛ نگرش شغلی، احترام به تفاوت و تنوع، درستکاری، صداقت، مهربانی، شفقت، همدلی، کنجکاوی فکری، حمایت، احترام به حریم خصوصی و حیثیت و کار تیمی در پژوهش کلود<sup>۳</sup> (۲۰۱۴)؛ تحمل فشار روانی، ثبات احساسی، حفظ آرامش تحت فشار محیط، عملکرد مؤثر تحت استرس و کنترل احساس در پژوهش یکانو و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۴)؛ کنجکاوی، تحلیل گر، علاقه‌مند به ایده‌ها و تجربیات، ثبات احساسی و وظیفه‌شناس در پژوهش هوگان<sup>۵</sup> (۱۹۹۶)؛ احساس شادمانی، توانایی پذیرش نقاط ضعف و عیب‌ها، توانایی صحبت به بیش از یک زبان، قابلیت انجام کار تیمی، مهارت بالای برقراری ارتباطات، توانایی برانگیختن و رهبری دیگران، حفظ آرامش در شرایط دشوار، حساسیت فرهنگی، بلوغ و ثبات احساسی، حساسیت به موضوعات جنسیتی، راه‌کارهای مناسب برای اداره امور، تحمل ناامیدی، تصمیم‌گیری سریع، ارزش‌های مذهبی، رفتارهای خود ویرانگر در پژوهش مکال<sup>۶</sup> (۱۹۹۹)؛ توانایی تصمیم‌گیری و تحلیل گر، صلاحیت فنی و حرفه‌ای، وظیفه‌شناسی، مشارکت و قابلیت انجام کار تیمی، برنامه‌ریزی، توانایی مسؤلیت‌پذیری شخصی، یادگیری مستمر، توانایی فیزیکی و آمادگی جسمانی، درک و به کارگیری تجربه، احتیاط و دقت، ثبات احساسی، تحمل فشار روانی و توانایی حفظ آرامش، پشتکار، سازش‌پذیری و استعداد، توانایی پذیرش نقاط ضعف، مهارت بالای برقراری ارتباطات و امانت‌داری و

1. Hunter

4. Picano &amp; et al

2. Roberts &amp; et al

5. Hogan

3. Callwood

6. McCall

قابلیت اعتماد در تحقیق مرادی و همکاران (۲۰۱۳) نام برد.

با توجه به وظایف خطیر حرفه مامایی ضروری است تا ماماها با معلومات به روز در مراقبت های حیات بخش گمارده شوند (تفضلی و همکاران، ۱۳۹۳) و چون رتبه بندی می تواند برای مدیران به عنوان یک الگو عمل کرده و در شناسایی مهم ترین نقاط قوت، ضعف و مشخص کردن کارکنان با معلومات بالا کمک کند (سنجری و همکاران، ۱۳۹۴) و چون در ادبیات مورد بررسی الگوی جامعی وجود ندارد که با ماهیت این نوع شغل متناسب باشد و هم چنین چارچوب کاربردی که بتواند دقت نظر مورد نیاز و ریسک بالای همراه با تصمیم گیری های ارزیاب را در نظر بگیرد و بر آن اساس به ارزیابی عملکرد و رتبه بندی گزینه ها بپردازد، این پژوهش باهدف طراحی مدلی برای رتبه بندی عملکرد شغلی ماماها در ارائه مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی استان کرمان با استفاده از روش ای اچ پی در دو بعد وظیفه ای و زمینه ای انجام می شود.

### روش پژوهش

در این پژوهش از ترکیب دو روش کیفی و کمی استفاده شده است. این پژوهش همین طور بر پایه هدف کاربردی-توسعه ای بوده و برای انجام آن از روش ای اچ پی که از روش های تصمیم گیری چند معیاره است بهره گرفته شده است.

### جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کارشناسان خبره واحد ارزشیابی دانشگاه های علوم پزشکی استان کرمان (کرمان، جیرفت، بم و رفسنجان) در سال ۱۳۹۴ بودند، که تعداد آنها ۱۵ نفر بود.

### نمونه آماری و روش نمونه برداری

به وسیله روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس همه کارشناسان به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. شیوه نمونه گیری به این صورت بوده است که پژوهشگر با مراجعه مستقیم به کارشناسان پس از دادن اطلاعات لازم در مورد اهداف این پژوهش و جلب رضایت آگاهانه آنان و تعهد به محرمانه بودن اطلاعات، اطلاعات لازم را اخذ و در پرسشنامه ها درج می کرد.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه شامل ۸۵ مقایسه زوجی<sup>۱</sup> بود که تعداد مقایسه ها براساس سازوکارهای ای اچ پی تعیین شد، پرسشنامه ها توسط کارشناسان از طریق تعیین میزان ارزشمندی هر معیار در برابر سایر معیارها تکمیل می شود، ارزشمندی انتخابی کارشناسان شامل ارزشمندی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>- Pair-wise comparisons



ارائه مدل رتبه بندی عملکرد شغلی ماماهاى مراکز بهداشتی- درمانی استان کرمان ... ۱۱۳

برابر، ارزشمندی ۲ برابر، ارزشمندی ۳ برابر، ارزشمندی ۴ برابر، ارزشمندی ۵ برابر، ارزشمندی ۶ برابر، ارزشمندی ۷ برابر، ارزشمندی ۸ برابر و ارزشمندی ۹ برابر است، به عنوان مثال انتخاب ارزشمندی ۱ برابر در جدول (۲) به معنی ارزشمندی برابر معیار ب و آ است، انتخاب ارزشمندی ۵ برابر در سمت چپ جدول (۳) به معنی ارزشمندی ۵ برابر معیار ب در برابر معیار آ است و انتخاب ارزشمندی ۸ برابر در سمت راست جدول (۴) به معنی ارزشمندی ۸ برابر معیار آ در برابر معیار ب است (حسینی و همکاران، ۲۰۱۴)

جدول (۱) مقایسه زوجی دو معیار

		شدت ارزشمندی																
		۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
ب										×								
آ																		

جدول (۲) مقایسه زوجی دو معیار

		شدت ارزشمندی																
		۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
ب																		
آ																		

جدول (۳) مقایسه زوجی دو معیار

		شدت ارزشمندی																
		۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
ب																		
آ																		

### بررسی پایایی و روایی پرسشنامه ها

چون در پرسشنامه تمامی معیارها به صورت دوبه دو مقایسه و سنجش می شوند لذا حداکثر سؤال ها ممکن با ساختاری مطلوب از مخاطب پرسیده می شود و طراح قادر به جهت گیری خاصی در طراحی سؤالها نیست بنابراین نیازی به سنجش پایایی و روایی در این پژوهش وجود نخواهد داشت (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۵)

### روش اجرا

پرسشنامه های پژوهش در اختیار آن دسته از افرادی قرار گرفت که برای پاسخ به گویه های پرسشنامه ها اعلام آمادگی کردند. تعادل در اعتبار پاسخها به گویه های پرسشنامه ها فراهم شد. در

این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

### یافته‌های پژوهش

جدول (۴) نتایج حاصل از رتبه‌بندی شاخص‌ها با ای اچ پی

رتبه	وزن	رتبه	وزن	زیر معیار فرعی	وزن	وزن معیار فرعی	معیار اصلی
۲۰	۰،۰۰۲	۳	۰،۲۲۳	سطح تحصیلات	۰،۱۴۴	مهارت‌های سطح ۱	عملکرد وظیفه‌ای
۱۵	۰،۰۰۲۶	۲	۰،۲۸۵	دوره‌های آموزشی			
۲۵	۰،۰۰۱۶	۴	۰،۰۱۷	تشکیل پرونده			
۱۳	۰،۰۰۳	۱	۰،۳۲۳	گرفتن شرح حال و ثبت اطلاعات	۰،۵۵۵	مهارت‌های سطح ۲	
۳	۰،۰۰۶۲	۳	۰،۱۷۷	معاینات فیزیکی			
۲	۰،۰۰۷۵	۲	۰،۲۱۴	کنترل وزن			
۶	۰،۰۰۵۳	۴	۰،۱۵۱	کنترل فشارخون	۰،۳۱۲	مهارت‌های سطح ۲	
۱	۰،۰۱۱	۱	۰،۳۱۲	اندازه‌گیری ارتفاع رحم			
۷	۰،۰۰۵۱	۵	۰،۱۴۶	سمع ضربان قلب جنین			
۸	۰،۰۰۵۱	۲	۰،۲۶۲	تعیین تاریخ احتمالی زایمان	۰،۰۸۳	مهارت‌های سطح ۲	
۲۴	۰،۰۰۱۶	۶	۰،۰۸۳	تجویز مکمل‌ها			
۴	۰،۰۰۵۵	۱	۰،۲۸۲	توجه به علائم خطر			
۱۷	۰،۰۰۲۵	۴	۰،۱۲۸	کنترل وضعیت واکسیناسیون	۰،۳۰۷	مهارت‌های سطح ۲	
۱۲	۰،۰۰۳۲	۳	۰،۱۶۱	درمان و ارجاع مناسب در صورت لزوم			
۲۳	۰،۰۰۱۶	۵	۰،۰۸۴	مهارت‌های مشاوره‌ای			
۲۱	۰،۰۰۱۸	۶	۰،۰۰۸۲	توانایی تصمیم‌گیری و تحلیل گر	۰،۳۰۷	مهارت‌های سطح ۲	
۱۱	۰،۰۰۳۵	۳	۰،۱۵۴	وظیفه‌شناسی			
۱۴	۰،۰۰۲۹	۴	۰،۱۲۹	مشارکت و قابلیت انجام کار تیمی			
۱۶	۰،۰۰۲۶	۵	۰،۱۱۵	برنامه‌ریزی، توانایی مسئولیت‌پذیری شخصی	۰،۶۲۴	مهارت‌های سطح ۲	
۲۲	۰،۰۰۱۸	۷	۰،۰۰۸۱	یادگیری مستمر			

۵	۰،۰۵۵	۱	۰،۲۴۴	توانایی فیزیکی و آمادگی جسمانی	
۹	۰،۰۴۴	۲	۰،۱۹۵	درک و به کارگیری تجربه	
۱۹	۰،۰۲۱	۳	۰،۱۵۵	احتیاط و دقت	
۳۰	۰،۰۰۸	۸	۰،۰۵۸	ثبات احساسی	
۲۶	۰،۰۱۴	۴	۰،۱۰۶	تحمل فشار روانی و توانایی حفظ آرامش	
۱۸	۰،۰۲۳	۲	۰،۱۶۹	پشتکار	ویژگی های روان ۰،۳۷۵
۲۷	۰،۰۱۳	۵	۰،۱	سازش پذیری و استعداد	شناختی
۲۸	۰،۰۱۱	۶	۰،۰۸۳	توانایی پذیرش نقاط ضعف	
۲۹	۰،۰۰۹	۷	۰،۰۶۷	مهارت بالای برقراری ارتباطات	
۱۰	۰،۰۳۵	۱	۰،۲۶۲	امانت داری و قابلیت اعتماد	

نتایج نشان داد که تمامی مقایسه‌ها از سازگاری مطلوبی برخوردار هستند. بر اساس وزن‌های محاسبه شده معیار «عملکرد وظیفه‌ای» با وزن (۰،۶۴۰) در رتبه اول و «عملکرد زمینه‌ای» با وزن (۰،۳۵۹) در رتبه دوم معیارهای اصلی داشتند. در بررسی رتبه و وزن معیارهای فرعی «مهارت‌های سط حدوم» با وزن (۰،۵۵۰) در رتبه اول، «مهارت‌های های عملکرد بالا» با وزن (۰،۳۰۷) در رتبه دوم و «مهارت‌های سطح اول» با وزن (۰،۱۴۴) در رتبه سوم در بین زیر معیارهای «عملکرد وظیفه‌ای» قرار داشتند و «ظرفیت‌ها و مهارت‌ها» با وزن (۰،۶۲۴) در رتبه اول و «ویژگی‌های روان شناختی» با وزن (۰،۳۷۵) در رتبه دوم زیرمعیارهای «عملکرد زمینه‌ای» قرار داشتند. (جدول ۴)

در مدل نهایی برای رتبه‌بندی ماماها «اندازه‌گیری ارتفاع رحم» با وزن (۰،۰۱۱) در رتبه اول، «کنترل وزن» با وزن (۰،۰۷۵) در رتبه دوم، «معاینات فیزیکی» با وزن (۰،۰۶۲) در رتبه سوم، «توجه به علائم خطر» با وزن (۰،۰۵۵) در رتبه چهارم، «توانایی فیزیکی و آمادگی جسمانی» با وزن (۰،۰۵۵) در رتبه پنجم، «کنترل فشارخون» با وزن (۰،۰۵۳) در رتبه ششم، «سمع ضربان قلب جنین» با وزن (۰،۰۵۱) در رتبه هفتم، «تعیین تاریخ احتمالی زایمان» با وزن (۰،۰۵۱) در رتبه هشتم، «درک و به کارگیری تجربه» با وزن (۰،۰۴۴) در رتبه نهم، «امانت‌داری و قابلیت اعتماد» با وزن (۰،۰۳۵) در رتبه دهم، «وظیفه‌شناسی» با وزن (۰،۰۳۵) در رتبه یازدهم، «وظیفه‌شناسی» با وزن (۰،۰۳۵) در رتبه دوازدهم و «درمان و ارجاع مناسب در صورت لزوم» با وزن (۰،۰۳۲) در رتبه دوازدهم به ترتیب اهمیت قرار داشتند (جدول ۴).

### بحث و نتیجه‌گیری

در مدل ارائه‌شده شاخص‌های عملکرد وظیفه‌ای مانند «اندازه‌گیری ارتفاع رحم»، «کنترل وزن»، «معاینات فیزیکی»، «توجه به علائم خطر»، «توانایی فیزیکی و آمادگی جسمانی»، «کنترل فشارخون»، «سمع ضربان قلب جنین»، «تعیین تاریخ احتمالی زایمان»، «درک و به‌کارگیری تجربه» در بین مهم‌ترین شاخص‌های تأثیرگذار در رتبه‌بندی ماماها قرار داشتند، معیارهای به دست آمده در این پژوهش در برخی تحقیقات استفاده شده است به‌عنوان مثال شاخص‌های مانند تشکیل پرونده، گرفتن شرح‌حال و ثبت اطلاعات، معاینات فیزیکی، کنترل وزن، کنترل فشارخون، اندازه‌گیری ارتفاع رحم، سمع ضربان قلب جنین، تعیین تاریخ احتمالی زایمان، تجویز مکمل‌ها، توجه به علائم خطر، کنترل وضعیت واکسیناسیون، درمان و ارجاع مناسب در صورت لزوم و مهارت‌های مشاوره‌ای در پژوهش فرخی و خدیوزاده (۱۳۸۷) و شاخص‌های مانند گرفتن شرح‌حال، درخواست آزمایش‌ها، توزین، اندازه‌گیری فشارخون، آموزش‌های ضروری، تشخیص و ارجاع مادران پرخطر در پژوهش سنجرى (۱۳۹۴)؛ مهارت مقابله‌ای، خودآگاهی و سخت‌رویی در پژوهش هانتر (۲۰۱۴) و کار تیمی در پژوهش کلود (۲۰۱۴) می‌توان اشاره کرد.

شاخص‌های زمینه‌ای مانند «توانایی فیزیکی و آمادگی جسمانی» و «درک و به‌کارگیری تجربه» در بین مهم‌ترین شاخص‌های تأثیرگذار در رتبه‌بندی ماماها بودند، در سایر پژوهش‌ها نیز از این معیارها استفاده شده است به‌عنوان نمونه به معیارهای تحمل فشار روانی، ثبات احساسی، حفظ آرامش تحت فشار محیط، عملکرد مؤثر تحت استرس و کنترل احساس در پژوهش پیکانو و همکاران (۲۰۰۶) به‌کارگیری تجربه و ثبات احساسی در پژوهش هوگان (۱۹۹۶) توانایی پذیرش نقاط ضعف و عیب‌ها و قابلیت انجام کار تیمی در مطالعه مکال (۲۰۰۶) می‌توان اشاره کرد.

از مزایای مدل نهایی این پژوهش در نظر گرفتن معیارهای مختلف در رتبه‌بندی ماماها، استفاده از مقایسه‌های زوجی و مشخص شدن وضعیت سازگاری و یا ناسازگاری نتایج است. با این‌بندی را به طور کارآمد به حساب آورد. چرا که وقتی برنامه‌ریزان با یک مسئله غیرقطعی و پیچیده مواجه می‌شوند و قضاوت‌های مقایسه‌ای خود را به‌صورت نسبت‌های غیرقطعی مانند «حدود دو برابر مهم‌تر» و «بین دو تا چهار برابر کم‌اهمیت‌تر» بیان می‌کند، گام‌های ای‌اچ پی استاندارد و به‌خصوص، رویکرد اولویت‌بندی بردار ویژه نمی‌تواند ریسک را برآورد کند. در نتیجه، برای غلبه بر اشکالات مذکور، استفاده از روش‌های دیگری بجای ای‌اچ پی در مدل نیاز است که پیشنهاد این پژوهش استفاده از تکنیک‌های فازی است، از محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن به چند دانشگاه علوم پزشکی بود لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سطح وسیع‌تر تکرار شود.

در اکثر پژوهش‌ها انجام‌شده در کشور به ارزیابی کیفیت خدمات ماماها پرداخته‌شده است ولی در هیچ‌کدام از این پژوهش‌ها اقدامی برای رتبه‌بندی ماماها صورت نگرفته است که این پژوهش با استفاده از مدل ای‌اچ پی برای اولین بار مدلی برای رتبه‌بندی کیفیت عملکرد ماماها ارائه نموده

ارائه مدل رتبه بندی عملکرد شغلی ماماهاى مراکز بهداشتی- درمانی استان کرمان ... ۱۱۷  
است که می‌تواند زمان و هزینه‌های برنامه‌های ارزیابی ماماها را کاهش دهد و بیمارستان‌ها با استفاده از خروجی‌های مدل معرفی‌شده می‌توانند خدمات بهتری به زنان ارائه نمایند.

## منابع

- امیری، مهدی، پرتابیان، اکبر. (۱۳۹۳). ارزشیابی عملکرد کارکنان دانشگاه پیام نور مرکز لامرد. *مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی*، ۸ (۴)، ۶۳-۹۴.
- پرورش، بیتا. (۱۳۹۲). *تاثیر آموزش خلاقیت بر روی عملکرد شغلی و رفتار نوآورانه معلمان مقطع راهنمایی شهر کرمان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند.
- تفضلی، مهین؛ یوسف زاده، صدیقه؛ دادگر، سلمه. (۱۳۹۳). بررسی مراقبت‌های مامایی مبتنی بر شواهد آمنیوتومی زمان زایمان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد سال ۹۱-۱۳۹۰. *مجله علمی، تخصصی و پژوهشی زنان، مامایی و نازایی*. ۱۷ (۱۱۳)، ۱۵-۲۳.
- حسن زهرایی، روشنگر؛ فریبا، فهامی؛ محسن، یزدانی. (۱۳۸۲). نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. ۷ (۱) ۱۹-۲۴.
- حسینی، میرزا حسن، پوراحمد، صفورا، سنجری، شهرزاد. (۱۳۹۳). تعیین و رتبه بندی شاخصهای موثر بر رضایت مشتریان بانکداری الکترونیکی در بانک سامان. *مجله علوم زندگی اساسی و کاربردی*، ۴ (۱)، ۱۸۱۹-۱۸۲۲.
- رجایی، مینو، زارع، شهرام، دادی پور، سکینه. (۱۳۹۲). تعیین فراوانی و علل مرگ و میر مادران باردار استان هرمزگان طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۴. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۶ (۸۷)، ۹-۱۴.
- زنجانی، بهناز، مرادی، محمود، جمالی، علی. (۱۳۹۳). بکارگیری سیستم بهینه استنتاج فازی-عصبی تطبیقی به منظور پیش‌بینی کارایی پرسنل (مطالعه موردی پژوهش‌های مدیریت در ایران). ۱۸ (۳)، ۱۳۳-۱۵۷.
- سنجری، شهرزاد؛ محمدی سلیمانی، محمدرضا (۱۳۹۴). انتخاب مدیران براساس استعداد با استفاده از ای‌اچ‌پی. *نشریه مدیریت و اشتغال*. ۳ (۱۰)، ۸۹-۹۵.
- غلامی طارمسری، مهشید. (۱۳۸۷). بررسی ده ساله علل مرگ و میر مادران باردار در استان کهگیلویه و بویراحمد. *مجله دانش و تندرستی*. ۳ (۲)، ۳۳-۳۷.
- فرخی، فریده؛ خدیوزاده، طلعت (۱۳۸۷). کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبتهای دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *پایش*,

۲۱۰-۲۰۳،(۳)۷

- کریمی مونقی، حسین، جعفری، حمیده. (۱۳۹۲). آیا برنامه آموزشی دوره کارشناسی مامایی ارتقاء دهنده مهارت های تفکر انتقادی در دانشجویان می باشد؟. *مجله زنان مامایی نازایی ایران*. ۱۶(۷۶)، ۱-۱۰.
- محمدی سلیمانی، محمدرضا، دلاور، علی، درتاج، فریبرز، صالح صدق پور، بهرام، سنجری، شهرزاد. (۱۳۹۳). ارائه مدلی برای انتخاب مدیران بخش صنعت سازمانهای صنعت، معدن و تجارت با استفاده از ای اچ پی فازی. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۵ (۱۸)، ۲۱-۴۳.
- منشی زاده، ساسان، محمدی سلیمانی، محمدرضا، سنجری، شهرزاد. (۱۳۹۴). رتبه بندی معلمان ریاضی با ای اچ پی. *نشریه مدیریت و نیروی انسانی*، ۴ (۱)، ۴۴۳۰-۴۴۳۳.
- منگلیان شهرباکی، پروین، فرخزادیان، جمیله، سبزواری، سکینه. (۱۳۹۴). ارزیابی نگرش دانشجویان سال آخر رشته پرستاری در مورد عملکرد مبتنی بر شواهد. *مجله عملی، پژوهشی آموزش در علوم پزشکی اصفهان*، ۱۱(۶)، ۶۰۹-۶۱۹.

## References

- Akarte, MM, Surenda, NV, Ravi, B, & Rangaraj, N. (2001). Web based casting supplier evaluation using analytical hierarchy process. *Journal of the Operational Research Society Journal of the Operational Research Society*, 52(2), 511-522.
- Baležentis, A, Baležentis, T, & Brauers, W. K. (2012). Personnel selection based on computing with words and fuzzy. *Expert Systems with Applications*, 39(9), 7961-7967.
- Callwood, A, Cooke, D, & Allan, H. (2014). Developing and piloting the multiple mini-interview in pre-registration student midwife selection in a UK setting. *Nurse Educ Today*, 34(12), 1450-1454.
- Chan, FTS. (2003). Performance measurement in a supply chain. *International Journal of Advanced Manufacturing Technology* 21(1), 534-548
- Chan, TS, & Kumar, N. (2007). Global supplier development considering risk factors using fuzzy extended AHP-based approach. *Omega*, 35(4), 417-431.
- French, S. (2005). Comparison study of multi-attribute decision analytic software. *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*, 13(1), 2.
- Hogan, J. (1996). Selection of personnel for hazardous performance. *Lawrence Erlbaum Associates*, 4(1), 195-222.

- Huang, S, & Keskar, H. (2007). Comprehensive and configurable metrics for supplier selection. *International Journal of Production Economics*, 105(2), 510–523.
- Hunter, Billie. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30(8), 926–934
- Kabak, M, Burmaoğlu, S, & Kazançoğlu, Y. (2012). A fuzzy hybrid MCDM approach for professional selection. *Expert Systems with Applications*, 39(3), 3516-3525.
- Kahraman, C, Cebeci, U, & Ulukan, Z. (2003). Multi-criteria supplier selection using fuzzy AHP. *Logistics Information Management*, 16(6), 382–394
- Kypros, H, & Nicol, aides. (2011). Turning the Pyramid of Prenatal Care. *Fetal Diagn Ther*, 29(1), 183-196.
- Liaoa, Z, & Rittscherb, J. A (2007). multi-objective supplier selection model under stochastic demand conditions. *International Journal of Production Economics*, 105(1), 150–159.
- Lin, Hung-Tso. (2010). Fuzzy application in service quality analysis: An empirical study. *Expert Systems with Applications*, 37(1), 517–526.
- McCall, M. (1999). Selection, training, and support of relief workers: an occupational health issue. *BMJ*, 318(9), 113-116.
- Picano, H.J, T.J, Williams, & R.R, Roland. (2006). Assessment and Selection of High-Risk Operational Personnel. *Military Psychology*, 10(1), 353-370.
- Roberts, C, Walton, M, Rothnie, I, Crossley, J, Lyon, P, & Kumar, K. (2008). Factors affecting the utility of the multiple mini interview in selecting candidates for graduate entry medical school. *Med. Educ.* 42 (4), 396–404
- Sanjari, Shahrzad. (2016). The effect of an educational intervention based on the PRECEDE-PROCEDE Model On the adoption of preventive behaviors of vaginal infections. *J Med Life*, 46(1), 23-34.
- Tam, MCY, & Tummala, VMR. (2001). An application of the AHP in vendor selection of a telecommunications system. *Omega*, 29(1), 171–182.
- Yu, V. F, Chi, H. T. X, Dat, L. Q, Phuc, P. N. K, & Shen, C. W. (2013). Ranking generalized fuzzy numbers in fuzzy decision making based on the left and right transfer coefficients and areas. *Applied Mathematical Modelling*.

- 
- Zaim, S, Sevki, M, & Tarim, M. (2003). Fuzzy analytic hierarchy base approach for supplier selection. *Logistics Information Management*, 12(3), 147-17