

آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل ماماهاى شاغل در استان کرمان در

زمینه

فسر فرود^۱ دکتر افسانه فرود^۲

چکیده

زمینه و هدف: به منظور پیشگیری از مرگ و میر و معلولیت های مادران، ماماها باید قادر به اجرای مراقبت های جامعه نگر برای زنان و خانواده هایشان باشند. بدین منظور بررسی آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل ماماها در مورد مامایی جامعه نگر هدف اصلی این پژوهش بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی که در سال ۱۳۸۱ انجام شد، کلیه ماماهاى شاغل در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی استان کرمان که ۱۰۰ نفر بودند، به عنوان نمونه های مورد پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که در دو قسمت تنظیم شد. قسمت اول ۱۰۰ سئوالی جهت توصیف مشخصات ۱۰۰ ماما بود و در قسمت دوم ۱۰۰ سئوالی جهت سنجش سطح آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل نمونه ها در مورد مامایی جامعه نگر طرح گردید. در تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های کای دو و همبستگی استفاده شد.

نتایج: در ارزیابی آگاهی نمونه ها در مورد مامایی جامعه نگر با میانگین نمره آگاهی ۱۰۰/۱۰۰ ۱۰۰٪ از واحدها سطح آگاهی خوبی در این زمینه داشتند. در رابطه با نوع نگرش، میانگین نگرش افراد مورد بررسی ۱۰۰/۱۰۰ بوده و این در حالی است که ۱۰۰/۱۰۰٪ نمونه ها نگرش مثبت نسبت به مامایی جامعه نگر داشتند. ۱۰۰/۱۰۰٪ از واحدها آمادگی خود را برای فعالیت در قالب مامایی جامعه نگر ابراز داشتند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج سطح آگاهی و نگرش واحدهای مورد بررسی، لزوم تقویت و ارتقای دانش حرفه ای ماماها در این حوزه جدید فعالیت مامایی ضروری به نظر می رسد و با توجه به اعلام آمادگی اکثریت ماماهاى شاغل برای شرکت در مامایی جامعه نگر جهت بهبود وضعیت بهداشتی زنان و کودکان اکثر برنامه های آموزشی باید در متن جامعه صورت پذیرد.

واژه های کلیدی: مامایی جامعه نگر، آگاهی، نگرش، آمادگی به عمل

۱- مؤلف مسئول: مربی دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه آزاد اسلامی کرمان
۲- استادیار قلب و عروق دانشکده پزشکی افضلی پور - دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آمادگی به عمل ماما‌های شاغل در استان کرمان در مورد مامایی جامعه نگر می باشد.

این مطالعه توصیفی مقطعی با هدف کلی تعیین آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل ماماهاى شاغل در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی استان کرمان در ارتباط با مامایی جامعه‌نگر انجام شده است. □□□

ماماهاى شاغل در واحدهای مراقبت دوران بارداری، بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده و اتاق زایمان این مراکز پزشکی و بهداشتی درمانی در سال □□□□ □□

در زمان پژوهش □□□ نفر بودند، به عنوان جامعه مورد پژوهش انتخاب گردیدند. آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل در مورد مامایی جامعه نگر سه متغیر اصلی این پژوهش بود. ارتباط بین سه متغیر اصلی با متغیرهای مداخله گر مثل سن، مدرک تحصیلی، محل خدمت و سابقه خدمت در شهرهای کوچک و یا مناطق روستایی تعیین شد. بجز سن و سابقه خدمتی در شهرهای کوچک و یا مناطق روستایی که مقیاس سنجش آنها کمی است کلیه متغیرهای مداخله گر دارای مقیاس

□□□□ □□ □□□□ □□□□

در نظر گرفتن ابعاد مختلف هر پدیده و عواقب هر مداخله و تلاش در جهت هر چه کاملتر دیدن انسان در مجموعهٔ جهان خلقت را «جامع نگری» [۱]. [۲] جامع نگری در حال متحول کردن دانش پزشکی و تغییر در برخوردهای یک سویه با سلامتی و بیماری است [۳]. در پزشکی جامعه نگر، نیازهای جامعه با تازه ترین دستاوردهای علمی جهان سازگار می شود. در مامایی [۴] [۵] [۶] [۷] [۸] [۹] [۱۰] [۱۱] [۱۲] [۱۳] [۱۴] [۱۵] [۱۶] [۱۷] [۱۸] [۱۹] [۲۰] [۲۱] [۲۲] [۲۳] [۲۴] [۲۵] [۲۶] [۲۷] [۲۸] [۲۹] [۳۰] [۳۱] [۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵] [۳۶] [۳۷] [۳۸] [۳۹] [۴۰] [۴۱] [۴۲] [۴۳] [۴۴] [۴۵] [۴۶] [۴۷] [۴۸] [۴۹] [۵۰] [۵۱] [۵۲] [۵۳] [۵۴] [۵۵] [۵۶] [۵۷] [۵۸] [۵۹] [۶۰] [۶۱] [۶۲] [۶۳] [۶۴] [۶۵] [۶۶] [۶۷] [۶۸] [۶۹] [۷۰] [۷۱] [۷۲] [۷۳] [۷۴] [۷۵] [۷۶] [۷۷] [۷۸] [۷۹] [۸۰] [۸۱] [۸۲] [۸۳] [۸۴] [۸۵] [۸۶] [۸۷] [۸۸] [۸۹] [۹۰] [۹۱] [۹۲] [۹۳] [۹۴] [۹۵] [۹۶] [۹۷] [۹۸] [۹۹] [۱۰۰] [۱۰۱] [۱۰۲] [۱۰۳] [۱۰۴] [۱۰۵] [۱۰۶] [۱۰۷] [۱۰۸] [۱۰۹] [۱۱۰] [۱۱۱] [۱۱۲] [۱۱۳] [۱۱۴] [۱۱۵] [۱۱۶] [۱۱۷] [۱۱۸] [۱۱۹] [۱۲۰] [۱۲۱] [۱۲۲] [۱۲۳] [۱۲۴] [۱۲۵] [۱۲۶] [۱۲۷] [۱۲۸] [۱۲۹] [۱۳۰] [۱۳۱] [۱۳۲] [۱۳۳] [۱۳۴] [۱۳۵] [۱۳۶] [۱۳۷] [۱۳۸] [۱۳۹] [۱۴۰] [۱۴۱] [۱۴۲] [۱۴۳] [۱۴۴] [۱۴۵] [۱۴۶] [۱۴۷] [۱۴۸] [۱۴۹] [۱۵۰] [۱۵۱] [۱۵۲] [۱۵۳] [۱۵۴] [۱۵۵] [۱۵۶] [۱۵۷] [۱۵۸] [۱۵۹] [۱۶۰] [۱۶۱] [۱۶۲] [۱۶۳] [۱۶۴] [۱۶۵] [۱۶۶] [۱۶۷] [۱۶۸] [۱۶۹] [۱۷۰] [۱۷۱] [۱۷۲] [۱۷۳] [۱۷۴] [۱۷۵] [۱۷۶] [۱۷۷] [۱۷۸] [۱۷۹] [۱۸۰] [۱۸۱] [۱۸۲] [۱۸۳] [۱۸۴] [۱۸۵] [۱۸۶] [۱۸۷] [۱۸۸] [۱۸۹] [۱۹۰] [۱۹۱] [۱۹۲] [۱۹۳] [۱۹۴] [۱۹۵] [۱۹۶] [۱۹۷] [۱۹۸] [۱۹۹] [۲۰۰] [۲۰۱] [۲۰۲] [۲۰۳] [۲۰۴] [۲۰۵] [۲۰۶] [۲۰۷] [۲۰۸] [۲۰۹] [۲۱۰] [۲۱۱] [۲۱۲] [۲۱۳] [۲۱۴] [۲۱۵] [۲۱۶] [۲۱۷] [۲۱۸] [۲۱۹] [۲۲۰] [۲۲۱] [۲۲۲] [۲۲۳] [۲۲۴] [۲۲۵] [۲۲۶] [۲۲۷] [۲۲۸] [۲۲۹] [۲۳۰] [۲۳۱] [۲۳۲] [۲۳۳] [۲۳۴] [۲۳۵] [۲۳۶] [۲۳۷] [۲۳۸] [۲۳۹] [۲۴۰] [۲۴۱] [۲۴۲] [۲۴۳] [۲۴۴] [۲۴۵] [۲۴۶] [۲۴۷] [۲۴۸] [۲۴۹] [۲۵۰] [۲۵۱] [۲۵۲] [۲۵۳] [۲۵۴] [۲۵۵] [۲۵۶] [۲۵۷] [۲۵۸] [۲۵۹] [۲۶۰] [۲۶۱] [۲۶۲] [۲۶۳] [۲۶۴] [۲۶۵] [۲۶۶] [۲۶۷] [۲۶۸] [۲۶۹] [۲۷۰] [۲۷۱] [۲۷۲] [۲۷۳] [۲۷۴] [۲۷۵] [۲۷۶] [۲۷۷] [۲۷۸] [۲۷۹] [۲۸۰] [۲۸۱] [۲۸۲] [۲۸۳] [۲۸۴] [۲۸۵] [۲۸۶] [۲۸۷] [۲۸۸] [۲۸۹] [۲۹۰] [۲۹۱] [۲۹۲] [۲۹۳] [۲۹۴] [۲۹۵] [۲۹۶] [۲۹۷] [۲۹۸] [۲۹۹] [۳۰۰] [۳۰۱] [۳۰۲] [۳۰۳] [۳۰۴] [۳۰۵] [۳۰۶] [۳۰۷] [۳۰۸] [۳۰۹] [۳۱۰] [۳۱۱] [۳۱۲] [۳۱۳] [۳۱۴] [۳۱۵] [۳۱۶] [۳۱۷] [۳۱۸] [۳۱۹] [۳۲۰] [۳۲۱] [۳۲۲] [۳۲۳] [۳۲۴] [۳۲۵] [۳۲۶] [۳۲۷] [۳۲۸] [۳۲۹] [۳۳۰] [۳۳۱] [۳۳۲] [۳۳۳] [۳۳۴] [۳۳۵] [۳۳۶] [۳۳۷] [۳۳۸] [۳۳۹] [۳۴۰] [۳۴۱] [۳۴۲] [۳۴۳] [۳۴۴] [۳۴۵] [۳۴۶] [۳۴۷] [۳۴۸] [۳۴۹] [۳۵۰] [۳۵۱] [۳۵۲] [۳۵۳] [۳۵۴] [۳۵۵] [۳۵۶] [۳۵۷] [۳۵۸] [۳۵۹] [۳۶۰] [۳۶۱] [۳۶۲] [۳۶۳] [۳۶۴] [۳۶۵] [۳۶۶] [۳۶۷] [۳۶۸] [۳۶۹] [۳۷۰] [۳۷۱] [۳۷۲] [۳۷۳] [۳۷۴] [۳۷۵] [۳۷۶] [۳۷۷] [۳۷۸] [۳۷۹] [۳۸۰] [۳۸۱] [۳۸۲] [۳۸۳] [۳۸۴] [۳۸۵] [۳۸۶] [۳۸۷] [۳۸۸] [۳۸۹] [۳۹۰] [۳۹۱] [۳۹۲] [۳۹۳] [۳۹۴] [۳۹۵] [۳۹۶] [۳۹۷] [۳۹۸] [۳۹۹] [۴۰۰] [۴۰۱] [۴۰۲] [۴۰۳] [۴۰۴] [۴۰۵] [۴۰۶] [۴۰۷] [۴۰۸] [۴۰۹] [۴۱۰] [۴۱۱] [۴۱۲] [۴۱۳] [۴۱۴] [۴۱۵] [۴۱۶] [۴۱۷] [۴۱۸] [۴۱۹] [۴۲۰] [۴۲۱] [۴۲۲] [۴۲۳] [۴۲۴] [۴۲۵] [۴۲۶] [۴۲۷] [۴۲۸] [۴۲۹] [۴۳۰] [۴۳۱] [۴۳۲] [۴۳۳] [۴۳۴] [۴۳۵] [۴۳۶] [۴۳۷] [۴۳۸] [۴۳۹] [۴۴۰] [۴۴۱] [۴۴۲] [۴۴۳] [۴۴۴] [۴۴۵] [۴۴۶] [۴۴۷] [۴۴۸] [۴۴۹] [۴۵۰] [۴۵۱] [۴۵۲] [۴۵۳] [۴۵۴] [۴۵۵] [۴۵۶] [۴۵۷] [۴۵۸] [۴۵۹] [۴۶۰] [۴۶۱] [۴۶۲] [۴۶۳] [۴۶۴] [۴۶۵] [۴۶۶] [۴۶۷] [۴۶۸] [۴۶۹] [۴۷۰] [۴۷۱] [۴۷۲] [۴۷۳] [۴۷۴] [۴۷۵] [۴۷۶] [۴۷۷] [۴۷۸] [۴۷۹] [۴۸۰] [۴۸۱] [۴۸۲] [۴۸۳] [۴۸۴] [۴۸۵] [۴۸۶] [۴۸۷] [۴۸۸] [۴۸۹] [۴۹۰] [۴۹۱] [۴۹۲] [۴۹۳] [۴۹۴] [۴۹۵] [۴۹۶] [۴۹۷] [۴۹۸] [۴۹۹] [۵۰۰] [۵۰۱] [۵۰۲] [۵۰۳] [۵۰۴] [۵۰۵] [۵۰۶] [۵۰۷] [۵۰۸] [۵۰۹] [۵۱۰] [۵۱۱] [۵۱۲] [۵۱۳] [۵۱۴] [۵۱۵] [۵۱۶] [۵۱۷] [۵۱۸] [۵۱۹] [۵۲۰] [۵۲۱] [۵۲۲] [۵۲۳] [۵۲۴] [۵۲۵] [۵۲۶] [۵۲۷

سالیانه تعداد قابل توجهی از زایمانها در بیمارستانها انجام می شود که نتیجه آن اشغال شدن تخت‌های بیمارستانی و شلوغی درمانگاه‌های مراقبت‌های دوران بارداری است. منطقی است که با تشخیص حاملگی‌های طبیعی و بی خطر اداره آن را به ماما‌های جامعه بسپاریم تا در این صورت خدمات بیمارستان‌ها و متخصصین در اختیار آنها که واقعاً نیازمندند قرار گیرد [۱۰].

پرستار ماماها اغلب اولین سطح تماس برای تأمین مراقبت های بهداشتی زنان محسوب می شوند و چنین مراقبت هایی را بر پایه اصول جامعیت و تداوم بوسیله یک طرح اجرایی با مددجو و به منظور پیشبرد مراقبت های بهداشتی مستقر می کنند. این مراقبت جامع بوده و متناسب با عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که بر وضعیت سلامت مددجویان تأثیر می گذارد [۱]. در سال های اخیر، نگرش جامعه نگری در ایران نیز به بوته آزمایش نهاده شده است. از این رو هدف این مطالعه بررسی میزان آگاهی، نگرش و

قسمت دوم سازه‌های آگاهی جهت سنجش سطح آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل‌ها در مورد مامایی جامعه نگر مطرح شد. برای انجام این مطالعه محقق در درمانگاه‌های بهداشت و درمان شهری و روستایی و در شیفت‌های مختلف بیمارستان‌های استان کرمان حاضر شده و پرسشنامه توسط نمونه‌های مورد پژوهش که دارای حداقل مدرک کاردانی و حداکثر مدرک کارشناسی ارشد بودند، تکمیل و پس از پاسخگویی جمع‌آوری شد. امکان همفکری و تبادل نظر بین افراد مورد پژوهش نبود و افراد بطور اختیاری به پرسشنامه پاسخ دادند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات آنها جمع‌آوری، گذاری و تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد، از آزمون کای دو جهت تعیین ارتباط بین متغیرها و از ضریب چوپروف جهت تعیین شدت همبستگی استفاده گردید. در تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد سنجش آگاهی به گزینه‌های صحیح نمره مثبت، گزینه‌های نادرست نمره منفی و به گزینه‌های بدون علامت امتیاز صفر داده شد. که بدین ترتیب حداکثر امتیاز مربوط به سطح آگاهی بود. برای طبقه‌بندی آگاهی از میانگین و انحراف معیار نمرات اخذ شده آگاهی استفاده شد. بدین ترتیب که سطح آگاهی متوسط از افزودن و کاستن انحراف معیار ± 0.5 بدست آمد $(0.5-0.5)$. نمرات زیر 0.5 به عنوان سطح آگاهی ضعیف و فاصله $0.5-0.5$ سطح آگاهی خوب طبقه‌بندی شد.

در مورد امتیازات مربوط به نگرش واحدها، ابتدا عبارات همسو شدند. به این ترتیب که برای برخی عبارات که جواب کاملاً موافقم، نمایانگر نگرش مثبت بود امتیاز ۱ و بعد به ترتیب به جوابهای موافقم امتیاز ۲، مخالفم امتیاز ۳ و کاملاً مخالفم امتیاز ۴ داده شد و در مقابل برای برخی دیگر که جواب کاملاً مخالفم، نمایانگر نگرش مثبت بود امتیاز ۴، مخالفم امتیاز ۳، موافقم امتیاز ۲

و کاملاً موافقم امتیاز ۱ داده شد. امتیاز ۱-۱ در رده نگرش منفی، امتیاز ۱-۱ در رده نگرش خنثی و امتیاز ۱-۱ در ردیف نگرش مثبت تقسیم‌بندی شد. منظور از واژه مامایی جامعه نگر در این بررسی شامل مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، برنامه‌های تنظیم خانواده، مشاوره، آموزش بهداشت، و ... در مورد مشکلات بهداشتی زنان، مدیریت و برنامه‌ریزی بهداشتی و همکاری مؤثر در تیم بهداشت بوده و منظور از آمادگی به عمل در این بررسی، تمایل واحدها نسبت به فعالیت در بخش‌های مختلف مامایی جامعه نگر بوده است.

11/11

از آنجا که مطالعات گذشته نشان داده‌اند که اکثریت آنان در گروه سنی ۱۵-۳۰ سال قرار داشتند، ۷۵٪ آنها در بیمارستان و ۲۵٪ مراکز بهداشتی درمانی شاغل بودند. ۸۵٪ آنان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، ۱۵٪ متأهل و ۸۵٪ روستایی بودند و میانگین این سابقه کار ۱۰±۵٫۰ سال بود. در ارزیابی آگاهی نمونه‌ها در مورد مامایی نتایجاً میانگین نمره آگاهی ۱۵±۱۰/۰۰؛ ۱۵/۰۰٪ در سطح ضعیف، ۷۵٪ در سطح متوسط و ۲۵٪ از میزان آگاهی خوبی برخوردار بودند. بررسی رابطه بین سطح آگاهی با متغیر جنس نشان دهنده وجود ارتباط معنی داری بین این دو متغیر بود ($P < 0/00$). همچنین شدت همبستگی این دو متغیر نیز ضریب چوپروف برابر ۰/۹۰ بوده است (جدول ۱).

بین متغیر مدرک تحصیلی و سطح آگاهی نیز ارتباط معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). شدت همبستگی این دو متغیر نیز با محاسبه ضریب چوپروف $0/001$ بوده است (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه سن و سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	جمع
زیر ۱۵	۰	۰	۰	۰	۰
۱۵-۲۵	۰	۰	۰	۰	۰
۲۵-۳۵	۰	۰	۰	۰	۰
۳۵-۴۵	۰	۰	۰	۰	۰
۴۵-۵۵	۰	۰	۰	۰	۰
۵۵-۶۵	۰	۰	۰	۰	۰
۶۵-۷۵	۰	۰	۰	۰	۰
≥ ۷۵	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه محل خدمت و سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	جمع
بیمارستان	۰	۰	۰	۰	۰
مرکز بهداشتی	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۰	۰	۰	۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین محل خدمت و سطح آگاهی افراد مورد بررسی نشان داد ($P < 0/05$).

جدول ۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه سابقه کار در شهر های کوچک و یا مناطق روستایی با سطح آگاهی از

آگاهی	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	جمع
سابقه کار	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۰	۰	۰	۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین سابقه کار در شهر های کوچک و یا مناطق روستایی با سطح آگاهی افراد مورد بررسی نشان داد ($P < 0/05$).

جدول ۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه مدرک تحصیلی و نوع نگرش به مامایی جامعه نگر

آگاهی	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	جمع
مدرک	۰	۰	۰	۰	۰
کاردانی	۰	۰	۰	۰	۰
کارشناسی	۰	۰	۰	۰	۰
کارشناسی ارشد	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۰	۰	۰	۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین مدرک تحصیلی و نوع نگرش نشان داد ($P < 0/05$).

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین سطح آگاهی و سن افراد مورد بررسی نشان داد ($P < 0/05$).

جدول ۵. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه مدرک تحصیلی و سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	جمع
مدرک	۰	۰	۰	۰	۰
کاردانی	۰	۰	۰	۰	۰
کارشناسی	۰	۰	۰	۰	۰
کارشناسی ارشد	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۰	۰	۰	۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین سطح آگاهی و مدرک تحصیلی افراد مورد بررسی نشان داد ($P < 0/05$).

بررسی رابطه بین محل خدمت افراد مورد بررسی و سطح آگاهی نیز نمایانگر ارتباط معنی داری بین این دو متغیر بود ($P < 0/05$) و شدت همبستگی بین این دو متغیر با محاسبه ضریب چوپروف ۰/۰۰ بوده است (جدول ۶و ۷).

در رابطه با نوع نگرش، میانگین نگرش افراد مورد مطالعه $0/00 \pm 0/00$ بوده و این در حالی است که $0/00 \pm 0/00$ نمونه ها نگرش مثبت، $0/00 \pm 0/00$ نگرش خنثی و $0/00 \pm 0/00$ نگرش منفی نسبت به مامایی جامعه نگر داشتند. تنها بین مدرک تحصیلی و نوع نگرش ارتباط معنی

در رابطه با میزان آمادگی افراد مورد بررسی جهت فعالیت در قالب مامایی جامعه نگر χ^2/df از 0.05 و 0.01 اعلام آمادگی نمودند و از میان بخش های مختلف فعالیت های مامایی جامعه نگر، بیشترین تمایل در زمینه شرکت در برنامه های تنظیم خانواده (χ^2/df) و کمترین میزان تمایل در مورد کار در جوامع روستایی (χ^2/df) عنوان شده بود. هیچ رابطه ای بین آمادگی به χ^2/df ها با متغیرهای فوق وجود نداشت.

با بررسی نتایج حاصل از این پژوهش مشخص شد که تنها عده خیلی از نمونه ها سطح آگاهی مطلوبی در مورد مامایی جامعه نگر داشتند در حالی که اکثریت آنها از مامایی جامعه نگر و میزان گستردگی فعالیت هایشان در سطح جامعه و خانواده ها آگاه نبودند. □□ □□ مراقبتهای اولیه جامعه نگر راه مؤثری برای تاکید بر مشکلات بهداشتی جوامع است اما در کشور ما □□ □□ صورت وسیع درک شده و نه زیاد تجربه شده است. آگاهی ضعیف گروههای بهداشتی از جمله ماماها نسبت به این نگرش جدید، باعث ایجاد مقاومت آشکاری □□ اجرای آن شده است.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که افزایش آگاهی در زمینه مامایی جامعه نگر و ارتقای دانش حرفه ای ماماها می تواند حضور آنها را به عنوان یکی از گروههای عملیات بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی با موفقیت بیشتری همراه سازد. همچنین لازم است که آموزشهای لازم جهت تقویت دانش حرفه ای مامایی جامعه نگر بطور جدی پیگیری و دنبال گردد. نتایج پژوهش نشان داده که اکثریت نمونه ها دارای آگاهی در سطح متوسط بوده اند که با نتایج پژوهش Gunathunga و همکاران مطابقت دارد بطوریکه در این بررسی اکثریت (۸۰/۱۰۰٪) سطح آگاهی متوسطی در مورد مراقبتهای جامعه نگر در زنان باردار داشتند. ۱۰۰/۱۰۰٪ آنان از مراقبتهای مامایی جامعه نگر در دوران

بعد از زایمان اطلاعاتی نداشتند [۱]. Voss نیز در تحقیق خود به نتایج مشابهی رسید او نیز متوجه شد که ۳۳٪ پزشکان عمومی و ۳۳٪ پزشکان شاغل در بیمارستان شرکت کننده در تحقیق وی در مورد تخصص پزشکی اجتماعی آگاهی نداشتند و همچنین آگاهی ایشان از حوزه فعالیت پزشکی اجتماعی نیز در حد پایین قرار داشت [۱]. یکی از یافته های این تحقیق آن بود که با بالاتر رفتن سن سطح آگاهی نمونه ها در مورد مامایی ۳۳٪ ۳۳٪ ۳۳٪ تر می شد که احتمالاً به دلیل آن است که پزشکی جامعه نگر از جمله مامایی جامعه نگر پدیده نوینی در علم پزشکی است که افراد مسن تر از آنجا که سابقه کار بیشتری نیز ممکن است داشته باشند با این فعالیت جدید کمتر آشنایی دارند. در تحقیقات Gunathunga و همکاران [۲] افزایش ۳۳٪ ۳۳٪ میزان آگاهی آنها از خدمات جامعه نگر برای مادران ۳۳٪ ۳۳٪ ۳۳٪ در ارتباط با مدرک تحصیلی، نتایج پژوهش دال بر سطح آگاهی بیشتر در مدارک تحصیلی بالاتر می باشد که امر واضح و طبیعی می باشد. همچنین کسانی که در مراکز بهداشتی و درمانی شاغل بودند آگاهی بیشتری نسبت به شاغلان در بیمارستان در مورد مامایی جامعه نگر داشت [۳] که احتمالاً به دلیل ارتباط مستقیم با مسائل بهداشتی و پیشگیری می باشد. این نتایج با یافته های [۴] Ratcliffe و همکاران نیز مطابقت دارد چرا که آنها نیز در بررسی اثر بخشی مراقبتهای دوران بارداری بصورت جامعه نگر برای خانمهای کم خطر به این نتیجه دست یافتند که ارائه خدمات بهداشتی دوران بارداری توسط ماماهاى جامعه نگر نسبت به سرویس دهی ماماهاى بیمارستانی به میزان زیاد باعث کاهش عوارض دوران بارداری و زایمان شده است. آنها نتیجه گرفتند که ارائه این [۵] خدمات توسط ماماهاى بهداشتی باعث رضایت مادران و خانواده هایشان می شود [۶].

همچنین نتایج پژوهش نشان داد کسانی که در شهرهای کوچک و یا مناطق روستایی داشتند از سطح آگاهی بالاتری نسبت به مامایی جامعه نگر برخوردار بودند چرا که کار کردن در شهرهای کوچک یا مناطق روستایی باعث تماس بیشتر ماماها با مشکلات بهداشتی زنان و خانواده‌هایشان و تماس بیشتر آنها در مورد مامایی و همکاران (Floyed, 2000). که حضور ماما در محیط زندگی مددجو و در محیط های کوچک زندگی شهری باعث بوجود آمدن درک عمیق تری از مددجو می شود [1].

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که با آنکه بیش از نیمی از نمونه ها دارای نگرش مثبت در مورد مامایی جامعه نگر بوده اند ولی تلاشهای بیشتری لازم است تا فعالیت در متن جامعه به عنوان یک ارزش شناخته شود. از آنجا که ماماها نقش درمانی خود را در مراکز بهداشتی و درمانی بیشتر از اجرای آن در سطح جامعه پذیرفته اند در نتیجه عده ای از آنان نگرش مثبتی راجع به فعالیت به شکل مامایی جامعه نگر ندارند. در تحقیق Gunathunga و همکاران نیز اکثریت ماماها در مورد جامعه نگری نگرش مثبتی نداشتند [2]. دلیل این محققین آن بوده است که جایگاه ماماها در بهداشتی در سطح جامعه مستحکم نیست [3].

نتایج بررسی رابطه بین نوع نگرش و مدرک تحصیلی نیز نشان داد که افرادی که سطوح تحصیلی بالاتری داشتند از آنجا که در طول دوران تحصیلی موظف به ارائه خدمات بهداشتی در سطح جامعه بصورت بازدیدهای منزل و غیره بودند نگرش بهتری نسبت به مامایی جامعه نگر در مقایسه با مقاطع تحصیلی تر داشته اند.

با بررسی نتایج بدست آمده و با توجه به عدم ارائه مراقبت های مامایی با مسئولیت اکثریت نمونه ها در منازل مددجویان و با توجه به آنکه اکثریت نمونه ها آمادگی خود را برای فعالیت در قالب مامایی جامعه نگر

ابراز داشته اند می توان نتیجه گرفت که این مسئله می تواند گامی در جهت بهبود ساختار این رشته باشد. همچنین تحول در نوع خدمت شاید بتواند سبب ایجاد انگیزش های جدید در فرد شده که در صورت برخورد صحیح با آنها موجبات رضایت شغلی بیشتری را فراهم کند. آورد. Street و همکاران در تحقیقی که به منظور ارزیابی اجرای یک برنامه مامایی جامعه نگر برای زنان باردار انجام دادند نتیجه گرفتند که ماماها پاسخ مثبتی به قبول مسئولیت های بیشتر در حرفه خودشان دادند و فرصتهای شغلی جدید برایشان فراهم گردید که در بیمارستان ها و مراکز درمانی این فرصتها از آنها گرفته شده بود و همین امر باعث رضایت شغلی بیشتری گردید [4].

با توجه به آمادگی اکثریت ماماها برای شرکت در مامایی جامعه نگر می توان نتیجه گرفت که در جریان تحول آموزش پزشکی و تلاش برای رسیدن همه اقشار جامعه به سطح مطلوبی از بهداشت، مامایی جامعه نگر می تواند نقطه شروع مناسبی برای اجرای پزشکی باشد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت نمونه ها تمایل به شرکت در برنامه های تنظیم خانواده به عنوان بخشی از فعالیت های مامایی جامعه نگر دارند که می توان نتیجه گرفت که موفقیت این گروه شغلی در اجرای این سهم و یا استقلال عمل بیشتر و در نتیجه اجرای مداخلات مطلوبتر در ارائه این خدمات باعث گردیده است که اکثریت واحدها این حوزه از فعالیت های مامایی جامعه نگر را انتخاب نمایند. شریعت پناه معتقد است که ماماها به عنوان بازوی قوی در اجرای برنامه های بهداشتی درمانی کشور فعالیت دارند. در این راستا نقش آنان در بهداشت مادر و کودک و برنامه تنظیم خانواده انکارناپذیر است [5].

همچنین عده قلیلی از ماماها برای کار در جوامع روستایی اعلام آمادگی نمودند. این نتایج را می توان به دلیل تأهل اکثریت واحدها و احتمالاً عدم امکانات رفاهی

6- Voss S. Doctors' understanding of specialty of Public Health Medicine: a survey of general practitioners and junior hospital doctors. J Public Health Med. 1992 Dec; 14(4): 399-401.

7 - Ratcliffe J, Ryan M, Tucker J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs. care by general practitioners and community midwives. J Health Serv Res Policy. 1996 Jul;1(3):135-40.

8- Floyd L. Community midwifery. In: Bennett VR, Brown LK editors. Myle's textbook for midwives 13 rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999: 33.

9- Street P, Gannon MJ, Holt EM. Community obstetric care in West Berkshire. BMJ. 1991 Mar; 302(6778):698-700.

□□ - شریعت پناه ملوک. بررسی نگرش ماماهاى شاغل

در بیمارستان های آموزشی تهران در مورد اجرای زایمان در منزل و موانع اجرای آن؛ فصل نامه دانشکده

پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ □□□□

شماره ششم؛ □□□□ □□.

11 - Every M. Safe community working. RCM Midwives J. 2002 Jun; 5(6):194.

در روستاها و یا نگرش منفی نسبت به کار در روستاها نسبت داد. Every معتقد است که برای تعهد خدمت در مناطق محروم و دور افتاده باید انگیزه ها را تحریک کرد تا تجربیات واقعی را در جوامعی که با نقش های آنها در آینده مطابقت دارد فراگیرند[□□].

امید است که بهره گیری از نتایج این بررسی در اصلاح روشهای اجرایی نظام آموزشی مؤثر باشد و برای مسئولان اجرای آموزش پزشکی جامعه نگر مفید واقع شود.

تشکر و قدردانی

لازم است از همکاری صمیمانه خانم مهین علم کارشناس مامایی مرکز بهداشت استان کرمان که در زمینه جمع آوری اطلاعات همکاری صمیمانه ای داشته اند کمال تشکر و قدردانی را ابراز نمائیم.

□□□□

□ - امامی محمدحسن؛ پزشکی محمد زکریا. □□□□
نگری در پزشکی، مجله ایرانی آموزش در علوم

□□□□□□؛ شماره سوم؛ صفحات □□. □□

2- Ewens A, Howkis E, McClure L. Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice? Nurs Educ Today. 2001 Feb; 21(2):127-35.

3 - De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized west? Trop Med Int Health. 1998 Oct; 3(10): 771-82.

4 - Gunathunga W, Fernando DN. Assessment of community maternal care performance of public health midwives of a province in Sri Lanka: a multi-method approach. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2000 Jun; 31(2): 310-8.

5- Barber T. Consultant midwives: cameos from clinical practice. RCM Midwives J. 2002 May; 5(5): 166-9.