

## آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل ماماهاى شاغل در استان کرمان در زمینه مامایی جامعه نگر، ۱۳۸۱

افسر فرود<sup>۱</sup>، دکتر افسانه فرود<sup>۲</sup>

### 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 ۲۸۰ نفر بودند، به عنوان نمونه های مورد پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که در دو قسمت تنظیم شد. قسمت اول شامل سئوالاتی جهت توصیف مشخصات نمونه ها بود و در قسمت دوم سئوالاتی 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.

**یافته ها:** در ارزیابی آگاهی نمونه ها در مورد مامایی جامعه نگر با میانگین نمره آگاهی ۲۱/۱۳، تنها ۱۶/۴٪ از واحدها سطح آگاهی خوبی در این زمینه داشتند. در رابطه با نوع نگرش، میانگین نگرش افراد مورد بررسی ۷۷/۰۷ بوده و این در حالی است که ۶۱/۸٪ نمونه ها نگرش مثبت نسبت به مامایی جامعه نگر داشتند. ۷۹/۲٪ 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

## مقدمه

در نظر گرفتن ابعاد مختلف هر پدیده و عواقب هر مداخله و تلاش در جهت هر چه کاملتر دیدن انسان در مجموعه جهان خلقت را «جامع نگری» می‌گویند. مسئله جامع نگری در حال متحول کردن دانش پزشکی و تغییر در برخوردهای یک سو به سلامت و بیماری است [۱]. در پزشکی جامعه نگر، نیازهای جامعه با تازه ترین دستاوردهای علمی جهان سازگار می‌شود. در مامایی جامعه نگر که شاخه‌ای از پزشکی اجتماعی است، نقش ماماها بیشتر در محل زندگی و کار مددجویانشان متجلی می‌شود [۲]. تفاوت های زیادی از نظر گستردگی مرگ و میر مادران در میان کشورهای غربی و کشورهای در حال توسعه وجود دارد. یکی از علل این تفاوتها مربوط به نحوه مراقبتهای زایمانی است. در کشورهای غربی تصمیم گیری‌های مامایی در متن جامعه صورت می‌گیرد [۳].

سالیانه تعداد قابل توجهی از زایمانها در بیمارستانها انجام می‌شود که نتیجه آن اشغال شدن تخت‌های بیمارستانی و شلوغی درمانگاه‌های مراقبت‌های دوران بارداری است. منطقی است که با تشخیص حاملگی‌های طبیعی و بی‌خطر اداره آن را به ماماهاى جامعه بسپاریم تا در این صورت خدمات بیمارستان‌ها و متخصصین در اختیار آنها که واقعاً نیازمندند قرار گیرد [۴].

پرستار ماماها اغلب اولین سطح تماس برای تأمین مراقبت‌های بهداشتی زنان محسوب می‌شوند و چنین مراقبت‌هایی را بر پایه اصول جامعیت و تداوم بوسیله یک طرح اجرایی با مددجو و به منظور پیشبرد مراقبت‌های بهداشتی مستقر می‌کنند. این مراقبت‌ها جامع بوده و متناسب با عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که بر وضعیت سلامت مددجویان تأثیر می‌گذارد [۵]. در سال‌های اخیر، نگرش جامعه‌نگری در ایران نیز به بوته آزمایش نهاده شده است. از این رو هدف این مطالعه بررسی میزان آگاهی، نگرش و

آمادگی به عمل ماماهاى شاغل در استان کرمان در مورد مامایی جامعه نگر می‌باشد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی با هدف کلی تعیین آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل ماماهاى شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی استان کرمان در ارتباط با مامایی جامعه‌نگر انجام شده است. کلیه ماماهاى شاغل در واحدهای مراقبت دوران بارداری، بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده و اتاق زایمان این مراکز پزشکی و بهداشتی درمانی در سال ۱۳۸۱ که در زمان پژوهش ۲۸۰ 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 سنجش کیفی می‌باشند.

ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه بود که بر اساس مطالعه کتب و منابع معتبر علمی تهیه گردید و محتوای آن بعد از انجام اصلاحات ضروری با توجه به نظرات اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران و کرمان به تایید رسید. بدین معنی که تعیین اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوا صورت گرفت سؤالات نهایی به روش دلفی و با نظر ۷ تن از اساتید مامایی و پزشکی اجتماعی انتخاب شدند و ضریب آن ۰/۷۷ محاسبه شد. جهت تعیین اعتماد علمی از آزمون مجدد استفاده گردید که مقدار آن ۰/۸۲ برآورد شد که مقدار قابل قبولی بود. پرسشنامه در دو قسمت تنظیم شد. در قسمت اول سؤالاتی جهت توصیف نمونه‌ها و در

۲ و کاملاً موافقم امتیاز ۱ داده شد. امتیاز ۵۰-۲۵ در رده نگرش منفی، امتیاز ۷۵-۵۱ در رده نگرش خنثی و امتیاز ۱۰۰-۷۶ 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، تحقیق در مورد مشکلات بهداشتی زنان، مدیریت و برنامه ریزی 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.

#### یافته‌ها

از ۲۸۰ مامای مورد مطالعه با میانگین سنی  $29-25$  سال  $7/72 \pm 33/2$  اکثریت آنان در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال قرار داشتند.  $1/37$ ٪ آنها در بیمارستان و  $9/62$ ٪ در مراکز بهداشتی درمانی شاغل بودند.  $8/76$ ٪ آنان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی،  $9/77$ ٪ متأهل و  $63$ ٪ دارای سابقه کار مامایی در شهرهای کوچک و یا مناطق روستایی بودند و میانگین این سابقه کار  $3/85 \pm 0/7$  سال بود. در ارزیابی آگاهی نمونه‌ها در مورد مامایی جامعه‌نگر با میانگین نمره آگاهی  $42/42 \pm 21/13$ ،  $2/17$ ٪ در سطح ضعیف،  $4/66$ ٪ در سطح متوسط و  $4/16$ ٪ از میزان آگاهی خوبی برخوردار بودند. بررسی رابطه بین سطح آگاهی با متغیر سن نشان دهنده وجود ارتباط معنی داری بین این دو متغیر بود ( $P < 0/05$ ). همچنین شدت همبستگی این دو متغیر با محاسبه ضریب چوپروف برابر  $0/14$  بوده است (جدول ۱).  
بین متغیر مدرک تحصیلی و سطح آگاهی نیز ارتباط معنی داری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ). شدت همبستگی این دو متغیر نیز با محاسبه ضریب چوپروف  $0/12$  بوده است (جدول ۲).

قسمت دوم سئوالاتی جهت سنجش سطح آگاهی، نگرش و آمادگی به عمل ماماها 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، کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. جهت تفسیر 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 ۱ نمره مثبت، گزینه‌های غلط یک دوم نمره منفی و به گزینه‌های بدون علامت امتیاز صفر داده شد. که بدین ترتیب حداکثر امتیاز مربوط به سطح آگاهی ۳۹ 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  $42/7$  به میانگین  $13/21$  بدست آمد (فاصله  $5/28-13/7$ ). نمرات زیر  $7/13$  به عنوان سطح آگاهی ضعیف و فاصله بین  $6/28-39$  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 ۴ و بعد به ترتیب به جوابهای موافقم امتیاز ۳، مخالفم امتیاز ۲ و کاملاً مخالفم امتیاز ۱ داده شد و در مقابل برای برخی دیگر که جواب کاملاً مخالفم، نمایانگر نگرش مثبت بود امتیاز ۴، مخالفم امتیاز ۳، موافقم امتیاز

داری مشاهده شد ( $P < 0.03$ ). که شدت همبستگی مابین این دو متغیر برابر ۰/۱۴ بوده است (جدول ۵).

جدول ۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه محل

خدمت و سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب	جمع
محل خدمت	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
بیمارستان	۲۶ ۲۵	۶۰ ۵۷/۷	۱۸ ۱۷/۳	۱۰۴ ۱۰۰
مرکز بهداشتی	۲۲ ۱۲/۵	۱۲۶ ۷۱/۶	۲۸ ۱۵/۹	۱۷۶ ۱۰۰
جمع	۴۸ ۱۷/۲	۱۸۶ ۶۶/۴	۴۶ ۱۶/۴	۲۸۰ ۱۰۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین محل خدمت و سطح آگاهی افراد مورد بررسی نشان داد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه سابقه کار در شهر های کوچک و یا مناطق روستایی با سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب	جمع
سابقه کار	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
بله	۲۶ ۱۴/۹	۱۲۲ ۶۸/۵	۳۰ ۱۶/۶	۱۷۸ ۱۰۰
خیر	۲۲ ۲۱/۶	۶۴ ۳۶/۷	۱۶ ۱۵/۷	۱۰۲ ۱۰۰
جمع	۴۸ ۱۷/۲	۱۸۶ ۶۶/۴	۴۶ ۱۶/۴	۲۸۰ ۱۰۰

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 ۵. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه مدرک

تحصیلی و نوع نگرش به مامایی جامعه نگر

آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب	جمع
مدرک	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
کاردانی	۱ ۱/۷	۳۰ ۱۷	۲۹ ۱۶	۶۰ ۳۳
کارشناسی	۲ ۰/۹	۷۳ ۴۰	۱۴۰ ۷۶	۲۱۵ ۱۰۰
کارشناسی ارشد	۰ ۰	۱ ۰	۴ ۲	۵ ۲
جمع	۳ ۱/۱	۱۰۴ ۳۷/۱	۱۷۳ ۶۱/۸	۲۸۰ ۱۰۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین مدرک تحصیلی و نوع نگرش نشان داد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه سن و

سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب	جمع
سن (سال)	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
زیر ۲۵	۲ ۱۳/۳	۹ ۶۰	۴ ۲۶/۷	۱۵ ۱۰۰
۲۵-۲۹	۵ ۵/۱	۷۷ ۷۸/۵	۱۶ ۱۶/۴	۹۸ ۱۰۰
۳۰-۳۴	۶ ۱/۳	۴۱ ۷۰/۶	۱۱ ۲۸/۱	۵۸ ۱۰۰
۳۵-۳۹	۷ ۱۳/۲	۳۵ ۶۶/۰۳	۱۰ ۲۰/۷۷	۵۳ ۱۰۰
۴۰-۴۴	۸ ۲۱/۶	۲۴ ۶۴/۸	۵ ۱۳/۶	۳۷ ۱۰۰
۴۵-۴۹	۹ ۱۰۰	-	-	۹ ۱۰۰
$\geq 50$	۱۱ ۱۰۰	-	-	۱۱ ۱۰۰
جمع	۴۸ ۱۷/۲	۱۸۶ ۶۶/۴	۴۶ ۱۶/۴	۲۸۰ ۱۰۰

آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین سطح آگاهی و سن افراد مورد بررسی نشان داد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رابطه مدرک

تحصیلی و سطح آگاهی از مامایی جامعه نگر

آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب	جمع
مدرک	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
کاردانی	۱۵ ۲۵	۴۰ ۶۶/۷	۵ ۸/۳	۶۰ ۱۰۰
کارشناسی	۳۳ ۱۵/۴	۱۴۵ ۶۷/۴	۳۷ ۱۷/۲	۲۱۵ ۱۰۰
کارشناسی ارشد	۰ ۰	۱ ۲۰	۴ ۸۰	۵ ۱۰۰
جمع	۴۸ ۱۷/۲	۱۸۶ ۶۶/۴	۴۶ ۱۶/۴	۲۸۰ ۱۰۰

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 ( $P < 0.01$ ) و شدت همبستگی بین این دو متغیر با محاسبه ضریب چوپروف ۰/۱۴ بوده است (جدول ۳ و ۴).

در رابطه با نوع نگرش، میانگین نگرش افراد مورد مطالعه  $9/64 \pm 77/07$  بوده و این در حالی است که  $61/8\%$  نمونه ها نگرش مثبت،  $37/1\%$  نگرش خنثی و  $1/1\%$  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 ۷۹/۲٪ از نمونه ها اعلام آمادگی نمودند و از میان بخش های مختلف فعالیت های مامایی جامعه نگر، بیشترین تمایل در زمینه شرکت در برنامه های تنظیم خانواده (۸۶/۹٪) و کمترین میزان تمایل در مورد کار در جوامع روستایی (۸۸/۷٪) عنوان شده بود. هیچ رابطه ای بین آمادگی به عمل نمونه ها با متغیرهای فوق وجود نداشت.

#### بحث

با بررسی نتایج حاصل از این پژوهش مشخص شد که تنها عده قلیلی 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. هر چند مراقبتهای اولیه جامعه نگر راه مؤثری برای تاکید بر مشکلات بهداشتی جوامع است اما در کشور ما نه به 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 جهت 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 ماماها (۸۷/۲٪) سطح آگاهی متوسطی در مورد مراقبتهای جامعه نگر در زنان باردار داشتند. همچنین ۶۹/۸٪ آنان از مراقبتهای مامایی جامعه نگر در دوران

بعد از زایمان اطلاعی نداشتند [۴]. Voss نیز در تحقیق خود به نتایج مشابهی رسید او نیز متوجه شد که ۷۲٪ پزشکان عمومی و ۵۹٪ 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 [۶]. یکی از یافته های این تحقیق آن بود که با بالاتر رفتن سن، سطح آگاهی نمونه ها در مورد مامایی جامعه نگر ضعیف 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 نیز با افزایش سن ماماها میزان آگاهی آنها از خدمات جامعه نگر برای مادران کاهش می یابد [۴]. 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 داشتند که احتمالاً به دلیل ارتباط مستقیم با مسایل بهداشتی و پیشگیری می باشد. این نتایج با یافته های تحقیق 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 ماماها جامعه نگر نسبت به سرویس دهی ماماها بیمارستانی به میزان زیاد باعث کاهش عوارض دوران بارداری و زایمان شده است. آنها نتیجه گرفتند که ارائه این گونه خدمات توسط ماماها بهداشتی باعث رضایت مادران و خانواده های ایشان می شود [۷].

همچنین نتایج پژوهش نشان داد کسانی که سابقه کار 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 سطح جامعه می‌باشد. Floyed و همکاران نیز معتقدند که حضور ماما در محیط زندگی مددجو و در محیط های کوچک زندگی شهری باعث بوجود آمدن درک عمیق تری از مددجو می‌شود [۸].

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که با آنکه بیش از نیمی از نمونه‌ها، دارای نگرش مثبت در مورد مامایی جامعه نگر بوده‌اند 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، پذیرفته‌اند در نتیجه عده‌ای 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. دلیل این محققین آن بوده است که جایگاه ماماها در بهداشتی در سطح جامعه جایگاه مستحکمی نمی‌باشد [۴].

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 پایین‌تر داشته‌اند.

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

ابراز داشته‌اند می‌توان نتیجه گرفت که این مسئله می‌تواند گامی در جهت بهبود ساختار این رشته باشد. همچنین تحول در نوع خدمت شاید بتواند سبب ایجاد انگیزش‌های جدید در فرد شده که در صورت برخورد صحیح با آنها موجبات رضایت شغلی بیشتری را فراهم می‌آورد. 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 بیمارستان‌ها و مراکز درمانی این فرصتها از آنها گرفته شده بود و همین امر باعث رضایت شغلی بیشتری گردید [۹].

با توجه به آمادگی اکثریت ماماها برای شرکت در مامایی جامعه نگر می‌توان نتیجه گرفت که در جریان تحول آموزش پزشکی و تلاش برای رسیدن همه اقشار جامعه به سطح مطلوبی از بهداشت، مامایی جامعه نگر می‌تواند نقطه شروع مناسبی برای اجرای پزشکی جامعه نگر باشد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت نمونه‌ها تمایل به شرکت در برنامه‌های تنظیم خانواده به عنوان بخشی از فعالیت های مامایی جامعه نگر دارند که می‌توان نتیجه گرفت که موفقیت این گروه شغلی در اجرای این سهم و یا استقلال عمل بیشتر و در نتیجه اجرای مداخلات مطلوبتر در ارایه 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 برنامه‌های بهداشتی درمانی کشور فعالیت دارند. در این راستا نقش آنان در بهداشت مادر و کودک و برنامه تنظیم خانواده انکارناپذیر است [۱۰].

همچنین عده قلیلی از ماماها برای کار در جوامع روستایی اعلام آمادگی نمودند. این نتایج را می‌توان به علل 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- Floyed 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.
- ۱۰ - 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، ۱۳۷۱، شماره ششم، صفحه ۱۴.
- 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 [۱۱].

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 نمایم.

### منابع

- ۱ - امامی محمدحسن، پزشکی محمد زکریا. جامع نگری در پزشکی، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۳۸۰، شماره سوم، صفحات ۸ تا ۱۴.
- 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.