

بررسی دیدگاه پرسنل مراکز بهداشتی در مورد موانع اجرای بسته مراقبتی مادران باردار: مطالعه موردی

ملیحه حسنی طیبی، سیما کرمانشاهی

چکیده

مقدمه: باتوجه به اهمیت مراقبت های بارداری در حفظ و ارتقا سلامت مادر و نوزاد لازم است عواملی را که باعث عدم اجرای بسته های مراقبتی استاندارد از آنان می شود، شناسایی شوند.

هدف: تعیین موانع اجرای بسته های مراقبتی مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بود که در سال ۱۳۹۱ اجرا شد. موانع اجرای بسته مراقبتی مادران باردار را از دیدگاه پرسنل پنج مرکز بهداشتی شهرستان فیروز آباد مورد بررسی قرار گرفت. تعداد نمونه ها ۲۳ نفر بود که به روش تمام شماری انتخاب شده و پرسشنامه ی موانع اجرای بسته را در سه بعد مدیریتی (۱۳ آیتم)، محیطی (۷ آیتم) و فردی (۹ آیتم) را تکمیل کردند. پایایی ابزار با آزمون همزمان در دو گروه و سنجش همبستگی بین آنها، ۰/۸۴، برآورد گردید. همچنین از مشاهده برای نحوه کاربرد بسته مراقبتی توسط پرسنل استفاده شد. داده ها با نرم افزار آماری SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل توصیفی قرار گرفت.

یافته ها: یافته های نشان داد که اکثریت پرسنل (۳۹/۱) در گروه سنی ۳۰-۳۵ سال و کاردان مامایی بودند. مهمترین موانع مطرح شده در اجرای بسته ی مراقبتی در حیطه ی فردی مشغله کاری زیاد (۸۲/۶) و نداشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد بسته های مراقبتی (۷۳/۹) بود. در بعد محیطی دسترسی ناکافی پرسنل به بسته مراقبتی (۹۱/۳) و عدم ارتباط بین مراکز بهداشتی، شبکه بهداشت و بیمارستان (۸۲/۶) و در بعد مدیریتی کمبود تعداد پرسنل نسبت به تعداد مادران (۹۵/۷) و عدم آموزش به پرسنل در مورد نحوه ی اجرای بسته مراقبتی (۷۸/۳) بود. مشاهدات هم در مراکز بهداشتی نشان دادند که، مراقبت های دوران بارداری بیشتر شامل بررسی و معاینه فیزیکی مادران بوده، سوالات مصاحبه با آنها فقط در مورد علائم خطر و مشکل کنونی آنها، از علائم حیاتی فقط اندازه گیری فشارخون و آموزشها فقط برای شیردهی و کلاس زایمان فیزیولوژیک بوده است.

نتیجه گیری: ضروری است مدیران مراکز بهداشتی - درمانی نقش عمده ای را در برنامه ریزی در جهت بهبود و ارتقای کیفیت مراقبت های دوران بارداری از طریق افزایش نیروهای کاری، ایجاد کلاس و دوره های آموزش کوتاه مدت برای کارکنان، ارزشیابی مستمر خدمات کارکنان بهداشتی در حین ارائه خدمات مراقبتی و آموزشی و افزایش تعامل با پرسنل ایفا کنند.

کلمات کلیدی: بسته مراقبتی، مادران باردار، سه ماه سوم بارداری، پرسنل بهداشتی

ملیحه حسنی طیبی

دانش آموخته پرستاری کودکان، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

■ مؤلف مسؤول: سیما کرمانشاهی

استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

آدرس: kerman_s@modares.ac.ir

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال دوم، دوره دوم، شماره سوم

پاییز ۱۳۹۲

■ مقدمه

در حدود ۱۵ درصد جمعیت ایران را زنان در سن باروری تشکیل می‌دهند که حدود ۶/۵ درصد آنان در دوران بارداری به سر می‌برند (۱). دوران بارداری از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است که جهت سازگاری و آماده سازی بدن با حاملگی تغییرات مختلفی در تمام اعضا و سیستم‌های بدن ما در به وجود می‌آورد و نیازهای بهداشتی و مشکلات جسمانی و روانی وی را افزایش می‌دهد اما در بعضی از زنان این تغییرات حالت غیرطبیعی پیدا می‌کند و در صورت عدم مراقبت صحیح ممکن است باعث عوارض وخیم و در نهایت مرگ مادر و جنین شود (۲). تخمین زده می‌شود که سالانه در سراسر دنیا، بیش از ۵۰۰۰۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند. از این تعداد ۲۴۱ هزار نفر از آسیا و ۱۹۰۰ نفر از ایران بوده‌اند. به عبارتی میزان مرگ و میر مادران در ایران ۱۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بوده است و این در حالی است که این میزان در ترکیه ۴۴ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده و در آمریکا ۱۱ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده می‌باشد. حداقل ۷ میلیون از زنانی که از زایمان جان سالم به در می‌برند، از مشکلات سلامتی جدی و بیش از ۵۰ میلیون زن از پیامدهای سلامتی نامطلوب پس از زایمان رنج می‌برند که اکثریت قریب به اتفاق این مرگ و میرها و عوارض در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد (۳). در قرن بیست و یکم، با وجود پیشرفت‌های اقتصادی و تکنولوژیکی فراوان، هنوز هم در کشورهای در حال توسعه ۴۴ میلیون زن به مراقبت‌های دوران بارداری دسترسی ندارند. این در حالی است که بهبود وضعیت سلامت مادران یکی از اهداف مهم توسعه هزاره سوم سازمان ملل و مهم‌ترین شاخص مطرح در سازمان بهداشت جهانی است. زیرا مادر هسته‌ی اصلی خانواده، عامل سلامت و موفقیت سایر اعضای است و مرگ مادر صدمات جبران‌ناپذیری را به خانواده و جامعه وارد می‌سازد (۳). کمبود مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان، موجب مرگ سالانه نزدیک به ۵ میلیون نوزاد پیش از تولد یا در طول زایمان یا در نخستین هفته زندگی و حدود ۶۰۰۰۰۰ نوزاد در حین تولد می‌شود (۴). مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری از سویی با تولد نوزادان کم وزن ارتباط معنی داری داشته و هزینه‌ی نگهداری آن‌ها به طور متوسط دو برابر کرده است (۵) و از سوی دیگر یکی از عوارض اصلی تعیین کننده‌ی مرگ و میر و ناتوانی در دوران نوزادی و کودکی است که اثرات دراز مدتی بر شاخص‌های سلامتی دوران بلوغ نیز دارد (۶).

بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، میزان شیوع تولد نوزادان کم وزن در جهان ۱۵ درصد است که در کشورهای مختلف از ۳/۳ درصد تا ۳۸ درصد متفاوت است. در ایران، این میزان بین ۱۱ تا ۱۳ درصد گزارش شده است که می‌تواند حاکی از عدم توجه کافی سیستم سلامت جهت اتخاذ راهکارهایی برای برطرف نمودن علل زمینه‌ای از جمله مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان زودرس و... باشد (۷). عدم دریافت مراقبت‌های پره ناتال همچنین میزان خطر نسبی مرده‌زایی را ۳/۳ و خطر زایمان پره ترم را تا دو برابر افزایش می‌دهد. (۸-۹) به طوری که در مطالعه‌ای توسط جورابچی (۱۳۹۱) با هدف تعیین اثر برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر میزان عوارض دوران بارداری و زایمان نشان داد میزان عوارض بارداری از جمله فشارخون، زایمان زودرس و نوزاد نارس در مادرانی که تحت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت بودند، کمتر گزارش شد (۱۰) تولدها (۲۰۱۱) نیز مشکلات بیشتری چون زایمان زودرس، وزن کم تولد، مرگ حوالی زایمان و یرقان را در گروه‌هایی که مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت نکرده‌اند گزارش کرده است. (۱۱) بر همین اساس سازمان جهانی بهداشت کاهش مرگ و میر مادران به ۳/۴ از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ را در اهداف خود قرار داد. (۱۲) که در کشور ما بسته مراقبتی ادغام یافته‌ی سلامت مادران باردار از سال ۱۳۸۷ در بخش‌های دولتی تمامی شهرستان‌های کشور استقرار یافت و دارای پروتکل‌های کامل و جامع جهت کلیه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مادری می‌باشد ولی با توجه به شواهد به ندرت طبق آن اجرا می‌شود. مطالعه‌ی سیمبر (۱۳۹۱) و رضایی (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که ارایه‌ی مراقبت‌ها و آموزش و مشاوره در مراکز دارای وضعیتی متوسط یا نامطلوب است (۱۳) و فرخی (۱۳۸۶) نیز در مطالعه‌ی خود با هدف تعیین کیفیت عملکرد ماماها در ارایه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی به این نتیجه رسید که فقط ۵۵/۸ درصد از مراقبت‌های انجام گرفته مناسب و صحیح بوده است و برخی از اجزا مراقبت بارداری که در تشخیص و درمان به موقع عوارض مامایی از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار هستند، در مراکز بهداشتی درمانی مورد غفلت واقع شده‌اند (۱۴). در حالی که براساس یک فرضیه منطقی و قابل قبول و تحقیقات مشابه، اکثر مرگ و میرهای مادری و ناتوانی‌ها از طریق تقویت مراکز خدمت‌رسانی قبل از تولد با کیفیت و در دسترس، قابل پیشگیری هستند (۱۵) و مراقبت‌های دوران بارداری مؤثرترین

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پرسنل بر حسب اطلاعات دموگرافیک

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سن	۲	۸/۷
	۹	۳۹/۱
	۷	۳۰/۴
	۵	۲۱/۷
مدرک تحصیلی	۹	۳۹/۱
	۶	۲۶/۱
	۸	۳۴/۸
سابقه خدمت	۳	۱۳/۶
	۱۳	۵۹/۱
	۶	۲۷/۳

گردد (۲۳).

لذا با توجه به کثرت جمعیت این گروه در کشور و شواهد مبنی بر کیفیت پایین مراقبت‌ها و اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری و تأثیر آن بر سلامتی مادران و کودکان و تقدم پیشگیری بر درمان، توجه جدی به سلامت این گروه و ارتقای کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری همانند سایر کشورها اجتناب‌ناپذیر است تا به این ترتیب بتوانیم همگام با تلاش‌های جهانی، در راستای ارتقاء سلامت مادران و نوزادان جامعه خود گام برداریم. پرستاران و ماماها مسؤول ارایه مراقبت‌های کیفی می‌باشند بنابراین در قبال کیفیت خدمات ارایه شده مسؤول بوده و کلیدی ترین عضو در زمینه ارتقای کیفیت در ارایه مراقبت‌ها می‌باشند. لذا پژوهشگر بر آن شد که پژوهش حاضر با هدف تعیین موانع اجرای مراقبت‌های با کیفیت دوران بارداری انجام پذیرد تا براساس یافته‌های آن و ارایه نتایج به مسؤولان و مدیران بهداشتی بتوان گامی در جهت بهبود کیفیت اجرای بسته مراقبتی مادران باردار و ارتقاء سطح سلامت مادران و کودکان که دو قشر آسیب‌پذیر و هسته مرکزی سلامت خانواده و جامعه می‌باشند برداشته شود.

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی است که با هدف تعیین موانع اجرای بسته‌ی مراقبتی مادران باردار در سه ماهه سوم از دیدگاه پرسنل در سال ۱۳۹۱ در شهرستان فیروزآباد انجام شد. نمونه‌گیری به صورت تمام شماری شامل ۲۳ پرسنل شاغل در

عامل در بهبود نتایج بارداری و فرصتی برای مشاوره و کاهش عوارض مرتبط با حاملگی و زایمان و پیشگیری از زایمان زودرس و وزن کم تولد و ایجاد اطمینان برای سلامتی کودکان در آینده می‌باشد (۱۶-۱۸). از این رو تأمین سلامت مادران و نوزادان بایستی یکی از اولویت‌های خدمات و یکی از ارکان اساسی مراقبت‌های بهداشتی درمانی قلمداد شود (۱۹) زیرا دسترسی زنان باردار به اطلاعات و خدمات و مراقبت‌های مربوط به بارداری و زایمان نه تنها به عنوان یک حق بشر، بلکه عاملی برای توسعه ملل است که دولت‌ها و سازمان‌های غیر دولتی موظف به تأمین و ارتقای کیفیت آن هستند (۲۰) اما با وجود ارایه مراقبت‌ها به اشکال مختلف از سوی مراکز بهداشتی و درمانی در سطح جهان و کشور ما به نظر می‌رسد عواملی مانع از ارایه و دریافت صحیح و به موقع مراقبت‌های با کیفیت حین بارداری می‌شود که لازم است با تحقیق و پژوهش، به شناسایی موانع و ارایه‌ی راه‌حلی جهت رفع آن‌ها اقدام گردد تا ضمن کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان و پیشگیری از تولد نوزادان نارس و کم وزن به کاهش نیاز به بستری شدن کودکان در سال‌های آتی زندگیشان نیز کمک کنیم (۲۱-۲۲) و از ایجاد هزینه‌های سنگین درمانی در سیستم خدمات بهداشتی پیشگیری شود. که بدین منظور لازم است به جنبه‌های مختلف مراقبت‌های پیشگیری به خصوص در زمینه بهداشت مادر و کودک توجه خاص مبذول گردد و عوامل مؤثر در بروز عوارض ناخواسته‌ی دوران بارداری و زایمان شناسایی و برطرف

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب موانع مدیریتی

ردیف	موانع مربوط به ابعاد مدیریتی	بلی		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	کمبود تعداد پرسنل نسبت به تعداد مادران	۲۲	۹۵/۷	۱	۴/۳
۲	دانش و اطلاعات ناکافی مدیران در زمینه بسته مراقبتی	۱۰	۴۳/۵	۱۳	۵۶/۵
۳	توجه ناکافی مدیران به نیازهای پرسنل	۲۱	۹۱/۳	۲	۸/۷
۴	توجه ناکافی مدیران به رضایت پرسنل	۱۸	۷۸/۳	۵	۲۱/۷
۵	توجه ناکافی مدیران به کمبودهای موجود در مراکز	۱۸	۷۸/۳	۵	۲۱/۷
۶	برنامه ریزی نامناسب در جهت اجرای بسته مراقبتی	۱۷	۷۳/۹	۶	۲۶/۱
۷	برخورد غیر اصولی مسئولین با پرسنل	۹	۳۹/۱	۱۴	۶۰/۹
۸	وجود تبعیض های شغلی	۱۳	۵۶/۵	۱۰	۴۳/۵
۹	برقراری ارتباط ناکافی بین مدیران و پرسنل برای مطرح نمودن مسائل	۱۶	۶۹/۶	۷	۳۰/۴
۱۰	پیگیری ناکافی مدیران در جهت حل مسائل پرسنل	۱۰	۴۳/۵	۱۳	۵۶/۵
۱۱	آموزش ناکافی پرسنل در مورد نحوه ی اجرای بسته مراقبتی	۱۸	۷۸/۳	۴	۱۷/۴
۱۲	نظارت ناکافی مدیران بر اجرای بسته مراقبتی	۱۶	۶۹/۶	۶	۲۶/۱
۱۳	محدود بودن قدرت اجرایی مدیران	۱۴	۶۰/۹	۷	۳۰/۴

■ یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثریت پرسنل (۳۹/۱) در گروه سنی ۳۰-۳۵ قرار داشتند. که اکثر پرسنل کاردانی مامایی (۳۹/۱) با سابقه خدمت ۵-۱۰ سال بودند براساس داده‌های حاصل از محاسبه‌ی امتیازات، مهم‌ترین موانع مدیریتی شامل: کمبود تعداد پرسنل نسبت به تعداد مادران (۹۵/۷٪)، عدم توجه مدیران به نیازهای پرسنل (۹۱/۳٪)، عدم توجه مدیران به رضایت پرسنل (۷۸/۳٪)، عدم توجه مدیران به کمبودهای موجود در مراکز (۷۸/۳٪)، عدم آموزش به پرسنل در مورد نحوه‌ی اجرای بسته مراقبتی (۷۸/۳٪) بود. (سایر موانع در جدول ۱ آمده است). مهم‌ترین موانع در بعد فردی به ترتیب اولویت عبارت بودند از: مشغله کاری زیاد (۸۲/۶٪)، نداشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد این بسته (۷۳/۹٪)، خستگی کاری (۶۹/۶٪)، عدم رضایت شغلی (۵۶/۵٪) و عدم ارضای نیازهای پایه مانند کفایت درآمد یا استراحت کافی در پرسنل (۵۲/۲٪) بود (به سایر موانع در جدول ۲ اشاره شده است) و مهم‌ترین موانع محیطی دسترسی ناکافی پرسنل به بسته مراقبتی (۹۱/۳٪)، عدم ارتباط بین مراکز بهداشتی، پزشکان

مراکز بهداشتی که تمایل به همکاری با پژوهشگر را داشتند بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ی موانع اجرای بسته‌ی مراقبتی مادران باردار در سه یعد مدیریتی شامل ۱۳ آیتم، محیطی شامل ۷ آیتم و فردی شامل ۹ آیتم بود. که شامل مواردی می‌شد که به نظر می‌رسید می‌تواند مانع اجرای بسته مراقبتی مادران باردار در مرکز باشد. اعتبار ابزار گردآوری اطلاعات با روش اعتبار محتوی تعیین شد بدین ترتیب که ابزار توسط پژوهشگر از طریق مطالعه‌ی کتب و مقالات تهیه شده و سپس محتوای آن‌ها از طرف اساتید و اعضای هیئت علمی گروه پرستاری و مامایی دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس ارزیابی، اصلاح و در نهایت تأیید شده است و پایایی ابزار با آزمون همزمان در دو گروه و سنجش همبستگی بین آنها. ۰/۸۴ برآورد گردید پژوهشگر در ۵ مرکز شهرستان حضور یافته و پرسشنامه را در اختیار پرسنل قرار داده و در مورد نحوه‌ی تکمیل ابزار و بسته مراقبتی مد نظر توضیح می‌داد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، گزینه‌های مربوط به موانع اجرای مراقبت با پاسخ بله و خیر سنجش و داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب موانع فردی

ردیف	موانع فردی	بلی		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	نداشتن وقت کافی	۱۰	۴۳/۵	۱۳	۵۶/۵
۲	نداشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد این بسته	۱۷	۷۳/۹	۶	۲۶/۱
۳	مشغله کاری زیاد	۱۹	۸۲/۶	۴	۱۷/۴
۴	بی علاقه‌گی و دلسردی نسبت به حرفه ی خود	۷	۳۰/۴	۱۶	۶۹/۶
۵	عدم رضایت شغلی	۱۳	۵۶/۵	۱۰	۴۳/۵
۶	خستگی کاری	۱۶	۶۹/۶	۷	۳۰/۴
۷	عدم ارضای نیازهای پایه مانند کفایت درآمد یا استراحت کافی در پرسنل	۱۲	۵۲/۲	۱۱	۴۷/۸
۸	عدم رضایت از بخش محل خدمت	۱۲	۵۲/۲	۱۱	۴۷/۸
۹	نگرش منفی نسبت به اجرای بسته	۶	۲۶/۱	۱۷	۷۳/۹

جدول ۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب موانع محیطی

ردیف	موانع محیطی	بلی		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	دسترسی ناکافی پرسنل به بسته مراقبتی	۲۱	۹۱/۳	۲	۸/۷
۲	نبود امکانات کافی	۱۸	۷۸/۳	۵	۲۱/۷
۳	مناسب نبودن محیط فیزیکی	۱۸	۷۸/۳	۵	۲۱/۷
۴	عدم انگیزه در مادران	۱۰	۴۳/۵	۱۳	۵۶/۵
۵	زیاد بودن تعداد مادران تحت پوشش این پایگاه بهداشتی	۱۶	۶۹/۶	۷	۳۰/۴
۶	عدم مراجعه ی مادران باردار طبق روتین	۸	۳۴/۸	۱۵	۶۵/۱
۷	عدم ارتباط بین مراکز بهداشتی، پزشکان و بیمارستان ها	۱۹	۸۲/۶	۴	۱۷/۴
۸	عدم تجربه و مهارت کافی مربیان آموزش دهنده در مورد بسته	۱۳	۵۶/۵	۱۰	۴۳/۵

علایم حیاتی فقط در غالب فشارخون و آموزش فقط در غالب شیردهی و کلاس زایمان فیزیولوژیک بود و پرسنلی در مرکز برای آموزش و مشاوره وجود ندارد و تعداد مراجعین نیز زیاد می‌باشد.

■ بحث

در این مطالعه موانع اجرای بسته مراقبتی مادران باردار در سه ماه سوم از دیدگاه پرسنل بررسی شد. این بسته ی مراقبتی در ابعاد مصاحبه و بررسی پرونده، آزمایش‌ها و بررسی تکمیلی، معاینه بالینی، آموزش و مشاوره و مکمل دارویی و ایمن‌سازی می‌باشد که

و بیمارستان‌ها (۸۲/۶٪)، نبود امکانات کافی (۷۸/۳٪)، مناسب نبودن محیط فیزیکی (۷۸/۳٪) و زیاد بودن تعداد مادران تحت پوشش در پایگاه‌های بهداشتی (۶۹/۶٪) بود (به سایر موانع در جدول ۳ اشاره شده است).

طبق مشاهدات پژوهشگر در مراکز، مراقبت‌های دوران بارداری بر اساس برنامه ی روتین از پیش تعیین شده ارایه می‌شود و بیشتر شامل بررسی و معاینه فیزیکی بوده و به بعد آموزش و مشاوره توجهی نمی‌شود سؤالات در غالب علایم خطر و مشکل کنونی،

از جمله مراقبت دوران بارداری که زندگی بعد از زایمان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد بنابراین نمی‌تواند یکسویه باشد همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده جهت بهبود اجرای بسته مراقبتی مادران باردار که خود در نتیجه سبب سلامت مادر و نوزاد می‌شود لازم است تعاملی بین اجزای تیم بهداشتی و مدیران در سطح میانی برقرار شود تا از طریق آن بتوانیم به هدف‌های مورد نظر برسیم. ایجاد کانال ارتباطی میان مدیران و پرسنل باعث افزایش رضایت شغلی کارکنان و تغییر مثبت در جهت رشد مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها می‌شود (۳۱).

لازم است مدیران جهت بهبود اجرای بسته یک تیم تعاملی شامل پرستار، ماما و مدیران در سطح میانی تشکیل دهند تا با سازماندهی و هماهنگی برنامه‌ها بین پرسنل بهداشتی از حداکثر توانایی‌های آن‌ها استفاده کنند. در این تعامل پرستار به دلیل داشتن نقش‌هایی چون همکاری با دیگر اعضا تیم سلامت جهت بررسی و ارائه خدمات مؤثر و جامع، طراحی، آموزش و ارزشیابی مسائل مربوط به حفظ و ارتقا سلامت و پیشگیری از آسیب‌های قابل کنترل بر حسب نیاز، کمک در برنامه‌ریزی می‌تواند با آن‌ها همکاری کند. مدیران در شبکه‌های بهداشتی و بیمارستان‌ها به عنوان رهبر این تیم بهداشتی باید وظایف هر یک از اعضای تیم بهداشتی را تدوین و بر عملکرد آن‌ها نظارت بیشتری داشته باشند. دل (۱۹۸۹) می‌نویسد اثربخشی فعالیت‌های کارکنان در هر سازمانی به میزان زیادی وابسته به نظارتی است که دریافت می‌کنند و نظارت مناسب باعث ارتقاء و بهبود انجام کار می‌شود (۳۲). سوانسبرگ (۱۹۹۹) اظهار کرد در عصر حاضر آنچه ماموریت‌ها و اهداف سازمانی را تحقق می‌بخشد فعالیت مدیران آن سازمان‌هاست (۳۳). مدیران باید به صورت دوره‌ای با اعضای این تیم جلساتی تشکیل داده و به بررسی مشکلات موجود در مراکز بهداشتی بپردازند. برنامه‌های جدید مطرح شده از طرف وزارت بهداشت را با برگزاری کلاس‌های بازآموزی دوره‌ای در اختیار پرسنل مراکز قرار دهند و پرسنل را در مورد برنامه‌های جدید و ضرورت انجام آن توجیه کنند. تا همگام با ارتقاء سطح علمی و عملی پرسنل سطح رضایت را نیز در پرسنل افزایش دهند و با ارزشیابی‌های مستمر فعالیت کارکنان بهداشتی در حین ارائه خدمات مراقبتی و آموزشی کیفیت مراقبت‌ها را کنترل کنند.

■ نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت سلامت مادر و نوزاد و نقش مدیران در اجرای

به ندرت به عنوان یک پروتکل در مراکز مورد استفاده قرار می‌گیرد. طبق یافته‌ها مهم‌ترین موانع کمبود تعداد پرسنل نسبت به تعداد مادران، عدم توجه مدیران به نیازهای پرسنل، عدم آموزش به پرسنل در مورد نحوه‌ی اجرای بسته مراقبتی در بعد مدیریتی، مشغله کاری زیاد و نداشتن دانش در مورد بسته در بعد فردی و دسترسی ناکافی به بسته‌ی مراقبتی، عدم ارتباط بین مراکز بهداشتی و بیمارستان و شبکه بهداشت در بعد محیطی مطرح شده است. که با توجه به موانع می‌توان علت عدم اجرای بسته‌ی مراقبتی در مراکز را عدم تعامل بین تیم بهداشتی (پرستار، ماما) و مدیران در سطح میانی دانست. در مطالعه‌ی وفایی (۱۳۹۱) موانع برقراری ارتباط مؤثر میان ماما و زائو در بیمارستان‌های استان خوزستان از دیدگاه ماماها؛ سختی کار ماما، کمبود نسبت ماما به زائو، نداشتن انگیزه کاری مربوط به ماما و نامناسب بودن شرایط محیطی و کمبود امکانات رفاهی برای زائو از موانع محیطی مطرح شده است (۲۴). در مطالعه کلیر (۲۰۰۸)، کمبود نسبت پرستار به بیمار به دلیل مشغله کاری و خستگی ناشی از کار اضافی ممکن است باعث شود که پرستاران و ماماها فرصت کافی را برای ارتباط با مددجویان خود نداشته باشند (۲۵) و نتایج مطالعه پارک و همکار (۲۰۰۵) نیز نشان داد که مشغله کاری زیاد، یکی از مهم‌ترین موانع ارتباطی است که بر کیفیت و کمیت ارتباط مؤثر است (۲۶). بدین ترتیب با کاهش ارتباط پرسنل با مادران باردار میزان توجه به نیازهای آن‌ها کاهش یافته و بدین ترتیب کیفیت مراقبت‌ها کاهش و میزان عوارض مادری و به دنبال آن نوزاد افزایش می‌یابد. مطالعات انجام گرفته در راستای عوامل مدیریتی عمده‌تاً مربوط به عواملی چون کمبود وقت، کمبود نیروی انسانی و کمبود صلاحیت علمی و عملی پرسنل در اجرای مؤثر برنامه آموزش و روشن نبودن نقش آموزشی، سبک رهبری نامناسب و عدم حمایت مدیران و عدم کنترل و نظارت مناسب توسط آن‌ها است (۲۷-۲۹). یافته‌های مطالعه‌ی عابدی (۱۳۸۰) نیز نشان داد که مدیران به سلامت، رضایت شغلی و نیازهای کارکنان اهمیت زیادی نمی‌دهند (۳۰). بنابراین با توجه به اهمیت بالای سلامت مادران در سلامت تمامی اعضای خانواده به خصوص کودکان همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده باید به مشکلات موجود در مراکز جهت اجرای بسته مراقبتی توجه بیشتری داشت. در مراقبت‌های بهداشتی پیشگیری و درمان هیچ کاری انفرادی انجام نمی‌شود و همیشه باید مراقبت‌ها تیمی باشد تا به نتیجه مطلوب برسد.

■ تشکر و قدرانی

این مراقبت‌ها ضروری است با برنامه ریزی در جهت بهبود و ارتقای کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری از طریق افزایش نیروهای کاری، ایجاد کلاس و دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برای کارکنان، ارزشیابی مستمر خدمات کارکنان بهداشتی در حین ارائه خدمات مراقبتی و آموزشی و افزایش تعامل با پرسنل نقش عمده‌ای را ایفا کنند.

بدینوسیله، پژوهشگران مراتب قدرانی خود را از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، مسؤولین شبکه بهداشت و کلیه پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان فیروزآباد که در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، ابراز می‌دارند.

■ References

1. Tabriz Province Health Center. Health indicator [internet]; cited 2010 Available from: <http://www.tbzmed.ac>.
2. Jahfari N, Radpooyan SH. National safe motherhood program - the integrated care of maternal health in particular midwives and physicians. 3th ed. Tehran: Arvig publisher. 1385. [Persian]. 2004
3. The basic model of community-based midwifery [A. Farshbaf, G. Malekoti, ..., trans].. publish by: Tabriz nursing university 2012.
4. UNICEF (United Nations Children's Fund) in Iran. [M. GHabrai, trans]. Tehran: UNICEF. 2000.
5. Kanningham G, Gent N, Gilsterp I. pregnancy and Delivery [M.M. Aghsi, trans]. Tehran: Golban publisher. 2001.
6. Littleton LY, Engbretson JC. Maternal, Neonatal, and Women's Health Nursing, 2nd ed. USA: DELMAR, 2004.
7. Ghaedmohammadi Z, Anaraki A, Rahimi S. Prenatal care status in pregnancy that lead to death (perinatal compared to all pregnancies in bushehr at 1384. maternal and fetal health journal 1386; N8; 18-22
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom L, Hauth JC, Rouse DJ. Spong Williams Obstetrics. vol. 1. 23th ed, USA (New York): McGraw-Hill Companies; 2010.
9. Maternal and Child Health Bureau. Health start begin before baby is born. [Internet]. Cited, 2005 Available from http://www.mchb.hrsa.gov/programs/women_infants/prenatal.)
10. Jurabchi Z, Ranjkesh F, Asefzadeh S, Lai mun san. Impact of maternal health integrated care at incidence of complication during pregnancy and childbirth. Gazvin Medical University Journal 2012; No: 05 [Persian]
11. Tuladhar H, Dhakal N. Impact of antenatal care on maternal and perinatal outcome: a Study at Nepal Medical College Teaching Hospital. Nursing Journal of Gbsteries and Gynecology. NJOG 2011 ; 6 (2): 37-43
12. England B. Prenatal care satisfaction and resilience factors in Maryvale and South Phoenix, [Internet], 2006. Available from: http://www.maricopa.gov/Public_Health/epi/mch.aspx. accessed Jan 2008.
13. Nahidi F, Akbarzade A, Simber M. Quality of service delivery in health centers affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Payesh Journal 2012, 11 (4): 529-544. [Persian]
14. Farokhi F, KHadivzadeh T. Quality of midwifery performance in providing prenatal care in health centers depend on to Mashhad Medical University . Payesh Journal 1387; N3: 203-210. [Persian]
15. Ahmed A, Labrillages M, Knapp B. Prenatal care: a critical component of maternal and child health university of Maryland. [Internet], 2005. from available <http://www.cmchswe.umaryland.edu/practice/pregnancy.pdf>
16. Orvos H, Hoffmann I, Frank I, Katona M, Pál A, Kovács L. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care. A retrospective study in Szeged, Hungary. European Journal of Obstet Gynecol Reprod. 2002; 100(2): 171-3
17. Stringer M. Issues in determining and measuring adequacy of prenatal care. Journal of Perinatal 1998; 18(1): 68-73.
18. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GH, et al Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitoria, Espirito Santo, Brazil. Women Health 2010; 50(3): 229-240

19. Kelley TM, Stack SA. Thought recognition, locus of control and adolescent wellbeing. *Jouranal of Adalescence*. 2000; 35(139): 531-550.
20. United Nation Population Fund, International conference on population and development, UNFPA Cairo: Egypt, 1994.
21. Majidi S, Moradi A. Causes of irregular Reference of pregnant women who receive prenatal care at inpatient women in hospitals. *s journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 1383; 22(1):p.p (32-38).
22. Raymon Kh. Pregnancy and Nursing cares for mothers. 2002 [Internet] Available from [http://www.Nursing. Com](http://www.Nursing.Com). Accessed. June 2004. P.1130-1138.
23. Health Sector Re form [Internet] of 2004. No. 65. Available from: [www. Who.Int /tdr/ research/ finalreps/ no65.Htm](http://www.Who.Int/tdr/research/finalreps/no65.Htm)
24. Vafai Z, Javadnuri M, Najari SH, Latifi M. Barriers of effective communication between midwives and pregnant mother in Khuzestan hospitals 2012. *Iranian Journal of Gynecology* 2013; 15(40): 10-15.
25. Park EK, Song M. Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of Profenional Nursing* 2005 Feb;42(2):159-66.
26. Cleary M, Edward C, Meehan T. Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: an exploratory investigation. *Australian Journal of Mental Health Nursing* 2008 Sep;8(3):109-1
- 27- Paul F, Flek E. Patient information: involving the user group. *Journal of Continue Education Nursing*, 2001; 16(10): 405-407.
- 28- Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J ContEducNurs*, 2002; 33(3): 112-118.
29. Ashghali-Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Hajizadeh E. Obstacles of patient Education in CCU and Post CCU: A Grounded Theory Study. *Iran Journal of Nursing* 2009, 22(58):55-73.
30. Abedi HA, Ghorbani L, Zandie Z. Preparation of a organization in execution of Participative management. *Nursing & Midwifery research*. 2001; 18: 65-74. [Persian]
31. Liu Y. Complexity science and participation in decision making among Taiwanese nurses. *Nursing Management*. 2008; 16(3): 291-297
- 32- Dell T. *How to Motivate People*. London KoganPage: 1989.
- 33- Swansburg R. C. *Management and leadership for nurse manager*; Boston: Bostjones&Batlett Publishers. 1999.

Assessing health care providers' views in health centers about barriers to the implementation of maternal care package in the third trimester: case study

Malihe Hasani tayebi, Sima Kermanshai[■]

Introduction: In regard to importance in maintenance and improving of mother and neonate health, it is necessary to identify factors that would be prevent implementation of maternal standard care package in the third trimester.

Aim: This study was done for assessing health care providers' views in health centers in Firozabad provenience about barriers to the implementation of maternal care package in the third trimester.

Method: This study was descriptive - cross sectional that was done in 2012. In five health centers in Firozabad provenance assessed views of their personnel. All of the personnel (23) who worked in health centers were participate in this study. Data gathered by questioner that designed by researcher in three domains; administrative factors (13 items), individual factors (9 items) and environmental factors (7 items). Its' reliability was measured by concurrent test in two groups and their correlation was 0.84. Also, the first researcher used observation for how staff implement of maternal care package in the third trimester for mothers. Data analyzed by Spss 16.

Results: The findings showed that the majority of staff (39.1) was in the age group 30-35. And most of them were midwives. The main obstacle was individual factor; (82.6%) of them having hard work and (73.9%) of them had lack of knowledge about maternal care package (73/9. In environmental factors; inadequate access to health care package was (91.3%) and lack of communication between health centers, hospitals and health network was (82.6%).In administrative factors; staff shortages was (95.7%) and lack of on the job training about implementation maternal care package was (78.3%).Also, observations showed that the majority of nursing maternal care were physical examination for mothers, their vital sign measuring; special blood pressure, interviews with them were about risk symptoms and chief complains and mothers' education was about breast feeding and physiologic delivery only.

Conclusion: It is nessecary that health care managers play a vital role in planning for improving quality maternal care by increasing workforce, on the job training and continuing performance evaluation for them and increased their interaction with them.

Key words: health care provider, maternal care package, third trimester

Hasani Tayebi M.

MSc. Graduated. TarbiatModares University, Tehran, Iran.

■ **Corresponding author:**

Kermanshai S.

PhD. Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Address: kerman_s@modares.ac.ir

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Second Year, Vol 2, No 3, Autumn 2013