



دوره اول شماره ۲ بهار ۱۳۹۱ - شماره استاندارد بین المللی: ۸۶۱۴-۲۲۵۱

- ۷..... - بررسی عملکرد مدیران و پرستاران در مراقبت ایمن از بیماران از دیدگاه پرستاران
معصومه همتی مسلک پاک، حسین حبیب زاده، حمیده خلیل زاده
- ۱۵..... - بررسی رابطه فرهنگ سازمانی با فرسودگی شغلی کارکنان بهزیستی استان تهران
وحید راشدی، مهشید فروغان، محمدعلی حسینی
- ۲۳..... - ارتباط سبک زندگی با پرفشاری خون در جمعیت روستایی شهرستان گرگان
مرتضی منصوریان، مصطفی قربانی، ناهید شفیعیان، حمید آسایش، هادی رحیم زاده برزکی، زینب شفیعیان، طاهره عارفی راد، درسا مقصودلو
- ۲۹..... - بررسی همبستگی تفویض اختیار و رضایت شغلی پرستاران
فاطمه کفعمی، سیدقاسم موسوی، محدثه محسن پور، وحید قنبری
- ۳۵..... - بررسی رابطه راهبردهای منابع انسانی با حمایت سازمانی درک شده و تعهد سازمانی پرستاران: ارائه الگو
مصطفی رضایی راد، حبیب اله دعایی
- ۴۴..... - بررسی همبستگی هوش فرهنگی با تعامل اجتماعی در پرستاران
محمد رضا آهنچیان، رعنا امیری، محمود بخشی
- ۵۴..... - طراحی و روان سنجی "مقیاس رضایتمندی پرستار از گزارش نویسی"
سید عبدالصمد عطارزاده بهیهمانی، فریده یغمایی، نیما اختردانش، حمید علوی مجد
- ۶۶..... - مراقبت در حال تغییر: چالش فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت
منیژه اسکندری، عباس عباس زاده، فریبا برهانی

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره یکم - شماره ۲ - بهار ۱۳۹۱

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی
- سردبیر: دکتر فریده یغمایی
- معاون سردبیر: فرشته نجفی
- شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴
- شماره بین المللی نشریه چاپی: ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸
- رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|--|---|
| - دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان |
| - دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج | - دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس | - دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا |
| - دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد |
| - دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس |
| - دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر ناھید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد | - دکتر کیان نوروزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز | - دکتر علیرضانیکیخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان- خوراسگان | - دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد |
| - دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله | - دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |

داوران این شماره:

- | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------|
| - دکتر اکبر بیگلریان | - دکتر عباس عبادی | - فرشته نجفی |
| - دکتر محمدعلی حسینی | - زهرا فتوکیان | - دکتر کیان نوروزی |
| - دکتر حمید رضا خانکه | - دکتر مسعود فلاحی خشکناز | - دکتر فریده یغمایی |

• **ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

• **ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

• **حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

• **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

مراقبت در حال تغییر: چالش فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت

منیژه اسکندری^۱، *عباس عباس زاده^۲، فریبا برهانی^۳

چکیده

مقدمه: نظام ارائه مراقبت سلامت در برآورده کردن نیازهای جامعه روستایی با چالش‌های زیادی مواجه است و تاکنون توجه کافی به این مسئله نشده است. مطالعه حاضر با هدف کشف چالش‌های فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا می‌باشد. ۱۷ نفر از مراقبین سلامت روستا بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها به صورت مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شد و به روش تحلیل محتوا کیفی آنالیز گردید.

یافته‌ها: آنالیز داده‌ها منجر به شکل‌گیری یک طبقه تحت عنوان چالش‌های در حال ظهور در فرایند مراقبت در جامعه روستایی شد که این چالش‌های فرایند مراقبت شامل زیر طبقه‌های متعددی است: تغییر در ویژگی‌های جامعه روستایی، افزایش در پیچیدگی فرایند مراقبت، کاهش کارآمدی نیروی کار و کاهش رغبت دریافت مراقبت توسط مردم می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تغییر در فرایند مراقبت، نظام سلامت باید بوسیله ارائه الگوهای جدید مراقبت از سلامت به چالش‌های جدید در حال وقوع در این مناطق پاسخ دهد.

واژه‌های کلیدی: فرایند مراقبت سلامت، جامعه روستایی، مراقبت در حال تغییر، تحلیل محتوا، مراقبین سلامت

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۷

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، واحد بین الملل بم، بم، ایران

۲- دانشیار مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: aabaszadeh@hotmail.com

۳- استادیار دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

سلامت روستا در سال های اخیر مورد توجه واقع شده است و ارائه مراقبت سلامت روستا یک موضوع مهم و بحث بین المللی است (۱). حدود نیمی از جمعیت ۷ میلیاردی دنیا هنوز در مناطق روستایی زندگی می کنند. سلامت این افراد از اهمیت بسیاری برای پرستاران، ماماها و دیگر فراهم آورندگان مراقبت سلامت، همچنین نظام های ارائه مراقبت سلامت و دولت ها برخوردار است. لذا خدمات قابل ملاحظه ای در آن مناطق لازم است (۲). جمعیت های روستایی به مراقبت سلامتی کافی و نظام مراقبتی که چنین مراقبتی را فراهم کند، نیاز دارند. اشخاص صرف نظر از مکان، حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت را دارند (۳). اما جوامع روستایی مشکلات سلامتی بسیاری در مقایسه با هم تیان شهری دارند (۴ و ۳).

برنامه مراقبت سلامتی اولیه عموماً به عنوان بیشترین راهبرد برای برآورده کردن نیازهای مناطق روستایی در سراسر مناطق دنیا استفاده می شود (۲). درحالی که مفهوم مراقبت سلامتی اولیه به عنوان یک روش برخورداری "سلامتی برای همه" پا برجا باقی مانده، ولی وحدت رویه اندکی در اجرای آن وجود داشته است. بسیاری از برنامه های مراقبت سلامتی اولیه در کشورهای کم درآمد جهت ارائه خدمات درمانی و پیشگیری برای مناطق فقیر روستایی از کارکنان سلامت جامعه مانند بهورز استفاده کرده اند که به لحاظ امکانات و تربیت از کفایت لازم برخوردار نبوده اند. بسیاری از این خدمات توسط مردم به طور ضعیفی استقبال شده است، بنابراین، این برنامه ها عموماً ناموفق در نظر گرفته می شوند (۵). کیفیت، اثربخشی و کارایی خدمات مراقبت از سلامت به طور اصلی به کارایی آنهایی که ارائه دهنده آن هستند بستگی دارد. فقط افراد حرفه ای ماهر و خوب تربیت شده می توانند مراقبت سلامتی با کیفیت بالا را فراهم کنند (۶).

ایران برطبق سرشماری سال ۲۰۰۶، بیش از ۷۰ میلیون جمعیت دارد که ۲۳ میلیون (۳۳ درصد) روستایی هستند. کشور ایران ۳۰ استان با بیش از ۶۸۰۰۰ روستا دارد (۸ و ۷). نظام مراقبت سلامتی اولیه ایران برای بهبود دستیابی به مراقبت

سلامتی برای محرومین و کاهش شکاف بین پیامدهای سلامتی در مناطق شهری و روستایی مستقر شده است (۹). در ایران خانه بهداشت، معمولاً تنها تسهیلات سلامت قابل دسترسی برای مردم روستا و به عنوان پایه ترین واحد شبکه مراقبت سلامتی اولیه است (۱۰). تجهیز خانه های بهداشت با کارکنان آگاه و شناخته شده به عنوان بهورز، از جوامع بهداشت محلی می باشد. بهورزها یک نقش اساسی در نظام مراقبت اولیه سلامتی ایران داشته اند (۱۱). بی شک در ضمن دو دهه گذشته شاخص های سلامت در ایران به طور قابل توجهی بهبود یافته اند (۹). لیکن گرچه یک بهبود قابل توجهی در وضعیت مراقبت سلامتی در ضمن بیست سال گذشته برای ایرانی ها وجود داشته است، اما هنوز نظام ارائه مراقبت سلامت در مناطق روستایی در برخورد با نیازهای جامعه با چالش های زیادی مواجه است (۱۲). مطالعات نشان می دهند که علاوه بر مشکلات اولیه، نظام مراقبت سلامتی اولیه با چالش های جدیدی مواجه شده است.

جامعه ایران در حال تجربه تغییر سریع در همه جنبه های زندگی است: تغییر سبک زندگی، تغییرات جمعیت شناسی، تغییرات محیطی و اقتصادی اجتماعی، هم چنین به علت گذار اپیدمیولوژیک، الگوهای سلامت و ابتلا تغییر کرده اند. لذا نظام سلامت برای دستیابی به رسالت خود باید به موقع به این تغییرات پاسخ دهد (۹ و ۱۳).

در سراسر دنیا، فراهم آورندگان اولیه مراقبت سلامت روستا پرستاران هستند. این یک حقیقت هم در کشورهای توسعه یافته و هم در حال توسعه می باشد. شناخت نقش پرستاران در مراقبت سلامتی اولیه به لحاظ ملی و بین المللی در حال افزایش است و به عنوان ضرورتی برای دستیابی پیامدهای سلامتی جمعیت و دستیابی بهتر به خدمات مراقبت اولیه دیده شده است (۲). امروزه حرفه پرستاری یک فرصت منحصر به فرد برای هدایت پژوهش هایی دارد که در توسعه دانش که نهایتاً کیفیت سلامت و مراقبت سلامتی افراد را در جوامع روستایی بهبود خواهد بخشید مشارکت کند (۱۴).

فرآیند مراقبت سلامت در روستا های ایران مورد غفلت واقع شده است و تا کنون مطالعه ای که نشان دهنده روند مراقبت سلامت در مناطق روستایی باشد انجام نشده است. با توجه به تناسبی که بین فلسفه پرستاری و پژوهش کیفی وجود دارد، بدین صورت که مراقبت حرفه ای و پژوهش کیفی، هردو به دانش زمینه اجتماعی وابسته اند، اجرای چنین پژوهشی ضروری است. (۱۵). در این پژوهش کوشش شد تا با روش کیفی، تجارب مراقبین سلامت روستا پیرامون چالش های فرایند مراقبت در روستا حاصل شود. مطالعه حاضر با هدف کشف چالش های فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوا می باشد که با هدف کشف چالش های فرایند مراقبت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت انجام گرفت. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۷ نفر از مراقبین سلامت روستا بودند که بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف، بامعیارهایی چون دارا بودن تجربه غنی در زمینه مراقبت در روستا و تمایل به بیان تجربه شان انتخاب گردیدند. جمع آوری داده ها با روش مصاحبه ی نیمه ساختار یافته ی عمیق همراه با مشاهده صورت گرفت. محور سوالات مصاحبه، چگونگی روند مراقبت در روستا بود. کلیه مصاحبه ها پس از ضبط، بلافاصله به صورت کلمه به کلمه پیاده شدند. مدت زمان مصاحبه ها به طور متوسط ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه با شرکت کنندگان در پژوهش تا حصول به اشباع داده ها ادامه یافت. کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حق کناره گیری از مطالعه، حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید. تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. این فرایند شامل کدگذاری باز، ایجاد طبقات و انتزاعی ساختن می باشد (۱۶). در ابتدا همه مصاحبه ها به صورت متن در آورده شد. سپس متن ها چندین بار خوانده شدند و کدهای اولیه (واحد های معنایی) مشخص شدند. در فرایند کدگذاری باز،

پژوهشگر داده ها را خط به خط و کلمه به کلمه بررسی نمود و اجازه داد که کدها آزادانه ایجاد شوند، طوری که همه جنبه های محتوا حتی الامکان از زبان خود پاسخ دهندگان توصیف شود. در گام بعدی کدهایی که به لحاظ معنایی مشابه بودند، در طبقات یکسان قرار گرفتند و سپس این طبقات تحت عنوان طبقات بزرگتر گروه بندی شدند. هدف از گروه بندی، کاهش تعداد طبقات بوسیله ادغام طبقات مشابه یا غیر مشابه درون طبقات گسترده تر بود. نهایتاً طبقات به منظور آشکار سازی معانی ضمنی شان در یک سطح تفسیری انتزاعی شدند.

برای اطمینان از دقت وصحت مطالعه از معیارهای پیشنهادی Guba & Lincoln برای پژوهش کیفی شامل اعتبار، انتقال پذیری، وابستگی و تایید پذیری استفاده شد (۱۷). بدین ترتیب که از روش هایی چون بازنگری کدها توسط مشارکت کنندگان برای تایید صحت داده ها، بازدید مجدد داده ها برای اطمینان از ثبات در طول زمان، فرستادن داده های مصاحبه برای پژوهشگر مستقل برای تایید توافق در آنالیز داده ها، درگیری مداوم و طولانی پژوهشگر و تلفیق داده ها استفاده شد.

یافته ها

آنالیز داده ها نهایتاً منجر به شکل گیری یک طبقه تحت عنوان چالش های در حال ظهور در فرایند مراقبت در جامعه روستا شد که این چالش های فرایند مراقبت شامل زیر طبقه های مانند: تغییر در ویژگی های جامعه روستایی، افزایش در پیچیدگی فرایند مراقبت، کاهش کارآمدی نیروی کار و کاهش رغبت دریافت مراقبت توسط مردم می باشند.

تغییر در ویژگی های جامعه روستایی

یافته ها حاکی از این است که ویژگی های جامعه روستایی از لحاظ سبک زندگی، الگوی بیماری ها و انتظارات و توقعات مردم از نظام سلامت در حال تغییر می باشد.

الف- تغییر در سبک زندگی و الگوی بیماری

تجربه مراقبین سلامت نشان می دهد که الگوی بیماری ها در جامعه روستایی در حال تغییر است و بیماری های مزمن در

بر اساس تجارب مراقبین سلامت انتظارات و توقعات مردم نیز در جامعه روستایی در حال تغییر است و اساساً سطح توقعات مردم یک الگوی رو به افزایش دارد.

"... توقع مردم خیلی رفته بالا توقع شان بالا است خیلی پرتوقع شدند آنها توقع دارند هر مشکلی دارند ما براشون حل کنیم ..."

یکی از مهم ترین انتظارات و توقعات مردم در ارتباط با تامین نیازهای دارویی و درمانی شان است. مردم انتظار دارند که بهروز خانه بهداشت توانایی تامین داروهای اولیه و تجویز آنها را داشته باشد.

"... مردم بهروز را به عنوان یک عامل درمانی هم در نظر می گیرند می گویند بهروز باید دارو در اختیارش باشد که درمان هم کند مثلاً بیماری فشارخون قند خون و بیماری اسهالی باید دارو در اختیار بهروز باشد که ما را درمان کند ما نخواهیم اینقدر راه جایی دیگه برویم ..."

"... اگر قرار ما بیاییم خونه بهداشت باید خانه بهداشت دارو بدهد درمانمان کند نه فرم ارجاع ما بگیریم بریم درمانگاه می گویند باید راحت تر باشد نخواهیم از خونه بهداشت فرم ارجاع بگیریم یا باید مستقیم برویم درمانگاه یا اگر باید مراجعه کنیم خونه بهداشت باید دارو بهمون بدهند ..."

بخشی از انتظارات مردم هم به نیازهای آموزشی آنها مربوط می گردد

"... مردم می آیند یک چیزی می گویند اصلاً من نه بلدم نه به قولاً به کار من می آید مردم می آیند یک دارویی از من می پرسند که من اصلاً بلد نیستم که اصلاً این دارو به درد چی می خورد توقع دارند که من بلد باشم ..."

افزایش پیچیدگی در روند مراقبت

بررسی روند مراقبت در مناطق روستایی بر اساس تجارب مراقبین سلامت نشان دهنده افزایش پیچیدگی در روند مراقبت از سلامت در این مناطق است. این افزایش پیچیدگی هم شامل افزایش تنوع و تعدد کار مراقبین سلامت و هم شامل افزایش جمعیت نیازمند مراقبت در طول زمان بوده است.

الف- افزایش تعدد و تنوع کار مراقبین سلامت

جامعه روستایی روند رو به افزایشی را در طی سال های اخیر داشته است. این روند رو به رشد به خصوص در مورد بیماری هایی مانند فشارخون و دیابت به وضوح دیده می شود. هم چنین سایر بیماری های غیر واگیر مانند امراض عصبی، بیماری های سرطانی و اعتیاد را نیز شامل می شود.

مشارکت کننده ای (بهروز) می گوید:

"... فشار خون خیلی افزایش پیدا کرده است. روز اول که من اومدم فشارخون ده تا بیشتر نبود قند خون دو تا داشتیم الان این قدر زیاد شده است ..."

"... نتیجه اش این است که آمار فشارخون و دیابت خیلی بالا رفته است ما سال ۸۵ درکل ۱۲ مورد دیابت داشتیم حالا شده ۲۴ تا، دو برابر شده است ..."

"... بیماری های روحی روانی الان خیلی زیاد شده است در حال حاضر شصت هفتاد درصد مردم مشکل اعصاب دارند که بیشتر به خاطر بیکاری است بیشتر جوانها اعتیاد پیدا می کنند ..."

هم چنین یافته ها نشان می دهند که سبک زندگی مردم در روستاها رو به تغییر است و در زمینه خیلی از رفتارهای مرتبط با سلامت مثل تغذیه، حرکت و فعالیت به سبک زندگی مردم در مناطق شهر نشین شبیه شده است. این امر موجب افزایش بیماری های مزمن به ویژه دیابت و فشارخون شده است.

"... مردم قبلاً تحرک شان بیشتر بود هر که دامی داشت شیری دوغی ماستی داشت نوشابه کمتر بود حالا شده نوشابه، سوسیس، کالباس، غذاهای آماده. جوانان شان که دیگه اصلاً خونه غذا نمی خورند همش شده غذاهای آماده شده نتیجه اش فشارخون و دیابت ..."

"... از لحاظ چاقی و عدم تحرک معمولاً زندگی ها حالا چه تو شهر چه تو روستا همش شده ماشینی، لباسشویی، جارو برقی، همه آشپزخونه ها تو خونه قرار دارد زن ها از خونه شون در نمی روند زن ها دیگه کشاورزی سر زمین نمی روند کمک بدهند تقریباً همه دارند چاق می شوند ..."

ب- تغییر در انتظارات و توقعات مردم

یافته ها حاکی از آن است که به لحاظ کمی بهورزها با افزایش بار کار مواجهه شده اند که همین مسئله منجر به ایجاد احساس تراکم و فشردگی کاری برای آنان شده است.

"... شش هفت تا کارشناس می آیند خدا شاهد خیلی وقت ها من موندم جواب کدومشون را بدهم. همزمان این دارد از من می پرسد فلان طرح چه کار شد؟ هنوز جواب این را ندادم اونمی که اونجا نشسته می گه خوب پرونده زن های حامله ات را بیاور. این که اینجا نشسته خوب چه کار کردی هفته قبل چه کلاسی گذاشتی؟ روبرویی فوری می گه بهداشت محیط چه کار کردی؟ هنوز جواب ندادم پشت سری گیر می دهد عمو نرفتی نمونه آب هم بگیری حجم کار زیاد بعد طرف می آید اینجا همزمان آدم را می بندند به گلوله ..."

"... کار ما خیلی زیاد است کار بهورز خیلی فشرده است. من اگر امروز کار نکنم فردا کارم رو هم انباشته می شود اگه ۵ روز بروم مرخصی باید بیایم شب و روز کار کنم که جبران بشود یک معلم تو اداره آموزش پرورش اگه نباشد یک معلم دیگه جاش می گذارند خیلی فرق دارد. خود درمان بیمارستان هم اگه پرستار نباشه یکی جانشین او هست مسئولیتی ندارد ولی بهورزها این طور نیست بهورز اگر کار نکند عقب می مونه اگر هم مرخصی رفت که وا مصیبتا..."

"... کارهایی که از ما می خواهند خودشون می دونند خود وزارت خانه می دونه که این کارها خیلی زیادت از ساعات کاری بهورزی است حتی ۴-۵ ساعت در روز کم می آورد ..."

ب- قابلیت ناکافی نیروی کار

بر اساس تجربه مراقبین سلامت، آنها از نظر کیفی از صلاحیت های کافی برخوردار نیستند. ابعاد قابلیت ناکافی متنوع هستند و شامل مواردی چون مهارت ها و دانش آنها می باشد.

یافته ها حاکی از این است که قابلیت ناکافی بهورز در زمینه نیازهای آموزشی جامعه یکی از چالش ها است.

در این ارتباط مشارکت کننده ای (بهورز) می گوید:

"... اطلاعات من (بهورز) در کار بهداشت روان یک کتابچه در حد بیست برگ این چند بار بهش بگم تاثیر نگذارد چه کار

یافته ها بیانگر این است که تعداد و نوع کارهای مراقبین سلامت همواره روبه افزایش بوده است که این مسئله در حال تبدیل شدن به یک چالش کاری برای آنان است.

"... هر روز یک کار جدیدی هر روز یک چیز جدیدی روز اول که ما اومدیم تعداد کارهایمان خیلی کمتر بود الان هر روز یک کار جدید به کارهای قبلی اضافه می شود..."

"... روز اول که من اومدم سر کار تعداد کارها نه تا بود ولی الان شده بیست تا کار روز به روز کارهامون زیادت می شود..."

ب- افزایش جمعیت نیازمند مراقبت

هم چنین داده ها حاکی از این است که دامنه جمعیت نیازمند مراقبت ها نیز روز به روز در حال گسترش است و جمعیت نیازمند مراقبت در طی زمان رو به افزایش است.

"... روز به روز به جمعیت تحت مراقبت اضافه می شود قبلا فقط کودکان زیر شش سال مراقبت می شدند اما الان کودکان زیر هشت سال باید مراقبت بشوند یا قبلا فقط خانم های حامله مراقبت می شدند اما الان هر خانمی از همون لحظه ای که تصمیم به بارداری می گیرد باید مراقبت بشود..."

"... یک مادر از همان روز که حامله می شود مراقبت می شود بچه اش که به دنیا می آید تا سن دو سالگی که شیر می خورد مراقبتش طبق روال انجام می شود. بعد تا ۶ سالگی بازهمین جور مراقبت می شود. بعد از این مدت تو مدرسه دانش آموز دبیرستان باز مراقبت می شود باز مقطع سنی شصت سال به عنوان سالمند باز مراقبت می شود تا زمانی که عمرش باقی باشد جمعیت در حال مراقبت همین طور مرتب افزوده می شود..."

کاهش کارآمدی نیروی کار

تجربه مراقبین سلامت نشان می دهد که بهورزها به لحاظ کمی و کیفی در پاسخگویی به نیازهای این جامعه در حال تغییر دچار چالش شده اند.

الف- افزایش بار کاری مراقبین سلامت

"... مردم دیگه خیلی نمی آیند هر روز بخواهند بیایند می گویند ما کار وزندگی داریم هفته ای دو سه بار بلند شوند بیایند..."

"... باید به زور بیاریش چند بار برایش توضیح بدهی تا متقاعدش کنی بیاریش..."

"... مردم سرد شدند کم کم تا اینکه کارمون کشیده به اینجا مراجعه کننده داریم ولی اونجوری که باید باشد نیست..."

"... مثل اینکه عادت کردند زیاد مراجعه نمی کنند بهونه می آورند برای نیامدنشان یک جورایی عادت کردند وقتی می گویند می گویند آقای ... همیشه خودش می اومده وسیله نداریم راهمان دور گرم است بهانه های این جوری می آورند..."

ب- کاهش رغبت مردم در آموزش پذیری از

بهورز

داده ها هم چنین بیانگر این است که مردم معمولاً در کلاس های آموزشی با رغبت شرکت نمی کنند و یا با اکراه شرکت می کنند.

"... بخواهیم آموزش بدهیم مردم می گویند ما خودمون کارو زندگی داریم نمی توانیم هر روز بلند بشویم بیاییم..."

"... چه جواب هایی که نمی دهند فکر می کنند می خواهند برای ما می آیند ولی وقتی آموزش ها زیاد بشود مردم دیگه با بی میلی می آیند جمع کردن مردم خیلی مشکل است..."

"... در روستای اصلی خیلی دعوتشان کردم دیگه نمی آیند تو این چند سال دیگه الان وقتی می خواهم دعوت کنم باید سی نفر را دعوت کنم تا ۵ نفر بیایند..."

یافته ها نشان می دهد که یکی از دلایل کاهش رغبت آموزش پذیری مردم از بهورزها به دلیل احساس کلیشه ای بودن صحبت بهورزها است.

"... می گویند بحث هاتون تکراری است من یک سری کلاس تغذیه گذاشتم همشون غر می زدند می گویند وای ما را کشانید اینجا باز حرف های تکراری بگویی یک مدتی است خیلی نمی آیند خیلی مشتاق نیستند..."

کنم یک فصلنامه که می آید یک برگش درباره بهداشت روان است من که اطلاعاتم در این حد نیست..."

مشارکت کننده دیگری (بهورز) می گوید:

"... من اطلاعاتم مگر در چه حد است یک پوستر یک پمفلت به ما دادند از بس که به این مادری که بچه اش اختلال رشد داشته گفتم بهتر نمی شود چه کار باید کنم یک جایی نیست که این مادر برود مشاوره بشود..."

"... من بهورز شاید در حد خیلی از بیماری ها نمی دونم خیلی از بیماری قلبی وکبدی است که ما نمی شناسیم وقتی از خود مریض هم می پرسیم نمی دونه بعد هم خیلی از سوالات را واقعا ما خودمون هم نمی دونیم نخوندیم..."

داده ها هم چنین نشان دهنده این است که بهورزها در زمینه مهارت های مورد نیاز هم از قابلیت های کافی برخوردار نیستند.

در این مورد مشارکت کننده ای (بهورز) می گوید:

"... مثلاً عشایر می آید اینجا یک آمپول دگزامتازون می آورد نمی توانیم برایش بزنیم بر می گرده یا می رود شهر..."

"... خیلی موقع ها شده هیچ کاری نتونستم بکنم مادر باردار اومده صدای قلب بچه اش را نشنیدم هیچ کاری نتونستم بکنم فقط می گم برو بالاتر مریض می آید دست خالی بر می گردد هیچ کاری از دستم بر نمی آید..."

کاهش رغبت دریافت مراقبت توسط مردم

یافته حاکی از کاهش رغبت دریافت مراقبت توسط مردم مناطق روستایی است. این کاهش رغبت در دریافت مراقبت در دو بعد کاهش رغبت برای مراجعه به خانه بهداشت، کاهش رغبت آموزش پذیری از بهورز عینیت یافته است.

الف- کاهش رغبت مراجعه مردم

تجارب مراقبین سلامت نشان می دهد که رغبت مردم برای مراجعه به خانه بهداشت در حال کاهش است. مردم یا به خانه بهداشت مراجعه نمی کنند یا با اکراه مراجعه می کنند.

مشارکت کنندگان می گویند:

" .. مشکل من اینه که نمی تونم کلاس بگذارم تو دعوت کردنش است مردم اینقدر من دیگه اینو براش گفتم که دیگه نمی آید ..."

بحث

بر اساس یافته های این مطالعه مراقبین سلامت جامعه در جامعه روستایی ایران با چالش های جدید در روند مراقبت از سلامت مواجه شده اند. یکی از این چالش ها تغییر در ویژگی های جامعه روستایی است. سبک زندگی والگوهای بیماری در جوامع روستایی در حال تغییر می باشد و بیماری های مزمن مخصوصا فشارخون و دیابت در حال تبدیل شدن به یک مشکل سلامتی اصلی در این جوامع می باشند که علت اصلی آن تغییرات سبک زندگی مردم و شبیه شدن رفتارهای مرتبط با سلامت شان با مردم نواحی شهرنشین می باشد. نتایج این پژوهش با مطالعه صدریزاده هم خوانی دارد. بر طبق مطالعه وی نظام مراقبت سلامتی اولیه با چالش های جدیدی مواجه شده است. جامعه ایران در حال تجربه تغییر سریع در همه جنبه های زندگی مانند تغییر سبک زندگی، تغییرات جمعیت شناسی، تغییرات محیطی و اقتصادی اجتماعی، هم چنین به علت گذار اپیدمیولوژیک، الگوهای سلامت و ابتلا تغییر کرده اند. از یک طرف، بیشتر بیماری های قابل سرایت اندمیک کنترل، حذف یا ریشه کن شده اند. از طرف دیگر، به علت کاهش مرگ، افزایش امید زندگی و افزایش جمعیت سالمند، بیماری های غیر قابل انتقال در بالای فهرست عوامل مرگ در حال ظهور هستند. بر اساس اطلاعات اخیر سه علت منجر به مرگ بیماری قلبی، صدمات و سرطان هستند (۹).

تغییر در انتظارات و توقعات مردم نیز یکی دیگر از چالش های در حال ظهور در روند مراقبت است. این انتظارات و توقعات مردم از نظام سلامت در جامعه روستایی یک روند رو به رشد دارد. مطالعات در رابطه با اصلاحات نظام مراقبت سلامت نیز نشان می دهد که یکی از عوامل محرک برای اصلاح ساختار نظام بهداشت و درمان مراقبت، افزایش انتظارات مردم از نظام سلامت و درخواست برای دسترسی به مراقبت با کیفیت می

باشد (۱۸). هم چنین نتایج این پژوهش با مطالعه صدریزاده که یکی از چالش های نظام بهداشت و درمان ایران را افزایش تقاضا برای بهبود مراقبت با کیفیت می داند هم خوانی دارد (۹). گسترش تنوع در روند مراقبت به علت افزایش تعداد و متنوع شدن کارهای مراقبین سلامت و افزایش جمعیت نیازمند تحت پوشش آنها نیز به نوعی باعث افزایش پیچیدگی در فرایند مراقبت در جامعه روستایی ایران شده است. لذا مراقبین سلامت را با احساس فشرده گی و تراکم کاری و در نتیجه افزایش بار کاری مواجه ساخته است. نتایج این پژوهش با مطالعه محمد علیزاده و همکاران مطابقت دارد. آن ها ذکر کردند که از دیدگاه فراهم آوردن گان سلامت یک مشکل اصلی این بود که آنها مسئول انجام کارهای متفاوتی بودند (۶). هم چنین این نتایج با نتایج مطالعه جوان پرست و همکاران که مراقبین سلامت بار کاری زیاد را به عنوان مانعی برای کارایی اثربخش ذکر کردند نیز هم خوانی دارد (۱۹).

از طرف دیگر احساس قابلیت و صلاحیت ناکافی مراقبین سلامت و محدودیت توانایی آنها به لحاظ مهارت ها و توانمندی های آموزشی آن ها از دیگر چالش های در حال ظهور در حوزه فرایند مراقبت در روستا می باشد. مطالعه محمد علیزاده و همکاران نیز نشان می دهد که یکی از چالش های اصلی از دیدگاه مراقبین سلامت احساس صلاحیت ناکافی آن ها برای انجام وظایفی است که به خوبی برای انجام آن ها آماده و تربیت نشده اند (۶). در تایید این مطلب مطالعه ملک افضلی ذکر می کند که بدون شک فعالیت بهورزها در سال های اول مطابق با نیازهای جامعه بوده است، اما امروزه به علت موفقیت برنامه های واکسیناسیون، برنامه های بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده جامعه به طرح های بهداشتی دیگری برای خطاب قرار دادن بیماری های غیر واگیر، پیشگیری و کنترل رفتارهای پرخطر و بهبود سبک زندگی نیاز دارد. هم چنین به دلیل بهبود سطح سواد مردم در مناطق روستایی بهورز با سطح آموزش مقدماتی بوسیله جامعه مورد پذیرش نیست (۲۰).

کاهش رغبت دریافت مراقبت توسط مردم مناطق روستایی نیز یکی دیگر از چالش های در حال ظهور در روند مراقبت

راهبردهایش را مطابق با شرایط فعلی تغییر دهد. در نتیجه با اصلاح زیر ساخت های ارائه فرایند مراقبت در روستا در قالب الگو های جدید ارائه مراقبت از سلامت با چالش های در حال ظهور در روند ارائه مراقبت در این مناطق مقابله کند.

نتیجه گیری نهایی

فرایند مراقبت در جامعه روستایی ایران به سرعت در حال تغییر است که این تغییرات از جمله افزایش پیچیدگی در فرایند مراقبت همراه با تغییر در ویژگی های جامعه روستایی و افزایش انتظارات مردم از نظام بهداشت و درمان، مراقبین سلامت را با چالش های تازه، چون احساس ناکافی در فرایند مراقبت از سلامت و افزایش بار کاری آنها مواجه کرده است و منجر به کاهش کار آمدی مراقبین سلامت در پاسخگویی به نیازهای این جامعه در حال تغییر و در نتیجه کاهش در رغبت مردم برای دریافت مراقبت گردیده است. با توجه به این روند در حال تغییر در فرایند مراقبت، شکی نیست که نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای این جامعه در حال تغییر باید با اصلاح زیر ساخت های ارائه فرایند مراقبت در روستا با چالش های در حال ظهور در روند ارائه مراقبت در این مناطق مقابله کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله دکتری نویسنده اول منیژه اسکندری به راهنمایی دکتر عباس زاده می باشد. پژوهشگران برخود واجب می دانند که از همه مشارکت کنندگان در این پژوهش شامل بهورزها، پزشکان خانواده و ماما و مردم روستا کمال تشکر را به خاطر همکاری صمیمانه آنان در انجام این پژوهش داشته باشند.

است که به صورت کاهش مراجعه مردم به خانه بهداشت و کاهش استقبال از کلاس های آموزشی مراقبین سلامت خود را نشان داده است که این موضوع در ارتباط با چالش های قبلی یعنی رشد انتظارات مردم بویژه در رابطه با تامین دارو توسط خانه بهداشت و قابلیت ناکافی مراقبین سلامت در تامین نیازهای آنان مربوط می شود. نتایج این پژوهش با مطالعه Lewis و همکاران مطابقت دارد. نتایج مطالعه آنان نیز نشان داد که در دسترس بودن دارو یکی از عوامل تعیین کننده برای انتخاب یک مرکز است. مردم برای رفتن به مراکزی که احتمال کمی برای داشتن امکانات دارویی کافی در آنها وجود دارد بی میل هستند (۲۱).

با توجه به نتایج این پژوهش در مجموع به نظر می رسد که یک روند رو به تغییر در فرایند مراقبت در روستا در حال وقوع است. این تغییر در ابعاد گوناگون در جریان است. به این معنی که از یک طرف با افزایش پیچیدگی در روند مراقبت به دلیل افزایش تعداد و متنوع شدن کارهای مراقبین سلامت و افزایش جمعیت نیازمند مراقبت روبرو می باشیم و از طرف دیگر ویژگی های جامعه روستایی به لحاظ تغییر در سبک زندگی والگوی بیماری ها و انتظارات مردم از نظام سلامت در حال تغییر می باشد. بعلاوه، قابلیت ناکافی مراقبین سلامت و محدودیت توانایی آنها به لحاظ مهارت ها و توانمندی های آموزشی و همچنین افزایش بار کاری آن ها منجر به کاهش کار آمدی مراقبین سلامت در پاسخگویی به نیازهای این جامعه در حال تغییر و در نتیجه کاهش در رغبت مردم برای دریافت مراقبت گردیده است.

با توجه به این روند در حال تغییر در فرایند مراقبت شکی نیست که نظام سلامت در راستای انجام رسالت خود در پاسخگویی به نیازهای این جامعه در حال تغییر باید

منابع

- 1-Ross J. Rural Nursing: Aspects of Practice. 1th ed. Dunedin: Rural Health Opportunities Publisher; 2008.
- 2- Carty R. Al-zayer W. Arietti L. Lester A. International rural health needs and service research: A nursing and midwifery response. Professional Nursing. 2004; 20 (4) 251-259

- 3- Jackman D. Myrick F. Yonge O. Rural nursing in Canada: Voice unheard. *Rural Nursing and Health Care*. 2010; 10(1) 1-10.
- 4- Thomlinson E. McDonagh MK. Crook KB. Lees M. Health beliefs of rural Canadians: implications for practice. *Australian Rural Health*. 2004; 12(6) 258-263
- 5- Petersen I. Swartz L. Primary health care in the era of HIV/AIDS: Some implications for health systems reform. *Social Science and Medicine*. 2002; 55(6) 1005-1013
- 6- Mohammad-Alizadeh S. Wahlstrom R. Vahidi R. Nikniaz A. Marions L. Johansson A. Barriers to high-quality primary reproductive health services in an urban area of Iran: views of public health providers. *Midwifery*. 2009; 25 (6) 721-730
- 7- Couper I. Rural Primary Health Care in Iran. *South African Family Practice*. 2004; 46(5).37-39
- 8-Shahkolai FR. Naghavi M. Shokouhi M. Laflamme L. Unintentional injuries in the rural population of Twisarkan in Iran: A cross-sectional study on their incidence, characteristics and preventability. *BMC Public Health*. 2008; 8(6) 269-277
- 9- Sadrizadeh B. Primary health care experience in Iran. *Iranian Red Crescent Medical*. 2004; 7(1) 79-90
- 10- Iqbal F. Sustaining gains in poverty reduction and human development in the Middle East and North Africa. Washington D. C: The World Bank; 2006.
- 11-Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health*. 2000; 6(4) 822-825
- 12-Etemadi A. Social determinants of health: Theme issue on poverty and human development. *Archives of Iranian Medicine*. 2007; 10(4) 433-434
- 13- Mehrdad R. Health System in Iran. *Japan Medical Association*. 2009; 52(1) 69-73
- 14- Cox K. Mahone I. Merwin E. Annual review of nursing research: Focus on rural health. New York: Springer Publishing Co. 2008.
- 15- Holloway I. Wheeler S. Qualitative research in nursing. 2nd ed. London: Wiley-Blackwell. 2002.
- 16- Elo S. Kynga SH. The qualitative content analysis process. *Advance Nursing*. 2008; 62(1) 107-115
- 17- Morse JM. Barrett M. Mayan M. Olson K. Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Qualitative Methods*. 2002; 1 (2)1-19
- 18- The World Health Report. Primary health care: Now more than ever. World Health Organization Publisher. 2008.
- 19- Javanparas S. Baum F. Labonte R. Sanders D. Heidari G. Rezaie S. A policy review of the community health worker program in Iran. *Public Health Policy*. 2011; 32(2) 263-276
- 20- Malekafzali H. Primary health care successes and challenges in Iran. *Iran health*. 2008; 4(3, 4) 1-6
- 21- Lewis M. Eskeland G. Valerezo XT. Primary health care in practice: Is it effective? *Health Policy*. 2004; 70(3) 303-325

Changing care: New challenge in health care process in rural society according to health care providers' experience.

Eskandari M¹, Abbaszadeh A², Borhani F³

Abstract

Introduction: Health care delivery systems in rural areas face many challenges in meeting the needs of the community and unfortunately adequate attention have not been paid to resolve this problem. The aim of this study was to explore challenges of health care process in rural society of Iran according to health care providers' experience.

Materials and methods: This is a qualitative study using content analysis method. According to purposive sampling 17 health care providers were selected. Data were collected via semi-structured individual interviews and were analyzed using qualitative content analysis method.

Findings: Analysis of Data, eventually led to formation of one category as challenges of caring process in rural society. This challenge itself consists of different subcategories such as; change in characteristics of rural society, increase in complexity of caring process, decrease in workforce efficiency and reduction in tendency of peoples' taking care.

Conclusion: Due to changes in the caring process, health care systems should provide new health care models to face potential challenges in this area.

Keywords: Health care process, Challenges, Rural society.

1- PhD Nursing student, Kerman University of Medical Sciences, Bam International Unit, Bam, Iran.

2- Associate Professor. Physiology research center. Department of Medical- Surgical Nursing. Razi School of Nursing and Midwifery. Kerman University of Medical Sciences. Kerman. Iran.

3- Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

e-mail: aabaszadeh@hotmail.com

- 
- Managers and nurses function of safe patients' care from the nurses Perspective.....77**
Hemmati Maslakkp M, Habibzadeh H, Khalilzadeh H
 - Correlation between organizational culture and burnout in the staff of Tehran province welfare organization.....78**
Rashedi V, Foroughan M, Hosseini MA
 - Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan.....79**
Mansourian M, Qorbani M, Shafieyan N, Asayesh H, Rahimzadeh Barzaki H, Zainab Shafieyan, Arefi Rad T, Maghsodlo D
 - Survey the relationship between delegation and job satisfaction in nurses.....80**
Kafami F, Mousavi SQ, Mohsenpoor M, Ghanbari V
 - Relationship between human resource strategies, perceived organizational support and organizational commitment of nurses: Developing the pattern.....81**
Rezaei Rad M, Doaei H
 - Correlation between cultural intelligence and social interaction of nurses.....82**
Ahanchian MR, Amiri R, Bakhshi M
 - Development and psychometric evaluation 'Nurse Satisfaction of Report Writing Scale'.....83**
Attarzadeh Behbahani SA, Yaghmaei F, Akhtardansh.N, Alavi Majd H
 - Changing care: New challenge in health care process in rural society according to health care providers' experience.....84**
Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F