ارزیابی کمیت و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به زنان باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به زایشگاه‌ها و تسهیلات زایمانی

راضیه زاهدی[1]، سمیرا رحمانیان[2]، وحید کوه پیمای جهرمی[3*]

• دریافت مقاله: ۹۴/۷/۲۹ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴ /۱۱/۱۷ • پذیرش مقاله: ۹۴/۱۲/۲۵

چکیده

مقدمه: مراقبت‌های دوران بارداری با هدف حفظ حاملگی سالم از نظر سلامت جسمی و روحی برای مادر و نوزاد ارائه می‌گردند. این مطالعه با هدف ارزیابی کمیت و کیفیت مراقبت دوران بارداری در جهرم، انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش مقطعی بر روی ۵۳۱ زن باردار در شهر و روستا انجام گرفت. جمع‌آوری اطلاعات با چک لیست مراقبت‌های ادغام یافته وزارت بهداشت بود. کمیت مراقبت بر اساس مراجعه حداقل۶ بار در دوران بارداری و اولین مراجعه تا پایان ماه سوم به عنوان مراقبت کافی و در غیر این صورت، مراقبت ناکافی تقسیم‌بندی شد. کیفیت مراقبت، به صورت شاخص مطلوب و نامطلوب و بر اساس استانداردهای مراقبتی تعیین گردید.

یافته‌ها: تعداد مادران باردار برخوردار از مراقبت کافی ۲۴۲ نفر بود که با اختلاف آماری معناداری در روستا بیشتر از شهر بود. کمیت مراقبت بارداری در شهر (۴۵٪) با اختلاف معناداری کمتر از روستا (۵۱٪) به دست آمد. کیفیت مراقبت بارداری در ۳۳۳ نفر مطلوب بود که با اختلاف آماری معناداری در روستا (۶۸/۹٪) بالاتر از شهر (۵۶/۶٪) بود. عفونت ادراری و کم خونی با اختلاف آماری معناداری در روستا شایع‌تر از شهر بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با وجود بالاتر بودن کمیت و کیفیت مراقبت دوران بارداری در مادران روستایی، فراوانی عوارض بارداری نسبت به زنان شهری بالاتر بوده است که می‌بایست کارکنان بهداشتی در جهت آموزش و کنترل عوارض توجه داشته باشند.

واژگان کلیدی: مادران باردار، کمیت مراقبت بارداری، کیفیت مراقبت بارداری، چک لیست مراقبت‌های ادغام یافته، استاندارد مراقبت

•ارجاع: زاهدی راضیه، رحمانیان سمیرا، کوه پیمای جهرمی وحید. ارزیابی کمیت و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به زنان باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به زایشگاه‌ها و تسهیلات زایمانی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۱(۳): ۲۱۳-۱۹۹.

۱. دانشجوی دکترای، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. کارشناس ارشد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

۳. دانشجوی دکترای، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.

***نویسنده مسؤول:** کرمان، هفت باغ علوی، پردیزه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی.*

تلفن: ۳۱۳۲۵۴۱۵ - ۰۳۴ **فاکس:** ۳۳۲۰۵۴۱۵- ۰۳۴ **Email:** vahidkouh@yahoo.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

مراقبت‌های دوران بارداری به اجرای صحیح و دقیق اصولی اطلاق می‌گردد که با هدف حفظ حاملگی سالم از نظر سلامت جسمی و پیامدهای مطلوب روحی برای مادر، نوزاد و خانواده انجام می‌شود (۱). مراقبت‌های دوران بارداری جزء عمده‌ترین خدمات مراکز، خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشتی شهری و روستایی است. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، استفاده از این خدمات، حق مسلم آحاد جامعه بوده و تأمین آن از وظایف دولت است که باید با مشارکت مردم عملی شود (۲).

در جهت کاهش مرگ و میر مادران استراتژی‌های مختلفی از جمله: آموزش مادران باردار، دریافت مراقبت‌های مناسب در دوران بارداری و پس از زایمان و در حین زایمان وجود دارد که می‌تواند از جمله عوامل مؤثر در کاهش مرگ و میر مادران در دوران بارداری باشد. مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند با شناسایی و مداخله در عوامل خطر بارداری، از مرگ و میر مادر و نوزاد در دوران بارداری و پس از زایمان پیشگیری کند. مطالعات در کشورهای فقیر و در حال توسعه نشان داده است که ناکافی بودن مراقبت‌های دوران بارداری باعث افزایش معنی‌دار در مرگ و میر بارداری و مدت بستری طولانی‌تر نوزادان در بخش مراقبت ویژه می‌شود (۹-۳).

به رغم پوشش ۹۸ درصدی مراقبت‌های قبل از زایمان در ایران و حضور ۹۰ درصدی کارکنان ماهر در هنگام زایمان، میزان متعادل شده مرگ و میر مادران، ۲٤ در صد هزار موالید زنده در سال ۱۳۹۳ اعلام شده است (۱۰). درصد بسیاری از مرگ و میر مادران و جنین آن‌ها و تولدهای زودرس و یا وزن کم زمان تولد در نوزادان، ناشی از مراقبت‌های نامناسب و ناکافی در دوران بارداری است که با به کارگیری مراقبت‌های لازم در این خصوص، می‌توان تا حد بسیاری از عوارض و مشکلات آتی در کودکان کاست. میزان کلی مرگ جنین در موارد استفاده از مراقبت بارداری، ۲/۷ در ۱۰۰۰ تولد و در موارد عدم دریافت مراقبت‌های بارداری، ۱٤/۱ در ۱۰۰۰ بوده است. به بیان دیگر، عدم دریافت مراقبت‌های بارداری، میزان خطر نسبی مرده‌زائی را ۳/۳ برابر افزایش می‌دهد. عدم استفاده از مراقبت‌های بارداری، با افزایش دو برابر خطر زایمان زودرس همراه است (۷).

در مطالعات انجام گرفته، مادرانی که تحت مراقبت‌های بارداری نبوده و یا مراقبت را دیر شروع کرده‌اند، سه برابر بیشتر از سایر مادران، شانس تولد نوزاد با وزن کم داشته و نوزادان آن‌ها پنج برابر بیشتر در معرض خطر مرگ قرار گرفته‌اند. همچنین زایمان پیش از موعد و پس از موعد، نمره آپگار کمتر از ۷، مرگ و میر جنین و نوزاد و خونریزی پس از زایمان در این مادران بیشتر بوده است (۱۱). تحقیقات نشان داده است که مراقبت دوران بارداری کافی، یک مداخله مؤثر در جهت بهبود نتایج حاملگی است (۱۲). مراقبت‌های بارداری مناسب و کافی فرصتی را برای مشاوره و کاهش عوارض مرتبط با حاملگی و زایمان فراهم می‌آورد (۱۳).

منظور از کمیت مراقبت، تعداد دفعات انجام مراقبت دوران بارداری بر اساس سن حاملگی و زمان شروع اولین مراقبت دوران بارداری می‌باشد. کیفیت خدمت به معنای انجام مراقبت براساس استانداردهای از پیش تعیین شده می‌باشد و اصولاً هدف از سنجش کیفیت خدمات، تشخیص نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

می‌باشد (۱٤).

جهت بررسی سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری، از روش‌های گوناگونی استفاده می‌شود. یکی از این روش‌ها که به طور رایج به کار می‌رود شاخص کسنر (Kessner index) است. در این شاخص اطلاعات حاصل از سه موضوع ثبت شده در گواهی تولد یعنی مدت حاملگی، زمان اولین ویزیت مراقبت بارداری و تعداد ویزیت‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. شاخص‌های جدیدتری نیز به منظور اندازه گیری دقیق‌تر و جامع‌تر سودمندی مراقبت‌های دوران بارداری استفاده می‌شود که یکی از آن‌ها شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری (Adequate Prenatal Care Utilization) APNCU می‌باشد. این شاخص نیز با به کارگیری زمان شروع استفاده از مراقبت‌ها و مناسب بودن تعداد آن، کفایت مراقبت را مشخص می‌سازد. لازم به ذکر است که این شاخص کیفیت خدمات را بررسی نکرده و تنها ویژگی‌های کمی مراقبت‌ها را می‌سنجد (۱۵).

میزان مراقبت ناکافی در مطالعات مختلف متفاوت بوده است. در مطالعه‌ای که توسط طیبی و همکاران انجام گرفت، ٦٪ از زنان ایرانی مراقبت ناکافی دوران بارداری داشته و مراقبت ناکافی، خطر زایمان زودرس را افزایش داده است (۱٦). در کانادا میزان مراقبت ناکافی ۸-۹٪ در کانزاس ۱۸٪ و ایالات متحده ۱٦/۷٪ بوده است (۱۸- ۱۷).

از آنجا که کمیت و کیفیت این مراقبت‌ها بر سلامت مادر و نوزاد و کنترل عوارض دوران بارداری مؤثر است و با توجه به پایین‌تر بودن سطح سواد و آگاهی‌های بهداشتی مادران باردار ساکن روستا و یا دسترسی کمتر به خدمات درمانی و تخصصی، لذا این تحقیق با تأکید بر نقش مراقبت‌های بارداری در ارتقاء سلامت مادران و نوزادان به مقایسه کمیت و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به مادران باردار ساکن شهر و روستا و عوارض دوران بارداری پرداخت تا با تعیین عملکرد پرسنل ارائه دهنده در انجام هر یک از اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری بر اساس استاندارد مراقبتی موجود و بررسی کمیت مراقبت‌های دریافت شده توسط مادران باردار، نقاط ضعف مراقبت‌های بارداری ارائه شده مشخص و از نتایج آن در ارتقاء کیفیت این مراقبت‌ها استفاده شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی- تحلیلی و به شیوه مقطعی در بازه زمانی مهرماه سال ۱۳۹۲ تا مهرماه ۱۳۹۳ انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار ساکن شهرستان جهرم بود. نمونه‌گیری به شیوه آسان بر روی ۵۳۱ زن باردار (۲٦۷ نفر ساکن شهر و ۲٦٤ نفر ساکن روستا) که در سال۹۳- ۱۳۹۲زایمان کرده بودند، انجام گرفت. اطلاعات پس از گرفتن رضایت آگاهانه از مادران جهت ورود به مطالعه و مطمئن ساختن آن‌ها از رعایت جنبه محرمانگی اطلاعات در دسترس محقق، از کارت مراقبت مادران در زایشگاه و تسهیلات زایمانی و پرونده بارداری آنان استخراج شد. معیارهای ورود زنان باردار به مطالعه عبارت بودند از: زنانی که در طول دوران بارداری ساکن جهرم یا روستاهای تحت پوشش این شهرستان بوده و دوره حاملگی آنان ۲۸ هفته یا بیشتر بود. معیارهای خروج از مطالعه: عدم تمایل مادر در پاسخگویی به سؤالات و یا مادرانی که در طول دوران بارداری تحت پوشش هیچ یک از مراکز بهداشتی -درمانی جهرم نبودند، در نظر گرفته شد.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از چک لیست استاندارد با عنوان چک لیست ارزیابی مدیریت ادغام یافته (Integrated Management Evaluation System) IMES انجام گردید که چک لیست استاندارد پایش برنامه‌های بهداشتی توسط وزارت بهداشت می‌باشد (۱۹). چک لیست مذکور از ٤ بخش به این شرح تشکیل شده بود: الف- ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای با ۸ سؤال در خصوص سن، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سوابق بارداری و زایمان قبلی، دریافت مراقبت پیش از بارداری. ب- ارزیابی کمیت مراقبت دوران بارداری بر اساس تعداد دفعات مراقبت در مراکز بهداشتی- درمانی و مراجعه به متخصص زنان به تفکیک سن حاملگی. ج- ارزیابی کیفیت مراقبت دریافت شده توسط مادر باردار از مراکز بهداشتی و یا متخصص زنان با ١٤ سؤال دو گزینه‌ای بلی- خیر. د- عوارض دوران بارداری، زایمان و عوارض جنینی و نوزادی با ٢٤ سؤال دو گزینه‌ای بلی –خیر که به گزینه‌های بلی، امتیاز ۱ و خیر امتیاز صفر تعلق گرفت.

چک لیست‌ها در شهر و روستا توسط ٦ نفر از ماماهای شاغل در دو زایشگاه و دو تسهیلات زایمانی که در این خصوص آموزش‌های لازم را دیده و دستورالعمل مکتوب نیز در خصوص نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات چک لیست در اختیار آن‌ها قرار داده شده بود، تکمیل گردید. اطلاعات چک لیست به وسیله مصاحبه با مادران پس از زایمان در زایشگاه و تسهیلات زایمانی انجام شد و جهت تأیید برخی اطلاعات مانند تعداد دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی یا جزئیات مراقبت‌های انجام گرفته در دوران بارداری که ممکن بود مادر به صورت دقیق آن را به خاطر نیاورد، علاوه بر پرسش از مادر، از اطلاعات دفترچه مراجعه مادران در دوران بارداری که شامل خلاصه اطلاعات ثبت شده در پرونده مادر در دوران بارداری می‌باشد و توسط پرسنل مراکز بهداشتی- درمانی در هر بار مراجعه مادر به مراکز تکمیل شده استخراج گردید.

ارزیابی کمیت خدمات مراقبت دوران بارداری با استفاده از شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری (APNCU) به صورت دو حالت کافی و ناکافی تقسیم‌بندی شد، بدین صورت که در صورت انجام حداقل یک بار مراقبت در نیمه اول حاملگی و در مجموع ٦ بار مراقبت تا پایان بارداری (حداقل ۱ مراقبت در نیمه اول، ۲ مراقبت در هفته‌های ٢٦ تا ٣٧ و ۳ مراقبت در هفته ۳۸ تا ٤٠ داشته باشد) به عنوان مراقبت کافی و در غیر این صورت مراقبت ناکافی محسوب می‌گردد. جهت محاسبه شاخص کمیت مراقبت دوران بارداری، مجموع تعداد دفعات مراجعه مادر به مراکز بهداشتی- درمانی محاسبه شد (١٦).

بررسی کیفیت مراقبت بر اساس استاندارد به صورت مطلوب و نامطلوب در نظر گرفته شد، بدین ترتیب که اجزای مراقبت‌های دوران بارداری، بر اساس استانداردهای موجود شامل ۱۲ مورد بوده است که شامل: انجام آزمایش ادرار و خون، اندازه‌گیری وزن و فشار خون (در هر بار انجام مراقبت)، معاینه شکم (در هر بار مراقبت در نیمه دوم حاملگی)، تجویز مکمل‌ها (قرص آهن، اسید فولیک و مولتی ویتامین)، انجام یک بار معاینه فیزیکی مادر باردار توسط پزشک (که شامل قلب، ریه، تیروئید، اندام ها و پوست)، اندازه‌گیری قد (یک بار در ابتدای بارداری)، شنیدن صدای قلب جنین (در هر بار

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

مراقبت در نیمه دوم حاملگی)، معاینه دهان و دندان (یک بار در نیمه اول حاملگی)، درخواست سونوگرافی (حداقل یک‌بار)، بررسی سوابق تزریق واکسن کزاز و در صورت نیاز تزریق آن می‌باشند. در صورتی که هر یک از موارد به صورت کامل انجام گرفته باشد، امتیاز کامل به آن تعلق می‌گرفت، در غیر این صورت امتیاز صفر منظور شد. حداکثر امتیاز کسب شده در این حیطه ۱۰۰ در نظر گرفته شد. امتیاز ۷۰ و بیشتر به عنوان کیفیت مراقبت مطلوب و کمتر از ۷۰ به عنوان کیفیت مراقبت نامطلوب در نظر گرفته شد (۱۹).

در تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در سطح تحلیلی جهت بررسی ارتباط متغیرهای کیفی گروه‌بندی شده مانند: تحصیلات مادر باردار، سن مادر باردار، تعداد فرزند کمتر از ۳ و یا بیشتر، دریافت مراقبت پیش از بارداری و مواردی از این قبیل با متغیرهای محل سکونت مادر و دریافت کافی یا ناکافی مراقبت از آزمون کای اسکوئر و یا در صورت نیاز آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای بررسی همبستگی بین متغیرهای کمی سن، سواد، تعداد بارداری، تعداد زایمان، فاصله زایمان قبلی با حاملگی فعلی، کیفیت مراقبت پس از سنجش تبعیت داده‌ها از توزیع نرمال با ترسیم هیستوگرام و استفاده آزمون کولموگراف اسمیرنوف، به دلیل نرمال نبودن توزیع، از آزمون ناپارامتری اسپیرمن استفاده شد. تحلیل اطلاعات با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه انجام گرفته بر روی ۵۳۱ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی شهرستان جهرم، ۲۶۷ زن باردار (۵۰/۳٪) ساکن شهر و ۲۶۴ زن باردار (۴۹/۷٪) ساکن روستا بودند. اکثریت مادران (۷۷/۴٪) در گروه سنی ۳۵-۲۱ ساله با میانگین و انحراف معیار سنی ۵/۵ ± ۲۶/۲ سال بودند، ۱۵٪ (۷۹ نفر) در گروه سنی زیر ۲۰ سال و ۶/۴٪ (۳۴ نفر) از زنان باردار در گروه سنی ۳۶ سال و بالاتر باردار شده بودند.

در بررسی انجام گرفته اختلاف زنان باردار مورد بررسی ساکن شهر و روستا بر حسب متغیرهای زمینه ای نظیر تحصیلات، سن، تعداد فرزند، دریافت مراقبت پیش از بارداری، فاصله بین دو بارداری، تعداد دفعات دریافت مراقبت و وضعیت اشتغال مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد سطح تحصیلات در زنان ساکن شهر بیشتر از روستا (P>۰/۰۰۱)، درصد انجام مراقبت پیش از بارداری در روستا بیشتر از شهر (P>۰/۰۰۱)، تعداد دفعات مراجعه حداقل ۶ بار و بیشتر در دوران بارداری در زنان ساکن شهر بیشتر از روستا (P=۰/۰۱) بود و اختلاف بین گروه‌ها از نظر آماری نیز معنی‌دار شد اما اختلافی از نظر سن بارداری، فاصله دو بارداری، تعداد فرزند و وضعیت اشتغال بین زنان ساکن شهر و روستا وجود نداشت. کیفیت مراقبت بارداری در ۳۳۳ نفر (۶۲/۷٪) مطلوب و در ۱۹۰ نفر (۳۵/۸٪) نامطلوب بود. کیفیت مطلوب مراقبت دوران بارداری در روستا با اختلاف آماری معنی‌داری بالاتر از شهر بود (جدول ۱).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مادران باردار ساکن شهر و روستا

متغیرهای دموگرافیک / محل سکونت		شهر		روستا		جمع کل		P-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۹	۳/۴	۲۵	۹/۵	۳۴	۶/۵	<۰/۰۰۰۱
	متوسطه و دیپلم	۲۰۱	۷۵/۲	۲۲۷	۸۶	۴۲۸	۸۰/۵	
	دانشگاهی	۵۶	۲۱	۱۱	۴	۶۷	۱۲/۶	
	بی‌پاسخ	۱	۰/۴	۱	۰/۵	۲	۰/۴	
سن مادر باردار	۲۰ سال و کمتر	۴۰	۱۵	۳۹	۱۴/۸	۷۹	۱۴/۹	۰/۹
	۲۱-۳۵ سال	۲۰۹	۷۸/۳	۲۰۲	۷۶/۵	۴۱۱	۷۷/۴	
	۳۶ سال و بالاتر	۱۶	۶	۱۸	۶/۸	۳۴	۶/۴	
	بی‌پاسخ	۲	۰/۷	۵	۱/۹	۷	۱/۳	
تعداد فرزند	کمتر از ۳	۲۴۷	۹۲/۵	۲۳۷	۸۹/۸	۴۸۴	۹۱/۱	
	۴ و بیشتر	۱۵	۵/۶	۲۵	۹/۵	۴۰	۷/۵	۰/۰۷
	بی‌پاسخ	۵	۱/۹	۲	۰/۸	۷	۱/۳	
مراقبت پیش از بارداری	بلی	۱۵	۵/۶	۴۳	۱۶/۵	۵۸	۱۱	<۰/۰۰۰۱
	خیر	۲۵۱	۹۴	۲۱۸	۸۳/۵	۴۶۹	۸۸	
	بی پاسخ	۱	۰/۴	۳	۱	۴	۱	
فاصله بارداری	فرزند اول	۱۳۰	۴۸/۷	۱۰۲	۳۸/۶	۲۳۲	۴۳/۷	۰/۱
	کمتر از ۳ سال	۳۰	۱۱/۲	۴۵	۱۷	۷۵	۱۴/۱	
	بیشتر از ۳ سال	۹۳	۳۴/۸	۱۰۲	۳۸/۶	۱۹۵	۳۶/۷	
	بی پاسخ	۱۴	۵/۲	۱۵	۵/۷	۲۹	۵/۵	
تعداد دفعات مراقبت	کمتر از ۶ بار	۲۸	۱۰/۵	۴۵	۱۷	۷۳	۱۳/۷	۰/۰۱
	۶ بار و بیشتر	۲۳۳	۸۷/۳	۲۰۵	۷۷/۷	۴۳۸	۸۲/۵	
	بی پاسخ	۶	۲/۲	۱۴	۵/۳	۲۰	۳/۸	
اشتغال	شاغل	۲۶	۹/۷	۲۸	۱۰/۶	۵۴	۱۰/۲	۰/۴
	خانه‌دار	۲۴۱	۹۰/۳	۲۳۶	۸۹/۴	۴۷۷	۸۹/۸	
	بی پاسخ	۰	–	۰	–	۰	–	
کیفیت دریافت مراقبت بارداری	مطلوب (امتیاز ۷۰ و بیشتر)	۱۵۱	۵۶/۶	۱۸۲	۶۸/۹	۳۳۳	۶۲/۷	۰/۰۰۱
	نامطلوب (امتیاز کمتر از ۷۰)	۱۱۵	۴۳/۱	۷۵	۲۸/۴	۱۹۰	۳۵/۸	
	بی پاسخ	۱	۰/۴	۷	۲/۷	۸	۱/۵	
جمع کل		۲۶۷	۱۰۰	۲۶۴	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	

نتایج مطالعه در خصوص کمیت مراقبت دوران بارداری نشان داد، مراقبت کافی در ۲۴۲ زن باردار (۴۷/۴٪) مورد بررسی، ارائه گردید و در ۲۶۹ زن باردار (۵۲/۶٪) مراقبت کافی ارائه نشده بود. شاخص مراقبت کافی بر اساس متغیرهای دموگرافیک یعنی محل سکونت، سطح تحصیلات، اشتغال، سن، تعداد فرزند و دریافت مراقبت پیش از بارداری مورد مقایسه قرار گرفت. شاخص مراقبت کافی در روستا (۵۳٪) بیشتر از شهر (۴۷٪)، در زنانی که بارداری اول داشتند، بالاتر از سطوح دیگر بود (۵۲٪). مراقبت کافی در زنان باردار ۲۰ تا ۲۹ سال (۶۱/۸٪) بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود و این اختلاف‌ها از نظر آماری نیز معنی بود ولی در خصوص تحصیلات، اشتغال و دریافت مراقبت پیش از بارداری، اختلافی بین دو گروه زنان مورد بررسی وجود نداشت (جدول ۲).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مادران باردار بر اساس کمیت دریافت مراقبت بارداری

متغیرهای دموگرافیک	کمیت مراقبت	کافی		ناکافی		جمع کل		P-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
محل سکونت	شهر	۱۱۵	۴۵/۳	۱۴۸	۵۳/۴	۲۶۳	۴۹/۵	۰/۰۴
	روستا	۱۲۹	۵۰/۸	۱۲۱	۴۳/۷	۲۵۰	۴۷/۱	
	بی پاسخ	۱۰	۳/۹	۸	۲/۹	۱۸	۳/۴	
	جمع کل	۲۵۴	۱۰۰	۲۷۷	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۹	۳/۶	۲۲	۷/۷	۳۱	۵/۸	۰/۱
	دیپلم و زیر دیپلم	۲۰۱	۸۱/۴	۲۱۲	۷۴/۶	۴۱۳	۷۷/۸	
	دانشگاهی	۳۲	۱۳	۳۵	۱۲/۳	۶۷	۱۲/۶	
	بی پاسخ	۵	۲	۱۵	۵/۳	۲۰	۳/۸	
	جمع کل	۲۴۷	۱۰۰	۲۸۴	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۵	۹/۹	۲۷	۹/۷	۵۲	۹/۸	۰/۵
	خانه دار	۲۱۷	۸۶/۱	۲۴۲	۸۶/۷	۴۵۹	۸۶/۴	
	بی پاسخ	۱۰	۴	۱۰	۳/۶	۲۰	۳/۸	
	جمع کل	۲۵۲	۱۰۰	۲۷۹	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
گروه بندی سنی	۱۹-۱۵ سال	۴۲	۱۶/۷	۳۳	۱۱/۸	۷۵	۱۴/۱	۰/۰۴
	۲۹-۲۰ سال	۱۶۰	۶۳/۵	۱۶۸	۶۰/۲	۳۲۸	۶۱/۸	
	۳۵-۳۰ سال	۲۴	۹/۵	۴۷	۱۶/۸	۷۱	۱۳/۴	
	۵۴-۳۶ سال	۱۳	۵/۲	۱۸	۶/۵	۳۱	۵/۸	
	بی پاسخ	۱۳	۵/۲	۱۳	۴/۷	۲۶	۴/۹	
	جمع کل	۲۵۲	۱۰۰	۲۷۹	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
تعداد فرزند	فرزند اول	۱۲۵	۵۰/۶	۹۹	۳۴/۹	۲۲۴	۴۲/۲	۰/۰۰۱
	۳-۲	۹۷	۳۹/۳	۱۲۸	۴۵/۱	۲۲۵	۴۲/۴	
	۴ و بیشتر	۲۰	۸/۱	۴۲	۱۴/۸	۶۲	۱۱/۷	
	بی پاسخ	۵	۲	۱۵	۵/۳	۲۰	۳/۸	
	جمع کل	۲۴۷	۱۰۰	۲۸۴	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
دریافت مراقبت پیش از بارداری	بلی	۲۶	۱۰/۳	۲۶	۹/۳	۵۲	۹/۸	۰/۷
	خیر	۲۱۴	۸۴/۹	۲۴۱	۸۶/۴	۴۵۵	۸۵/۷	
	بی پاسخ	۱۲	۴/۸	۱۲	۴/۳	۲۴	۴/۵	
	جمع کل	۲۵۲	۱۰۰	۲۷۹	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	

کیفیت مراقبت‌های بارداری براساس متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس محل سکونت و تحصیلات اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها وجود داشت یعنی کیفیت مطلوب مراقبت بارداری در روستا بالاتر از شهر و در زنان با تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بالاتر از سایرین بود، ولی براساس متغیرهای اشتغال، سن و تعداد فرزند اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت (جدول ۳).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های زمینه‌ای مادران باردار بر اساس کیفیت دریافت مراقبت بارداری

متغیرهای دموگرافیک	کیفیت مراقبت بارداری	مطلوب		نامطلوب		جمع کل		P-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
محل سکونت	شهر	۱۳۱	۴۴/۹	۱۳۵	۵۶/۵	۲۶۶	۵۰/۱	۰/۰۰۶
	روستا	۱۵۷	۵۳/۸	۱۰۰	۴۱/۸	۲۵۷	۴۸/۴	
	بی پاسخ	۴	۱/۴	۴	۱/۷	۸	۱/۵	
	جمع کل	۲۹۲	۱۰۰	۲۳۹	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۹	۳/۱	۲۲	۹/۲	۳۱	۵/۸	۰/۰۰۵
	دیپلم و زیر دیپلم	۲۴۸	۸۴/۶	۱۷۶	۷۳/۹	۴۲۴	۷۹/۸	
	دانشگاهی	۳۱	۱۰/۶	۳۵	۱۴/۷	۶۶	۱۲/۴	
	بی پاسخ	۵	۱/۷	۵	۲/۱	۱۰	۱/۹	
	جمع کل	۲۹۳	۱۰۰	۲۳۸	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۹	۹/۹	۲۳	۹,۶	۵۲	۹/۸	۰/۸
	خانه دار	۲۵۹	۸۸/۷	۲۱۲	۸۸/۷	۴۷۱	۸۸/۸	
	بی پاسخ	۴	۱/۴	۴	۱/۷	۸	۱/۵	
	جمع کل	۲۹۲	۱۰۰	۲۳۹	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
گروه بندی سنی	۱۹-۱۵ سال	۴۰	۱۳/۸	۳۸	۱۵/۸	۷۸	۱۴/۷	۰/۶
	۲۹-۲۰ سال	۱۸۷	۶۴/۵	۱۴۹	۶۱/۸	۳۳۶	۶۳/۳	
	۳۴-۳۰ سال	۴۱	۱۴/۱	۳۰	۱۲/۴	۷۱	۱۳/۴	
	۵۴-۳۵سال	۱۵	۵/۲	۱۷	۷/۱	۳۲	۶	
	بی پاسخ	۷	۲/۴	۷	۲/۹	۱۴	۲/۶	
	جمع کل	۲۹۰	۱۰۰	۲۴۱	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	
تعداد فرزند	فرزند اول	۱۲۹	۴۴/۲	۱۰۲	۴۲/۷	۲۳۱	۴۳/۵	۰/۸
	۳-۲	۱۲۶	۴۳/۲	۱۰۴	۴۳/۵	۲۳۰	۴۳/۳	
	۴ و بیشتر	۳۳	۱۱/۳	۲۹	۱۲/۱	۶۲	۱۱/۷	
	بی پاسخ	۴	۱/۴	۴	۱/۷	۸	۱/۵	
	جمع کل	۲۹۲	۱۰۰	۲۳۹	۱۰۰	۵۳۱	۱۰۰	

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، تعداد مراقبت‌های دوران بارداری با سطح تحصیلات مادر ارتباط مستقیم و معنی‌دار، ولی با تعداد بارداری و زایمان ارتباط معکوس داشت. ارتباط آماری معنی‌دار بین کیفیت مراقبت بارداری با تعداد مراقبت‌های بارداری به دست آمد (P>۰/۰۰۱) (جدول ٤).

جدول ٤: ضریب همبستگی بین کیفیت مراقبت بارداری با تعداد مراقبت‌های بارداری و ویژگی‌های دموگرافیک مادران باردار

متغیرهای دموگرافیک	کیفیت مراقبت بارداری	کیفیت مراقبت	تعداد مراقبت‌های بارداری	فاصله زایمان قبلی با حاملگی	تعداد زایمان	تعداد بارداری	سواد	سن
سن		-۰/۰۵	-۰/۱	۰/۳**	-۰/۱	۰/۳**	۰/۶**	۱
سواد		۰/۰۷	۰/۱*	۰/۰۴	-۰/۳**	-۰/۳**	۱	
تعداد بارداری		۰/۰۷	-۰/۲**	۰/۱	۰/۹**	۱		
تعداد زایمان		-۰/۰۵	-۰/۲**	۰/۱	۱			
فاصله زایمان قبلی با حاملگی فعلی		-۰/۰۱	۰/۰۹	۱				

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۰۱

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

کمترین مراقبت‌های انجام گرفته توسط پرسنل در دوران بارداری شامل: اندازه‌گیری درجه حرارت (در هر بار مراجعه برای مراقبت)، معاینه فیزیکی توسط پزشک (قلب، ریه، تیروئید، اندام‌ها و پوست) (یک‌بار در طول دوران بارداری) و اندازه‌گیری قد (یک بار در ابتدای بارداری) بود (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه توزیع فراوانی اجزاء مراقبت دوران بارداری (کیفیت مراقبت) بر اساس محل سکونت مادران باردار

ردیف	محل سکونت مادر باردار	شهر		روستا		بی‌پاسخ		جمع کل		P-value
	اجزای کیفی مراقبت دوران بارداری	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	اندازه گیری فشار خون (در هر بار مراجعه برای مراقبت)	۲۶۶	۵۰/۱	۲۵۷	۴۸/۴	۸	۱/۵	۵۳۱	۱۰۰	۰/۲
۲	اندازه گیری وزن (در هر بار مراجعه برای مراقبت)	۲۶۵	۴۹/۹	۲۵۷	۴۸/۴	۹	۱/۷	۵۳۱	۱۰۰	۰/۵
۳	انجام آزمایش خون و ادرار (حداقل یک‌بار در طول دوران بارداری)	۲۶۱	۴۹/۲	۲۵۳	۴۷/۶	۱۷	۳/۲	۵۳۱	۱۰۰	۰/۵
۴	تجویز مکمل‌ها (قرص آهن، فولیک اسید، مولتی ویتامین)	۲۶۲	۴۹/۳	۲۵۲	۴۷/۵	۱۷	۳/۲	۵۳۱	۱۰۰	/۵
۵	اندازه گیری ارتفاع رحم (در هر بار مراجعه برای مراقبت در نیمه دوم بارداری)	۲۵۹	۴۸/۸	۲۴۹	۴۶/۹	۲۳	۴/۳	۵۳۱	۱۰۰	۰/۵
۶	شنیدن صدای قلب جنین (در هر بار مراجعه برای مراقبت در نیمه دوم بارداری)	۲۶۰	۴۹	۲۴۷	۴۶/۵	۲۴	۴/۵	۵۳۱	۱۰۰	۰/۲
۷	درخواست سونوگرافی	۲۵۱	۴۷/۳	۲۴۸	۴۶/۷	۳۲	۶/۰	۵۳۱	۱۰۰	۰/۲
۸	بررسی وضعیت واکسیناسیون توأم	۲۱۰	۳۹/۵	۱۸۸	۳۵/۴	۱۳۳	۲۵	۵۳۱	۱۰۰	۰/۰۷
۹	معاینه دهان و دندان	۱۱۰	۲۰/۷	۱۴۶	۲۷/۵	۲۷۵	۵۱/۸	۵۳۱	۱۰۰	۰/۰۰۱
۱۰	اندازه گیری قد (یک‌بار در ابتدای بارداری)	۷۶	۱۴/۳	۱۳۶	۲۵/۶	۳۱۹	۶۰/۱	۵۳۱	۱۰۰	۰/۰۰۱
۱۱	معاینه فیزیکی توسط پزشک (قلب، ریه، تیروئید، اندام ها و پوست، یک بار)	۹۴	۱۷/۷	۱۰۱	۱۹	۳۳۶	۶۳/۳	۵۳۱	۱۰۰	۰/۲
۱۲	اندازه گیری درجه حرارت (در هر بار مراجعه برای مراقبت)	۶۱	۱۱/۵	۸۹	۱۶/۸	۳۸۱	۷۱/۸	۵۳۱	۱۰۰	۰/۰۰۲

شایع‌ترین عوارض بارداری در مطالعه حاضر، عفونت ادراری بود که ۸۰ نفر (۱۵/۲٪) از زنان باردار در کل دوران بارداری، حداقل یک بار آن را تجربه کردند و پس از آن وزن‌گیری نامناسب و کم خونی به ترتیب با ۵۰ نفر (۹/۵٪) و ٤٦ نفر (۸/۷٪) قرار داشتند.

سه عارضه شایع دوران بارداری (عفونت ادراری، وزن گیری نامناسب و کم‌خونی) و تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم براساس محل سکونت، کمیت و کیفیت خدمات مراقبت دوران بارداری مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد عفونت ادراری و کم خونی با اختلاف آماری معنی‌داری در روستا شایع‌تر از شهر بود و در افراد مبتلا به عفونت ادراری، شاخص مراقبت ناکافی (۲۰٪) مراقبت کافی (۹٪) و در افراد مبتلا به کم خونی (۸٪) مراقبت کافی و (۱۱٪) آن‌ها مراقبت ناکافی داشته‌اند، که اختلافات از نظر آماری معنی‌داری بود ولی اختلاف آماری معنی‌داری از نظر کمیت و کیفیت خدمات مراقبتی دریافتی با سایر عوارض بارداری و زایمان مشاهده نشد (جدول ٦).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ٦: مقایسه توزیع فراوانی عوارض شایع بارداری بر اساس محل سکونت ، کمیت و کیفیت مراقبت دوران بارداری در مادران باردار

عوارض بارداری		محل سکونت		P-value	کمیت مراقبت		P-value	کیفیت مراقبت		P-value
		شهر	روستا		کافی	ناکافی		مطلوب	نامطلوب	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
عفونت ادراری	بلی	۲۸ (۱۰/۵)	۵۲ (۱۹/۷)	۰/۰۰۲	۲۲ (۸/۹)	۵۳ (۱۸/۷)	۰/۰۰۱	۵۱ (۱۵/۱)	۲۷ (۱۴)	۰/۴
	خیر	۲۳۸ (۸۹/۱)	۲۱۰ (۷۹/۵)		۲۱۶ (۸۷/۱)	۲۱۶ (۸۶/۳)		۲۸۲ (۸۳/۴)	۱۶۳ (۸۴/۵)	
	بی پاسخ	۱ (۰/۴)	۲ (۰/۸)		۱۰ (۴)	۱۴ (۴/۹)		۵ (۱/۵)	۳ (۱/۶)	
وزن گیری نامناسب	بلی	۲۰ (۷/۵)	۳۰ (۱۱/۴)	۰/۱	۱۹ (۸/۱)	۳۰ (۱۱/۵)	۰/۱	۲۱ (۱۰/۸)	۲۹ (۸/۶)	۰/۲
	خیر	۲۴۶ (۹۲/۱)	۲۳۲ (۸۷/۸)		۲۳۹ (۸۸/۸)	۲۲۲ (۸۴/۷)		۱۶۹ (۸۶/۷)	۳۰۴ (۹۰/۵)	
	بی پاسخ	۱ (۰/۴)	۲ (۰/۸)		۱۱ (۴/۱)	۱۰ (۳/۸)		۵ (۱/۵)	۳ (۰/۹)	
کم خونی	بلی	۱۴ (۵/۲)	۳۲ (۱۲/۱)	۰/۰۰۳	۱۹ (۶/۹)	۲۴ (۹/۴)	۰/۴	۱۹ (۱۰/۸)	۲۵ (۷/۴)	۰/۲
	خیر	۲۵۲ (۹۴/۴)	۲۳۰ (۸۷/۱)		۲۴۵ (۸۹/۱)	۲۲۲ (۸۶/۷)		۱۷۱ (۸۶/۷)	۳۰۸ (۹۱/۷)	
	بی پاسخ	۱ (۰/۴)	۲ (۰/۸)		۱۱ (۴)	۱۰ (۳/۸)		۵ (۲/۶)	۳ (۰/۹)	
تولد نوزاد کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)	بلی	۱۴ (۵/۲)	۱۲ (۴/۵)	۰/۴	۱۰ (۴)	۱۵ (۵/۴)	۰/۳	۸ (۴/۱)	۱۶ (۴/۸)	۰/۵
	خیر	۲۵۲ (۹۴/۴)	۲۵۰ (۹۴/۷)		۲۳۱ (۹۱/۷)	۲۵۴ (۹۱)		۱۸۲ (۹۳/۳)	۳۱۷ (۹۴/۳)	
	بی پاسخ	۱ (۰/۴)	۲ (۰/۸)		۱۱ (۴)	۱۰ (۳/۸)		۵ (۲/۶)	۳ (۰/۹)	

بحث و نتیجه‌گیری

مراجعه به موقع و منظم در دوران بارداری منجر به بهبود نتیجه حاملگی خواهد شد. نتایج بررسی انجام گرفته نشان داد که ۵۲/٦٪ زنان باردار، مراقبت ناکافی در دوران بارداری دریافت نمودند که نتایج مطالعات طیبی و همکاران در ساری، خنجری در تهران و Ferri و همکاران در برزیل همراستا با نتایج این مطالعه است (۲۰ ، ۱٦، ٦). این در حالی است که در بررسی انجام گرفته توسط Savage و همکاران، ۷۷/٦٪ زنان باردار، مراقبت کافی دریافت می‌کردند (۲۱). در بررسی انجام شده در شهرستان شیروان چرداول، ۸٤/٦٪ از مادران، مراقبت را از سه ماهه اول بارداری دریافت نمودند و ۵۰/۷٪ از آن‌ها، شش بار یا بیشتر به مراکز ارائه کننده خدمت مراجعه کرده‌اند (۲۲). با توجه به نتایج سایر مطالعات انجام شده، در صورتی که زنان مراقبت دوران بارداری را از سه ماهه اول دوران بارداری شروع کنند، میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری در آنان کاهش خواهد یافت و همچنین میزان شیوع وزن پایین در نوزادان نیز نسبت به زنانی که مراقبت ناکافی دریافت می‌کنند، سه برابر کاهش می‌یابد (۲۳). با توجه به پیامد های مراقبت ناکافی بر اساس سایر مطالعات انجام

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

گرفته و بالا بودن درصد مراقبت ناکافی در مطالعه حاضر، یکی از نقاط ضعف جدی سیستم مراقبت بهداشتی مادران باردار است که بایستی مد نظر قرار داده شود.

در این مطالعه، میزان مراقبت کافی در روستا (۵۳٪) بیشتر از شهر (۴۷٪) بود. در بررسی انجام گرفته توسط Uddin و همکاران در آمریکا در سال ۲۰۰۹-۲۰۱۰ نیز میزان مراقبت بارداری در روستا بیشتر از شهر می‌باشد (۲۳). در مطالعه‌ای که توسط جباری بیرمی و همکاران از سال ۲۰۱۳-۱۹۹۴ بر روی زنان روستایی تبریز انجام گرفت ۲۳/۷٪ از آنان مراقبت بارداری را ناکافی دریافت کرده بودند (۲۴). با توجه به این که در سیستم بهداشتی -درمانی ایران مراقبت‌های انجام گرفته در روستا به صورت فعال می‌باشد، یعنی بهورز مؤظف است کلیه زنان ۴۹-۱۵ ساله تحت پوشش خانه بهداشت را شناسایی و از وضعیت آن‌ها مطلع باشد و در صورت عدم مراجعه به موقع مادر به خانه بهداشت بهورز مؤظف به پیگیری مادر باردار و تشویق وی به مراجعه به موقع و یا انجام مراقبت در منزل مادر می‌باشد، لذا ممکن است این عامل باعث بالاتر بودن درصد مراقبت کافی در روستا نسبت به مراکز شهری شده است.

نتایج پژوهش انجام گرفته نشان داد، میزان مراقبت کافی در زنان با تعداد حاملگی ۳ و کمتر و در زنان کمتر از ۲۰ سال به طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌ها بود. در بررسی انجام شده در تبریز نیز بین سن مادر و تعداد فرزند و وضعیت دریافت مراقبت دوران بارداری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۵). همچنین در مطالعه خنجری، بین کفایت استفاده از مراقبت‌های حین بارداری با سن زنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۰).

در بررسی انجام گرفته در آمریکا نیز درصد انجام مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار با گروه سنی ۲۰-۱۵ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی می‌باشد (۲۳). نتیجه مطالعه حاضر و سایر مطالعات بر این تأکید دارند که ممکن است افزایش تعداد دفعات حاملگی بر کاهش تعداد دفعات مراجعه مادر و یا مراجعه به موقع تأثیر گذار باشد، لذا بهتر است پرسنل مراکز بهداشتی- درمانی این گروه از مادران را بیشتر مورد توجه قرار داده و جهت تأکید بر مراجعه به موقع و تشویق آن‌ها تمهیداتی مد نظر قرار دهند.

در بررسی حاضر، کیفیت مطلوب مراقبت در روستا (۵۵٪) بالاتر از شهر (۴۵٪) بوده است که مشابه با مطالعه لطفی در تهران بوده است (۲۶). در بررسی انجام گرفته در ایالات متحده آمریکا نیز، تعداد مراقبت‌های انجام گرفته در روستا و شهرهای کوچک بیشتر از شهرهای بزرگ گزارش شده است (۲۳). ممکن است یکی از علل پایین‌تر بودن کیفیت مراقبت‌های انجام گرفته در شهر نسبت به روستا، تعداد دفعات مراجعه مادران ساکن شهر بیشتر به متخصصین زنان و کمتر به مراکز بهداشتی- درمانی بوده است، لذا پایین‌تر بودن دفعات مراجعه مادر باردار، یکی از عوامل مؤثر بر پایین بودن کیفیت خدمات در مراکز شهری نسبت به روستایی شده باشد.

نتایج مطالعه انجام گرفته نشان داد میزان عفونت ادراری، وزن گیری نامناسب، کم خونی و تولد نوزاد کم وزن در مادران با تعداد مراقبت کافی، کمتر از مادران باردار با تعداد مراقبت ناکافی بوده است، اما این اختلاف به جزء در عفونت ادراری در سایر موارد از نظر آماری معنی‌دار نبود. از نظر کیفیت مراقبت دوران بارداری تفاوتی بین دو گروه مراقبت کافی و ناکافی وجود نداشت. در مطالعه انجام گرفته توسط جورابچی

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

و همکاران در قزوین، میزان عوارض دوران بارداری در زنان با تعداد دفعات مراقبت بالاتر، بیشتر از زنان با تعداد دفعات مراقبت کمتر است (۲۷)، این به معنی آن است که نتیجه مطالعه حاضر همراستا با دیگر مطالعه انجام گرفته در ایران نبوده است که ممکن است یکی از علل پایین‌تر بودن عوارض بارداری در مادرانی که مراقبت کافی دریافت کرده‌اند به علت تفاوت در ویژگی‌های شخصی این مادران با مادرانی که مراقبت ناکافی دریافت کرده باشد، یعنی سطح تحصیلات و آگاهی بالاتر باعث افزایش سطح خود مراقبتی در این مادران و در نتیجه کمتر شدن عوارض دوران بارداری شده است و عامل دوم می‌تواند تأثیر آموزش‌های پرسنل بر کاهش عوارض بارداری و پس از زایمان باشد ولی با توجه به محدودیت مطالعه حاضر امکان بررسی این مورد در مادران نبوده است، لذا بر اساس مطالعه حاضر نمی‌توان در خصوص تأثیر مراقبت کافی برکمتر شدن عوارض بارداری نظر قطعی داد.

نتیجه مطالعه حاضر حاکی از پایین بودن نسبی شاخص کمیت مراقبت دوران بارداری توسط مادران باردار بود. بر اساس مطالعه انجام شده، کمیت مراقبت بر عوارض بارداری مؤثر بوده هرچند این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نشد که احتمالاً به دلیل پایین بودن فراوانی مادران باردار با عوارض دوران بارداری بوده است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگر با حجم نمونه بالاتر، این اختلاف‌ها مورد بررسی قرار گیرد. از طرف دیگر کیفیت مراقبت‌های انجام شده تأثیری بر عوارض بارداری به خصوص تولد نوزاد با وزن کم نداشته است در حالی که در سایر مطالعات، مراقبت دوران بارداری بر وزن نوزاد تأثیر مثبت داشته است که علت این نتیجه را ممکن است بتوان به این عامل نسبت داد که ثبت مراقبت‌ها در پرونده به خوبی و بر طبق استاندارد انجام شده ولی آموزش‌های لازم و کافی در جهت رفع مشکلات و عوارض دوران بارداری به خصوص وزن‌گیری نامناسب در مادران باردار در جهت پیشگیری از تولد نوزاد کم وزن انجام نگرفته است، لذا با توجه به محدودیت‌های مطالعه حاضر در عدم امکان بررسی عملکرد کارکنان در زمان انجام مراقبت‌های بارداری و اطمینان از کیفیت و صحت نحوه انجام مراقبت‌ها، پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات بعدی علاوه بر بررسی پرونده مادر، عملکرد کارکنان در زمان ارائه خدمت نیز مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه کلی این مطالعه نشان داد که با وجود بالاتر بودن کمیت و کیفیت مراقبت دوران بارداری در مادران ساکن روستا نسبت به شهر، فراوانی عوارض دوران بارداری در زنان روستایی نسبت به شهری بالاتر بوده که با توجه به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات و آگاهی زنان روستایی، لازم است کارکنان بهداشتی در مراکز روستایی توجه بیشتری به این امر داشته و در جهت کنترل عوارض دوران بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری را با کیفیت بهتر و بالاتری ارائه کرده و تأکید بیشتری بر ارائه آموزش‌های مورد نیاز به مادران باردار بر اساس مشکلات و عوارض بارداری‌شان داشته باشند.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و نقش بیشتر این بخش در سال‌های اخیر در سلامت جامعه، پیشنهاد می‌گردد در بررسی‌های بعدی کیفیت و کمیت مراقبت‌های دوران بارداری در بخش خصوصی با خدمات ارائه شده در مراکز دولتی مورد مقایسه قرار گیرد.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

سپاسگزاری

از کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی جهرم که طی مصوبه شماره ۳۲/پ/ص هزینه اجرای طرح را تأمین کرده و از همکاری پرسنل زایشگاه‌های بیمارستان‌های استاد مطهری و پیمانیه و همکاران شاغل در تسهیلات زایمانی شهر خفر و دوزه که در انجام پرسشگری و تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak I, Cashion MC, Alden KR. Maternity and Women's Health Care. Louis, Missouri: Mosby; 2007.
2. Marandi A, Azizi F, Larijani B, Jamshidi H. Health in Islamic republic of Iran. Tehran: UNICEF; 2000. Persian.
3. Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. Prenatal care utilization in Mississippi: racial disparities and implications for unfavorable birth outcomes. Matern Child Health J. 2011;15(7):931-42.
4. Zhang L, Cox RG, Graham J, Johnson D. Association of maternal medical conditions and unfavorable birth outcomes: findings from the 1996-2003 Mississippi linked birth and death data. Matern Child Health J. 2011;15(7):910-20
5. Carvalho Padilha PD, Accioly E, Chagas C, Portela E, Da Silva CL, Saunders C. Birth weight variation according to maternal characteristics and gestational weight gain in Brazilian women. Nutr Hosp. 2009;24(2):207-12.
6. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. BMC Public Health. 2007;7:209.
7. VanderWeele TJ, Lantos JD, Siddique J, Lauderdale DS. A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: comparable results for predicting small-for-gestational-age outcome but different results for preterm birth or infant mortality. J Clin Epidemiol. 2009;62(4):438-45.
8. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. Health Policy Plan. 2009;24(3):175-88.
9. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):CD000934.
10. Ministry of Health and Medical Education. The ceremony Appreciation of top managers program to promote better delivery and Tops of maternal and neonatal health August 2015 ". Tehran:, 2015. [cited 2014 Aug 31]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/?siteid=1&pageid=1508&newsview=129452
11. Maternal and child health bureau strategic plan: fy 2003 - 2007. Report No. 2.6. 2014. Available from: http://mchb.hrsa.gov/research/documents/mchbstratplan0307.pdf
12. Stringer M.Issues in determining and measuring adequacy of prenatal care. J Perinatol. 1998;18(1):68-73.
13. 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 Vitória, Espírito Santo, Brazil. Women Health. 2010;50(3):229-40.
14. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163(9):458-71.
15. Alexander GR, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. Public Health Rep. 1996;111(5):408-18.
16. Tayebi T, Turk Zahrani S, Jannesari S, Mohammadpour R. Assessment of relationship between adequacy of prenatal care utilization index with preterm labor. J Mazandaran Univ Med Sci. 2011; 21 (84) :87-95. Persian.
17. Zhu BP, Haines KM, Le T, McGrath-Miller K, Boulton ML. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes among white and black women. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(6):1403-10.
18. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. Crit Care Med. 2002 Jul;30(7):1413-8.
19. Education MoHMA. Health Vice chancellery, Family health and population office, Ministry of Health and Medical Education. The modern system of monitoring and evaluation of reproductive health programs. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005.
20. Khangary S, Molla F, Hosseini F, Faragollahi M. Prenatal Care Utilization and Factors Affecting to Receive Prenatal Care from Clients' Perspectives. Iran Journal of Nursing. 2006;19(45):37-48. Persian.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

21. Savage C, Crawford G, Zornes R. Adequacy of Prenatal Care Utilization Index Kansas, 2012. Kansas Department of Health and Environment; 2013. [cited 2014 Aug 31]. Available from: http://www.kdheks.gov/hci/pdf/APNCU_13.pdf
22. Danesh Kojuri M, Karimi S, Shekarabi R, Hossinei F. A study of satisfaction with prenatal care services in the women attending to the health centers of the shirevan chardavel (Iran), in 2005. Iran Journal of Nursing. 2005;18(43):61-69. Persian
23. Uddin SG, Simon AE, Myrick K. Routine prenatal care visits by provider specialty in the United States, 2009-2010. NCHS Data Brief. 2014;(145):1-8.
24. Jabbari Beyrami HJ, Alizadeh M, Bakhshian F, Khanlarzadeh E, Heidari F, Khamnian Z. Adequacy of prenatal care and its association with pregnancy outcomes: A comparison of indices in Tabriz, Iran. J Anal Res Clin Med. 2015;3(1):12-16.
25. Hakari D, Mohamadzadeh R, Velayati A, Bolourian M. Barriers of prenatal care and its relationship with pregnancy outcome among women visited to Tabriz hospitals in 2009. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University. 2011;21(3):206-13. Persian.
26. Lothfie M. Effect of prenatal care receiving in pregnancy outcome [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1992.
27. Jourabchi Z, Ranjkesh F, Asefzadeh S, Lye Mumm Sann. Impact of integrated maternal health care on reducing pregnancy and delivery complications in Qazvin province (2009-2011). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2013; 16 (4) :47-53.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

Assessment the Quantity and Quality of Prenatal Care referred to Maternity and Obstetrics' Facility

*Zahedi Razieh[1], Rahmanian Samira[2], Kohpeima Jahromi Vahid[3]**

• Received: 21. 10. 2015 • Revised: 06. 02. 2016 • Accepted: 15. 03. 2016

Abstract

Introduction: Prenatal cares are provided with the aim of maintaining a healthy pregnancy in regard to the physical and psychological health of both mother and her baby. This study was carried out to assess the quantity and quality of prenatal care in Jahrom/ Iran.

Method: The cross-sectional study was conducted on 531 urban and rural pregnant women. Data were collected by "Integrated Management Evaluation System" check list that was prepared by Health Ministry. The quantity of care was classified as adequate in case of at least 6 prenatal visits before the end of the first trimester and the first visit before the end of the first trimester; otherwise, it was classified as inadequate. The quality of care was determined as appropriate and inappropriate based on the standards of prenatal care.

Results: In whole, 242 pregnant women had received adequate care and the rate of adequate care in rural areas was significantly higher than that in urban area. The quantity of care in urban area (45%) was significantly higher than in rural area (51%). The quality of care was appropriate in 333 women and it was significantly higher in rural area (68.9%) than in urban area (56.6%). Urinary infection and anemia were significantly more prevalent in rural women than in urban women.

Conclusion: The rate of pregnancy complications was higher in rural women despite better quality and quantity of prenatal cares in rural area. Therefore, it is necessary that health workers pay more attention to the pregnant women's education and control of complications.

Keywords: Pregnant women, Quantity of prenatal care, Quality of prenatal Care, "Integrated Management Evaluation System" check list, Standard healthcare

•Citation: Zahedi R, Rahmanian S, Kohpeima Jahromi V. Assessment the Quantity and Quality of Prenatal Care referred to Maternity and Obstetrics' Facility. Journal of Health Based Research 2015; 1(3): 199-213.

1. PhD Student, Research Center for Modeling in Health, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2. MSc, Deputy of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
3. PhD Student, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
****Correspondence:** Haft bagh alavi Highway, Kerman University of Medical Sciences, School of Management and Medical Informatics.*
***Tel:** 071-54340406* ***Fax:** 071-54344002* ***Email:** vahidkouh@yahoo.com*

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]