

مقاله پژوهشی

بررسی نحوه مراجعه زنان باردار جهت مراقبتهای دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن

هدیه ریاضی*، مهندس خسرو مانی کاشانی**

چکیده

مقدمه و هدف: با عنایت به نقش حائز اهمیت مراقبتهای دوران بارداری در تأمین سلامت مادران و کودکان این مطالعه با هدف شناخت و بررسی میزان استفاده مادران باردار از مراقبتهای دوران بارداری و چگونگی مراجعه آنها به مراکز بهداشتی درمانی انجام گرفت تا از این طریق با در نظر گرفتن نتایج حاصله در جهت کاهش مرگ و میر و عوارض دو قشر آسیب پذیر مادران و نوزادان گام مؤثری برداشته شود.

روش کار: این بررسی یک مطالعه مقطعی است که در مدت زمان سه ماه در کلیه زایشگاههای همدان انجام شده است. بدین منظور ۵۰۰ نفر از زنانی که به منظور زایمان به زایشگاهها مراجعه کردند بصورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه و روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه بود.

یافته ها: ۹۱/۴٪ از زنان از مراقبتهای بارداری برخوردار بودند و ۸۴/۶٪ مراقبتهای خود را از سه ماهه اول آغاز کرده بودند. اکثریت زنان (۸۳/۶٪) مراقبت های بینابینی داشتند. بین وجود یا عدم وجود مراقبتها و متغیرهای تحصیلات، تعداد حاملگی و تعداد فرزندان زنده ارتباط معنی داری وجود داشت. بین محل مراجعه و متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده و تعداد زایمان زودرس نیز ارتباط آماری معنی داری یافت شد. بین زمان اولین مراجعه و متغیرهای محل سکونت، تعداد حاملگی ها و تعداد فرزندان زنده ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. همچنین بین کیفیت مراقبتها و متغیرهای تعداد فرزندان زنده، فاصله بین دو حاملگی آخر و وجود مشکل در بارداری قبلی ارتباط آماری معنی داری یافت شد.

نتیجه گیری: اکثریت زنان جهت مراقبتهای دوران بارداری مراجعه می کنند اما درصد خیلی کمی از آنان از مراقبتهای کافی برخوردارند. برخورداری از مراقبتهای دوران بارداری، محل مراجعه، زمان اولین مراجعه و کیفیت این مراقبتها متأثر از سوابق مامائی و اجتماعی زنان می باشند.

کلیدواژه ها: مراقبتهای دوران بارداری

* عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان
** عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

مقدمه

منظور از مراقبتهای دوران بارداری تضمین این نکته است که هر حاملگی منجر به تولد فرزندی سالم شود بدون اینکه به سلامت مادر خدشه ای وارد گردد (۱). اکثریت مرگ زنان در سنین تولید مثل ناشی از عدم برخورداری از مراقبتهای مناسب دوران بارداری است که از آن جمله می توان به مشکلات دوران بارداری و زایمان اشاره نمود (۲). عدم مراقبت صحیح و کافی در دوران بارداری، سلامت جنین و نوزاد را نیز تهدید کرده و باعث ایجاد عوارض مختلفی در جنین می شود (۳). به عنوان مثال خطر زایمان زودرس در زنانی که از مراقبتهای کافی دوران بارداری برخوردار نبوده اند ۴ برابر زانی است که مراقبت کافی داشته اند (۴). همچنین مشخص شده است که مراقبتهای دوران بارداری سازماندهی شده، مرگ جنین را ۴۰٪ کاهش می دهد (۱). با توجه به نقش حائز اهمیت مراقبتهای دوران بارداری و علی رغم آنکه بارداری نیازهای بهداشتی، مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی زنان را افزایش می دهد، امروزه تنها ۴۷٪ زنان تحت مراقبتهای کافی قرار می گیرند (۴). براساس مطالعاتی که در ایران انجام شده است، پوشش مراقبتهای دوران بارداری در سال ۱۳۶۵، ۶۸٪ بوده است (۵). همچنین براساس گزارشات سال ۷۶ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیش از ۶۴٪ از زنان کشور در دوران بارداری ۶ بار یا بیشتر مراقبت می شوند و ۹۴٪ از زنان حامله شهری و ۱۷/۳٪ از زنان روستایی از مراقبتهای دوران بارداری محروم هستند (۶). لذا با توجه به مطالب فوق در پژوهش حاضر به بررسی نحوه مراجعه زنان باردار جهت مراقبتهای دوران بارداری و تعیین عوامل مؤثر بر آن پرداخته شده است.

روش کار

در این بررسی که یک مطالعه cross-sectional بود، جامعه پژوهش را کلیه مادرانی تشکیل دادند که در مدت زمان سه ماه به منظور زایمان به کلیه زایشگاههای شهر همدان مراجعه کردند. حجم نمونه ۵۰۰ نفر بود. نمونه گیری بصورت روزانه و به روش تصادفی ساده

انجام پذیرفت. روش جمع آوری اطلاعات بصورت مصاحبه بود. مصاحبه هنگامی صورت می گرفت که مادر در شرایط مناسبی باشد (ترجیحاً بعد از زایمان) تا بتواند پاسخگوی سؤالات باشد. زنانی که محل سکونتشان خارج از شهرستان همدان (مناطق شهری و روستاهای تابع شهرستان همدان) بود از مطالعه حذف شدند. از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد. استخراج اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها توسط نرم افزار آماری SPSS و EPI6 و آزمون آماری X^2 صورت گرفت.

نتایج

بر اساس یافته های حاصله، دامنه سنی واحدهای مورد پژوهش از ۱۴ تا ۵۰ سال بود. ۹۱/۴٪ از زنان از مراقبتهای دوران بارداری برخوردار بوده و تنها ۸/۶٪ فاقد هرگونه مراقبتی بودند. اکثریت افراد جهت مراقبتها به خانه های بهداشت و سپس درمانگاههای شهری مراجعه داشتند. همچنین ۸۴/۶٪ در سه ماهه اول، ۱۳/۴٪ در سه ماهه دوم و ۲٪ در سه ماهه سوم جهت اولین ویزیت مراجعه کرده بودند (نمودار شماره ۱). اکثریت زنان از ابتدا تا انتهای حاملگی با فواصل ۳۰ روز یکبار جهت مراقبتها مراجعه می کردند (نمودار شماره ۲). با استفاده از شاخص کیسینر (۴) مشخص شد که ۸۳/۶٪ افراد از مراقبتهای بینابینی برخوردار بودند و تنها ۱۰/۱٪ مراقبتهای کافی داشتند. ۶/۳٪ از زنان از مراقبتهای ناکافی برخوردار بودند.

بررسی های آماری نشان داد که بین وجود یا عدم وجود مراقبتهای دوران بارداری با متغیرهای تحصیلات ($p=0/0007$)، تعداد حاملگی ($p=0/000003$) و تعداد فرزندان زنده ($p=0/0007$)، ارتباط آماری معنی داری موجود است بدین ترتیب که مراقبتها در افراد با سواد (نمودار شماره ۳) و افرادی که تعداد حاملگی ها و تعداد فرزندان کمتری داشتند بیشتر بوده است.

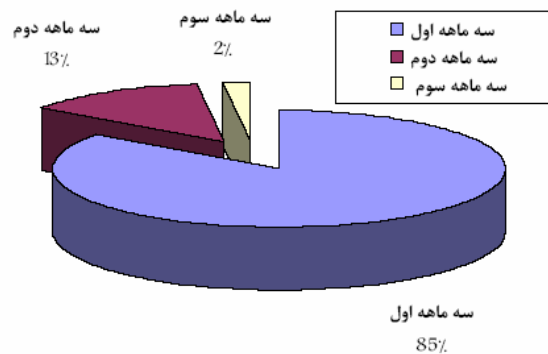
بین محل سکونت و زمان اولین مراجعه ارتباط معنی داری یافت شد ($p=0/045$)، بدین ترتیب که اکثریت افرادی که در سه ماهه اول مراجعه کرده بودند شهرنشین

بودند. همچنین بین زمان اولین مراجعه و تعداد حاملگیها ($p=0/05$)، و میانگین تعداد فرزندان زنده ($p=0/03$)، ارتباط معنی داری یافت شد. زانی که تعداد حاملگی و تعداد فرزند کمتری داشتند به نسبت بیشتری در سه ماهه اول برای اولین مراقبت مراجعه کرده بودند.

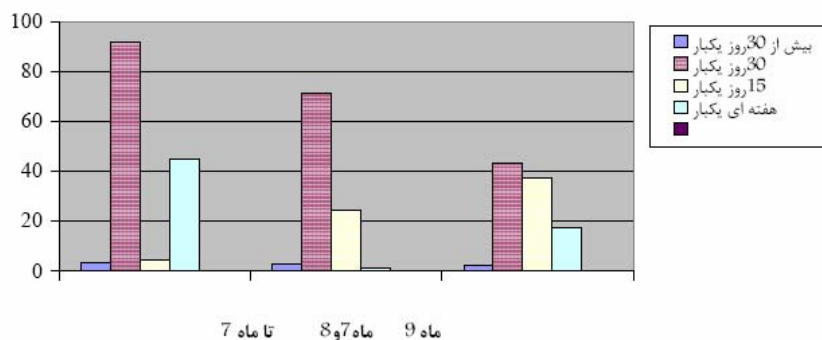
ارتباط معنی داری بین کیفیت مراقبتها (کافی- ناکافی یا بینابینی بودن) با میانگین تعداد فرزندان زنده ($p=0/06$)، میانگین فاصله دو حاملگی اخیر ($p=0/02$) و وجود مشکل در حاملگی اخیر ($p=0/001$)، مشخص شد. مراقبت ناکافی در افرادی مشاهده شد که تعداد فرزندان بیشتری داشته، در حاملگی اخیرشان دچار مشکل نشده بودند و میانگین فاصله دو حاملگی اخیرشان کمتر بود.

بین محل مراجعه با سن ($p=0/03$)، تحصیلات ($p=0/008$)، شغل ($p=0/0000$) و محل سکونت ($p=0/0000$)، ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. اکثریت افرادی که سن زیر ۲۰ و بالای ۳۵ سال داشته و درضمن بی سواد و ساکن روستاها بوده اند به خانه های بهداشت مراجعه کرده بودند. اکثریت افراد شاغل به مطب پزشک و ماما مراجعه کرده بودند. مراجعه اکثر شهرنشینان به درمانگاهها بوده است. همچنین ارتباط آماری معنی داری بین محل مراجعه با میانگین تعداد سقط ها ($p=0/05$)، فرزندان زنده ($p=0/02$) و تعداد زایمان زودرس قبلی ($p=0/02$) یافت شد. مراجعه به مطب پزشک در افرادی بیشتر بود که میانگین تعداد حاملگیشان کمتر بوده، سابقه تعداد سقط های بیشتر و تعداد فرزندان زنده کمتری داشتند.

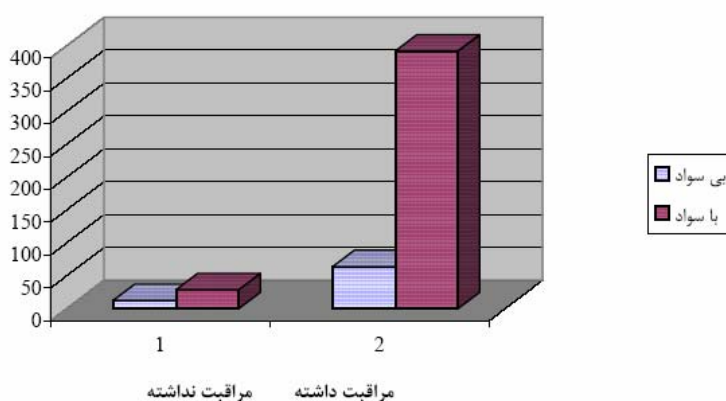
نمودار ۱: فراوانی زمان اولین مراجعه جهت مراقبتهای دوران بارداری در واحدهای مورد پژوهش



نمودار ۲: توزیع فراوانی مراقبتهای دوران بارداری بر حسب فواصل مراجعه در واحدهای مورد پژوهش



نمودار ۳: توزیع فراوانی چگونگی مراقبتهای دوران بارداری بر حسب میزان تحصیلات مادر



را نشان می دهد، پژوهشی در پاکستان نشان می دهد که تنها ۲۹/۳٪ از زنان مراقبت دوران بارداری داشته و از این بین ۷۲/۳٪ به مراکز بهداشتی دولتی مراجعه کرده بودند (۷).

۸۴/۶٪ افراد در سه ماهه اول، مراقبتهای دوران

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۸/۶٪ از زنان مورد مطالعه فاقد مراقبتهای دوران بارداری بودند که این روند نسبت به رقم گزارش شده در تحقیقات سال ۱۳۷۶ استان همدان که ۱۶/۴٪ می باشد (۶) کاهش نسبتاً قابل توجهی

مراقبت‌های دوران بارداری کمتری برخوردار بودند که مطالعات دیگری نیز به همین نتیجه رسیده اند (۱۲).

نتیجه نهائی

با توجه به اینکه بر اساس نتایج این مطالعه استقبال زنان از مراکز بهداشتی درمانی دولتی اعم از درمانگاهها و خانه های بهداشت قابل توجه می باشد ارتقای کیفی خدمات دوران بارداری در این مراکز و آموزش های دقیقتر و مؤثرتر در جهت ارتقاء آگاهی های مورد نیاز آنان بویژه در خصوص زمان مناسب برای شروع مراقبت‌های دوران بارداری و فاصله مناسب مراجعات می‌تواند تأثیر چشمگیری در افزایش پوشش کیفی و کمی مراقبت‌ها بجا بگذارد.

منابع

1. Cunningham FG , Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Haut JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21St Ed. Newyork: Mc Graw-Hill. 2001.
۲. یوسف زاده س. بهداشت باروری مناسب، طیفی از خدمات. مجله بهداشت خانواده. سال اول، شماره ۳: ۳۱-۲۵. ۱۳۷۵.
۳. فرسار الف. کاهش عوارض بارداری. نخستین سمینار سلامت و ایمنی مادران. تهران: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۲.
۴. ریاضی هدیه. بررسی عوامل اپیدمیولوژیک مؤثر بر زایمان زودرس. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامائی. دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۳.
۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه کشوری اداره کل بهداشت خانواده. تهران: اداره کل بهداشت خانواده. ۱۳۷۶.
۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بررسی شاخص های چندگانه وضعیت زنان و کودکان جمهوری اسلامی ایران. تهران: صندوق کودکان سازمان ملل متحد در ایران. ۱۳۷۶.
7. Fatmiz A, Avan BI. Demographic, socio-economic and environmental determinants of utilization of antenatal care in a rural setting of Sindh, Pakistan. J Pak Med Assoc. 2002 ; 52(4): 138-42.

بارداری را شروع کرده بودند و اغلب به خانه های بهداشت مراجعه داشتند که نتایج پژوهشی در لبنان نیز نشان داد که اغلب زنان اولین بار در سه ماهه اول و توسط متخصصین زنان ویزیت شده اند (۸). پژوهش دیگری در هند زمان اولین مراجعه اغلب زنان را در سه ماهه دوم نشان داده است (۹). سابقه بد مامائی، میزان تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتر با شروع زودتر مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط دارد (۱۰).

در پژوهش حاضر بین سن و کیفیت و کمیت مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط آماری معنی داری یافت نشد اما بعضی مطالعات نشان داده اند که زنان جوان از مراقبت‌های دوران بارداری کمتری برخوردارند (۱۱ و ۱۲). پژوهشی در ریاض نشان داده است که مادران زیر ۲۰ سال نسبت به مادران بالای ۳۰ سال ویزیت‌های پره ناتال بیشتری داشته اند (۱۰).

بر اساس مطالعه حاضر ۱۰/۱٪ زنان از مراقبت‌های کافی برخوردار بوده اند. سایر مطالعات، مراقبت‌های کافی را ۱/۱٪ و ۶۱/۶٪ نشان داده اند (۱۲ و ۱۳). وجود یا عدم وجود مراقبت‌های دوران بارداری با تعداد حاملگی ها، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مرتبط است (۱۴). سطح تحصیلات زوجین و سابقه بد مامائی تأثیر معنی داری بر زمان شروع مراقبت‌ها دارند (۱۰). زنانی که وضعیت اجتماعی اقتصادی بهتری دارند از مراقبت‌های بیشتری نیز برخوردارند و زنان کم درآمد و بی سواد که حداقل یک فرزند داشته اند از کمترین مراقبت‌ها برخوردارند (۷ و ۹ و ۱۰).

در پژوهش حاضر بین شهری و روستایی بودن مادران و وجود مراقبت‌های دوران بارداری رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد که بعضی مطالعات نیز مؤید این موضوع می باشد (۱۵) در حالیکه پژوهشی در هند حاکی از آن است که سه پنجم از زنان روستایی از مراقبت‌های دوران بارداری برخوردار نبوده اند (۹).

مطالعه کاکف و همکاران نشان می دهد که بارداریهای پرخطر و کم خطر از نظر محل مراجعه، تعداد مراجعات و زمان شروع اولین مراجعه یکسان بوده اند (۸). در پژوهش حاضر زنان با تعداد بارداریهای بیشتر، از

12. Bachelard O. Prenatal care of women delivering in the Vaud Canton. *Soz Preventiv Med.* 1996, 41 (5): 270-9.
13. Barros H. Role of prenatal care in PTL and LBW in Portugal. *J Public Health Med*, 1996, 18 (3): 321-8.
14. Navaneetham K, Dharmalingam A. Utilization of maternal health care services in southern India. *Soc Sci Med.* 2002; 55(10): 1849-69.
15. Alexy B. Prenatal factors and birth outcomes in the public health service: a rural / urban comparison. *Res Nurs Health.* 1997, 20(1): 61-7.
8. Kakf E, Chaaya M, Campbell O, Kaddour A. Patterns of antenatal care in Low versus highrisk pregnancies in Lebanon. *East Medi terr Health J.* 2004; 10(3): 268-76.
9. Pallikadavath S, Foss M, Stones RW. Antenatal care: provision and inequality in rural north India. *Soc Sci Med.* 2004 ; 59(6): 1147-58.
10. Shammari SA, Khoja T, Jarallah JS. The pattern of antenatal visits with emphasis on gestational age at booking in Riyadh Health Centers. *J R Soc Health.* 1991; 114(2): 62-6.
11. Higgins PG, Burton M. New Mexico women with no prenatal care: reasons, outcomes and nursing implications. *Health Care Women Int.* 1996, 17(3):255-69.