

دریافت مراقبت های دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه دریافت کنندگان مراقبت

*صدیقه خنجری^۱ فروغ مولا^۲ فاطمه حسینی^۳ معصومه فرج الهی^۴

چکیده

دریافت مراقبت های بارداری یکی از مهم ترین عوامل در بهبود نتایج بارداری است. عوامل بازدارنده دریافت مراقبت های بارداری منجر به دریافت ناکافی مراقبت های بارداری و در نتیجه تضعیف بهداشت مادر و کودک می گردد. لذا این تحقیق با هدف تعیین نحوه دریافت مراقبت های دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است. پژوهش حاضر مقطعی بوده و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان تک قلو زایی بود که حداکثر سن آخرین فرزند آنان یک سال یا زیر یک سال بوده و در دوران بارداری تحت مراقبت صرفاً یکی از دو مرکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. تعداد شرکت کنندگان در پژوهش ۴۰۰ نفر مراجعه کننده جهت دریافت مراقبت پس از زایمان به مراکز مورد نظر بود که بوسیله نمونه گیری مستمر انتخاب شدند.

در این مطالعه پس از تعیین اعتبار علمی از طریق اعتبار محتوا و اعتماد علمی با استفاده از روش دو نیمه کردن، با پرسش از مراجعه کنندگان و با استفاده از پرونده بهداشتی پرسشنامه ها تکمیل گردید. نتایج نشان داد براساس ابزار کتل چاک حدود ۸۳ درصد زنان مراقبت های دوران بارداری را به صورت متوسط و ناکافی دریافت کرده بودند. بین دریافت مراقبت کافی و ضروری دانستن دریافت مراقبت دوران بارداری از دیدگاه مادران رابطه معنی داری مشاهده گردید ($P=0/005$). بین مواردی چون کفایت استفاده از مراقبت بارداری و سن زنان ($P=0/001$)، سن همسر آنان ($P=0/016$)، وضعیت اشتغال ($P=0/000$) و تعداد اعضای خانواده ($P=0/002$)، تعداد فرزندان ($P=0/006$)، سطح درآمد ($P=0/053$) و سن حاملگی زن به هنگام زایمان ($P=0/000$) رابطه معنی دار مشاهده شد. نتایج بیانگر آن بود که با وجود ارائه مراقبت های بارداری در مراکز بهداشت درصد قابل ملاحظه ای از زنان باردار از این مراقبت ها به طور کامل استفاده نمی کنند. از جمله عواملی که مانع دریافت این مراقبت ها بود، احساس عدم نیاز به این مراقبت ها از سوی زنان و همچنین اعتماد نداشتن به مراقبت دهندگان و عدم آگاهی از دفعات و نحوه صحیح مراجعات به مراکز بهداشت بود. از موانع دریافت مراقبت های دوران بارداری بعضی از مشخصات و ویژگی فردی زنان باردار بود که به نظر می رسد توجه ارائه دهندگان مراقبت به مشخصات فردی دریافت کنندگان مراقبت در جهت بهبود میزان دریافت مراقبت زنان باردار مهم باشد.

واژه های کلیدی: مراقبت دوران بارداری، استفاده از مراقبت دوران بارداری، زنان باردار

تاریخ دریافت: ۸۴/۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۸۵/۳/۳۰

^۱ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان کودکان مفید

^۳ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

مادران و کودکان نه تنها گروه پرجمعیت بلکه گروه آسیب پذیر و در معرض خطر می باشند. در مورد زنان این خطر در رابطه با زایمان و بارداری و در مورد کودکان در رابطه با رشد و تکامل و بقاء می باشد.

ارائه مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری یکی از مباحث اصلی بهداشتی در هر جامعه می باشد و به عنوان یک شاخص بهداشتی در نظر گرفته می شود. توجه به این مسئله علاوه بر تأثیرگذاری بر نظام بهداشتی کشورها و به همراه داشتن سلامت جسمی و روانی مادران و کودکان، وضعیت اجتماعی و اقتصادی کشورها را نیز متأثر می سازد.^(۱)

از نظر سازمان بهداشت جهانی یکی از مهم ترین و اساسی ترین ارکان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، توجه به بهداشت مادران، کودکان و تنظیم خانواده می باشد. بنابراین لازم است که بهداشت مادر و کودک در اولویت خاص جهت تدوین و اجرای برنامه‌های مراقبت‌های اولیه در هر کشوری قرار گیرد. طبق آمار این سازمان در سال ۲۰۰۶ مرگ و میر مادران ۳۷/۴ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در ایران بوده است.^(۲) در حالی که در سال ۱۹۹۶ مرگ و میر مادران ۱۳۰ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در ایران، در آفریقا ۱۰۰۶ نفر، در اروپا ۲۸ و در آمریکای شمالی ۱۱ نفر بوده است. تفاوت مرگ و میر در نقاط مختلف جهان بستگی به سطح بهداشت در جوامع دارد. وجود اختلاف آمار مرگ و میر مادران در نتیجه اختلاف سطح ارائه خدمات بهداشتی می باشد. کشورهای صنعتی با کشورهای در حال توسعه نیز کاملاً قابل مشاهده است.^(۳)

در قرن بیست و یکم و با وجود پیشرفت‌های اقتصادی و تکنولوژیکی فراوان هنوز در کشورهای در حال توسعه ۴۴ میلیون زن به مراقبت‌های دوران بارداری دسترسی ندارند. کمبود مراقبت‌های مامایی در طول بارداری و هنگام زایمان، به طور گسترده موجب مرگ سالانه نزدیک به ۶۰۰۰۰۰ نوزاد در هنگام تولد و ۵ میلیون نوزاد پیش از تولد یا در طول زایمان یا در نخستین هفته زندگی می شود.^(۴)

بحث اجرای مراقبت دوران بارداری ابعاد گوناگونی دارد که یکی از نتایج اجرای صحیح آن بعد اقتصادی و با صرفه بودن آن می باشد. چنانچه انجمن پرستاران آمریکا (۱۹۸۶) اعلام نمود: برای هر یک دلار هزینه صرف شده برای مراقبت دوران بارداری، ۲ الی ۱۱ دلار صرفه جویی در درمان نارس بودن نوزاد و مشکلات بعد از تولد به عمل می آید. ارزشمند بودن این مراقبت‌ها در افزایش وزن زمان تولد و کاهش نیاز به بستری شدن در بیمارستان در سال‌های بعدی زندگی کودک است.

یکی از مشکلات بزرگ بسیاری از جوامع در زمینه بهداشت مادران باردار آن است که اکثر مادران باردار، در دوران بارداری مراقبت‌های لازم را دریافت نمی کنند و این در حالی است که مراقبت‌ها به اشکال مختلف از طرف مراکز بهداشتی و درمانی ارائه می گردد. به نظر می رسد عوامل بازدارنده‌ای مانع از دریافت صحیح و به موقع مراقبت‌های حین بارداری می شود که لازم است در این مورد تحقیقات وسیعی به عمل آید تا با شناسایی موانع، راه‌حل‌هایی جهت رفع آن‌ها اتخاذ گردد، چرا که کمبود دریافت این مراقبت‌ها مادران و کودکان را با مشکلات متعددی مواجه می سازد.^(۵) این پژوهش با هدف تعیین نحوه

مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود، که از طریق آن نحوه مراجعه زنان در زمان بارداری، میزان دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و عوامل مستعد کننده و یا بازدارنده بر مراجعه آنان و همچنین مشخصات فردی مراجعه‌کنندگان و ارتباط آن با نحوه مراجعه زنان باردار تعیین شده است. تعداد نمونه ۴۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بودند که روش نمونه‌گیری مستمر طی چهار ماه انتخاب شدند. تعداد شرکت‌کنندگان از هر مرکز ۲۰۰ نفر بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان تک قلو زایی تشکیل می‌دادند که سن آخرین فرزند آنان حداکثر یک سال یا کمتر بوده و در دوران بارداری صرفاً به یکی از مراکز بهداشتی مورد نظر مراجعه و تحت مراقبت قرار داشتند.

در این مطالعه مراکز با توجه به وسعت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انتخاب شدند که مراقبت‌های دوران بارداری را ارائه می‌دادند و نمونه‌های تحقیق جهت دریافت مراقبت پس از زایمان به مراکز مورد نظر مراجعه می‌کردند. پژوهشگر پس از کسب موافقت نامه از مسئولین در ساعات اداری هفته به مراکز مذکور مراجعه و نمونه‌های دارای شرایط تحقیق را انتخاب می‌نمود. پس از توضیح اهداف پژوهش برای زنان مراجعه کننده در صورت موافقت ابزار جمع‌آوری داده‌ها در اختیار آنان قرار می‌گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه مشتمل بر سه بخش بود. بخش الف شامل ۱۸ سوال در مورد مشخصات فردی مددجویان بود که با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بهداشتی تکمیل شد. بخش ب شامل ۱۹ سوال با گزینه بلی و خیر در مورد عوامل مؤثر بر مراجعه زنان باردار به درمانگاه بود که با پرسش از مراجعه‌کنندگان دارای شرایط تحقیق توسط پژوهشگران تکمیل شد. در ادامه این قسمت، گزینه سایر موارد برای ثبت نظرات پاسخگویان در نظر گرفته شده بود. بخش ج شامل ثبت اطلاعات مربوط به نحوه مراجعه زنان باردار بود که در آن از ابزار کتل‌چاک استفاده شد. در این ابزار برای تعیین نحوه مراجعه زنان از دو شاخص «تعداد مراجعات» و «زمان شروع» مراقبت‌های بارداری استفاده گردید که با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بهداشتی تکمیل گردید.

از نظر تعداد مراجعات، طبق ابزار کتل‌چاک نمونه‌ها به چهار گروه «بیش از حد کفایت»، «کافی»، «متوسط» و «ناکافی» تقسیم شده که با استفاده از فرمول زیر محاسبه شده است:

$$100 \times \frac{\text{تعداد مراجعه نمونه در طول دوران بارداری به مرکز بهداشت}}{\text{تعداد مراجعه توصیه شده توسط کالج زنان و مامایی آمریکا}}$$

بر اساس استاندارد تعیین شده از طرف کالج زنان و مامایی آمریکا زنان باید تا هفته ۳۶ حاملگی و پس از آن ده مراجعه یا بیشتر به مرکز بهداشتی داشته باشند. در این پژوهش سن بارداری تمامی نمونه‌ها به هنگام زایمان ۳۶ هفته یا بیشتر بوده است، پس تعداد مراجعه انجام شده تقسیم بر ۱۰ و حاصل آن در ۱۰۰ ضرب شده است. تعداد مراجعه نمونه مورد نظر براساس پرونده بهداشتی نمونه‌ها به دست آمده است.

هزار تومان و ۵۲ درصد در آمد ۸۰-۶۰ هزار تومان و بقیه بیشتر از ۸۰ هزار تومان درآمد داشتند. از کل نمونه‌ها ۴۰/۳ درصد دارای بیمه و ۵۹ درصد آنان بیمه نبودند. نیمی از زنان (۵۰/۱ درصد) زایمان قبلی نداشتند و فاصله آخرین حاملگی با زایمان قبلی در بقیه زنان یک تا دوازده سال را شامل می‌شد. همچنین ۹۵/۸ درصد نمونه‌ها سابقه سقط جنین و مرگ نوزاد نداشتند. سن حاملگی اکثر زنان به هنگام زایمان ۴۰ هفته (۷۱۷/۰±۳۹/۴۷) بود. اکثر زنان (۶۴/۸ درصد) به طور طبیعی، ۳/۳ درصد سزارین و ۰/۳ درصد آنان با کمک وسیله زایمان کرده بودند. وزن زمان تولد آخرین فرزند در ۴۰/۵ درصد نمونه‌ها ۳۰۰۰-۲۵۰۰ گرم و در ۴۵/۳ درصد آن‌ها ۳۵۰۰-۳۰۰۰ گرم بوده است.

چگونگی زمان شروع مراجعه جهت دریافت مراقبت در نمودار شماره-۱ نشان داده شده است. همچنان که مشاهده می‌شود ۱۱ درصد از زنان این مراقبت‌ها را از ماه هفتم و یا پس از آن شروع کرده‌اند. در نمودار شماره-۲ تعداد مراجعات محاسبه شده است ۴۳/۵ درصد در حد ناکافی به مرکز بهداشت مراجعه کرده بودند. جهت محاسبه نهایی کیفیت دریافت مراقبت‌های بارداری از دو شاخص زمان شروع مراجعه و تعداد مراجعات زنان جهت دریافت مراقبت بارداری استفاده شده است. بر اساس نتایج حدود نیمی از نمونه‌ها (۴۸ درصد) مراقبت‌های بارداری را در حد ناکافی (شروع مراقبت بعد از ماه چهارم یا تعداد مراجعات کمتر از ۵۰ درصد تعداد توصیه شده) ۳۴/۷ درصد نمونه‌ها این مراقبت‌ها را در حد متوسط (شروع مراقبت تا ماه چهارم و تعداد مراجعات ۵۰-۷۹ درصد مراجعات مورد انتظار) دریافت کرده‌اند. ۱۵/۵ درصد نمونه‌ها از نظر کیفیت دریافت مراقبت بارداری

کتل‌چاک جهت محاسبه نهایی کیفیت دریافت مراقبت‌های بارداری با توجه به دو شاخص زمان شروع مراجعه و تعداد مراجعات زنان تقسیم‌بندی خود را به این صورت انجام داده است: دریافت مراقبت بارداری ناکافی (شروع مراقبت بعد از ماه چهارم یا تعداد مراجعات کمتر از ۵۰ درصد تعداد توصیه شده)، متوسط (شروع مراقبت تا ماه چهارم و تعداد مراجعات ۵۰-۷۹ درصد مراجعات مورد انتظار)، کافی (شروع تا ماه چهارم، یا ۱۰۹-۸۰ درصد مراجعات لازم)، بیش از حد کیفیت (شروع تا ماه چهارم، و ۱۱۰ درصد یا بیش از مراجعات لازم).

نتایج

بر اساس یافته‌ها، محدوده سنی واحدهای مورد پژوهش ۱۷ تا ۵۱ سال با میانگین ۲۸/۸۳±۶/۵۴۱ سال و میانگین سنی همسران آنان ۳۲/۶۵±۶/۴۵۳ بوده است. از نظر تحصیلات ۹ درصد زنان بی‌سواد، ۳۹/۳ درصد دیپلمه و ۹/۸ درصد دارای تحصیلات عالی بودند. همسران نمونه‌ها ۶/۵ درصد بی‌سواد، ۳۸/۸ درصد دیپلمه، ۱۴ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و بقیه در حد ابتدایی و راهنمایی بودند. همچنین ۸۸/۳ درصد خانه دار و ۱۰/۸ درصد کارمند بودند. این نسبت در مورد همسران آنان به صورت ۵۳/۵ درصد شغل آزاد، ۳۰/۸ درصد کارمند و بقیه کارگر یا بیکار بودند. از جهت بعد خانوار ۵۰/۳ درصد نمونه‌ها دارای خانواده سه نفره، یعنی صاحب یک فرزند بودند. به‌طور کلی تعداد اعضای خانواده از سه نفر تا ۸ نفر متغیر بود (۳/۷۲±۰/۹۲۱) در ۴۳/۳ درصد نمونه‌ها سن آخرین فرزند ۶-۱ ماه و میانگین سن آخرین فرزند ۴۶۷/۶±۵/۰۸ ماه بود. از نظر میزان درآمد ماهیانه ۱۰/۸ درصد از خانواده‌ها درآمد ماهیانه کمتر از ۶۰

در حد کافی (شروع تا ماه چهارم و ۱۰۹-۸۰ درصد مراجعات لازم) و ۱/۸ درصد بیش از حد کفایت (شروع تا ماه چهارم و ۱۱۰ درصد یا بیشتر مراجعات لازم) بوده‌اند (نمودار شماره - ۳).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به دو مرکز

بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۳۸۳

عوامل بازدارنده		بلی	خیر
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مشکل گرفتن وقت نوبت بعدی	۱ (۰/۳)	۳۹۹ (۹۹/۸)	
انتظار طولانی مدت برای معاینه	۳۴ (۸/۵)	۳۶۶ (۹۱/۵)	
نامناسب بودن زمان پذیرش	۰ (۰)	۴۰۰ (۱۰۰)	
عدم حضور فرد مراقبت دهنده	۰ (۰)	۴۰۰ (۱۰۰)	
عدم پذیرش مادر در بعضی مراجعات	۱ (۰/۳)	۳۹۹ (۹۹/۸)	
برخورد نامناسب مراقبت دهنده	۲۱ (۵/۳)	۳۷۹ (۹۴/۸)	
نبودن فردی برای نگهداری فرزند	۷۸ (۱۹/۵)	۳۲۲ (۸۰/۵)	
وجود فرد بازدارنده برای مراجعه	۹ (۲/۳)	۳۹۱ (۹۷/۸)	
هزینه بالای رفت و آمد	۱۹ (۴/۸)	۳۸۱ (۹۵/۳)	
سنگین بودن هزینه مراقبت	۰ (۰)	۴۰۰ (۱۰۰)	
طولانی بودن ساعات کاری مددجو	۱۹ (۴/۸)	۳۸۱ (۹۵/۳)	
مشکل دوری منزل	۴۹ (۱۲/۳)	۳۵۱ (۸۷/۸)	
عدم نیاز به مراقبت دوران بارداری	۱۴۰ (۳۵)	۲۶۰ (۶۵)	
حاملگی ناخواسته از نظر مادر	۲۹ (۷/۳)	۳۷۱ (۹۲/۸)	
حاملگی ناخواسته از نظر پدر	۶ (۱/۵)	۳۹۴ (۹۸/۵)	
مخفی نمودن حاملگی تا سه ماهه دوم	۱ (۰/۳)	۳۹۹ (۹۹/۸)	
سایر موارد شامل: ۱) عدم اطمینان به مراقبت‌های ارائه شده در مرکز بهداشت	۳۸ (۹/۵)	۳۶۲ (۹۰/۵)	
۲) عدم اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات دوران بارداری	۷۲ (۱۸)	۳۲۸ (۸۲)	
۳) عدم اطمینان به مراقبت‌ها و عدم آگاهی از تعداد مراجعات لازم در دوران بارداری	۵ (۱/۳)	۳۹۵ (۹۸/۷)	

استفاده از مراقبت‌های حین بارداری، سن زنان و سن همسران آنان ارتباط معنی‌دار ($P=0/001$) و ($P=0/016$) دیده شد. همچنین بین متغیر کفایت

از نظر ارتباط بین کفایت دریافت مراقبت‌های بارداری با متغیرهای سن، وضعیت اشتغال، تعداد اعضای خانواده و سطح درآمد ماهیانه نتایج نشان داد: بین متغیر کفایت

بارداری ارتباط معنی‌دار با ($P=0/000$) و ($P=0/005$) مشاهده گردید.

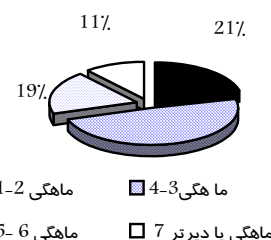
در این پژوهش بین عدم اطمینان به مراقبت‌های ارائه شده و عدم اطلاع از مراجعه صحیح با معیار کفایت استفاده از مراقبت ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشته است ($P=0/036$).

استفاده از مراقبت و وضعیت اشتغال مادران و تعداد اعضای خانواده ارتباط معنی‌دار با ($P=0/000$) و ($P=0/002$) مشاهده گردید. سطح درآمد ماهیانه خانواده در این پژوهش با معیار کفایت استفاده از مراقبت ارتباط معنی‌دار آماری داشته است ($P=0/005$). همچنین بین کفایت استفاده از مراقبت و سن حاملگی زنان به هنگام زایمان و عدم نیاز به مراقبت دوران

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی عوامل تسهیل‌کننده دریافت مراقبت‌های دوران بارداری زنان مورد مطالعه

عوامل تسهیل‌کننده	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
وجود فرد مشوق برای مراجعه	۱ (۰/۲)	۳۹۹ (۹۹/۸)	۴۰۰ (۱۰۰)
مطالعات جنبی دوران بارداری	۱۴۲ (۳۵/۵)	۲۵۸ (۶۴/۵)	۴۰۰ (۱۰۰)

در پژوهش انجام شده براساس شاخص کنترل‌چاک، نتایج نشان داد نحوه مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی-درمانی به گونه‌ای است که نسبت قابل ملاحظه‌ای از زنان یعنی ۴۸ درصد در حد ناکافی این مراقبت‌ها را دریافت کرده بودند. در تحقیق Omar و همکاران که با استفاده از همین شاخص موانع دریافت مراقبت دوران بارداری در زنان ساکن در مناطق روستایی آمریکا را بررسی کرده بودند، نتایج نشان داد ۴۷ درصد زنان کمتر از حد کافی از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده کرده بودند.^(۶) در حالی که در تحقیق حاضر ۸۲/۸ درصد زنان کمتر از حد کافی از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده کرده بودند. در تحقیق دیگری که بر روی زنان سیاه‌پوست آمریکایی کم‌درآمد انجام شد، مشخص گردید ۴۹ درصد زنان کمتر از حد کافی از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده کرده بودند.^(۷)



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی زمان شروع مراقبت‌های دوران بارداری در ۴۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به دو مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۳۸۳

بحث و نتیجه‌گیری

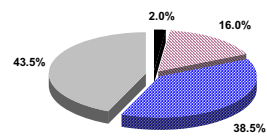
مراقبت به موقع و منظم دوران بارداری منجر به بهبود نتایج حاملگی خواهد شد. بنابراین بررسی الگوی استفاده زنان از این مراقبت‌ها و عوامل مؤثر بر آن کام مهمی در جهت بهبود نتایج بارداری خواهد بود.

شیوع وزن پایین در نوزادان نیز نسبت به زنانی که مراقبت دریافت نمی‌کنند ۳ برابر کاهش می‌یابد.^(۸)

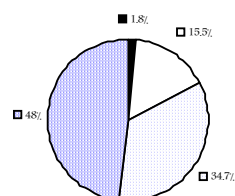
در این مطالعه از نظر کفایت تعداد مراجعات دوران بارداری، ۸۲ درصد زنان باردار به صورت متوسط و ناکافی به مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند. در حالی که در مطالعه ای مشابه این رقم به ۳۵/۷ درصد گزارش شده است.^(۷)

نتایج در خصوص هدف دیگر پژوهش یعنی عوامل مؤثر بر مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی از نظر عوامل فرهنگی «نظر زنان نسبت به ضرورت مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری» نشان داد رابطه معنی‌داری بین دریافت مراقبت کافی و نظر زنان باردار وجود دارد ($P=0/005$). این امر بیانگر آن است که بین تعداد زنانی که مراقبت دوران بارداری را ضروری نمی‌دانستند و مراقبت‌ها را در حد ناکافی دریافت کرده بودند، ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. لیکن بین سایر عوامل فرهنگی شامل مخفی کردن بارداری تا ۳ ماهه دوم، حاملگی ناخواسته از دیدگاه پدر و مادر و کفایت دریافت مراقبت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در حالی که Mikhail در تحقیق خود بین متغیر دریافت مراقبت کافی و اعتقاد زنان به اهمیت مراقبت دوران بارداری ارتباط معنی‌داری را گزارش کرده است. همچنین وی دریافت ۷۹ درصد زنان، بارداری بدون برنامه داشته‌اند وی معتقد است که اگر زنان بارداری بدون برنامه داشته باشند، اغلب دریافت مراقبت دوران بارداری خود را به تاخیر می‌اندازند.^(۷)

در خصوص عوامل سازمانی مؤثر بر مراجعه زنان باردار، مواردی چون نامناسب بودن زمان پذیرش، عدم حضور فرد مراقبت دهنده، عدم پذیرش مادر در بعضی از مراجعات مطرح بود که با کفایت دریافت



نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی تعداد مراجعات طی دوران بارداری در ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۳- توزیع فراوانی استفاده از مراقبت‌ها طی دوران بارداری در ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۳۸۳

براساس نتایج، در خصوص زمان شروع دریافت مراقبت در طول بارداری، ۳۰ درصد زنان باردار وضعیت متوسط یا نامناسب داشتند، یعنی از ۵ ماهگی جهت دریافت مراقبت مراجعه کرده بودند. در تحقیق Mikhail بر روی زنان سیاه‌پوست آمریکایی کم‌درآمد ۳۴/۱ درصد زنان باردار بعد از ۵ ماهگی به درمانگاه مراجعه کرده بودند.^(۷) در صورتی که زنان باردار مراقبت دوران بارداری را از ۳ ماهه اول دوران بارداری شروع کنند، میزان مرگ و میر و ابتلاء به بیماری در آنان کاهش خواهد یافت. همچنین میزان

اعمال شده در محل اشتغال یا تحصیل و دوری راه را از موانعی بر شمرند که اکثر زنان بارداری به مراجع به مراکز بهداشتی با آن روبرو بوده‌اند.^(۱۰)

عدم اطمینان به مراقبت‌های ارائه شده، نکته بسیار مهمی است. چنانچه بعضی از پژوهشگران در بررسی خود سختی ارتباط با مراقبت دهندگان و ویزیت توسط مراقبت دهندگان متفاوت را مهم‌ترین عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های دوران بارداری ذکر کرده‌اند.^(۱۰) در صورت کسب اعتماد مراجع کنندگان، مددجویان در جلسه اول اطلاعات ضروری را کسب کرده و در مورد تعداد و نحوه مراجعات نیز مشکلی نخواهند داشت. چنانچه بعضی از محققین بیان نموده‌اند، کمبود مراقبت دهنده توانمند یک عامل بازدارنده در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری است. Mikhail نیز در نتایج تحقیق خود دریافت که مراقبت دهندگان باید تا حد امکان رضایت و اعتماد مراجع کنندگان را جلب کنند. این امر با ایجاد حمایت و توجه به محیط و ایجاد موقعیت آموزشی با در نظر گرفتن حساسیت‌های فرهنگی و کیفیت ارائه خدمات دوران بارداری امکان پذیر است. نتایج تحقیقات نیز نشان داده است زنانی که از ارائه مراقبت رضایت داشته‌اند و ارتباط مناسبی با عامل ارائه مراقبت برقرار نموده‌اند، مراقبت‌های دوران بارداری را به طور کامل دریافت کرده‌اند. همراه شدن عدم اطمینان با عدم اطلاع از مراجعه صحیح و به موقع، باعث محدودیت بیشتر در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری می‌گردد. در این پژوهش نیز ارتباط معنی‌دار بین عدم اطمینان، عدم اطلاع از مراجعه صحیح و به موقع و عدم دریافت مراقبت کافی مشاهده شد ($P=0/036$).

در خصوص عوامل تسهیل کننده مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی، ۳/۰ درصد زنان وجود فرد مشوق

مراقبت ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. در حالی که زمان مراجعه برای استفاده از مراقبت دوران بارداری بسیار مهم است. به طور مثال خانم‌های شاغل و دانشجو امکان مراجعه و دریافت مراقبت طی ساعات صبح را ندارند و این امر در مراجعه منظم آن‌ها به مراکز بهداشتی مؤثر است. طول زمان انتظار نیز عامل مؤثری است، چنانچه طول زمان انتظار و طول مدت ویزیت حقیقی پزشک همگون نباشند، عوامل اثرگذار بر مراجعه زنان خواهند بود.^(۸) Beckmann و همکاران در بررسی موانع مراجعه زنان به مراکز بهداشتی عامل زمان انتظار طولانی برای دریافت مراقبت را به عنوان مانعی جهت مراجعه به مراکز بهداشتی ذکر کرده است.^(۹)

در خصوص عوامل اقتصادی مؤثر بر مراجعه زنان باردار، ۱۹/۵ درصد زنان نبود فردی برای مراقبت از فرزندان در منزل را عامل مؤثر بر عدم مراجعه خود بر شمرند و سپس مواردی چون مشکل دوری منزل، هزینه بالای رفت و آمد و طولانی بودن ساعات کاری را ذکر کردند. اگر چه رابطه معنی‌داری بین این عوامل با کفایت دریافت مراقبت مشاهده نشد. در حالی که محققین معتقدند مشکلات ایاب و ذهاب زنان باردار آنان را در مراجعه به مراکز بهداشتی مردد می‌کند. این مشکلات می‌تواند شامل کمبود وسایل نقلیه عمومی، بدی آب و هوا و شرایط نقل و انتقال باشد.^(۸) همچنین زنان بارداری که از اتوبوس استفاده می‌کنند و یا پیاده به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی مراجعه می‌کنند، بیشتر از زنان بارداری که به وسیله اتومبیل شخصی و تاکسی مراجعه می‌کنند مراقبت ناکافی دریافت می‌کنند. Zaid و همکاران در تحقیق خود عدم امکان پرداخت هزینه مراقبت، سختی رفت و آمد به کلینیک، مسئولیت مراقبت از فرزندان، محدودیت‌های

در خصوص ارتباط بین کفایت دریافت مراقبت با وضعیت اشتغال زنان باردار، ۳۵۳ نفر از واحدهای مورد پژوهش خانه دار و ۴۶ نفر کارمند بودند. این امر بیانگر نبودن زمان مناسب برای مراجعه بانوان شاغل است اما در بین زنان خانه دار بیش از ۸۰ درصد مراقبت ناکافی دریافت کرده بودند که دلایل عدم مراجعه آنان نیاز به بررسی بیشتر دارد، چرا که علی‌رغم وجود امکان مراجعه، مراقبت ناکافی داشته‌اند. در مورد رابطه تعداد اعضای خانواده و تعداد فرزندان با کفایت دریافت مراقبت دوران بارداری ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P=0/002$). ناکافی بودن دریافت مراقبت در خانواده‌های پر جمعیت بیشتر بوده است و به نظر می‌رسد نبود فردی مطمئن برای نگهداری فرزند و یا نگرانی مادر موجب عدم مراجعه و دریافت مراقبت شده است.

در مورد ارتباط بین سطح درآمد ماهیانه و کفایت دریافت مراقبت دوران بارداری، رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/05$). بر اساس نتایج خانواده‌های با درآمد ماهیانه زیر ۶۰ هزار تومان حدود ۲۰ برابر سایرین مراقبت ناکافی دریافت کردند. در خصوص ارتباط بین کفایت دریافت مراقبت دوران بارداری با سن زنان مراجعه کننده، ۲۸/۵ درصد زنان باردار مراجعه کننده ۲۰ سال و کمتر، در حد کافی و ۷۱/۵ درصد در حد متوسط و یا ناکافی مراقبت دریافت کرده بودند. در سن ۲۱ تا ۲۵ سال نسبت متوسط و ناکافی به کافی و بیش از حد کافی بیش از ۲ برابر بوده است. در ۲۶ تا ۲۹ سال حدود ۶ برابر زنان مراقبت متوسط و ناکافی نسبت به مراقبت کافی دریافت کرده بودند. در سن ۳۰ سال ۱۰ برابر زنان مراقبت متوسط و ناکافی نسبت به کافی دریافت کرده بودند. ارتباط معنی‌داری بین کفایت دریافت

برای مراجعه را ذکر کردند و ۹۹/۷ درصد به آن اشاره نکردند. این امر را Maloni به نقل از Proland چنین مطرح می‌کنند، زنانی که به طور کلی با محدودیت در حمایت کافی و کمبود دریافت حمایت عاطفی مواجه می‌باشند، مراقبت‌های دوران بارداری را پیگیری نمی‌کنند.^(۸) همچنین همین نویسنده به نقل از Anderson، Norbeck و Patterson می‌گوید وجود یک منبع اصلی برای حمایت اجتماعی مداوم از زنان در طی دوران بارداری از قبیل اعضای خانواده و یا افراد حمایت کننده دیگر بر دریافت مراقبت‌های این دوران مؤثر است.^(۸) در تحقیق حاضر از عوامل تسهیل کننده در مراجعه زنان باردار، مطالعات جنبی زنان پیرامون مسائل بارداری بوده که باعث تشویق و درک آنان از ضرورت دریافت مراقبت‌ها شده است. بر اساس نتایج این پژوهش ۷۱/۶ درصد واحدهای مورد پژوهش از تحصیلات راهنمایی به بالا برخوردار بودند. اما تنها ۳۵/۵ درصد واحدهای مورد پژوهش مطالعات جنبی در مورد دوران بارداری داشتند. عدم دریافت مراقبت کافی در زنانی که مطالعه جنبی نداشته‌اند ۲ برابر زنانی بود که مطالعه جنبی در مورد بارداری داشتند که این امر می‌تواند ناشی از اثرات مطالعه آنان باشد. البته در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین عوامل تسهیل کننده و کفایت دریافت مراقبت‌ها مشاهده نشد.

در خصوص ارتباط بین کفایت دریافت مراقبت با سطح تحصیلات، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد و یافته‌ها نشان داد در سطوح مختلف ابتدایی تا دیپلم و بالاتر نسبت بین دریافت مراقبت کافی و عدم دریافت مراقبت کافی یکسان بوده است و به نظر می‌رسد کسب مدرک تحصیلی بالاتر اثری بر روی افزایش دریافت مراقبت نداشته است.

از تولد نوزاد به عمل می‌آید. ارزشمند بودن این مراقبت‌ها در افزایش وزن زمان تولد و کاهش نیاز به بستری شدن در بیمارستان در سال‌های بعدی زندگی کودک است. محققین معتقدند این صرفه جویی بارز و قابل مشاهده است چرا که در برآورد هزینه‌ها، هزینه‌های ضروری خانواده دارای شیرخوار با وزن کم یا خانواده ای که دارای کودک مبتلا به ناتوانی طولانی مدت است و یا فرزندش فوت شده است در نظر گرفته نمی‌شود. تحمیل شرایط مزمن، مثل ابتلاء کودک به فلج مغزی، کوری، عقب ماندگی ذهنی و ناتوانی در یادگیری نیز به طور مداوم هزینه‌هایی را بر خانواده تحمیل می‌کند و در نهایت ممکن است محدودیت‌هایی در توانایی کودک ایجاد کند و بر زندگی دوران بزرگسالی کودک اثر بگذارد.

انجام پژوهش جهت مقایسه نتایج حاملگی و عواقب مادری مادران تحت نظر و مادرانی که مراقبت کافی و مناسب را دریافت نکرده‌اند می‌تواند ضرورت این مراقبت‌ها را بیشتر نشان دهد.

تقدیر و تشکر

در پایان از سرکار خانم دکتر اسکویی، سرکار خانم شاهپوریان و سرکار خانم دکتر نیکروش جهت همکاری در تعیین اعتبار علمی ابزار همچنین از کارکنان محترم کتابخانه دانشکده و سرکارخانم عبدلی که با پژوهشگران همکاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1- King JK. Problems of Addict mothers in pregnancy, [serial online] 2003. about [9 pages] Available from: <http://www.Evidence.Ahc.Edu>. Accessed. Feb 2004. P. 1051-1060.

مراقبت دوران بارداری و سن زنان مشاهده شد ($P=0/001$) مواردی چون سن بارداری ۲۰ سال و کمتر و نیز ۳۰ سال و بیشتر در زنان به عنوان موارد حساس مطرح می‌باشد که نیاز به توجه فراوان دارد. لازم به ذکر است که در خصوص ارتباط سن همسر با کفایت دریافت مراقبت نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/016$).

در خصوص ارتباط بین کفایت دریافت مراقبت دوران بارداری و وضعیت بیمه با توجه به این که در ایران خدمات بارداری به صورت رایگان ارائه می‌شود ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. این در حالی است که در سایر تحقیقات بیمه بودن زنان باردار جهت دریافت مراقبت ضمن بارداری به عنوان امری اساسی در مراجعه زنان به مرکز بهداشت معرفی شده است.^(۸)

بین سن حاملگی به هنگام زایمان با دریافت مراقبت دوران بارداری، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/000$). بین وزن زمان تولد نوزاد و دریافت مراقبت دوران بارداری ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. اگر چه تعداد نوزادان با وزن ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ گرم در مادرانی که مراقبت ناکافی دریافت کرده بودند ۳ برابر مادرانی بود که مراقبت کافی دریافت کرده بودند. مراقبت ناکافی طی دوره بارداری بر نتایج بارداری اثر می‌گذارد، از جمله وزن زمان تولد نوزاد، سن داخل رحمی و بروز مشکلاتی که منجر به انتقال نوزاد به بخش ICU می‌شود.^(۸)

بحث اجرای مراقبت دوران بارداری ابعاد گوناگونی دارد که یکی از نتایج اجرای صحیح آن بعد اقتصادی و با صرفه بودن آن می‌باشد. به بیانی چنانچه انجمن پرستاران آمریکا (۱۹۸۶) اعلام نمود. برای هر یک دلار هزینه صرف شده برای مراقبت دوران بارداری، ۲ الی ۱۱ دلار صرفه جویی در درمان نارسایی و مشکلات بعد

7- Mikhail B. Prenatal care utilization among low-income African American women. *J Community Health Nurs*; 2000. 17: 235-246.

8- Maloni JA, Cheng, CY, Liebl CP, Maier JMS. Transforming prenatal care reflections on the past and present with implications for the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 1996. 25: 17-23.

9- Beckman CA, Buford TA, Witt JB. Perceived barriers to prenatal care services. *Am Maternal Child Nurs*; 2000. 25: 43-46.

10- Zaid A, Fullerton JT, Moore T. Factors affecting access to prenatal care for U.S./Mexico border-dwelling Hispanic women. *J Nurse-Midwifery*; 1996. 41: 277-284

2- Hidari G. Strategy & plan of action on social developments of health & equity Islamic Republic of Iran. 2006. <http://www.who.org>. Accessed. Feb 2004.

3- Smith JB. Estimates of the maternal mortality ratio in two world health organization Bull World Health Organ; 2001. 79: 182-193.

۴- یونسف (صندوق کودکان سازمان ملل متحد) در جمهوری اسلامی ایران. پیشرفت ملت‌ها. مترجم منیژه غبرایی، داودی تبابی. ۱۳۷۹.

5- Raymon Kh. Pregnancy and Nursing cares for mothers. [Serial online] 2002 Available from: <http://www.Nursing.Com>. Accessed. June 2004. P.1130-1138.

6- Omar MA, Schiffmavr RF. Recipient and provider Perspectives of barriers to rural prenatal care. *J Community Health nurs*; 1998. 15: 237-249.

Prenatal Care Utilization and Factors Affecting to Receive Prenatal Care from Clients' Perspectives

*S. Khangary, MSc¹ F. Molla, MSc² F. Hosseini, MSc³ M. Faragollahi, MSc⁴

Abstract

Prenatal care utilization is a very important factor in improving pregnancy outcomes and maternal health infant. In fact, barriers to prenatal care utilization have been linked to inadequate prenatal care and poorer health outcomes.

The purposes of this study were to assess prenatal care utilization and factors affecting to receive prenatal care. The aim was to examine the relationships between demographic variables and other selected variables to the adequacy of prenatal care utilization (APNCU) among women.

The design of study was descriptive cross-sectional study. The population of the study was recipient of prenatal care that attending to the two Health Centers of Iran University of Medical Sciences. The samples size was 400 women that were selected consecutively from the year of 1383 to 1384. The age of children of the subjects was maximum 1 year old.

In this study, the prenatal care utilization (APCU) was assessed by Kotelchuck's index.

The finding indicated that 83% of the women had inadequate or intermediate utilization of prenatal care services. According to the factors affecting the prenatal care utilization, women who agreed that prenatal care was important, utilized the services significantly more than other women ($P=0.005$). There were significant relationships between utilization of the services with women age ($P=0.001$), husbands' age ($P=0.016$), job ($P=0.000$), number of family members ($P=0.002$), number of children ($P=0.006$), income level ($P=0.053$) and gestational age ($P=0.000$).

Despite improvements in prenatal services, a great number of women do not receive prenatal care adequately. Some of the factors from the subjects perspectives were, lack of information concerning how to obtain care, time of providing care and lack of confidence of care providers. Barriers to prenatal care varied by demographic group; therefore, identifying the characteristics of the recipients (clients) who need prenatal care seems important, regarding to reduce barriers of utilization prenatal care.

Key Words: Prenatal care, Prenatal care utilization, Pregnant women

¹ Senior Lecture, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

² MSN in Mofid Pediatric Hospital.

³ Senior Lecturer, School of Management and Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

⁴ Senior Lecture, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.