

Research Paper

Incentives and Barriers to Receiving Prenatal Care Services in Zahedan, Iran:
A Qualitative StudyMaryam Sheybany Sadr¹ , Maryam Seraji² , Mohammadhadi Abbasi² 

Citation Sheybany Sadr M, Seraji M, Abbasi M. [Incentives and Barriers to Receiving Prenatal Care Services in Zahedan, Iran: A Qualitative Study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2023; 36(141): 94-109. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3304>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3304>



Received: 22 May 2022

Accepted: 21 Apr 2023

Available Online: 01 May 2023

Keywords:

Incentives, Barriers,
Prenatal care,
Healthcare providers,
Pregnant women

ABSTRACT

Background & Aims Providing adequate prenatal care for women can help maintain or improve the health of the mother and fetus. This study aims to identify the incentives and barriers to receiving prenatal care in Zahedan, southeast Iran.

Materials & Methods This is a qualitative study using a conventional content analysis approach. Participants were 26 people, including 8 healthcare workers and 18 pregnant women referred to the healthcare centers in 2022 in Zahedan. They were selected by a purposive sampling method and underwent semi-structured in-depth interviews, which continued until the data saturation. Content analysis was carried out along with assessing the validity and reliability of data using Graneheim and Lundman's four criteria (credibility, dependability, transferability, and confirmability).

Results After analysis, 504 codes were obtained, which were reduced to 215 codes, from which 19 sub-categories, 6 sub-themes, and 2 themes of prenatal care barriers and incentives.

Conclusion Policymakers and authorities in Zahedan should pay attention to the incentives and barriers to receiving prenatal care identified in this study for developing plans to improve the health of pregnant women in this area.

1. Department of Public Health, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

2. Department of Health Education and Health Promotion, Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

*** Corresponding Author:**

Maryam Seraji, Assistant Professor.

Address: Department of Health Education and Health Promotion, Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Tel: +98 (543) 32234303

E-Mail: serajimaryam@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Women with many capabilities and capacities contribute to the development of societies. The failure in their prenatal care can lead to adverse maternal and neonatal outcomes such as eclampsia, cesarean delivery, premature birth, low birth weight, respiratory distress, and delay in normal development. It can also increase the maternal and neonatal mortality rates. A significant percentage of women in Iran do not receive adequate care during pregnancy. This qualitative study aims was to identify the incentives and barriers to receiving prenatal care in Zahedan, Iran.

Methods

This is a qualitative study using the content analysis method. Participants (26 people including 8 healthcare workers and 18 pregnant women referring to the health center in Zahedan, Iran in 2022) were selected with a purposive sampling method and underwent semi-structured interviews which continued until saturation. The duration of the interview was 25-30 minutes. The interviews were recorded and transcribed verbatim. Then, content analysis was conducted. Graneheim & Lundman's four criteria were used to assess the reliability and validity of data.

Results

After content analysis, 504 codes were prepared, which were reduced into 215 codes, from which 19 sub-categories, 6 sub-themes, and 2 themes of prenatal care barriers and prenatal care incentives were extracted.

Discussion

By identifying the incentives and barriers to receiving prenatal care and removing the barriers, we can reduce the risk of death in pregnant women in Zahedan and increase the chance of a healthy birth by providing high-quality and continuous care to the mother and the fetus. Further studies are recommended in other cities of Iran.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Zahedan University of Medical Sciences](#) (Code: IR. ZAU-UMS. REC. 1401. 128). A written informed consent was

obtained from the participants and they were assured of the confidentiality of their information.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

Supervision: Mohammad Hadi Abbasi; Interview: Maryam Shibany Sadr. Coding: Maryam Seraji; Preparing the paper: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the participants pregnant women and health care workers for their cooperation.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

مشوق‌ها و موانع دریافت خدمات مراقبت‌های دوران بارداری در زاهدان، ایران: یک مطالعه کیفی

مریم شبیانی صدر^۱، مریم سراجی^۲، محمدهادی عباسی^۲Use your device to scan
and read the article onlineCitation: Sheybany Sadr M, Seraji M, Abbasi M. [Incentives and Barriers to Receiving Prenatal Care Services in Zahedan, Iran: A Qualitative Study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2023; 36(141): 94-109. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3304>doi: <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3304>

چکیده

زمینه و هدف: یک بعد مهم از زندگی زنان را باروری جهت تولید مثل و حفظ بقا شامل می‌شود. ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در حیطه زنان علاوه بر این که مقرون به صرفه است، باعث حفظ و ارتقای سلامت مادر و جنین و در نتیجه سلامت کل خانواده و افزایش جمعیت جامعه می‌شود. این پژوهش با هدف استخراج مشوق‌ها و بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۱۴۰۱ در شهر زاهدان (جنوب شرق ایران) انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است. جمع‌آوری داده‌ها به صورت هدفمند از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با انجام مصاحبه با ۲۶ مشارکت‌کننده (۸ پرستار و ۱۸ زن باردار) که از مراقبین سلامت و زنان باردار مراجعه‌کننده به پایگاه سلامت بودند تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل اطلاعات هم‌زمان با جمع‌آوری به روش ۴ مرحله‌ای گرانیهام انجام شد. برای صحت و استحکام داده‌ها از ۴ روش اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری استفاده شد.

یافته‌ها: پس از تحلیل، ۵۰۴ کد به دست آمد که براساس شباهت‌ها به ۲۱۵ کد خلاصه شدند، ۱۹ طبقه اولیه و ۲ طبقه اصلی تحت عنوان «بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری» و «مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری» و ۶ زیرطبقه نهایی شامل بازدارنده‌های سازمانی، بازدارنده‌های فردی، درک مفید بودن انجام مراقبت، ارائه مراقبت‌های رایگان، آموزش‌های مراقبت از خود، ارتباط مناسب مراقبین سلامت طبقه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: سیاستگذاران و برنامه‌ریزان افزایش جمعیت و طرح ملی جوانی جمعیت در کشور می‌توانند از مشوق‌ها و بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری جهت برنامه‌ریزی و ارتقاء سلامت زنان باردار استفاده کنند.

تاریخ دریافت: ۰۱ خرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۱ اردیبهشت ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۲

کلیدواژه‌ها:

مشوق‌ها، بازدارنده‌ها،
مراقبت‌های دوران
بارداری، مراقبین
سلامت، زنان باردار

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر مریم سراجی

نشانی: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت.

تلفن: ۰۳۳۲۳۴۳۰۳ (۵۴۳) +۹۸

رایانامه: serajimaryam@gmail.com

مقدمه

به دلیل اهمیت دوره حساس بارداری و مراجعه ناکافی زنان باردار برای مراقبت‌های بارداری، رویکرد کیفی روش مناسبی برای کشف علل و موانع پوشش مراقبت‌های دوران بارداری خواهد بود که باتوجه به مطالب یادشده، این مطالعه با هدف تبیین دیدگاه‌ها و تجربیات زنان باردار و مراقبین سلامت از خدمات مراقبت‌های دوران بارداری انجام شد. نتایج این مطالعه کیفی می‌تواند به بهبود کیفیت برنامه‌ریزی و اجرا در ارائه کفایت مراقبت‌های دوران بارداری کمک کند.

روش بررسی

باتوجه به هدف پژوهش، بهترین روش برای بررسی عمیق تجارب افراد، استفاده از رویکرد کیفی است. این مطالعه از نوع کیفی و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. تعداد ۲۶ مشارکت‌کننده در این مطالعه شرکت کردند که شامل ۸ نفر از مراقبین سلامت و ۱۸ نفر از زنان باردار شهر زاهدان در سال ۱۴۰۱ بودند. محیطی که مصاحبه‌ها در آن انجام شد، پایگاه‌های سلامت از مناطق مختلف جغرافیایی شهر زاهدان بود. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و افرادی وارد پژوهش شدند که تجربه کافی در مورد موضوع مورد مطالعه داشتند.

معیارهای ورود مراقبین سلامت به مطالعه، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، داشتن مسئولیت مستقیم در مراقبت از زنان باردار، داشتن اطلاعات مناسب و اشتغال در شهر زاهدان بود. معیار ورود برای زنان باردار شامل تأیید و تشخیص بارداری براساس سونوگرافی، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه و سکونت شهر زاهدان بود. معیار خروج برای مراقبین سلامت توانایی ناکافی در برقراری ارتباط و نداشتن مسئولیت مستقیم در مراقبت از زنان باردار بود. معیار خروج برای زنان باردار شامل نداشتن تمایل به همکاری و ختم بارداری بود.

قبل از شروع مصاحبه محقق خود را معرفی کرده و پس از بیان هدف تحقیق برای شرکت‌کنندگان و برشمردن اهمیت اطلاعات آن‌ها در پیش‌بردن کار پژوهشی، ابتدا سؤالاتی برای آشنایی با مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد و بعد از آن سؤالات اختصاصی‌تر مرتبط با هدف پژوهش مطرح می‌شد. مصاحبه نیمه ساختاریافته با استفاده از یک راهنمای مصاحبه آغاز شد و تا اشباع داده ادامه یافت. از مشارکت‌کنندگان سؤال شد که «در موقع دریافت مراقبت‌ها با چه موانعی روبرو شدید؟» «تجربیات شما از مراقبت‌های دوران بارداری چیست؟» و گاهی سؤالات اکتشافی همچون «می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید؟»، «منظورتان چیست؟» و «من از صحبت‌های شما چنین برداشت کردم، آیا درست است؟» برای عمیق شدن مصاحبه‌ها استفاده شد و براساس پاسخ‌ها، سؤالات بعدی مطرح می‌شد. تمام مصاحبه‌ها توسط محقق انجام شد و همچنین برای ضبط مصاحبه‌ها با

زنان به‌عنوان نیمی از پیکره جامعه با قابلیت‌ها و ظرفیت‌های بسیار، از عوامل تأثیرگذار در پیشرفت جوامع محسوب می‌شوند [۱]. یک بعد مهم از زندگی زنان را باروری جهت تولیدمثل و بقا شامل می‌شود. سالانه بیش از ۲۰۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند [۲] و در کشور ایران حدود ۱۵ درصد جمعیت را زنان متأهل در سنین باروری تشکیل می‌دهند که کثرت و حساسیت این قشر ایجاب می‌کند تا خدمات سلامتی مرتبط با بارداری مناسب به آن‌ها ارائه شود تا از عوارض بارداری جلوگیری شود. در طول بارداری تغییرات مهمی در وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی مادر باردار رخ می‌دهد که مسئله توجه بر کیفیت زندگی فرد باردار را حائز اهمیت می‌کند [۳]. پیامدهای نامطلوب نوزادی مانند تولد زودرس و وزن کم هنگام تولد اثرات جدی کوتاه‌مدت و بلندمدتی مانند افزایش مرگ نوزادان، سندروم زجر تنفسی، خونریزی داخل بطنی، انتروکولیت نکرروزان و تأخیر در رشد عصبی دارند و پیامدهای نامطلوب مادری مانند اکلامپسی، زایمان سزارین و مرگ‌ومیر مادران از عوارض بالقوه عدم کفایت مراقبت‌های دوران بارداری هستند [۴، ۵].

باتوجه به این که مرگ‌ومیر مادران نشان‌دهنده سطح مراقبت‌های بهداشتی و سلامت دوران بارداری در جامعه است و مادر و نوزاد به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند، حفظ و ارتقاء سطح سلامت آن‌ها به‌عنوان اساسی‌ترین رکن مراقبت بهداشتی درمانی در هر کشور به شمار می‌رود [۶، ۷]. مراقبت‌های اولیه و منظم قبل از زایمان می‌تواند شانس داشتن یک نوزاد سالم را افزایش دهد و تأخیر در شروع مراقبت‌های دوران بارداری ممکن است منجر به فرصت‌های از دست‌رفته برای تشخیص فشارخون حاملگی، دیابت حاملگی، بیماری‌های مقاربتی و غیره شود [۵، ۸]. نتایج مطالعه شمشیری میلانی که در **دانشگاه علوم پزشکی ایران** انجام شده بود، نشان داد در سال‌های اخیر عدم تبعیت زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری زیاد به چشم می‌خورد و همچنان در مراکز بهداشت تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، پوشش مراقبت‌های دوران بارداری ناکافی می‌باشد [۲]. بسیاری از عوارض و مشکلات دوران بارداری و زایمان با مراقبت صحیح دوران بارداری قابل پیشگیری است [۹].

درخصوص عوامل تأثیرگذار بر کمیت و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و همچنین اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری در تأمین حفظ و ارتقای سلامت مادر و جنین و باتوجه به سیاست جدید دولت جمهوری اسلامی ایران در ترویج فرزندآوری که اهمیت افزایش کمیت و کیفیت خدمات پیشگیرانه دوران بارداری را بیش از پیش نشان می‌دهد، ارائه مراقبت‌های باکیفیت در حیطه زنان علاوه بر اینکه مقرون به‌صرفه می‌باشد، باعث حفظ و ارتقای سلامت مادر و در نتیجه سلامت کل خانواده می‌شود [۸، ۱۰].

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش کیفی ۲۶ نفر بودند که مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در **جدول شماره ۲** و **۳** ارائه شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها به ظهور ۵۰۴ کد منجر شد که به ۲۱۵ کد خلاصه شدند که در نهایت، ۱۹ طبقه فرعی و ۶ زیرطبقه شکل گرفت.

بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری

یکی از طبقات اصلی به دست آمده بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود که شامل دو زیر طبقه «بازدارنده‌های سازمانی» و «بازدارنده‌های فردی» بود (**جدول شماره ۴**).

بازدارنده‌های سازمانی

بازدارنده‌های سازمانی یکی از موانع مهم دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بودند که شامل بازدارنده‌های سازمانی شامل «فضای نامناسب پایگاه‌ها»، «مشکلات سیستم ارجاع»، «عدم پاسخ‌گویی و مشغله کاری مراقبین سلامت» و «عدم مشوق کاری مراقبین سلامت» بودند. نقل قول یکی از زنان باردار راجع به فضای نامناسب پایگاه‌ها این گونه است: «توی سالن که نشسته بودم هوا خیلی گرم بود و جاش کوچیک و تنگ بود، به سختی تحمل کردم. اون بالا یک پنکه سقفی داره که به زور می‌چرخه، اونم بادش گرمه، اگر یک وسیله سرمایشی تو سالن انتظار برای مراجعه‌کننده‌ها باشه خیلی خوبه. بخاطر اینکه بعضی موقع زمان زیادی ما اینجا منتظر می‌مونیم، دقیقاً تو زمستونم که من اومدم تو سالن هواس خیلی سرد بود» (شرکت‌کننده شماره ۴).

یکی از کارشناسان ارائه‌دهنده خدمات زنان باردار نقل قولی پیرامون مشکلات سیستم ارجاع و دریافت نکردن بازخورد ارجاع داشت که این گونه بیان کرد: «خانم بارداری که به علت دیابت بارداری به بخش خصوصی مراجعه کرده بود، متأسفانه از بخش خصوصی هیچ پس‌خوراندی به ما داده نشد تا اقدام بعدی که باید انجام شود و سلامت خانم باردار ارجاع شده، پیگیری و ارتقا یابد» (شرکت‌کننده شماره ۱).

نقل قول یکی از زنان باردار دریافت‌کننده خدمات در راستای عدم پاسخ‌گویی و مشغله کاری مراقبین سلامت اینگونه است «این که مثلاً به ما با لحن تند می‌گویند فعلاً بشین خانم بعداً صدات می‌زنم، عجله نکن، خب ماکه حامله هستیم با این کاراشون استرس می‌گیریم، یا داریم باهاشون حرف می‌زنیم اونا با بی‌توجهی و خونسردی کار خودشون رو انجام میدن و به حرفامون توجه نمی‌کنند که خیلی وقت‌ها مشخصه سرشون شلوغه و نمی‌رسن توجه کنن» (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

دستگاه ضبط صوت از مشارکت‌کنندگان اجازه گرفته شد. پس از دریافت رضایت آگاهانه و تشکر از پذیرش آن‌ها جهت شرکت در مطالعه، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد و اینکه آن‌ها حق خروج از مطالعه را در هر زمان خواهند داشت. مصاحبه نیمه ساختاریافته با استفاده از یک راهنمای مصاحبه آغاز شد. مدت زمان مصاحبه‌ها به‌طور متوسط ۲۵ دقیقه بود. بعد از پایان مصاحبه‌ها معمولاً چندین بار پس از شنیدن فایل صوتی، متن مصاحبه‌شده توسط محقق کلمه به کلمه نوشته شد (**جدول شماره ۱**) [۱۱].

فرایند تحلیل اطلاعات در محیط نرم‌افزار ورد ۲۰۱۳ انجام شد. اصل مصاحبه‌ها در فایل محرمانه‌ای ذخیره شد و تجزیه و تحلیل با روش چهار مرحله‌ای گرانیهام و کدگذاری اولیه اطلاعات هر مصاحبه قبل از مصاحبه بعدی صورت گرفت. سپس متن مصاحبه‌ها خط به خط خوانده شد و هر بخش از صحبت شرکت‌کننده که مرتبط با سؤال پژوهش بود، کد داده شد. این کد، حاوی معنای دریافت‌شده از صحبت‌های خود شرکت‌کنندگان بود. به این صورت اطلاعات به بخش‌های کوچکتر تبدیل شدند. بعد از کدگذاری مصاحبه، مجدداً متن مرور شد و برطبق نیاز کد قبلی تغییر داده شد. از همان مصاحبه اول کدها براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها دسته‌بندی شدند و این روند در همه مصاحبه‌ها انجام شد. آخرین مرحله، ادغام طبقات مشابه در یکدیگر و در حد امکان کاهش تعداد طبقات بود و در نهایت ۱۹ واحد معنایی، ۶ زیرطبقه و ۲ طبقه اصلی استخراج شد. برای تأمین اعتبار داده‌ها از چهار روش اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقادپذیری استفاده شد. این مطالعه به دنبال حساسیت روش و دقت و صحت و استحکام داده‌ها بود و اعتبارسنجی داده‌ها را با درجه اطمینان بالایی ارائه کرد [۱۲]. برای تأمین اعتبار داده‌ها، متن پیاده‌سازی شده مصاحبه و کدها با مشارکت‌کنندگان بررسی شد و ابهامات مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت. جهت قابلیت اعتماد^۲ جمع‌آوری داده‌ها، پیاده‌سازی، کدگذاری و تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان انجام شد. جهت افزایش قابلیت انتقال^۳ از افراد با ویژگی‌های متفاوت اقتصادی-اجتماعی و از نقاط مختلف شهر استفاده شد. همچنین برای تأییدپذیری داده‌ها^۴ متن مصاحبه‌ها و کدها توسط استاد راهنما و مشاور مورد بازنگری و تأیید قرار گرفت.

از مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و از آن‌ها برای ضبط مصاحبه اجازه گرفته شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که گفته‌های آن‌ها به‌صورت محرمانه حفظ می‌شود و در اختیار کسی به‌جز تیم تحقیق قرار نمی‌گیرد.

1. Credibility
2. Dependability
3. Transferability
4. Confirmability

جدول ۱. سؤالات مصاحبه

ردیف	راهنمای مصاحبه با زنان باردار و مراقبین سلامت
۱	دیدگاه و تجربیات شما از مراقبت‌های دوران بارداری چیست؟
۲	آیا با مراقبت‌های دوران بارداری موافق هستید یا خیر؟ دلایل موافقت و یا مخالفت شما چیست؟
۳	در طول استفاده از خدمات بارداری با چه مسائلی روبه‌رو بوده‌اید؟
۴	خطراتی که ممکن است برای زنان در این دوره به وجود آید را بیان کنید.
۵	شما چه دغدغه‌هایی در مورد مراقبت‌های دوران بارداری دارید؟
۶	به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات چه انتظاراتی از زنان باردار دارید؟

نشریه پرستاری ایران

یکی از مشارکت‌کنندگان راجع به عدم اعتماد به کار مراقبین سلامت این‌گونه نقل قول کرد: «به روز احساس کردم بچه‌ام تو شکم تکون نمی‌خوره اومدم اینجا، تقریباً آخر وقت بود به خانم گفتم فکر کنم بچه من تکون نمی‌خوره، خانم گفت الان چه وقته اومدنه برید فردا بیابین فرداش که اومدم گفتم همه چی خوبه مشکلی ندارین و اینا، منم رفتم خونه، بعد از یک هفته رفتم پیش متخصص گفتم بچه شما ضریبان قلب نداره و دکتر گفت چند هفته است که بچه مرده است، من مطمئنم اون خانم نمی‌دونست، اگر همون موقع من رو ارجاع می‌داد شاید بچه‌ام زنده می‌موند» (شرکت‌کننده شماره ۱۸).

یکی از دریافت‌کنندگان خدمت در راستای عدم آگاهی از مراقبت‌های دوران بارداری این چنین بیان کرد که «من اصلاً اطلاع ندارم که چه خدماتی در پایگاه سلامت برای زنان باردار ارائه میشه و نمی‌دونم چرا باید مراجعه کنم، واقعیتش اصلاً نمی‌دونستم که باید برم بهداشت پرونده تشکیل بدم همین که

نقل قول یکی از مصاحبه‌شوندگان که از مراقبین سلامت هستند درخصوص عدم مشوق کاری مراقبین سلامت این چنین هست «همکاری که مثل من نیروی شرکتی هستند، همه آن‌ها ناراحت از این هستند که ما اصلاً امنیت شغلی نداریم، حقوق‌امون که پایین هست و به موقع پرداخت نمیشه، پایش رو به هر دلیلی کم می‌کنند، به هر حال این‌ها باعث میشه که ما انگیزه کاریمون رو از دست بدیم، همون خود داشتن انگیزه در بهبود ارائه خدمات تأثیر زیادی داره» (شرکت‌کننده شماره ۱۷).

بازدارنده‌های فردی

یکی دیگر از بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بازدارنده‌های فردی بود که این زیر طبقه شامل «عدم اعتماد به کار مراقبین سلامت»، «عدم آگاهی از مراقبت‌های دوران بارداری»، «مشکلات مالی»، «باورها و اعتقادات»، «مشکلات حاملگی ناخواسته» «ارتباط نامناسب مراقبین سلامت» بود.

جدول ۲. مشخصات مراقبین سلامت شرکت‌کننده در مطالعه

کد شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	رشته تحصیلی	سابقه خدمت	نوع استخدامی	وضعیت تاهل
۱	۵۱	کارشناسی	مامایی	۲۶	رسمی	متاهل
۳	۳۷	کارشناسی	بهداشت خانواده	۱۴	رسمی	متاهل
۶	۴۴	کارشناسی	مامایی	۱۸	رسمی	متاهل
۷	۳۶	کارشناسی	مامایی	۱۳	رسمی	مجرد
۱۲	۲۵	کارشناسی	بهداشت خانواده	۱۱	رسمی	مجرد
۱۷	۳۲	کارشناسی	مامایی	۱۰	شرکتی	متاهل
۲۲	۲۹	کارشناسی	بهداشت خانواده	۸	شرکتی	متاهل
۲۴	۴۷	کارشناسی	مامایی	۲۳	رسمی	مجرد

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. مشخصات زنان باردار شرکت کننده در مطالعه

کد شرکت کننده	سن (سال)	سطح تحصیلات	وضعیت اشتغال	تعداد بارداری	درآمد ماهیانه، میلیون
۳	۳۶	دیپلم	خانه‌دار	۳	۵<
۴	۱۸	دیپلم	خانه‌دار	۱	۱۰>
۵	۲۳	کارشناسی	کارمند	۱	۱۰>
۸	۲۴	دانشجو	محصل	۱	۱۰>
۹	۳۱	کارشناسی ارشد	کارمند	۱	۱۰>
۱۰	۴۸	راهنمائی	خانه‌دار	۶	۱۰<۵
۱۱	۳۲	راهنمائی	خانه‌دار	۵	۱۰<۵
۱۳	۲۹	دیپلم	خانه‌دار	۳	۱۰<۵
۱۴	۲۱	دیپلم	خانه‌دار	۱	۵<
۱۵	۲۸	کارشناسی	کارمند	۲	۱۰>
۱۶	۲۶	کارشناسی	خانه‌دار	۱	۱۰>
۱۸	۲۲	دانشجو	محصل	۱	۱۰>
۱۹	۴۵	ابتدائی	خانه‌دار	۴	۱۰<۵
۲۰	۲۶	ابتدائی	خانه‌دار	۴	۱۰<۵
۲۱	۱۹	دیپلم	خانه‌دار	۱	۵<
۲۱	۲۵	دیپلم	خانه‌دار	۳	۵<
۲۵	۳۲	کارشناسی	کارمند	۲	۱۰>
۲۶	۳۰	دیپلم	خانه‌دار	۲	۵<

نشریه پرستاری ایران

دستگاه رو که رو شکمتون میذاره که صدای قلب بچه رو گوش کنند (سونیکت) باعث میشه که بچه آب بشه و بچه سقط بشه، اونا هم یا نمان یا هفته‌های آخر بارداریشون میان» (شرکت کننده شماره ۶).

نقل قول یکی دیگر از زنان باردار که حاملگی ناخواسته باعث شده بود که از دریافت خدمات دوران بارداری بی بهره بماند در مورد حاملگی ناخواسته بیان کرد که «بعد از ۱۴ سال این بچه رو حامله شدم. جلوگیری نداشتم. فکر می کردم که سن من بالا رفته و حامله نمیشم. وقتی یک سونو دادم و فهمیدم که حامله هستم، به هیچ کس نمیتونستم بگم. خجالت می کشیدم بگم که حامله هستم. بهداشت هم نرفتم. گفتم اگر برم برای تشکیل پرونده حاملگی، کلی با من دعوا می کنن که چرا دیر آمدم، یا چرا با سن بالا حامله شدی» (شرکت کننده شماره ۱۰).

یکی از مشارکت کنندگان پیرامون ارتباط نامناسب مراقبین

دکتر به من گفت که سونوی شما مشکلی نداره دیگه من هیچ کاری انجام ندادم، کسی به من نگفته بود که در بارداری چه مراقبت هایی باید انجام بدم، خودم دانشجو بودم و درگیر درس هام بودم، اصلا من نمی دونستم که به پایگاه سلامت باید برم و چند بار برم» (شرکت کننده شماره ۹).

یکی دیگر از مشارکت کنندگان راجع به مشکلات مالی اینگونه می گوید «به همسرم میگم من رو بیاره که نوبت مراقبتم هست، میگه هر روز، هرروز که من پول درستی ندارم ماشین بگیرم ببرم، ماشین بگیرم بیارم، به همین دلیل من همه مراقبت هام رو نمی تونم بیا» (شرکت کننده شماره ۱۴).

یکی از مراقبین سلامت درخصوص اعتقادات و باورها این گونه اظهار می کند «ببینید بعضی از زنان باردار به علت سواد پائین تر، یا یک سری باورها و اعتقاداتی که دارند و یا چون مادر شوهراشون و اطرافیان میگن که اگر ماههای اول حاملگی بهداشت بری اون

جدول ۴. طبقات اولیه و زیر طبقات مربوط به طبقات اصلی بازدارنده‌ها و مشوق‌های مراقبت‌های دوران بارداری

طبقات اصلی	زیرطبقات	طبقات فرعی	
بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری	بازدارنده‌های سازمانی	فضای نامناسب پایگاه‌ها	
		مشکلات سیستم ارجاع	
	بازدارنده‌های فردی	پاسخ‌گویی نامناسب و مشغله کاری مراقبین سلامت	
		فقدان مشوق کاری مراقبین سلامت	
مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری	ارائه مراقبت‌های رایگان	فقدان اعتماد به کار مراقبین سلامت	
		آگاهی ناکافی از مراقبت‌های دوران بارداری	
	آموزش‌های مراقبت از خود	ارتباط نامناسب مراقبین سلامت	
		مشکلات حاملگی ناخواسته	
ارتباط مناسب مراقبین سلامت	درک مفید بودن انجام مراقبت	مشکلات مالی	
		باورها و اعتقادات	
	مراقبت‌های دوران بارداری	ارائه مراقبت‌های رایگان	احساس خوب بودن مادر و جنین
			تشخیص به موقع مراقبت‌های دوران بارداری
آموزش‌های مراقبت از خود	آموزش‌های مراقبت از خود	توزیع رایگان داروهای مکمل	
		ویزیت رایگان پزشک و دسترسی آسان	
ارتباط مناسب مراقبین سلامت	ارتباط مناسب مراقبین سلامت	آموزش گام به گام مراقبت‌های حین بارداری	
		درک مفید بودن آموزش‌های ارائه شده	
انجام ارائه خدمات با دقت و حوصله	رضایت از پاسخ‌گویی مراقبین سلامت و رفع مشکلات بارداری	تکریم و احترام زنان باردار	
		رضایت از پاسخ‌گویی مراقبین سلامت و رفع مشکلات بارداری	

نشریه پرستاری ایران

و سلامت جنین» و «تشخیص به موقع مشکلات حین بارداری» می‌باشد که در زیر نقل قول‌هایی از مشارکت‌کنندگان پیرامون این مضامین ارائه می‌شود.

یکی از زنان باردار شرکت‌کننده در مصاحبه راجع به احساس اطمینان از سلامت مادر و جنین چنین اظهار می‌کرد که «زمانی که ماما مراقبت‌های من را انجام می‌دهد و متوجه میشم که شرایط خودم و بچه تو شکم خوبه و از سلامتی خودم و جنین مطمئن می‌شم با این احساس، کاملاً به مفید بودن انجام مراقبت‌ها پی می‌برم من کلاً نظر مثبتی در مورد ارائه مراقبت‌ها دارم» (شرکت‌کننده شماره ۱۹).

نقل قول یکی دیگر از دریافت‌کنندگان خدمت پیرامون تشخیص به موقع مشکلات حین بارداری این‌گونه بود «تو حاملگی قبلیم من دیابت بارداری داشتم که خدارو شکر به موقع به من گفتن و منو فرستادن پیش‌دکتر، تا آخرش دارو استفاده

سلامت نقل قول کرد که «وقتی برای مراقبت میام با بی‌توجهی و بی‌حوصلگی کارم رو انجام میدن، بعضی وقتا که سلام میدیم یا خداحافظی می‌کنیم طوری وانمود می‌کنن که نمی‌شنون» (شرکت‌کننده شماره ۱۸).

مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری

یکی دیگر از طبقات اصلی به‌دست‌آمده «مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری» بود که از ۴ زیرطبقه شامل «درک مفید بودن انجام مراقبت»، «ارائه مراقبت‌های رایگان»، «آموزش‌های مراقبت از خود» و «ارتباط مناسب مراقبین سلامت» استخراج شد که شامل ۹ طبقه اولیه بود.

درک مفید بودن انجام مراقبت

در این زیرطبقه، طبقات اولیه شامل «احساس خوب بودن مادر

می‌کردم که بعد از چند وقت آزمایش دادم، دیدم کلاً خوب شدم» (شرکت‌کننده شماره ۲۶).

همچنین نقل قول یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در راستای موضوع تشخیص به موقع مشکلات حین بارداری این چنین بود که «من درک می‌کنم که خب اگر من به موقع مراجعه کنم، به نفع خودم و بچه‌ام هست و مشکلی برامون پیش‌نمیداد، یعنی آزمایشاتی که می‌گن رو حتماً انجام می‌دم، مشکلی اگر داشته باشم مشخص میشه، سونوگرافی هم هر وقت می‌گن من انجام می‌دم که برامون مشکلی پیش‌نمیداد» (شرکت‌کننده شماره ۲).

ارائه مراقبت‌های رایگان

ارائه مراقبت‌های رایگان در دوران بارداری می‌تواند مشوق دریافت مراقبت‌ها شود و در زنان جهت مراجعه ایجاد انگیزه کند که در مطالعه حاضر، این زیرطبقه شامل طبقات اولیه «توزیع رایگان داروهای مکمل» و «ویزیت رایگان پزشک و دسترسی آسان به پزشک» بوده است. در ادامه نمونه‌ای از نقل قول مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود:

یکی از ارائه‌دهندگان خدمات در پایگاه‌های سلامت در مورد موضوع توزیع رایگان داروهای مکمل این چنین نظر خود را بیان کرد که «ما زمانی که بهشون مکمل رایگان رو میدیم، بیشتر مراجعه می‌کنند، زمانی که موجودی مکمل هارو نداریم می‌گن ما برای چی بیاییم شما به ما قرص که نمیدین، منظورشان همان مکمل‌های دوران بارداری هست، آزمایش و سونوپی هم که به ما میگین بگیریم رایگان نیست» (شرکت‌کننده شماره ۲۲).

یکی از ارائه‌دهندگان خدمات در پایگاه‌های سلامت پیرامون ویزیت رایگان پزشک و دسترسی آسان این‌گونه بیان می‌کند «بیشتر زنان باردار زمانی که پزشک در پایگاه مستقر هست مراجعه می‌کنند و پیش‌دکتر میان که برایشون دارو می‌نویسه، چون هم نزدیک به خونه هاشونه و هم اونا رو رایگان می‌بینه» (شرکت‌کننده شماره ۳).

آموزش‌های مراقبت از خود

براساس نظر مشارکت‌کنندگان، آموزش‌های ارائه‌شده به زنان باردار و تأکید بر مراقبت از خود از دیگر مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود. در این زیرطبقه، طبقات اولیه شامل «آموزش گام به گام مراقبت‌های حین بارداری» و «درک مفید بودن آموزش‌های ارائه شده» بوده است.

نقل قول یکی از ارائه‌دهندگان خدمت راجع به آموزش گام به گام مراقبت‌های حین بارداری این چنین بود «کارشناسای ما با هر مراجعه زن حامله و حتی پس از زایمان آموزش‌های لازم رو ارائه میدن. چون همه مراجعین ما سواد کافی رو ندارن و

آموزش‌ها می‌تواند برایشون مفید باشه» (شرکت‌کننده شماره ۳).

نقل قول یکی از شرکت‌کنندگان در راستای درک مفید بودن آموزش‌های ارائه‌شده این چنین است «یه روزی که من این جا بودم همکارتون در محل کارش برامون راجع به بیماری تالاسمی کلاس آموزشی گذاشت، خیلی خوب بود، من تازه اونجا فهمیدم که اگر هفته‌های اول بیماری تشخیص داده بشه، از تولد بچه‌هایی که مشکل دار به دنیا می‌آیند، می‌شه جلوگیری کرد، کلاً برامون مفیده، به خاطر همینکه که خودم با انجام مراقبت‌های دوران بارداری موافقم و حتی به دوروبری‌ها و اطرافیان و آشناها توصیه می‌کنم که مراجعه کنند» (شرکت‌کننده شماره ۱۹).

ارتباط مناسب مراقبین سلامت

مهارت‌های ارتباطی در مراقبین سلامت انگیزه زنان باردار را در مراجعه جهت دریافت مراقبت‌ها افزایش می‌دهد در این زیرطبقه، طبقات اولیه که شناسایی شدند شامل «رضایت از پاسخ‌گویی مراقبین سلامت و رفع مشکل»، «انجام ارائه خدمات با دقت و حوصله» و «تکریم و احترام زنان باردار» بوده است که در ادامه نمونه‌ای از نقل قول مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود.

نقل قول یکی از مصاحبه‌شوندگان پیرامون رضایت از پاسخ‌گویی مراقبین سلامت و رفع مشکل این چنین بود «توی این مدتی که من تجربه کردم پاسخ‌گویی کارمندا واقعاً خوب بوده، این که من از حرکات بچه توی شکمم مطمئن می‌شدم، خاطر جمع بودم که مثلاً تا این هفته بارداری خطری من و بچه‌ام را تهدید نمی‌کنه، وقتی می‌رفتم می‌دونستم که هفته چندم بارداری منه و یا چه مدت دیگه تا موقع زایمانم مونده، باز خدارو شکر من که مشکل خاصی نداشتم» (شرکت‌کننده شماره ۲۵).

یکی از دریافت‌کنندگان خدمات در خصوص انجام ارائه خدمات با دقت و حوصله این‌گونه بیان کرد که «من هر وقت رفتم برای مراقبت‌م برام وقت گذاشتن خیلی هم باحوصله و باانگیزه کارم را انجام دادن. من فکر می‌کنم کارمندی بهداشت نسبت به ماه‌ها که باردار هستیم احساس مسئولیت زیادی می‌کنن» (شرکت‌کننده شماره ۴).

نقل قول شرکت‌کننده‌ای که در تمام مدت حاملگی مراقبت‌ها را به موقع دریافت کرده بود در راستای تکریم و احترام زنان باردار این موارد را ذکر کرد «خدارو شکر که خیلی با احترام با ما برخورد می‌کنن. همیشه با من رفتار مناسبی داشتن. وقتی که مراجعه می‌کنم، طوری برخورد می‌کنن و احترام می‌ذارن که من احساس راحتی می‌کنم، قشنگ مشخصه که در قبال ما احساس مسئولیت جدی دارن، دستشون درد نکنه واقعاً زحمت می‌کشن» (شرکت‌کننده شماره ۱۴)

بحث

مشوق کاری مراقبین سلامت

یکی دیگر از مفاهیم استخراج شده در مطالعه حاضر عدم مشوق کاری مراقبین سلامت است. حجم کار زیاد، عدم رضایت از حقوق و مزایای خود، امنیت شغلی و حتی عوامل تنش‌زا نظیر مسئولیت‌های قانونی نسبت به زنان باردار و غیره را از عوامل نداشتن انگیزه کاری خود می‌دانستند. براساس مطالعات ولوسرزاک و همکاران، سترینگ‌هینی و همکاران و مطالعه چاندراسکار که بر روی عوامل مؤثر بر عملکرد سازمان‌ها انجام شده بود، پرداخت‌های غیررسمی برای مراقبین سلامت در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط نسبتاً رایج است که پیامدهای مثبت بر عدالت و کیفیت مراقبت دارد و رعایت آن به حفظ و انگیزه کارکنان بهداشتی کمک می‌کند که این نتایج با نتایج مطالعه ما همسو بود. یکی از ابزارهای مهم برای ایجاد انگیزه مراقبین سلامت، تحسین و قدردانی از آنها است. مدیران و مسئولان می‌توانند از این روش قدرتمند انگیزه کارکنان را پرورش دهند [۱۳، ۱۶، ۱۷].

بازدارنده‌های فردی

عدم اعتماد به کار مراقبین سلامت یکی از عوامل بازدارنده فردی بود. عدم اعتماد زمانی رخ می‌دهد که سوء تعبیر در مورد پیام‌های دریافتی توسط مخاطب پیش‌آید، بنابراین شناخت عواملی مانند تفسیر متفاوت آزمایشات توسط مراقب سلامت و پزشک که سبب ایجاد عدم اعتماد زنان باردار به مراقبین سلامت و ماما می‌شود، این امکان را فراهم می‌کند که جهت‌گیری اقدامات ضروری برای حل آن برای برنامه‌ریزان و مجریان بخش سلامت روشن شود. بنابراین برطرف کردن موانع اعتماد به مراقبین سلامت به ایجاد ارتباط خوب و مؤثر کمک می‌کند و منجر به افزایش رضایت‌مندی زنان باردار از ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها در سطح اولیه می‌شود [۱۸].

عدم آگاهی از مراقبت‌های دوران بارداری پایبندی و تبعیت زنان باردار را در مراجعه جهت دریافت خدمت کاهش داده است. براساس مطالعه عسکری‌نژاد و بخشی بر روی زنان باردار در شهرستان رفسنجان، زنان در دوران بارداری به آگاهی جهت پرهیز از عوامل مخاطره‌انگیز نیاز دارند، زیرا آگاهی از مراقبت‌ها و عمل کردن به آنها با صرفه‌ترین راه مداخله برای کاهش عوارض مادر و نوزادی قبل و بعد از تولد است که با نتایج مطالعه ما همسو بود. بنابراین مهم‌ترین ضامن حفظ تندرستی مادر در به دنیاآوردن نوزاد سالم، آگاهی وی از مراقبت‌ها و عمل کردن به آن است [۱۹].

یکی از موانع مهم در دریافت مراقبت بارداری مشکلات مالی است. بیشتر زنان باردار هزینه رفت‌وآمد به آزمایشگاه و سونوگرافی و متخصص زنان را ندارند و که باعث عدم مراجعه آنها جهت

این مطالعه به شناسایی بازدارنده‌ها و مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری زنان باردار پرداخته است. بازدارنده‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به صورت «بازدارنده‌های سازمانی» و «بازدارنده‌های فردی» مورد شناسایی قرار گرفتند.

بازدارنده‌های سازمانی

یکی از مواردی که به‌عنوان عامل بازدارنده سازمانی به آن اشاره شد، فضای نامناسب پایگاه‌های سلامت بود. براساس مطالعه چاندراسکار^۵ و همکاران در کشور هند که با عنوان محیط کار و تأثیر آن بر عملکرد سازمانی انجام شده بود، محیط کار بر بهره‌وری و مشارکت کارکنان هم به‌طور مثبت و هم منفی تأثیر می‌گذارد. عدم تهویه مناسب، نور نامناسب و سروصدای بیش از حد و امکانات ناکافی بر سلامت آنها تأثیر دارد. کیفیت محیط و فضای مناسب محیط، سطح انگیزه و کارایی و بهره‌وری کارکنان را افزایش می‌دهد که با مطالعه ما همسو بود [۱۳].

مشکلات سیستم ارجاع

از دیگر مفاهیم ظاهر شده از مطالعه حاضر، «مشکلات سیستم ارجاع» بود. وقتی زن باردار را جهت مشکلی که دارد همراه با فرم ارجاع به پزشک ارجاع می‌دهند، فرم ارجاع زنان و نتیجه ارجاع توسط پزشک تکمیل نمی‌شود و پس‌خوراند ارجاع به آنها اعلام نمی‌شود و این واقعیت پایبندی آنها به مراقبت‌ها را کاهش می‌دهد. براساس مطالعه پمبته و همکاران با عنوان اثربخشی سیستم ارجاع در کشور تانزانیا، دستورالعمل‌هایی برای ارجاع زنان باردار وجود دارد که تأکید شده تمام کادر سلامت باید به دستورالعمل‌های ارجاع پایبند باشند. زنان باردار ارجاع شده پس از ویزیت باید برای ارزیابی بیشتر درواقع به سطح اولیه باز گردند که با مطالعه ما همسو بود [۱۴].

عدم پاسخ‌گوئی و مشغله کاری مراقبین سلامت

از دیگر مفاهیم ظاهر شده در مطالعه «عدم پاسخ‌گوئی و مشغله کاری مراقبین سلامت» است. مراقبین سلامت به‌علت شلوغی پایگاه‌ها و شرح وظایف زیادی که برعهده آنها است و همچنین کافی نبودن نیروی انسانی، استرس و تنش‌های کاری زیادی را تجربه می‌کنند. براساس مطالعه نمبهارد و همکاران که در ایالات متحده آمریکا با عنوان تأثیرات ایمنی روانی و تلاش بهبود در تیم‌های مراقب بهداشتی انجام شده بود، نشان داد که ایمنی روان‌شناختی بر وضعیت حرفه‌ای و کاری مراقبین سلامت به‌طور مثبت ارتباط دارد و استراتژی‌هایی برای پشتیبانی و تقویت مراقبت‌های بهداشتی استفاده از بخش‌های دیگر و بین رشته‌ای برای بهبود پاسخ‌گوئی و کیفیت مراقبت‌ها انجام می‌شود که با مطالعه ما همسو بود [۱۵].

درک مفید بودن انجام مراقبت‌ها

در این مطالعه تعدادی از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند تشخیص به موقع مشکلات حین بارداری سبب ترغیب آن‌ها جهت دریافت مراقبت‌های بارداری شده است. شرکت‌کنندگان مهم‌ترین انگیزه خود را احساس خوب داشتن از نتیجه سلامت مادر و جنین بیان کردند. براساس مطالعه راتیکاینن باعنوان نتیجه خوب حاملگی در مراقبت‌های باکیفیت بالا در اروپا، در بیشتر موارد مشکلات حین بارداری و علت مرگ‌ومیر زنان باردار و جنین قابل پیشگیری هستند و دلیلی وجود ندارد که کسی رنج بکشد. کاهش خطرات ناشی از پیامدهای دوران بارداری در حاملگی‌ها می‌تواند با مراقبت‌های زایمانی باکیفیت بالا با پوشش کامل همراه باشد [۲۳] که با نتایج مطالعه ما همسو بود.

ارائه مراقبت‌های رایگان

در مطالعه حاضر دسترسی آسان به پزشک و ویزیت رایگان و دریافت مکمل‌ها به صورت رایگان از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های پایبندی به تبعیت از دریافت مراقبت‌های بارداری بیان شد. براساس مطالعات راتیکاینن و همکاران و جسیمان و همکاران در کشور فنلاند مراقبت‌ها برای کل زنان باردار به صورت رایگان ارائه می‌شود که ۹۹/۷ درصد از زنان باردار از شرایط رایگان و استاندارد خدمات این کشور استفاده می‌کنند بنابراین پیش‌بینی می‌شود که پیامدهای ضعیف مرتبط با حاملگی در چنین شرایطی بالا گزارش نشود و در کشور انگلستان با توجه به اهمیت تغذیه زنان باردار، افزایش آگاهی زنان باردار توسط مراقبین در خط مقدم سلامت و مرتفع کردن دسترسی مستقیم و رایگان آن‌ها به ویتامین‌ها ارزش بیشتری پیدا کرده و منجر به ایجاد انگیزه در دریافت مراقبت‌ها شده است [۲۳، ۲۴] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. بنابراین در راستای حمایت از طرح ملی جوانی جمعیت بهتر است مراکزی برای ویزیت رایگان زنان باردار توسط پزشک و دسترسی آسان به آن برای مشاوره‌های تخصصی بارداری، ویزیت دوران بارداری، مراقبت‌های پس از زایمان ارائه شود.

آموزش‌های مراقبت از خود

آموزش گام به گام مراقبت‌های حین بارداری

یکی از مفاهیم استخراج شده در مطالعه حاضر، آموزش گام به گام مراقبت‌های حین بارداری بود. شرکت‌کنندگان انگیزه مراقبت از خود را به عواملی مرتبط می‌دانستند که در زمان مراجعه جهت دریافت مراقبت‌ها به آن‌ها آموزش داده شده بود. براساس مطالعات کوبان در کامبریا و پاتابندینگ در سریلانکا، آموزش‌های گام به گام مراقبت‌های مرتبط به زنان باردار در طول بارداری و ترویج آموزش ضمن بارداری به صورت منظم، بهبود زیر ساخت‌ها برای آموزش باعث بهره‌وری زنان باردار در حفظ سلامتی و

دریافت مراقبت‌ها در زمان بارداری می‌شود. براساس مطالعه اسماعیلی و همکاران بر روی کیفیت زندگی و خودکارآمدی مراجعه‌کنندگان، تعداد زیادی از مراجعه‌کننده‌ها از وضعیت اقتصادی ضعیفی برخوردار بودند. همچنین در مطالعه عرفانی با عنوان کیفیت زندگی و شدت استرس بیماران نتایج نشان داد وضعیت نامناسب مالی سبب تنش و فشار مضاعف در زنان باردار می‌شود. همچنین مشکلات مالی منجر به سلامت ضعیف و پیامدهای غیر بهداشتی می‌شود. این فشارها می‌تواند مانع مراجعه زنان باردار و تبعیت آن‌ها از مراقبت‌های دوران بارداری شود [۲۰] که با نتایج مطالعه ما همسو بود.

باورها و اعتقادات یکی دیگر از موانع پیش‌روی دریافت خدمات در دوران بارداری بود. در مطالعه هکاری و همکاران که بررسی عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار شهر تبریز بود، نتایج نشان داد برداشت‌ها، اعتقادات و باورها، موانع فردی و یا فرهنگی و مذهبی، از دلایل شایعی است که یک زن باردار ممکن است جهت دریافت خدمات مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه نکند. برخی از زنان به علت محدودیت‌های اعتقادی و باورهایشان قدرت تصمیم‌گیری برای سلامت خود و غلبه بر عوامل بازدارنده از دریافت مراقبت‌ها را ندارند. مثلاً در کشور پاکستان زنان بیماری‌های دوران بارداری مادر و جنین را به جای بی‌توجهی یا خطای انسانی ناشی از سرنوشت و تقدیر خود می‌دانند [۲۱]. به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی جهت تغییر در باورها و اعتقادات افراد و فرهنگ‌سازی بتواند تغییرات مناسبی برای افراد ایجاد کند.

مشکلات حاملگی ناخواسته

مفاهیم استخراج شده دیگر، مشکلات حاملگی ناخواسته است که مطالعات شمشیری و موسی‌زاده نشان داد، تعداد قابل توجهی از بارداری‌های زنان باردار که ناخواسته بوده، می‌تواند بر سلامت مادر و کودک و در نهایت سلامت جامعه تأثیرگذار باشد. زنانی که بارداری ناخواسته داشتند مشارکت کافی در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری نداشتند و بارداری ناخواسته و بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی با تأثیر بر رفتارهای بهداشتی با افزایش خطر ابتلا به عوارض بارداری همراه بوده است [۲، ۲۲] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی برای این گروه از زنان باردار و آگاهی دادن از عوارض عدم پیگیری مراقبت‌ها بر جنین، مشکلات موجود را تا حدودی کاهش دهد.

در این مطالعه همچنین، مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری شامل «درک مفید بودن انجام مراقبت‌ها»، «ارائه مراقبت‌های رایگان»، «آموزش‌های مراقبت از خود» و «ارتباط مناسب مراقبین سلامت» نیز استخراج شد.

انجام و ارائه خدمات با دقت و حوصله

مفاهیم استخراج شده دیگر در مطالعه حاضر، انجام و ارائه خدمات با دقت و حوصله بود. براساس نتایج مطالعه صادقی و همکاران در **دانشگاه علوم پزشکی تهران**، در محیط‌هایی که مراقبت متعدد و با کیفیت برای زنان حامله ارائه می‌شود، دقت و حوصله ضرورت دارد و این موضوع برای زنان حائز اهمیت است [۳۰] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. به نظر می‌رسد رعایت صبر و حوصله و دقت در زمان پاسخ‌گویی به زنان باردار اهمیت دارد و باید برای مراقبین انگیزه و شرایط لازم در این خصوص فراهم شود.

تکریم و احترام زنان باردار

مفاهیم دیگر استخراج شده در مطالعه حاضر تکریم و احترام زنان باردار بود. براساس نتایج مطالعات بورکیو در پرستاران کانادا، هوپ و مطالعه رحیمی و همکاران که رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و روابط دوستانه ارائه‌دهندگان با مشتریان در اصفهان بررسی شد، برای افزایش عملکرد بهداشتی مراجعین باید از بعد معنویت انسان‌ها مانند تکریم و احترام استفاده شود و ارتباط با همه زنان باردار مراجعه‌کننده بدون در نظر گرفتن منشأ یا هویت مراجعه‌کنندگان رعایت شود و استفاده از رفتارهای ناعادلانه با توجه به بافت فرهنگی زنان باردار، نامناسب است [۳۱-۳۳] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. به نظر می‌رسد احترام و تکریم بین ارائه‌دهندگان خدمات و مراجعه‌کنندگان باعث حفظ و بقای سازمان خدمات‌دهنده و انگیزه مراجعه‌کنندگان برای دریافت خدمات دوران بارداری می‌شود و این موضوع باید به‌عنوان شرح وظایف مراقبین سلامت و کارکنان در رأس امور قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

از نتایج کاربردی مطالعه حاضر می‌توان اظهار کرد که بازدارنده‌ها و مشوق‌های دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در دریافت مراقبت‌ها توسط زنان باردار تأثیر می‌گذارند. شناسایی این موارد و تلاش در جهت رفع آن‌ها می‌تواند با انجام مراقبت‌های با کیفیت و مداوم برای حفظ و ارتقای سلامتی مادر و جنین به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر، خطر مرگ و میر زنان باردار را کاهش دهد و همچنین شانس تولد نوزاد سالم و جوانی جمعیت را افزایش دهد.

این مطالعه با ماهیت کیفی و براساس نمونه‌ای از بازدارنده‌ها و مشوق‌های زنان باردار و مراقبین سلامت شهر زاهدان به دست آمده است و نمی‌توان نتایج این پژوهش را به سایر مناطق با توجه به تفاوت زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و قومیتی تعمیم داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعاتی طراحی و انجام شود تا نتایج آن در سطح وسیع‌تری قابل ارزیابی باشد.

مشوق آن‌ها در دریافت مراقبت‌ها خواهد شد و باعث برداشتن موانع ناشناخته ناشی از عدم آگاهی و سازگاری بیشتر با عوامل فیزیولوژیکی در بارداری می‌شود [۲۵، ۲۶] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. به نظر می‌رسد زنان بارداری که از آموزش‌های مراقبت از خود و جنین‌شان در زمان دریافت ارائه خدمات بهره‌مند شوند، گزارش و بازتاب خوبی از درک مفید بودن آموزش‌های ارائه‌شده دارند و این خود باعث ایجاد دریافت منظم و به موقع مراقبت‌های دوران بارداری خواهد شد.

درک مفید بودن مراقبت‌های ارائه‌شده

یکی دیگر از مفاهیم استخراج شده در مطالعه، درک مفید بودن مراقبت‌های ارائه‌شده بود. براساس نتایج مطالعه ویتن بر روی زنان باردار در کنیا و مطالعه توهیل که مداخله آموزشی در زنان باردار در استرالیا بود، آموزش توسط مراقبین سلامت باعث اعتماد به نفس در زنان باردار شده بود. کسانی که مراقبت اجتماعی را تجربه کردند، زایمان مثبتی داشتند. استفاده از راهبردهای آموزشی، به افزایش برخی مهارت‌ها ممکن است کمک کند. نداشتن آگاهی در مورد علائم خطر بارداری، تغذیه در بارداری، فعالیت‌ها در زمان بارداری با پیامدهای نامطلوب همراه است و مشکلات قبل از زایمان را افزایش می‌دهد [۲۷، ۲۸] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. بنابراین درک مفید بودن آموزش‌ها نتایج سلامت بهتری دارد و ارائه آموزش سبب مداخلات کم هزینه و مؤثر در سلامت مادر و کودک را در پی خواهد داشت.

ارتباط مناسب مراقبین سلامت

ارتباط مناسب مراقبین سلامت

از مفاهیم استخراج شده دیگر در این مطالعه، ارتباط مناسب مراقبین سلامت بود. براساس نتایج مطالعه غفرانی‌پور، رضایت‌مندی مراجعین به علت تأثیرات مثبتی است که پاسخ‌گویی مراقبین سلامت و برطرف کردن مشکلاتشان توسط مراقبین بر رفتارهای آن‌ها می‌گذارد و سبب می‌شود به‌طور مداوم از خدمات بهداشتی استفاده کنند و دستورات و آموزش‌های ارائه‌شده را به‌صورت صحیح به کار گیرند. در نهایت استفاده از خدمات را به سایرین توصیه کنند. نتایج مفید پاسخ‌گویی و حل مشکلات زنان باردار عامل مؤثر بر رضایت‌مندی آن‌ها از سیستم‌های بهداشتی بوده و سبب شده که محققان اقدام به شناسایی دیگر عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان کنند [۲۹] که با نتایج مطالعه ما همسو بود. به نظر می‌رسد افزایش و بهبود مهارت‌های ارتباطی برای مراقبین سلامت و کارکنان بهداشتی انگیزه زنان باردار را در دریافت خدمات دوران بارداری افزایش دهد و باعث دلیل مراجعه بیشتر زنان باردار به پایگاه‌ها جهت دریافت مراقبت‌ها خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز انجام این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شناسه IR. ZAUMS. REC. 1401. 128 دریافت شده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

نظارت بر انجام مصاحبه‌ها: محمدهادی عباسی؛ انجام مصاحبه‌ها: مریم شیبانی صدر؛ کدگذاری مصاحبه‌ها: مریم سراجی؛ آماده‌سازی مقاله: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان (شامل زنان باردار و کارشناسان مراقب سلامت) که با حوصله دیدگاه‌ها و تجربیات خود را بازگو کردند و با همکاری صادقانه زمینه اجرای مطالعه را فراهم کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

- [1] Rajabi Naeeni M, Farid M, Tizvir A. [A comparative study of the effect of education through multimedia software and face-to-face education on the awareness of pregnant mothers about the danger signs during pregnancy and after delivery (Persian)]. *J Educ Community Health*. 2015; 2(1):50-7. [Link]
- [2] ShamshiriMilani H, Khazaie F, Rassouli M, Ramezankhani A. [Explanation of women's and family health care personnel's perception of the barriers of pre-pregnancy care coverage: A qualitative study (Persian)]. *J Health Field*. 2017; 4(3):18-27. [Link]
- [3] Mohammadi Zeidi B, Ebadi A, Kariman N, Ozgoli G, Rashidi F, Rafeerad S. Psychometric evaluation of Persian version of Quality of Prenatal Care Questionnaire. *Int J Pediatr*. 2021; 9(8):14280-92. [Link]
- [4] Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. The use and the user of herbal remedies during pregnancy. *J Altern Complement Med*. 2009; 15(7):787-92. [DOI: 10.1089/acm.2008.0467] [PMID]
- [5] Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2015(12):CD009916. [DOI: 10.1002/14651858.CD009916.pub2] [PMID]
- [6] Isogai T, Kamiya CA. Worldwide incidence of peripartum cardiomyopathy and overall maternal mortality. *Int Heart J*. 2019; 60(3):503-11. [DOI: 10.1536/ihj.18-729]
- [7] Sadoughi F, Nasiri S, Langarizadeh M. [Necessity for designing national minimum data set of perinatal period in Iran: A review article (Persian)]. *Med J Mashhad University Med Sci*. 2014; 57(5):727-37. [DOI: 10.22038/mjms.2014.3424]
- [8] Motlagh M, Torkestani F, Ashrafiyan Amiri H, Agajani Delavar M, Radpooyan L, Nasrollahpour Shirvani S. [Factors affecting the adequacy of prenatal care utilization index in the first level of network system in Iran (Persian)]. *J Babol Univ Med Sci*. 2021; 23(1):76-83. [Link]
- [9] Azizzadeh Forouzi M, Mohamad Alizade S, Monshizade M, Fasihi Harandi T. [Opinions of pregnant women about the reasons for not visiting to receive care during pregnancy in 2001 (Persian)]. *Hormozgan Med J*. 2004; 8(4):221-6. [Link]
- [10] Jegargoosheh S, Nejhadadgar N, Reisy L. [Survey of pregnant mothers' views on the quality of prenatal care provided based on SERVQUAL model in Ardabil health centers (Persian)]. *J Nurs Midwifery Paramed Fac*. 2022; 7(3):37-46. [Link]
- [11] Vishnevsky T, Beanlands H. Qualitative research. *Nephrol Nur J*. 2004; 31(2):234-8. [Link]
- [12] dos Santos Navarro RD, Minim VP, da Silva AN, Gonçalves AC, Carneiro JD, Gomide AI, et al. Validation of Optimized Descriptive Profile (ODP) technique: Accuracy, precision and robustness. *Food Res Int*. 2014; 66:445-53. [DOI: 10.1016/j.foodres.2014.10.015]
- [13] Chandrasekar K. Workplace environment and its impact on organisational performance in public sector organisations. *Int J Enterp Comput Bus Syst*. 2011; 1(1):1-19. [Link]
- [14] Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Effectiveness of maternal referral system in a rural setting: A case study from Rufiji district, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:326. [DOI: 10.1186/1472-6963-10-326] [PMID]
- [15] Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Organ Behav*. 2006; 27(7):941-66. [DOI: 10.1002/job.413]
- [16] Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ, Goniewicz M, Goniewicz K. Evaluation of communication and acceptance of the patients by medical personnel. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*. 2016; 67(4). [Link]
- [17] Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: Motivation of health workers in Tanzania. *Hum Resour Health*. 2009; 7:53. [DOI: 10.1186/1478-4491-7-53] [PMID]
- [18] Khezerloo S, Faizi A. [Comparison of communication barriers from nurses' and elderly patients' point of view at Urmia educational hospitals (Persian)]. *Nurs Midwifery J*. 2018; 16(4):286-94. [Link]
- [19] Askari Nejad M, Bakhshi H. [Knowledge, attitude and practice of prenatal care among women in Rafsanjan (2000) (Persian)]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2002; 1(3):147-55. [Link]
- [20] Smaeli M, Alikhani M, gholamaragi M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran J Nurs*. 2005; 18(41 and 42):77-84. [Link]
- [21] 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 (Persian)]. *Med Sci J Islam Azad Univ, Tehran Med Branch*. 2011; 21(3):206-13. [Link]
- [22] Moosazadeh M, Nekoei-Moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Health Plann Manage*. 2014; 29(3):e277-90. [DOI: 10.1002/hpm.2184] [PMID]
- [23] Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*. 2006; 16(2):157-61. [DOI: 10.1093/eurpub/cki158] [PMID]
- [24] Jessiman T, Cameron A, Wiggins M, Lucas PJ. A qualitative study of uptake of free vitamins in England. *Arch Dis Child*. 2013; 98(8):587-91. [DOI: 10.1136/archdischild-2013-303838] [PMID]
- [25] Cuban S. Home/work: The roles of education, literacy, and learning in the networks and mobility of professional women migrant carers in Cumbria. *Ethnography Educ*. 2008; 3(1):81-96. [DOI: 10.1080/17457820801899132]
- [26] Patabendige M, Athulathmudali SR, Chandrasinghe SK. Mental health problems during pregnancy and the postpartum period: A multicenter knowledge assessment survey among healthcare providers. *J Pregnancy*. 2020; 2020:4926702. [DOI: 10.1155/2020/4926702] [PMID]

- [27] ViVieten C, Laraia BA, Kristeller J, Adler N, Coleman-Phox K, Bush NR, et al. The mindful moms training: Development of a mindfulness-based intervention to reduce stress and over-eating during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1):201. [DOI: 10. 1186/s12884-018-1757-6] [PMID]
- [28] Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*. 2014; 41(4):384-94. [DOI: 10. 1111/birt. 12136] [PMID]
- [29] Ahmadiyan YN, Ghofranipour F, Emadzadeh A, Kazemnejad A. [A survey on the effects of interpersonal communication skills education of family health workers on the satisfaction level of their clients in Mashhad City Health Centers (Persian)]. *Pathobiol Res*. 2004; 7(2):11-8. [Link]
- [30] Sadeghi Gandomani H, Delaram M, Naseri-Ziba F, Naseri-Boroujeni N. [Assessment the creative skills of nursing students and nurses in the intensive care units of hospitals covered by Tehran University of Medical Sciences (Persian)]. *Res Med Sci Educ*. 2015; 7(3):11-9. [DOI: 10. 18869/acadpub. rme. 7. 3. 11]
- [31] Bourque Bearskin RL. A critical lens on culture in nursing practice. *Nurs Ethics*. 2011; 18(4):548-59. [DOI: 10. 1177/0969733011408048] [PMID]
- [32] Hope DA. Mitigating the mental health impact of marginalization and discrimination. *Cogn Behav Pract*. 2022; 29(3):533-6. [DOI: 10. 1016/j. cbpra. 2022. 03. 001]
- [33] Rahimi F, Asadi Z. [Investigating relationship between personality characteristics and friendship Relationships between service providers and customers (Persian)]. *New Mark Res J*. 2013; 2(4):166-81. [Link]