

## اثر بخشی مراقبت های بهداشتی از زنان باردار در نظام سلامت ایران

\*فریبا بخشیان<sup>۱</sup> حسین جباری<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** بهبود وضعیت سلامت مادران یکی از اهداف مهم توسعه هزاره سازمان ملل است. با توجه به این که دوران بارداری از حساس ترین دوره های زندگی زنان بوده و بیشتر مرگ هایی که در این دوران یا حین زایمان اتفاق می افتند قابل پیشگیری هستند ارائه مراقبت های بهداشتی دوران بارداری و پس از آن یکی از راهکارهای اساسی در ارتقاء سلامت مادران و پیشگیری از مرگ و میر آنان می باشد. در ایران مراقبت های بهداشتی از مادران در روستاها از طریق نظام شبکه بهداشتی و خانه های بهداشت ارائه می شوند. این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی خدمات ارائه شده، یعنی بهبود کمی و کیفی خدمات و عملکرد پرسنل بهداشتی، مستند سازی فعالیت ها و عملکرد پشتیبانی و مدیریتی نظام شبکه انجام گردید.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع توصیفی، مقطعی است که به استناد اطلاعات موجود در پرونده های بهداشتی مراکز و خانه های بهداشت انجام شده است. در این مطالعه ۱۵۰۰ مادر از مراکز و خانه های بهداشت تحت پوشش شهرستان های تبریز و زنجان در دو نوبت حاملگی به عنوان جامعه و نمونه پژوهش انتخاب شدند و اطلاعات ثبت شده مربوط به دو حاملگی هر یک در خلال سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۲ با هم مقایسه شدند.

**یافته ها:** یافته ها نشان دهنده بهبودهایی در ارائه خدمات، عملکرد پرسنل و مدیریت نظام شبکه بهداشتی است اما در غالب موارد از توجه به کیفیت خدمات غفلت شده و مستندات سلیقه ای و به شکل ناقص تکمیل شده اند. از این رو لازم است که در ثبت و کنترل مستندات توجه بیشتری صورت گیرد و مراقبت های دقیق با مشارکت تیم سلامت (پزشک، ماما بهورز و خود مادر) برنامه ریزی و اجرا گردد.

**کلید واژه ها:** مراقبت پیش از تولد- نظام بهداشتی- خدمات بهداشتی مادران، برنامه های سیستم بهداشتی- ایران

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۲۹

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، تبریز، ایران (\*مؤلف مسؤول)

E-mail: f\_bakhshian124@yahoo.com

شماره تماس: ۰۴۱۱ ۳۳۴۶۱۴۷

<sup>۲</sup> استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC)، تبریز، ایران

## مقدمه

بارداری و زایمان همه ساله برای بیش از ۳۰ میلیون زن در دنیا به مفهوم زجر بی مورد، به خطر افتادن وضعیت سلامت و مرگ است.<sup>(۱)</sup> در هر دقیقه بیش از یک و در سال ۵۰۰ میلیون مادر به دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند علاوه بر این هر سال ۲۰ میلیون نوزاد کم وزن در دنیا متولد می شوند و ۱۰/۶ میلیون نوزاد نیز به کام مرگ می روند.<sup>(۲)</sup> به همین دلیل جامعه جهانی پنجمین هدف توسعه هزاره را بهبود سلامت مادران قرار داده است.<sup>(۳)</sup> ارتقای سلامت مادران نیازمند ارائه خدمات مؤثر و مناسب برای تمام مادران باردار می باشد به نحوی که اثر بخشی مداخلات از نظر زمان ارائه، تکرار، مقبولیت برای مادر و خانواده ثابت شده و منافع زیادی را در مقابل خطرات احتمالی آن در برداشته باشد.<sup>(۴)</sup>

به دنبال تعیین استراتژی مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در ایران انقلاب عظیمی در نظام مدیریت ارائه خدمات به وقوع پیوست<sup>(۵)</sup> که نتایج این تحول بعد از گذشت سه دهه به عنوان دستاوردهای غیر قابل تصور از جمله کاهش مرگ و میر مادران و کودکان عنوان می شوند.<sup>(۶)</sup> مقایسه شاخص های مربوطه به مرگ و میر مادران نشان می دهد که ایران توفیقات چشمگیری در این زمینه داشته است.<sup>(۷)</sup> خدمات مادر و کودک یکی از مهم ترین اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه را در بر می گیرد که این خدمات در روستاها توسط بهورزان خانه های بهداشت ارائه می گردند.<sup>(۸)</sup> در حدود ۱۵ درصد جمعیت ایران را زنان دارای همسر و در سن بارداری تشکیل می دهند که ۶/۵ درصد آنان در دوران حاملگی به سر می برند.<sup>(۸)</sup> با

توجه به کثرت جمعیت این گروه در کشور و شواهد مبنی بر مراجعات کمتر از حد انتظار آنان به واحدهای بهداشتی، توجه جدی به سلامت این گروه و بررسی اثر بخشی برنامه های مراقبتی ارائه شده به آنان، همانند سایر کشورها اجتناب ناپذیر است.<sup>(۹)</sup> تا به این ترتیب بتوانیم همگام با تلاش های جهانی، و در راستای ارتقاء سلامت جامعه، در کشور خود سلامت مادران را ارتقاء دهیم.<sup>(۱۰)</sup> بسیاری از عوامل خطر تهدید کننده سلامت مادران همچون کمبود مواد مغذی و پایش و غربالگری آن ها به آسانی قابل مدیریت هستند، مثلاً ۱۰ درصد مرگ های مادری در کشورهای در حال توسعه قابل انتساب به کمبود آهن است.<sup>(۱۱)</sup> و تأثیر اسید فولیک و ید در ناهنجاری های نوزادان ثابت شده است.<sup>(۱۲)</sup> در مراقبت های روتین از مادران باردار مداخلات پایش وزن گیری، آموزش تغذیه و شیوه زندگی، تأمین مکمل های آهن، ویتامین ها، اسیدفولیک و غربالگری بیماری هایی چون دیابت، بیماری های عفونی، علائم پره اکلامپسی برای بیش از سه دهه انجام می گیرند.<sup>(۱۳)</sup> لذا نظر به اهمیت علمی، اجتماعی و اقتصادی مراقبت مادران و هزینه های هنگفت صرف شده برای آن، انتظار می رود که در صورت اثر بخش بودن این مراقبت ها وضعیت شاخص های سلامت مادران در جامعه ارتقاء یابد.

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مراقبت ها در ابعاد عملکرد کارکنان در ارائه خدمات و انجام مراقبت و مستندسازی مداخلات، عملکرد شبکه های بهداشتی در تدارک و راهبری برنامه همراه با شاخص های سلامت مرتبط می باشد.

**روش بررسی**

این مطالعه از نوع توصیفی، مقطعی است که مراقبت‌های انجام یافته از مادران در سال های ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۸۲ را به صورت کامل و براساس مستندات موجود مورد بررسی و تحلیل داده است. دلیل انتخاب روستاها وجود و کامل بودن اطلاعات مورد نیاز در خانه های بهداشت در مقایسه با شهرها می باشد.

روش نمونه گیری، مراجعه به تک تک خانه های بهداشت و بررسی دفاتر مراقبت اطفال و تعیین کودکان متولد شده از یک مادر در خلال سال های مطالعه و تکمیل فرم ثبت اطلاعات مربوطه بود. که ۱۵۰۰ مادر نمونه هائی این بررسی را تشکیل دادند یعنی ۱۵۰۰ مادر در جریان دو حاملگی (۱۰۰۰ مادر از تبریز و ۵۰۰ مادر از زنجان جامعه آماری را تشکیل دادند).

ابزار گردآوری داده ها فرم ثبت اطلاعات بود که روایی و پایایی آن با نظر تخصصی صاحب نظران و انجام مطالعه پایلوت توسط طراح مطالعه و برخی از همکاران در سال های قبل به اثبات رسیده است.

برای جمع آوری اطلاعات پرسشگران ماهر و با تجربه و بدون هیچ گونه رابطه استخدامی و اداری با واحدهای پژوهش با مراجعه به خانه بهداشت، مادران واجد شرایط را مشخص نموده و با استخراج پرونده خانوار نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام می کردند فرم شامل سه بخش اطلاعات کلی و اطلاعات تخصصی مربوط به مادران در زایمان کودک ماقبل آخر و آخر می شود. داده های جمع آوری شده با نرم افزار Excel 98 وارد رایانه شده و با همان برنامه و برنامه SPSS10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

برای مقایسه میانگین ها از آزمون تی و برای

متغیرهای کیفی از کای اسکوئر با فرض معنی دار بودن  $P < 0/005$  استفاده گردید.

**یافته ها**

در شهرستان تبریز ۱۰۰۰ نمونه از ۲۸ خانه بهداشت و در زنجان ۵۰۰ نمونه از ۲۰ خانه بهداشت جمع آوری شدند. خانه های بهداشت مورد مطالعه به طور میانگین ۱۶/۷ سال سابقه فعالیت داشتند- جمعیت تحت پوشش آن ها به طور متوسط برابر ۲۱۱۹ نفر بود. در هر خانه بهداشت ۲/۱۷ نفر کارمند بهداشتی (بهورز) شاغل بودند که ۳۰/۳ درصد آن ها مرد و ۶۹/۷ درصد آن ها زن بودند. سواد ۴۰/۶ درصد آنان پنجم ابتدایی ۵۱/۵ درصد راهنمایی و ۷/۹ درصد دیپلم بود. ۶۸ درصد آن ها در روستاهای محل خدمت مقیم بودند. بعد خانوار در جامعه پژوهش برابر  $(SD= 1/98, \mu= 5/42)$  نفر بود. از نظر زایمان ۸۵/۴ درصد کودکان اول و ۷۸/۷ درصد کودکان دوم حاصل زایمان طبیعی بودند  $(P < 0/001)$ .

یافته ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن اولین ازدواج زنان مورد پژوهش برابر  $(SD= 3/59, \mu= 18/99)$  و میانگین و انحراف معیار سن اولین حاملگی  $(SD= 3/58, \mu= 20/14)$  بوده است.

در رابطه با هدف نخست پژوهش یعنی تعیین عملکرد کارکنان در ارایه خدمات و انجام مراقبت، یافته ها حاکی از آن بود که سن شروع اولین مراقبت در حاملگی اول برابر ۳/۵۴ ماهگی و در حاملگی دوم برابر ۳/۶۳ ماهگی بود در حاملگی اول و در اولین مراقبت وزن مادران به طور متوسط برابر ۵۶/۶۹ کیلوگرم و در حاملگی دوم برابر ۶۰/۰۶ کیلوگرم بود و در هر دو حالت فوق مقایسه میانگین ها در دو حاملگی

معنی دار می باشند.

مقایسه دفعات مراقبت در طول دوره بارداری نشان می دهد که در حاملگی اول مادران به طور میانگین ۸/۹۳ بار و در حاملگی دوم ۸/۷۹ بار تحت مراقبت قرار گرفته اند ( $P < 0/001$ ).

بررسی عملکرد بهورز در ارجاع مادران نشان می دهد که به طور میانگین هر مادر در حاملگی ما قبل آخر ۰/۵۵ مورد و در حاملگی آخر ۰/۹۴ مورد ارجاع داده شده است ( $P < 0/001$ ).

آموزش بهداشت از اساسی ترین اجزاء مراقبت ها بوده و مادران در طول دوران بارداری و در هر مراجعه می بایست آموزش های لازم را مطابق دستورالعمل ها دریافت نمایند که نتیجه در جدول آموزشی مربوطه منعکس می شود. نتایج نشان می دهد که در حاملگی ماقبل آخر این جدول در ۵۷/۴ درصد موارد و در حاملگی های آخر ۶۵/۸ درصد موارد به شکل صحیح پر شده است که آزمون کای دو با  $P < 0/001$  نشان دهنده رابطه معنی دار بوده است.

از پارامترهای مهم در کنترل زنان باردار اندازه گیری فشار خون می باشد که در این بررسی ابتدا تعداد نوبت هایی که فشار خون مادر کنترل شده مورد توجه قرار گرفت، نتایج نشان داد که فشار خون زنان باردار در حاملگی ماقبل آخر به طور میانگین در ۷/۵۶ مورد در دفتر ثبت شده است که این رقم برای حاملگی آخر برابر ۸/۰۵ بار بوده است ( $P = 0/003$ ). محاسبه تاریخ تقریبی زایمان توسط بهورزان که از دیگر نکات مورد بررسی بود نتایج نشان داد که ۷۴/۷ درصد موارد حاملگی ماقبل آخر و ۷۶/۹ درصد موارد در حاملگی آخر محاسبه فوق را درست انجام داده بودند ( $P < 0/001$ ).

در تداوم مراقبت های دوران بارداری کارکنان

بهداشتی دو نوبت مراقبت را یکی تا روز دهم و دیگری تا روز چهارم بعد زایمان انجام می دهند که یافته ها در جدول زیر آورده شده اند.

جدول شماره ۱- مراقبت از مادر باردار بعد از زایمان

شماره حاملگی	نوبت مراقبت	
	مراقبت دوم روز بعد زایمان	مراقبت اول روز بعد زایمان
حاملگی ماقبل آخر	۴۰/۷۴	۱۰/۶۳
حاملگی آخر	۴۰/۲۶	۱۰/۳۹
تحلیل آماری	$P = 0/99$	$P = 0/17$

در حاملگی اول در ۶۹/۶ درصد موارد و در حاملگی دوم در ۷۶ درصد موارد فشار خون مادر پس از زایمان کنترل شده بود ( $P < 0/001$ ). به علاوه قرص آهن در تداوم مراقبت بایستی بعد از زایمان نیز تا سه ماه داده شود. بررسی موضوع نشان داد که در حاملگی ماقبل آخر ۰/۲۶ بار و در حاملگی آخر ۰/۲۸ بار قرص آهن به مادر داده شده است ( $P = 0/003$ ). یافته های مربوط به دومین هدف (مستند سازی فعالیت ها و وضعیت سلامت مادر) پژوهش نشان داد که مقایسه دقیق افزایش وزن در هر یک از ماه ها و در هر یک از سه ماهه های حاملگی به دلیل کیفیت پایین مستندات پرونده (ثبت غیر دقیق، ناقص و غیر مداوم) مقدور نشد. مستند سازی ناکامل فعالیت های آموزشی در بیش از ۴۰ درصد موارد در پرونده ها وجود داشت. مستند سازی میزان فشار خون در حدی است که تعیین موارد پرفشاری خون را با مشکل مواجه می نماید. به علاوه اندازه های نوشته شده نیز بر لزوم دقت بیشتر در مستند سازی ها می افزاید. دلایل ارجاع در بیشتر موارد تحت عنوان سایر موارد مشخص گردیده است. نتایج ارجاع در پرونده ها غیرقابل پیگیری است و اصولاً محلی برای مشاوره در

فرم مراقبت پیش بینی نشده است.

در مورد تعیین نحوه عملکرد شبکه های بهداشتی (سومین هدف مطالعه) یافته ها بیانگر این بود که به منظور پیشگیری از آنمی و کمبود ویتامین های ضروری برای مادران قرص های اسید فولیک، آهن و مولتی ویتامین طبق دستورالعمل تجویز شده بود که طبق جدول شماره ۲ تجویز قرص آهن و مولتی ویتامین در دو حاملگی کاهش را نشان می دهد این کاهش در مولتی ویتامین معنی دار است ولی در مورد آهن معنی دار نمی باشد.

#### جدول شماره ۲- تجویز قرص آهن و مولتی ویتامین به

مادران در نظام بهداشتی ایران				
شماره حاملگی	موارد قرص های تجویز شده	مولتی ویتامین	آهن	اسید فولیک
شماره حاملگی ماقبل آخر	۰/۲۱	۳/۶۲	۱/۵۳	
شماره حاملگی آخر	۱/۱	۳/۵۴	۱/۱۹	
تحلیل آماری	$P < 0/001$	$P = 0/30$	$P < 0/001$	

تجویز اسید فولیک در هر دو استان افزایش مشابهی را نشان داد ( $P < 0/001$ ). تجویز مولتی ویتامین در زنجان با افزایش دو برابر، ( $P < 0/006$ ) و در تبریز با کاهش مواجه بوده است ( $P < 0/001$ ). همچنین کاهش تجویز قرص های آهن در تبریز ( $P < 0/001$ ) و افزایش آن در زنجان مشاهده گردید ( $P < 0/001$ ).

از مهم ترین اهداف مراقبت های دوران بارداری کشف به موقع نشانه های خطر و در موارد لازم ارجاع به پزشک جهت انجام مداخلات بیشتر می باشد به طور میانگین مادران در حاملگی ماقبل آخر ۱/۱۰ بار نیاز به ارجاع داشته اند ولی در حاملگی برای کودک آخر این رقم به ۱/۳۰ بار رسیده است ( $P < 0/001$ ). بیشترین

دلایل ارجاع بعد از سایر موارد شامل عدم وزن گیری، سونوگرافی در هر دو حاملگی و هر دو شهر می باشد. بررسی ارایه بازخورد از سوی پزشک به خانه بهداشت در موارد ارجاع نشان می دهد که در ۸۵/۲ درصد موارد پس خوراندی از سوی پزشک به خانه بهداشت داده نشده بود. به علاوه ۵۰ درصد مادران در دوران بارداری تحت مراقبت بهداشت دهان و دندان قرار گرفته بودند. بررسی آزمایشات روتین دوره بارداری نشان داد که در حاملگی ماقبل آخر ۶۰/۱ درصد مادران و در حاملگی آخر ۷۲/۹ درصد مادران نتایج آزمایش روتین بارداری را در پرونده خود داشتند.

با پیشرفت تکنولوژی و افزایش دسترسی مردم، انجام سونوگرافی از جنین در دوران بارداری به سرعت در حال افزایش است. این بررسی نشان داد که ۱۳/۲ درصد زنان در حاملگی ماقبل آخر و ۳۱/۲ درصد در حاملگی آخر سونوگرافی شده بودند که با  $P < 0/001$  این اختلاف معنی دار می باشد. اصلی ترین هدف پژوهش یعنی تعیین اثر بخشی خدمات حاکمی از آن است که میزان افزایش وزن در طول حاملگی در جریان حاملگی اول برابر ۷/۸۰ کیلوگرم و در حاملگی دوم برابر ۷/۹۷ کیلوگرم بود. مادران باردار در جریان حاملگی اول به طور میانگین  $M = 0/75$  بار دچار توقف وزن گیری شده اند در حالی که در حاملگی دوم این رقم به ۰/۵۲ بار تنزل پیدا کرده بود که با  $P = 0/009$  معنی دار می باشد. همچنین یافته ها نشان می دهد که مادران در حاملگی اول ۰/۴۱ بار و در حاملگی دوم ۰/۴۵ بار دچار کاهش وزن شده اند که با  $P = 0/46$  معنی دار نبوده است.

تعداد سقط در زنجان برابر ( $SD = 0/55, \mu = 0/19$ ) و در تبریز برابر ( $SD = 0/50, \mu = 0/18$ ) بود و میزان

**بحث و نتیجه گیری**

دوران بارداری یکی از حساس ترین دوره های زندگی زنان می باشد.<sup>(۱۴)</sup> بیشتر مرگ های دوران بارداری یا حین زایمان قابل پیشگیری اند<sup>(۱)</sup>، لذا مراقبت های دوران بارداری یکی از اجزاء اصلی مراقبت های بهداشتی در نظام سلامت است.<sup>(۱۵)</sup> این مراقبت ها شامل مداخلات آموزشی، مشاوره ای، غربالگری، درمان، پایش و تأمین مکمل های غذایی است که به منظور حفظ و ارتقای سلامت مادر و جنین انجام می گیرد.<sup>(۴)</sup>

براساس مطالعات وسیع انجام شده برای تعیین اثربخشی مراقبت ها توسط دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی در سال های اخیر (بعد از طراحی و اجرای مطالعه حاضر) انجام مداخلات کنترل وضعیت رشد جنین و سلامت مادر، کنترل و پایش عفونت ها و دیابت به عنوان ارکان ضروری مراقبت های دوران بارداری توصیه شده است.<sup>(۴)</sup>

شواهد مربوط به عملکرد کارکنان بهداشتی حاکی از آن است که این مراقبت ها از هفته ۱۰-۶ بارداری آغاز می گردد و طی ۱۱ بار ویزیت قد و وزن مادر کنترل و نمایه توده بدنی (BMI) که به طور ایده آل ۲۶-۲۰ می باشد مورد محاسبه قرار می گیرد.<sup>(۱۲)</sup> یکی از اهداف سرویس خدمات بهداشتی عمومی در آمریکا برای سال ۲۰۰۰، آغاز مراقبت های بارداری در سه ماهه اول برای حداقل ۹۰ درصد زنان اعلام شده است.<sup>(۱۶)</sup>

در مطالعه حاضر اولین زمان مراقبت در حاملگی ما قبل آخر ۳.۱۴ ماهگی و در حاملگی آخر ۳.۶ ماهگی حاملگی بوده است. اما در مطالعه شریفی راد و حاج صالحی در اصفهان ۱۰۰ درصد زنان در سه ماهه اول

مردده زایی در هر دو شهر کمتر از ۰/۰۰۱ بود. مقایسه وزن گیری مادران در جریان دو حاملگی نشان دهنده افزایشی در حدود ۱۷۰ گرم بود. یافته ها نشان دهنده کاهش در میزان هموگلوبین خون مادران جامعه می باشد.

**جدول شماره ۳ - میانگین هموگلوبین خون مادر در آزمایشات روتین حاملگی**

محل / ردیف	تبریز	زنجان	کل
حاملگی اول	M = ۱۳/۴۰ SD = ۳/۱۴	M = ۱۲/۷۸ SD = ۱/۳۹	M = ۱۳/۳۲ SD = ۳/۰۷
حاملگی دوم	M = ۱۳/۰۱ SD = ۱/۰۸	M = ۱۲/۷۰ SD = ۱/۱۲	M = ۱۲/۹۳ SD = ۱/۱۰
روابط آماری	T = ۳/۱۷ P < ۰/۰۰۱	T = ۰/۶ P = ۰/۵۴	-

بررسی میزان هموگلوبین زنان باردار در حاملگی آخر و ماقبل آخر بیانگر کاهش معنی دار با  $P < ۰/۰۰۱$  در حاملگی دوم بود. نکته قابل توجه این که میزان هموگلوبین مادران در حاملگی ماقبل آخر در ۳/۴ درصد موارد و در حاملگی آخر در ۲/۵ درصد موارد کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر گزارش شده بود. میزان فشار خون بالا در سه ماهه اول حاملگی ماقبل آخر در ۰/۲ درصد و در حاملگی آخر در ۰/۷ درصد موارد گزارش شده بود. این ارقام در سه ماهه دوم به ترتیب ۰/۷ و ۰/۶ درصد و در سه ماهه سوم ۰/۹ و ۰/۵ درصد بود. و حدود ۷۰ درصد پرونده ها حاوی این اطلاعات بودند.

از نظر محل انجام در زایمان ماقبل آخر ۸۲/۵ درصد زایمان ها در زایشگاه و بقیه در منزل و در حاملگی آخر ۸۹/۹ درصد زایمان ها در زایشگاه بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

باردار در اولین مراقبت پرونده تشکیل و برای ۶۹ درصد آن ها آموزش های تغذیه ای و ۳۸ درصد نیز آموزش در مورد ویار حاملگی داده شده بود.<sup>(۱۷)</sup> مطالعه سیدالشهدائی و همکاران در سنج آموزش بهداشت فردی در بخش دولتی بهتر از بخش خصوصی انجام شده بود.<sup>(۲۱)</sup>

برای کشف به موقع نشانه های خطر و ارجاع آن به مراکز بالاتر در مواردی چون سوء تغذیه مادر، تعداد زیاد جنین ها، فشار خون بالا، دیابت، آنمی، زایمان زودرس، عفونت ها و عوامل مستعد کننده بیماری های مزمن در مادر، بعضی از رفتارهای پرخطر شامل خشونت های خانوادگی، عدم رعایت بهداشت، اعتیاد و مشکلات روانی، لازم است که در این ملاقات ها دقت بیشتری صورت گیرد تا موضوع هر چه سریع تر روشن و حل و فصل گردد.<sup>(۱۲)</sup> در مطالعه حاضر مشاوره و ارجاع چندان مورد توجه قرار نگرفته بودند. انجام سونوگرافی در حاملگی اول ۱۳/۲ درصد و در حاملگی دوم ۳۱/۲ درصد بود که تفاوت از نظر آماری معنی دار می باشد. کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان استفاده، روتین از سونوگرافی را به دلیل هزینه بالای آن توصیه نکرده است. ولی در مصوبه وزارت بهداشت ایران انجام یک سونوگرافی در طی حاملگی توصیه شده است. در گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت نیز انجام سونوگرافی قبل از ۲۴ هفتهگی توصیه شده است.<sup>(۴)</sup>

تعیین تخمینی تاریخ زایمان در حاملگی اول ۷۴/۴ درصد موارد و در حاملگی دوم ۷۶/۹ درصد به طور صحیح انجام شده بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. ولی مقایسه اختلاف تخمین تاریخ زایمان با زایمان انجام گرفته در حاملگی اول ۱۱/۶۳ روز در حاملگی دوم ۱۲/۱۱ روز بود که تفاوت معنی

پیش وزن شده بودند.<sup>(۱۷)</sup> در مطالعه علیزاده و همکاران در تبریز ۳۲ درصد مادران در ماه اول، ۱۳ درصد در ماه دوم، ۳۲ درصد در ماه سوم، ۶/۵ درصد در ماه چهارم و ۱۶ درصد در ماه های بعدی مراقبت را دریافت کرده بودند در ضمن از میان کل زنان باردار ۸۷/۱ درصد آنان مراقبت می شدند.<sup>(۱۸)</sup> بنائیان و دریس در بررسی خود در شهرستان بروجن گزارش نمودند که فقط ۴۰ درصد زنان در سه ماهه اول مراجعه کرده بودند.<sup>(۱۹)</sup> طی مطالعه ای که در کانادا انجام گرفته، اولین مراقبت به طور متوسط در هفته نهم حاملگی بود. در این مطالعه چنین نتیجه گرفته شد که هر چه تعداد زایمان ها بیشتر می شود، تعداد مراقبت های دوران بارداری کاهش می یابد.<sup>(۲۰)</sup>

دفعات مراقبت در حاملگی اول ۸/۹ و در حاملگی دوم ۸/۷۹ بود که تفاوت آماری معنی دار نشان نمی دهد. ۹۹/۶ درصد موارد مراقبت در خانه های بهداشت صورت گرفته بود. تعداد مراقبت ها در مقایسه با موارد مورد انتظار طبق دستورالعمل های کشوری کمتر انجام شده است. فاصله حاملگی اول با زایمان قبلی ۱۱/۱۷ ماه و فاصله حاملگی دوم با زایمان قبلی ۴۴/۳۷ ماه یا حدود ۴ سال می باشد که فاصله گذاری مطلوب می باشد.<sup>(۱۱)</sup> این تفاوت در دو مقطع معنی دار می باشد ( $P = 0/001$ ).

در مراقبت های دوران بارداری لازم است مشخصات و شرح حال مختصر خانم باردار و سابقه قبلی بارداری و بیماری ها و اندازه گیری قد و وزن، BMI، فشارخون و آزمایشات اولیه و تجویز ویتامین و واکسن ها و آموزش های لازم مورد توجه قرار گیرند.<sup>(۱۲)</sup>

در بررسی زرین شهر اصفهان برای ۱۰۰ درصد زنان

غیرفوری نیز در ماه های مورد بررسی صادر نشده بود.<sup>(۲۲)</sup>

علل ارجاع در حاملگی اول در ۵۵ درصد موارد با پروتکل وزارتی منطبق و صحیح بود و در ۹۴ درصد موارد در حاملگی دوم ارجاع ها صحیح بودند که تفاوت در این دو مقطع معنی دار بوده است. و بهبود عملکرد پرسنل را در مراقبت اخیر نشان می دهد.

از پارامترهای مهم دیگر در مراقبت های دوران بارداری کنترل و ثبت فشارخون می باشد. براساس یافته های این مطالعه زنان باردار در حاملگی اول ۷/۵۶ و در حاملگی دوم ۸/۰۵ بار کنترل فشارخون داشتند که تفاوت از نظر آماری معنی دار بوده است. کنترل فشارخون در بارداری اهمیت ویژه ای دارد چون اختلالات آن یکی از اجزاء سه گانه مرگبار برای مادران را به همراه عفونت و خونریزی تشکیل می دهد. در اصفهان فشار خون تمام زنان باردار در هر مراجعه کنترل می شد. با این حال در این مطالعه در اندازه گیری و ثبت فشارخون نقص وجود داشته به طوری که موارد فشار خون بالای گزارش شده در حدود ۰/۵ در هزار می باشد که با یافته های سیدالشهدایی و همکاران در سنجش مطابقت دارد یعنی نقص در اندازه گیری و یا ثبت فشار خون قابل توجه می باشد. در این مطالعه کم خونی به صورت هموگلوبین کمتر از ۱۱ بسیار کم گزارش گردید. که مانند مورد فشارخون نیازمند بررسی و کنترل کیفی عملکرد آزمایشگاه ها و چگونگی ثبت مستندات می باشد. در بررسی محمدزاده و همکاران در مورد تکمیل فرم های بهداشتی توسط پرسنل بهداشتی تکمیل جداول مربوط به تنظیم خانواده در ۶۰ درصد موارد انجام شده بود و در ردیف آخر ثبت موارد قرار داشت.<sup>(۲۳)</sup> در حاملگی اول در ۱۰/۶ درصد موارد و در حاملگی دوم در ۴۰/۷

دار نمی باشد.

پرونده های بهداشتی مورد مطالعه نشان داد که بررسی وزن مادر در اولین مراقبت حاملگی آخر (حاملگی دوم) و قبل از آن (حاملگی اول) تفاوت وزن اولیه در دو حاملگی در هر دو شهر زنجان و تبریز وجود داشته است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). بررسی وزن گیری مادران در دوران بارداری مستلزم ثبت دقیق و انجام به موقع مراقبت های بارداری می باشد که متأسفانه به دلیل عدم ثبت یا مراجعه به نظر می رسد نتایج از نظر تفسیر افزایش وزن دوران بارداری قابل قبول نمی باشد زیرا متوسط افزایش وزن بارداری در شهرستان بروجن برابر ۱۱/۴ کیلوگرم (در این مطالعه ۷-۸) اعلام شده است که این تفاوت به دلیل مشخص بودن وزن زنان مورد مطالعه قبل از بارداری بوده است.<sup>(۱۹)</sup>

در این مطالعه جهت بررسی کیفیت مراقبت ها تعداد ارجاعات انجام یافته نیز مدنظر قرار گرفت. یافته ها نشان داد که در بارداری کودک اول ۱۰/۱ درصد مراقبت ها منجر به ارجاع به مراکز بالاتر شده بود و در حاملگی دوم این رقم ۱۰/۳۰ بوده است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). ارائه پس خوراند از طرف پزشک به مراکز بهداشتی در این مطالعه ضعیف بود و در ۸۰ درصد موارد فیدبک ارائه نگردیده بود. اهمیت دادن پس خوراند به مراکز بهداشتی در اجرای صحیح دستورات پزشک عملکرد صحیح پرسنل بهداشتی و کنترل بیماران تحت پوشش می باشد. در سنجش نیز فقط نیمی (۴۸ درصد) از بیماران به مراکز ذیصلاح ارجاع داده شده بودند و از این تعداد ۲۹/۴ درصد برگ ارجاع داشتند.<sup>(۲۱)</sup> در بررسی قاضی زاده ۲۱ درصد ارجاع های فوری پس خوراند نداشتند و در ۴۵/۲ درصد خانه های بهداشت هیچ گونه ارجاع



کوچکتری را به دنیا می آورد. زنانی که افزایش وزن آن ها کمتر از  $7/3$  کیلوگرم باشد شیوع تولد نوزادان کم وزن (زیر  $2500$  گرم) بسیار بالا خواهند داشت.<sup>(۱۳)</sup> در این بررسی میزان نوزادان کم وزن در هنگام تولد (Low Birth Weight) سه درصد بود که با مطالعه قاضی زاده در کردستان مطابقت دارد.<sup>(۲۲)</sup>

در مورد توقف افزایش وزن مادران مطالعه نشان می دهد که توقف افزایش وزن در حاملگی دوم به طور معنی داری کاهش یافته ( $P=0/001$ ) ولی کاهش وزن ایجاد شده در دوران بارداری در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته است ( $P=0/046$ ). کاهش وزن مادر نشان دهنده کمبود تغذیه، مشکلات گوارشی یا بیماری های زمینه ای است که دادن آگاهی برای پیشگیری از آن ها یکی از اهداف مراقبت های دوران بارداری در تمامی موارد حاملگی لازم است در سه ماهه اول آزمایشات هموگلوبین، هماتوکریت، تجزیه ادرار و کشت ادرار و گروه خونی و RH، آزمایش VDRL، HBSA انجام گیرد. آزمایشات Hct, Hb و FBS در هفته ۲۸ تکرار می شود.

میانگین Hb در حاملگی اول  $13/3$  درصد و در حاملگی دوم  $12/9$  درصد بود. کم خونی یکی از اختلالات مهم در طی حاملگی می باشد هموگلوبین کمتر از  $11$  گرم در دسی لیتر لازم است درمان شود. کم خونی فقر آهن مسئول  $95$  درصد از کم خونی های دوران حاملگی می باشد. طبق تعریف CDC غلظت هموگلوبین کمتر از  $11$  گرم در دسی لیتر در سه ماهه اول و سوم و کمتر از  $10/5$  در سه ماهه دوم حاملگی کم خونی محسوب می شود. در یافته های ما این رقم حدود سه درصد بوده اما در بررسی آملایی  $17/2$  درصد زنان، در بیمارستان های دانشگاهی تهران و  $14$  درصد زنان در قزوین مبتلا به آنمی فقر آهن

درصد موارد مراقبت بعد از زایمان ثبت شده بود. از دیگر موارد مهم در مراقبت بارداری تجویز قرص آهن، اسید فولیک و مولتی ویتامین است که عملکرد شبکه های بهداشتی در این خصوص به شرح زیر می باشد:

تجویز اسید فولیک در حاملگی دوم افزایش و مولتی ویتامین کاهش داشت. آهن بدون تفاوت معنی دار تجویز اسید فولیک در حاملگی دوم افزایش و مولتی ویتامین کاهش داشت. این در حالی است که تجویز آهن بدون تفاوت معنی دار باقی مانده است. به نظر می رسد اطلاع رسانی مناسب به پرسنل بهداشتی و مردم در دریافت مناسب تر مکمل ها مؤثر باشد. در مطالعه شریفی راد به  $92/3$  درصد زنان اسید فولیک داده شده بود و به  $15/8$  درصد آنان نیز کپسول های ویتامین توصیه شده بود. در کرمانشاه  $82/8$  درصد مادران نیز اظهار داشتند که آهن تکمیلی دریافت کرده اند.<sup>(۲۴)</sup>

از موارد دیگر در ارائه مراقبت های دوران بارداری انجام آزمایشات روتین است. از نظر انجام آزمایشات در حاملگی اول برای  $60$  درصد مادران و در حاملگی دوم برای  $72/9$  درصد آزمایشات روتین بارداری درخواست و ثبت شده است. در زرین شهر اصفهان  $92/3$  درصد و در کردستان  $88$  درصد زنان برای آزمایش معرفی شده بودند و در تبریز  $87$  درصد مادران در دوران بارداری آزمایش شده بودند.<sup>(۲۵)</sup>

در بحث اثربخشی خدمات نیز می توان گفت که حداقل وزن مطلوب برای شروع حاملگی  $50$  کیلوگرم و میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی  $16-11$  کیلوگرم می باشد.<sup>(۱۲)</sup> افزایش وزن مادر در طی بارداری بر وزن تولد نوزادان تأثیر می گذارد و زنان کم وزن نوزادان

بازنگری های اساسی در روند ارائه این مراقبت ها هستند. پیشنهاد می شود که واحدهای بهداشتی صرفاً به انجام سطحی مراقبت جهت تکمیل فرم های مربوطه اکتفا نکرده بلکه با مراقبت دقیق و برنامه ریزی مداخلات لازم به ویژه در بعد تغذیه با مشارکت کامل خانم باردار و حتی خانواده وی، گام های بلندتری را در جهت دستیابی به اهداف سلامت در این گروه آسیب پذیر بردارند. مشارکت هر چه بیشتر پزشکان و ماماها و انجام مشاوره های لازم در ارتقای سلامت مادران و کاهش عوامل خطر مرتبط در این زمینه بسیار تاثیرگذار خواهد بود.

### تقدیر و تشکر

از سرپرستان محترم گروه کارشناسان بهداشت خانواده استان های آذربایجان شرقی و زنجان و کلیه کارشناسان مراکز بهداشت شهرستان های تبریز و زنجان و بهورزان خانه های بهداشت تابعه و سایر عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

### فهرست منابع

- 1- World Health Organization. World health report: Shaping the future. 1st ed. Geneva, World Health Organization; 2003. P.3-5.
- 2- World Health Organization. World health report: Make every mother and child count. 1st ed. Geneva, World Health Organization; 2005. P.11.
- 3- Management and Planning Organization of Iran (MPO). The First Millennium Development Goals Report. 1st ed. Tehran. MPO & UN; 2004; P. 25-29. [Persian]

گزارش شدند. در قزوین ۴۳/۶ درصد مبتلا به کمبود آهن بودند.<sup>(۲۶)</sup> سازمان بهداشت جهانی ارقام ۴۲ درصد را برای کل زنان و ۵۲ درصد را برای زنان حامله در کشورهای جهان سوم برآورد می کند. این درصد برای زنان روستایی هندوستان ۵۴ و برای زنان شهری ۴۶ گزارش شده اند.<sup>(۲۷)</sup>

در مورد محل زایمان، ۸۲/۵ درصد حاملگی های اول در زایشگاه و بقیه در منزل و ۸ درصد آن ها توسط مامای دوره ندیده انجام شده بود. در حاملگی آخر ۸۹/۹ درصد زایمان ها در زایشگاه و بقیه در منزل انجام شده بود که از میان آن ها ۴/۴ درصد توسط مامای دوره ندیده صورت گرفته بود. این در حالی است که وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۳ انجام زایمان را در بیمارستان توصیه کرده است.<sup>(۱۳)</sup>

در مجموع عملکرد پرسنل بهداشتی در طی دو مقطع از مطالعه بهبود معنی داری را نشان می دهد که این بهبود مربوط به بعد از اجرای برنامه وزارت بهداشت در مورد مراقبت های بارداری در کشور بوده است. با این وجود آغاز زودتر مراقبت ها، توجه به مشاوره در طی بارداری، توجه دقیق و کار تیمی در ارجاع، دقت و همکاری و تسهیل در انجام آزمایشات، نیازمند

- 4- World Health Organization. What is the effectiveness of antenatal care? 2nd ed. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe December, 2005; P.3 Available from <http://www.euro.who.int/Document/E87997>.

- 5- Shadpoor K. Primary health care in Iran. 1st ed. Tehran, Ministry of health and medical Education, 2001; P.1. [Persian]

- 6- World Bank. Islamic Republic of Iran Health Sector Review: Main Report, 2007; (1): P.11. Available from: <http://www.worldBank.org>.

- 7- Malekafzali H. Comparing Iran Health Indicators. Payesh J, 1995; 25: 26-31. [Persian]

- 8- Tabriz Province Health Center. Health indicators. Available from: <http://www.tbzmed.ac.ir>
- 9- Iran Ministry of Health and medical Education. National Integrated Monitoring and Evaluation system (IMES), 2005; Table 6. Available from: <http://www.tbzmed.ac.ir>. [Persian]
- 10- Nutritional office of Iran Ministry of Health. Nutrition news letter 5, 2001; P.3-5. [Persian]
- 11- Aram Sh, Azhar H, Akhbarian E. National integrated Mother care program. 1st ed. Tehran. Iran Ministry of Health, 2002; P.12.[Persian]
- 12- David K, James MA, Philip J. Steer BS, Carl P, Bernard G. High Risk Pregnancy: Management Options. 3rd ed. 2005; P. 94-6.
- 13- Emamifashar N, Jalilvand P, Radianpour L."National system for Maternal Mortality. Population and family office of IRAN Mohme. 2002; P. 4-10. [Persian]
- 14- World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Making Pregnancy Safer in the Eastern Mediterranean Region, Report of an inter country consultation, Casablanca, Morocco, 2005; P. 14- 17.
- 15- Park J. Handbook of social Medicine translated by shirpak kh. 1st ed. Tehran, Eleia publication, 2003; 2: P. 278.[Persian]
- 16- Cunningham F, Gant F, Leveno J, Larry C, Hauth C, Wenstrom D, et al. Williams Obstetrics Prenatal care. 21st ed. MCG (Manual), 2001. P.221-51.
- 17- Sharifirad E, Hajsalehi A. Survey the situation of health service delivery for pregnant mothers in Zarinshahr Esfahan. Iranian health and well bing J, 2005; 1: 6-10.[Persian]
- 18- Alizadeh M, Nikniaz AR. Prenatal care in women of Northwestern Tabriz, 2003; supp 59: 95-99. [Persian]
- 19- Bennaieian Sh, Dress F. Survey to gain weight of pregnant mothers in Brojen district .J Shahrekord Med Univ, 2002; (3): 14-20.[Persian]
- 20- Hiebert S. The utilization of antenatal services in remote Manitoba first nation's communities. int J circumpolar Health, 2001; 60(1): 64-71.
- 21- Seyedoshohadaie F, Ganeji H, Teymori P. Quality of Mother Health services in public and private sector of Sannandaj city of Iran. J Kurdistan Medical Science University, 1998; 4: 27-33.[Persian]
- 22- Gazizadeh A, Quality of health service delivery in Kurdistan Providence health houses, 1997; 5(17): 1-6.[Persian]
- 23- Mohammadzadeh Z, Farahzadeh F, Zamani AR. "Are completing all of the health record forms in health post centers of Esfahan" Iran J Qazvin Med Univ, 1997; 12: 45-52. [Persian]
- 24- Amolae KH, Ehsani MA, Ahnady D. Prevalence of Iron deficiency anemia in pregnant women of Kermanshah. Bebood J Krmanshah Med Univ, 1997; 2: 36-43.[Persian ]
- 25- Mohammadzadeh H, Alizadeh M, Amini A, Sadr K, Barzgar M. Knowledge and practice of pregnant women about Health care services during pregnancy and postpartum period. J Tabriz Med Univ, 2003; 59: 110-114.[Persian]
- 26- Kabiri A, Sheikholeslami H. Prevalence of Iron deficiency anemia in pregnant women of Qazvin district. J Qazvin Med Sci Univ, 1998; 9: 62-67.[Persian]
- 27- WHO/UNICEF/UNU. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention and Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001; Available from: <http://www.who.int>.

## **Effectiveness of Health Services for Mothers in Iran Health System**

\*Fariba Bakhshian<sup>1</sup> MSc    Hossein Jabbari<sup>2</sup> PhD

### **Abstract**

**Background and Aim:** One of the most important objectives of millennium development goals of World Health Organization is promotion of mothers' health. Pregnancy is one of the most critical and important periods in woman's life. The main objective of this study was to survey the effectiveness of health services for mothers in Iran health system in dimensions of change in health status of women during pregnancy period, performance of health care personnel in delivering of services, documentation of activities and health networks in logistic and management sections.

**Material and Method:** This was a descriptive cross sectional study in which data related to 1500 mothers, who had documented evidence of prenatal care in health houses of Iran Health network during 2 pregnancies, were collected. Based on data gathered from their medical records, quality of prenatal care was compared between 2 pregnancies.

**Results:** Results show improvements in quantity of services, performance of health personnel and health network in supportive functions. But documents in medical records are not complete, especially in controlling blood presser and laboratory testes, for example, regarding anemia.

**Conclusion:** Monitoring and assessment of health services in health networks must be revised based on outcome in order to increase productivity. Health care services for mothers should be planned and conducted by members of health care team (doctors, midwives, Behvars and Mother).

**Key words:** Prenatal care \_ Health system \_ Maternal health services \_ Health system plans \_ Iran

Received: 13 Apr, 2008

Accepted: 19 May, 2009

---

<sup>1</sup> Master of Science in Midwifery, Vice-Chancellor Office of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran  
(\*Corresponding Author) Tel: 0411 3346147      E-mail: f\_bakhshian124@yahoo.com

<sup>2</sup> Assistant Professor in Health Administration, Department of Social Medicine and National Public Health Management Center (NPMC), Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran