

بررسی عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های بارداری و ارتباط آن با سرانجام حاملگی در زنان مراجعه کننده به تعدادی از بیمارستان‌های تبریز

دیانا هکاری^۱، رحمت محمدزاده^۲، عاطفه ولایتی^۳، ماندانا بلوریان^۴

^۱ مربی، آموزش پرستاری داخلی - جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز
^۲ استادیار، دکتری تخصصی برنامه ریزی شهری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز
^۳ مربی مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز
^۴ کارشناس پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت‌های قبل از بارداری در کاهش شیوع عوارض و مرگ و میر ناشی از حاملگی از طریق ارتقاء سلامتی، شناسایی علائم خطر و معرفی مراجع بهداشتی موثر می باشد. هدف مطالعه حاضر، تعیین عوامل بازدارنده مراقبت‌های بارداری و ارتباط این عوامل با سرانجام حاملگی بود. **روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بود. ۱۴۰ نفر از مادرانی که در بیمارستان‌های نقاط مختلف شهر تبریز زایمان کرده بودند، از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کتبی، پرونده مادر و کارت مشخصات نوزاد بود. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور کای، *T-test*، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون کولموگراف اسمیرنوف و آزمون کروسکال والیس استفاده گردید.

یافته‌ها: متوسط پایین بودن سن ازدواج (۲ درصد)، تحصیلات کم مادر (۷۳ درصد) و همسر (۵۴ درصد)، پایین بودن درآمد خانواده (۷۳ درصد)، اجاره نشینی (۴۸ درصد)، تعداد بارداری‌ها (۳۳ درصد) و فرزندان (۲۵ درصد)، ناخواسته بودن بارداری (۳۰ درصد) و بروز عوارض معمول در بارداری (۶۷ درصد)، عدم استفاده از مراقبت‌ها در بارداری‌های قبلی (۲۷ درصد)، مراجعه در زمان بروز مشکل (۲۶ درصد)، عدم وجود عامل مشوق (۵۲ درصد)، نامطلوب بودن وضعیت درمانگاه‌ها (۳۰ درصد) و مطب‌ها (۱۷ درصد)، زایمان پیش از موعد (۱۰ درصد)، نمره آپگار کمتر از هفت در دقیقه اول تولد (۱۲ درصد)، تاخیر رشد داخل رحمی (۳ درصد) و کم وزنی زمان تولد (۵ درصد) با دریافت مراقبت‌های بارداری ارتباط معنی داری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: مراقبت‌های بارداری سبب ارتقاء کیفیت مشاوره مددجویان و تشویق زنان در دستیابی به مراقبت‌های پره‌ناتال گردیده و بر برنامه‌های مادری ایمن مبتنی بر محتوای آموزشی و ارتباطی مراقبت‌های بارداری تاکید دارد.

واژگان کلیدی: مراقبت‌های بارداری، عوامل بازدارنده مراقبت‌های بارداری، سرانجام حاملگی.

مقدمه

شادمانی و یا زمانی برای ترس، رنج و یا حتی مرگ می باشد (۱). سالانه تقریباً ۶۰۰ هزار زن در جهان به دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند که بیش از ۹۹ درصد آنها مربوط به کشورهای در حال توسعه است (۲). بیش از ۶۰ میلیون زن که از مرگ نجات پیدا می کنند، از عوارض بارداری و زایمان، آسیب دیده و رنج می برند و از این تعداد حدود ۱۸ میلیون نفر دچار ناتوانی دراز مدت می گردند (۳). در کشور مالی

بارداری و به دنیا آمدن نوزادان از جمله وقایع بسیار مهم زندگی هر زن و بالطبع خانواده او است. این امر فرصتی برای امید و

معلولیت‌های مادری و نوزادی از طریق مداخلات کم هزینه، قابل پیشگیری هستند. سازمان بهداشت تخمین می‌زند که صرف هزینه‌ای معادل ۳ دلار برای هر نفر باعث پیشگیری اغلب مرگ‌های مادری، نیمی از مرگ و میر کودکان و معلولیت‌های دردناک و درازمدتی که میلیون‌ها زن کشورهای کم درآمد در حال توسعه از آنها رنج می‌برند، می‌شود (۱۵).

ناتوانی در پرداخت هزینه مراقبت‌های بارداری، فقدان اعتماد به این مراقبت‌ها، فقدان اعتماد به نفس، دیر متوجه شدن حاملگی، برداشت غلط فردی یا فرهنگی از اهمیت مراقبت‌های قبل از تولد و موانع مذهبی یا فرهنگی از دلایل شایعی است که چرا یک زن حامله ممکن است جهت دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال مراجعه نکند (۱۶). همچنین برخی از عوامل بازدارنده مراقبت‌های بارداری شامل تعداد ناکافی پرسنل، فاصله زیاد از تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی، فقدان وسیله حمل و نقل، عدم تمرکز تمام خدمات در یک محل و مشکلات مالی و نگرش فردی هستند (۱۷). طی دو دهه گذشته مدل‌های متعددی در مورد عوامل موثر بر استفاده از خدمات بهداشتی مطرح گردیده است که تمامی آنها بر عوامل مربوط به سیستم بهداشتی و عوامل مربوط به مددجو تاکید دارد:

۱. عوامل مربوط به سیستم: اغلب سه عامل مشخص بعد مسافت، هزینه و کیفیت مراقبت‌ها ذکر شده است. ۱-۱. بعد مسافت: حتی در کشورهای پیشرفته ممکن است دوری راه و عدم دسترسی به وسیله نقلیه برای رسیدن به تسهیلات بهداشتی یک عامل بازدارنده واقعی باشد. مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که بعد مسافت باعث کاهش مراجعان سرپایی می‌شود.

۱-۲. هزینه: هزینه خدمات ممکن است مستقیم (هزینه حمل و نقل، دارو و پرداخت بابت دریافت خدمات) و یا غیر مستقیم (هزینه بابت فردی که فرزندان را نگه دارد یا به امور منزل برسد) باشد (۱۸، ۱۹).

۱-۳. کیفیت مراقبت‌ها: زمانی که بیماران به بیش از یک مرکز دسترسی داشته باشند، قضاوت آنها بیشتر برپایه کیفیت مراقبت‌ها خواهد بود تا هزینه آنها (۲۰).

۲. عوامل مربوط به فرد: متغیرهای فردی اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی، تحصیلات، تعداد زایمان و تاهل از عوامل موثر بر استفاده از خدمات بهداشتی هستند (۲۱، ۲۰). مطالعات نشان داده که نسبت زیادی از زنان فقیر از مراقبت‌ها استفاده نمی‌کنند و یا مراقبت ناکافی دریافت می‌کنند. برخی از زنان به علت محدودیت‌های فرهنگی، قدرت تصمیم‌گیری برای سلامت خود ندارند. در برخی جوامع بارداری و زایمان به

نسبت مرگ و میر مادری ۱۲۰۰ مورد به ازاء ۱۰۰ هزار نفر گزارش گردیده (۴) و عوارض حین بارداری و زایمان مسئول مرگ یک سوم زنان ۴۹-۱۵ ساله این کشور ذکر شده است (۵). به ازاء هر مادر بارداری که در کشورهای توسعه یافته جان خود را از دست می‌دهد، ۱۰۰ مادر باردار در کشورهای در حال توسعه از میان می‌روند که نشانه ضرورت توجه به سلامت زنان در این کشورها می‌باشد. این تفاوت چشمگیر در مرگ و میر و شیوع عوارض مرگبار بین جوامع پیشرفته و در حال توسعه به میزان زیادی به دلیل مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری است (۶). مرگ زن به دلیل عوارض بارداری و زایمان برای او و خانواده‌اش یک ظلم اجتماعی محسوب می‌شود، به طوری که با مرگ بیش از نیم میلیون مادر حداقل یک میلیون کودک بی‌مادر می‌شوند (۷). به رغم پوشش ۷۷ درصدی مراقبت‌های قبل از زایمان و حضور ۹۰ درصدی کارکنان ماهر در هنگام زایمان، میزان متعادل شده مرگ و میر مادران، ۷۶ در صد هزار موالید زنده در سال ۲۰۰۰ در ایران اعلام شده است (۸). همچنین در مادرانی که تحت مراقبت‌های بارداری نبوده و یا مراقبت را دیر شروع کرده‌اند، زایمان پیش از موعد و پس از موعد، نمره آپگار کمتر از ۷، وزن کم زمان تولد، مرگ و میر جنین و نوزاد و خونریزی پس از زایمان بیشتر بوده است (۹).

در کشورهای پیشرفته ۹۷ درصد زنان حداقل یک بار این گونه مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. در حالی که این رقم در کشورهای در حال توسعه به ۶۵ درصد تقلیل می‌یابد (۱۰). زنانی که مراقبت‌های ناکافی در دوران بارداری دریافت می‌کنند، موقعیت‌های مشکل ساز و اختلال عملکرد را در خود و خانواده بیشتر تجربه می‌کنند (۱۱). کودکانی که از مادران فاقد مراقبت دوران بارداری متولد می‌شوند، نسبت به آنهایی که مادران آنها در دوران بارداری، تحت مراقبت‌های کافی قرار گرفته‌اند، سه برابر شانس وزن کم هنگام تولد داشته و پنج برابر بیشتر در معرض خطر مرگ قرار می‌گیرند (۱۲). در بررسی علل مرگ و میر شیرخواران در آرژانتین نیز بیشترین علت مرگ، کم وزنی هنگام تولد و بیشترین عامل خطر، فقدان ارائه مراقبت‌های کافی به مادران باردار بود (۱۳). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در فناوری پزشکی در ایالات متحده آمریکا، سالانه حدود ۳۰ هزار کودک می‌میرند که علت عمده این مرگ‌ها وزن کم هنگام تولد است که از مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری ناشی می‌شود (۱۳). تحقیقی در شهرستان بجنورد بر روی ۱۵۰ کودک زیر یک سال فوت شده نیز نشان داد که در ۲۷ درصد از موارد، مادران در دوران بارداری از مراقبت‌های ضعیف و در ۲۱ درصد از مراقبت متوسط برخوردار بودند (۱۴). اغلب مرگ‌ها، بیماری‌ها و

درصد در گروه سنی کمتر از ۱۸ سال ازدواج کرده بودند. متوسط درآمد ماهیانه اکثریت (۷۴ درصد) آنها ۱۹۹-۱۰۰ هزار تومان، بعد خانوار ۸۴ درصدشان سه تا پنج نفر و تعداد بارداری‌های اکثریت (۶۷ درصد) آنها ۲-۱ بار بود. آزمون کولموگراف اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای دموگرافیک با توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری دارد. آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین سن مادر، سن همسر، سن ازدواج، درآمد پایین‌تر، بعد خانوار، تعداد بارداری‌ها، تعداد فرزندان و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد.

جدول ۱- توزیع مادران بر حسب مراکز و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری در تعدادی از بیمارستان‌های تبریز در سال ۸۸-۱۳۸۷*

بیش از حد کافی	کافی	بینابینی	ناکافی	جمع	
۲(۲۲)	۱۲(۴۰)	۲۴(۴۱)	۱۵(۵۳)	۵۳	درمانگاه
۳(۳۴)	۹(۳۰)	۲۰(۳۴)	۳(۱۱)	۳۵	مطب پزشک
۱(۱۱)	۵(۱۷)	۸(۱۳)	۳(۱۳)	۱۷	مطب ماما
۱(۱۱)	۱(۳)	۳(۵)	۵(۱۸)	۱۰	بیمارستان
۲(۲۲)	۳(۱۰)	۴(۷)	۲(۷)	۱۲	مختلط
۹(۱۰۰)	۳۰(۱۰۰)	۵۹(۱۰۰)	۲۸(۱۰۰)	۱۲۶	جمع

* $p=0.002$

بیشتر (۳۳/۳ درصد) مادران بی‌سواد و یا دارای همسر با تحصیلات در سطح ابتدایی (۳۰/۹ درصد)، مراقبت‌های ناکافی دریافت نموده بودند. اکثریت مادرانی که همسران آنها کارمند بودند، با ۴۴/۵ درصد و ۴۳/۳ درصد مراقبت‌های بارداری بیش از حد کافی و کافی دریافت نموده بودند و بین وضعیت شغلی همسر و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0.001$). همچنین اکثریت (۶۲ درصد) کسانی که از دیدگاه آنها درآمد خانواده نامکفی بود، مراقبت‌های بارداری ناکافی دریافت نموده بودند. اکثریت (۵۲/۴ درصد) آنهایی که در منازل استیجاری سکونت داشتند، مراقبت‌های بارداری ناکافی دریافت نموده بودند. ۸۳/۴ درصد مادرانی که مراقبت‌های بیش از حد کافی داشتند، در بارداری‌های قبلی خود با عارضه مواجه شده بودند. بین متغیر وجود عارضه در بارداری‌های قبلی و وضعیت مراقبت‌های بارداری

عنوان یک فرآیند طبیعی شناخته می‌شود و بنابراین زنان ممکن است از خدمات بهداشتی به علت ترس از مداخله پرسنل استفاده نکنند. در پاکستان زنان بیماری قبل و بعد از زایمان را ناشی از سرنوشت خود می‌دانند تا اینکه از بی‌توجهی یا خطای انسانی (۲۳،۲۲). زنان مهاجری که در فرهنگشان تاکید بر دریافت مراقبت‌های بارداری نمی‌شود، ممکن است به دنبال دریافت مراقبت‌های معمول بارداری نباشند. بنابراین در این افراد نتایج حاملگی پایین‌تر بوده و میزان عوارض مادری، جنینی و نوزادی بالاتر است (۱۷،۲۴،۱۶). استکلنبرگ (۲۰۰۴) سن پایین مادر، وضعیت ازدواج و تعداد بارداری وی را متاثر از فرهنگ می‌داند (۲۵).

در راستای اهداف توسعه هزاره برای کاهش مرگ و میر مادران، ایران نیز تعهد کرده است که تا سال ۲۰۱۵، میزان مرگ و میر مادران را به ۲۰ در صد هزار موالید کاهش دهد (۲۶). خطرانی که زنان باردار را تهدید می‌کند، یادآور وظایفی است که بر عهده مراکز قانونی، بهداشتی و سیاسی است. در این میان کارکنان مامایی وظیفه سنگینی را در حفظ سلامت مادران بر عهده دارند (۲۷). به همین منظور، این بررسی با هدف تعیین عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های بارداری و تاثیر این عوامل بر سرانجام حاملگی در شهر تبریز انجام گردید.

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی، ۱۴۰ نفر از مادرانی که در بیمارستان‌های نقاط مختلف شهر تبریز زایمان کرده بودند، از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کتبی، پرونده مادر و کارت مشخصات نوزاد بود. برای تعیین روایی سئوالات، ابتدا با مطالعات کتابخانه‌ای و بازنگری منابع مربوط به موضوع پژوهش پرسش‌نامه‌ای تهیه و سپس از نظر محتوی مورد بررسی و تأیید ۱۰ نفر از اعضا هیئت علمی قرار گرفت. پایایی ابزار مطابق با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی نظیر توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی چون آزمون مجذور کای، آزمون کولموگراف اسمیرنوف و آزمون کروسکال والیس استفاده گردید. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS 13.0 انجام گردید.

یافته‌ها

اکثریت (۶۵ درصد) مادران در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال با میانگین سنی ۲۵/۸ سال و انحراف معیار ۵/۴ سال بودند. ۲

اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$). اکثریت (۸۱ درصد) کسانی که بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند، مراقبت‌های بارداری بینابینی دریافت نموده بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین متغیر استفاده از مراقبت‌های بارداری و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p=0/001$).

جدول ۲- توزیع فراوانی مهم‌ترین علت عدم مراجعه یا مراجعه نامرتب مادران به مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بارداری در تعدادی از بیمارستان‌های تبریز در سال ۱۳۸۷-۸۸

مهم‌ترین علت عدم مراجعه یا مراجعه نامرتب	تعداد
مسائل اجتماعی و خانوادگی*	۲۳(۵۶)
عدم آگاهی و نگرش صحیح نسبت به اهمیت مراقبت‌ها	۸(۲۰)
مسائل اقتصادی	۷(۱۷)
سلامت جسمانی [†]	۳(۷)
جمع	۴۱(۱۰۰)

* منظور از مسائل خانوادگی و اجتماعی عواملی مانند مشکلات خانوادگی، نداشتن وقت کافی، دوری مرکز تا منزل، بارداری ناخواسته، عدم اجازه شوهر و یا دیگر اعضای خانواده، عدم اعتماد به پزشکان یا ماماها، بوده است.
[†] منظور از سلامت جسمانی عدم وجود مشکل و سالم بودن یا وجود عوارض شایع در بارداری بوده است.

اکثریت (۵۳ درصد) مادرانی که مراقبت‌های ناکافی دریافت نموده بودند، به درمانگاه مراجعه نموده بودند و بین مراکز دریافت مراقبت‌ها و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/002$) (جدول ۱). بیشتر مادران برخوردار از مراقبت‌های بیش از حد کافی و کافی، به ترتیب با ۴۴ درصد و ۳۳ درصد فرد انجام دهنده مراقبت‌های بارداری را پزشک عنوان نموده بودند. در حالی که اکثریت (۵۷ درصد) افرادی که مراقبت‌های بینابینی و ناکافی دریافت نموده بودند، فرد انجام دهنده مراقبت‌های بارداری را ماما عنوان نمودند. بین متغیر فرد انجام دهنده مراقبت‌های بارداری و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/003$). اکثریت (۵۶ درصد) افراد مهم‌ترین علت عدم مراجعه یا مراجعه نامرتب خود را مسائل اجتماعی و خانوادگی عنوان نموده بودند (جدول ۲). اکثریت (۹۱/۶ درصد) مادرانی که مراقبت‌های بینابینی دریافت نموده بودند، طبق برنامه داده شده مراجعه نموده بودند. آزمون کای دو

نشان داد بین متغیر زمان دریافت مراقبت‌های بارداری و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$). همچنین اکثریت (۳۴ درصد) افراد انگیزه مراجعه در اولین نوبت مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی یا مطب را برای اطمینان از سلامت فرزند عنوان نموده بودند.

جدول ۳- توزیع وضعیت علل مربوط به فرد دریافت کننده خدمات در مادرانی که برای دریافت مراقبت‌های بارداری در تبریز در سال ۱۳۸۷-۸۸ مراجعه نکرده اند

علل فردی	تعداد (درصد)
داشتن وقت کافی برای مراجعه	
بلی	۶(۴۳)
خیر	۸(۵۷)
جمع	۱۴(۱۰۰)
داشتن فردی برای نگهداری از	
بلی	۳(۲۵)
خیر	۹(۷۵)
جمع	۱۲(۱۰۰)*
هزینه زیاد مراقبت‌ها	
بلی	۶(۴۳)
خیر	۸(۵۷)
جمع	۱۴(۱۰۰)
هزینه زیاد یا مشکل در رفت و آمد	
بلی	۷(۵۰)
خیر	۷(۵۰)
جمع	۱۴(۱۰۰)
داشتن بیمه درمانی	
بلی	۸(۵۷)
خیر	۶(۴۳)
جمع	۱۴(۱۰۰)
احساس سلامتی و عدم نیاز به مراقبت	
بلی	۱۱(۷۸)
خیر	۳(۲۲)
جمع	۱۴(۱۰۰)

* تعداد ۱۲ نفر از افرادی که از مراقبت‌ها استفاده نکردند از بارداری قبلی خود دارای فرزند بودند.

۷۹ درصد مادران، عامل مشوق مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی یا مطب را خانواده عنوان نموده، در حالی که اکثریت (۶۷ درصد) مادرانی که مراقبت‌های ناکافی دریافت نموده بودند، عامل مشوقی جهت دریافت مراقبت‌ها نداشتند. بین متغیر وجود عامل مشوق جهت دریافت مراقبت‌ها و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$). ۴۰ درصد تغییر فرد معاینه کننده در هر مراجعه، ۲۵ درصد فاصله زیاد تا منزل و ۲۹ درصد انتظار طولانی مدت

بیشتر بود، مراقبت‌های بینابینی دریافت نموده بودند. بین متغیر آپگار دقیقه اول تولد نوزاد و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). به علاوه، مادرانی که نمره آپگار دقیقه پنجم نوزاد آنها هفت یا بیشتر بود، به ترتیب با اکثریت (۱۰۰ درصد) و ۹۸ درصد مراقبت‌های بیش از حدکافی و بینابینی دریافت نموده بودند. بین متغیر آپگار دقیقه پنجم تولد نوزاد و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/001$). اکثریت مادرانی که تاخیر رشد داخل رحمی نداشتند، به ترتیب با ۱۰۰ درصد و ۹۸ درصد مراقبت‌های ناکافی و بینابینی دریافت نموده بودند. آزمون کای دو نشان داد بین متغیر تاخیر رشد داخل رحمی و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین بیشتر (۹۸ درصد) مادرانی که نوزادان آنها کم‌وزنی زمان تولد نداشتند، مراقبت‌های بینابینی دریافت نمودند و بین متغیر کم‌وزنی زمان تولد و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$).

بحث

اکثریت (۴۲ درصد) مادران مورد بررسی مراقبت‌های بینابینی و کمترین درصد (۶/۵) آنان مراقبت‌های بیش از حد کافی دریافت نموده بودند. تعداد ملاقات‌های انجام شده دوران بارداری شاخص مهمی در برآورد چگونگی مراقبت‌های بارداری دریافت شده توسط زنان در ویتنام عنوان شده است (۲۸). علاوه بر این، زنانی که عموماً رضایت‌مندی بیشتری از مراکز ارائه دهنده این مراقبت‌ها داشته‌اند، تماس و ملاقات‌های بیشتری را با کارکنان آنها گزارش نموده‌اند (۲۹). بررسی کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی-درمانی شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد نشان داد که ۵۵/۸ درصد از مراقبت‌های انجام شده مناسب و صحیح ارائه شده بود (۶) که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. سن همسر در مراقبت‌های بینابینی از همه کمتر و به ترتیب در مراقبت‌های بیش از حد کافی، کافی و ناکافی افزایش یافته بود که از نظر آماری معنی‌دار بود. در مطالعه انجام شده در تایوان نیز بین سن مادر و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری از نظر آماری رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۲۲). بارداری اکثریت (۷۳/۶ درصد) مادران در مطالعه ما برنامه‌ریزی شده بود. در بررسی مراقبت‌های دوران بارداری زنان کم درآمد در هیوستون امریکا نیز شروع

در درمانگاه را عنوان نمودند. نتایج آزمون اسپیرمن-رو بیانگر آن بود که بین متغیر وضعیت علل مربوط به سیستم ارائه دهنده خدمات و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/01$). همچنین بسیاری از مادران اعلام کردند که مراقبت‌ها هزینه زیادی داشته (۵۶/۳ درصد) و هزینه زیاد یا مشکل در رفت و آمد مراقبت‌ها (۴۷ درصد) داشته‌اند. اکثریت (۷۳/۴ درصد) ایشان بیمه درمانی داشتند. در مراجعین به مطب، بیشتر (۶۰ درصد) افرادی که از نظر عوامل فردی در سطح نامطلوبی قرار داشتند، از مراقبت‌های ناکافی برخوردار شدند. بین متغیر وضعیت علل فردی در مراجعین به مطب و وضعیت مراقبت‌های بارداری همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/01$).

وضعیت علل مربوط به فرد دریافت کننده خدمات در مادرانی که برای دریافت مراقبت‌های بارداری مراجعه نکرده بودند، بیانگر آن بود که اکثریت (۵۷ درصد) وقت کافی برای مراجعه نداشتند (جدول ۳). بررسی رابطه بین میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری نشان دهنده آن بود که اکثریت (۵۷ درصد) مادرانی که از آگاهی خوبی در رابطه با مراقبت‌های بارداری برخوردار بودند، مراقبت‌های کافی دریافت نموده بودند. آزمون Paired t-Test نشان داد بین متغیر وضعیت آگاهی مادر از مراقبت‌های بارداری و وضعیت مراقبت‌های بارداری همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/017$). ۶۲ درصد مادرانی که زایمان طبیعی داشتند، مراقبت‌های ناکافی دریافت نمودند. آزمون کای دو نشان داد بین نوع زایمان و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($p = 0/176$). ۹۳ درصد مادرانی که عارضه زایمان پیش از موعد نداشتند، مراقبت‌های بینابینی دریافت نموده بودند. آزمون کای دو نشان داد بین متغیر وجود عارضه زایمان پیش از موعد و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/001$).

وزن نوزادان بیشتر مادران (۴۹ درصد) ۳۰۰۰-۳۴۹۹ گرم، قد نوزادان اکثریت (۷۴ درصد) ۴۸-۵۲ سانتی‌متر، دور سر نوزادان اکثریت (۴۹ درصد) ۳۴-۳۵/۹ سانتی‌متر، دور سینه نوزادان اکثریت (۸۴ درصد) ۲۵-۳۴/۹ سانتی‌متر و دور بازوی نوزادان اکثریت (۴۳ درصد) ۸-۹/۹۹ سانتی‌متر بود. آزمون کروسکال والیس در سطح آلفای ۰/۰۵ موید آن بود که میانگین شاخص‌های آنتروپومتریک و وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری تفاوت معنی‌داری با همدیگر نداشتند. اکثریت (۹۳ درصد) مادرانی که نمره آپگار دقیقه اول نوزاد آنها هفت یا

بهداشتی یا پزشک/ماما نقش ضعیفی در تشویق زنان به دریافت مراقبتها داشته که این امر نیاز مبرم توجه مسئولین رسانه های گروهی به امر بهداشت زنان باردار و تولید برنامه-های با جذابیت بیشتر، همچنین آموزش پرسنل بهداشتی یا پزشک/ماما در زمینه برقراری صحیح ارتباط با زنان، توجه به نیازهای آنان و جلب اعتماد آنان را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد در آموزش دوران تحصیل رشته‌های گروه پزشکی نظیر مامایی و پرستاری جای دروسی از علوم انسانی شامل مشاوره، ارتباطات، آشنایی با فرهنگ‌ها و اقوام جامعه، جامعه‌شناسی خانواده و روانشناسی زن و خانواده خالی است.

در بررسی وضعیت عوامل سیستمیک، بیشترین تجربه منفی گزارش شده توسط زنان مراجعه کننده به مطب و درمانگاه، تغییر فرد معاینه کننده در هر مراجعه، فاصله زیاد مرکز تا منزل، انتظار طولانی مدت و مشکل در گرفتن نوبت ملاقات بود. همچنین در بررسی وضعیت عوامل فردی، بیشترین تجربه منفی گزارش شده توسط مراجعین درمانگاهها احساس سلامتی و عدم نیاز به مراجعه و در مراجعین مطبها هزینه زیاد مراقبتها بود. شرایط نامناسب دسترسی، بعد مسافت و تعداد فرزندان زن باردار می‌تواند اثرات منفی در دریافت مراقبت‌های بارداری داشته باشد (۳۶، ۳۷). آگاهی ضعیف از مراقبت‌های بارداری با مراقبت‌های ناکافی همراه بود. لادر میلک و کوگان نیز معتقدند برای دریافت زود هنگام و منظم مراقبت-های بارداری لازم است زن تشخیص بدهد که باردار است، بخواهد که از مراقبت‌ها استفاده کند و بر عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌ها غلبه کند (۱۵، ۱۷).

وجود عارضه زایمان پیش از موعد، نمره آپگار کمتر از هفت در دقیقه اول و پنجم تولد، وجود تاخیر رشد داخل رحمی و کم وزنی زمان تولد با افزایش کفایت مراقبت‌های دریافتی همراه بود. علت این امر احتمالاً وجود عوامل مستعد کننده این عوارض در زنان بوده که آنها را وادار به استفاده بیش از حد مراقبت‌های بارداری نموده است. اما شاید ضعف کیفیت خدمات ارائه شده نیز باعث بروز این عوارض شده است. بنابراین به منظور کامل‌تر شدن پوشش مراقبت‌های کافی بارداری باید آموزش بهداشت عمده‌تر در رابطه با دوران بارداری و اهمیت مراقبت‌های مربوط به جمعیت هدف در نظر گرفته شود. عمده‌ترین افراد مورد نظر در جمعیت هدف عبارتند از: مادران با تحصیلات پایین‌تر، مادران با تعداد بارداری و فرزندان زیاد، خانواده‌هایی که وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین دارند، بارداری در سنین بالا، مادرانی که از مراقبت‌های بارداری آگاهی کمی دارند، مادرانی که در سنین پایین ازدواج

مراقبت‌ها درسه ماهه اول با برنامه‌ریزی در بارداری ارتباط معنی‌داری داشت (۳۰).

افزایش میزان تحصیلات زن و همسرش با کاهش مراقبت‌های ناکافی همراه بود. در مطالعه میالینگ لین (۲۰۰۸) و براومن (۲۰۰۰) نیز بین پایین بودن سطح تحصیلات و عدم کفایت مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۱۶، ۳۱). این امر احتمالاً به علت ایجاد امکان مطالعه کتب مرتبط، پمفلت‌ها و پوستره‌های تبلیغاتی موجود در مراکز بهداشتی-درمانی، توجه بیشتر به برنامه‌های مربوط به رسانه‌های گروهی و کسب اطلاعات از افراد متخصص، در زمینه بارداری وزایمان بوده است. شغل همسر، متوسط درآمد ماهیانه، وضعیت مالکیت، محل سکونت و نظر مادر در مورد کفایت درآمد خانواده با وضعیت دریافت مراقبت‌های بارداری ارتباط معنی‌داری را نشان داد. به طوری که بهبود هر یک از آنها با افزایش کفایت مراقبت‌ها همراه بود. استانداردهای پایین خانوار، درآمد اندک و وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین (۳۲)، عدم آگاهی از انجام مراقبت‌های منظم به دلیل نبود علایم خطر، فقدان منابع مالی، مشکلات رفت و آمد (۳۳) از موانع اولیه استفاده از مراقبت‌های بارداری عنوان گشته‌اند.

نتایج نشان داد که عدم استفاده از مراقبت‌ها در حاملگی‌های قبلی با مراقبت‌های ناکافی حاملگی فعلی همراه است. این امر اغلب ناشی از نگرش منفی زنان نسبت به بارداری است. بارداری ممکن است یادآور حوادث دردناک و ناراحت کننده در حاملگی‌های قبلی باشد که زنان از تکرار آن می‌ترسند (۱۷، ۲۰). سابقه وجود عارضه در بارداری‌های قبلی با افزایش استفاده از مراقبت‌های بیش از حد کافی همراه بود. احتمالاً وجود عوارض در بارداری‌های قبلی، میزان مراقبت‌ها در بارداری بعدی را افزایش می‌دهد (۳۴). بیشترین تعداد فرزندان در افرادی مشاهده شد که مراقبت‌های ناکافی دریافت نموده و بین تعداد فرزندان در سطوح مختلف کفایت مراقبت‌های بارداری اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت. تعداد فرزندان، وضعیت ازدواج و حاملگی ناخواسته نیز از موانع دریافت مراقبت‌ها در ویتنام ذکر شده است (۳۵).

مهم‌ترین انگیزه مراجعه زنان در اولین و نوبت بعدی کسب اطمینان از سلامت فرزند بود. اکثریت زنانی که صرفاً در زمان بروز مشکل مراجعه نموده بودند، مراقبت‌های ناکافی داشتند، این امر حاکی از آن است که همواره باید اهمیت مراقبت‌ها طبق برنامه داده شده را به زنان یادآور شد. در این مطالعه، نداشتن عامل مشوق برای دریافت مراقبت‌ها نیز با مراقبت‌های ناکافی همراه بود. متأسفانه رسانه‌های گروهی و پرسنل

تشکر و قدردانی

پژوهش فوق طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد. لذا بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری رسانیده‌اند، اعلام می‌گردد.

می‌کنند، مادرانی که در خانواده‌های پرجمعیت زندگی می‌کنند، مادرانی که در بارداری‌های قبلی خود با عارضه مواجه شده‌اند، مادرانی که دربارداری‌های قبلی خود از مراقبت‌های مربوطه استفاده ننموده‌اند، زنانی که عامل مشوقی برای دریافت مراقبت‌ها ندارند.

REFERENCES

1. Greg A, Milton K. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Public Health Reports* 1998; 111: 408-18.
2. Bernard JB, Hakimi M, Pelletiers D. An analysis of anemia and pregnancy related maternal mortality. *J Nutr* 2001; 131: 604-15.
3. Maryland Department of Health and Mental Hygiene. Maryland Medicaid at a glance. Available from: [http://www.Dhmm.State.Md.Us/mma/pdf/Medicaid glance-fact-2004.pdf](http://www.Dhmm.State.Md.Us/mma/pdf/Medicaid%20glance-fact-2004.pdf). [Accessed at: February 18, 2005]
4. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, 2004, UNICEF, UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. Gage AJ. Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Soc Sci Med* 2007; 65: 1666-82.
6. Farokhi F, Khadivzadeh T. Quality of midwifery function in prenatal care in health-therapeutic centers, University of Mashhad. *Phayesh* 1999; 7: 203-10. [In Persian]
7. Pettersson K, Svensson M, Christenson K. The lived experiences of autonomous Angolan midwives working in midwifery and maternity units. *Midwifery* 2001; 17: 102-104.
8. UNICEF At a glance: Iran (Islamic Republic of). Available from: <http://www.unicef.org/infobycountry/iran-staistics.html>.
9. Lothfie M, ed. Effect of prenatal care receiving in pregnancy outcome, master degree thesis in midwifery. Tehran: Tarbiat Modares University; 1992. [In Persian]
10. Kogan JA, Martin GR, Kotelchuck AM, Ventura SJ, Fredric D. The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981–1995, using different prenatal care indices. *J Am Med Assoc* 1998; 279:1623–28.
11. Schneider S, Freerksen M, Pötschke-Langer A. Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Prenatal Quality Survey. *Public Health* 2008; 122: 1210-16.
12. Maternal and Child Health Bureau. Health start: begin before is born. Available from: <http://www.mchb.hrsa.gov/programs/women/infants/prenatal.htm>. [Accessed at: February 24, 2005]
13. Jewell N, Russell K. Increasing access to prenatal care: an evaluation of minority health coalition's early pregnancy projects. *Commun Health Nurs* 2000; 17: 93-105.
14. Nickpour B, Thaghanakie H. Effect of quality of maternal and child care in mortality of fewer than 1 year children, Bojnourd County. *Payesh* 2003; 2: 105-11. [In Persian]
15. Cameron S. Programming for safe motherhood: guidelines for maternal and neonatal survival. 1st edition, London: University of London, Institute of education, 1999.
16. Miao-Ling L, Hsia-Hung W. Prenatal examination behavior of Southeast Asian pregnant women in Taiwan: a questionnaire survey. *Int J Nurs Studies* 2008; 45: 697-705.
17. Lowdermilk DL, Sampson RJ. Maternity and women's health care. 7th ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Publications; 2000.
18. Gaffeny K. Prenatal risk factors among foreign-born Central American women: a comparative study. *Public Health Nurs* 2000; 17: 412–15.
19. Miguel GO, Montserrat B.C, Aurora S, Ramon GV. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Prev Med* 1997; 26: 834–38.
20. Mikhail B. Prenatal care utilization among low-income African-American women. *J Commun Health Nurs* 2000; 17: 235–46.
21. Mayer JP. Unintended childbearing, maternal beliefs and delay of prenatal care. *Birth* 1997; 24: 247–52.

22. Liu H, Chung H, Hsu MT. Adaptation of foreign brides in Taiwan: implications for nursing. *J Nurs* 2001; 48: 85–89.
23. Edwards N. Factors influencing prenatal class attendance among immigrants in Ottawa–Carleton. *Canadian J Public Health* 1994; 85: 254.
24. Yang YM, Wang HH. Life and health concerns of Indonesian women in transnational marriages in Taiwan. *J Nurs Res* 2003; 11: 167–76.
25. Stekelenburg S, Kyanamina M, Mukelabai I, Wolffers J, van Roosmalen J. Waiting too long: Low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. *Trop Med Int Health* 2004; 9: 390–98.
26. Simber M, Gaffari F, Alavimajd H. Quality of prenatal care in hospitalized women in partum ward in Kurdistan Medical University hospitals, Payesh 2009; 8: 191-201. [In Persian]
27. Mien D, ed. Design and Evaluation of maternal mortality prevention programs. Farzadfar F, translator. 1st edition. Tehran: Tacknavaz; 2001. [In Persian].
28. Sepehri A, Sisira S, Simpson W, Moshiri S. How important are individual, household and commune characteristics in explaining utilization of maternal health services in Vietnam? *Int J Nurs Studies* 2008; 45: 697-705.
29. Trinh LTT, Dibley MJ, Byles J. Determinants of antenatal care utilization in three rural areas of Vietnam. *Public Health Nurs* 2007; 24: 300–10.
30. Byrd TL, Mullen PD, Selwyn BJ, Lorimor R. Initiation of prenatal care by low-income Hispanic women in Houston. *Public Health Reports* 1996; 11: 536–40.
31. Braveman P, MarchiK S, Pearl EM, Neuhaus J. Barriers to timely prenatal care among women with insurance: the importance of pregnancy factors. *Obstetr Gynecol* 2000; 95: 874–80.
32. Montgomery MR, Hewett PC. Urban poverty and health in developing countries: Household and neighborhood effects. *Demography* 2005; 42: 397–425.
33. Krasovec K. Auxilliary technologies related to transport and communication for obstetric emergencies. *Int J Gynaecol Obstetr* 2004; 1: S14–S23.
34. Trinh LTT, Dibley MJ, Byles J. Determinants of antenatal care utilization in three rural areas of Vietnam. *Public Health Nurs* 2007; 24: 300–10.
35. Sepehri A, Sarma S, Simpson W. Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam Living Standards Survey panel. *Health Economics* 2005; 15: 603–16.
36. Gage AJ, Calixte MG. Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Population Studies* 2006; 60: 271–88.
37. Stephenson R, Baschieri A, Clements S, Hannink M, Madise N. Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa. *Am J Public Health* 2006; 96: 84–93.