

## بررسی عوامل مؤثر بر نحوه مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی شهر رشت از دیدگاه آنان

فتانه بخشی<sup>۱</sup>، نسرین مختاری<sup>۲</sup>، شیرین جفروودی<sup>۳</sup>، محمد عباسی<sup>۴</sup>، زهرا عطرکار روشن<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** ارایه مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری به عنوان یک شاخص بهداشتی در نظر گرفته می‌شود. شناخت عواملی که مانع از دریافت صحیح و به موقع این مراقبت‌ها می‌گردند، در هر منطقه ضروری است. این تحقیق با هدف تعیین کفایت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه مادران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفت.

**روش:** در این مطالعه توصیفی مقطعی ۳۵۴ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر رشت به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ای ۳ بخشی، با آزمون آماری کای‌دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد ۵۳/۴٪ زنان مراقبت‌های دوران بارداری را به صورت ناکافی دریافت کرده بودند. بین کفایت دریافت مراقبت و وضعیت اشتغال ( $p=0/026$ ) میزان تحصیلات همسران آنان ( $p=0/042$ ) و میزان درآمد ( $p=0/005$ ) رابطه معنادار آماری مشاهده شد. بیشترین عامل مؤثر بر دریافت مراقبت‌ها از دیدگاه مادران عامل اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات (۸۵/۳٪) بیان گردید. همچنین مشخص شد بین تعدادی از عوامل مؤثر و برخی مشخصات دموگرافیک نیز ارتباط معنادار آماری وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** با وجود ارایه مراقبت‌های بارداری در مراکز بهداشت حدود نیمی از زنان به طور کامل از این مراقبت‌ها استفاده نمی‌کنند. توجه ارایه‌دهندگان مراقبت به ویژگی‌های فردی خانوادگی زنان باردار و نیازهای آنان در جهت بهبود میزان دریافت مراقبت‌ها مهم است.

**کلید واژه‌ها:** پرستاری بهداشت جامعه، زنان باردار، مراکز بهداشت مادر و کودک، مراقبت دوران بارداری، خدمات بهداشتی، نگرش

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۰

۱ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن دانشگاه علوم پزشکی گیلان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: fatanehbakhshi@hotmail.com

۲ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

۳ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

۴ - پزشک عمومی، رئیس گروه تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۵ - کارشناس ارشد آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

## مقدمه

ارایه مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری یکی از مباحث اصلی بهداشتی در هر جامعه بوده و به عنوان یک شاخص بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۱). این مراقبت‌ها یک ابزار مهم برای تعیین و کاهش خطرات محصول زایمان، نظیر تولد نوزادان کم وزن و مرده و یا مرگ در طول سال اول زندگی آن‌ها می‌باشند (۲). هدف اصلی از مراقبت‌های این دوران، تولد نوزادی سالم، بدون به خطر انداختن سلامت مادر می‌باشد (۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۵ در دنیا، ۵۳۶ هزار زن باردار به علت عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست داده‌اند؛ از این تعداد ۲۴۱ هزار نفر از آسیا و ۱۹۰۰ نفر از ایران بوده‌اند بنابراین میزان مرگ و میر مادران ۱۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در ایران بوده است و این در حالی است که این میزان در ترکیه ۴۴ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده و در آمریکا ۱۱ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده می‌باشد (۴). وجود اختلاف در میزان آمار مرگ و میر مادران در نتیجه اختلاف سطح ارایه خدمات بهداشتی می‌باشد (۵). از آنجا که حاملگی، نیازهای بهداشتی، مشکلات جسمانی و روانی مادران را افزایش می‌دهد، مراقبت‌های دوران بارداری بهترین ضامن برای حفظ تندرستی مادر و به دنیا آوردن نوزاد سالم است؛ در واقع امروزه پذیرفته شده است که ارایه مراقبت‌های پره ناتال ( Prenatal Care)، مقرون به صرفه‌تر از هر گونه مداخله‌ای برای کاهش مرگ و میر و عوارض مادری و هم چنین مرگ و میر و عوارض قبل و بعد از تولد می‌باشد (۶).

در قرن بیست و یکم و با وجود پیشرفت‌های اقتصادی و تکنولوژیکی فراوان، هنوز در کشورهای در حال توسعه ۴۴ میلیون زن به مراقبت‌های دوران بارداری دسترسی ندارند و سالیانه حدود ۲۰۰۰۰۰ زن در آسیا به علت عوارض مربوط به بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند. کمبود مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان، به طور گسترده موجب مرگ سالانه نزدیک به ۵ میلیون نوزاد پیش از تولد یا در طول زایمان یا در نخستین هفته زندگی و حدود ۶۰۰/۱۰۰۰ نوزاد در حین تولد می‌شود (۷). بهره‌برداری ناکافی از مراقبت‌های دوران بارداری با تولد نوزادان کم وزن که یکی از عوارض اصلی

تعیین‌کننده مرگ و میر و ناتوانی در دوران نوزادی و کودکی است و اثرات درازمدتی را بر شاخص‌های سلامتی دوران بلوغ نیز دارد ارتباط معناداری دارد (۸). عوارض حاصل از وزن کم بدو تولد هزینه‌های سنگینی را در بخش سلامت ایجاد نموده و در کل بار قابل توجهی را، به جامعه تحمیل می‌نماید (۹). Matson (۲۰۰۴) در این رابطه می‌نویسد: مراجعات به موقع و منظم مادر برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری اولین قدم در جهت کاهش تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم (کم وزن) می‌باشد (۱۰). بر اساس مطالعات و آمارهای سازمان بهداشت جهانی، میزان شیوع نوزادان کم وزن در کل جهان ۱۵٪ است که می‌تواند در کشورهای مختلف از حداقل ۳/۳٪ تا حداکثر ۲۸٪ متفاوت باشد. طبق مطالعات انجام شده در ایران، این میزان بین ۱۱ تا ۱۳٪ گزارش شده است که حاکی از عدم توجه کافی سیستم سلامت در جهت اتخاذ راه‌کارهایی برای برطرف نمودن علت‌های زمینه‌ای اصلی از جمله مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان زودرس و ... می‌باشد (۹). بر همین اساس، سازمان بهداشت جهانی در اهداف سال ۲۰۱۵ خود، کاهش مرگ و میر مادران به ۳/۴ مقدار خود از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ و تقلیل میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ۲/۳ میزان خود از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ را به عنوان اهداف پنجم و ششم خود پیش‌بینی نموده است (۱۱). شواهد نشان می‌دهد که مهم‌ترین مانع جهت ارتقای بهداشت مادران، عدم دسترسی به خدمات بهداشتی جامع و مطلوب است (۱۲) و این در حالی است که شروع زود هنگام خدمات مراقبت دوران بارداری یعنی در سه ماهه اول بارداری و تداوم آن در طول حاملگی منجر به بهبود نتایج بارداری و زایمان خواهد شد (۱۳) مطالعات نیز نشان می‌دهند در زنان بارداری که مراقبت‌های دوران بارداری را زود شروع کرده و تعداد کافی از مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند احتمال به دنیا آمدن نوزادان با وزن مطلوب بیشتر بوده و مرده‌زایی در آن‌ها خیلی کمتر است (۱۴). اداره سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز از سال ۱۳۸۵ دریافت اولین مراقبت دوران بارداری را در هفته‌های ۶ تا ۱۰ بارداری اجباری دانسته است (۶).

در حالی که این مراقبت‌ها به اشکال مختلف از طرف مراکز بهداشتی و درمانی ارایه می‌گردد به نظر می‌رسد

به دلیل رایگان بودن خدمات و تداخل ساعت کاری مادران با ساعت کاری مراکز بهداشتی ذکر می‌نماید (۱۸). شناسایی این موانع به عنوان چالش‌هایی در سیستم ارایه مراقبت در هر منطقه ضروری بوده و یکی از وظایف پرستار بهداشت جامعه نیز تحقیق در زمینه مسایل بهداشتی و پیشگیری می‌باشد (۱۹).

بر همین اساس بررسی میزان دسترسی و بهره‌برداری زنان باردار هر منطقه به مراقبت‌های دوران بارداری، شناسایی مشخصات فردی و اجتماعی زنان و مشخص نمودن عوامل مختلف تأثیرگذار بر این بهره‌برداری از اولویت‌های پژوهشی در اغلب کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه می‌باشد، در ایران نیز در راستای اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران با هدف استانداردسازی خدمات مراقبتی مادران در سطوح خارج بیمارستانی، بررسی چگونگی دریافت مراقبت‌ها توسط مادران و دیدگاه‌های آنان در زمینه دریافت یا عدم دریافت صحیح و کافی مراقبت‌ها، زمینه ساز ارتقای کیفی آن و سیاست‌های برنامه‌ریزی‌های بهداشتی خواهد بود (۶). بنابراین تحقیقی با هدف تعیین چگونگی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه دریافت‌کنندگان مراقبت انجام شد.

### روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در آن تعداد ۳۵۴ نفر از مادرانی که برای واکسیناسیون یا انجام مراقبت‌های بهداشتی کودک زیر یک سالشان به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت مراجعه کرده و دارای پرونده بهداشتی خانوار در مرکز مربوطه بودند، به عنوان نمونه‌های پژوهش و به روش چند مرحله‌ای انتخاب شدند، بدین ترتیب که ابتدا به کمک کارشناسان مسؤول مرکز بهداشت شهرستان، تقسیم‌بندی منطقه‌ای مراکز بهداشتی ارایه و سپس از درون هر یک از مناطق چهار گانه، ۴ مرکز بهداشت به روش تصادفی انتخاب شدند.

از آن جا که هدف پژوهشگران، بررسی عوامل مربوط به مراقبت‌های دریافت شده در دوران بارداری بود، لذا نمونه‌ها از بین زنان زایمان کرده‌ای که در طی یک سال گذشته از این مراقبت‌ها در مراکز مورد نظر بهره برده

عواملی مانع از دریافت صحیح و به موقع مراقبت‌های حین بارداری می‌شود که لازم است با تحقیق و پژوهش، به شناسایی موانع و ارایه راه‌حل‌هایی جهت رفع آن‌ها اقدام گردد تا ضمن کاهش دادن میزان‌های مرگ و میر مادران و نوزادان و پیشگیری از تولد نوزادان نارس و کم وزن به کاهش نیاز برای بستری شدن کودکان در سال‌های آتی زندگیشان نیز کمک کنیم (۱). بنابراین به منظور پیشگیری از ایجاد هزینه‌های سنگین درمانی در سیستم خدمات بهداشتی هر کشور، لازم است به جنبه‌های مختلف مراقبت‌های پیشگیری به خصوص در زمینه بهداشت مادر و کودک توجه خاص مبذول گردد و عوامل مؤثر در بروز عوارض ناخواسته دوران بارداری و زایمان شناسایی و برطرف گردد (۱۵). این عوامل مؤثر غالباً از دو جنبه دریافت‌کننده و ارایه‌کننده خدمات، مورد مطالعه قرار می‌گیرند که در این رابطه، عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، در زمینه دریافت‌کننده خدمات یا همان عوامل مادری و عوامل مربوط به ساختار و فرد ارایه‌دهنده مراقبت در حیطه عوامل مربوط به ارایه‌کننده خدمات، مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند (۱۱). شناخت و تجزیه و تحلیل این عوامل جهت شناسایی گروه‌های در معرض خطر و مناطق نیازمند مداخله، برای کاهش مشکلات شمرده شده در هر منطقه ضروری است (۲) و با درک موانع موجود جهت کفایت استفاده از خدمات دوران بارداری می‌توان با مداخلات یا تغییراتی در سیاست بهداشتی جامعه، استفاده از مراقبت‌های این دوران را افزایش داده و از فواید بی‌شمار کاربردی آن بهره جست (۱۶).

Erci (۲۰۰۳)، عقاید شخصی زنان باردار، سطح دانش و نگرش نسبت به بارداری، روابط زناشویی، تعداد فرزندان، نداشتن بیمه، محدودیت ارایه مراقبت‌ها توسط سیستم‌های بهداشتی منطقه، استراحت مطلق بودن زنان باردار و فقدان همکاری مؤثر بین سیستم‌های خدمات بهداشتی و مراکز بهزیستی و حمایتی برای اقشار کم درآمد را از عوامل عمده عدم دریافت مراقبت‌های کافی دوران بارداری ذکر کرده است (۱۷)؛ آقامیری (۱۳۸۶) نیز برخی از این موانع را تمایل مادران به مراقبت توسط پزشک متخصص، اطلاع‌رسانی ناکافی مراکز بهداشتی درمانی در زمینه خدمات ارایه شده در آن مرکز، آگاهی ناکافی کارکنان بهداشتی، عدم رضایت مادران از نوع برخورد پرسنل بهداشتی، بی‌اعتمادی به صحت خدمات، اعتقاد به دقت کم

گروه کافی و شروع مراقبت‌ها بعد از ماه چهارم و تعداد مراجعات کمتر از ۷۹٪ مراجعات لازم در گروه ناکافی قرار داده شدند.

$$\frac{\text{تعداد مراجعه نمونه در طول دوران بارداری به مرکز بهداشت}}{100 \times \text{تعداد مراجعه توصیه شده توسط کالج زنان و مامایی آمریکا (۱۰)}} \times 100$$

در بخش «ج» پرسشنامه نیز به منظور بررسی عوامل مؤثر بر چگونگی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از گزینه‌های «زیاد»، «متوسط»، «کم» و «اصلاً» استفاده شد و در تجزیه و تحلیل داده‌ها به منظور صحت و سهولت در گزارش‌دهی، گزینه‌های «زیاد» و «متوسط» تحت عنوان زیاد و گزینه‌های «کم» و «اصلاً» تحت عنوان کم آورده شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده پس از کدگذاری و ورود به کامپیوتر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.14 و با روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تنظیم جداول توافقی و بررسی ارتباط و معناداری عوامل فردی و عوامل مؤثر از دیدگاه مادران با چگونگی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از آزمون آماری کای دو استفاده گردید و شرط معناداری ۰/۰۵ قرار داده شد.

## یافته‌ها

اکثریت (۸۳/۹٪) نمونه‌ها در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۵ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها ۲۶/۹۴ با انحراف معیار ۵/۱۴ بوده است. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۳/۳٪) تحصیلات زیر دیپلم داشتند همچنین اکثریت (۹۴/۱٪) آن‌ها، خانه‌دار بودند. اکثریت (۵۳/۴٪) نمونه‌ها در دوران بارداری بیمه بوده و میزان درآمد اکثریت (۶۰/۲٪) واحدها بین ۱۵۰ تا ۳۰۰ هزار تومان با میانگین ۲۵۱/۹۲۱ و انحراف معیار ۱۲۵/۱۶۲ بوده است. اکثریت (۵۹/۹٪) واحدهای مورد پژوهش دارای یک فرزند بودند. تعداد اعضای خانواده اکثریت (۹۰/۷٪) واحدها کمتر یا برابر ۴ نفر بوده است. همچنین فاصله آخرین بارداری اکثریت (۵۵/۹٪) واحدها با زایمان قبلی بیشتر از ۵ سال بود. اکثریت (۶۳/۸٪) واحدهای مورد پژوهش به روش سزارین زایمان کرده بودند. وزن زمان تولد نوزادان اکثریت (۹۶٪) واحدها بیشتر از ۲۵۰۰

و در حال حاضر نیز باردار نبودند، انتخاب شدند؛ همچنین به منظور یکسان بودن معیار تعداد مراقبت‌های استاندارد، فقط مادرانی که تک قلو زا بوده و سن حاملگی ۳۷ هفته یا بیشتر در آخرین زایمانشان داشتند، وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش و ۳۹ سؤال بود. بخش اول شامل ۲۲ سؤال در مورد اطلاعات فردی - خانوادگی و بخش دوم حاوی ۲ سؤال در زمینه چگونگی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و بخش سوم نیز مشتمل بر ۱۵ سؤال یا عبارت در مورد عوامل مؤثر بر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه، از اعتبار محتوی و جهت تعیین پایایی سؤالات، با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ، همبستگی بین پرسش‌ها محاسبه گردید که ضریب محاسبه شده برای ابزار مورد نظر ۰/۷۹ به دست آمد.

اطلاعات مربوط به بخش‌های اول و سوم پرسشنامه توسط واحدهای مورد پژوهش و اطلاعات مربوط به بخش دوم که شامل ۲ سؤال در مورد زمان شروع و تعداد مراقبت‌های دریافت شده واحدها از مراکز بهداشتی درمانی بود از روی فرم مراقبت از مادران باردار موجود در پرونده بهداشتی نمونه‌ها و توسط پژوهشگر تکمیل گردید. جهت تعیین کفایت یا چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری از ابزار استاندارد Kotel Chuck استفاده گردید، بدین ترتیب که با استفاده از داده‌های مربوط به بخش دوم پرسشنامه طبق ابزار استاندارد کتل چاک، ابتدا تعداد دفعات دریافت مراقبت بر عدد ۱۰ (به عنوان تعداد دفعات دریافت مراقبت استاندارد) تقسیم و سپس در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شد و بدین ترتیب درصد دریافت مراقبت به دست می‌آمد، سپس بر اساس همین ابزار، درصد کمتر از ۵۰ و شروع در سه ماهه دوم بارداری در دسته ناکافی؛ درصد بین ۵۰-۷۹ و شروع در سه ماهه اول بارداری در دسته متوسط؛ درصد بین ۸۰-۱۰۹ و شروع در سه ماهه اول بارداری در دسته کافی و درصد بالاتر از ۱۱۰ و شروع در سه ماهه اول بارداری در دسته بیش از حد کفایت قرار داده شد. نهایتاً به دلیل نبودن شرایط انجام آزمون آماری و گزارش‌دهی، موارد مربوط به دسته‌های بیش از حد کفایت و کافی در گروه کافی و موارد مربوط به دسته‌های متوسط و ناکافی در گروه ناکافی قرار داده شدند. بدین ترتیب که شروع مراقبت تا ماه چهارم و تعداد مراجعات بیش از ۸۰٪ مراجعات لازم در

در زمینه ارتباط بین میزان درآمد و چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری نیز ملاحظه شد که در بین زنانی که مراقبت کافی دریافت کرده بودند، میزان درآمد ماهیانه خانوار اکثریت آن‌ها (۶۰/۵٪) کمتر از ۱۵۰ هزار تومان بوده است. آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنادار آماری (p=۰/۰۰۵) را نشان داد. توضیح: از آنجا که کفایت مراقبت به متغیر رتبه‌ای تبدیل شده بود از آزمون کای دو استفاده گردید.

در مورد «تعیین عوامل مؤثر بر کفایت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی، از دیدگاه مادران» ملاحظه گردید که بیشترین عوامل تأثیرگذار بر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه مادران به ترتیب شامل اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات دوران بارداری (۸۵/۳٪)؛ رعایت حریم خصوصی هنگام ارایه مراقبت (۸۱/۹٪) و نحوه برخورد فرد مراقبت‌دهنده در مرکز (۷۵/۷٪) بوده است (جدول شماره ۴).

با توجه به هدف پژوهش «تعیین عوامل مؤثر بر نحوه مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی شهر رشت از دیدگاه آنان» یافته‌ها با استفاده از آزمون کای اسکور نشان داد که تأثیر عامل مدت زمان انتظار جهت دریافت مراقبت با میزان دریافت آن مرتبط است (p=۰/۰۰۶). علاوه بر این، تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کای اسکور نشان داد بین خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از دیدگاه مادر و همچنین از دیدگاه همسر با میزان دریافت مراقبت نیز ارتباط معنادار آماری وجود دارد (p=۰/۰۱۵) (جدول شماره ۵).

گرم بوده است. در مورد مشخصات همسران واحدهای مورد پژوهش هم مشخص شد که اکثریت (۷۸/۵٪) آن‌ها در سنین بین ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات اکثریت (۵۴/۸٪) آن‌ها نیز پایین‌تر از دیپلم و اکثریت (۶۲/۷٪) آن‌ها دارای شغل آزاد بودند.

در زمینه چگونگی دریافت مراقبت‌ها نیز همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌گردد، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۳/۳٪) اولین مراقبت دوران بارداری خود را در سه ماهه اول بارداری دریافت کرده‌اند و اکثریت واحدها (۳۷/۶٪) بین ۷ تا ۹ بار مراقبت با میانگین ۷/۲۶ و انحراف معیار ۲/۹ داشتند. بر حسب معیار اندازه‌گیری کتل چاک، اکثریت (۵۳/۴٪) واحدها مراقبت متوسط و ناکافی دریافت داشتند (جدول شماره ۲ و ۳).

جهت «تعیین کفایت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی درمانی بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک» ملاحظه گردید که در بین زنانی که مراقبت کافی دریافت کرده بودند، اکثریت آن‌ها (۴۷/۷٪) خانه‌دار بودند، آزمون کای دو نیز ارتباط معنادار آماری (p=۰/۰۲۶) را بین وضعیت اشتغال مادر و کفایت دریافت مراقبت‌ها نشان داد. همچنین مشخص شد در بین زنانی که مراقبت کافی دریافت کرده‌اند، همسران اکثریت آن‌ها (۵۵/۶٪) بی‌سواد بودند، آزمون کای دو نیز ارتباط معنادار آماری (p=۰/۰۴۲) بین سن همسر و کفایت دریافت مراقبت‌ها نشان داد.

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب زمان دریافت اولین مراقبت

درصد	تعداد	فراوانی
۶۳/۳	۲۲۴	زمان دریافت اولین مراقبت
		سه ماهه اول
۳۰/۸	۱۰۹	سه ماهه دوم
۵/۹	۲۱	سه ماهه سوم
۱۰۰	۳۵۴	جمع

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری (بر اساس ابزار کتل چاک)

درصد	تعداد	فراوانی
۱۳/۸	۴۹	چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری
		بیشتر از حد کفایت (بیش از ۱۱۰٪)
۳۲/۸	۱۱۶	کافی (۸۰-۱۰۹٪)
۲۶	۹۲	متوسط (۵۰-۷۹٪)
۲۷/۷	۹۷	ناکافی (۰-۴۹٪)
۱۰۰	۳۵۴	جمع
	۷۲/۶۵±۳۹/۰۱	میانگین و انحراف معیار

**جدول ۳-** توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری

درصد	تعداد	فراوانی
۴۶/۶	۱۶۵	چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری
		کافی (بیش از ۸۰٪)
۵۳/۴	۱۸۹	ناکافی (۰ تا ۷۹٪)
۱۰۰	۳۵۴	جمع

**جدول ۴-** توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب عوامل مؤثر بر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه آنان

ردیف	عوامل مؤثر بر میزان دریافت مراقبت (به ترتیب میران تأثیر)	تعداد (درصد)
۱	اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات	۳۰۲ (۸۵/۳)
۲	رعایت حریم خصوصی مادر هنگام ارایه مراقبت	۲۹۰ (۸۱/۹)
۳	نحوه برخورد فرد مراقبت‌دهنده در مرکز	۲۸۶ (۷۵/۷)
۴	خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر همسر	۲۶۴ (۷۴/۶)
۵	اطمینان به مهارت فرد ارایه‌کننده مراقبت	۲۶۰ (۷۳/۴)
۶	خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر مادر	۲۵۷ (۷۲/۶)
۷	حضور فرد مراقبت‌دهنده در مرکز هنگام مراجعه	۲۴۳ (۶۸/۶)
۸	وجود فرد حمایت‌کننده در خانواده و اطرافیان	۲۳۰ (۶۵)
۹	ساعت کاری مرکز بهداشتی	۱۷۲ (۴۸/۶)
۱۰	هزینه‌های جانبی مراقبت‌های دوران بارداری	۱۵۲ (۴۲/۹)
۱۱	ترس از معاینه	۱۲۰ (۳۳/۹)
۱۲	مدت زمان انتظار برای دریافت مراقبت	۳۲ (۹)
۱۳	بی‌اطلاعی از حاملگی در سه ماهه اول بارداری	۲۹ (۸/۲)
۱۴	وجود فرد یازدارنده در خانواده و اطرافیان	۲۶ (۷/۳)
۱۵	هزینه رفت و آمد	۲۶ (۷/۳)
	جمع کل	۳۵۴ (۱۰۰)

**جدول ۵-** توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب عوامل مؤثر بر میزان دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه آنان

نوع آزمون و قضاوت	ناکافی	کافی	میزان دریافت مراقبت	
			میزان تأثیر عامل	میزان تأثیر عامل
$\chi^2=7/630$ $df=1$ $p=0/006$	(۴۴/۱)۶۰ (۵۹/۳)۱۳۹	(۵۵/۹)۷۶ (۴۰/۸)۸۹	زیاد کم	مدت زمان انتظار جهت دریافت مراقبت
$\chi^2=5/861$ $df=1$ $p=0/015$	(۵۰/۷)۱۵۲ (۶۸/۵)۳۷	(۴۹/۳)۱۴۸ (۳۱/۵)۱۷	زیاد کم	خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر مادر
$\chi^2=5/905$ $df=1$ $p=0/015$	(۵۵/۹)۷۶ (۶۷/۸)۴۰	(۴۹/۵)۱۴۶ (۳۲/۲)۱۹	زیاد کم	خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر همسر

هفتم تا نهم، ماهی ۲ بار و پس از آن بر حسب ضرورت هفته‌ای یک بار در مادرانی که علایم خطر ویژه نداشته باشند انجام می‌شود (مجموعاً ۱۴ بار) و بر حسب شرایط مادر می‌توان دفعات معاینه را بیشتر کرد (۲۰). در ایالات متحده تعداد متوسط ویزیت‌های دوران بارداری ۱۲ بار در هر حاملگی است (۲۱). در کشور ایران، مادر حامله بعد از اولین مراجعه لازمست که تا هفت ماهگی (۲۸ هفتهگی) هر

### بحث

یافته‌ها نشان داد که بر اساس ابزار کتل چاک، بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۳/۴٪) مراقبت متوسط و ناکافی دریافت کرده‌اند. دفعات و نوبت‌های معاینه بر حسب برنامه‌های کشورهای مختلف، متفاوت است. در بعضی کشورها از ماه سوم تا هفتم، ماهی یک بار و از ماه

وجود ارتباط بین مدت زمان انتظار جهت دریافت مراقبت و میزان دریافت آن در این مطالعه با مطالعه Kopelman و همکاران مطابقت دارد (۱۴). عدم تمایل مادران به انتظار طولانی مدت یکی از موانع دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به شمار رفته (۲۸) و اغلب مادران خواهان ارایه مراقبت‌ها بدون تأخیر از طرف پرسنل بهداشتی هستند (۲۹).

مرتبط بودن خواسته و پذیرفته بودن بارداری از نظر زن باردار و همسر وی، با میزان دریافت مراقبت در این مطالعه با سایر مطالعات تطابق دارد (۱۷، ۱۱۹، ۲۳). خواسته بودن بارداری تأثیر زیادی به شروع زود هنگام و کفایت دریافت مراقبت‌ها دارد (۱۴) همچنین حاملگی ناخواسته مانعی برای دریافت مراقبت‌ها به شمار می‌رود (۷). خواسته بودن بارداری از جانب پدر نیز ارتباط مستقیمی با کفایت دریافت مراقبت‌های این دوران داشته است (۲۵). England و همکاران تشویق همسر به دریافت مراقبت از طرف پدر را از عوامل مثبت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری می‌دانند (۱۱).

### نتیجه‌گیری

شناخت و بررسی عوامل تأثیرگذار بر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بر اساس دیدگاه‌های زنان باردار هر منطقه منجر به ایجاد اثرات شایان توجهی در زمینه بارداری، زایمان و تولد نوزادانی سالم خواهد شد؛ از طرفی تقویت همه جانبه مراکز بهداشتی جهت ارایه بهینه مراقبت‌های دوران بارداری به زنان باردار، مستلزم شناخت عواملی است که بیشترین و کمترین تأثیر را بر میزان دریافت مراقبت‌های دوران بارداری می‌گذارد، به نظر می‌رسد با ارایه اطلاعات بیشتر در جهت شناساندن وظایف پرسنل مراکز مذکور و خدمات قابل ارایه در این مراکز به افراد جامعه می‌توان در جذب مشتریان بیشتر اقدام نمود. استفاده از رابطین بهداشت جامعه و رسانه‌های گروهی از جمله این اقدامات می‌باشد. تلاش برای مناسب‌تر کردن فضای فیزیکی مراکز بهداشتی، رفع کمبود تجهیزات و جذاب کردن این محیط‌ها به مددجویان اطمینان می‌دهد که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداریشان به محیطی امن و قابل اطمینان مراجعه نموده‌اند. از آن جا که امروزه یکی از اجزای اصلی آموزش بهداشت در سراسر

ماه یک بار و از ۲۸ تا ۳۶ هفتگی هر ۲ هفته یک بار و پس از آن به صورت هفتگی تا هنگام زایمان به مرکز بهداشت یا پزشک خود مراجعه نماید که به طور معمول حداقل ۱۰ مراقبت را شامل می‌شود (۲۲). سایر مطالعات در زمینه میزان دریافت مراقبت‌ها نسبت‌های متفاوتی را نشان می‌دهند، از آن جمله می‌توان به مطالعه Fullerton و همکاران اشاره نمود که در آن بین ۳۸/۳ تا ۴۰٪ زنان مراقبت ناکافی دریافت کرده بودند (۲۳). Lioglu و همکاران این میزان را ۳۵/۱٪ (۲۴) و Stringer و همکاران آن را ۱۷/۶٪ بیان کرده‌اند (۲۵). پایین بودن میزان دریافت مراقبت‌ها در مطالعه حاضر را می‌توان با تمایل زنان باردار منطقه جهت دریافت این گونه خدمات از مطب‌های خصوصی پزشکان متخصص مرتبط دانست (۲۶).

بر اساس یافته‌ها، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر میزان دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی از دیدگاه مادران می‌توان به عامل اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات دوران بارداری اشاره نمود که با مطالعه خنجری و همکاران همخوانی دارد (۱). دادن برنامه زمان‌بندی شده مراقبت‌های دوران بارداری به زنان باردار، یکی از عوامل مثبت در افزایش تعداد مراقبت‌ها به شمار می‌رود (۲۳). طبق نظر آقامیری نیز مشخص نکردن زمان مراجعه بعدی مادر، مهم‌ترین مانع در دریافت مراقبت‌ها می‌باشد (۱۷). بالا بودن تأثیر عامل رعایت حریم خصوصی هنگام ارایه مراقبت، از دیدگاه واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه نیز با مطالعه Erbaydar هماهنگ است (۲۷). یکی از موانع دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه زنان، احتمال حضور مراقبت‌دهنده مرد در مرکز عنوان شده است (۲۸).

یافته مطالعه نشان داد که عامل نحوه برخورد فرد مراقبت‌دهنده در مرکز تأثیر زیادی بر میزان دریافت مراقبت‌ها از دیدگاه زنان مورد پژوهش داشته است که با نتایج سایر مطالعات همگون بوده است (۲۳، ۲۷، ۲۹). رفتار دوستانه پرسنل بهداشتی از عوامل مثبت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و افزایش‌دهنده تمایل زنان باردار جهت ادامه برنامه مراقبت خواهد بود (۲۸). Shaffer معتقد است، توانایی درمانگران در برقراری ارتباط مؤثر با مددجو و ارایه مراقبت‌های دوران بارداری در یک محیط فرهنگی متناسب با شرایط دریافت‌کنندگان مراقبت و به زبان خاص آن‌ها از عوامل بسیار مهم و مؤثر بر آغاز و ادامه مراقبت‌ها خواهد بود (۳۰).

رابطه می‌باشد. افزایش ساعت کاری مراکز به دو شیفت صبح و عصر نیز می‌تواند در جلب زنان شاغل یا دانشجو بسیار مؤثر باشد.

تمایل زنان برای بچه‌دار شدن و برنامه‌ریزی برای حاملگی، مشوقی برای داشتن یک بارداری بدون عارضه بوده که منجر به تولد نوزادی سالم گردد، لذا زنانی که به میل و خواسته خود تصمیم به باردار شدن می‌گیرند پتانسیل انجام مراقبت‌های خاص این دوران را نیز دارند. از طرف دیگر، با توجه به تأثیرپذیری زنان از همسرانشان به خصوص در مورد بچه‌دار شدن که یک تصمیم مشترک می‌باشد این پذیرفته بودن از جانب همسر در حمایت روحی- روانی زنان تأثیر دارد. این گروه از مردان همکاری بیشتری نیز در جهت بهتر سپری شدن دوران بارداری و تولد نوزاد خواهند داشت.

به طور کلی این مطالعه نشان داد که مهم‌ترین عامل جهت افزایش سطح بهره‌برداری از مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهری، علاوه بر شناخت کامل گروه هدف، ارتقای مراکز از نظر ساختار، نیروی انسانی و خدمات قابل ارائه می‌باشد. چنین هدفی جز با مشارکت و هماهنگی کامل سیاست‌گذاران کلان بهداشتی کشور و ارائه‌دهندگان مراقبت محقق نخواهد شد.

### تشکر و قدردانی

از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان رشت در زمینه ایجاد شرایط همکاری پرسنل ارجمند مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت تشکر و سپاسگزاری ویژه می‌گردد. از همه مادران عزیزی که در انجام این تحقیق یاریگرمان بوده‌اند نیز تشکر می‌گردد.

دنیا، نحوه ارتباط با مددجویان می‌باشد، بنابراین برگزاری کلاس‌های بازآموزی دوره‌ای در زمینه آموزش برقراری ارتباط با مددجو برای پرسنل مراکز بهداشتی درمانی یک ضرورت محسوب می‌شود.

بهره‌گیری از پرسنل تحصیل کرده نظیر ماما یا پرستار متخصص بهداشت جامعه، تأمین تعداد مناسب کارکنان، عدم استفاده از نیروهای کم حوصله یا کم تجربه در ارائه مراقبت‌های بارداری نیز می‌تواند نقش به‌سزایی در جلب و رضایت مراجعه‌کنندگان خدمات بهداشتی این مراکز داشته باشد. همچنین بهره‌گیری از پرسنل دوره دیده، خوش برخورد و آگاه در واحد پذیرش مراکز که اولین محل برخورد مددجویان با مرکز را تشکیل می‌دهند می‌تواند در تغییر دیدگاه زنان باردار نسبت به مراکز دولتی نقش بسیار مثبتی ایفا نماید. بر اساس پژوهش حاضر، با برنامه‌ریزی مناسب در جهت مهیا ساختن شرایط معاینه در محیطی خلوت و به دور از چشم سایر مراجعین و پرسنل و همچنین توضیح دادن مراحل کار برای زن باردار، می‌توان ضمن رعایت حریم خلوت زن باردار، به میزان زیادی از ترس او نیز کاست.

برنامه‌ریزی مناسب جهت به حداقل رساندن مدت زمان انتظار دریافت مراقبت برای زنان باردار نظیر اختصاص ساعات یا روزهای معاینه خاص برای مادران چندزا می‌تواند در جلب زنان به مراکز دولتی نقش داشته باشد. همچنین اندیشیدن تدابیری برای بیمه کردن اجباری زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی دولتی توسط مؤسسات بیمه‌ای از طریق حضور تمام وقت نماینده بیمه در مراکز و با حمایت کامل سیاست‌گذاران بهداشتی، به طور عمده‌ای دغدغه هزینه‌های بالای مراقبت‌های ویژه را کاهش خواهد داد. تجهیز مراکز به واحدهای آزمایشگاهی، سونوگرافی و ... نیز گام بسیار بزرگ و مؤثری در همین

### منابع

- 1 - Khangari S, Molla F, Hosseini H, Faragollahi M. Prenatal Care Utilization and Factors Affecting on Receive Prenatal Care From Clients' Perspectives. Parastari Iran. 1385; 19(45): 37-47.
- 2 - Sommer KMA. Adequacy of Prenatal Care Utilization Index Kansas, 2005. Available: <http://www.kdheks.gov/ches/>
- 3 - Shojaee Tehrani H. Health Services 2. 3th ed. Tehran: Ilia; 1385.
- 4 - Maternal Mortality in 2005. WHO, UNICEF, UNFPA and The World bank. Available: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)
- 5 - Smith JB. Estimates of the maternal mortality ratio in two world health organization. Bull World Health Organ. 2001; 79: 182-193.



- 6 - Jaafari N, Valafar SH, Radpooyan L. *Countrial Program of Safe Mother*. 3th ed. Tehran: Arvij; 1385.
- 7 - Sepehri A, et al. How important are individual, household and commune characteristics in explaining utilization of maternal health services in Vietnam? *Social Science & Medicine*. 2008; 67: 1009-1017.
- 8 - Littleton LY, Engebretson JC. *Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing*. 2th ed. USA: DELMAR; 2004.
- 9 - Rani M, Bonu S, Harvey S. Differentials in the Quality of Antenatal Care in India. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008; 20(1): 62-71.
- 10 - Matson S, Lillian J. Culturally Sensitive Prenatal Care for Southeast Asians. *Public Health Nursing*. 2002; 21(2): 134-138.
- 11 - England B. Prenatal Care Satisfaction and Resilience Factors in Maryvale and South Phoenix, Arizona. February 2006. Available: [http://www.maricopa.gov/Public\\_Health/epi/mch.aspx](http://www.maricopa.gov/Public_Health/epi/mch.aspx). accessed Jan 2008.
- 12 - New York State Department of Health Office of Medicaid Management. *Medical Policy Guidelines Manual*. January 2007.
- 13 - Moos MK. Prenatal Care: Limitations and Opportunities. *JOGNN*. 2006; 35(2): 278-85.
- 14 - Kopelman RC, et al. Barriers to Care for Antenatal Depression. *Health Behavior Psychiatric services*. 2008 April; 59(4): 429-432.
- 15 - Health Sector Reform of 2004. No.65. Available: [www.Who.int/tdr/research/finalreps/no65.htm](http://www.Who.int/tdr/research/finalreps/no65.htm)
- 16 - Handler A, et al. Satisfaction and Use of Prenatal Crae: Their Relationship Among African-American Women in a Large Managed Care Organization. *BIRTH*. 2003; 30(1): 23-30.
- 17 - Erci B. Barriers to Utilization of Prenatal Care Services in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003; 3(3): 269-273.
- 18 - Aghamiri Z, Vizheh M, Sedaghat M, Saberi M. Lack of Attention Factors Related to Maternal Reference to Prenatal Care Centers. *Payesh*. 1386; 6(2): 129-133.
- 19 - Erci B, Ivano L. The relationship between women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnancy women and the service. *The Uropean Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2004; 9(1): 16-28.
- 20 - Olds SB, et al. *Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Care*. 7th ed. USA: Prenhall; 2004.
- 21 - CUNNINGHAM FG, et al. *Williams Obstetrics*. 22th ed. USA: Grawhill; 2005.
- 22 - Helm seresht P, DELpisheh E. *Nursing and Health of Maternal & Newborn*. 3th ed. Tehran: Chehr; 1385.
- 23 - Fullerton JT, et al. Participation in Prenatal Care in the Paso del Norte Border Region: The Influence of Acculturation. *Journal of midwifery & women's health*. 2006 March/April; 51(2): 98-105.
- 24 - Lioglu CM, Turksoyer M, Asliosek Z. Factors associated with the utilization and content of prenatal care in a western urban district of Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005; 17(6): 533-539.
- 25 - Stringer M, et al. The Cost of Prenatal Care Attendace and Pregnancy Outcomes in Low-Income Working Women. *Jognn*. 2005; 34(5): 551-60.
- 26 - Guilan University of Medical Sciences. *IMES*. Rast 1384.
- 27 - Erbaydar T. Utilization of prenatal care in porer and wealthier urban neighbourhoods in Turkey. *European Journal of Public Health*. 2003; 13: 320-326.
- 28 - Gage AJ. Barriers to the Utilization of Maternal Health Care in Rural Mali. *Journal Social Science & Medicine*. 2007; 65: 1666-1682.
- 29 - Teleber P, et al. Community-Based Situation Analysis of Mternal and Neonatal Care in South Africa to Explore Factors that Impact Utilization of Maternal Health Services. *Journal of midwifery & women's health*. 2007 July/August; 52(4): 342-350.
- 30 - Shaffer CF. Factors Influencing the Access to Prenatal Care by Hispanic Pregnant Women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2002; 14(2): 93-96.

## Survey influencing factors on prenatal care in referring maternal to health care centers in Rasht city

Bakhshi<sup>1</sup> F (MSc.) - Mokhtari<sup>2</sup> N (MSc.) - Jafroodi<sup>3</sup> Sh (MSc.) - Abbasi<sup>4</sup> M (MD) - Atrkar Roshan<sup>5</sup> Z (MSc.).

**Introduction:** Prenatal care is an indicator of health care system. Knowing the factors that prohibit receiving proper is essential in every society. The aim of the research was to determine mothers receiving prenatal care from health centers in Rasht and influencing factors from their view in 2008.

**Methods:** This descriptive study surveyed 354 mothers referring to health centers in Rasht city who were chosen by cluster sampling. Data collection tool was a 3 part questionnaire. Data were analyzed through chi square.

**Results:** Findings showed that 53.4% of women receiving insufficient prenatal care. There was a significant correlation of care and employment condition ( $P=0.026$ ) level of spouse's education ( $P=0.042$ ) and income ( $P=0.005$ ). The most effective factors on receiving prenatal care from mothers' view were know "the manner and number of prenatal care" (85.3%). Also there was a statistically significant relationship between efficiency of prenatal care and some socio demographic factors.

**Conclusion:** In existence of prenatal care in health centers, almost half of women do not use these care provided. Provider's attention to the demographic and family characteristics and their needs are important in promotion of receiving better prenatal care.

**Key words:** Attitude, community health nursing, maternal-child health center, prenatal care, pregnant women

1 - Corresponding author: Community Health Nurse, Researches Center of ENT, Amiralmomenin Center, Guilan, Iran

e-mail: fatanehbakhshi@hotmail.com

2 - Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

3 - Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

4 - Medical Doctor, Manage of Family Group, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

5 - Instructor, Faculty of Medical, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran