

بررسی رابطه شاخص سودمندی کفایت کمی مراقبت‌های دوران بارداری با زایمان زودرس

طاهره طیبی^۱، شهناز ترک زهرانی^۲، شراره جان نثاری^۲، رضاعلی محمدپور^۳

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت‌های نامناسب و ناکافی در دوران بارداری می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوبی از جمله زایمان زودرس گردد. شاخص‌های متعددی جهت ارزیابی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری بکار گرفته می‌شود که یکی از این شاخص‌های جدید جهت اندازه‌گیری دقیق‌تر و جامع‌تر، شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری است. در این پژوهش شاخص مذکور برای اندازه‌گیری کفایت مراقبت‌ها و ارتباط آن با زایمان زودرس بررسی شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع تحلیلی و به روش کوهورت تاریخی بر روی ۴۲۰ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری در سال ۱۳۸۹ طراحی گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه که اعتبار آن از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن از طریق آزمون مجدد، سنجیده شد، گردآوری گردید. بر مبنای شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها، این مراقبت‌ها در چهار گروه ویژه، کافی، متوسط و ناکافی بررسی شد.

یافته‌ها: بیشترین درصد مراقبتی مربوط به مراقبت ناکافی با ۳۶ درصد بوده است. احتمال زایمان زودرس در گروه مراقبت ناکافی به میزان ۱/۳۶ بار بیشتر از گروه مراقبت کافی و ویژه بود ($p < 0/05$). بین گروه‌های مراقبتی (طبق شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها) از نظر سن، اشتغال، تحصیلات، شاخص توده بدنی و شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). ولی بین گروه‌های مراقبتی از نظر زمان اولین ویزیت، تعداد مراجعات، نوع زایمان، انجام آزمایشات کامل دوران بارداری و تعداد سونوگرافی در بارداری ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/05$).

استنتاج: با توجه به اجرای برنامه کاهش تعداد مراجعات مادران باردار (طبق پروتکل استانداردسازی مادران در ایران) این پژوهش ضمن تأیید تأثیر سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری بر کاهش زایمان زودرس، بار دیگر بر انجام حداقل مراقبت‌ها (طبق پروتکل کشوری) تأکید می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: مراقبت دوران بارداری، شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان زودرس

مقدمه

مراقبت‌های دوران بارداری به اجرای صحیح و سالم از نظر سلامت جسمی و پیامدهای مطلوب روحی دقیق اصولی اطلاق می‌گردد که با هدف حفظ حاملگی برای مادر، نوزاد و خانواده انجام می‌شود (۱). درصد

Email: zahnarishahnaz@yahoo.com

مؤلف مسئول: شهناز ترک زهرانی - تهران: خیابان ولی عصر، نیش بزرگراه نایش، دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی

۱. گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی نسبیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۳. گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۳/۸ تاریخ تصویب: ۹۰/۵/۲

با رضایت از مراقبت‌ها و پیامد مطلوب حاملگی همراه بود و هیچ تفاوتی بین این گروه و گروهی از زنان که مراقبت کافی دریافت کرده بودند وجود نداشت (۸).

جهت بررسی سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری، از روش‌های گوناگونی استفاده می‌شود. یکی از این روش‌ها که به طور رایج به کار می‌رود شاخص کسندر^۱ است. در این شاخص اطلاعات حاصل از سه موضوع ثبت شده در گواهی تولد یعنی مدت حاملگی، زمان اولین ویزیت مراقبت بارداری و تعداد ویزیت‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۲). شاخص‌های جدیدتری نیز به منظور فراهم کردن اندازه‌گیری دقیق‌تر و جامع‌تر سودمندی مراقبت‌های دوران بارداری استفاده می‌شود که یکی از آن‌ها شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌های دوران بارداری (APNCU^۲) می‌باشد. این شاخص نیز با به کارگیری زمان شروع استفاده از مراقبت‌ها و مناسب بودن تعداد آن، کفایت مراقبت را مشخص می‌سازد. لازم به ذکر است که این شاخص کیفیت خدمات را بررسی نکرده و تنها ویژگی‌های کمی مراقبت‌ها را می‌سنجد (۹).

با توجه به نتایج مطالعات موجود در زمینه نقش عوامل کمی بر بهبود نتایج حاملگی و در مقابل وجود مطالعات متناقض، مبنی بر عدم تاثیر آن و نیز عدم انجام تحقیقات مشابه در ایران، محقق بر آن شد که بتواند با یک بررسی دقیق‌تر در مورد عوامل کمی موثر در مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی به نتایج قابل استفاده جهت بهبود عوامل طبی مربوط به بارداری و زایمان برسد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع تحلیلی و به روش کوهورت تاریخی بر روی ۴۲۰ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری در سال ۱۳۸۹ طراحی گردید. ابزار مورد استفاده جهت گردآوری داده‌ها

بسیاری از مرگ و میر مادران و جنین آن‌ها و نیز مرده زائی‌ها و تولدهای زودرس و یا نوزادان با وزن کم، ناشی از مراقبت‌های نامناسب و ناکافی در دوران بارداری است که با بکارگیری مراقبت‌های لازم در این خصوص، می‌توان تا حد بسیاری از عوارض و مشکلات آتی در کودکان کاست. میزان کلی مرگ جنین در موارد استفاده از مراقبت پره‌ناتال ۲/۷ در ۱۰۰۰ تولد و در موارد عدم دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال ۱۴/۱ در ۱۰۰۰ بوده است. به بیان دیگر، عدم دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال، میزان خطر نسبی مرده زائی را ۳/۳ برابر افزایش می‌دهد. عدم استفاده از مراقبت‌های پره‌ناتال، با افزایش دو برابر خطر زایمان پره‌ترم همراه است (۲). در یک بررسی که در رابطه با فاکتورهای مرتبط با مراقبت‌های بارداری ناکافی در زنان اکوادری انجام شد، دریافتند که در نتیجه مراقبت ناکافی، خطر سقط، مرگ داخل رحمی و حاملگی خارج رحمی افزایش یافته بود (۳). نتایج تحقیقی دیگر نیز نشان می‌دهد که در بین زنانی که از مراقبت‌های دوران بارداری برخوردار شده‌اند، کاهش قابل توجهی در تولد نوزاد نارس و نوزاد کم وزن وجود داشته است (۴). تحقیقات نشان داده است که مراقبت پره‌ناتال کافی، یک مداخله موثر در جهت بهبود نتایج حاملگی است (۵). مراقبت‌های بارداری کافی فرصتی را برای مشاوره و کاهش عوارض مرتبط با حاملگی و زایمان فراهم می‌نماید (۶). از طرفی دیگر مطالعه‌ای که توسط walker و همکارانش در سال ۱۹۸۹ انجام شد، نشان داد در زنان حامله کم‌خطر که برنامه کاهش تعداد ویزیت‌ها در مورد آن‌ها اجرا شده بود هیچ عارضه مضر در رابطه با پیامد مادری و نوزادی در آن‌ها مشاهده نشد (۷) و نیز در مطالعه دیگری که توسط کالج پرستاری میشیگان جهت بررسی رضایتمندی و کفایت مراقبت‌های بارداری در میان زنان روستائی کم درآمد انجام شد، مراقبت کمتر از حد کافی در ۵۰ درصد زنان،

1. Kessner Index

2. Adequacy Prenatal Care Utilization

اداری مربوط به کسب مجوز و معرفی نامه، با مراجعه روزانه به کلینیک مادر و کودک مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر ساری، چک لیستی که تعیین کننده معیارهای ورود به مطالعه مادران بود، تکمیل گردید و در صورت داشتن شرایط لازم، پرسشنامه از طریق مصاحبه حضوری با مادر تکمیل و سپس برای جمع آوری سایر اطلاعات لازم به پرونده خانوار مادر مراجعه و سایر موارد فرم تکمیل گردید.

در این پژوهش به تعیین وجود رابطه بین شاخص‌های کمی مراقبت دوران بارداری و زایمان زودرس (پیامد نهایی) پرداخته شد. زایمان زودرس به بروز علائم و نشانه‌های زایمان در هر زمانی پس از شروع هفته ۲۰ بارداری تا قبل از هفته ۳۷ بارداری (یا کمتر از ۲۵۹ روز از اولین روز آخرین قاعدگی) گفته شد (۱). شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها (مواجهه) نیز به شرح ذیل محاسبه گردید: این شاخص، کفایت مراقبت‌های بارداری را بر اساس سن حاملگی، ماه شروع مراقبت‌ها و تعداد ویزیت‌های بارداری از اولین ویزیت تا زمان زایمان، در مقایسه با تعداد مورد انتظار به توصیه کالج زنان و زایمان آمریکا (یک ویزیت در هر ماه تا ۲۸ هفته و سپس هر دو هفته یک ویزیت تا ۳۶ هفته و بعد از آن هر هفته یک ویزیت تا زمان زایمان) به شکل طبقه بندی زیر ارزیابی می‌کند:

ویژه: مراقبت‌های بارداری که طی ۴ ماه اول شروع و تعداد ویزیت‌هایشان ۱۱۰ درصد یا بیشتر از تعداد توصیه شده باشد.

کافی: مراقبت‌های بارداری که طی ۴ ماه اول شروع و تعداد ویزیت‌هایشان ۸۰ تا ۱۰۹ درصد تعداد توصیه شده باشد.

متوسط: مراقبت‌های بارداری که طی ۴ ماه اول شروع و تعداد ویزیت‌هایشان ۵۰-۷۹ درصد تعداد توصیه شده باشد.

ناکافی: مراقبت‌های بارداری که بعد از ۴ ماه اول شروع یا کمتر از ۵۰ درصد تعداد توصیه شده باشد (۱۰).

پرسشنامه‌ای شامل ۲۷ سوال بود. جامعه پژوهش شامل مادرانی بود که به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری، جهت دریافت خدمات پس از زایمان و کودکان زیر ۲ سال مراجعه کرده بودند و با توجه به محاسبات آماری، ۴۲۰ مادر که مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل: دارا بودن سن ۱۸ تا ۳۵ سال، تک قلو بودن در آخرین حاملگی، عدم وجود بیماری‌های طبیی و روانی شناخته شده، عدم وجود سابقه پیامدهای نامطلوب بارداری و دارای اطلاعات مراقبت دوران بارداری در آخرین حاملگی به صورت ثبت شده در پرونده خانوار بودند، به عنوان نمونه پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

در این پژوهش روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا لیست مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری که دارای واحد پره‌ناتال و بهداشت مادر و کودک بودند، تهیه شد و از میان آن‌ها ۶ مرکز به طور تصادفی انتخاب شد. با توجه به انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج، نمونه‌گیری به روش در دسترس (مبتنی بر هدف) انجام شد.

برای کسب اعتبار پرسش نامه، از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین ترتیب که پس از مطالعه کتب و مقالات و دیگر منابع کتابخانه‌ای، پرسشنامه تهیه شده و قبل از انجام کار در اختیار ده نفر از اساتید هیأت علمی (افراد صاحب نظر و متخصص مامائی و زنان) دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و مازندران قرار گرفته و پس از جمع آوری نظرات مختلف، تغییرات لازم لحاظ شده و ابزار نهائی زیر نظر مجریان تنظیم و مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین اعتماد یا پایایی پرسش نامه از روش آزمون مجدد استفاده شد، بدین ترتیب که پرسشنامه توسط پژوهشگر به روش مصاحبه برای ۱۰ نفر از مادران واجد شرایط ورود به پژوهش تکمیل گردید و به فاصله ۲ هفته مجدداً پرسشنامه برای همان خانم‌ها تکمیل شد که همبستگی بین دو آزمون ۱۰۰ درصد بود.

جهت گردآوری داده‌ها، پس از انجام مراحل

درصد) دارای شاخص توده بدنی (BMI^1) طبیعی بوده که با استفاده از آزمون آماری Spearman بین شاخص توده بدن مادر و شاخص سودمندی کفایت مراقبت های بارداری تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/205$). با انجام آزمون Chi-square بین شاخص توده بدن مادر و زایمان زودرس نیز تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($p=0/064$) (جدول شماره ۱ و ۲). همچنین در بررسی نتایج بر اساس آزمون Chi-square مشاهده شد، بیشترین درصد زایمان انجام شده در گروه سزارین بود (۷۴ درصد) و بین نوع زایمان و شاخص سودمندی ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/004$). به طوری که با محاسبه میزان خطر نسبی مشخص گردید احتمال سزارین در مراقبت ناکافی، ۱/۳۷ بار بیشتر از موارد مراقبت کافی می باشد. نوع زایمان با زایمان زودرس نیز ارتباط داشت، به طوری که زایمان زودرس در کسانی که سزارین شده بودند به طور قابل توجهی بیشتر از موارد زایمان طبیعی بود ($p=0/028$). اکثریت مادران مورد پژوهش (۹۷/۴ درصد)، دارای آزمایشات کامل در بارداری بودند که بر اساس نتایج آزمون آماری Chi-square، انجام کامل این آزمایشات با شاخص سودمندی ($p=0/000$) و با زایمان زودرس ($p=0/000$) ارتباط معنی داری داشت. به طوری که کسانی که آزمایشات را بطور کامل انجام داده بودند از کفایت مراقبتی بیشتر برخوردار بوده و زایمان زودرس در آنها کاهش یافته بود. اکثریت مادران مورد پژوهش در طی بارداری حدود ۲ تا ۵ بار سونوگرافی انجام دادند، که بر اساس نتایج آماری ضریب همبستگی Spearman، میان تعداد سونوگرافی و شاخص سودمندی رابطه معنی دار بود ($p=0/004$) ولی با زایمان زودرس ارتباط معنی دار نداشت ($p=0/766$). بیشتر مادران مورد پژوهش (۶۷/۹ درصد) در کلاس های آمادگی زایمان شرکت نکرده بودند و ارتباط معنی داری بین شرکت در کلاس های آمادگی بارداری و شاخص سودمندی وجود

با توجه به تفاوت الگوی مراجعات مادران باردار در ایران جهت سنجش دقیق شاخص، تعداد مراجعات مورد انتظار با توجه به سن حاملگی بر مبنای پروتکل استانداردسازی مادران طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت و آموزش پزشکی ایران محاسبه گردید. به طوری که برای مراقبت زنان با حاملگی کم خطر، تعداد ملاقات های معمول ۸ بار، با توجه به هفته های بارداری است. در واقع در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) دو ملاقات و در نیمه دوم (۲۱ تا ۴۰) شش ملاقات انجام می شود (۱۱).

در پایان نمونه گیری، تجزیه تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، آزمون Chi-square، T-test، ضریب همبستگی Spearman و میزان خطر نسبی (Relative Risk: RR) انجام شد.

یافته ها

میانگین سنی و انحراف معیار مادران مورد پژوهش $25/511 \pm 4/383$ سال بود که اکثریت مادران در رده سنی ۲۸ تا ۳۵ سال قرار داشتند که با استفاده از آزمون آماری Chi-square از نظر سن بین گروه های مراقبتی مورد پژوهش تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($p=0/443$). با انجام آزمون t نیز مشخص گردید بین گروه های سنی مادران مورد پژوهش و زایمان زودرس تفاوت معنی دار نمی باشد ($p=0/639$).

اکثریت مادران مورد پژوهش یعنی ۸۶/۴ درصد خانه دار و ۵۴/۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم بودند. از نظر این دو متغیر، با استفاده از آزمون آماری Chi-square نیز مشخص گردید بین شغل ($p=0/805$) و تحصیلات ($p=0/189$) مادران مورد پژوهش با شاخص سودمندی کفایت مراقبت ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. در بررسی ارتباط شغل و تحصیلات با زایمان زودرس نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (به ترتیب $p=0/975$ و $p=0/509$). در بررسی وضعیت چاقی، نتایج نشان داد، اکثریت مادران مورد پژوهش (۶۰/۶

1. Body Mass Index

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی گروه‌های مراقبتی (شاخص APNCU) بر حسب برخی از مشخصات دموگرافیک، مامایی و زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری ۱۳۸۹

سطح معنی داری	شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها (APNCU)				متغیر
	ویژه فراوانی (درصد)	کافی فراوانی (درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	ناکافی فراوانی (درصد)	
					اشتغال
۰/۸۰۵	(۱۲/۱) ۴۴	(۳۵/۳) ۱۲۸	(۳۱/۷) ۱۱۵	(۲۰/۹) ۷۶	خانه دار
	—	(۱۰۰) ۱	—	—	کشاورز
	(۱۰/۳) ۳	(۲۷/۶) ۸	(۳۱) ۹	(۳۱) ۹	کارمند
	—	(۶۶/۷) ۲	(۳۳/۳) ۱	—	شاعر در منزل
	(۴/۲) ۱	(۳۷/۵) ۹	(۴۱/۷) ۱۰	(۱۶/۷) ۴	سایر
					تحصیلات
۰/۱۸۹	(۲۵) ۳	(۳۳/۳) ۴	(۳۳/۳) ۴	(۸/۳) ۱	ابتدایی
	(۱۲/۷) ۸	(۳۰/۲) ۱۹	(۴۱/۳) ۲۶	(۱۵/۹) ۱۰	راهنمایی
	(۱۰) ۲۳	(۳۸/۴) ۸۸	(۳۲/۳) ۷۴	(۱۹/۲) ۴۴	دیپلم
	(۱۲/۱) ۱۴	(۳۱/۹) ۳۷	(۲۶/۷) ۳۱	(۲۹/۳) ۳۴	دانشگاهی
					شاخص توده بدن
۰/۲۰۵	(۹/۷) ۳	(۲۹) ۹	(۳۸/۷) ۱۲	(۲۲/۶) ۷	لاغر (<۱۹/۸)
	(۹/۳) ۱۹	(۴۰/۵) ۸۳	(۲۸/۸) ۵۹	(۲۱/۵) ۴۴	طبیعی (۱۹/۸-۲۶)
	(۱۳/۲) ۲۰	(۳۳/۶) ۵۱	(۳۴/۹) ۵۳	(۱۸/۴) ۲۸	اضافه وزن (۲۶/۱-۲۹)
	(۱۹/۴) ۶	(۱۶/۱) ۵	(۳۲/۳) ۱۰	(۳۲/۳) ۱۰	چاق (>۲۹)
					نوع زایمان
۰/۰۰۴	(۱۳/۸) ۱۵	(۲۹/۴) ۳۲	(۴۴) ۴۸	(۱۲/۸) ۱۴	طبیعی
	(۱۰/۶) ۳۳	(۳۷/۳) ۱۱۶	(۲۸) ۸۷	(۲۴/۱) ۷۵	سزارین
					کامل بودن آزمایشات
۰/۰۰۰	(۱۱/۲) ۴۶	(۳۵/۹) ۱۴۷	(۳۳) ۱۳۵	(۱۹/۸) ۸۱	بلی
	(۱۸/۲) ۲	(۹/۱) ۱	(۰) ۰	(۷۲/۸) ۸	خیر
					شرکت در کلاس های آمادگی زایمان
۰/۰۹۷	(۱۱/۹) ۱۶	(۳۵/۶) ۴۸	(۳۸/۵) ۵۲	(۱۴/۱) ۱۹	بلی
	(۱۱/۳) ۳۲	(۳۵/۲) ۱۰۰	(۲۹/۲) ۸۴	(۲۴/۳) ۶۹	خیر

درصد، در مراقبت متوسط ۲/۲ درصد، در مراقبت کافی صفر و در مراقبت ویژه ۲۱/۴ درصد بوده است. با توجه به آزمون آماری Chi-square انجام شده، بین شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها و زایمان زودرس ارتباط معنی دار وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). به طوری که میزان زایمان زودرس در مراقبت ناکافی به میزان ۱/۳۶ بار بیشتر از موارد مراقبت کافی و ویژه بوده است (جدول شماره ۳). همان طوری که در جدول شماره ۲ نیز نشان داده شده، از نظر مصرف مکمل‌ها، بر اساس آزمون Chi-square، بین مصرف آهن و زایمان زودرس ارتباط معنی دار وجود ندارد ($p = ۰/۴۷۵$) ولی بین مصرف مولتی ویتامین ($p = ۰/۰۲۱$) و اسید فولیک ($p = ۰/۰۰۴$) با زایمان زودرس ارتباط وجود دارد، به طوری که در مادرانی که دو مکمل مذکور (مولتی ویتامین و اسید فولیک) را هر روز مصرف می‌کردند، زایمان زودرس کمتر بود.

نداشت ($p = ۰/۰۹۷$). در حالی که با زایمان زودرس ارتباط معنی دار بود ($p = ۰/۰۰۱$) به عبارتی در کسانی که در کلاس‌های مذکور شرکت کرده بودند زایمان زودرس کاهش یافته بود (جدول شماره ۱ و ۲).

از ۴۲۰ مادر مورد مطالعه در این پژوهش با محاسبه شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها، مراقبت ناکافی ۱۵۱ نفر (۳۶ درصد)، مراقبت متوسط ۹۳ نفر (۲۲/۱ درصد)، مراقبت کافی ۱۳۴ نفر (۳۱/۹ درصد) و مراقبت ویژه ۴۲ نفر (۱۰ درصد) را شامل شده بود. بر اساس طبقات شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها، در این تحقیق میزان مراقبت ناکافی بیشترین موارد مراقبت مادران مورد پژوهش را به خود اختصاص داده بود.

یافته های این پژوهش نشان داد، از ۴۲۰ مادر مورد مطالعه در این پژوهش، ۲۶ نفر (۶/۲ درصد) دارای زایمان زودرس بودند. با شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها، میزان زایمان زودرس در مراقبت ناکافی ۹/۹

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی زایمان زودرس برحسب برخی از مشخصات دموگرافیک، مامایی و زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری ۱۳۸۹

متغیر	زایمان زودرس		سطح معنی داری
	دارد (فراوانی درصد)	ندارد (فراوانی درصد)	
اشغال			
خانه دار	۲۲ (۶/۱)	۳۴۱ (۹۳/۹)	
کشاورز	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	
کارمند	۲ (۶/۹)	۲۷ (۹۳/۱)	۰/۹۷۵
شاعل در منزل	—	۳ (۱۰۰)	
سایر	۲ (۸/۳)	۲۲ (۹۱/۷)	
تحصیلات			
ابتدایی	—	۱۲ (۱۰۰)	
راهنمایی	۲ (۳/۲)	۶۱ (۹۶/۸)	۰/۵۰۹
دیپلم	۱۵ (۶/۶)	۲۱۴ (۹۳/۴)	
دانشگاهی	۹ (۷/۸)	۱۰۷ (۹۲/۲)	
شاخص توده بدن			
لاغر (<۱۹/۸)	۳ (۹/۷)	۲۸ (۹۰/۳)	
طبیعی (۱۹/۸ تا ۲۶)	۱۲ (۵/۹)	۱۹۴ (۹۴/۱)	۰/۰۶۴
اضافه وزن (۲۶/۱ تا ۲۹)	۶ (۳/۹)	۱۴۶ (۹۶/۱)	
چاق (>۲۹)	۵ (۱۶/۱)	۲۶ (۸۳/۹)	
تعداد مراجعات (بار)			
۱-۴	۲۰ (۱۰/۵)	۱۷۱ (۸۹/۵)	
۵-۸	۵ (۲/۳)	۲۱۳ (۹۷/۷)	۰/۰۰۳
۹-۱۴	۱ (۹/۱)	۱۰ (۹۰/۹)	
نوع زایمان			
طبیعی	۲ (۱/۸)	۱۰۷ (۹۸/۲)	۰/۰۲۸
سزارین	۲۴ (۷/۷)	۲۸۷ (۹۲/۳)	
تعداد سونوگرافی (بار)			
<۲	۳ (۶/۴)	۴۴ (۹۳/۶)	
۲ تا ۵	۲۱ (۶)	۳۳۱ (۹۴)	۰/۷۶۶
>۵	۲ (۱۰)	۱۸ (۹۰)	
کامل بودن آزمایشات			
بلی	۲۲ (۵/۴)	۳۸۷ (۹۴/۶)	۰/۰۰۰
خیر	۴ (۳۶/۴)	۷ (۶۳/۶)	
شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان			
بلی	۰ (۰)	۱۳۵ (۱۰۰)	۰/۰۰۱
خیر	۲۶ (۹/۲)	۲۵۹ (۹۰/۹)	
مصرف آهن			
هر روز	۲۳ (۵/۸)	۳۷۱ (۹۴/۲)	
گاهی	۲ (۱۰/۵)	۱۷ (۸۹/۵)	۰/۴۷۵
عدم مصرف	۱ (۱۴/۳)	۶ (۸۵/۷)	
مصرف مولتی ویتامین			
هر روز	۱۲ (۴/۲)	۲۷۶ (۹۵/۸)	
گاهی	۱۱ (۱۲/۲)	۷۹ (۸۷/۸)	۰/۰۲۱
عدم مصرف	۳ (۷/۱)	۳۹ (۹۲/۹)	
مصرف اسید فولیک			
هر روز	۱۹ (۵)	۳۶۲ (۹۵)	
گاهی	۶ (۲۰)	۲۴ (۸۰)	۰/۰۰۴
عدم مصرف	۱ (۱۱/۱)	۸ (۸۸/۹)	

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی زایمان زودرس برحسب طبقات مراقبتی شاخص سودمندی و نتایج ارتباط آن‌ها در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری ۱۳۸۹

طبقات شاخص سودمندی	زایمان زودرس		سطح معنی داری
	دارد (فراوانی درصد)	ندارد (فراوانی درصد)	
ناکافی	۱۵ (۹/۹)	۱۳۶ (۹۰/۱)	
متوسط	۲ (۲/۲)	۹۱ (۹۷/۸)	
کافی	—	۱۳۴ (۱۰۰)	۰/۰۰۰
ویژه	۹ (۲۱/۴)	۳۳ (۷۸/۶)	
جمع	۲۶ (۶/۲)	۳۹۴ (۹۳/۸)	

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد، میزان مراقبت ناکافی (۳۶ درصد)، بیشترین درصد را در مادران مورد پژوهش به خود اختصاص داده است. در مطالعه Krueger و Scholl در سال ۲۰۰۰ نیز براساس محاسبه شاخص APNCU، بیشترین درصد مراقبتی مربوط به مادران با مراقبت ناکافی (۳۶/۸ درصد) بود (۱۲) که موافق با نتایج این پژوهش بوده است. در حالی که در اکثر مطالعات مشابه که محاسبه شاخص بر اساس توصیه آکادمی زنان و مامایی آمریکا انجام شده بود، بیشترین درصد مراقبتی در گروه مراقبت کافی بوده است. از جمله در مطالعه Heaman و همکاران در سال ۲۰۰۸ بیشترین درصد مراقبتی مربوط به مادران با مراقبت کافی (۳۹/۵ درصد) بود (۱۳). در مطالعه‌ای که دپارتمان کانزاس در سال ۲۰۰۸ انجام شده بود، بیشترین درصد مراقبتی در گروه مراقبت کافی و ویژه (۷۷/۶ درصد) بوده است (۱۴). در مطالعه Alexander و Kotelchuck در سال ۲۰۰۱ نیز بیشترین درصد مراقبتی مربوط به مادران با مراقبت کافی (۴۳ درصد) بود (۱۵)، که با نتایج این مطالعه تفاوت داشت. در بررسی علل احتمالی این تفاوت، می‌توان این گونه مطرح نمود که با وجود آن که به گفته معاون وزیر بهداشت، پوشش پره‌ناتال در کشور حدود ۹۴ درصد می‌باشد (سایت خبری سیمای سلامت)، ولی کمیت مراقبت‌ها (در جامعه مورد پژوهش) ناکافی بود.

به طوری که در این پژوهش فقط ۳۱/۹ درصد مادران، مراقبت‌ها را کافی دریافت نموده بودند. از دلایل احتمالی می‌توان به عواملی مانند اجرای برنامه کاهش تعداد ویزیت‌ها (طبق پروتکل جدید) اشاره کرد که توصیه به مراجعه طولانی‌تر مادران (بعنوان مثال در طیف ۷۰ روز) در اوایل بارداری، موجب فراموش شدن برخی از مراقبت‌ها در مادران گردیده و یا تمایل آن‌ها را به دریافت خدمات از سایر مراکز تخصصی بیشتر نموده است، که اندازه‌گیری آن در این پژوهش قابل سنجش نبود. علاوه بر این، مداخله و تاثیر سایر متغیرها را نیز باید در نظر داشت، از جمله اشتغال مادران که بیشترین درصد را در گروه مراقبت ناکافی به خود اختصاص داده بود. این نتیجه اشاره به این نکته دارد که شاید مسئولیت‌های اجتماعی مادران در کنار سایر مسئولیت‌های خانه‌داری، رسیدگی به فرزندان و.. موجب کاهش توجه آن‌ها به وضعیت سلامتی خود گردیده است. از جمله عوامل دیگری که موجب کاهش کفایت مراقبت‌ها گردیده، می‌توان به دیر شروع نمودن مراقبت‌ها در مادران اشاره کرد که این مورد را می‌توان به عواملی مانند اطلاع دیر هنگام مادر از بارداری خویش و عدم آگاهی مادر از زمان شروع مراقبت‌ها دانست که می‌تواند ناشی از ضعف ارائه خدمات مربوط به مراقبت پیش از بارداری و آموزش‌های مرتبط باشد. لذا ارائه برنامه‌های آموزشی قبل از بارداری جهت آگاهی مادران در زمینه علائم حاملگی و انجام اقدامات لازم را ضروری می‌نماید.

یافته‌های این تحقیق نشان داد، شانس زایمان زودرس در زنان کم خطر با مراقبت بارداری ناکافی افزایش می‌یابد (با محاسبه شاخص APNCU)، به نحوی که میزان خطر نسبی زایمان زودرس در مراقبت ناکافی ۱/۳۶ برابر بیشتر از مادران سایر گروه‌های مراقبتی می‌باشد. مطالعاتی وجود دارد که یافته فوق را تایید می‌نماید. از جمله مطالعه Heaman و همکاران در سال ۲۰۰۸ که نشان دادند، میزان زایمان زودرس در مراقبت

ناکافی ۷/۲ درصد بوده که به طور تقریبی دو برابر میزان آن در گروه مراقبت کافی (۳/۵ درصد) بود و با استفاده از شاخص سودمندی کفایت مراقبت‌ها، مراقبت ناکافی به طور معنی‌داری با زایمان زودرس با Odds Ratio=۱/۲ ارتباط داشت. به عبارتی در مراقبت ناکافی، میزان زایمان زودرس ۲۰ درصد افزایش داشت (۱۳). در مطالعه Scholl و Krueger در سال ۲۰۰۰ نیز نشان داده شد، خطر زایمان زودرس در زنانی که مراقبت ناکافی داشتند دو برابر زنانی بود که مراقبت‌ها را کافی یا متوسط دریافت کرده بودند (۱۲).

با توجه به بررسی نتایج این پژوهش و مقایسه آن با مطالعات مشابه، می‌توان بار دیگر بر اهمیت تاثیر کمیت مراقبت‌های دوران بارداری بر پیامد حاملگی خصوصاً زایمان زودرس تاکید نمود. لازم به ذکر است در پژوهش ما وجود معیارهای خاص جهت ورود به مطالعه از جمله عدم وجود سابقه زایمان زودرس، تولد کم وزن و یا عدم وجود بیماری‌های مزمن بر میزان پیامد بارداری تاثیر گذار بود. که با توجه به تاثیر مهم متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای بر پیامد نامطلوب در حاملگی طبق نتایج مطالعه Vahdaninia و همکاران در سال ۲۰۰۸ و مطالعه Howard و همکاران در سال (۱۷، ۱۶)، می‌توان انتظار داشت درصد زایمان زودرس در مراقبت ناکافی مادران باردار پرخطر، بسیار بیشتر از نتایج این تحقیق باشد. در نهایت محققین این پژوهش، مطالعات بیشتر در زمینه بررسی ارتباط کمیت مراقبت‌های دوران بارداری با سایر پیامدهای نامطلوب حاملگی را پیشنهاد می‌نمایند.

از آنجائی که دسترسی به پرونده بیماران در مراکز خصوصی امکان پذیر نبود و انجام پروتکل کشوری مراقبت مادران فقط در مراکز بهداشتی درمانی لازم الاجرا می‌باشد. لذا در این پژوهش به تعداد مراقبت‌های ثبت شده در پرونده مادران بسنده گردید که از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

سپاسگزاری

تشکر می‌گردد. این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی خانم طاهره طیبی می‌باشد.

از تمام همکاران مراکز بهداشتی و درمانی مورد مطالعه و مادرانی که با حوصله به سوالات ما پاسخ دادند،

References

1. Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. Maternity and Women's Health Care. Mosby, St. Louis, Missouri. 2007. pp. 932-934.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom L, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. vol. 1. 23rd ed, USA (New York): McGraw-Hill Companies; 2010.
3. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors association with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 88(2): 168-172.
4. Malloy MH, Kao TC, Lee Y. Analyzing the effect of prenatal care on pregnancy outcome: a conditional approach. *Am J Public Health* 1992; 82(3): 448.
5. Stringer M. Issues in determining and measuring adequacy of prenatal care. *J Perinatol* 1998; 18(1): 68-73.
6. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GH, et al. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitoria, Espirito Santo, Brazil. *Women Health* 2010; 50(3): 229-240.
7. Walker DS, McCully L, Vest V. Evidence-base prenatal care visits: when less is more. *J Midwifery Womens Health* 2001; 46(3): 146-151.
8. Omar M, Schiffman R. Satisfaction and adequacy of prenatal care utilization among rural low-income women. *Outcomes Manag Nurs Pract* 2000; 4(2): 91.
9. VanderWeele TJ, Lantos JD, Siddique J, Lauderdale DS. A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: comparable results for predicting small-for-gestational-age outcome but different results for preterm birth or infant mortality. *J Clin Epidemiol* 2009; 62(4): 438-445.
10. Kotelchuck M. An Overview of the APNCU Index. 1994. Available online at: [http://www.mchlibrary.info/database/HSNRCPDFs/Overview-APNCU Index. Pdf](http://www.mchlibrary.info/database/HSNRCPDFs/Overview-APNCU%20Index.Pdf) (2003).
11. Integration care of maternal health. Especially for midwives-General Practitioner. In: Family and Population Health Office, maternal health Office, editor. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 6 edit; 2009.
12. Krueger PM, Scholl TO. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. *JAOA: J Am Osteopath Asso* 2000; 100(8): 485.
13. Heaman M, Newburn-Cook C, Green C, Elliott L, Helewa M. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008; 8(1): 15.
14. Kansas Department of Health and Environment. Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Kansas: Center for Health and Environmental Statistics; 2008.
15. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. *Public Health Reports*. 2001; 116(4): 306.

16. Vahdaninia M, Tavafian S, Montazeri A. Correlates of low birth weight in term pregnancies: a retrospective study from Iran. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008; 8(1): 12.
17. Howard DL, Strobino D, Sherman S, Crum R. Within prisons, is there an association between the quantity of prenatal care and infant birthweight?. Paediatr Perinat Epidemiol 2008; 22(4): 369-378.

Archive of SID