



اسفندیاری نژاد پروین ۱*
نجار شهناز ۲
افشاری پوران دخت ۳
غلامی فاطمه ۴
حقیقی زاده محمدحسین ۵

میزان انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده در سه ماهه اول و زمان تشکیل پرونده بارداری با استاندارد کشوری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز در سال ۱۳۹۱

چکیده

زمینه: مراقبت‌های دوران بارداری اجرای صحیح اصولی است که با هدف حفظ تندرستی مادر و نوزادش انجام می‌شود. اگر مراقبت‌های دوران بارداری صحیح انجام نشود باعث افزایش زایمان زودرس، تولد نوزادان با وزن کم و مرگومیر مادر و نوزاد می‌شود. هدف این مطالعه تعیین میزان انطباق مراقبت‌های ارائه شده در سه ماهه اول و زمان تشکیل پرونده بارداری با استاندارد کشوری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، ابتدا ۲۰ مرکز از مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز با روش نمونه‌گیری ساده انتخاب شدند. پژوهشگر ضمن حضور در مراکز منتخب به مشاهده همزمان مراقبت‌های ارائه شده به ۱۹۶ زن باردار و تکمیل چک لیست‌های مربوطه پرداخت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۸/۸۸٪ مراقبت‌های ارائه شده در اولین ویزیت انطباق متوسط و ۲/۱۱٪ موارد انطباق خوبی داشت. علاوه بر این ۴/۷۰٪ از مراقبت‌های بارداری ارائه شده در سه ماهه اول انطباق ضعیف و ۶/۲۹٪ از آنها انطباق متوسط با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت.

نتیجه‌گیری: مراقبت‌های ارائه شده در زمان تشکیل پرونده و سه ماهه اول بارداری در مراکز بهداشتی درمانی، مطابق با استانداردهای کشوری نمی‌باشد و نیاز به کنترل دقیق می‌باشد.

واژگان کلیدی: مراقبت بارداری، استاندارد، مراکز بهداشتی درمانی

۱- کارشناس ارشد مامائی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی مسجدسلیمان

۲- کارشناس ارشد مامائی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۳- کارشناس ارشد مامائی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۴- کارشناس مامائی

۵- کارشناس ارشد آمار، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

* **نشانی نویسنده مسؤل:** استان خوزستان، شهرستان ایذه، حد فاصل چهار راه هلال احمر و میدان شهدا، کوچه شهید امیدیان‌پور، پلاک ۷

تلفن: ۰۹۱۶۳۹۰۵۴۵۶

نشانی الکترونیکی:

parvinesfandiari@yaho.com

مقدمه

بارداری پدیده‌ای فیزیولوژیک و طبیعی است. تغییرات مختلفی که در تمام اعضاء بدن زن باردار به وجود می‌آید به منظور سازگاری و آماده‌سازی او برای پذیرش رشد جنین و تولد نوزادی سالم است. این دوره که از دوره‌های بحرانی و حساس زندگی زنان است از نظر بهداشتی و اجتماعی برای فرد، خانواده و جامعه اهمیت فراوان دارد [۱].

مراقبت دوران بارداری که در حال حاضر یکی از شاخص‌های مهم طب پیشگیری محسوب می‌شود عبارت است از نظارت نظام‌مند که شامل انجام معاینه و مشاوره در مورد مسائل ضروری بارداری، دادن اطمینان خاطر، آموزش و حمایت از مادر باردار و خانواده او، برطرف کردن ناراحتی‌های جزئی دوران بارداری و تهیه یک برنامه غربالگری مداوم کلینیکی و آزمایشگاهی برای تأیید کم خطر بودن بارداری که از زمان لقاح تا زایمان صورت می‌گیرد [۲].

شروع مراقبت‌های دوران بارداری در سه ماهه اول و تداوم آن در طول بارداری منجر به بهبود نتایج بارداری و زایمان خواهد شد [۳] بر همین اساس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران از سال ۱۳۸۵ شروع مراقبت‌های دوران بارداری را در هفته‌های ۶-۱۰ بارداری اجباری دانسته است [۴].

بنائیان و دریس در بررسی خود در شهرستان بروجن در سال ۱۳۸۳ گزارش نمودند، تنها ۴۰٪ زنان در سه ماهه اول جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه کرده بودند [۵]. مطالعه‌ای نیز در کانادا انجام شد که نشان داد اولین مراقبت به طور متوسط در هفته نهم بارداری بود [۶].

در حال حاضر سالانه بیش از ۲۰۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند و ۶۰۰۰۰۰ نفر از آنها به دلایل مربوط به بارداری جان خود را از دست می‌دهند، بیش از ۹۹٪ این مرگ‌ها نیز مربوط به کشورهای در حال توسعه است [۷] به همین علت سازمان جهانی بهداشت پنجمین هدف توسعه هزاره را بهبود سلامت مادران و کاهش مرگ‌ومیر مادران به میزان ۷۵٪ از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ قرار داده است [۸]. برای رسیدن به این هدف باید هر سال شاخص مرگ‌ومیر مادران ۵/۵٪ کاهش پیدا کند [۹ و ۱۰]. سازمان جهانی بهداشت ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری و مراقبت‌های دوران بارداری را یکی از راهکارهای اساسی جهت دستیابی به این اهداف می‌داند [۷].

ارتقای سلامت مادران نیازمند ارائه خدمات مؤثر و مناسب برای

تمام مادران باردار می‌باشد [۱۱]. کیفیت مناسب خدمات نیز مستلزم آن است که کارکنان بهداشتی مهارت فنی لازم را داشته باشند و به نیازهای زنان توجه کنند. واحدهای بهداشتی تجهیزات کافی داشته باشند و مراکز ارجاع بیمار کارائی لازم را برای ارائه خدمات اساسی و درمان عوارض بارداری و زایمان داشته باشند [۱۲].

ارزیابی مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۱۹۷۶ توسط کسندر^۱ و در سال ۱۹۹۴ توسط کتل چاک^۲ پیشنهاد شد. [۱۳ و ۱۴] از آنجا که استانداردها معیار معتبری می‌باشند که جهت انجام ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توان گفت بدون وجود استانداردها ارزیابی امکان‌پذیر نیست. [۱۵]

سازمان جهانی بهداشت که مرگ‌ومیر مادران را به صورت مرگ مادر در طول دوران بارداری یا تا ۴۲ روز پس از زایمان بدون توجه به طول مدت و محل حاملگی و به دلایل مرتبط با حاملگی و زایمان و یا به دلایل شدت یافتن بیماری‌های سابق مادر به علت بارداری تعریف می‌کند [۱۲] در گزارشی اشاره می‌کند که در بعضی از مناطق علیرغم پوشش وسیع خدمات بهداشتی، میزان مرگ‌ومیر مادران و نوزادان بالاست و ضرورت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بیش از پیش احساس می‌شود [۱۶].

کیفیت مراقبت عبارت از نحوه ارائه مراقبت‌ها در مقایسه با استانداردهای پایه‌گذاری شده می‌باشد [۱۷] که استاندارد کردن را می‌توان در قالب یک مفهوم کلی، برقراری ضوابط و قواعد صحیح برای یکنواخت کردن امور مشابه و یکی کردن مشخصات در هر روش و عملی که متضمن منابع اقتصادی، فنی و اجتماعی باشد تعریف کرد [۱۸].

متأسفانه ضعف کیفیت خدمات یکی از شایع‌ترین دلایل رغبت نداشتن مادران به استفاده از خدمات بهداشتی موجود است [۱۲]. آقامیری و همکاران در مطالعه‌ای که با هدف تعیین علل رویگردانی مادران باردار از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۳۸۱-۱۳۸۲ در شهرستان ساری انجام دادند، نامناسب بودن فضای فیزیکی مراکز بهداشتی، کمبود تجهیزات، عدم استفاده از نیروهای ماهر جهت کنترل و برخورد مناسب با عوارض و درمان بارداری‌های پرخطر، آگاهی ناکافی کارکنان بهداشتی در زمینه بهداشت باروری و نبودن ارتباط مناسب بین مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌های تخصصی و پزشکان متخصص را از مهم‌ترین علل رویگردانی زنان باردار ساکن شهرها از مراکز بهداشتی درمانی بیان

۱- Kessner

۲- Kottel chuck



پژوهشگر ضمن حضور در مراکز بهداشتی درمانی، پس از ارائه معرفی‌نامه به مسئول مرکز بهداشت مربوطه کار خود را شروع نمود به این ترتیب که پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از زن باردار به مشاهده همزمان مراقبت‌های ارائه شده به زنان بارداری که در سه ماهه اول بارداری و برای تشکیل پرونده مراجعه کرده بودند و ثبت آنها در چک لیست محقق ساخته که روایی و پایایی آن سنجیده شده بود پرداخت. ضمناً چک لیست ذکر شده بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری طراحی شده بود و در آن تمام اقداماتی که باید در سه ماهه اول و زمان تشکیل پرونده بارداری برای زنان باردار انجام شود، گنجانده شده بود. چک لیست شامل بخش‌های مختلفی بود به عنوان مثال در بخش تشکیل پرونده شامل موارد زیر بود: بخش اول شامل مصاحبه و تشکیل پرونده بود که خود شامل ۱۲ سوال چند گزینه‌ای از قبیل آیا از مادر به گرمی استقبال می‌شود؟ (بلی، خیر)، آیا حریم خصوصی مادر رعایت می‌شود؟ (بلی کاملاً رعایت می‌شود، بلی تا حدودی رعایت می‌شود، خیر) آیا در خصوص وضعیت بارداری فعلی مادر سؤال می‌شود؟ (بلی در خصوص تک‌تک موارد سؤال می‌شود، بلی تا حدودی سؤال می‌شود، خیر) و سایر سؤالات نیز به همین شکل و براساس فرم استاندارد مراقبت بارداری طراحی شد. بخش دوم مربوط به معاینه بالینی مادر و شامل ۱۳ سؤال چند گزینه‌ای در خصوص اندازه‌گیری قد، اندازه‌گیری وزن، محاسبه سن بارداری، معاینه چشم مادر، معاینه تیرئوئید و ... بود. بخش سوم نیز شامل بررسی آزمایشات، سونوگرافی و واکسیناسیون مادر بود.

در خصوص چک لیست مربوط به سه ماهه اول نیز اقدامات انجام شده به چند بخش تقسیم شد. بخش اول شامل ۲۴ سؤال ۲ و ۳ گزینه‌ای بود، بخش دوم مربوط به آزمایشات و سونوگرافی که شامل ۴ سؤال چند گزینه‌ای بود. بخش بعدی مربوط به آموزش و مشاوره و شامل ۱۶ سؤال ۴ گزینه‌ای در خصوص آموزش بهداشت فردی، آموزش بهداشت جنسی، آموزش بهداشت دهان و دندان و ... بود و گزینه‌ها شامل بلی به طور کامل آموزش داده می‌شود، بلی در حد متوسط آموزش داده می‌شود، بلی در حد کم آموزش داده می‌شود و خیر آموزش داده نمی‌شود بود. بخش بعدی مربوط به مکمل‌های دارویی و غذایی بود که خود شامل ۳ سؤال در خصوص مصرف اسیدفولیک و مکمل‌های غذایی بود و بخش آخر شامل ۴ سؤال مربوط به فرد ارائه‌دهنده خدمت بود که آیا تاریخ مراجعه بعدی را تعیین و نام و

نمودند [۱۹]. انصاری نیاکی و ایزدی ثابت نیز در سال ۱۳۸۱ با انجام مطالعه‌ای با هدف تعیین کیفیت ارائه مراقبت‌های قبل از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی بر اساس استانداردهای مراقبتی موجود در سمنان نیز نشان دادند که کیفیت ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری و دوران بارداری در حد کاملاً مطلوب نبوده است [۲۰]. امروزه بهبود عملکرد مراکز درمانی جهت افزایش کارایی و اثربخشی، یکی از اهداف بسیار مهم است که در این راستا ایجاد و پیروی از استانداردها نقش مهمی در افزایش کارایی مراکز درمانی دارد [۲۱].

در آستانه قرن بیست‌ویکم بار مسئولیت مرگ و صدمات دائمی که مادران در بسیاری از نقاط تحمل می‌کنند بر عهده محققان و کارکنانی است که از تمام ظرفیت و انرژی خود در رفع نیازهای انسانی و ارتقاء سلامت زنان استفاده نمی‌کنند [۲۲] لذا در این تحقیق با تأکید بر نقش مراقبت‌های دوران بارداری در بهبود سلامت مادران به بررسی میزان انطباق مراقبت‌های ارائه شده در سه ماهه اول و زمان تشکیل پرونده بارداری با استاندارد کشوری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز پرداخته شد تا موارد نقص موجود شناسایی شده و نتایج و پیشنهادات لازم جهت اصلاح در اختیار سازمان‌های مربوطه قرار گیرد تا به این ترتیب بتوانیم همگام با تلاش‌های جهانی و در راستای بهبود سلامت جامعه در کشور خود سلامت مادران را ارتقاء دهیم [۲۳].

روش کار

در پژوهش توصیفی حاضر، ابتدا مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز به ۳ بخش مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت غرب، مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شرق و مراکز روستایی تقسیم شدند. سپس به طور تصادفی و با استفاده از روش قرعه‌کشی ۳/۱ از مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت غرب، ۳/۱ از مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شرق و ۳/۱ از مراکز روستایی انتخاب شدند و جمعاً ۲۰ مرکز مورد مطالعه قرار گرفت. بر اساس مطالعات مشابه حجم نمونه ۱۹۶ نفر محاسبه شد سپس به نسبت جمعیت تحت پوشش هر مرکز، تعداد نمونه مختص هر مرکز محاسبه شد و ۱۹۶ نفر بین مراکز منتخب تقسیم شد به طوری که هر چه جمعیت تحت پوشش مرکزی بیشتر بود، تعداد بیشتری از نمونه‌ها به آن مرکز تعلق گرفت و نمونه بیشتری از آن مرکز جمع‌آوری شد.

نام خانوادگی و امضا خود را در پرونده و دفترچه همراه مادر ثبت می‌کند یا خیر.

جهت تعیین روایی آن از اعتبار محتوی استفاده شد و به منظور تأیید پایایی چک لیست از روش ارزیابی همزمان استفاده شد به این ترتیب که پژوهشگر و یکی از همکاران ماما، نتایج حاصل از مشاهده ارائه مراقبت‌های دوران بارداری به زنانی که دارای شرط ورود به پژوهش بودند را ثبت نموده و با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب همبستگی آنها محاسبه شد که ۸۵٪ بود. ضمناً زنان بارداری می‌توانستند وارد مطالعه شوند که بارداری آنها به وسیله آزمایش یا سونوگرافی تأیید شده بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و نسبت و با استفاده از روش نمره‌دهی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نشان داد که ۳/۹۱٪ زنان باردار در محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال قرار داشتند. ۹/۶۰٪ دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بودند.

در بخش تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی در (۷۳٪) موارد، وضعیت بارداری قبلی در (۳/۴۲٪) موارد و وجود حساسیت دارویی در (۶/۷۹٪) به طور ناقص سؤال شده بود. در مورد رفتار پرخطر در اکثریت موارد سؤال شده بود (۶/۵۶٪) اما در مورد بیماری ژنتیک در ۱/۵۶٪ موارد سؤال نشده بود. در اکثریت موارد آدرس زن باردار به طور ناقص در پرونده وی ثبت می‌شد (۱/۵۶٪). در ۳/۴۲٪ موارد نیازمند مراقبت ویژه اقدامات لازم دقیقاً طبق استاندارد کشوری انجام شده بود.

قد مادر در ۵۲٪ موارد و وزن وی در ۴/۷۱٪ موارد درست اندازه‌گیری شد و نمایه توده بدنی در ۸/۴۱٪ موارد و سن بارداری در ۸/۶۶٪ موارد درست محاسبه شد.

در ۴/۶۹٪ موارد در زمان تشکیل پرونده بارداری پزشک جهت معاینه مادر باردار در مرکز حضور داشت اما دندانپزشک تنها در ۷/۸٪ موارد در مراکز حضور داشت.

پزشک مرکز زن باردار را از نظر وضعیت پوست، پستان، شکم و اندام‌ها در هیچ یک از موارد معاینه نکرد، معاینه چشم در ۲/۳۶٪ معاینه تیروئید در ۲۴٪، قلب در ۵/۲۴٪ و ریه در ۶/۲٪ موارد انجام شد.

در بخش آزمایشات، آزمایش CBC^۳ در ۳/۶۷٪ موارد در ۱۰ هفته اول بارداری و در ۷/۳۲٪ موارد بعد از ۱۰ هفته انجام شده بود. آزمایشات VDRL^۷، HBs Ag^۶، BUN/Cr^۵، BG/Rh^۴ و قند خون در بیشتر از ۹۹٪ موارد انجام شده بود. آزمایش HIV^۸ ۱/۸۷٪ موارد انجام شد. واکسیناسیون کزاز در ۹/۹۶٪ موارد بررسی و آزمایش U/A^۹ در ۱۰۰٪ موارد انجام شد.

آزمایش ژنتیک تنها برای ۵/۰٪ زنان بالای ۳۵ سال درخواست شد و در صورت وجود موارد نیازمند مراقبت ویژه در ۱/۵۶٪ موارد اقدامات لازم دقیقاً طبق استاندارد انجام شده بود.

در بخش پرسش از مادر، در خصوص خونریزی، لکه بینی (۵/۹۹٪)، مشکلات ادراری (۷۳٪)، تهوع، استفراغ (۶/۷۹٪) و تغذیه (۲/۸۷٪) در اکثر موارد سؤال شده بود اما در مورد تشنج، اختلال هوشیاری، شوک (۷/۸۵٪)، ترشحات چرکی (۶/۵۲٪)، آبریزش (۲/۸۷٪)، درد شکم (۳/۶۶٪)، خارش پوست (۶/۸۱٪)، اختلالات روانی (۹/۹۵٪)، همسر آزاری (۲/۸۴٪) و تروما (۸/۸۸٪) موارد سؤال نشده بود.

در بخش معاینه بالینی، وزن مادر در ۴/۷۱٪ موارد کاملاً صحیح و منحنی وزن‌گیری در ۵/۹۸٪ موارد کاملاً صحیح رسم شده بود. فشارخون مادر تنها در ۱/۶٪ موارد با رعایت دقیق اصول استاندارد اندازه‌گیری شد. نبض مادر در ۸/۶۲٪ موارد و تنفس مادر در ۴/۹۷٪ موارد شمارش نشد و درجه حرارت در ۵/۹۸٪ موارد اندازه‌گیری نشد. معاینه پوست از نظر بثورات در ۲/۸۳٪ موارد، معاینه اندام از نظر ادم در ۴/۷۱٪ موارد، معاینه چشم از نظر زردی در ۶/۸۱٪ موارد و معاینه دهان و دندان در ۳/۶۵٪ موارد انجام نشد. در صورت وجود موارد نیازمند مراقبت ویژه در ۱/۵۶٪ موارد اقدامات لازم تا حدودی طبق استاندارد انجام شده بود.

در بخش آموزش و مشاوره، در مورد بهداشت روان در (۵/۹۸٪)، بهداشت جنسی (۷/۸۴٪)، علائم خطر بارداری (۷/۵۷٪)، ورزش (۹۹٪)، مسافرت (۱۰۰٪)، عدم مصرف دخانیات (۳/۸۸٪)، عدم

۳- Complete Blood Count

۴- Blood Group & Rhesus

۵- Blood Urea Nitrogen/ Creatinine

۶- Hepatitis B Surface Antigen

۷- Veneral Disease Research Laboratory

۸- Human Immunodeficiency Virus

۹- Urine Analysis



گرفتن یک شرح حال کامل، ۶/۱۹٪ در انجام معاینات فیزیکی، ۲/۴۷٪ در انجام معاینات مامایی و ۲/۷۲٪ در مورد آزمایشات رایج در اولین ویزیت به صورت مطلوب ارائه شده بود [۲۰] که ممکن است علت این تفاوت شلوغی مراکز بهداشتی درمانی باشد.

از نظر ثبت آدرس مادر در پرونده در جهت پیگیری در موارد خاص، در ۶/۳۱٪ موارد به طور دقیق ثبت شده بود که در مطالعات مشابه این مسئله بررسی نشده بود.

در خصوص اندازه‌گیری قد در زمان تشکیل پرونده بارداری تنها در ۵۲٪ موارد به طور صحیح اندازه‌گیری شده بود در حالی که تریاسی^{۱۱} و همکاران در تحقیقی گزارش نمودند که قد مادر بر نتایج زایمان مؤثر است زیرا شکل و اندازه لگن با قد مادر در ارتباط است [۲۷].

در مورد اندازه‌گیری وزن در تمام موارد وزن مادر اندازه‌گیری شد اما در سه ماهه اول در ۶/۲۸٪ موارد بدون رعایت اصول استاندارد وزن مادر اندازه‌گیری شد در حالی که ثابت شده است حتی اندکی افزایش وزن بالای وزن ایده‌آل سلامتی زنان را تهدید می‌کند [۲۸] از آنجا که وزن مادر مهم‌ترین شاخص رشد جنین است لذا پایش وزن مادر از مراقبت‌های خاص دوران بارداری است [۲۹].

در خصوص محاسبه نمایه توده بدنی در ۸/۴۱٪ موارد به طور صحیح محاسبه شد و در ۶/۲۸٪ موارد محاسبه نشد در حالی که عوارض چاقی مادر در بارداری عموماً مربوط به وزن قبل از بارداری است تا اضافه وزن دوران بارداری [۳۰ و ۳۱].

در خصوص نحوه محاسبه سن بارداری بر اساس LMP^{۱۲} در ۸/۶۶٪ موارد صحیح محاسبه شده بود این مورد در مطالعات مشابه بررسی نشده بود.

معاینات پزشکی در زمان تشکیل پرونده بارداری در ۴/۹۷٪ درصد موارد انطباق ضعیف و در ۶/۳٪ موارد انطباق متوسط با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت و در مطالعات مشابه این مسئله به تفکیک مورد بررسی قرار نگرفته بود.

آزمایش CBC در ۱۰۰٪ موارد، تعیین گروه خونی در ۵/۹۹٪ موارد و آزمایش BUN/Cr در ۹۹٪ موارد، آزمایش ادرار در ۱۰۰٪ موارد انجام شده بود که در مطالعات مشابه این موارد به تفکیک بررسی نشده بود.

قرار گرفتن در معرض دخانیات (۶/۸۰٪)، معرفی کلاس آمادگی زایمان (۱۰۰٪)، مسائل شایع در بارداری (۷۵٪)، اهمیت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری (۷/۸۶٪) موارد هیچ‌گونه آموزشی داده نشد.

در خصوص بهداشت فردی در (۷/۳۵٪)، بهداشت دهان و دندان (۷/۳۵٪)، داشتن تغذیه مناسب (۶/۵۳٪)، نحوه مصرف اسیدفولیک (۳/۳۹٪) در حد کم آموزش داده شد. به سؤالات مادر در ۴۸٪ موارد به صورت ناقص و جزئی پاسخ داده شد و در ۱/۵۵٪ موارد جهت مراجعه در نوبت تعیین شده بعدی تأکید شد.

در خصوص دفترچه مادر و نوزاد در ۶/۵۸٪ موارد به طور ناقص تکمیل شد. در خصوص پرونده بهداشتی، نام فرد ارائه‌دهنده خدمت در ۵/۹۹٪ موارد و تاریخ مراجعه بعدی در ۶/۹۹٪ موارد در پرونده ثبت می‌شد امضاء فرد ارائه‌دهنده خدمت در ۷۶/۶۳٪ موارد در پرونده ثبت نمی‌شد اما تاریخ مراجعه بعدی مادر در ۹۶/۹۷٪ موارد در پرونده وی ثبت می‌شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه میانگین سنی زنان ۲۵/۷ سال بود و تنها ۱/۵٪ زنان باردار بالای ۳۵ سال بودند. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ در روستاهای آذربایجان غربی ۵/۱۰٪ از کل بارداری‌ها مربوط به گروه سنی بالای ۳۵ سال بود. [۲۴] که علت این تفاوت ممکن است مربوط به بالا رفتن سطح آگاهی مردم در خصوص عوارض بارداری و زایمان در سنین بالا باشد. بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به دوره راهنمایی و دبیرستان بود (۹/۶۰٪). تحصیلات مادر می‌تواند از نظر رعایت اصول تغذیه‌ای و سایر مراقبت‌های بهداشتی در طول بارداری نقش داشته و نتایج بارداری را تحت تأثیر قرار دهد [۲۵] براومن^{۱۰} سطح سواد پایین را یکی از عوامل خطر عدم انجام به موقع مراقبت‌های دوران بارداری معرفی کرد [۲۶].

به طور کلی در بررسی میزان دریافت مراقبت در زمان تشکیل پرونده بارداری ۸/۱۶٪ موارد موجود در گرفتن شرح حال کامل، ۲/۱۱٪ در انجام معاینه بالینی، ۰٪ در انجام معاینات پزشکی و ۷/۸۲٪ در خصوص آزمایشات رایج در اولین ویزیت بارداری، انطباق خوبی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشتند. در بررسی انصاری نیاک و ایزدی ثابت در سال ۱۳۸۱ میزان دریافت مراقبت در اولین ویزیت بارداری مشخص شد که ۸/۴۹٪ موارد موجود در

علیرغم اینکه دستورالعمل استاندارد کشور ایران انجام ^{13}GCT را در ۶-۱۰ هفته اول بارداری جهت بررسی قند خون ضروری می‌داند در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز در ۸/۶۵٪ موارد ^{14}FBS درخواست شد و تنها در ۱٪ موارد در ۶-۱۰ هفته اول بارداری GCT درخواست شد که ممکن است به علت عدم آگاهی پرسنل بهداشتی از موارد موجود در دستورالعمل استاندارد کشوری باشد. در حالی که در حال حاضر قابل قبول‌ترین آزمون غربالگری، پایش قند خوراکی یک ساعته با ۵۰ گرم گلوکز می‌باشد [۳۲].

در سال ۲۰۰۹ حدود ۴/۱ میلیون زن باردار آلوده به HIV در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته زندگی می‌کردند که ۹۱٪ زنان باردار آلوده به HIV در جهان را شامل می‌شدند و متأسفانه تعداد خیلی کمی از آنها از وضعیت آلودگی خود اطلاع داشتند و تنها ۲۴٪ زنان باردار در این مناطق آزمایش مربوط به HIV را دریافت کرده بودند [۳۳] اما خوشبختانه در مطالعه حاضر آزمایش HIV در ۱/۸۷٪ موارد درخواست شده بود که انطباق خوبی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت و ممکن است به علت اطلاع‌رسانی مناسب در خصوص بیماری ایدز و آگاه ساختن مردم در این مورد باشد.

با توجه به اینکه در ایران شایع‌ترین راه انتقال هپاتیت، از مادر به فرزند گزارش شده است، انجام این آزمایش و تعیین میزان آلودگی مادران بسیار ضروری است [۳۴] که در مطالعه حاضر در ۹۹٪ موارد این آزمایش درخواست شده بود.

طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰ انجام مشاوره و آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشتی از جمله مسائل جنسی و بیماری‌های مقاربتی یکی از وظایف مهم ماماها در نظر گرفته شده است [۳۵]. در مطالعه حاضر در ۵/۹۹٪ موارد آزمایش از نظر VDRL انجام شده بود. در مطالعات مشابه این مورد بررسی نشده بود.

انجام واکسیناسیون کزاز در ۹/۹۶٪ موارد به طور صحیح انجام شده بود. با توجه به اینکه حذف کزاز نوزادی از اهداف سازمان جهانی بهداشت می‌باشد، انجام واکسیناسیون زنان سنین باروری باید به عنوان مهم‌ترین استراتژی برای پیشگیری از کزاز نوزادی قرار گیرد [۳۶] که این عامل در مراکز بهداشتی درمانی انطباق

خوبی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت. در بررسی مارال^{۱۵} در سال ۲۰۰۰ در اندونزی مشخص شد خانم‌هایی که حداقل یک بار در طول بارداری خود جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه نموده بودند، پوشش واکسیناسیون آنها بهتر از مادرانی بود که مراجعاتی نداشتند [۳۷].

در خصوص تشنج، اختلال هوشیاری، شوک در ۳/۱۴٪ موارد، خونریزی و لکه بینی در ۵/۹۹٪ موارد، مشکلات اداری در ۷۳٪ موارد، ترشحات چرکی در ۴/۴۷٪ موارد در سه ماهه اول از مادر سؤال شده بود اما در مطالعات مشابه این مورد بررسی نشده بود. در خصوص پارگی کیسه آب با وجود اینکه عامل حدود ۲۵٪ تا ۳۰٪ تمام تولدهای زودرس می‌باشد و یکی از علل مهم موربیدیتیه پره ناتال است [۳۸]. تنها در ۸/۱۲٪ موارد در سه ماهه اول از مادر سؤال شده بود.

در مورد درد شکم، در ۷/۳۳٪ موارد در سه ماهه اول از مادر سؤال شده بود. با وجود شیوع ۲/۰٪ تا ۲٪ شکم حاد جراحی غیر مامایی در دوران بارداری، این حالت با مرگ‌ومیر نسبتاً بالایی همراه است که علت آن عدم تشخیص به موقع و صحیح علت بیماری می‌باشد [۳۹]. این مسئله در مطالعات مشابه بررسی نشده بود.

در خصوص تهوع و استفراغ که از نشانه‌های شایع در اوایل بارداری می‌باشند [۴۰] و ۸۰٪ زنان حامله از آن شکایت دارند [۴۱]. در مطالعه حاضر در سه ماهه اول در ۶/۷۹٪ موارد از زنان باردار در این مورد سؤال شد و این در حالی است که ماما باید از تمام خانم‌های مراجعه‌کننده جهت دریافت مراقبت‌های بارداری در مورد وجود تهوع و استفراغ سؤال کند [۴۲].

در خصوص خارش پوست، در ۴/۱۸٪ موارد و اختلالات روانی تنها در ۱/۴٪ موارد از مادر سؤال شده بود. در مطالعات مشابه این مسئله بررسی نشده بود.

در خصوص همسرآزاری با وجود اینکه در ایران شیوع خشونت خانگی در زنان باردار بیش از ۶۰٪ گزارش شده است [۴۳] اما در مطالعه حاضر در ۲/۸۴٪ زنان در سه ماهه اول همسرآزاری بررسی نشد. در مطالعات مشابه این مورد بررسی نشده بود.

در خصوص تروما در ۸/۸۸٪ موارد در سه ماهه اول پرسیده نشد. در حالی که حدود ۲۰٪ از زنان باردار دچار تروماهای جسمی می‌شوند و ۲/۰٪ از زنان باردار به علت تروما نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنند [۴۴] بر اساس گزارشات کارسون^{۱۶} در سال ۲۰۰۴ شیوع

Maral - ۱۵

Carson - ۱۶

Glucose Challenge Test - ۱۳

Fasting Blood sugar - ۱۴



۳۲٪ از خانم‌های باردار مراقبت‌های دهان و دندان را دریافت کرده بودند [۴۹] ممکن است به علت عدم حضور دندانپزشک در مراکز بهداشتی و یا بی‌توجهی به معاینه دهان و دندان باشد. در حالی که مارچوریو^{۱۸} در گزارش خود می‌نویسد درمان مشکلات دندانی در دوران بارداری از تأخیر رشد جنین و تولد نوزاد قبل از ترم پیشگیری خواهد کرد [۵۰].

در خلال مراقبت‌های دوران بارداری فرصت‌های طلایی برای آموزش مادران باردار در زمینه مراقبت از خود فراهم می‌شود [۵۱]. در مطالعه حاضر در خصوص مسائل مربوط به سه ماهه اول آموزش‌های ارائه شده در ۷/۸۲٪ موارد انطباق ضعیفی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت. در مطالعه انصاری‌نیایی و ایزدی ثابت در سال ۱۳۸۱ میزان ارائه آموزش‌های مورد نیاز دوران بارداری طبق برنامه استاندارد کشوری ۴/۶۴٪ بود [۲۰] که علت این تفاوت ممکن است آگاهی ضعیف پرسنل بهداشتی از اهمیت آموزش‌های دوران بارداری باشد.

در زمینه بهداشت فردی، در سه ماهه اول در ۴/۴۵٪ موارد به مادران باردار آموزش داده نشد. این مسئله در مطالعات مشابه بررسی نشده بود.

در خصوص آموزش بهداشت روان در ۵/۹۸٪ موارد به آموزش در خصوص بهداشت روان توجهی نشده بود و این مساله در مطالعات مشابه بررسی نشده بود. در حالی که با آموزش شیوه برخورد با موقعیت‌های تنش‌زای دوران بارداری می‌توان بهداشت روانی این دوران را بهبود بخشید [۵۲]. اما متأسفانه کارکنان تیم درمانی در ارتباطات و آموزش‌های خود به دلیل مشغله کاری و کثرت مسئولیت‌ها، تأکید کمتری بر مراقبت‌های روانی می‌نمایند [۵۳].

در بخش بهداشت جنسی با وجود اینکه آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و بررسی مشکلات جنسی زوجین از اجزاء اساسی و استاندارد مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد [۵۴] و ازگلی در پژوهش خود در سال ۱۳۸۵ در تهران نشان داد که دوسوم زنان باردار نسبت به مسائل جنسی در بارداری آگاهی خوب نداشتند و ۲/۶۸٪ آنها نگرش منفی نسبت به روابط جنسی در بارداری داشتند [۵۵]. بارتلاس^{۱۹} در سال ۲۰۰۰ در تحقیق خود بر روی ۱۴۰ زن باردار نشان داد که زنان در رابطه با فعالیت جنسی در بارداری اطلاع کافی نداشتند و اکثر آنها دوست داشتند که با مشاوره در زمینه مسائل جنسی به آنها کمک می‌شد [۵۶]. اما در خصوص بهداشت

تروما در حاملگی ۶-۸٪ ذکر شده است [۴۵]. در مطالعات مشابه میزان پرسش در خصوص تروما بررسی نشده بود.

در خصوص وضعیت تغذیه در ۲/۸۷٪ موارد در سه ماهه اول از مادر سوال شده بود. وضعیت تغذیه در دوران بارداری و تأمین مواد مغذی ضروری جنین بر نتیجه بارداری و سلامتی سال‌های اولیه زندگی مؤثر است [۴۶]. در مطالعات مشابه این مسئله مورد بررسی قرار نگرفته بود.

در ۵/۹۸٪ موارد سه ماهه اول منحنی وزن‌گیری به طور صحیح رسم شده بود. این مسئله در مطالعات مشابه مورد بررسی قرار نگرفت.

در خصوص اندازه‌گیری فشار خون تنها در ۱/۶٪ موارد در سه ماهه اول فشار خون زن باردار با رعایت کامل اصول استاندارد اندازه‌گیری شد. در مطالعات مشابه این مورد بررسی نشده بود تنها در مطالعه انصاری‌نیایی و ایزدی ثابت در سال ۱۳۸۱ بیان شد کنترل فشارخون از مواردی بود که جهت اکثر مادران باردار انجام می‌شد [۲۰].

در خصوص شمارش تعداد نبض و تنفس و اندازه‌گیری درجه حرارت مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی وضعیت خوبی نداشتند به طوری که نبض در ۸/۶۲٪ موارد و تنفس در ۴/۹۷٪ موارد شمارش نشد. درجه حرارت نیز در ۵/۹۸٪ موارد اندازه‌گیری نشد. در مطالعات مشابه این مساله مورد بررسی قرار نگرفته بود.

در خصوص سن بارداری در ۷۷٪ موارد درست محاسبه شد. در مطالعات مشابه به چگونگی محاسبه سن بارداری توجه نشده بود. در خصوص معاینه پوست با وجود اینکه دقت و حساسیت کافی در مشاهده و معاینه پوست بدن زن باردار یک ضرورت است در مطالعه حاضر در هیچ یک از موارد معاینه پوست انجام نشد (۰٪). از نظر ادم در ۴/۷۱٪ موارد زنان باردار از نظر ادم بررسی نشده بودند. در مطالعه گشتاسبی در کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۷۹ نیز وضعیت معاینه مادران از نظر ادم نامطلوب گزارش شد [۴۷].

در خصوص معاینه چشم از نظر زردی، در ۶/۸۱٪ موارد معاینه چشم انجام نشد. این موضوع در مطالعات مشابه بررسی نشده بود. در بخش معاینه دهان و دندان در ۳/۶۵٪ موارد معاینه دهان و دندان انجام نشد. در تحقیقی که در سال ۱۹۹۶ در استرالیا انجام شد نیز بیش از ۵۰٪ خانم‌های باردار در طی بارداری اخیر خود توسط دندانپزشک ویزیت نشده بودند [۴۸] و در مطالعه استرافورد^{۱۷} که در سال ۱۹۹۶ در شهر کلمبوس آمریکا انجام شد نیز فقط

جنسی در ۷/۸۴٪ موارد هیچ‌گونه آموزشی داده نشد. در مطالعه حاضر در ۴/۴۵٪ موارد اشاره‌ای به بهداشت دهان و دندان نشد. در حالی که تحقیقات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نشان داده است که با آموزش بهداشت می‌توان از ۸۰٪ بیماری‌های دهان و دندان جلوگیری کرد [۵۷]. آموزش در مورد تغذیه نسبت به سایر مسائل وضعیت نسبتاً بهتری داشت که مشابه مطالعه انصاری‌نیاکی و ایزدی ثابت در سال ۱۳۸۱ بود [۲۰]. علت این مسئله ممکن است بالا بودن آگاهی زنان نسبت به اهمیت تغذیه در دوران بارداری باشد که حتی در مواردی که پرسنل از آموزش مسائل تغذیه‌ای غفلت کنند، مادران در این مورد سؤال می‌کنند. در خصوص علائم خطر بارداری، در ۷/۵۷٪ درصد موارد آموزشی داده نشد. آندریا با انجام مطالعه‌ای در تانزانیا نتیجه گرفت که در ۴۲٪ موارد به زن باردار در خصوص علائم خطر آموزشی داده نشد [۵۸]. که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حاضر در سه ماهه اول در ۹۹٪ موارد در مورد ورزش به مادران باردار هیچ آموزشی داده نشد و در مطالعه‌ای در تبریز مشخص شد که تنها ۱۸٪ از زنان در مورد لزوم انجام ورزش در بارداری توصیه بهداشتی شده بودند [۵۹] که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که ۹۶٪ از زنان حداقل یک بار در طی بارداری به انجام ورزش توصیه شده بودند [۶۰] که علت این تفاوت چشم‌گیر ممکن است عادت نداشتن به ورزش از سنین کودکی تا بزرگسالی در جامعه باشد. در خصوص مسافرت هیچ‌گونه آموزشی به زنان باردار داده نشد. مطالعات مشابه نیز این مسئله را مورد بررسی قرار ندادند. در مورد نحوه مصرف اسیدفولیک در ۳/۴۲٪ موارد هیچ‌گونه آموزشی به مادران داده نشد، در حالی که فقدان آگاهی از اهمیت اسیدفولیک شایع‌ترین علت عدم مصرف آن در طی بارداری می‌باشد [۶۱] در مطالعات مشابه نیز به این مسئله توجه نشده بود. در خصوص آموزش در مورد عدم مصرف دخانیات و عدم قرار گرفتن در معرض آنها در مطالعه حاضر توجه بسیار اندکی به آموزش در مورد عوارض دخانیات شده است و این در حالی است که نتایج پژوهش یاو^{۲۰} و همکاران نشان داد که آموزش زنان باردار در تغییر و اصلاح، آگاهی و نگرش و رفتار آنان جهت استنشاق دود سیگار محیطی تأثیرگذار است [۶۲]. در خصوص معرفی کلاس‌های آموزشی و توصیه به شرکت در این

کلاس‌ها توجه بسیار اندکی به این مسأله شده است به طوری که در سه ماهه اول در ۱۰۰٪ موارد در این مورد آموزشی داده نشد، در حالی که مطالعه‌ای که در بریتانیای کبیر انجام شد نشان داد که شرکت پدران و مادران در کلاس‌های آموزشی دوران بارداری باعث افزایش سلامت روانی و اعتماد به نفس آنها می‌شود [۶۳]. میزان توصیه به شرکت در کلاس‌های آموزشی در سایر مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته بود.

در خصوص پاسخ به سؤالات مادر در ۴/۱۸٪ موارد در حد کافی پاسخ داده شد و در مطالعه ساموئل^{۲۱}، ۲۵٪ بیان نمودند که بعد از پرسیدن سؤالاتشان از پرسنل بهداشتی، پاسخ کافی دریافت می‌کردند [۶۴] که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در خصوص توضیح درباره اهمیت دریافت مراقبت‌ها و تأکید بر مراجعه در نوبت بعدی نیز در مراکز بهداشتی مورد بررسی توجهی نمی‌شد به طوری که در خصوص اهمیت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در ۷/۸۶٪ موارد آموزشی داده نشد و در خصوص تأکید بر مراجعه در نوبت تعیین شده بعدی در ۳/۳۹٪ موارد، به زنان باردار آموزشی داده نشد. این در حالی است که نتایج تحقیقی در ایران نشان داد که بیشترین ناراضی‌ترین زنان مربوط به عدم تأکید و پیگیری کارکنان در مورد مراجعه به موقع زن باردار و برخورد نامناسب کارکنان بود [۶۵]. که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

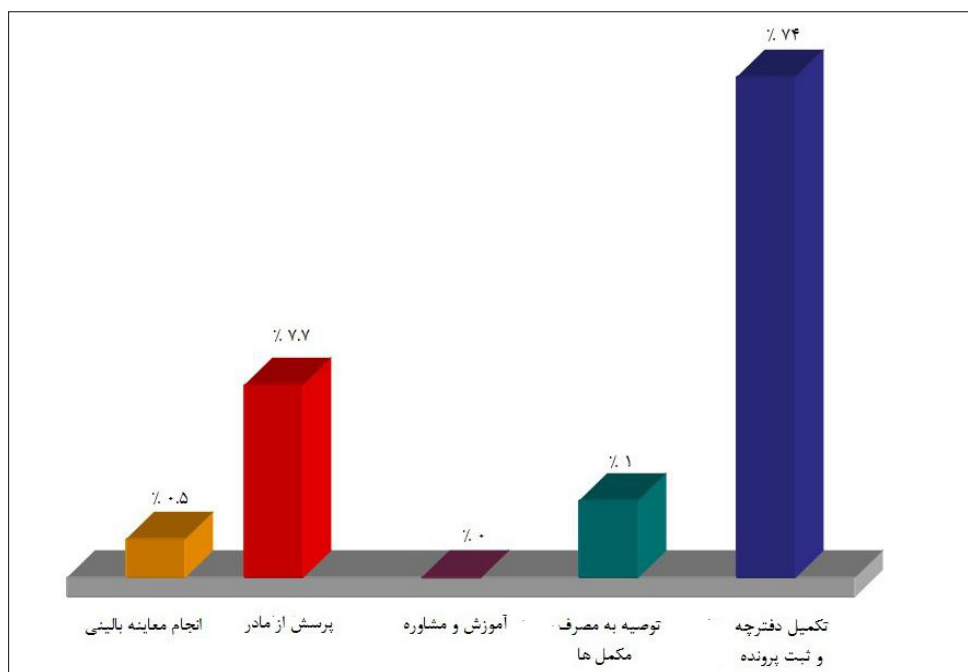
در خصوص مسائل مربوط به دفترچه و ثبت پرونده، در اکثر موارد انطباق خوبی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت. این مسأله در مطالعات مشابه مورد بررسی قرار نگرفته بود.

با توجه به نتایج به دست آمده، جهت حل مشکل پیشنهاد می‌شود به بررسی علل عدم انطباق مراقبت‌های دوران بارداری با دستورالعمل استاندارد کشوری در مراکز بهداشتی درمانی پرداخته شود و رابطه میان میزان انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه‌شده با نوع مدرک تحصیلی پرسنل ارائه‌دهنده خدمت نیز ارزیابی شود همچنین توصیه می‌شود جلسات بازآموزی طبق برنامه‌ای مدون جهت بالابردن میزان آگاهی پرسنل بهداشتی در خصوص موارد موجود در دستورالعمل استاندارد کشوری برگزار شود.

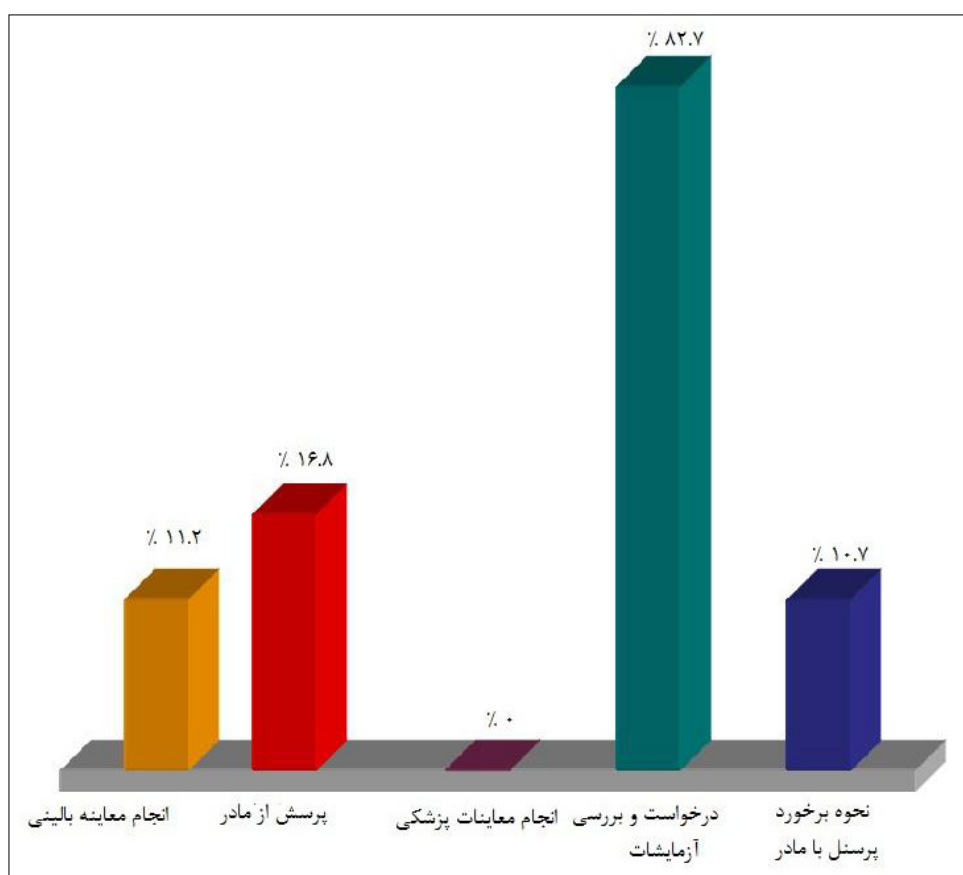
قدردانی و تشکر:

نویسندگان مقاله مراتب تشکر خود را از کلیه سازمان‌ها و افرادی که در انجام تحقیق همکاری نمودند اعلام می‌دارند.





میزان انطباق خوب اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری ارائه‌شده در سه ماهه اول بارداری براساس دستورالعمل استاندارد کشوری



میزان انطباق خوب اجزاء مراقبت‌های دوران بارداری ارائه‌شده در زمان تشکیل پرونده بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری

توزیع فراوانی نسبی موارد بررسی در بخش پریش از مادر در زمان تشکیل پرونده بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری			
انجام مراقبت قبل از بارداری	بلی دقیقاً طبق استاندارد N = ۰ ۰٪	بلی تا حدودی طبق استاندارد N = ۴۱ ۹/۲۰٪	خیر N = ۱۵۵ ۱/۷۹٪
پریش در مورد وضعیت بارداری فعلی	بلی کاملاً N = ۵۳ ۲۷٪	بلی تا حدی N = ۱۴۳ ۷۳٪	خیر N = ۰ ۰٪
پریش در مورد وضعیت بارداری قبلی	N = ۳۲ ۳/۱۶٪	N = ۸۲ ۳/۴۲٪	N = ۸۱ ۳/۴۱٪
پریش در مورد حساسیت دارویی	N = ۳۶ ۴/۱۸٪	N = ۱۵۶ ۶/۷۹٪	N = ۴ ۲٪
ثبت آدرس مادر در پرونده	بلی کامل N = ۴۱ ۲۱٪	بلی به طور ناقص N = ۱۱۰ ۵۶٪	خیر N = ۴۵ ۲۳٪
انجام مراقبت ویژه در صورت نیاز	بلی دقیقاً طبق استاندارد N = ۸۳ ۳/۴۲٪	بلی تا حدودی طبق استاندارد N = ۶۲ ۶/۳۱٪	خیر N = ۵۱ ۲۶٪
پریش در مورد وجود رفتار پرخطر	بلی		خیر
	N = ۱۱۱ ۶/۵۶٪	N = ۸۵ ۴/۴۳٪	
پریش در مورد وجود بیماری ژنتیک	بلی		خیر
N = ۸۶ ۹/۴۳٪		N = ۱۱۰ ۱/۵۶٪	

توزیع فراوانی نسبی موارد بررسی در بخش معاینه بالینی در سه ماهه اول بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری			
انجام معاینه	بلی کاملاً صحیح N = ۱۴۰ ۴/۷۱٪	بلی نسبتاً صحیح N = ۵۶ ۶/۲۸٪	خیر N = ۰ ۰٪
اندازه‌گیری وزن	N = ۱۹۳ ۵/۹۸٪	N = ۳ ۵/۱٪	N = ۰ ۰٪
ترسیم منحنی وزن‌گیری	N = ۱۲ ۱/۶٪	N = ۱۸۱ ۳/۹۲٪	N = ۳ ۵/۱٪
اندازه‌گیری فشارخون	بلی یک دقیقه N = ۱۳ ۶/۶٪	بلی کمتر از یک دقیقه N = ۶۰ ۶/۳۰٪	خیر N = ۱۲۳ ۸/۶۲٪
شمارش نبض	N = ۵ ۶/۲٪	N = ۰ ۰٪	N = ۱۹۱ ۴/۹۷٪
شمارش تنفس	بلی با رعایت اصول استاندارد N = ۰ ۰٪	بلی بدون رعایت اصول استاندارد N = ۳ ۵/۱٪	خیر N = ۱۹۳ ۵/۹۸٪
اندازه‌گیری درجه حرارت	بلی محاسبه صحیح N = ۱۵۱ ۷۷٪	بلی محاسبه اشتباه N = ۴۵ ۲۳٪	خیر N = ۰ ۰٪
محاسبه سن بارداری	بلی با انجام معاینه صحیح N = ۰ ۰٪	بلی به صورت پریش از مادر N = ۳۳ ۸/۱۶٪	خیر N = ۱۶۳ ۲/۸۳٪
بررسی وضعیت پوست، ادم، زردی، دهان و دندان	N = ۱ ۵/۰٪	N = ۵۵ ۱/۲۸٪	N = ۱۴۰ ۴/۷۱٪
پوست از نظر بثورات	N = ۳۶ ۴/۱۸٪	N = ۰ ۰٪	N = ۱۶۰ ۶/۸۱٪
اندام از نظر ادم	N = ۱۵ ۷/۷٪	N = ۵۳ ۲۷٪	N = ۱۲۸ ۳/۶۵٪
چشم از نظر زردی	بلی دقیقاً طبق استاندارد N = ۸۰ ۸/۴۰٪	بلی تا حدودی طبق استاندارد N = ۱۱۰ ۱/۵۶٪	خیر N = ۶ ۱/۳٪
دهان و دندان	انجام اقدام لازم در مواقع لزوم		



توزیع فراوانی نسبی موارد بررسی در بخش معاینه بالینی در زمان تشکیل پرونده بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری			
انجام معاینه	بلی کاملاً صحیح	بلی نسبتاً صحیح	خیر
اندازه‌گیری قد	N = ۱۰۲ ۵۲٪	N = ۵۱ ۲۶٪	N = ۴۳ ۲۲٪
اندازه‌گیری وزن	N = ۱۴۰ ۴/۷۱٪	N = ۵۶ ۶/۲۸٪	N = ۰ ۰٪
محاسبه نمایه توده بدنی	N = ۸۲ ۸/۴۱٪	N = ۵۸ ۶/۲۹٪	N = ۵۶ ۶/۲۸٪
محاسبه سن بارداری بر اساس LMP	بلی کاملاً صحیح	بلی نسبتاً صحیح	خیر
	N = ۱۳۱ ۸/۶۶٪	N = ۴۱ ۹/۲۰٪	N = ۱ ۵/۰٪
محاسبه سن بارداری بر اساس سونوگرافی	بلی کاملاً صحیح	بلی نسبتاً صحیح	خیر
	N = ۴۶ ۵/۲۳٪	N = ۲۸ ۳/۱۴٪	N = ۴۷ ۲۴٪
مقایسه سن بارداری بر اساس LMP و سونوگرافی	بلی	خیر	ندانستن تاریخ قاعدگی یا نداشتن سونوگرافی
	N = ۲۶ ۳/۱۳٪	N = ۷۲ ۷/۳۶٪	N = ۹۸ ۵۰٪

توزیع فراوانی نسبی موارد بررسی در بخش آموزش و مشاوره در سه ماهه اول بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری				
نوع آموزش	کافی	متوسط	کم	آموزش داده نشد
بهداشت فردی	N = ۱۷ ۸/۷٪	N = ۲۰ ۱۰/۲٪	N = ۷۰ ۳۵/۷٪	N = ۸۹ ۴۵/۴٪
بهداشت روان	N = ۰ ۰٪	N = ۰ ۰٪	N = ۳ ۱/۵٪	N = ۱۹۳ ۹۸/۵٪
بهداشت جنسی	N = ۰ ۰٪	N = ۲ ۱٪	N = ۲۸ ۱۴/۳٪	N = ۱۶۶ ۸۴/۷٪
بهداشت دهان و دندان	N = ۱۸ ۹/۲٪	N = ۱۹ ۹/۷٪	N = ۷۰ ۳۵/۷٪	N = ۸۹ ۴۵/۴٪
داشتن تغذیه مناسب	N = ۳۱ ۱۵/۸٪	N = ۳۳ ۱۶/۸٪	N = ۱۰۵ ۵۳/۶٪	N = ۲۷ ۱۳/۸٪
علائم خطر بارداری	N = ۸ ۴/۱٪	N = ۲۲ ۱۱/۲٪	N = ۵۳ ۲۷٪	N = ۱۱۳ ۵۷/۷٪
ورزش	N = ۰ ۰٪	N = ۰ ۰٪	N = ۲ ۱٪	N = ۱۹۴ ۹۹٪
مسافرت	N = ۰ ۰٪	N = ۰ ۰٪	N = ۰ ۰٪	N = ۱۹۶ ۱۰۰٪
نحوه مصرف اسید فولیک	N = ۱۴ ۷/۱٪	N = ۲۲ ۱۱/۲٪	N = ۷۷ ۳۹/۳٪	N = ۸۳ ۴۲/۳٪
منع مصرف دخانیات	N = ۱ ۰/۵٪	N = ۴ ۲٪	N = ۱۸ ۹/۲٪	N = ۱۷۳ ۸۸/۳٪
منع قرار گرفتن در معرض دخانیات	N = ۱ ۰/۵٪	N = ۵ ۲/۶٪	N = ۳۲ ۱۶/۳٪	N = ۱۵۸ ۸۰/۶٪
معرفی کلاس آمادگی برای زایمان	N = ۰ ۰٪	N = ۰ ۰٪	N = ۰ ۰٪	N = ۱۹۶ ۱۰۰٪
مسائل شایع در بارداری	N = ۱ ۰/۵٪	N = ۱۶ ۸/۲٪	N = ۳۲ ۱۶/۳٪	N = ۱۴۷ ۷۵٪
پاسخ به سؤالات مادر	N = ۳۶ ۱۸/۴٪	N = ۴۵ ۲۳٪	N = ۹۴ ۴۸٪	N = ۲۱ ۱۰/۶٪
اهمیت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری	N = ۰ ۰٪	N = ۷ ۳/۶٪	N = ۱۹ ۹/۷٪	N = ۱۷۰ ۸۶/۷٪
تأکید بر مراجعه در نوبت تعیین شده بعدی	N = ۴ ۲٪	N = ۷ ۳/۶٪	N = ۱۰۸ ۵۵/۱٪	N = ۷۷ ۳۹/۳٪

مراجع

- 1- Ghoochani A, Noroozi M. Taghzieh dar hamelegi. Chap aval. Tehran: moasseseh farhangi entesharate Hayan; 1385; 7-8.[In Persian].
- 2- Yazdi nezhad A. Tarjomeh mamaee va bimarihaye zanan, Scott James, Gibz Ronald, Carlon Bet, Hani Artor. Bimarihaye zanan va mamaee Danfors. David Saremi Abootaleb (moalef). Tehran: Entesharate meermah, 1382.[In Persian].
- 3- Moos MK. Prenatal Care: Limitations and Opportunities. JOGNN 2006; 35(2). PP:278-85.
- 4- Jafari N, Valafar Sh, Radpooyan L. Barnameh keshvari madarie iman-moraghebat haye edgham yafteh salamate madaran (rahnamate kharej bimarestani) vizhe mamaha va pezeshk omoomi. Chap sevom. Tajdid nazar dovom. Tehran: Chap Arvij. 1389. [In Persian].
- 5- Bennaieian Sh, Dress F. Survey to gain weight of pregnant mothers in Brojen district. J Shahrekord Med Univ, 2002; (3): 14-20.[Persian].
- 6- Heibert S. The utilization of antenatal services in remote Manitoba first nation's communities. Int J circumpolar Health, 2001; 60(1): 64-71.
- 7- Vanhoof TJ, Casy BA, Tate JP. The Status of prenatal care among Medicaid managed care patients in Connecticut. Evaluation & Health Professions, 2000; 23:409-421.
- 8- England B. Prenatal Care Satisfaction and Resilience Factors in Maryvale and South Phoenix, Arizona. February 2006. Available from: http://www.maricopa.gov/Public_Health/epi/mch.aspx. accessed Jan 2008.
- 9- World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank: Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva, Switzerland 2007.
- 10- Ronsmans C, Graham WJ: Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006, 368: 1189-1200.
- 11- 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>
- 12- Reza soltani P, Parsae S. Behdasht Madar va Koodak. Chap dovom. Tehran: Entesharate Sanjesh; 1384. [In Persian].
- 13- Kessner DM: Screening high-risk populations: a challenge to primary medical care. Community Health 1976, 1(3): 216-225.
- 14- Kotelchuck M: An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Am J Public Health 1994, 84(9): 1414-1420.
- 15- Poorshams M. Ashnaee ba standardhaye Iran, ISO9001, ISO9002, systemhaye kefiat. Tehran: 1375. [In Persian].
- 16- Stanton C, Hoberaft J, (2001). Every death counts: Measurement of maternal mortality via a census. Bul WHO. 2001; 79(7): 57-63.
- 17- Hacopy C(1998). Nursing administration. Saint Louis: mosby Co. 16-52.
- 18- Hajavi A, Sarbaz M, Moradi N. Madarek Pezeshki (3) va (4). Chap Aval. Tehran: Nashr electronicy va etela resani Jahan Rayaneh. 1381. [In Persian].
- 19- Aghamiri Z, Vizheh M, Sedaghat M, Saberi M. Elale rooygardanie madaran Bardar az morajee be marakeze Behdashti darmani shahri (shahrestan Sari) Jahate Anjame moreghe bathaye behdashti. Fasname Payesh, Sale 6. Bahar 1386: 129-133.[In Persian].
- 20- Ansari niaki M, Izadi sabet F. Keifiat eraeye



- moraghebat haye ghabl az zayeman dar marakez behdashti darmani bar asase standardhaye moraghebati mojud. Majale oloom pezeshti Semnan, jeld 5. Shomare 1,2. Paez va zemestan 1382. [In Persian].
- 21- Farzandipoor M, Asefzadeh S, Rabeei R. Assessment of consideration on the importance of Medical Records Department standards of Kashan Hospitals. *Hayat J.* 2004; 28(1): 28-33. Persian.
- 22- Zeyae Bidhendi M. Barresi taseer Amoozesh estafadeh az Partogram bar kefiyat moraghebat haye eraye shodeh tavasot mamahaye shaghel bimarestanhaye Dolati Tehran. 1381. [In Persian].
- 23- Nutritional office of Iran Ministry of Health. Nutrition news letter 5, 2001; P.3-5. [Persian].
- 24- Vahed Amar va etelaa, Gozaresh Vazeyat Barvari dar Ostan, Moavenat omoor behdashti Ostan Azarbajejen Gharbi. 1382. [In Persian].
- 25- Metteterp N. Labour pain in relation to fetal weight in primipara. *Obstet Gynecol.* 2001; 99: P.195-98.
- 26- Braveman P, Marchi K, Egerter S, Pearl M, Neuhaus J. Barrier to timely prenatal care among women with insurance: The Importance of pregnancy factors. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 95(6): 847-80.
- 27- Treacy A, Robson M. Dystocia Increase with Advancing maternal age. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(3): 760-3.
- 28- ACOG Educational Bulletin. Nutrition and Women, *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 1997, 56: 71-81.
- 29- Ebrahimof S, Sohrab G, Zerafai N. Nutrition during lifestyles. Tehran: Marzedanesh; 2009. P. 34-6 [Persian].
- 30- Ehrenberg HM, Mercer BM, Catalano PM. The influence of Obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. *Am Obstet Gynecol* 2004; 191(3): 964-8.
- 31- Catalano PM, Ehrenberg HM. The short and long term implications of maternal obesity on the mother and her offspring. *BJOG* 2006; 113: 1126-1133.
- 32- Hillier TA, Vesko KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 766-75.
- 33- Eramova I, Matic S, Munz M. HIV/AIDS treatment and care, clinical protocols for the WHO European Region Scherfigsvej8, Dk-2100 Copenhagen, Denmark, WHO Regional office for Europe. 2007; p.369-86.
- 34- Alavian M. Hepatit B. Chap 2. Entesharat Noor danesh. Tehran: 1381. 3-11. [In Persian].
- 35- Markaz Edare mamaee, Vezarat Behdasht darman va Amoozesh Pezeshti, Sharh Vazayef mamaha, Tehran: Vezarat behdasht darman va amoozesh pezehki. 1380. [in Persian].
- 36- Chung Hua, Liu Hsing, Ping Hsueh, Tsa Chichi. Research on factors affecting neonatal tetanus and its prevention through immunization. 1996 Apr. 17(2): 83-6.
- 37- Roosiermatie B, Nishiyama M, Nakae K. Factors associated with TT immunization among pregnant women. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine Public Health.* 2000 Mar 31(1): 91-5.
- 38- Mercer BM. Premature rupture of the membrane. In: Petraglia F, Strauss GF, editors. *Complicated pregnancy.* 4th ed. London: Informa health care; 2007: 713-27.
- 39- Kazar RA, Roslyn JJ. Appendix. In: Shwartz RS, Shires DA. *Principles of surgery* 7th ed. New York, Mc Graw-Hill 2002, pp: 167-9.
- 40- Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis

- Gravidarum: A current review. *Am J Perinatal* 2000; 17: 207-18.
- 41- Kallen B, Lundberg G, Aberg A. Relationship Between vitamin use, Smoking, and Nausea and vomiting of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 916-20
- 42- Gandsby R, Barnie-Adshead Am, Jagger C. A prospective Study of nausea and vomiting during pregnancy: *Br J Genpract* 1993; 43: 245-8.
- 43- Salehi Sh, Mehr Alian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2006; 8:72-77.[Persian].
- 44- Ali J, Yeo A, Gana TJ, McLellan BA. Predictors of fetal mortality in pregnant trauma patients. *J trauma* 2007; 42: 782-5.
- 45- Knudson M, Rozyck GM. Reproductive system trauma. In: Moore E, Feliciano D, Mattox K, ed. *Trauma*. 5th ed. New York: McGraw Hill, 2004: 851-868
- 46- Kaiser LL, Allen L. Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102: 1479-90.
- 47- Gashtasbi A, Majlesi F, Rahimi A, Nadim A. Aezeshyabi keifiat moraghebat haye doran bardari dar ostan kohgilooye boyerahmad. *Faslnameh payesh*. Sal 1. Shomareh 1. Zemestan 1380. 7-12. [In Persian].
- 48- Shefer W, Mynard H, Banet L. *A textbook of oral pathology*. UK: WB Saunders Company; 1996.
- 49- Ogunboded E. Socio economic factors and dental health in an Obstetric Population. *West Africa J med*, 1996; 15: 158-62.
- 50- Marjorio S. Dental procedure may reduce risk of premature birth. 2003. Available from: <http://WWW.perio.org/consumer/pregnancy-news.htm> Accessed Jan20, 2006.
- 51- Murray S, McKinney E, Gorrie T. (2002) *Foundations of maternal-newborn nursing*. 3rd ed. W.B.Saunders Co, 25-27.
- 52- Bastani F, Heidarnia A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on self efficacy in mental health of pregnant women. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 12(2): 109-116. [Persian].
- 53- Mossallanejad L, Ashkani H. *motherhood and mental health*. 1st ed. Tehran: Roshan ketab. 2005. [Persian].
- 54- Andrews G. *Women Sexual health*. 2th Edition, Bailliere Tindall Published: London,2001.p.161-72.
- 55- Ezgeli G, Dolatian M, Ezgeli M, Khooshabi K. Barresi Taghirate alayeghe jensi dar doran bardari dar zanan moraje konandeh be bimarestan haye tahte pooshesh daneshgah shahid beheshti. *Nashrieh daneshkadeh parastari mamaee shahid beheshti*. Tabestan 1387. Shomareh 61. Sal 18. 5-12. [In Persian].
- 56- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity during pregnancy. *BIOG* 2000; 107: 964-8.
- 57- Kirtiloglu T, Yavuz US. An assessment of oral self care in the student population of a Turkish university. *Public Health* 2006; 120(10): 953-7.
- 58- Andrea B Pembe, Anders Carlstedt, David P Urassa, Gunilla Lindmark, Lennarth Nystrom, Elisabeth Darj. *Quality of antenatal care in rural Tanzania: counseling on pregnancy danger signs*. 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/35>.
- 59- Rahimi S, Seied Rasoli E. Knowledge and practice of pregnant women about exercise during pregnancy. *Iran Nurs J* 2003; 17(4): 6-10.[Persian].
- 60- Clarke PE, Gross H. Women's behavior beliefs and information sources about physical exercise in



pregnancy. *Midwifery* 2004; 20(2): 133-141.

61- French MR, Barr SI, Levy-Milne R. Folate intakes and awareness of folate to prevent neural tube defects: a survey of women living in Vancouver, Canada. *J Am Diet Assoc* 2003 feb; 103(2): 181-5.

62- Yao T, Lee AH, Mao Z. Potential unintended consequences of smoke-free policies in Public place on pregnant women in china. *Am J Prve Med* 2009; 37(2):159-64.

63- Parr M. A new approach to parent education.

British Journal of Midwifery. 1998;6: 160-165

64- Samuel,E Anya. Abba Hydera. Lamin ES Jaiteh. Antenatal care in the Gambia: missed opportunity for information, education and communication. *Pregnancy and child birth* 2008,8:9.

65- Aziz zadeh M, Mohama alizadeh S, Monshizadeh M, Fasihi harandi T. Nazarate zanan bardar dar mored elale adame moraje jahat daryaft moraghebat haye dar sal 1380. *Majale Oloom pezehki Gorgan*; 1383. 226(4): 221-228. [In Persian].