بررسی عوامل موثر در عدم مراجعه منظم زنان باردار جهت مراقبت‌های دوران بارداری

دکتر محسن فکرت I
*دکتر مریم کاشانیان II
دکتر زهرا صابری III

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی عوامل موثر در عدم مراجعه منظم زنان باردار جهت مراقبت‌های دوران بارداری بوده است. در این پژوهش مقطعی ۸۰۰ زن باردار سالم که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مرکز بهداشتی مراجعه کرده بودند و ماه آخر حاملگی را می‌گذراندند مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد به ۲ گروه تقسیم شدند. گروه اول شامل ٤٠٠ نفر از افرادی بود که به طور منظم جهت مراقبت‌های دوران باردرای مراجعه کرده بودند(حداقل ۸ بار مراجعه طبق پرونده بهداشتی موجود). گروه دوم نیز شامل ٤٠٠ نفر از افرادی بود که مراجعه نامنظم داشتند سپس این ۲ گروه از نظر سن، شغل، تعداد فرزندان، نژاد(ایرانی بودن و غیرایرانی بودن) میزان درآمد خانواده، محل سکونت(شهر یا روستا)، حاملگی ناخواسته و سواد، مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. براساس نتایج به دست آمده ۲ گروه از نظر سن($P<۰/۰۰۱$)، تعداد فرزندان($P<۰/۰۰۱$)، غیرایرانی بودن($P<۰/۰۰۲$)، درآمد خانواده($P<۰/۰۰۵$)، محل سکونت($P<۰/۰۰۲$) و حاملگی ناخواسته($P<۰/۰۰۵$) و سواد($P<۰/۰۰۱$) اختلاف معنی‌داری داشتند اما از نظر شغل، تفاوت بین ۲ گروه معنی‌دار نبود. به طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که سن بالاتر مادران، تعداد بیش‌تر فرزندان، حاملگی ناخواسته، بی‌سوادی، پایین بودن سطح درآمد خانواده و روستایی بودن عواملی هستند که نقش اساسی در عدم مراجعه منظم برای مراقبت‌های دوران بارداری دارند و بارداری این افراد را پرخطر می‌سازند.

کلیدواژه‌ها: ۱ – مراقبت‌های منظم دوران بارداری ۲ – حاملگی ناخواسته ۳ – حاملگی پرخطر

مقدمه

هدف از مراقبت‌های دوران بارداری آن است که حاملگی به تولد نوزادی سالم منجر گردد بدون آن که آسیبی به مادر وارد شود.[۱] در صورتی که مراقبت‌های زمان بارداری(Prenatal care) به شکل منظم و سیستماتیک انجام شود، می‌تواند میزان مرگ و میر و عوارض را در مادران و نوزادان به شکل قابل توجهی کاهش دهد.[۲و ۳] تقریباً تمام مطالعات انجام شده روی مراقبت‌های زمان بارداری که شامل بررسی‌های وسیع و همه جانبه بوده است، نشان داده‌اند زنانی که مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت نمی‌کنند سرانجام حاملگی بدی دارند.[٤و ٥]

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر زهرا صابری جهت دریافت درجه دکترای تخصصی بیماری‌های زنان و زایمان به راهنمایی دکتر محسن فکرت سال ۱۳۷۷.

I) استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.
II) استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.(*مولف مسئول)
III) متخصص بیماری‌های زنان و زایمان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-10-27]

میزان مرگ و میر مادران از ۶۹۰ در ۱۰۰/۰۰۰ در سال ۱۹۲۰، به حدود ۹ در ۱۰۰/۰۰۰ در سال ۱۹۹۷ رسیده است[۱] و انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۱۰ به ۳/۵ در ۱۰۰/۰۰۰ برسد[۶] که سهم زیادی از آن، مربوط به مراقبت‌های صحیح زمان بارداری و اقدام به موقع جهت تشخیص، کنترل و درمان مشکلات و عوارض دوران بارداری است بنابراین در صورت عدم مراقبت منظم در زمان بارداری، زن باردار از این امتیازات برخوردار نخواهد شد و میزان مرگ و میر و عوارض در مادران و نوزادان افزایش خواهد یافت و از نظر مسایل اقتصادی و اجتماعی در خانواده و جامعه مشکلاتی را به دنبال خواهد داشت.

Kogan و همکاران[۷] مراقبت‌های جدی زمان حاملگی را بیش از ۹ بار ویزیت در طی حاملگی تعریف کرده‌اند در حالی که McDuffie و همکاران[۸] و نیز Munjanja و همکاران[۹] با مطالعات RCT متعدد نشان‌داده‌اند که در کشورهای پیش‌رفته و در حال پیش رفت می‌توان در حاملگی‌های با خطر پایین(Low risk) تعداد معاینات پری‌ناتال را کاهش داد بدون آن که آسیبی به مادر یا نوزاد وارد شود.

به طور کلی و با توجه به این بررسی‌ها به نظر می‌رسد تعداد ۸ بار ویزیت برای حاملگی‌های طبیعی کافی باشد.[۴و ۱۰]

خدمات مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی ایران، به صورت رایگان انجام می‌شود و به نظر می‌رسد عدم مراجعه منظم زنان حامله به این مراکز، دلایلی غیر از مسایل اقتصادی داشته باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به مسایل نگرشی و باوری اشاره کرد. هدف از این مطالعه بررسی عوامل موثر در عدم مراجعه منظم زنان باردار جهت مراقبت‌های دوران بارداری بوده است تا شاید بتوان از طریق شناخت آن‌ها، گامی مثبت در جهت ارائه خدمات به زنان باردار برداشت.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی(Cross sectional) و با روش نمونه‌گیری خبری غیراحتمالی آسان روی زنان بارداری که جهت کنترل بارداری، به درمانگاه بهداشت بیمارستان فیروزآبادی مراجعه کرده بودند و ماه آخر بارداری را می‌گذراندند، انجام شد.

تمام این زنان دارای کارت بهداشتی بودند که دفعات مراجعه آن‌ها در این کارت ثبت شده بود و مراجعه به مراکز دیگر نداشتند. حاملگی آن‌ها یک قلو بوده، هیچ گونه سابقه‌ای از بیماری‌های سیستمیک یا مصرف دارو به علت بیماری زمینه‌ای نداشتند،

حاملگی‌های قبلی آن‌ها طبیعی بود، در معاینات فیزیکی و آزمایش‌های معمول دوران بارداری مشکلی وجود نداشت.

این اطلاعات توسط پرسش‌نامه و مصاحبه پژوهش‌گر با زنان مورد نظر جمع‌آوری گردید. هشت‌صد زن باردار در فاصله زمانی مهر ۱۳۷۸ تا مهر ۱۳۷۹ بررسی شدند که ۴۰۰ نفر از آن‌ها مراقبت‌های منظمی در دوران بارداری داشتند و حداقل ۸ بار تا ماه آخر مراجعه کرده بودند که از روی کارت مراقبت‌های بارداری بیماران، این مطلب کنترل می‌شد. چهارصد زن باردار دیگر مراجعه نامنظم داشتند.

دو گروه از نظر سن، شغل، تعداد فرزندان، نژاد(ایرانی یا غیر ایرانی بودن که به طور عمده شامل افغانی‌های مقیم ایران می‌شد)، میزان درآمد خانواده، محل سکونت(شهر یا روستا)، حاملگی ناخواسته و سواد در ۲ گروه تحت مقایسه و بررسی قرار گرفتند.

از تمام بیماران رضایت کامل گرفته شد و آگاهی لازم در مورد طرح ارائه گردید. برای تجزیه و تحلیل آماری از تست‌های آماری T Student و کای اسکوئر استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی در افراد با مراجعه منظم ۱/۰۶±۲۳/۳ و در افراد با مراجعه نامنظم ۱/۲۸±۲۷/۸۵ سال بود که اختلاف معنی‌دار بوده است($P<0/001$)(جدول شماره ۱).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-10-27]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش براساس سن

گروه سنی	افراد با مراجعه منظم(درصد)تعداد	افراد با مراجعه نامنظم(درصد)تعداد	کل
۱۵-۱۹	۱۳۲(٪۳۳)	٦۸(٪۱۷)	۲۰۰(٪۲۵)
۲۰-۲٤	۱۲۸(٪۳۲)	۹۲(٪۲۳)	۲۲۰(٪۲۷/۵)
۲۵-۲۹	۸۸(٪۲۲)	۱۱۰(٪۲۷/۵)	۱۹۸(٪۲٤/۷۵)
۳۰-۳٤	٤٦(٪۱۱/۵)	۸۸(٪۲۲)	۱۳٤(٪۱٦/۷۵)
۳۵-۳۹	٦(٪۱/۵)	۲٦(٪٦/۵)	۳۲(٪٤)
٤۰<	-	۱٦(٪٤)	۱٦(٪۲)
کل	٤۰۰	٤۰۰	۸۰۰(٪۱۰۰)

از نظر تعداد حاملگی ۳۱۲ نفر از بیماران(٪۳۹ از کل بیماران) گراوید ۱ و ۱۷٦ نفر از بیماران(٪۲۲) گراوید ۲ و ۱۲۰ نفر(٪۱۵) گراوید ۳ و ۸۰ نفر(٪۱۰) گراوید ٤ بودند و ۱۱۲ نفر(٪۱٤) بیش از ٤ مورد حاملگی داشتند.

دویست و پنجاه نفر از زنان با حاملگی اول(٪۸۰/۱) مراجعه منظم و ٦۲ نفر(٪۲۰) مراجعه نامنظم داشتند در حالی که ۱۵٤ نفر از زنان گراوید ٤ و بالاتر(٪۸۰/۲) مراجعه نامنظم داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است(P<۰/۰۰۱). بدین معنی که با افزایش تعداد حاملگی میزان مراجعه بعدی برای مراقبت‌های بارداری کاهش یافته بود. از نظر ایرانی یا غیرایرانی بودن، ۲۰۰ نفر از کل بیماران(٪۲۵) غیرایرانی بودند(تمام آن‌ها از کشور افغانستان). تعداد ۲٦٤ نفر(٪٤٤) از افراد ایرانی و ۱٦۰ نفر از افراد غیرایرانی(٪۸۰) مراقبت نامنظم داشتند که این اختلاف معنی‌دار بوده است(P<۰/۰۰۲) بنابراین می‌توان چنین گفت که در افراد غیرایرانی میزان مراجعه جهت کنترل بارداری کم‌تر بوده است. در مورد شهری یا روستایی بودن، ۱٦۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه(٪۲۰) روستایی بودند و ۱۳٦ نفر از آن‌ها(٪۸۵) مراجعه نامنظم داشتند در حالی که ۲٦۹ نفر از افراد شهری(٪٤۲) مراجعه نامنظم داشتند که اختلاف معنی‌دار بوده است(P<۰/۰۰۲). بدین معنی که روستاییان مراجعه کم‌تری جهت مراقبت های بارداری داشته‌اند. در مورد وجود حاملگی ناخواسته و تاثیر آن روی مراجعه بیماران، ۲٦٤ نفر از کل بیماران(٪۳۳) حاملگی ناخواسته و ۱۷۲ نفر(٪٦۵/۱) از آن‌ها مراقبت نامنظم داشتند در حالی که ۲۱۵ نفر از افرادی که حاملگی در آن‌ها خواسته بوده است(٪٤۰/۱) به طور نامنظم مراجعه کرده بودند که این اختلاف معنی‌دار بود(P<۰/۰۰۵). بدین معنی که افراد با حاملگی ناخواسته مراجعه کم‌تری داشتند. در مورد تاثیر درآمد خانواده روی مراجعه جهت مراقبت‌های پری‌ناتال، ۲٦٤ نفر از کل زنان باردار(٪۳۳) سطح درآمد خانواده آن‌ها پایین بود که از این تعداد ۱۹۸ نفر(٪۷۵) مراجعه نامنظم داشتند در حالی که ۲٤۱ نفر از افراد با درآمد بالاتر(٪٤٤/۹) به طور نامنظم مراجعه کرده بودند و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت(P<۰/۰۰۵) بنابراین افراد با درآمد کم‌تر، مراجعه کم‌تر و نامنظمی داشتند. در مورد تاثیر سواد(حداقل در حد خواندن و نوشتن) روی مراجعه منظم جهت مراقبت دوران بارداری، ۲٦۷ نفر از جمعیت مورد مطالعه(٪۳۳/۳) بی‌سواد بودند که از این تعداد، ۲۳۷ نفر(٪۸۸/۷) مراجعه نامنظم داشتند در حالی که ۱٦۱ نفر از افراد باسواد(٪۳۰/۲) به طور نامنظم مراجعه کرده بودند که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار مشاهده شد(P<۰/۰۰۱) بنابراین بی‌سوادی یکی از علل عدم مراجعه منظم جهت مراقبت‌های دوران بارداری است(جدول شماره ۲). از نظر شغل، تنها ۲٤ نفر از زنان باردار مورد پژوهش(٪۳) شاغل بودند که هیچ یک از آن‌ها مراقبت نامنظم نداشتند بنابراین شغل نقش منفی در مراقبت‌های دوران بارداری ندارد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-10-27]

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی بیماران مورد پژوهش در ۲ گروه مورد مطالعه بر حسب نژاد، محل سکونت، حاملگی ناخواسته، درآمد خانواده، سواد

	نژاد		محل سکونت		خواسته بودن حاملگی		درآمد خانواده		سواد	
	ایرانی	غیرایرانی	شهر	روستا	خواسته	ناخواسته	بالا	پایین	باسواد	بی‌سواد
	n=٦٠٠	n=٢٠٠	n=٦٤٠	n=١٦٠	n=٥٣٦	n=٢٦٤	n=٥٣٦	n=٢٦٤	n=٥٣٣	n=٢٦٧
گروه با مراجعه منظم	٣٣٦ (٪٥٦)	٤٠ (٪٢٠)	٣٧١ (٪٥٨)	٢٤ (٪١٥)	٣٢١ (٪٥٩/٩)	٩٢ (٪٣٤/٩)	٢٩٥ (٪٥٥/١)	٦٦ (٪٢٥)	٣٧٢ (٪٦٩/٨)	٣٠ (٪١١/٣)
گروه با مراجعه نامنظم	٢٦٤ (٪٤٤)	١٦٠ (٪٨٠)	٢٦٩ (٪٤٢)	١٣٦ (٪٨٥)	٢١٥ (٪٤٠/١)	١٧٢ (٪٦٥/١)	٢٤١ (٪٤٤/٩)	١٩٨ (٪٧٥)	١٦١ (٪٣٠/٢)	٢٣٧ (٪٨٨/٧)
	P<٠/٠٠٢		P<٠/٠٠٢		P<٠/٠٠٥		P<٠/٠٠٥		P<٠/٠٠١	

بحث

در این مطالعه، با افزایش سن و تعداد حاملگی‌ها، بی‌سوادی و پایین بودن سطح درآمد خانواده و وجود حاملگی ناخواسته و زندگی در روستا و ایرانی نبودن، میزان مراجعه برای مراقبت‌های منظم حاملگی، کاهش یافته بود.

در مطالعه‌ای که توسط Buescher[11] روی جمعیت مهاجر لاتین کارولینای شمالی انجام شد، مشاهده گردید که این افراد تعداد حاملگی بیش‌تر و مراقبت‌های پری‌ناتال کم‌تری داشتند و درآمد آن‌ها پایین‌تر بود که با مطالعه حاضر روی جمعیت مهاجر افغانی مقیم ایران مطابقت دارد.

در مطالعه Myer[12] و همکاران، علل عدم مراجعه زنان روستایی برای بررسی‌های پری‌ناتال مورد ارزیابی قرار گرفت که عدم آگاهی آن‌ها از اهمیت معاینات پری‌ناتال عمده‌ترین عامل بوده است. این محققان پیشنهاد کردند که برنامه‌های آموزشی بهداشتی می‌تواند در این زمینه موثر باشد.

در ایران نیز با توجه به رایگان بودن مراقبت‌های دوران بارداری به نظر می‌رسد علت عدم مراجعه منظم، دلایل دیگری غیر از مسایل اقتصادی باشد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها می‌تواند عدم آگاهی زنان روستایی در مورد اهمیت این بررسی‌ها باشد.

در مطالعه Crandall[13] و همکاران، درآمد پایین زنان از علل عدم مراجعه منظم برای مراقبت‌های دوران بارداری بیان شد.

در مطالعه دیگری که توسط Roberts[14] انجام شد، فرهنگ و باورهای اعتقادی از علل دیگر عدم مراجعه به سرویس‌های بهداشتی ذکر گردید.

Kumala و همکاران[15] در مطالعه خود نشان دادند که بی‌سوادی و فقر و زندگی روستایی از عوامل مهم عدم مراجعه منظم جهت مراقبت‌های دوران حاملگی می‌باشد.

در مطالعه فقیه‌زاده[16] و هم کاران که روی حاملگی ناخواسته صورت گرفته بود، یکی از مسایل مهم در رابطه با این حاملگی‌ها نداشتن مراقبت‌های بارداری منظم ذکر شده بود. به طور کلی نتایج تمام مطالعاتی که به آن‌ها اشاره شد با مطالعات حاضر همخوانی دارند. با توجه به بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد که بتوان با آموزش بیش‌تر مادران جهت تنظیم خانواده، حاملگی در سنین بالا، تعداد حاملگی و حاملگی‌های ناخواسته را کاهش داد و با برقراری مراقبت در مناطق روستایی و برقراری تسهیلات ویژه برای مراقبت در منزل، این گروه را از مراقبت‌های پری‌ناتال برخوردار کرد. مسئله مهم دیگر آموزش اهمیت این مراقبت‌ها به زنان است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر احتمال عدم پاسخ دقیق و صحیح به سوالات پژوهش‌گر توسط بیماران و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-10-27]

محدودیت احتمالی دیگر فراموشی در ثبت مراجعه زنان باردار در پرونده بهداشتی توسط عاملان بهداشتی می‌باشد که هر دو از اختیار پژوهش‌گر خارج بوده است.

منابع

1- Cunningham F. Gary, Gant Norman F, Leveno Kenneth J, Gilstrap Larry C, Hauth John C, Wenstrom Katharine D. Williams obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001. P. 224-5.

2- Oboro Vo, Tabowei To, Jemikalajah JJ, Bosah Jo, Agu D. Pregnancy outcomes among nulliparous teenagers in suburban Nigeria. J obstet-Gynecolo 2003 Mar; 23(2): 166-9.

3- Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, et al. Pregnancy related mortality surveillance united states 1991-1999. MMWR Surveill summ 2003 Feb 21; 52(2): 1-8.

4- James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk, Pregnancy. 2 nd ed. London: W.B.Saunders; 2000. P. 11-7

5- Hueston WJ, Gilbert GE, Davis L, Sturgill V. Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. J community health 2003 Jun; 28(3): 199-208.

6- Centers for disease control and prevention and Health resources and service Administration: Maternal, infant and child health. In: Healthy people 2010, conference ed. Atlanta: GA, CDC; 2000. P. 1-3.

7- Kogan MD, Martin JA, Alexander GR, Kotelchuck M, Ventura SJ, Frigoletto FD. The changing pattern of prenatal care utilization in the united states, 1981-1995, using different prenatal care indices. JAMA 1998; 279(17): 1623.

8- McDuffie RSJr, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on prenatal outcome among low-risk women. A randomized controlled trial. J. Am, Medi, asso 1996; 275(9): 847-851.

9- Munjanja SP, Lind Mark G, Nystrom L. Randomized controlled trial of a reduced visit programe of antenatal care in Harare, zimbabwe. Lancet 1996; 348(4): 364-369.

10- Demographic and health surveys, selected statistics from DHS surveys. Demographic and health surveys newsletter 1989; 2(2): 10-2.

11- Buesher PA: A review of available data on the health of the Latio population in North Carolin. N-C-Med-J 2003 May-Jun; 64(3): 97-105.

12- Myer L, Harrison A. Why do women seek antenatal care late perspectives from rural south Africa. J-Midwifery-Womens-Health 2003 Jul-Aug; 48(4): 268-72.

13- Crandall LA, Metsch LR, Mccoy CB, Chitwood DD, Tobias H. Chronic drug use and reproductive health care among low-income women in Miami, Florida: a comparative study of access, need and utilization. J-Behav-Health-serv-res 2003 Jul-sep; 30(3): 321-31.

14- Roberts KS. Providing culturally sensitive care to the childbearing Islamic family. Adv-Neonatal-care 2002 Aug; 2(4): 222-8.

15- Kilmala T, Vaahtera M, Ndekha M, Cullinan T, Salin ML, Koivisto Am, et al. Socio economic support for good health in rural Malawi. East-Afr-Med. J 2000 Mar. 77(3): 168-71.

16- Faghihzadeh S, Babaee-Rochee G, Lmyian M, Mansourian F, Rezasoltani P. Factors associated with unwanted pregnancy J. sex-Marital-ther 2003 Mar-Apr; 29(2): 157-64.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-10-27]

Evaluation of the Effective Factors in Irregular Prenatal Care

M. Fekrat, MD[I] *M. Kashanian, MD[II] Z. Saberi, MD[III]

Abstract

The objective of the present study was to evaluate the effective factors in irregular prenatal care. A cross-sectional study was performed on 800 healthy pregnant women who had prenatal care in our prenatal clinic and were in last month of their pregnancy. 400 women had regular prenatal care(at least 8 times visits according to health care records) and 400 women did not have regular prenatal visits. Age, occupation, number of pregnancies, race(Iranian or non Iranian), income level, place of residence(city or village), unwanted pregnancy and the level of education were recorded and compared in two groups. The two groups had statistically significant difference in terms of age($P<0.001$), number of pregnancies($P<0.001$), race($P<0.002$), income level($P<0.005$), place of residence($P<0.002$), unwanted pregnancy($P<0.005$) and education level($P<0.001$). However, there was no significant difference between two groups in terms of occupation. Older age, more previous pregnancies, unwanted pregnancies, low education, low income and living in villages have essential importance in irregular and late prenatal care and render these groups as high risk in their pregnancies.

Key Words: 1) Regular Prenatal Care 2) Unwanted Pregnancy 3) High Risk Pregnancy

This article is a summary of the thesis by Z.Saberi, MD for the degree of specialty in Gynecology and Obstetrics under supervision of M. Fekrat, MD, 1998.

I) *Assistant Professor of Gynecology and Obstetrics. Shahid Akbar Abadi Hospital. Iran University of Medical Sciences ad Health Services. Tehran, Iran.*
II) *Assistant Professor of Gynecology and Obstetrics. Shahid Akbar Abadi Hospital. Iran University of Medical Sciences ad Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*
III) *Gynecologist and Obstetrician.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-10-27]