

# بررسی میزان انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده در سه ماهه دوم و سوم بارداری با راهنمای استاندارد

## کشوری در مراکز بهداشتی درمانی اهواز، ۱۳۹۱

پروین اسفندیاری نژاد<sup>۱</sup>، سلیمه نظامیوند چگینی<sup>۲</sup>، شهناز نجار<sup>۱</sup>،

معصومه یارعلی زاده<sup>۳\*</sup>، پوران دخت افشاری<sup>۱</sup>، سمیرا بیرانوند<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۴. کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۱۸

### خلاصه

**مقدمه:** مراقبت‌های دوران بارداری، اجرای صحیح اصولی است که با هدف حفظ سلامت مادر و تولد نوزاد سالم انجام می‌شود و اگر مراقبت‌های دوران بارداری به طرز صحیح انجام نشود باعث افزایش زایمان زودرس، تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد و مرگ و میر مادر و نوزاد می‌شود، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده با راهنمای استاندارد کشوری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۳۹۲ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تابع دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از زنان باردار به مشاهده همزمان مراقبت‌های ارائه شده دوران بارداری و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه پرداخته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد.

**یافته‌ها:** مراقبت دوران بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی در ۶۵/۳٪ موارد انطباق ضعیف و در ۳۴/۷٪ موارد انطباق متوسط با استاندارد کشوری داشت. به تفکیک مراقبت‌ها در سه ماهه دوم بارداری، در ۶۶/۳٪ موارد انطباق ضعیف، در ۳۳/۲٪ موارد انطباق متوسط و تنها در ۰/۵٪ موارد انطباق خوب و در سه ماهه سوم بارداری، در ۷۷/۳٪ موارد انطباق ضعیف و در ۲۱/۹٪ موارد انطباق متوسط با استاندارد کشوری مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** مراقبت دوران بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی، مطابق با استانداردهای کشوری نمی‌باشد و نیاز به کنترل می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** راهنمای استاندارد کشوری، مراقبت بارداری، مراکز بهداشتی درمانی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه یارعلی زاده؛ مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۳۷۷۵۰۱۲۲۸؛ پست الکترونیک: m.yaralizade@gmail.com

## مقدمه

مراقبت‌های بارداری از مباحث اصلی بهداشت جامعه و یکی از برنامه‌های بهداشت مادر و کودک و همچنین یک شاخص مهم بهداشتی است که کیفیت آن با شاخص میزان مرگ و میر نوزادان مرتبط است. از این رو مراقبت‌های دوران بارداری یکی از شاخص‌های مهم طب پیشگیری محسوب می‌شود و هدف اصلی از ارائه آن، تولد نوزادی سالم بدون به خطر انداختن سلامت مادر می‌باشد (۱).

بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، تعداد مرگ مادران باردار در سال ۲۰۱۰ در کل جهان، ۲۸۷۰۰۰ مورد مرگ بوده است (۲). این شاخص به صورت کلی در کشورهای پیشرفته کمتر از ۱۰ مورد و در کشورهای در حال توسعه، بیشتر از ۵۰۰ مورد در صدهزار تولد زنده گزارش شده است (۲، ۳). شاخص مرگ مادران باردار در ایران در سال ۱۹۷۵، ۲۷۴ مورد بود که در سال ۱۹۹۵ به ۹۴ مورد، در سال ۲۰۰۵ به ۳۸ مورد و در سال ۲۰۱۳ به ۲۰/۳ مورد مرگ در صد هزار تولد زنده رسیده است (۴). با توجه به اینکه مرگ مادر باردار جزء مرگ‌های قابل پیشگیری و غیر قابل قبول محسوب می‌شود، لذا می‌توان از طریق تقویت مراکز خدمت‌رسانی بهداشتی قبل از تولد، از اکثر مرگ و میرهای مادری پیشگیری کرد (۵). سلامت و پیشرفت هر جامعه تا حدود زیادی بر سلامت زنان استوار است، بنابراین حفظ سلامت مادران بایستی در اولویت خدمات بهداشتی قرار گیرد (۶). امروزه پذیرفته شده که ارائه مراقبت‌های پری‌ناتال، مقرون به صرفه‌تر از هر گونه مداخله‌ای برای کاهش مرگ و میر و عوارض مادری و همچنین مرگ و میر و عوارض قبل و بعد از تولد نوزادان می‌باشد (۷).

فلاین و همکار (۱۹۹۹) در مطالعه خود ارتباط مستقیمی بین دریافت مراقبت‌های قبل از زایمان و پیامدهای مثبت بارداری یافتند؛ به طوری که میزان مرگ و میر در زنان بدون مراقبت دوران بارداری ۶/۵ بار بیشتر از زنانی بود که مراقبت کافی داشتند (۸) و اگر مراقبت‌های دوران بارداری به‌طور نامطلوب دریافت شود، باعث افزایش مواردی چون زایمان زودرس، تولد

نوزادان با وزن کم در هنگام تولد و مرگ و میر مادر و نوزاد می‌شود (۹). ماتسون (۱۹۹۲) در مطالعه خود، مراجعات به موقع و منظم جهت دریافت مراقبت‌های بارداری را اولین قدم جهت کاهش تولد نوزادان کم وزن معرفی کرد (۱۰). در مطالعه زارعی و همکاران (۲۰۰۴) احتمال مرگ و میر در بین زنان بارداری که مراقبت‌های دوران بارداری دریافت نکردند، ۲۲ برابر زنان بارداری بود که تحت مراقبت بودند (۱۱).

کیفیت مراقبت به مفهوم نحوه ارائه مراقبت‌ها در مقایسه با استانداردهای پایه‌گذاری شده است (۱۲). ارزیابی مراقبت‌های بارداری در سال ۱۹۷۶ توسط کسندر (۱۳) و در سال ۱۹۹۴ توسط کتل چاک پیشنهاد شد (۱۴). از آنجایی که استانداردها، معیار معتبری می‌باشند که جهت انجام ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌توان گفت که بدون وجود استانداردها، ارزیابی امکان‌پذیر نیست، سازمان جهانی بهداشت نیز یکی از عناصر کیفیت مراقبت بهداشتی مادران باردار را وجود دستورالعمل‌های مراقبتی استاندارد بیان می‌کند (۱۵).

با وجود ارائه مراقبت‌ها به اشکال مختلف از سوی مراکز بهداشتی-درمانی، جهت کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان و پیشگیری از تولد نوزادان نارس و کم وزن و پیشگیری از ایجاد هزینه‌های سنگین درمانی در سیستم خدمات بهداشتی، لازم است به جنبه‌های مختلف مراقبت‌های پیشگیری مخصوصاً در زمینه بهداشت مادر و کودک، توجه خاص مبذول گردد و عوامل مؤثر در بروز عوارض ناخواسته بارداری و زایمان شناسایی و برطرف شود. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز با استاندارد کشوری و بررسی نظرات زنان باردار در خصوص مراقبت‌های ارائه شده انجام شد تا موارد نقص موجود شناسایی شده و نتایج و پیشنهادات لازم جهت اصلاح در اختیار سازمان‌های مربوطه قرار گیرد تا به این ترتیب بتوان همگام با تلاش‌های جهانی و در راستای بهبود سلامت جامعه، در کشور خود سلامت مادران را ارتقاء داد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ و با هدف بررسی میزان انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده به تمام زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز با استاندارد کشوری انجام شد. 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 به‌طور تصادفی و با استفاده از روش قرعه-کشی، یک سوم از مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت غرب، یک سوم از مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شرق و یک سوم از مراکز روستایی انتخاب شدند. به این ترتیب که از شرق، مراکز پایگاه شماره ۱ (شهرک آغاچاری، بیمارستان ابودر، شهرک شهید عباسپور)، مرکز شماره ۳، مرکز شماره ۶، مرکز شماره ۸، مرکز شماره ۱۶، مرکز شماره ۱۱، مرکز شماره ۹، مرکز شماره ۱۲)، پایگاه شماره ۲؛ از غرب مراکز شماره ۱۵، ۵، ۱۰، ۴ و ۲؛ از مراکز روستایی نیز کریت برومی، شماره ۱۳ قلعه چنغان، کوت نواصر و پایگاه شماره ۴ شبیشه انتخاب شدند و جمعاً ۲۰ مرکز مورد مطالعه قرار گرفت. لازم به ذکر است که افراد مورد پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و مراکز نیز به روش تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه شامل تأیید بارداری به‌وسیله آزمایش یا سونوگرافی و معیار خروج از مطالعه زنان بارداری بودند که در مراکز بهداشتی درمانی دیگر پرونده داشته و تنها برای مواردی دیگر نظیر کنترل فشارخون و ... مراجعه کرده بودند. همچنین با انجام مانورهای لئوپولد در سه ماهه سوم بارداری، مادرانی که بارداری آن‌ها دوقلو بود، از مطالعه خارج می‌شدند.

روش گردآوری داده‌ها مبتنی بر مشاهده و مصاحبه و ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست ارائه مراقبت‌های دوران بارداری و اطلاعات فردی زنان باردار بود. جهت تأیید اعتبار علمی پرسشنامه‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که پس از مطالعه منابع و تهیه فرم اطلاعاتی، چک لیست و پرسشنامه‌های مطالعه تهیه و به ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی

دانشکده پرستاری مامایی اهواز داده شد و پس از انجام اصلاحات لازم، نسخه نهایی تدوین گردید. 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 شرایط ورود به مطالعه بودند را ثبت نموده و با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب همبستگی آن‌ها محاسبه شد که ۰/۸۵ بود.

حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین دو جامعه مستقل و با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$  و  $power=0/9$  برای هر سه ماهه بارداری ۱۹۶ نفر و در مجموع ۳۹۲ نفر تعیین 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 می‌گرفت و نمونه بیشتری از آن مرکز جمع‌آوری می‌شد.

پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مسئولین مراکز بهداشتی درمانی شرق و غرب اهواز مطالعه در مراکز بهداشتی درمانی منتخب انجام شد. روزهای حضور پژوهشگر در مراکز منتخب به‌طور تصادفی انتخاب شد و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از زن باردار، به مشاهده همزمان مراقبت‌های ارائه شده و ثبت آن‌ها در چک لیستی که روایی و پایایی آن سنجیده شده بود، پرداخته شد. چک لیست بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری طراحی و هر سه ماهه، چک لیست مختص خود را داشت که تمام مواردی که در زمان ارائه مراقبت دوران بارداری باید انجام شوند، مورد بررسی قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و نسبت انجام گرفت؛ به این ترتیب که از روش نمره‌دهی استفاده شد و هر چک لیست به بخش‌های مختلف تفکیک و در هر بخش با در نظر گرفتن مجموع زیر گروه‌های آن، بیش‌ترین نمره

قابل انتظار طبق استاندارد کشوری محاسبه شد، سپس به سه قسمت انطباق خوب، انطباق متوسط و انطباق ضعیف تقسیم شد. به عنوان مثال اگر بخش معاینه بالینی شامل ۱۲ سؤال بود، در صورتی که اقدامی به روش صحیح انجام می‌شد نمره ۱ و اقدام بدون رعایت اصول استاندارد، نمره ۰/۵ و اگر اقدام مورد نظر انجام نمی‌شد، نمره صفر تعلق می‌گرفت. به این ترتیب بیشترین نمره قابل انتظار در بخش معاینه بالینی ۱۲ بود، زیرا بر اساس استاندارد کشوری باید تمام موارد موجود در بخش ذکر شده به‌طور صحیح برای زن باردار انجام شود. عدد ۱۲ به ۳ قسمت مساوی تقسیم شد و نمره کسب شده ۴-۰ به عنوان انطباق ضعیف، نمره کسب شده ۵-۸ به عنوان انطباق متوسط و نمره کسب شده ۹-۱۲ به عنوان انطباق خوب در نظر گرفته شد، سپس برای تمام ۱۹۶ نفر درجه انطباق در بخش مذکور محاسبه و نسبت آن‌ها به دست آمد و این محاسبات برای تمام مواردی که مورد بررسی قرار گرفتند انجام شد.

### یافته‌ها

میزان کلی انطباق مراقبت‌های دوران بارداری ارائه شده با استاندارد کشوری در ۶۵/۳٪ موارد ضعیف و در ۳۴/۷٪ موارد انطباق متوسط داشت. به تفکیک نتایج در

ارتباط با میزان انطباق مراقبت‌های ارائه شده در سه ماهه دوم بارداری با استاندارد کشوری، نتایج حاکی از انطباق ضعیف در ۶۶/۳٪ موارد، انطباق متوسط در ۳۳/۲٪ موارد و انطباق خوب تنها در ۰/۵٪ موارد بود. همچنین در ارتباط با میزان انطباق مراقبت‌های ارائه شده در سه ماهه سوم بارداری با استاندارد کشوری، نتایج این پژوهش نشان‌دهنده انطباق ضعیف در ۷۷/۳٪ موارد و انطباق متوسط در ۲۱/۹٪ موارد بود.

در سه ماهه دوم بارداری انجام معاینات بالینی در ۱٪، پرسش از مادر ۸/۲٪، آموزش و مشاوره ۵/۵٪، توصیه به مصرف مکمل‌ها ۱۳/۳٪، نحوه برخورد پرسنل با مادر ۱۶/۳٪، بررسی آزمایشات و سونوگرافی ۵۳/۶٪ و تکمیل دفترچه و ثبت پرونده ۸۰/۶٪ بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری بود. در سه ماهه سوم بارداری انجام معاینات بالینی ۱٪، پرسش از مادر ۱۴/۳٪، آموزش و مشاوره ۸/۷٪، توصیه به مصرف مکمل‌ها ۱۵/۸٪، نحوه برخورد پرسنل با مادر ۲۶٪، بررسی آزمایشات و سونوگرافی و تکمیل دفترچه و ثبت پرونده ۸۱/۲٪ بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری بود. موارد فوق به تفکیک در جداول ۱، ۲، ۳ و ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۱- فراوانی موارد بررسی در بخش پرسش از مادر به تفکیک در سه ماهه‌های دوم و سوم بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری

موارد پرسش از مادر	سه ماهه دوم تعداد (درصد)	سه ماهه سوم تعداد (درصد)	موارد پرسش از مادر	سه ماهه دوم تعداد (درصد)	سه ماهه سوم تعداد (درصد)
تشنج، اختلال هوشیاری، شوک	۳۰ (۱۵/۳)	۷۶ (۳۸/۸)	تهوع، استفراغ	۴۳ (۲۲/۴)	۱۱۹ (۶۰/۷)
خونریزی، لکه بینی	۱۶۶ (۸۴/۷)	۱۲۰ (۶۱/۲)	خارش پوست	۱۷۵ (۸۹/۳)	۳۳ (۱۶/۸)
مشکلات ادراری	۱۴۹ (۷۶)	۱۸۲ (۹۲/۹)	اختلالات روانی	۲۱ (۱۰/۷)	۱۴ (۷/۱)
ترشحات چرکی	۴۷ (۲۴)	۵۲ (۲۶/۵)	همسرازاری	۸۶ (۴۳/۹)	۲۴ (۱۲/۲)
آبریزش	۱۰۹ (۵۵/۶)	۱۵۸ (۸۰/۶)	تروما	۱۱۸ (۶۰/۲)	۴۹ (۲۵)
درد شکم	۱۴۷ (۷۵)	۴۷ (۲۴)	تغذیه	۷۸ (۳۹/۸)	۱۴۹ (۷۶)
	۷۰ (۳۵/۷)	۱۵۵ (۷۹/۱)		۱۰۵ (۵۳/۶)	۱۷۹ (۹۱/۳)
	۱۲۶ (۶۴/۳)	۴۱ (۲۰/۹)		۹۱ (۴۶/۴)	۱۷ (۸/۷)

جدول ۲- فراوانی کیفیت آموزش و مشاوره به تفکیک در سه ماهه‌های دوم و سوم بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری

نوع آموزش و مشاوره	کافی	متوسط	کم	عدم آموزش
بهداشت فردی	سه ماهه دوم	۱۷ (۸/۷)*	۲۶ (۱۳/۳)	۵۲ (۲۶/۵)
	سه ماهه سوم	۱۰ (۵/۱)	۲۶ (۱۳/۳)	۵۳ (۲۷)
بهداشت روان	سه ماهه دوم	۰ (۰)	۲ (۱)	۴ (۲)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
بهداشت جنسی	سه ماهه دوم	۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)	۱۰ (۵/۱)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۱ (۵/۶)
بهداشت دهان و دندان	سه ماهه دوم	۸ (۴/۱)	۱۹ (۹/۷)	۵۶ (۲۸/۶)
	سه ماهه سوم	۱ (۰/۵)	۱۵ (۷/۷)	۴۸ (۲۴/۵)
تغذیه مناسب	سه ماهه دوم	۳۸ (۱۹/۴)	۴۷ (۲۴)	۷۷ (۳۹/۳)
	سه ماهه سوم	۲۷ (۱۳/۸)	۵۴ (۲۷/۶)	۶۱ (۳۶/۷)
علائم خطر بارداری	سه ماهه دوم	۱۶ (۸/۲)	۲۵ (۱۲/۸)	۴۲ (۲۱/۴)
	سه ماهه سوم	۱۶ (۸/۲)	۳۹ (۱۹/۹)	۴۸ (۲۴/۵)
ورزش	سه ماهه دوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۲ (۱)	۳ (۱/۵)
مسافرت	سه ماهه دوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
مصرف اسید فولیک	سه ماهه دوم	۱۰ (۵/۱)	۱۷ (۸/۷)	۹۷ (۴۹/۵)
	سه ماهه سوم	۱۱ (۵/۶)	۲۵ (۱۲/۸)	۹۰ (۴۵/۹)
مصرف قرص آهن	سه ماهه دوم	۱۴ (۷/۱)	۲۰ (۱۰/۲)	۹۳ (۴۷/۴)
	سه ماهه سوم	۱۲ (۶/۱)	۲۵ (۱۲/۸)	۸۹ (۴۵/۴)
منع مصرف دخانیات	سه ماهه دوم	۱ (۰/۵)	۵ (۲/۶)	۱۲ (۶/۱)
	سه ماهه سوم	۱ (۰/۵)	۰ (۰)	۲۰ (۱۰/۲)
منع بودن در معرض دخانیات	سه ماهه دوم	۲ (۱)	۳ (۲)	۲۴ (۱۲/۲)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۲ (۱)	۲۸ (۱۴/۳)
شرکت و معرفی کلاس	سه ماهه دوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۵ (۲/۶)	۲ (۱)
آمادگی زایمان	سه ماهه دوم	۲ (۱)	۱۶ (۸/۲)	۳۲ (۱۶/۳)
	سه ماهه سوم	۱ (۵)	۱۱۰ (۵/۶)	۲۶ (۱۳/۳)
مسائل شایع در بارداری	سه ماهه دوم	-	-	-
	سه ماهه سوم	-	-	-
توضیح علائم زایمان	سه ماهه دوم	۱۶ (۷/۷)	۳۰ (۱۵/۳)	۴۸ (۲۴/۵)
	سه ماهه سوم	۲ (۱)	۱۱ (۵/۶)	۳۶ (۱۸/۴)
توضیح در مورد زایمان ایمن	سه ماهه دوم	-	-	-
	سه ماهه سوم	۱۴ (۷/۱)	۱۲ (۶/۱)	۲۸ (۱۴/۴)
شیردهی و اهمیت آن	سه ماهه دوم	-	-	-
	سه ماهه سوم	-	-	-
اهمیت پیشگیری پس از زایمان	سه ماهه دوم	۰ (۰)	۲ (۱)	۱۱ (۵/۶)
	سه ماهه سوم	-	-	-
واکسیناسیون نوزاد	سه ماهه دوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۲ (۶/۱)
مراقبت از نوزاد و علائم خطر	سه ماهه دوم	-	-	-
	سه ماهه سوم	۰ (۰)	۰ (۰)	۳ (۱/۵)

-	-	-	-	سه ماهه دوم	بردن دفترچه به بیمارستان
۰(۰)	۱۸۰ (۹۱/۸)	۴ (۲)	۲ (۱)	سه ماهه سوم	
۱۴ (۷/۱)	۹۰ (۴۵/۹)	۵۰ (۲۵/۵)	۴۲ (۲۱/۴)	سه ماهه دوم	پاسخ به سؤالات مادر
۱۰ (۵/۱)	۱۰۶ (۵۴/۱)	۴۲ (۲۱/۴)	۳۸ (۱۹/۴)	سه ماهه سوم	
۱۷۱ (۸۷/۳)	۱۹ (۹/۷)	۳ (۱/۵)	۳ (۱/۵)	سه ماهه دوم	اهمیت دریافت مراقبت‌ها
۱۷۶ (۹۰/۸)	۱۷ (۸/۷)	۱ (۰/۵)	۰ (۰)	سه ماهه سوم	
۶۷ (۳۴/۳)	۱۰۵ (۵۳/۶)	۱۴ (۷/۱)	۱۰ (۵/۱)	سه ماهه دوم	تأکید بر مراجعه بعدی
۱۰ (۵/۱)	۹۵ (۴۸/۵)	۱۵ (۷/۷)	۶ (۳/۱)	سه ماهه سوم	

- عدم لزوم انجام آموزش و مشاوره

جدول ۳- فراوانی موارد بررسی در بخش آزمایشات و سونوگرافی در سه ماهه‌های دوم و سوم بارداری بر اساس دستورالعمل استاندارد کشوری

آزمایشات و سونوگرافی در سه ماهه دوم (n=۱۹۶)	
۵۱ (۲۶)*	بله
۱۱ (۵/۶)	خیر
۱۵ (۸۸/۲)	بله
۲ (۱۱/۸)	خیر
۷۰ (۳۵/۷)	بله دقیقاً در ۱۸-۱۶ هفته
۸۸ (۴۴/۹)	بله یک هفته قبل یا بعد از ۸-۱۶ هفته
۳۸ (۱۹/۴)	خیر
(۱)	صفر
۶۷ (۳۴/۳)	یک
۷۸ (۴۰/۳)	دو
۳۵ (۱۷/۹)	سه
۱۳ (۶/۶)	چهار و بیشتر
۴ (۱)	مادر باردار
۷ (۳/۶)	پزشک متخصص
۴ (۱)	اطمینان از رشد جنین
۷ (۳/۶)	اطمینان از سلامت جنین
۴ (۱)	تعیین جنسیت
۱۲۶ (۶۴/۵)	بله طبق استاندارد
۳۵ (۱۷/۷)	بله
۳۵ (۱۷/۷)	خیر
آزمایشات و سونوگرافی در سه ماهه سوم (n=۱۹۶)	
۶۴ (۳۲/۷)	دقیقاً در ۳۴-۳۱ هفته
۶۵ (۳۳/۲)	یک هفته قبل یا بعد از ۳۴-۳۱ هفته
۴۸ (۲۴/۵)	خیر
۱۷ (۸/۷)	یک
۷۶ (۳۸/۸)	دو
۵۹ (۳۰/۱)	سه
۴۴ (۲۲/۴)	چهار و بیشتر
۱۱ (۵/۶)	مادر باردار
۳۲ (۱۶/۳)	پزشک متخصص
۱ (۰/۵)	اطمینان از رشد جنین

اطمینان از سلامت جنین	۳۴ (۱۷/۳)
تعیین جنسیت	۸ (۴/۱)
دقیقا طبق استاندارد	۱۲۹ (۶۵/۸)
تا حدودی طبق استاندارد	۶۰ (۳۰/۶)
خیر	۷ (۳/۶)

\* اعداد خارج پرانتز نشان‌دهنده تعداد و اعداد داخل پرانتز نشان‌دهنده درصد هستند.  
 † طبق دستورالعمل استاندارد آزمایشات در ۳۰-۲۶ هفته انجام می‌شوند که سن بارداری ۱۳۴ مورد در سه ماهه دوم کمتر از ۲۶ هفته بود و کنار گذاشته شدند.  
 ‡ مواردی که گروه خون مثبت داشتند کنار گذاشته شد.  
 \*\* در صورتی که تعداد سونوگرافی‌های انجام شده بیشتر از سه عدد بود، علت انجام و درخواست‌کننده آن‌ها پرسیده شد.  
 سایر موارد سه عدد یا کمتر انجام داده بودند.  
 \*\*\* طبق دستورالعمل استاندارد انجام سونوگرافی باید در هفته‌های ۳۴-۳۱ بارداری باشد و سن بارداری ۱۹ زنان مورد مطالعه زیر ۳۱ هفته بود و کنار گذاشته شدند.

### جدول ۴- فراوانی موارد بررسی در بخش معاینه بالینی به تفکیک در سه ماهه‌های دوم و سوم بارداری بر اساس دستورالعمل

#### استاندارد کشوری

انجام معاینه	سه ماهه دوم تعداد (درصد)	سه ماهه سوم تعداد (درصد)	انجام معاینه	سه ماهه دوم تعداد (درصد)	سه ماهه سوم تعداد (درصد)
اندازه‌گیری	بله کاملاً صحیح	۱۴۴ (۷۳/۵)	بررسی اندام	۱۳۹ (۷۰/۹)	۱۳۹ (۷۰/۹)
وزن	بله نسبتاً صحیح	۵۲ (۲۶/۵)	از نظر ادم	۵۷ (۲۹/۱)	۵۷ (۲۹/۱)
	خیر	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)
ترسیم	بله کاملاً صحیح	۱۸۸ (۹۵/۹)	بررسی چشم	۱۹۴ (۹۹)	۱۸۸ (۹۵/۹)
منحنی	بله نسبتاً صحیح	۸ (۴/۱)	از نظر زردی	۲ (۱)	۸ (۴/۱)
وزن‌گیری	خیر	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)
	بله کاملاً صحیح	۱۹ (۹/۷)	معاینه دهان	۱۸ (۹/۲)	۱۸ (۹/۲)
اندازه‌گیری	بله نسبتاً صحیح	۱۷۷ (۹۰/۳)	و دندان	۱۷۸ (۹۰/۸)	۱۷۷ (۹۰/۳)
فشار خون	خیر	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)
	بله یک دقیقه	۱۶ (۸/۲)	اندازه‌گیری	۲۸ (۱۴/۳)	۲۸ (۱۴/۳)
شمارش	بله کمتر از یک دقیقه	۳۱ (۱۵/۸)	ارتفاع رحم	۳۹ (۱۹/۹)	۳۹ (۱۹/۹)
نبض	خیر	۱۴۹ (۷۶)		۱۲۹ (۶۵/۸)	۱۴۹ (۷۶)
	بله یک دقیقه	۳ (۱/۵)	سمع صدای	۷ (۳/۶)	۳ (۱/۵)
شمارش	بله کمتر از یک دقیقه	۰ (۰)	قلب جنین	۱ (۵)	۰ (۰)
تنفس	خیر	۱۹۳ (۹۸/۵)		۱۸۸ (۹۵/۹)	۱۹۳ (۹۸/۵)
	بله با رعایت اصول استاندارد	۰ (۰)	بله وجود و چگونگی حرکت	۰ (۰)	۰ (۰)
اندازه‌گیری	بله بدون رعایت اصول استاندارد	۷ (۳/۶)	بررسی حرکت جنین	۹ (۴/۶)	۷ (۳/۶)
درجه حرارت	خیر	۱۸۹ (۹۶/۴)		۱۸۷ (۹۵/۴)	۱۸۹ (۹۶/۴)
	بله محاسبه صحیح	۱۳۳ (۶۷/۹)	انجام	۱۲۶ (۶۴/۳)	۱۲۶ (۶۴/۳)
محاسبه سن بارداری	بله محاسبه اشتباه	۶۳ (۳۲/۱)	مانورهای لئوپولد	۷۰ (۳۵/۷)	۶۳ (۳۲/۱)
	خیر	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)
	بله با انجام معاینه صحیح	۰ (۰)	بله دقیقاً طبق استاندارد	۰ (۰)	۰ (۰)
معاینه	بله به صورت پرسش از مادر	۲۹ (۱۴/۸)	اقدام لازم در مواقع لزوم	۴۶ (۲۳/۵)	۲۹ (۱۴/۸)
پوست از نظر	خیر	۱۶۷ (۸۵/۲)		۱۵۰ (۷۶/۵)	۱۶۷ (۸۵/۲)
بثورات					

- عدم لزوم انجام معاینه

استانداردها می‌باشد. در مطالعه حاضر مراقبت‌های بارداری ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهواز انطباق ضعیفی با دستورالعمل کشوری داشت.

### بحث

یکی از اهداف بسیار مهم جهت افزایش کارایی، اثربخشی و بهبود عملکرد مراکز درمانی، پیروی از

بررسی‌های متعددی نیز بیانگر رعایت نسبی آن‌ها بوده که با مطالعه حاضر همخوانی داشتند. در مطالعه فرزندی‌پور و همکاران (۲۰۰۴) در کاشان نیز رعایت نسبی اصول مراقبتی گزارش شد (۱۶). فرخی و همکار (۲۰۰۹) عملکرد کارکنان مراکز بهداشتی درمانی را در حد متوسط گزارش کردند (۱۷). نتایج مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که کیفیت ارائه خدمات بارداری فاصله قابل توجهی با استانداردهای اعلام شده در نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارد (۱۸). انصاری نیاکی و همکار (۲۰۰۳) نیز کیفیت ارائه مراقبت‌های قبل و دوران بارداری را بر اساس استانداردهای مراقبتی موجود، در حد نامطلوب گزارش کردند (۱۹).

برادران رضایی و همکاران (۲۰۰۷) نیز کیفیت خدمات ارائه شده به زنان باردار را تنها در ۲۷/۹٪ موارد خوب گزارش کردند (۲۰). در مطالعه میرمولایی و همکاران (۲۰۰۷) میزان دریافت مراقبت‌ها در ۵۳/۴٪ موارد مطلوب، در ۳۱/۸٪ موارد نسبتاً مطلوب و در ۱۴/۷٪ نامطلوب بود (۲۱). مطالعه آندریا و همکاران (۲۰۱۰) نیز در روستاهای تانزانیا نشان داد که در مراکز بهداشتی درمانی کمتر از نصف علائم خطر دوران بارداری آموزش داده می‌شوند (۲۲). در ادامه بحث به جزئیات مراقبت‌های ارائه شده در سه ماهه دوم و سوم و مقایسه آن‌ها با مطالعات موجود پرداخته می‌شود.

در مطالعه حاضر درخواست آزمایشات CBC، تعیین گروه خونی، آزمایش ادرار تعیین BUN/Cr و انجام واکسیناسیون کزاز انطباق بالایی با دستورالعمل کشوری داشتند، اما در خصوص انجام اقدامات لازم در موارد غیرطبیعی بودن آزمایشات تنها در ۱۱ نفر (۵۶/۱٪) بر اساس استاندارد عمل شده بود. در اکثر موارد در مورد علائم هشدار در خصوص پارگی زودرس کیسه آب با مادر صحبت نشده بود، درحالی‌که پارگی زودرس کیسه آب عامل ۳۰-۲۵٪ تمام تولدهای زودرس و یکی از علل مهم موربیدیت پرناتال می‌باشد (۲۳). همچنین با وجود شیوع ۲-۰/۲٪ شکم حاد جراحی غیر مامایی در دوران بارداری و مرگ و میر

نسبتاً بالای آن (۲۴)، در اکثر موارد سؤال در مورد درد شکم از مادر نشده بود.

تهوع و استفراغ از نشانه‌های شایع در اوایل بارداری و از شایع‌ترین شکایات زنان باردار و دومین علت بستری آن‌ها محسوب می‌شود (۲۵). در مطالعه حاضر در سه ماهه دوم و سوم به ترتیب در ۱۱۹ (۶۰/۷٪) و ۷۶ (۳۸/۸٪) نفر از زنان باردار در این مورد سؤال شده بود، در حالی‌که از تمام زنان مراجعه‌کننده باید در مورد وجود تهوع و استفراغ سؤال شود (۲۶).

یکی از گروه‌های حساس هر جامعه برای ارزیابی وضعیت سلامت روان، زنان باردار می‌باشند (۲۷). تحقیقات اخیر حاکی از آن است که استرس، اضطراب و افسردگی طی بارداری می‌تواند بر چگونگی تکامل نوزاد مؤثر باشد (۲۸). ۶-۲٪ زنان باردار دچار علائم حاد و شدید اعصاب و روان می‌شوند؛ به طوری که یک زن طی بارداری و بعد از آن نسبت به دو سال قبل از آن حدود ۲۰ برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن به دلیل اختلالات روانی دارد (۲۹). مراقبین بهداشتی باید آگاه باشند که زنانی که تحت سوء رفتار قرار می‌گیرند به‌طور معمول یا اصلاً برای مراقبت‌های پرناتال مراجعه نمی‌کنند و یا دیرتر این کار را انجام می‌دهند (۳۰) که این عامل منجر به افزایش عوارض مادری و جنینی می‌شود. در مطالعه حاضر اختلالات روانی در اکثر موارد مورد بررسی قرار گرفت. شیوع خشونت خانگی در زنان باردار ایرانی بیش از ۶۰٪ می‌باشد (۳۱)، با این وجود اهمیت پیشگیری و کاهش این مسأله کمتر مورد توجه مراقبین بهداشتی قرار گرفته است و در اکثر موارد همسرآزاری بررسی نشد.

طی چند سال اخیر مرگ و میر مادران باردار به دنبال عوارض مستقیم بارداری و زایمان کاهش یافته است، اما مرگ و میر به دنبال تروما رو به افزایش است. بر اساس گزارشات کارسون (۲۰۰۴) شیوع تروما در بارداری ۸-۶٪ ذکر شده است (۳۲). در مطالعه پاترسون (۲۰۰۵) ۲۰٪ از زنان باردار دچار تروماهای جسمی شده که ۲/۰٪ از آن‌ها نیاز به بستری شدن پیدا کردند (۳۳). در مطالعه حاضر در خصوص تروما در اکثر موارد سؤالی پرسیده نشد.



ممکن است به دلیل عدم اطلاع از دقت این مسئله باشد.

در مطالعه حاضر صدای قلب جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری به ترتیب تنها در ۳۴ (۱۷/۳٪) و ۵۰ (۲۵/۵٪) نفر یک دقیقه کامل شمارش شد. در مطالعه انصاری نیاکی و همکار (۲۰۰۳) شنیدن صدای قلب جنین از مواردی بود که در مراجعات مادر مورد توجه قرار می‌گرفت (۱۹). همچنین آگاهی از حرکات جنین وسیله‌ای برای آگاهی از خطرات بارداری می‌باشد (۴۰)، اما با این وجود در مطالعه حاضر تقریباً در نیمی از موارد در سه ماهه دوم و بیش از یک چهارم در سه ماهه سوم مورد بررسی قرار نگرفت. در مطالعه حاضر در خصوص انجام مانورهای لئوپولد تنها در ۶ نفر (۳/۱٪) طبق استاندارد انجام شد. این موارد در مطالعات مشابه بررسی نشده بود.

در خصوص آزمایشاتی که نیاز به تکرار داشتند آزمایشات تنها برای ۱۱ نفر (۵/۶٪) تکرار نشده بود. ۷۰ نفر (۳۵/۷٪) در سن ۱۶-۱۸ هفتگی و ۶۴ نفر (۳۲/۷٪) در سه ماهه سوم بارداری در سن ۳۱-۳۴ هفتگی سونوگرافی انجام داده بودند. در سه ماهه سوم بیش از نیمی از موارد حداقل ۳ سونوگرافی انجام داده بودند که بیشترین درخواست از طرف پزشک متخصص و به منظور اطمینان از سلامت جنین بود و در سه ماهه دوم تقریباً یک چهارم افراد حداقل ۳ سونوگرافی انجام داده بودند که بیشتر به درخواست پزشک متخصص و جهت اطمینان از سلامت جنین بود. در مطالعه شارمی و همکاران (۲۰۱۰)، ۵۵/۱٪ موارد درخواست سونوگرافی از طرف متخصص زنان بود که تقریباً نیمی از آن‌ها (۴۸/۹٪) به دلیل تعیین جنسیت و ۴۱/۱٪ به منظور بررسی سلامت جنین بود (۴۱). در مطالعه جورجس (۱۹۹۹) در دانمارک ۸۶/۳٪ زنان باردار حداقل یک سونوگرافی انجام داده بودند (۴۲). استفاده از سونوگرافی زمانی از نظر اخلاقی توجیه‌پذیر است که کاربردی بر پایه شواهد پزشکی داشته باشد (۴۳).

طی ویزیت‌های بارداری فرصت‌هایی جهت آموزش به زنان باردار در زمینه مراقبت از خود فراهم می‌شود (۴۴). در مطالعه حاضر آموزش‌های ارائه شده در اکثر

تغییراتی از جمله ایجاد کلوآسما، تغییراتی در خال‌های صورت و بدن، هیرسوتیسم خفیف، آنژیوم‌های عنکبوتی، اریتم کف دست، همانژیوم‌های مویرگی در سر و گردن، آکنه، افزایش تعریق و تغییرات ناخن همگی از تغییرات پوستی در بارداری هستند که باید به آن‌ها توجه شود (۳۴). لذا دقت و حساسیت کافی در مشاهده و معاینه پوست زن باردار یک ضرورت است، اما در مطالعه حاضر در هیچ یک از موارد معاینه انجام نشد. در خصوص خارش پوست نیز در سه ماهه دوم و سوم بارداری به ترتیب تنها در ۳۳ (۱۶/۸٪) و ۵۰ (۲۵/۵٪) نفر از مادران سؤال شده بود. ادم در سه ماهه دوم و سوم بارداری به ترتیب در ۱۲۸ (۶۵/۳٪) و ۸۷ (۴۴/۴٪) نفر بررسی نشد. در مطالعه گشتاسبی نیز وضعیت معاینه مادران از نظر ادم نامطلوب گزارش شد (۳۵).

درمان مشکلات دندانی می‌تواند از تأخیر رشد جنین و تولد نوزاد پره‌ترم پیشگیری کند (۳۶). اما در مطالعه حاضر معاینه دهان و دندان در اکثر موارد انجام نشد. استرافورد نیز طی بررسی خود در شهر کلمبوس آمریکا عنوان کرد که فقط ۳۲٪ از زنان باردار مراقبت‌های دهان و دندان را دریافت کرده بودند (۳۷). این امر ممکن است به دلیل عدم حضور دندان‌پزشک در مراکز بهداشتی و یا بی‌توجهی به معاینه دهان و دندان باشد.

در مطالعه کوتی (۲۰۰۳) در نیجریه که ۱۰۵ زن باردار در سه ماهه سوم بارداری از نظر ارتفاع رحم و پارامترهای سونوگرافیک جنین ارزیابی شدند، اختلاف قابل توجهی بین ارتفاع رحم و پارامترهای سونوگرافیک از نظر تعیین سن بارداری وجود نداشت (۳۸). در مطالعه کالن (۱۹۹۹) در آفریقا که بر روی ۱۲۷۲ زن باردار انجام شد، گزارش شد که می‌توان از ارزیابی سریال ارتفاع رحم به‌عنوان یک روش غربالگری مؤثر و کارآمد برای تخمین سن بارداری و ارزیابی رشد جنین استفاده کرد (۳۹). واضح است که اندازه‌گیری‌های سریال ارتفاع رحم می‌تواند به‌عنوان یک ابزار بالینی به‌کار رود. اما در مطالعه حاضر این مهم در سه ماهه دوم و سوم بارداری به ترتیب در ۶۰ (۳۰/۶٪) و ۷۲ نفر (۳۶/۷٪) به‌طور صحیح اندازه‌گیری می‌شد. این امر

موارد انطباق ضعیفی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت. انصاری نیکی و همکار (۲۰۰۳) ارائه آموزش- های مورد نیاز دوران بارداری را در ۶۴/۴٪ موارد طبق برنامه استاندارد کشوری گزارش کردند (۱۹). علت این تفاوت ممکن است آگاهی ضعیف پرسنل بهداشتی از اهمیت آموزش‌های دوران بارداری باشد.

در مطالعه حاضر آموزش بهداشت فردی در سه ماهه دوم و سوم بارداری در بیش از نیمی از موارد انجام نشد. آموزش بهداشت روان نیز انطباق ضعیفی با دستورالعمل استاندارد کشوری داشت. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که استرس، اضطراب و افسردگی می‌تواند بر چگونگی تکامل نوزاد مؤثر باشد (۲۸)، اما نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که بهداشت روان جزء مواردی است که در مراکز بهداشتی درمانی توسط گروه‌های بهداشتی مورد بررسی بسیار کم و یا اصلاً مورد توجه قرار نمی‌گیرد. تأکید بسیار کم بر مراقبت- های روانی ممکن است به دلیل مشغله کاری و کثرت مسئولیت‌های کارکنان تیم درمانی و یا عدم آگاهی از اهمیت آن باشد. این مسأله در مطالعات مشابه بررسی نشده بود.

بررسی مشکلات جنسی زوجین از اجزاء اساسی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد و برقراری رابطه جنسی در بارداری بدون رعایت اصول صحیح، عوارضی را برای مادر و جنین به دنبال دارد (۴۵). در مطالعه ازگلی (۲۰۰۸) نیز اکثر زنان باردار نگرش منفی نسبت به روابط جنسی در بارداری داشتند (۴۶). اغلب زنان علی‌رغم احساس نیاز به مشاوره به خاطر شرم و حیا از صحبت با پزشک خود در این زمینه خودداری می‌کنند. بارتلاس و همکاران (۲۰۰۰) عنوان کرد که زنان باردار اطلاع کافی در خصوص فعالیت جنسی در این دوران نداشته و اکثر آن‌ها تمایل دارند که با مشاوره به آن‌ها کمک شود (۴۷). در مطالعه حاضر در اکثر موارد به این مسئله توجه نشد.

آموزش بهداشت در جلوگیری از بیماری‌های دهان و دندان مؤثر می‌باشد (۴۸). محققین آکادمی پریدونتولوژی آمریکا معتقدند که سلامت دندان و لثه‌ها از عوارضی چون زایمان زودرس و کم‌وزنی نوزاد

جلوگیری می‌کند و از طرفی پوسیدگی دندان‌ها به خاطر غفلت از بهداشت دهان و دندان طی بارداری ایجاد می‌شود (۴۹). در مطالعه حاضر در سه ماهه دوم و سوم به ترتیب در ۱۱۳ (۵۷/۷٪) و ۱۳۲ نفر (۶۷/۳٪) اشاره‌ای به آموزش بهداشت دهان و دندان نشد.

نتایج اکثر مطالعاتی که در خصوص آگاهی‌های تغذیه- ای زنان باردار صورت گرفته، حاکی از آگاهی ضعیف مادران باردار بوده و اینکه رژیم‌های غذایی آن‌ها تمام نیازمندی‌هایشان را پوشش نمی‌دهد (۵۰). لاندروز و همکاران (۲۰۰۰) نیز با انجام تحقیقی بر روی تغذیه زنان باردار در بوستون نشان دادند که اکثریت زنان باردار آگاهی ضعیفی در این زمینه دارند (۵۱). در مطالعه حاضر آموزش در مورد تغذیه وضعیت خوبی داشت که مشابه مطالعه انصاری نیکی و همکار بود (۱۹). 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 می‌کنند، مادران در این مورد سؤال می‌کنند.

در مطالعه حاضر به ترتیب ۱۱۳ (۵۷/۶٪) و ۹۳ (۴۷/۴٪) نفر از زنان باردار از علائم خطر بارداری در سه ماهه دوم و سوم بارداری آگاه نشده بودند. آندریا نیز با انجام مطالعه‌ای در تانزانیا نتیجه گرفت که در ۴۲٪ موارد به زنان باردار در این خصوص آموزشی داده نمی‌شود (۲۲). که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

اثرات مفید ورزش بر سپری کردن یک بارداری بدون عارضه اثبات شده می‌باشد. مهر و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که ورزش‌های هوازی با شدت متوسط و داشتن فعالیت فیزیکی معمول طی بارداری می‌تواند از فشارخون بارداری جلوگیری کند (۵۲). از آنجا که عملکرد زنان تحت تأثیر توصیه‌های پزشکی قرار دارد، لذا پزشکان و ماماها باید در مراقبت‌های بارداری در خصوص ورزش و فواید آن اطلاعات لازم را به مادران بدهند. اما در مطالعه حاضر در اکثر موارد در این خصوص به مادران باردار آموزش داده نشده بود. در مطالعه رحیمی (۲۰۰۳) در تبریز مشخص شد که تنها ۱۸٪ از زنان در مورد لزوم انجام ورزش در بارداری توصیه بهداشتی می‌شوند و اکثر زنان باردار در ایران

و همکار (۲۰۰۳) نیز آمادگی برای زایمان و مراقبت از نوزاد جزء مواردی بود که کمترین میزان آموزش را داشتند (۱۹) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همراه بردن دفترچه به بیمارستان در ۲ نفر (۱٪) و شیردهی و اهمیت آن تنها در ۱۴ نفر (۷/۱٪) آموزش کافی داده شد. در مطالعات مشابه این مسئله بررسی نشده بود.

در مطالعه حاضر در مورد نحوه مصرف اسید فولیک در سه ماهه دوم و سوم بارداری به ترتیب در ۷۲ (۳۶/۷٪) و ۷۰ (۳۵/۷٪) نفر هیچگونه آموزشی داده نشده بود، در حالی که فقدان آگاهی از اهمیت اسیدفولیک شایع‌ترین علت عدم مصرف آن طی بارداری می‌باشد (۵۸). همچنین در مورد نحوه مصرف آهن نیز در سه ماهه دوم و سوم بارداری به ترتیب در ۶۹ (۳۵/۲٪) و ۷۰ (۳۵/۷٪) نفر آموزشی داده نشد. در خصوص توصیه به مصرف مکمل‌ها در سه ماهه دوم و سوم در بیش از نیمی از موارد انطباق ضعیف با دستورالعمل استاندارد کشوری مشاهده شد. این موارد در مطالعات مشابه بررسی نشده بود.

از نقاط قوت این مطالعه این بود که به صورت مشاهده-ای انجام شده و پژوهشگر ضمن حضور در مراکز به مشاهده همزمان مراقبت‌های بارداری ارائه شده پرداخت. در حالی که مطالعات مشابه به صورت گذشته-نگر و با بررسی پرونده‌ها انجام شدند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی علل عدم انطباق مراقبت‌های بارداری با دستورالعمل استاندارد کشوری، رابطه بین میزان انطباق مراقبت‌های بارداری ارائه شده با نوع مدرک تحصیلی ارائه‌دهندگان خدمات، مقایسه میزان انطباق مراقبت‌های بارداری ارائه شده در مراکز آموزشی و غیر آموزشی و میزان آگاهی پرسنل بهداشتی از موارد موجود در دستورالعمل استاندارد کشوری مورد توجه قرار گیرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به وجود نوعی تورش در ارائه خدمات بارداری اشاره کرد، به این ترتیب که پس از ارائه معرفی‌نامه به مراکز و مطلع شدن پرسنل از هدف انجام تحقیق، ممکن بود پرسنل

آگاهی ضعیفی نسبت به ورزش در بارداری دارند و اکثر آنان در مورد لزوم انجام ورزش در بارداری مورد آموزش و اطلاع‌رسانی قرار نمی‌گیرند (۵۳). در حالی که در انگلستان ۹۶٪ از زنان حداقل یک بار طی بارداری به انجام ورزش توصیه می‌شوند (۵۴). علت این تفاوت چشمگیر می‌تواند عادت نداشتن به ورزش در جامعه باشد.

در مطالعه حاضر در مورد مسافرت در هر سه ماهه هیچ‌گونه آموزشی به زنان باردار داده نشده و همچنین به آموزش در خصوص عدم استعمال و فرارگیری در معرض دخانیات هم توجه خاصی نشده بود. همچنین در خصوص معرفی و توصیه به شرکت در کلاس‌های آموزشی توجه بسیار اندکی شده بود، در حالی که از فواید مهم شرکت در کلاس‌های آموزشی، افزایش خودباوری، کاهش ترس از زایمان طبیعی و افزایش آگاهی از خطرات بالقوه زایمان سزارین در برابر زایمان طبیعی، افزایش میل به شیردهی، پیامدهای بهتر بارداری و افزایش رضایت از زایمان طبیعی را می‌توان نام برد (۵۵). میزان توصیه به شرکت در کلاس‌های آموزشی در سایر مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته بود. در خصوص پاسخ به سؤالات مادر در سه ماهه دوم و سوم به ترتیب در ۴۲ (۲۱/۴٪) و ۳۷ (۱۹٪) نفر در حد کافی پاسخ داده شد. در مطالعه ساموئل نیز حدود ۲۵٪ افراد بیان نمودند که بعد از پرسیدن سؤالاتشان از پرسنل بهداشتی، پاسخ کافی دریافت می‌کردند (۵۶).

در مطالعه حاضر اهمیت مراقبت‌ها در اکثر موارد مورد توجه قرار گرفته بود، ولی در خصوص تأکید بر مراجعه تعیین شده بعدی به ترتیب در سه ماهه دوم و سوم بارداری در ۶۷ (۳۴/۲٪) و ۱۰ (۵/۱٪) نفر آموزشی داده نشده بود. در مطالعه عزیززاده (۲۰۰۱) در ایران یکی از شایع‌ترین علل نارضایتی زنان مربوط به عدم تأکید و پیگیری کارکنان در مورد مراجعه به موقع بود (۵۷). در مطالعه حاضر در خصوص زایمان ایمن تنها در ۲ نفر (۱٪) و علائم زایمان تنها در ۱۵ نفر (۷/۷٪) در حد کافی آموزش داده شده بود. در مورد واکسیناسیون و مراقبت از نوزاد و اهمیت پیشگیری بعد از زایمان در هیچ موردی آموزش داده نشد. در مطالعه انصاری نیایی

سعی در انجام مراقبت‌ها بر اساس دستورالعمل کنند، در حالی که اقدامات معمول و لازم را انجام ندهند.

### نتیجه‌گیری

با توجه به عدم انطباق لازم مراقبت‌های بارداری با دستورالعمل استاندارد کشوری در مطالعه حاضر و اهمیت آن در حفظ سلامت مادران، امید است توجه دانشجویان و تمام پرسنل ارائه‌دهنده خدمات بارداری،

به نقایص ذکر شده جلب شود تا هر چه بیشتر به استاندارد مورد نظر نزدیک شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام سازمان‌ها و افرادی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Kramer MS, Barros FC, Demissie K, Liu S, Kiely J, Joseph KS. Does reducing infant mortality depend on preventing low birthweight? An analysis of temporal trends in the Americas. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2005; 19(6):445-51.
2. Van Lerberghe W, Manuel A, Matthews Z, Cathy W. *The World Health Report 2005-make every mother and child count*. 1<sup>st</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2005. P. 11.
3. World Health Organization. *World health statistics 2010*. Geneva: World Health Organization; 2010. P. 61-83.
4. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards millenniums development goal. *Lancet* 2011; 375(9726):1608-23.
5. Ahmed A, Labrallagies M, Knapp B. Prenatal care: a critical component of maternal and child health, university of Maryland. Retrieved. Available at: URL: <http://www.cmchsw.umaryland.edu/practice/pregnancy.pdf>; 2005.
6. Sehati Shasaei F, Sheibaei F. Lifestyle and its relation with pregnancy outcomes in pregnant women referred to Tabriz Teaching hospitals. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(131):13-9. (Persian).
7. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. *High risk pregnancy: management options-expert consult*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2010.
8. Ebn felian A. World Health Organization. *J Hospital* 2001; 3(1-2):65-8.
9. Majidi S, Moradi A. Investigate the causes of irregular refer pregnant women to get prenatal care in laboring women admitted to teaching hospitals affiliated to the Ministry of Health and Medical Education. *J Med Council Islamic Rep Iran* 1997; 22(1):32-8. (Persian).
10. Matson S, Lew J. Culturally sensitive prenatal care for Southeast Asians. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1992; 21(1):48-54.
11. Golyan Tehrani SH, Holakoei K, Zarei M. Survey study of effective factors on maternal mortality in Kurdistan province from 1998 to 2002. *Hayat* 2004; 10(2): 47-54.
12. Hacopy C (1998). *Nursing administration*. Saint Louis: Mosby Co. 16-52.
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. Pourshams, Iran's trading standards, iso9001, iso9002, quality systems. tehran: 2012.
16. 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).
17. Farokhi F, Khadivzadeh T. The quality of midwives provides prenatal care in urban health centers affiliated to Mashhad University of Medical Sciences. *Payesh J* 2009; 7(3):203-10. (Persian).
18. Syed Alshhdayy F, Ghanei H, Timurid p. Check the quality of services and prenatal care in the healthcare system and the private sector in the city of Sanandaj in 1999. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2009, 4(13): 28-33.
19. Ansari Niaki M, Izadi Sabet F. The quality of prenatal care performance on the basis of existing care standards in health centers. *Koomesh* 2003; 5 (1, 2): 81-86.
20. Baradaran rezaei M, Mohammad alizadeh S, Piri H, Jabbarzadeh T. Qualify of prenatal care services in the pregnant women attending to the health centers. *Nursing & Midwifery Journal*. 5, 2007, 14-20.
21. Mir moulaei S.T, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Azari M. Prenatal care utilization rate and patients satisfaction. *HAYAT* 2007; 13(2): 31-40.
22. 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 .
23. Merat S, malekzadeh R, Rezvan H, et al. Hepatitis in Iran. *Arc Med J* 2003; 4:192-201.
24. 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.

25. Mercer BM. Premature rupture of the membrane. In: Petraglia F, Strauss GF, editors. *Complicated pregnancy*. 4th ed. London: Informa health care; 2007: 713-27.
26. 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.
27. Gazmararian IA, Petersen R, Jamieson DJ. Hospitalization during Pregnancy among Managed Care Enrollees. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 94-100.
28. Gandsby R, Barnie-Adshead Am, Jagger C. A prospective Study of nausea and vomiting during pregnancy: *Br J Genpract* 1993; 43: 245-8.
29. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women mental health before, during and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth*. 2006; 33(4): 297-302.
30. Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, Poikkeus P, Tiitne A, Sinkkoneu J, Tulppala M. maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter? *Infant Behav Dev*. 2006; 29(2): 230-42.
31. Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martinez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynecol Obstet*. 2007; 97: 57064.
32. 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.
33. Patterson RM. Trauma in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 27:32-8.
34. Ali J, Yeo A, Gana TJ, Mclellan BA. Predictors of fetal mortality in pregnant trauma patients. *J trauma* 2007; 42: 782-5.
35. Gashtasbi A, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Nadim A. Quality assessment of prenatal care in kohgiluyeh and boyerahmad province, Iran. *Payesh* 2002, 1 (1): 7-12.
36. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, et al (editors). *Williams Obstetrics*. New York; McGraw-Hill; 2009: 192.
37. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008; 21: 63-71.
38. Kuti O, Osinusi B, Ojengbede O. Assessment of Gestational Age in the Third trimester of pregnancy: Comparison of Symphysis-Fundal Height Measurement with Ultrasound Methods. *Trop.J.Obstet & Gynecol*, 2003. 20(2), 123-126.
39. Callen M C, Brinkley J E. Controlled trial of fundal height measurement plotted on customized antenatal growth charts. *J Obstet & Gynecol* 1999; 106(4): 309-17.
40. Saastad E, Ahlborg T, Froen J.F. Low maternal awareness of fetal movement is associated with small for gestational age infants. *J Midwifery Wom Heal* 2008; 53(4): 345-352.
41. Sharami S.H, Faraji R, Khoramnia S, Dalile Heyrati S.F. Survey the Reason of Maternal Request for Prenatal Ultrasound in Low Risk Pregnancy. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2001; 20 (78): 49-55.
42. Jørgensen FS. Epidemiological studies of obstetric ultrasound examinations in Denmark 1989-1990 versus 1994-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999; 78(4):305-9.
43. Leung J L Y, Pang S M C. Ethical Analysis of Non Medical Fetal Ultrasound. *Nursing Ethics* 2009; 16(5): 637-46.
44. Seltzer V. *Women Primary health care*. 2th Edition, McGraw-Hill Company: New York, 2000.
45. Sanchez G, Buela-Casal G, Bermudez MP. Influence of gestation period on sexual desire. *Psychology in Spain* 2004; 3: 14-6.
46. Ozgoli G, Khoushabi K, Valaie N, Dolatian M, Tarverdi M. [Surveying the knowledge and attitude toward sexual relation and its relivant factors in pregnant women referring to primary health care centers in Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, 2004]. *Pejouhandeh J*. 2006; 2(6):137-47. Persian.
47. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity during pregnancy. *BIOG* 2000; 107: 964-8.
48. 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.
49. American Academy of periodontology. Baby steps to a healthy pregnancy and on time delivery. Available from: <http://WWW.perio.org/consumer/pregnancy.htm>. Accessed Jan 20, 2006.
50. Flowles ER. Comparing pregnant women nutritional knowledge to their actual dietary intake. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002; 27(3):171-7.
51. Landers CM, McElrath TF, Schol TO. Nutrition in adolescent pregnancy. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12(3): 291-6.
52. Meher S, Duley L. (2006) Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD005942.
53. Rahimi S, Seied Rasoli E. Knowledge and practice of pregnant women about exercise during pregnancy. *Iran Nurs J* 2003; 17(4): 6-10. [Persian].
54. Clarke PE, Gross H. Women's behavior beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery* 2004; 20(2): 133-141.
55. Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol*. 2005; 22:7-9.
56. Anya SE, Hydera A, Jaiteh LE. Antenatal care in the Gambia: missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; 8 (9):1-7.

57. Azizzadeh M, Mohammad Alizadeh S, Monshizadeh M, Fasihi.Harandi T. Pregnant women's points of view regarding to not receiving prenatal care, 2001. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2001; 8 (4): 221-226.
58. 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; 103(2): 181-5.