

Prenatal Care Utilization of Pregnant Women in East Azarbaijan Province

Hossein Jabbari Beirami^{1,2}, Sharareh Belali-Oskuei^{*1}

Article Info:

Article History:

Received: 2018/01/02

Accepted: 2018/04/29

Published: 2018/06/20

Keywords:

Utilization
Prenatal Care
East Azarbaijan

Abstract

Background and Objectives: Inappropriate care during pregnancy can lead to undesirable results, including preterm delivery and low birth weight. One of the new, accurate and comprehensive indicators is the measurement of the adequacy of prenatal care. The aim of this study was to evaluate the use of prenatal care among pregnant women in East Azarbaijan province during 2008-2013.

Material and Methods: This retrospective cohort study was conducted on a group of 1142 pregnant women in East Azarbaijan province between 2008 and 2013. Information was extracted from the notebook of Maternal Care and the Household records of health centers. Data analysis was performed using independent t-test and one-way ANOVA by Stata11 software.

Results: The mean age and standard deviation of pregnant women were 26.31 ± 5.81 . Most of the pregnant women, 86.69% (965) had term delivery, 50.36% (554) had caesarean, 97.17% (1063) had sufficient care, 97.78% (1101) had starting care during the first trimester and 58.66% had normal hemoglobin (11-13.2 g/dl) in the first trimester of pregnancy. The coverage of at least four cares by rural and urban healthy worker was over 97%. According to the results, 90.2% of women received at least three care visits from midwives of community health centers, 97.67% received at least one visit by the family physician, and 79.77% received at least one visit by a gynecologist. As the number of prenatal cares increases, the number of low birth weight decreases significantly.

Conclusion: Utilization of prenatal care in East Azarbaijan Province was consistent with the recommendations of World Health Organization and national guidelines regarding the number of provided care.

Citation: Jabbari Beirami H, Belali-Oskuei Sh. Prenatal Care Utilization of Pregnant Women in East Azarbaijan Province. *Depiction of Health* 2018; 9(1): 55-62.

1. Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
(Email: shararehbelali170@gmail.com)

2. Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran



ارزیابی بهره‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری در استان آذربایجان شرقی

حسین جباری بیرامی^۱، شراره بلالی اسکویی^{۱*}

چکیده

زمینه و اهداف: مراقبت‌های نامناسب در دوران بارداری می‌تواند منجر به نتایج نامطلوب، از جمله زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد شود. یکی از شاخص‌های جدید، دقیق و جامع، اندازه‌گیری کفایت استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری است. این مطالعه با هدف ارزیابی بهره‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری در استان آذربایجان شرقی در سال ۹۲-۱۳۸۷ است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت کوهورت گذشته‌نگر با حجم نمونه ۱۱۴۲ نفر در گروه هدف زنان باردار استان آذربایجان شرقی در فاصله زمانی سال‌های ۹۲-۱۳۸۷ انجام شد. اطلاعات از دفتر ممتد مراقبت مادران باردار و پرونده خانوار استخراج شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از آزمون χ^2 مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و با استفاده از نرم‌افزار Stata 11 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی و انحراف معیار زنان باردار 26.31 ± 5.81 بود. بیش‌تر زنان باردار زایمان به موقع 86.39% (۹۶۵ نفر)، سزارین 50.36% (۵۵۴ نفر)، مراقبت کافی 97.17% (۱۰۶۳)، شروع مراقبت در سه‌ماهه اول بارداری 97.78% (۱۱۰۱ نفر) و مقدار هموگلوبین $11-13.2$ (g/dl) (نرمال) در سه‌ماهه اول بارداری 58.66% داشتند. پوشش حداقل چهار مراقبت توسط بهورز و مراقب سلامت بیش از 97% است. 21% زنان در طی دوره بارداری حداقل ۳ نوبت توسط ماما‌های مراکز سلامت جامعه، 97.67% حداقل یک نوبت توسط پزشک خانواده و 79.77% حداقل یک نوبت توسط متخصص زنان و زایمان مراقبت شده‌اند. هرچه تعداد مراقبت‌های بارداری زیاد باشد کم‌وزنی هنگام تولد به‌طور معناداری کمتر است.

نتیجه‌گیری: بهره‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری با دستورالعمل‌های کشوری و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با تعداد مراقبت‌های انجام‌شده هم‌خوانی دارد.

کلیدواژه‌ها: بهره‌مندی، مراقبت‌های بارداری، آذربایجان شرقی

نحوه استناد به این مقاله: جباری بیرامی ح، بلالی اسکویی ش. ارزیابی بهره‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری در استان آذربایجان شرقی. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۹(۱): ۶۲-۵۵.

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: shararehbelali170@gmail.com)

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران



مقدمه

تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت شهری و روستایی استان آذربایجان شرقی در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۲ بود. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد، ابتدا از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین ۱۹ شهرستان در سطح استان ۹ شهرستان انتخاب شد. سپس از بین مراکز سلامت جامعه هر شهرستان به صورت تصادفی چند مرکز انتخاب شدند و اطلاعات مادران باردار که در دوران بارداری به مراکز سلامت جامعه مراجعه نموده و مراقبت‌های لازم را دریافت نموده‌اند، از دفتر ممتد مراقبت مادران باردار استخراج گردید. با در نظر گرفتن پوشش ۷۰ درصد مراقبت بیش از سه بار در دوران بارداری، ۹۵ درصد حدود اطمینان و حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۳، حداقل حجم نمونه ۱۱۰۰ نفر برآورد گردید. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید شد. در این مطالعه هویت شرکت‌کنندگان نامشخص و تمام اطلاعات، محرمانه باقی مانده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران ۱۸ تا ۳۵ ساله، دارای جنین یکقلو، فاقد بیماری‌های جسمی و روحی بود. مادران با سابقه قبلی زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، سابقه سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر، دیابت ملیتوس و ناهنجاری‌های جنینی به‌منظور کاهش متغیرهای مخدوش‌کننده، از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه محقق ساخته شامل ۳۹ سؤال درباره مشخصات دموگرافیک، تاریخچه زایمان، دریافت مکمل‌ها، اطلاعات زایمان و ویژگی‌های نوزادان بود. سایر اطلاعات از پرونده سلامت مادران و در صورت ناقص بودن، از طریق تماس تلفنی تهیه گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از آمار توصیفی و تحلیلی و با استفاده از نرم‌افزار Stata13 انجام شد. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. برای بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و با توجه به نرمال بودن داده‌ها برای تجزیه و تحلیل اختلاف میانگین‌ها از آزمون T مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار افراد تحت مطالعه (۴۷-۱۴ سال) $5/81 \pm 26/31$ بود. ۴۹٪ (۵۴۴ نفر) دیپلم، ۹۴٪ (۱۰۵۵ نفر) خانه‌دار و ۵۴٪ (۶۱۱ نفر) دارای بعد خانوار ۴-۶ نفر بودند (جدول ۱).

مراقبت‌های دوران بارداری برای شناسایی عوارض زایمان، پیشگیری از آن و کاهش مرگومیر مادران و نوزادان ضروری است. مرگومیر مادران عمدتاً به علل قابل‌پیشگیری از جمله پرفشاری خون، عفونت حاملگی، عوارض ناشی از زایمان و سقط‌جنین و همچنین خونریزی پس از زایمان رخ می‌دهد (۱). بنابراین، یک طرح چندملیتی برای کاهش مرگومیر مادران و نوزادان تا سال ۲۰۱۵، شروع و اجرای این طرح شمارش معکوس، منجر به کاهش مرگومیر مادران در سراسر جهان شد (۲)؛ به طوری که در سال ۲۰۱۳، حدود ۲۸۹۰۰۰ مورد مرگ مادران وجود داشت که در مقایسه با سال ۱۹۹۰ کاهش ۴۵ درصدی دارد. در ایران نیز به دنبال ارائه خدمات مادر و کودک به‌عنوان بخشی از استراتژی مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)، مرگومیر مادران از ۸۳ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۹۰، به ۴۴ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۰۰ و ۲۳ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۳ کاهش داشته است، میانگین کاهش سالانه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳، تقریباً ۵/۳- بوده است (۳ و ۲). علاوه بر این، هدف توسعه هزاره، کاهش مرگومیر مادران به ۷۰ در ۱۰۰،۰۰۰ تولد زنده و کمتر تا سال ۲۰۳۰ است (۴). دریافت ناکافی مراقبت‌های دوران بارداری یکی از دلایل عمده مرگومیر مادران و نوزادان است (۵). میزان کلی مرگومیر جنین در زنان باردار مراقبت شده در مقایسه با زنان بارداری که هیچ مراقبتی دریافت نکرده‌اند ۲،۷ برابر (۱۴،۱ در هر زایمان است، کمبود مراقبت‌های قبل از زایمان منجر به ۳،۳ برابر افزایش خطر مرگ نوزاد و ۲ برابر افزایش خطر ابتلا به زایمان زودرس می‌شود (۶).

کیفیت مراقبت‌های بارداری بستگی به زمان شروع، تعداد مراجعات و اجزای مراقبت دارد (۷). تأخیر در شروع مراقبت‌های بارداری می‌تواند اثرات منفی روی مادر و کودک داشته باشد (۸). مراقبت‌های دوران بارداری برای حاملگی‌های طبیعی باید حداقل ۴ بار باشد که پوشش آن در سراسر جهان، کمتر از ۶۰ درصد است (۹ و ۱۰). با توجه به دستورالعمل‌ها، تعداد مراقبت‌های قبل از زایمان در کشورهای مختلف متفاوت است. بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران، تعداد مراقبت‌های قبل از زایمان، هشت بار است (۱۱). بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین بهره‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری در استان آذربایجان شرقی است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه Historical cohort (کوهورت گذشته‌نگر)، بر روی ۱۱۴۲ مادر باردار انجام شد. جامعه مورد مطالعه، زنان باردار

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک زنان باردار دریافت‌کننده مراقبت استان آذربایجان شرقی

متغیر	تعداد	درصد
سن حاملگی (سال)	<۲۰	۱۷,۷۸
	۲۵-۲۱	۳۰,۳۷
	۳۰-۲۶	۲۸,۹۶
	>۳۰	۲۲,۸۹
کل	۱۱۳۶	۱۰۰
تحصیلات مادر	سیکل	۱۶,۲
	دیپلم	۴۸,۹۶
	دانشگاهی	۳۴,۸۳
	کل	۱۰۰
شغل مادر	خانه‌دار	۹۴,۲
	شاغل	۵۸
	کل	۱۱۲۰
	کل	۱۰۵۵
بعد خانوار	۳	۴۰,۸۷
	۶-۴	۵۴,۱۷
	>۶	۴,۹۶
	کل	۱۱۲۸

(۱۱۰۱ نفر)، مقدار هموگلوبین (g/dl) ۱۱-۱۳.۲ در سه‌ماهه اول بارداری ۵۸٪/۶۶ (۶۴۷ نفر)، مقدار هموگلوبین (g/dl) ۱۱-۱۳.۲ در سه‌ماهه سوم بارداری ۶۸٪/۵۵ (۷۰۴ نفر) ۹۰٪ حداقل یک بار سونوگرافی داشتند (جدول ۲).

بیشترین درصد افراد مورد مطالعه، مراقبت قبل از بارداری ۵۶٪/۱۲ (۵۸۲ نفر)، سزارین ۵۰٪/۳۶ (۵۵۴ نفر)، زایمان به موقع ۸۶٪/۳۹ (۹۶۵ نفر)، زایمان اول ۴۸٪/۶۷ (۵۴۷ نفر)، مراقبت کافی ۹۷٪/۱۷ (۱۰۶۳)، شروع مراقبت در سه‌ماهه اول بارداری ۹۷٪/۷۸

جدول ۲. عوامل مرتبط با بارداری و مراقبت‌های ارائه‌شده به زنان باردار استان آذربایجان شرقی

متغیر	تعداد	درصد
مراقبت قبل از بارداری	بله	۵۶,۱۲
	خیر	۴۳,۸۸
	کل	۱۰۳۷
نوع زایمان	طبیعی	۴۹,۶۴
	سزارین	۵۰,۳۶
	کل	۱۱۰۰
زنان زایمان	زایمان به موقع	۸۶,۳۹
	زایمان زودرس	۱۳,۶۱
	کل	۱۱۱۷
تعداد زایمان	اول	۴۸,۶۷
	دوم	۳۵,۱۴
	سوم و بیشتر	۱۶,۱۹
کل	۱۱۲۴	۱۰۰
مراقبت‌های بارداری	کافی (>۴ مراقبت)	۹۷,۱۷
	ناکافی (<۴ مراقبت)	۲,۸۳
	کل	۱۰۹۴
محل دریافت مراقبت‌های بارداری	خانه بهداشت	۶۲,۵۶
	پایگاه سلامت	۳۶,۸

بخش خصوصی	۷	۰/۶۴
کل	۱۰۹۵	۱۰۰
بله	۱۱۰۱	۹۷/۷۸
خیر	۲۵	۲/۲۲
کل	۱۱۲۶	۱۰۰
۱۱>	۷۷	۶/۹۸
۱۱<_۱۳	۶۴۷	۵۸/۶۶
<۱۳	۳۷۹	۳۴/۳۶
کل	۱۱۰۳	۱۰۰
۱۱>	۲۱۸	۲۱/۲۳
۱۱<_۱۳	۷۰۴	۶۸/۵۵
<۱۳	۱۰۵	۱۰/۲۲
کل	۱۰۲۷	۱۰۰

شروع مراقبت در سه ماهه اول بارداری

مقدار هموگلوبین در سه ماهه اول بارداری (g/dl)

مقدار هموگلوبین در سه ماهه سوم بارداری (g/dl)

حداقل یک نوبت توسط پزشک خانواده و ۷۷٪/۷۹ حداقل یک نوبت توسط متخصص زنان و زایمان مراقبت شده‌اند (جدول ۳).

پوشش حداقل چهار نوبت مراقبت، توسط بهورز و مراقب سلامت بیش از ۹۷٪ است. ۲۱٪/۹۰ زنان در طی دوره بارداری حداقل ۳ نوبت توسط ماماها‌ی مراکز سلامت جامعه، ۶۷٪/۹۷

جدول ۳. خدمات ارائه شده به زنان باردار برحسب خدمت دهندگان

مراقب کننده	بدون مراقبت	۱-۳	۴-۶	>۶
مراقب سلامت و بهورز	-	۳۱ (۲/۸۳)	۴۸۶ (۴۴/۴۲)	۵۷۷ (۵۲/۷۴)
ماما مراکز بهداشتی	-	۲۵۱ (۲۲/۹۹)	۶۰۹ (۵۵/۷۷)	۲۳۲ (۲۱/۲۵)
پزشک خانواده	۱۴ (۱/۳۳)	۷۰۲ (۶۶/۷۹)	۲۷۲ (۲۵/۸۸)	۶۳ (۵/۹۹)
متخصص زنان	۱۷۷ (۲۰/۲۳)	۵۷۰ (۶۵/۱۴)	۱۱۳ (۱۲/۹۱)	۱۵ (۱/۷۱)

نداشتند، مقدار هموگلوبین آن‌ها در سه ماهه اول بارداری به‌طور معنی داری به اندازه ۰/۲۱ بیشتر بود (P = ۰/۰۰۶۵)، (جدول ۴).

بر اساس نتایج این مطالعه زنان بارداری که مراقبت قبل از بارداری داشتند، در مقایسه با زنانی که مراقبت قبل از بارداری

جدول ۴. مقایسه هموگلوبین گروه دریافت کننده مراقبت قبل از بارداری و گروه بدون دریافت مراقبت قبل از بارداری

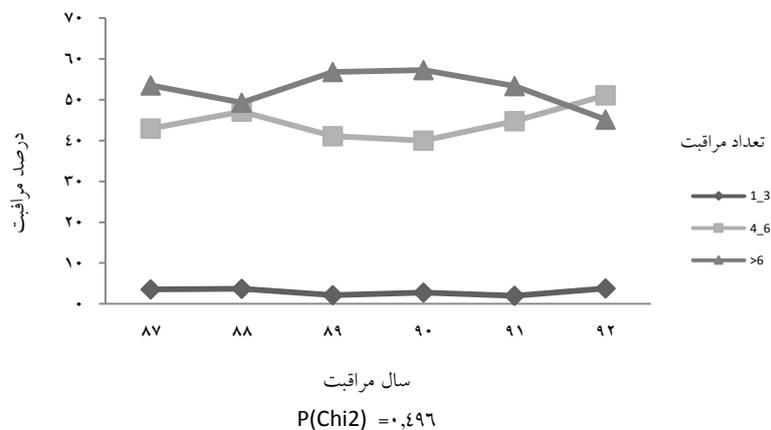
متغیر	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	انحراف معیار	CI _{۹۵}
مراقبت قبل از بارداری	۵۷۵	۱۲/۸۷	۰/۰۵	۱/۲۴	۱۲/۷۷ - ۱۲/۹۷
بدون مراقبت قبل از بارداری	۴۳۲	۱۲/۶۵	۰/۰۶	۱/۲۴	۱۲/۵۳ - ۱۲/۷۷
اختلاف میانگین‌ها		۰/۲۱	۰/۰۷۹		۰/۰۶ - ۰/۳۷
	t = ۲/۷۳	df = ۱۰۰۵		p_value = ۰/۰۰۶۵	

در این مطالعه، به‌صورت معناداری هرچه تعداد مراقبت‌های بارداری زیاد باشد کم‌وزنی هنگام تولد نیز کمتر است (P = ۰/۰۰۰۲)، (جدول ۵).

جدول ۵. مقایسه میانگین تعداد مراقبت‌های بارداری با وزن هنگام تولد نوزاد

مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	معنی داری
۳۸۳۳۲۵۶/۴۵	۲	۱۹۱۶۶۲۸/۲۳	۸/۶۷	۰/۰۰۰۰۲
۲۳۷۵۶۵۶۳۳	۱۰۷۵	۲۲۰۹۹۱/۲۹		
۲۴۱۳۹۸۸۹۰	۱۰۷۷			

در این مطالعه در روند تعداد مراقبت‌ها از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲ تغییرات قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد ($P(\text{Chi}^2) = 0.496$)، (نمودار ۱).



نمودار ۱. روند تعداد مراقبت‌های انجام شده از سال ۹۲-۱۳۸۷ در استان آذربایجان شرقی

داشته‌اند (۱۵). در مصر، به‌طور متوسط ۸۲.۳ درصد از مادران چهار مرتبه یا بیشتر مراقبت دریافت کرده بودند (۱۶). در مناطق شهری پاکستان ۶۱٪/۶ درصد مادران چهار مراقبت یا بیشتر دریافت کرده بودند (۱۷). بنابراین کفایت مراقبت‌های بارداری در استان آذربایجان شرقی در مقایسه با کشورهای هم‌تراز ایران، در سطح بالاتری است.

یکی از مهم‌ترین نقاط قوت مراقبت‌های بارداری در زنان باردار ایران، مراقبت‌هایی است که در سطوح مختلف توسط مراقب سلامت و بهورز، مامای مراکز سلامت جامعه، پزشک خانواده و متخصص زنان و زایمان ارائه می‌شود. در ایران، تمام خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری، از جمله آزمایش‌ها و مکمل‌ها، در تمامی سطوح سیستم مراقبت بهداشت عمومی، رایگان است که باعث می‌شود تمام مادران باردار تحت پوشش مراکز سلامت جامعه قرار گیرند (۱۸). بر اساس نتایج مطالعه ما، همه زنان باردار حداقل یک نوبت، ۲۱٪/۹۰ حداقل ۳ نوبت و ۷۴٪/۵۲ بیش از ۶ نوبت توسط ماماها مراکز بهداشتی درمانی مراقبت شده‌اند؛ درحالی‌که در کشور ترکیه فقط ۳٪ (۱۴)، در کشور اردن ۹٪/۲۰ (۱۵) و در پاکستان ۶٪/۶ (۱۷) از مادران باردار توسط ماما مراقبت شده‌اند. نتایج مطالعه ما نشان داد، ۶۷٪/۹۷ زنان باردار حداقل یک نوبت، ۵۱٪/۳۸ حداقل ۳ نوبت و ۹۹٪/۵۰ بیش از ۶ بار توسط پزشک خانواده مراقبت شده‌اند؛ درحالی‌که در کشور ترکیه ۹۳٪/۱۴، در کشور اردن ۸٪/۹۵ (۱۵) و در پاکستان ۸٪/۶۸ (۱۷) از مادران باردار توسط پزشکان مراقبت شده‌اند. در این مطالعه ۷۷٪/۷۹ حداقل یک نوبت، ۲۳٪/۲۸ حداقل سه نوبت توسط متخصص زنان و زایمان مراقبت شده‌اند.

بحث

این مطالعه نشان داد که بیش از ۹۷٪/۱۷ مادران حداقل چهار مراقبت دوران بارداری را دریافت کرده‌اند. ۹۰٪ مادران حداقل یک بار معاینه سونوگرافی داشتند. در این مطالعه بیشتر زنان باردار مراقبت پیش از بارداری، زایمان سزارین، زایمان ترم، مراقبت کافی، شروع مراقبت در سه‌ماهه اول بارداری، مقدار هموگلوبین (g/dl) ۱۱-۱۳.۲ در سه‌ماهه اول بارداری داشتند. همچنین، تعداد حداقل مراقبت توسط مراقب سلامت و بهورز، ماما، پزشک خانواده و متخصص زنان و زایمان ارائه شده بود. مقدار هموگلوبین زنانی که مراقبت قبل از بارداری دریافت کرده بودند، در مقایسه با زنانی که مراقبت قبل از بارداری دریافت نکرده بودند، در سه‌ماهه اول بارداری به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین به‌صورت معناداری هرچه تعداد مراقبت‌های بارداری زیاد باشد کم‌وزنی هنگام تولد نیز کمتر است.

بر اساس نتایج این مطالعه همه زنان باردار حداقل یک مراقبت بارداری را دریافت کرده‌اند، پوشش حداقل چهار مراقبت بیش از ۹۷٪ است. براساس گزارش سالانه جمعیت‌شناسی و سلامت ایران، بهره‌مندی از مراقبت‌های بارداری در ایران شش مرتبه گزارش شده است و در ایران، ۶٪/۸۸ مادران دارای شش مراقبت یا بیشتر هستند (۱۲). در مطالعه طیبی و همکاران در ساری، میزان دریافت کافی مراقبت‌های بارداری، ۶۴٪ گزارش شده است (۱۳). در سراسر جهان حدود ۹۰٪ مادران دارای یک مراقبت قبل از بارداری هستند و پوشش چهار مراقبت کمتر از ۶۰٪ است (۱۰). در کشور ترکیه، ۸۹٪ مادران حداقل ۴ مرتبه مراقبت شده بودند (۱۴). نتایج مطالعه ما نشان داد که ۷۴٪ از مادران باردار بیش از ۷ نوبت مراقبت دریافت کرده‌اند، در اردن، ۷۸٪ مادران هفت مراقبت یا بیشتر را در دوران بارداری خود

متخصص زنان و زایمان ارائه می‌شود، همچون آزمایش‌ها و مکمل‌ها را طبق دستورالعمل مراقبت زنان باردار دریافت کرده‌اند. در نتیجه؛ بهره‌مندی زنان باردار از مراقبت‌های دوران بارداری با دستورالعمل‌های کشوری و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با تعداد مراقبت‌های انجام شده هم‌خوانی دارد. ولی در این مطالعه بیش از نصف افراد تحت مطالعه زایمان سزارین داشتند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مرسوم در مطالعات رعایت شده و مطالعه با اخذ موافقت از شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها انجام شده است. در ذکر نتایج نیز از ذکر اسامی افراد در پرونده و جزئیات آن‌ها خودداری شده و حاصل بررسی‌ها به صورت کلی بیان شده است.

تضاد منافع

این اثر یک پژوهش مستقل بوده و نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان و اشخاص دیگری ندارند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره MPH گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با راهنمایی جناب آقای دکتر حسین جباری بیرامی با کد (۹۳۰۰۰) انجام شده است. مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه مسئولین، کارشناسان، کاردان‌ها و بهورزان خانه‌های بهداشت استان آذربایجان شرقی که در رسیدن به اهداف این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم.

در مقایسه با کشورهای هم‌سطح ایران، استان آذربایجان شرقی از نظر مراقبت مامایی وضعیت بسیار مطلوبی دارد.

دستورالعمل مراقبت‌های قبل از زایمان در ایران شامل دو آزمایش سونوگرافی است (۱۱). در این مطالعه، ۲۶٪/۹۰ زنان باردار حداقل دو بار و بیشتر سونوگرافی انجام داده‌اند. ترویج زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین از اهداف اصلی طرح تحول سلامت در ایران است (۱۹). با این وجود، استفاده بیش‌ازحد و غیرضروری سزارین در ایران دیده می‌شود (۲۰). در این مطالعه بیش از نصف افراد تحت مطالعه زایمان سزارین داشتند که می‌تواند به دلیل هزینه‌های پایین خدمات بهداشتی، دسترسی راحت یا حتی مد بودن سزارین در طبقه متوسط جامعه باشد.

نقطه قوت حائز اهمیت مطالعه حاضر، حجم نمونه نسبتاً بالای آن و نمونه‌گیری از کل استان آذربایجان شرقی است. محدودیت‌های این مطالعه وجود برخی عوامل مهم، مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی و رفتارهای بهداشتی مادر است که کنترل نشده بود و می‌توانست الگوهای مراقبت و پیامدهای حاملگی را تحت تأثیر قرار دهد. یکی دیگر از محدودیت‌های آن استفاده از پرونده‌های خانوار برای استخراج داده‌ها است که این پرونده‌ها ممکن است حاوی خطای تصادفی یا منظم در ثبت داده باشند. مطالعات بیشتر برای بررسی ارتباط بین میزان مراقبت‌های قبل از زایمان و سایر نتایج حاملگی ناخواسته پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

اکثر زنان باردار به اندازه کافی از مراقبت‌های دوران بارداری در تمامی سطوح سیستم مراقبت از زنان باردار، که توسط مراقب سلامت و بهورز، مامای مراکز سلامت جامعه، پزشک خانواده و

References

- Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* (London, England). 2006;368(9543):1284-99. PMID:17027735 doi:10.1016/s0140-6736(06)69381-1
- Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *The Lancet*. 2010;375(9730):2032-44. doi:10.1016/S0140-6736(10)60678-2
- Organization WH, Unicef. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2014
- Victoria CG, Requejo JH, Barros AJD, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *The Lancet*. 2016;387(10032):2049-59. doi:10.1016/S0140-6736(15)00519-X
- Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global health*. 2014;2(6):e323-33. PMID:25103301 doi:10.1016/s2214-109x(14)70227-x
- Lennon S, Londono Y, Heaman M, Kingston D, Bayrampour H. The effectiveness of interventions to improve access to and utilization of prenatal care: a systematic review protocol. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2015;13(5):10-23. PMID:26455600 doi:10.11124/jbisrir-2015-2067
- Organization WH. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). 2015
- Joshi C, Torvaldsen S, Hodgson R, Hayen A. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:94. PMID:24589139 doi:10.1186/1471-2393-14-94

9. Fobelets M, Beeckman K, Hoogewys A, Embo M, Buyl R, Putman K. Predictors of late initiation for prenatal care in a metropolitan region in Belgium. A cohort study. *Public Health*. 2015;129(6):648-54. PMID:25910595 doi:10.1016/j.puhe.2015.03.008
10. Barros AJ, Ronmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet (London, England)*. 2012;379(9822):1225-33. PMID:22464386 doi:10.1016/s0140-6736(12)60113-5
11. Guideline for integrated management of pregnancy. Fourth edition. Ministry of Health and Medical Education of Iran, 2010; Available at: http://health.behdasht.gov.ir/uploads/435_2471_142929_6904305_mama_book.pdf. [Accessed 16 October 2017]. 2010. [In Persian]
12. Iran Demographic and Health Survey 2010. Iran; Ministry of Health and Medical Education; <http://nihr.tums.ac.ir/wpcontent/uploads/2015/06/fffe97ff-53a0-486a-871d-3a10d48f6a6b.pdf>. [Accessed 21 April 2017] [In Persian]
13. Tayebi T, Zahrani ST, Mohammadpour R. Relationship between adequacy of prenatal care utilization index and pregnancy outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2013;18(5):360-6. PMID:PMC3877457
14. Seven M, Akyuz A, Eroglu K, Daack-Hirsch S, Skirton H. Women's knowledge and use of prenatal screening tests. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(13-14):1869-77. PMID:27487389 doi:10.1111/jocn.13494
15. Corsi DJ, Neuman M, Finlay JE, Subramanian SV. Demographic and health surveys: a profile. *International journal of epidemiology*. 2012;41(6):1602-13. PMID:23148108 doi:10.1093/ije/dys184
16. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. PMID:26849801 doi:10.1371/journal.pone.0148343
17. Demographic P. Health Survey 2012-13. Islamabad and Calverton, MA: National Institute of Population Studies and ICF International; 2013. 2015.
18. Mehrdad R. Health system in Iran. *Japan Medical Association Journal*. 2009;52(1):69-73
19. Rooeintan F, Borzabad PA, Yazdanpanah A. The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015. *Electronic physician*. 2016;8(10):3076-80. PMID:27957306 doi:10.19082/3076
20. Azami-Aghdash S, Ghोजazadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2014;43(5):545-55. PMID:PMC4449402