

بررسی شاخص‌های مادری ایمن در میان زنان سنین باروری شهر مشهد

فاطمه غفاری سردشت*

دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۲

چکیده

مقدمه: بهداشت باروری تنها محدود به برنامه‌های تنظیم خانواده نمی‌باشد؛ بلکه شامل توجه گسترده‌تر به شرایط اجتماعی است که بر سلامت و عاملیت کلی زن در باروری و رابطه جنسی تأثیر می‌گذارد. در این میان، مادری ایمن به مجموعه‌ای از اقدامات و فعالیت‌ها اطلاق می‌گردد که هدف آن دستیابی به سطح مطلوبی از سلامت برای مادر و نوزاد می‌باشد. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین شاخص‌های مادری ایمن در زنان سنین باروری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر، شاخص‌های مادری ایمن ۱۰۱۹ زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگرساخته مشتمل بر ویژگی‌های دموگرافیک و باروری بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که ۹۶ درصد از زنان جهت دریافت مراقبت‌های بارداری و ۳۳/۵ درصد برای دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری مراجعه کرده بودند. ۶۷/۸ درصد نیز از خدمات تنظیم خانواده استفاده نموده بودند. ۵۸/۵ درصد از بارداری‌ها به روش طبیعی و ۳۳/۱ درصد به روش سزارین انجام شده بود. ۶/۱ درصد از بارداری‌ها نیز منجر به سقط شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دادند که اغلب زنان به منظور آمادگی قبل از بارداری جهت دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری مراجعه نمی‌کنند؛ اما به محض وقوع بارداری برای دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال مراجعه می‌نمایند. حدود یک سوم از زنان نیز برنامه باروری ندارند؛ از این رو همچنان در زمینه برنامه باروری سالم و مراقبت‌های قبل از بارداری تا رسیدن به سطح مطلوب، شکاف وجود دارد؛ از این رو اتخاذ استراتژی مناسب در این زمینه احساس می‌گردد.

کلمات کلیدی: زنان سنین باروری، شاخص، مادری ایمن، مشهد

مقدمه

یک مادر و کودک سالم، امید و آرزوی تمامی فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف کشورها می‌باشد (۱). این در حالی است که روزانه حدود ۸۱۰ زن در دنیا در اثر عوارض قابل پیشگیری بارداری و زایمان، جان خود را از دست می‌دهند (۲).

علاوه بر این، هر ساله در سراسر دنیا ۱۰ تا ۲۰ میلیون زن به دلیل عوارض ناشی از بارداری و زایمان، توان حمایت از خود و خانواده خود را از دست می‌دهند. آثار نامطلوب بیماری و مرگ هزاران زن در دنیا، غیر قابل قبول و چشم‌پوشی است؛ زیرا در جهان امروز، امکانات لازم جهت پیشگیری از مرگ و میر طی یک بارداری بی‌خطر وجود دارد؛ از این رو سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت، تلاش‌های انجام شده برای کاهش مرگ و میر مادران را ناکافی دانسته‌اند (۳).

از جمله مواردی که به طور غیر مستقیم منجر به مرگ مادران می‌گردد، عدم دسترسی به خدمات تنظیم خانواده می‌باشد. بررسی‌های انجام شده در سال ۲۰۱۹ نشان دادند که یک میلیارد و نهصد میلیون زن سنین باروری در دنیا وجود دارد که از این میان، یک میلیارد و صد میلیون نفر به خدمات تنظیم خانواده نیازمند هستند. از سوی دیگر، حدود ۱۹۰ میلیون زن سنین باروری در دنیا تمایل به بارداری ندارند؛ اما از هیچ روشی برای پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند؛ در نتیجه دو پنجم از زنان به طور ناخواسته باردار می‌شوند (۴).

در این راستا، بهداشت باروری یکی از ضرورت‌ها و پیش‌نیازهای رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به شمار می‌رود؛ از این رو در سال‌های اخیر، جامعه جهانی به مسئله بهداشت باروری توجه ویژه‌ای نشان داده است. یکی از مهم‌ترین نشست‌ها در این زمینه، کنفرانس بین‌المللی قاهره در مورد جمعیت و توسعه بود که در سال ۱۹۹۴

تشکیل شد و در آن نمایندگان اجلاس در خصوص موضوعات مربوط به جمعیت و توسعه به توافق رسیدند. برنامه راهبردی قاهره در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه تأکید نمود که دولت‌ها برای رفع نیازهای باروری افراد- و نه صرفاً به منظور اهداف جمعیتی- مسئولیت دارند علاوه بر خدمات تنظیم خانواده، سایر خدمات بهداشت باروری از جمله خدمات لازم برای زایمان سالم و ایمن، مراقبت از عفونت‌های مقاربتی و مراقبت‌های پس از سقط را نیز به ملت خود ارائه دهند (۵).

مادری ایمن به عنوان یکی از زیرمجموعه‌های خدمات بهداشت باروری به مجموعه‌ای از اقدامات و فعالیت‌ها اطلاق می‌گردد که هدف آن دستیابی به سطح مطلوبی از سلامت برای مادر و نوزاد می‌باشد. این مجموعه به گونه‌ای طراحی شده است که زنان به مراقبت‌های باکیفیتی در زمینه تنظیم خانواده، مراقبت‌های قبل از زایمان، زایمان و مراقبت‌های بعد از زایمان دست یابند. هدف از مادری ایمن، بهبود سلامت مادر و کودک و از بین بردن خطرات احتمالی که منجر به مرگ در دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان می‌گردد، می‌باشد. ارکان مادری ایمن را که می‌توان به عنوان اصول مادری ایمن در نظر گرفت، عبارت هستند از: خدمات تنظیم خانواده، مراقبت‌های قبل از زایمان، مراقبت‌های ضروری زنان و زایمان، مراقبت‌های پس از زایمان، مراقبت‌های پس از سقط و پیشگیری و کنترل بیماری‌های آمیزشی (۶).

در ایران مانند سایر کشورها، اقداماتی در زمینه مادری ایمن صورت گرفته است. یکی از اقدامات انجام شده در این زمینه، سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال در کل کشور است تا از این طریق، بهبود دسترسی و تضمین کیفیت خدمات به کارآمدترین شکل ممکن انجام شود. برای این منظور، سطوح ارائه خدمات مادر و نوزاد به دو بخش

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی که در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد سال ۱۳۹۸ انجام شد، ۱۰۱۹ زن باردار که برای زایمان به بیمارستان‌های آموزشی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن ملیت ایرانی و فارسی‌زبان بودن، برخورداری از توانایی تکلم و پاسخگویی به سؤالات، قرار داشتن در سنین باروری و مراجعه به بیمارستان‌های آموزشی شهر مشهد برای زایمان. بستری شدن در بیمارستان به دلیلی غیر از بارداری و زایمان نیز به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

پژوهش حاضر در پنج بیمارستان آموزشی شهر مشهد (قائم، امام رضا، هاشمی‌نژاد، ام‌البنین و شریعتی) که در نقاط مختلف شهر واقع شده‌اند، انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه صورت گرفت. حجم نمونه در این مطالعه براساس فرمول نسبت‌ها محاسبه گردید. حجم نمونه در این مطالعه با سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول حجم نمونه حدود ۹۴۳ نفر به دست آمد که با احتساب ۸ درصد ریزش، حجم نمونه معادل ۱۰۱۹ نفر برآورد گردید. لازم به ذکر است که p مطالعه که مقدار آن $0/332$ می‌باشد، نسبت جمعیت با معیارهای ورود به مطالعه می‌باشد که مقدار آن از مطالعات مشابه به دست آمده است. q نیز همان $1-p$ می‌باشد. علاوه‌براین، d مقدار خطای مجاز در مطالعه می‌باشد که مقدار آن $0/03$ درصد در نظر گرفته شده است.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بود. در این پرسشنامه مشخصات کلی واحدهای پژوهش در سه بخش مورد بررسی قرار گرفت. بخش اول مربوط به مشخصات فردی واحدهای پژوهش شامل: سن، تحصیلات،

خارج و داخل بیمارستانی تفکیک گردیده است که در بخش خارج بیمارستانی، مراقبت‌ها برای دو سطح غیر پزشک (بهورز و کاردان بهداشت خانواده)، پزشک و ماما تعریف شده است. خدمات در بخش بیمارستانی نیز با توجه به شرایط خاص مناطق مختلف کشور در چند سطح قابل ارائه خواهد بود (۷).

خدمات تنظیم خانواده در قالب برنامه باروری سالم به تمام زنان سنین باروری تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می‌گردد؛ اما از تیر ماه ۱۳۹۲، دولت خدماتی را که به طور آزادانه در دسترس خانواده‌ها به ویژه در مناطق روستایی و محروم بود، محدود کرده است. این قطع و محدودیت خدمات تنظیم خانواده، برخی از پیامدهای منفی سلامتی از جمله بارداری ناخواسته را برای زنان به همراه داشته است (۸).

با وجود ارائه خدمات بهداشتی از جمله مادری ایمن، ما با گذار دموگرافیک و اپیدمیولوژیک مواجه هستیم که تبعات آن از جمله معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل، تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن‌ها (یا سکونتگاه‌های غیر رسمی)، پوشش ضعیف مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه آن‌ها، شیوع عوامل خطر و بیماری‌های غیر واگیر حتی در روستاهای کشور و همچنین پیشگیری و کنترل عوامل خطری همچون کم‌تحرکی، عادات نامناسب غذایی، اعتیاد و استعمال دخانیات در زنان و مردان سنین باروری، شرایط ویژه‌ای را ایجاد نموده است که برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های خاص خود را می‌طلبد؛ بنابراین، از آنجایی که شاخص‌های بهداشتی برای ارزیابی وضعیت جمعیت و پایش برنامه‌ها، نتایج اجرایی آن‌ها، ارزیابی اثربخشی و نتایج نهایی اجرای این برنامه‌ها در نظام سلامت به کار می‌روند، محققین این مطالعه را با هدف تعیین شاخص‌های مادری ایمن انجام دادند.

است؛ بنابراین روایی آن تأیید شده است.

در این پژوهش داده‌ها از نوع کیفی و کمی بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدگذاری و ورود به رایانه، توسط نرم‌افزار آماری SPSS 16 تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف مشخصات فردی و مامایی از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی استفاده گردید.

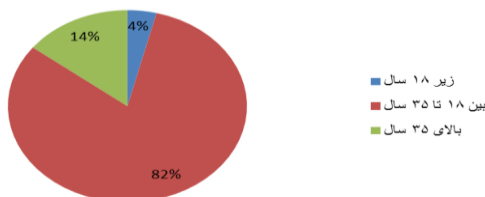
نتایج

در این مطالعه شاخص‌های مادری ایمن در ۱۰۱۹ زن باردار ۱۳ تا ۴۷ ساله که به بیمارستان‌های آموزشی شهر مشهد مراجعه نموده بودند و میانگین سنی $28/15 \pm 6/40$ داشتند، مورد بررسی قرار گرفت. بیشترین گروه سنی واحدهای پژوهش را زنان ۱۸ تا ۳۵ ساله تشکیل داده بودند (۸۱/۶ درصد) (نمودار ۱).

محل سکونت ۷۳/۱ درصد (۷۴۵ نفر) از زنان شهر و محل سکونت ۲۶/۹ درصد دیگر روستا بود. تقریباً دو سوم از زنان تحصیلات سیکل تا دیپلم داشتند. شغل همسران اکثر زنان مورد مطالعه آزاد بود. ۹۷ درصد (۹۸۸ نفر) از زنان نیز خانه‌دار بودند.

بررسی ویژگی‌های مامایی زنان شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد که ۷۱/۱ درصد (۷۲۴ نفر) از زنان باردار سابقه بارداری داشتند و ۶۴/۵ درصد (۶۵۷ نفر) از آن‌ها حداقل یک بار زایمان کرده بودند. ۳۲/۷ درصد (۲۴۷ نفر)

گروه سنی



نمودار ۱: گروه سنی زنان مورد مطالعه

تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، شغل همسر، وضعیت مسکن و میزان درآمد خانواده بود. بخش دوم نیز به سابقه بارداری و زایمان که شامل: سابقه و تعداد بارداری، سابقه و تعداد زایمان، سابقه و تعداد سقط قبلی، سابقه بروز عارضه در بارداری قبلی، ابتلا به بیماری زمینه‌ای و در صورت داشتن بیماری زمینه‌ای، پیگیری یا عدم پیگیری این بیماری بود، اختصاص داشت. بخش سوم نیز مربوط به استفاده از خدمات بهداشتی مشتمل بر تنظیم خانواده، مراقبت‌های قبل از بارداری و مراقبت‌های بارداری، زمان دریافت مراقبت‌های بارداری و پیامد بارداری بود.

روش اجرای مطالعه به این شرح بود که پژوهشگر پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری- مامایی شاهرود و ارائه آن به مسئولین معاونت درمان شهر مشهد و ریاست بیمارستان‌های آموزشی این شهر (قائم، امام رضا، ام‌البنین، هاشمی‌نژاد و شریعتی)، هر روز صبح به بخش پس از زایمان بیمارستان‌های منتخب مراجعه می‌نمود و از بین زنان واجد شرایط شرکت در پژوهش، نمونه‌گیری به عمل می‌آورد. پژوهشگر پس از معرفی خود و اعلام رضایت مادران جهت همکاری، فرم انتخاب واحد پژوهش را از طریق مصاحبه با زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه تکمیل می‌نمود و با کسب رضایت کتبی و اطمینان دادن به مادران واجد شرایط در مورد محرمانه ماندن داده‌ها، توضیحاتی در مورد اهداف، مراحل، روش کار و چگونگی نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات را به آن‌ها ارائه می‌نمود. سپس پرسشنامه‌ها را از طریق مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل می‌کرد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش از طریق روایی محتوا و صوری تأیید گردیده و روایی فرم مشخصات فردی و مامایی که شامل عبارت‌های واضح می‌باشد، با توجه به مطالعات مشابه و مشاوره با اساتید راهنما و مشاور تهیه گشته و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته

نیز سابقه سقط داشتند.

جدول ۲: فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای در زنان مورد مطالعه

بیماری زمینه‌ای	تعداد	درصد
دیابت	۱۰	۳/۸
فشار خون	۷	۲/۷
کم‌کاری تیروئید	۱۱۳	۴۲/۸
پرکاری تیروئید	۸	۳
صرع	۲	۰/۸
چاقی	۲۳	۸/۷
هپاتیت	۴	۱/۵
اعتیاد به مواد مخدر	۲۲	۸/۳
آنمی	۱۲	۴/۵
سایر مشکلات هماتولوژیک	۱۲	۴/۵
مشکلات کلیوی	۶	۲/۳
سایر موارد	۵۴	۱۷/۱

نتایج بررسی عوارض بارداری و بیماری زمینه‌ای نشان داد که ۶۰/۳ درصد (۶۱۴ نفر) از زنان در بارداری خود یک یا چند نوع عارضه در بارداری را تجربه کرده بودند که بیشترین فراوانی را آنمی فقر آهن (۱۷ درصد) به خود اختصاص داده بود. ۱۷ درصد از زنان باردار نیز گزارش نمودند که مبتلا به یک نوع بیماری زمینه‌ای هستند. بیشترین فراوانی در این زمینه مربوط به کم‌کاری تیروئید بود (۴۲/۸ درصد) (جدول ۱ و ۲).

نتایج در بخش استفاده از خدمات بهداشتی نشان دادند که ۶۷/۸ درصد از زنان (۶۹۱ نفر) از یک نوع روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. ۳۳/۵ درصد (۳۴۱ نفر) نیز قبل از باردار شدن، مراقبت‌های قبل از بارداری را دریافت کرده بودند.

سایر نتایج حاکی از آن بودند که ۸۸/۷ درصد از زنان در سه ماهه اول بارداری برای تشکیل پرونده بهداشتی، ۸/۶

درصد بین هفته ۱۲ تا ۲۰ و ۲/۴ درصد پس از ۲۰ هفتگی به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه کرده بودند. ۰/۳ درصد زنان نیز در دوره بارداری تحت هیچ نوع مراقبتی قرار نگرفته بودند.

نتایج در بخش پیامد بارداری در زنان شرکت‌کننده در مطالعه نشان دادند که میانگین سن ختم بارداری در زنان مورد مطالعه $35/81 \pm 7/88$ هفته بوده است. ۵۸/۵ درصد (۵۵۹ نفر) از زنان نیز به روش طبیعی زایمان کرده بودند (جدول ۳).

جدول ۱: فراوانی عوارض موجود در بارداری در زنان مورد مطالعه

نوع عارضه در بارداری	تعداد	درصد
خونریزی	۶۵	۱۰/۵
آنمی فقر آهن	۱۰۵	۱۷
پره‌دیابت	۴۹	۷/۹
دیابت	۲۸	۴/۵
عفونت ادراری	۹۵	۱۵/۴
فشار خون حاملگی	۴۷	۷/۶
واژینیت	۹۵	۱۵/۴
وجود همزمان دو عارضه آنمی و دیابت	۱۷	۲/۸
وجود همزمان دو عارضه دیابت و فشار خون حاملگی	۱۷	۲/۸
وجود همزمان دو عارضه آنمی و فشار خون حاملگی	۸	۱/۳
وجود همزمان دو عارضه فشار خون حاملگی و عفونت ادراری	۵	۰/۸
سایر عوارض بارداری	۸۳	۱۴

جدول ۳: پیامد بارداری در زنان مورد مطالعه

پیامد بارداری	تعداد	درصد
زایمان طبیعی	۵۹۶	۵۸/۵
سزارین	۳۳۷	۳۳/۱
سقط	۶۲	۶/۱
حاملگی خارج از رحم	۸	۰/۸
مرده‌زایی	۱۳	۱/۳
ناهنجاری جنینی	۳	۰/۳

بحث

در مطالعه حاضر شاخص‌های مادری ایمن در زنان

نسبت به مراقبت‌های قبل از بارداری اطلاع‌رسانی می‌گردد و به طور کلی، اطلاع‌رسانی در این زمینه ضعیف می‌باشد (۱۱).

علاوه‌براین، نتایج نشان از آن داشتند که حدود ۵۹ درصد از زنان باردار مورد مطالعه بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر مشهد به روش طبیعی زایمان کرده بودند. زایمان طبیعی به مراتب خطرات کمتری نسبت به زایمان سزارین دارد. زایمان بی‌خطر یکی از اصلی‌ترین عواملی است که منجر به یک مادری ایمن می‌شود. زایمان ایمن، زایمانی است که به کمک افراد تحصیل‌کرده و ماهر در یک محیط مناسب با هزینه مقرون به صرفه و در مدت زمان کوتاه انجام می‌شود؛ جایی که زایمان در بالاترین سطح استاندارد و از طریق یک روش مناسب صورت گرفته و نتیجه آن یک نوزاد سالم و یک مادر سالم می‌باشد (۱۲).

بر مبنای نتایج، ۳۳ درصد از بارداری‌ها با روش سزارین خاتمه پیدا کرده بود که عمدتاً به دلیل سزارین قبلی و یا عوارض غیر قابل کنترل بارداری مانند هایپرتانسیون حاملگی و پره‌اکلامپسی رخ داده بود. این کاهش میزان زایمان به روش سزارین شاید به دلیل سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و وضع قوانین و مقررات جدید در زمینه افزایش میزان زایمان طبیعی باشد؛ زیرا سزارین نوعی جراحی برای نجات جان مادر و یا نوزاد در خاتمه حاملگی پیچیده‌ای است که در آن زایمان واژینال، سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد. امروزه با توجه به پیشرفت روش‌های جراحی، روش‌های بیهوشی، انتقال خون و آنتی‌بیوتیک درمانی، روش سزارین پیشرفت کرده است. با این وجود، سزارین هنوز یک عمل ریسک‌پذیر می‌باشد که عواقب طولانی‌مدت و کوتاه‌مدت را برای مادر و نوزاد به همراه دارد (۱۳). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، ۵ تا ۱۵ درصد از بارداری‌ها باید به صورت سزارین انجام شود. در بیمارستان‌های سطح یک و دو، ۱۵ تا ۲۵ درصد از زایمان‌ها و در بیمارستان‌های

مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی سطح شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که حدود ۵۹ درصد از بارداری‌ها به روش طبیعی خاتمه پیدا کرده است. در زمینه دریافت مراقبت‌های قبل از زایمان نیز نتایج حاکی از آن بودند که ۹۶ درصد از زنان برای دریافت مراقبت‌های بارداری و حدود ۸۸/۷ درصد در سه ماهه اول بارداری برای دریافت مراقبت‌های بارداری مراجعه کرده بودند. در این راستا، علی‌حسی و همکاران گزارش نمودند که ۹۳/۸ درصد از زنان مورد مطالعه، مراقبت‌های بارداری را دریافت کرده بودند که این نتایج تقریباً مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. در پژوهش مذکور ۶۹ درصد از زنان در سه ماهه اول بارداری تحت مراقبت پره‌ناتال قرار گرفته بودند که این مهم با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. این احتمال وجود دارد که دلیل این تفاوت، ایجاد حساسیت نسبت به دوران بارداری توسط مراکز بهداشتی-درمانی و توجه ویژه وزارت بهداشت به سلامت زنان در دوران بارداری باشد (۹). سازمان جهانی بهداشت یکی از اهداف استراتژیک خود را که در راستای ارتقای سلامت مادران مؤثر می‌باشد، پوشش جامع خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی گزارش نموده است (۱۰). همان‌طور که نتایج نشان دادند، مراجعه برای دریافت مراقبت‌های بارداری مطلوب است؛ اما با گذشت حدود ۱۵ سال از اجرای مراقبت‌های قبل از بارداری در کشور، تنها ۳۳ درصد از زنان مورد مطالعه جهت دریافت مراقبت قبل از بارداری به مراکز خصوصی و یا دولتی مراجعه کرده بودند. این عدم مراجعه یا به دلیل عدم آگاهی عمومی در زمینه انجام مراقبت‌ها و یا عدم آگاهی در مورد اهمیت انجام آن می‌باشد.

از سوی دیگر، این عدم آگاهی ممکن است ناشی از ضعف اطلاع‌رسانی باشد. نتایج مطالعه غفاری و همکاران نشان داد که تنها در ۲۳ درصد از مراکز بهداشتی-درمانی

نگرانی‌های پزشکی در زمینه کنترل قند خون با عوارض مرتبط با زایمان مانند ماکروزومی، عدم پیشرفت لیبر و افزایش خطر عفونت همراه است. فشار خون مزمن و چاقی باعث ایجاد عوارضی در سیر بارداری و زایمان می‌گردند که شامل نیاز به سزارین همراه با خطرات همزمان مداخله جراحی و بیهوشی است که این مهم تأثیر نامطلوبی بر سلامت افراد بر جای خواهد گذاشت. علاوه بر این، مرگ غیر مستقیم مادران که تقریباً یک‌سوم کل مرگ و میر مادران را تشکیل می‌دهد، نتیجه یک بیماری قبلی می‌باشد که به دلیل اثرات فیزیولوژیک بارداری تشدید گردیده است (۱۸).

نتایج حاکی از آن بودند که زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر، بارداری خود را با موفقیت سپری نکرده‌اند؛ حدود ۶ درصد جنین خود را سقط نموده بودند و ماحصل حدود ۱/۸ درصد از بارداری‌ها، مرده‌زایی بود. آمارها نشان می‌دهند که سالانه ۱۴۰ میلیون بارداری در دنیا رخ می‌دهد که ۲۵ درصد از آن منجر به سقط ناخودآگاه و یا القایی می‌گردد (۱۹).

از جمله شاخص‌های مادری ایمن که زوجین را قادر می‌سازد تا از داشتن فرزند ناخواسته جلوگیری کنند، تنظیم خانواده است. در مطالعه حاضر نشان داده شد که حدود ۷۰ درصد از زنان از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌نمایند. متداول‌ترین روشی که زنان برای تنظیم باروری خود انتخاب کرده بودند، روش طبیعی بود. انتخاب این روش شاید به دلیل راحت بودن، آسان بودن، در دسترس بودن و طبیعی بودن آن باشد. علاوه بر این، مطابق با سیاست جدید کشور، روش‌های پیشگیری از بارداری مانند سابق در مراکز خدمات جامع سلامت ارائه نمی‌گردد؛ به همین دلیل شرکت‌کنندگان ترجیح می‌دهند به روش طبیعی روی بیاورند که با درصد شکست بالاتری نسبت به سایر روش‌ها همراه می‌باشد.

سطح سه، ۲۵ تا ۳۰ درصد از زایمان‌ها باید به صورت سزارین انجام شود (۱۴).

بارداری یک فرایند فیزیولوژیک منحصر به فرد و طبیعی در زندگی زنان است؛ اما وجود بیماری‌های زمینه‌ای در مادر و یا بیماری‌های غیر منتظره در مادر یا جنین می‌تواند بارداری را سخت و همراه با عوارض ناخواسته نماید. زنان مورد مطالعه در پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نمی‌باشند. بر مبنای نتایج، شایع‌ترین عارضه‌ای که زنان باردار مورد مطالعه در طول بارداری خود با آن مواجه شده بودند، آنمی و عفونت ادرار بود. شیوع آنمی در مطالعه حاضر ۱۷ درصد بود که با نتایج مطالعه سایه‌میری همسو می‌باشد. در مطالعه سایه‌میری که یک متآنالیز می‌باشد، شیوع آنمی در بارداری ۱۴/۲ درصد گزارش شده است (۱۵). این مهم نشان‌دهنده آن است که حدود ۱۵ درصد از جمعیت زنان باردار ایرانی از آنمی فقر آهن رنج می‌برند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، آنمی عامل مرگ ۲۳ درصد از مادران باردار می‌باشد (۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که شایع‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای زنان، کم‌کاری تیروئید و چاقی بوده است. در مطالعه حاضر شیوع کم‌کاری تیروئید در زنان حدود ۴۳ درصد بود؛ اما در مطالعه غفاری، شیوع اختلالات تیروئید ۲۲ درصد گزارش شده است (۱۷). شایان ذکر است که ۹ درصد از زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر اضافه‌وزن داشته و یا از چاقی رنج می‌بردند. این در حالی می‌باشد که در مطالعات متعدد بارها تأکید شده است که چاقی خطر دیابت، فشار خون بالا و عوارض بارداری و زایمان را افزایش می‌دهد.

بیماری‌های مزمن طیفی از شرایط حاد، گذرا، مزمن و دائمی را در بدن ایجاد می‌نمایند. عوارض پزشکی این بیماری‌ها و زایمان اغلب می‌توانند ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر داشته باشند؛ به عنوان مثال در دیابت شیرین،

شکاف وجود دارد که باید با اتخاذ استراتژی‌های جدید و بازبینی برنامه‌های موجود، آن را به سطح مطلوب نزدیک نمود.

حمایت مالی

این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد ۹۷۴۷ می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل یک طرح تحقیقاتی می‌باشد که با کد اخلاق IR.SHMU.REC.1397.51 انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی با نتایج حاصل از طرح ندارند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از دانشگاه‌های علوم پزشکی شاهرود و مشهد و همچنین زنان شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌نمایند.

بر مبنای نتایج به دست آمده، ۴ درصد از زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر را جمعیت زیر ۱۸ سال تشکیل دادند. این در حالی است که بارداری در سنین نوجوانی نسبت به سایر سنین، مادر را در معرض خطر بیشتری در برابر عوارضی همچون آنمی، مرده‌زایی، زایمان زودرس و مرگ قرار می‌دهد که این مهم ناشی از عدم آمادگی کامل جسمانی و روحی این مادران می‌باشد. دختران نوجوان ۲ تا ۵ برابر بیشتر از مادران گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۹ سال می‌میرند. بررسی‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از نوجوانان دختر و زنان جوان در حالی باردار می‌شوند که آگاهی و مهارت کافی را در این زمینه ندارند (۲۰). در انتها باید خاطر نشان ساخت که محدودیت این مطالعه، تفاوت‌های فردی، شخصیتی و روحی - روانی واحدهای پژوهش بود که بر نحوه پاسخگویی آن‌ها اثر می‌گذاشت و کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان دادند که شاخص‌های مادری ایمن در زمینه مراقبت‌های بارداری و زایمان مطلوب می‌باشد؛ اما همچنان در زمینه خدمات تنظیم خانواده، باروری سالم و مراقبت‌های قبل از بارداری تا رسیدن به وضعیت مطلوب،

References

- Hawks RM, McGinn AP, Bernstein PS, Tobin JN. Exploring preconception care: insurance status, race/ethnicity, and health in the pre-pregnancy period. *Matern Child Health J.* 2018; 22(8):1103-10.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet.* 2016; 387(100017):762-74.
- World Health Organization. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization; 2015.
- Department of economic and social Affairs. Family planning and the 2030 agenda for sustainable development: data booklet. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2019.
- World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017.
- Burgansky A, Montalto D, Siddiqui NA. The safe motherhood initiative: the development and implementation of standardized obstetric care bundles in New York. *Semin Perinatol.* 2016; 40(2):124-31.
- Iranian Ministry of Health and Medical Education. National guide to midwifery and childbirth services. Tehran: Iranian Ministry of Health and Medical Education; 2017.
- Hosseini-Chavoshi M, Abbasi-Shavazi MJ, McDonald

- P. Fertility, marriage, and family planning in Iran: implications for future policy. *Population Horizons*. 2016; 13(1):31-40.
9. Alikhasi N, Khadivi R, Kheyri M. The utilization rate of antenatal care after health sector reform implementation in rural areas of Islamic Republic of Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(6):613.
 10. Ministry of Health and Medical Education, Department of Health. National maternal mortality surveillance system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2016.
 11. Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Jahani N. Applying donabedian quality-of-care framework in assessing the structure of preconception care in urban health centers, Mashhad, 2012. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24(116):149-60.
 12. Olfati F, Keramat A, Changizi N, Yunesian M, Asefzadeh S. Clarification of risk management in safe delivery, by Iranian experts: a qualitative study. *Biomed Res*. 2017; 28(4):1587-92.
 13. Jafarzadeh A, Hadavi M, Hasanshahi G, Rezaeian M, Vazirinejad R, Aminzadeh F, et al. Cesarean or cesarean epidemic? *Arch Iran Med*. 2019; 22(11): 663-70.
 14. Ministry of Health and Medical Education. Iranian national program on natural delivery promotion, health system transformation plan: deputy of treatment. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2016.
 15. Azami M, Darvishi Z, Sayehmiri K. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of anemia among pregnant Iranian women (2005-2015). *Shiraz E Med J*. 2016; 17(4-5):e38462.
 16. Adam I, Ibrahim Y, Elhardello O. Prevalence, types and determinants of anemia among pregnant women in Sudan: a systematic review and meta-analysis. *BMC Hematol*. 2018; 18(1):1-8.
 17. Ghaffari Sardasht F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. The frequency of risk factors associated with pregnancy among women seeking planned pregnancy. *J Midwifery Reprod Health*. 2017; 5(3):942-9.
 18. Hussein J. Non-communicable diseases during pregnancy in low and middle income countries. *Obstet Med*. 2017; 10(1):26-9.
 19. Mahdavi SA, Jafari A, Azimi K, Dehghanizadeh N, Barzegar A. Therapeutic abortion in Iran: an epidemiologic study of legal abortion in 2 years. *BMC Res Notes*. 2020; 13(1):1-6.
 20. Moraes AN, Likwa RN, Nzala SH. A retrospective analysis of adverse obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancy: the case of Luapula Province, Zambia. *Maternal Health Neonatol Perinatol*. 2018; 4(1):20.



Original Article

Evaluation of Safe Maternal Indicators among Women of Reproductive Age in Mashhad

Fatemeh Ghaffari Sardasht*

PhD Student, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Received: 13 October 2020

Accepted: 28 December 2020

Abstract

Introduction: Reproductive health is not merely limited to family planning programs, rather it involves devoting broader attention to social conditions that affect a woman's overall health and role in fertility and sexuality. Regarding this, safe motherhood refers to a set of actions and activities that aims to reach a desired level of health for the mother and neonate. Therefore, this study was performed to determine safe motherhood indicators among women of reproductive age.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted to investigate the safe motherhood indicators of 1,019 pregnant women referring to teaching hospitals in Mashhad, Iran, in 2020. The samples was chosen with convenient Sampling method. The necessary data were collected using a researcher-made questionnaire containing demographic and fertility characteristics. The gathered data were analyzed in SPSS software (version 16) using descriptive statistics.

Results: Based on the results, 96% and 33.5% of the subjects referred for prenatal care and preconception care, respectively. It was revealed that 67.8% of the cases used family planning services. The first prenatal visit of 87.7% of women was in the first trimester of pregnancy. It was also found that 58.5% and 33.1% of the subjects underwent natural childbirth and cesarean section, respectively, and 6.1% of pregnancies resulted in abortion.

Conclusion: The results showed that most women did not refer to receive preconception care to be prepared for this period; rather, they refer for prenatal care as soon as the pregnancy occurs. About a third of women do not have a fertility plan; therefore, there is still a gap in the field of healthy reproduction program and preconception care until reaching the desired level. In this respect, it is required to adopt a suitable strategy in this field.

Keywords: Indicators, Mashhad, Safe motherhood, Women of reproductive age
