

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۲۷۴۰۹

به نام خدا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گیلان

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

پایان نامه

جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد آموزش پرستاری

(گرایش بهداشت جامعه)

عنوان

بررسی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی - درمانی

شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷

استاد راهنما

سرکار خانم نسرین مختاری

اساتید مشاور

سرکار خانم زهرا عطرکار روشن

سرکار خانم شیرین جفرودی

سرکار خانم ژیلا شکی

پژوهش و نگارش

فتانه بخشی آتشگامی

۱۱۸۸ / ۹ / ۳
انجمن اهدای عضو مرکز علمی پژوهشی
تیم پزشکی

۱۲۷۴۰۹

بخشی آتشکاهی، فتانه

بررسی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی- درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷/ نگارش: فتانه بخشی آتشکاهی ؛ استاد راهنما: نسرین مختاری.

۱۵۶ص: مصور، جدول.

کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان: دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ۱۳۸۷.

۱. پرستاری بهداشت جامعه. ۲. مراقبت پیش از تولد. الف. مختاری ، نسرین، استاد راهنما. ب.عنوان.

WY / RT

Keywords:

Attitude

Community Health Nursing

Maternal- Child Health Centers

Pregnant Women

Prenatal Care

کلیدواژه ها:

پرستاری بهداشت جامعه

زنان باردار

مراقبت پیش از تولد

مراکز بهداشت مادر و کودک

نگرش



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

صور تجلسه دفاع

با تاییدات خداوند متعالی جلسه دفاع از پایان نامه خانم فتانه بخشی در رشته آموزش پرستاری (گرایش بهداشت) مقطع کارشناسی ارشد، تحت عنوان "بررسی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی - درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷"، شماره ثبت
باحضور استاذ راهنما، مشاوران و هیات داوران در دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت در تاریخ ۸۷/۱۲/۲۷ تشکیل گردید، در این جلسه پایان نامه با موفقیت مورد دفاع قرار گرفت.
نامبرده نمره ۱۷/۸۶ با امتیاز عالی دریافت نمود.

استاد راهنما:

۱- خانم نسرین مختاری

استاد مشاور:

۱- خانم شیرین جفرودی

استاد آمار:

۱- خانم زهرا عطرکار روشن

هیات داوران:

۱- خانم دکتر عاطفه قنبری (استاد ناظر)

۲- آقای ربیع ا... فرمانبر (استاد ناظر)

۳- خانم عزت پاریاد (مسئول آموزش کارشناسی ارشد)

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء

با تشکر

سیده نوشاز میر حق جو

معاون آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

الہی!

دانی کہ نہ بہ خود بہ این روزم و نہ بہ کفایت خویش شمع ہدایت می افروزم،

از من چه آید؟ و از کرد من چه کشاید؟

طاعت من یہ توفیق تو، خدمت من بہ ہدایت تو، توبہ من بہ رعایت تو،

سنگرم بہ انعام تو، ذکر من بہ الہام تو،

ہمہ تحویلی من کہ ام؟ کر فضل تو نباشد من برچہ ام؟

تقدیم به نخستین آموزگار اتم

پدر و مادر عزیزم

تقدیم به یار و همراهم. پشتیبان همیشگی ام

همسر بزرگوارم

که همواره در کنارش انسانیت را می آموزم

تقدیم به والاترین هدیه های خداوندی

نور چشمان دلبندم

که پیمودن این راه ، زیباترین دقایق با هم بودن را از ما گرفت

و

تقدیم به همه ی مادران سرزمین عزیزم

«به نام ایزد یکتا»

شکر و سپاس فراوان، به عدد ستاره ی آسمان و قطره ی باران و برگ درختان و ریگ بیابان و ذره های زمین و آسمان، مر آن خدای را که یگانگی صفت اوست و جلال و کبریا و عظمت و علا و مجد و بها، خاصیت اوست.

اینک که به لطف و مدد پروردگار مهربان و با کمک و یاری عزیزان، پایان نامه ام را به اتمام رسانده ام، مراتب تشکر و قدردانی خود را به همه ی آن هایی که در پیمودن این راه دشوار، یاریگرم بوده اند تقدیم می دارم.

از سرکار خانم نسرین مختاری، استاد راهنمای ارجمندم که با صبوری و شکیبایی خود، آرامش بخش لحظات پر استرسم بودند و در مسیر این پژوهش، از علم ایشان بهره ی فراوان برده ام تشکر و قدردانی می نمایم. از سرکار خانم شیرین جفرو دی به خاطر حمایت های علمی و صرف وقت فراوان؛ از سرکار خانم زهرا عطر کار روشن به خاطر لطف بی دریغ و راهنمایی های ارزنده شان در زمینه آمار حیاتی؛ از سرکار خانم ژیلا شکنی به جهت کمک های فراوان به خصوص در ویرایش پایان نامه؛ از سرکار خانم عزت پاریاد به دلیل زحمات بی وقفه و تحمل مثال زدنی شان در پیشبرد امور کارشناسی ارشد و از سرکار خانم دکتر عاطفه قنبری به خاطر آموزه های بی حد و مهربانی بی وصفشان صمیمانه و با تمام وجود سپاسگزاری می نمایم. همچنین تشکر و قدردانی ویژه خود را به جناب آقای محمد تقی مقدم نیا، مظهر کامل فرهیختگی و سرکار خانم سیده نوشاز میرحق جو، یار و غمخوار همیشگی دانشجویان تقدیم می دارم. از آقای رامین صولتی و همه ی همکاران محترمشان در واحد کتابخانه ی دانشکده پرستاری که در این مدت از هیچ کوششی برای بهره برداری بیشتر و کامل تر از منابع کتابخانه ای دریغ نورزیده اند، سپاسگزارم.

از جناب آقای دکتر محمد عباسی، رئیسی گروه تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده معاونت بهداشتی که در تمامی مراحل این پژوهش، برادرانه و یزرگوارانه راهنمایم بوده اند، سپاسگزاری می نمایم. از ریاست و مسئولین بهداشت خانواده و آموزش مرکز بهداشت شهرستان رشت نیز به خاطر همکاری و هماهنگی های فراوان در مسیر این پژوهش تشکر می نمایم و برای تمامی پرسنل زحمتکش و بی ادعای مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت که در طول مدت تحقیق، همکاری صادقانه ای با من داشته اند، ضمن سپاسگزاری فراوان، آرزوی موفقیت و سلامتی دارم.

بر خود واجب می دانم از ریاست، مدیریت داخلی، مدیریت خدمات پرستاری، سرپرستار محترم بخش یک و تمامی همکاران خوب و عزیزم در مرکز آموزشی درمانی شفا که در طول مدت تحصیل، عدم حضور و کاستی هایم را پذیرا بوده و همیشه مرا مورد محبت و حمایتشان قرار داده اند، تشکر ویژه نمایم. در پایان از همه ی اساتید بزرگوار و دوستان گرانقدرم که درسهای زیادی از آنها آموخته ام کمال امتنان را داشته، برایشان سلامتی و شادکامی آرزومندم.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

عنوان: بررسی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی - درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷
استاد راهنما: نسرین مختاری
اساتید مشاور: شیرین جفرودی، زهرا عطرکار روشن، ژیلای شکی
نویسنده: فتنه بخشی

چکیده

مقدمه: مراقبتهای دوران بارداری یک ابزار مهم برای تعیین و کاهش خطرات محمول زایمان، نظیر تولد نوزادان کم وزن و مرده و یا مرگ در طول سال اول زندگی آن ها است. هدف اصلی از این مراقبت ها، تولد نوزادی سالم بدون به خطر انداختن سلامت مادر می باشد. برخی عوامل مانع از دریافت صحیح و به موقع مراقبت های حین بارداری و موجب بروز عوارض مربوط به مادر و نوزاد می گردند. شناخت این عوامل جهت شناسایی گروه های در معرض خطر و مناطق نیازمند مداخله، در هر منطقه ضروری است.

هدف: تعیین چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷
روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در آن ۳۵۴ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر رشت به صورت نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار تحقیق پرسشنامه ای مشتمل بر ۳ بخش بود.

نتایج: یافته ها نشان داد ۵۳/۴ درصد زنان مراقبت های دوران بارداری را به صورت ناکافی دریافت کرده بودند. بین کفایت دریافت مراقبت و وضعیت اشتغال ($p=0/026$) میزان تحصیلات همسران آنان ($p=0/042$) و میزان درآمد ($p=0/005$) رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. بیشترین عامل موثر بر دریافت مراقبت ها از دیدگاه مادران عامل اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات بیان گردید (۸۵/۳٪). همچنین ارتباط معنی دار آماری بین کفایت دریافت مراقبت و عواملی نظیر مدت زمان انتظار جهت دریافت مراقبت ($p=0/006$)، خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر مادران و همسران آنها ($p=0/015$) مشاهده گردید.

نتیجه گیری: با وجود ارائه مراقبتهای بارداری در مراکز بهداشت حدود نیمی از زنان به طور کامل از این مراقبتها استفاده نمی کنند. از جمله موانع دریافت، عدم اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات، رعایت حریم خصوصی زنان هنگام ارائه مراقبت و نحوه برخورد فرد مراقبت دهنده در مراکز بهداشت بودند. بعضی از خصوصیات فردی خانوادگی زنان نیز از موانع دریافت مراقبتها بود که به نظر می رسد توجه ارائه دهندگان به این ویژگیها در جهت بهبود میزان دریافت مراقبت زنان باردار مهم باشد.
کلید واژه ها: پرستاری بهداشت جامعه، زنان باردار، مراقبت پیش از تولد، مراکز بهداشت مادر و کودک، نگرش.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
	<u>فصل اول : کلیات</u>
۱	۱-۱ مقدمه (بیان مسأله)
۱۴	۱-۲ اهداف پژوهش (هدف کلی و اهداف ویژه)
۱۴	۱-۳ سوالات یا فرضیه پژوهش
۱۵	۱-۴ تعاریف علمی و عملی واژه ها
۱۹	۱-۵ محدودیت های پژوهش
	<u>فصل دوم : زمینه و پیشینه تحقیق</u>
۲۰	۲-۱ چهارچوب پژوهشی
۳۶	۲-۲ مروری بر مطالعات انجام شده
	<u>فصل سوم : روش اجرای تحقیق</u>
۵۷	۳-۱ نوع پژوهش
۵۷	۳-۲ جامعه پژوهش
۵۸	۳-۳ روش نمونه گیری
۵۹	۳-۴ مشخصات واحدهای مورد پژوهش
۵۹	۳-۵ محیط پژوهش
۵۹	۳-۶ ابزار و روش گردآوری اطلاعات
۶۱	۳-۷ تعیین اعتبار و اعتماد علمی ابزار
۶۳	۳-۸ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۶۵	۳-۹ ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم : نتایج تحقیق

- ۶۶ ۴-۱ یافته های پژوهش
- ۶۷ ۴-۲ جداول و نمودارها

فصل پنجم : بحث و بررسی یافته ها

- ۱۱۴ ۵-۱ بحث و تفسیر نتایج پژوهش
- ۱۴۰ ۵-۲ نتیجه گیری نهایی
- ۱۴۴ ۵-۳ کاربرد یافته ها و پیشنهادات برای پژوهش های بعدی

۱۴۸ مقابع و مأخذ

۱۵۷ ضمائم

فهرست جداول

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۶۷	جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن
۶۸	جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن در آخرین حاملگی
۶۹	جدول شماره ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تحصیلات
۶۹	جدول شماره ۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال
۷۰	جدول شماره ۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن همسر
۷۱	جدول شماره ۶: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تحصیلات همسر
۷۱	جدول شماره ۷: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال همسر
۷۲	جدول شماره ۸: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت بیمه در دوران بارداری
۷۳	جدول شماره ۹: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان درآمد خانوار
۷۴	جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن اولین ازدواج
۷۵	جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن اولین بارداری
۷۶	جدول شماره ۱۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تعداد فرزندان
۷۷	جدول شماره ۱۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تعداد حاملگی
۷۸	جدول شماره ۱۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تعداد اعضای خانواده
۷۹	جدول شماره ۱۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب فاصله آخرین حاملگی با زایمان قبلی

- ۸۰ جدول شماره ۱۶: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع زایمان
- ۸۰ جدول شماره ۱۷: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سابقه سقط، مرده زایی و مرگ نوزاد در طول بارداری
- ۸۱ جدول شماره ۱۸: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سابقه بیماری های مزمن و بیماری در طول بارداری
- ۸۱ جدول شماره ۱۹: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وزن زمان تولد آخرین نوزاد
- ۸۲ جدول شماره ۲۰: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب زمان دریافت اولین مراقبت دوران بارداری
- ۸۳ جدول شماره ۲۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تعداد دفعات دریافت مراقبت های دوران بارداری
- ۸۴ جدول شماره ۲۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری (بر اساس کتل چاک)
- ۸۵ جدول شماره ۲۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری
- ۸۶ جدول شماره ۲۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن در آخرین بارداری
- ۸۷ جدول شماره ۲۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تحصیلات
- ۸۸ جدول شماره ۲۶: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال
- ۸۹ جدول شماره ۲۷: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن همسران
- ۹۰ جدول شماره ۲۸: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تحصیلات همسران
- ۹۱ جدول شماره ۲۹: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال همسران
- ۹۲ جدول شماره ۳۰: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تعداد حاملگی
- ۹۳ جدول شماره ۳۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب داشتن بیمه در دوران بارداری

- ۹۴ جدول شماره ۳۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب داشتن سابقه سقط دوران بارداری
- ۹۵ جدول شماره ۳۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان درآمد خانوار
- ۹۶ جدول شماره ۳۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع زایمان
- ۹۷ جدول شماره ۳۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وزن هنگام تولد نوزاد
- ۹۸ جدول شماره ۳۶: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب عوامل موثر بر دریافت مراقبت های دوران بارداری از دیدگاه آنان
- ۹۹ جدول شماره ۳۷: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل مدت زمان انتظار برای دریافت مراقبت
- ۱۰۰ جدول شماره ۳۸: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل حضور فرد مراقبت دهنده در مرکز در هنگام مراجعه
- ۱۰۱ جدول شماره ۳۹: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل نحوه برخورد فرد مراقبت دهنده در مرکز
- ۱۰۲ جدول شماره ۴۰: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل وجود فرد حمایت کننده در خانواده و اطرافیان
- ۱۰۳ جدول شماره ۴۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل وجود فرد باز دارنده در خانواده و اطرافیان
- ۱۰۴ جدول شماره ۴۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل هزینه رفت و آمد
- ۱۰۵ جدول شماره ۴۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل هزینه های جانبی مراقبت های دوران بارداری
- ۱۰۶ جدول شماره ۴۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل ساعت کاری مرکز بهداشتی
- ۱۰۷ جدول شماره ۴۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر مادر
- ۱۰۸ جدول شماره ۴۶: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر همسر
- ۱۰۹ جدول شماره ۴۷: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل ترس از معاینه

- ۱۱۰ جدول شماره ۴۸ : توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل
رعایت حریم خصوصی مادر هنگام ارائه مراقبت
- ۱۱۱ جدول شماره ۴۹ : توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل
اطمینان به مهارت فرد ارائه کننده مراقبت
- ۱۱۲ جدول شماره ۵۰ : توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل
اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات دوران بارداری
- ۱۱۳ جدول شماره ۵۱ : توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاثیر عامل
بی اطلاعی از حاملگی در سه ماهه اول بارداری

فصل اول

زمینه پژوهش (بیان مساله):

بارداری پدیده ای کاملاً طبیعی است - یکی از شیرین ترین مراحل زندگی هر زنی، دوران بارداری، زمان انتظار و آماده شدن او برای پذیرش مسئولیت بزرگ مادر شدن است (۱). هدف از علم زایمان آن است که هر حاملگی به خواست زوجین تحقق یابد و در نهایت، به وجود مادر و فرزند سالم ختم شود. در راه وصولی به این هدف نهایی، سعی بر این است که حتی الامکان مرگ و میر مادران و نوزادانی که در اثر عوارض حاملگی، زایمان و صدماتی که از نظر جسمی، هوشی و روانی می بینند به حداقل ممکن کاهش یابد (۲). ارائه مراقبت های بهداشتی در دوران بارداری یکی از مباحث اصلی بهداشتی در هر جامعه بوده و به عنوان یک شاخص بهداشتی در نظر گرفته می شود (۳). از دیر باز ثابت شده که مراقبت های دوران بارداری یک ابزار مهم برای تعیین و کاهش خطرات محصول زایمان، نظیر تولد نوزادان کم وزن و مرده و یا مرگ در طول سال اول زندگی آنها می باشد (۴). هدف اصلی از مراقبت های این دوران، تولد نوزادی سالم، بدون به خطر انداختن سلامت مادر می باشد (۵).

در ایران نیز ارتقای سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت های بهداشتی درمانی بوده است. در سالهای اولیه ی استقرار نظام بهداشت و درمان در کشور ما، سلامت مادران به عنوان گروه آسیب پذیر و با هدف افزایش دسترسی مادران به مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در اولویت قرار گرفت (۶).

عوارض حاملگی و زایمان در جوامعی که وضعیت اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آنان مغایر با اصول صحیح است و مراقبت های بهداشتی به حد کافی در دسترس نمی باشد منجر به مرگ تعداد زیادی

از مادران می شود (۷). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^۱، در سال ۲۰۰۵ در دنیا، ۵۳۶ هزار زن باردار به علت عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست داده اند که ۸۶ درصد از آن ها در جنوب آسیا و صحرای افریقا می زیسته اند؛ از این تعداد ۲۴۱ هزار نفر از آسیا و ۱۹۰۰ نفر از ایران بوده اند بنابراین میزان مرگ و میر مادران ۱۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در ایران بوده است و این در حالی است که این میزان در ترکیه ۴۴ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده و در امریکا ۱۱ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده می باشد (۸). وجود اختلاف در میزان آمار مرگ و میر مادران در نتیجه ی اختلاف سطح ارائه خدمات بهداشتی می باشد (۹) به عبارت دیگر تفاوت در وضعیت بهداشتی زنان قبل و در طول حاملگی و میزان دسترسی زنان به این مراقبت ها باعث ایجاد چنین تفاوت هایی می شود، بنابراین وضعیت بهداشت مادران و نوزادان به عنوان نمایی از وضعیت کنونی بهداشت جامعه و هم چنین از نظر پیش بینی وضعیت بهداشتی نسل بعد بسیار مهم و حیاتی است (۱۰).

از نظر سازمان بهداشت جهانی نیز، یکی از مهم ترین و اساسی ترین ارکان مراقبت های اولیه بهداشتی، توجه به بهداشت مادران، کودکان و تنظیم خانواده می باشد (۱۱). هم اکنون طرحی تحت عنوان « جمعیت سالم در سال ۲۰۱۰ » در سرویس سلامت عمومی بیشتر کشورهای دنیا در حال اجراست که هدف اصلی آن افزایش کیفیت و طول مدت زندگی سالم و از بین بردن اختلاف وضع بهداشتی بین افراد می باشد. این برنامه به ویژه تلاش می کند وضع سلامت و بهداشت زنان، نوزادان، کودکان و خانواده را ارتقاء بخشد (۱۲).

بهداشت مادر و کودک یکی از زمینه های مهم و اساسی خدمات بهداشتی است که دارای الویت در برنامه های اجرایی می باشد، زیرا مادران و کودکان نزدیک به ۷۰ درصد جمعیت را تشکیل داده و بیش از

^۱ World Health Organization

دیگر افراد جامعه تحت تاثیر عوامل مخاطر آمیز محیطی قرار دارند و به خاطر آسیب پذیریشان، بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری ها، عقب افتادگی رشد، ناتوانی و مرگ می باشند. این دو گروه عمده ترین گروه مصرف کننده ی خدمات بهداشتی هستند (۲) و توجه به بهداشت آنان قدمی موثر در کاهش مسایل بهداشتی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و ایجاد جامعه ای سالم است (۱۳).

به طور معمول در سراسر دنیا بهترین شاخص سطح پیشرفت بهداشتی در یک کشور، میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال می باشد، که هر چه این میزان کمتر باشد، وضعیت بهداشت مطلوب تر است. علل بروز میزان بالای مرگ و میر نوزادان به ویژه بلافاصله بعد از تولد شامل بارداری در زمان نامناسب، کم وزنی هنگام تولد و تولد نارس، زایمان های غیر بهداشتی، میزان باروری بالا و . . . می باشد. هم چنین این ها عوامل عمده ی خطراتی هستند که به مرگ مادران منجر شده و هر ساله به حیات هزاران زن جوان خاتمه داده و باعث بیماری و عوارض بعدی می گردد (۱۴). در مورد زنان این خطر در رابطه با بارداری و زایمان و در مورد کودکان در رابطه با رشد و تکامل و بقاء می باشد (۴).

از آنجا که حاملگی، نیازهای بهداشتی، مشکلات جسمانی و روانی مادران را افزایش می دهد، مراقبت های دوران بارداری بهترین ضامن برای حفظ تندرستی مادر و به دنیا آوردن نوزاد سالم است؛ در واقع امروزه پذیرفته شده است که ارائه مراقبت های پره ناتال^۱، مقرون به صرفه تر از هر گونه مداخله ای برای کاهش مرگ و میر و عوارض مادری و هم چنین مرگ و میر و عوارض قبل و بعد از تولد می باشد (۶).

از سال ۱۹۰۱ که مراقبت های دوران بارداری به عنوان یک روش تشخیص زنان در معرض خطر عوارض بارداری به ثبت رسید و خدمات جامع پیش از زایمان برای کاهش عوامل زمینه ساز پیامدهای

^۱ Prenatal Care (PNC)

نامطلوب بارداری شناخته شده تا کنون، شواهد زیادی مبنی بر وجود رابطه ی بین استفاده از خدمات مراقبت دوران بارداری و نتایج اختصاصی بارداری به دست آمده است(۱۵).

به طور کلی می توان گفت که زیاد بودن مرگ و میر مادران به علل ناشی از بارداری نه تنها بازتابی از نارسایی خدمات مراقبت از زنان باردار است، بلکه پایین بودن استانداردهای زندگی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی جامعه را نیز نشان می دهد. مشکل مرگ و میر مادران به علل ناشی از بارداری در سراسر جهان اصولاً مربوط به چگونگی به کارگیری دانش موجود پرستاری و مامایی در مراحل پیش از زایمان، هنگام زایمان و پس از زایمان است(۱۶).

در قرن بیست و یکم و با وجود پیشرفت های اقتصادی و تکنولوژیکی فراوان، هنوز در کشورهای در حال توسعه ۴۴ میلیون زن به مراقبت های دوران بارداری دسترسی ندارند و مسائلیانه حدود ۲۰۰۰۰۰ زن در آسیا به علت عوارض مربوط به بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند. کمبود مراقبت های دوران بارداری و زایمان، به طور گسترده موجب مرگ سالانه نزدیک به ۵ میلیون نوزاد پیش از تولد یا در طول زایمان یا در نخستین هفته زندگی و حدود ۶۰۰/۰۰۰ نوزاد در حین تولد می شود(۱۴). در ایران هر ساله حدود ۲۰ هزار نوزاد پیش از آن که به یک ماهگی برسند، با زندگی وداع می کنند، تقریباً به همین میزان نیز مرگ جنینی در دوران بارداری وجود دارد(۱۷). سازمان بهداشت جهانی در اهداف سال ۲۰۱۵ خود، کاهش مرگ و میر مادران به ۳/۴ مقدار خود از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ و تقلیل میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ۲/۳ میزان خود از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ را به عنوان اهداف پنجم و ششم^۱ خود پیش بینی نموده است(۷). در حال حاضر دسترسی به هدف پنجم، مبنی بر توسعه سلامت مادران، بزرگ ترین مشکل بهداشتی در همه کشورها

^۱ Millennium Development Goals(MDG)

بوده و اولویت دادن به کارهای تحقیقی و مطالعاتی در این زمینه، بهترین راهکار شناخته شده به نظر می رسد(۱۸).

همچنین امروزه انجمن های ملی حمایت از مادران و کودکان و سیاست گذاران شبکه های ارتقای سلامت در اغلب کشورها دریافته اند که بهترین روش برای بررسی دلایل مرگ و میر مادران، اندازه گیری پیشرفت هر کشور یا منطقه به سمت هدف پنجم سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۱۵ است و بهترین روش برای این اندازه گیری نیز بررسی تعداد زنان باردار استفاده کننده از مراقبت های دوران بارداری از مراکز بهداشتی می باشد(۸)؛ بنابراین اولین عامل تعیین کننده ی میزان مرگ و میر مادران در هر کشور، چگونگی عملکرد سیستم خدمات بهداشتی یعنی اطمینان از دسترسی هر زن به مراقبت های بهداشتی دوران بارداری و خدمات زایمان مورد نیاز وی می باشد که این مسایل نیاز به عملکرد موثر خدمات بهداشتی، عرضه منظم داروها و تجهیزات معتبر و سیستم مناسب ارتباطات و حمل و نقل دارد(۱۹). در همین رابطه مشخص شده است که در آفریقا عدم وجود پرسنل بهداشتی مجرب و در آسیا نیز عدم دسترسی روستاییان به پرسنل کار آزموده و هم چنین هزینه بالای خدمات، محرومیت های مربوط به طبقات اجتماعی و ... مهم ترین مشکلات برای دست یابی به بهداشت مطلوب دوران بارداری می باشند(۱۸).

بر اساس شواهد، مهم ترین مانع جهت ارتقای بهداشت مادران، عدم دسترسی به خدمات بهداشتی جامع و مطلوب است(۲۱) که تا کنون اقدامات زیادی در جهت رفع آن انجام شده است، از آن جمله می توان به پرداخت ۶۰ درصد از هزینه های مربوط به مراقبت های دوران بارداری از طریق بیمه مادران باردار در بعضی از کشورهای آفریقایی و رایگان بودن استفاده از این خدمات در مراکز بهداشتی بسیاری از کشورهای در حال توسعه اشاره نمود(۲۲). در ایران نیز ضمن تلاش برای بهبود شاخص دسترسی به خدمات، ارتقای کیفی آن