

## نگرش ماماها، راهکارهای پیشنهادی و موانع موجود نسبت به مراقبت پیش از بارداری

عزیزه فرشباغ خلیلی<sup>۱\*</sup>، نیلوفر ستارزاده<sup>۲</sup>، الهه خاری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۵/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۷/۲۹

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مراقبت پیش از بارداری به سلامت بارداری و پیامدهای حاصل از آن در دوره قبل از لقاح و پس‌از آن تأکید دارد. این مطالعه باهدف تعیین نگرش ماماها، راهکارهای پیشنهادی و موانع موجود نسبت به مراقبت پیش از بارداری در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

**مواد و روش:** این مطالعه مقطعی بر روی کلیه (۲۰۲ نفر) ماماها شاغل در مراکز بهداشتی درمانی تبریز، ایران، با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی، نگرش و سوالات باز انجام شد. روایی ابزارها با استفاده از روش‌های CVI، CVR و پایایی آن‌ها از دو بعد تکرارپذیری (ICC) و انسجام درونی (ضریب آلفا کرونباخ) تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار نگرش ماماها ۸۳/۱۵ (۷/۸۲) بود. اکثریت ماماها ایجاد انگیزه را در بهبود مراقبت پیش از بارداری پیشنهاد کردند و کمبود فرصت کافی برای انجام مراقبت پیش از بارداری را از موانع مراقبت پیش از بارداری ذکر کردند. بر اساس آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون تی مستقل بین نگرش و فاکتورهای دموگرافیک رابطه معنی‌داری یافت نشد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، ماماها نگرش خوبی نسبت به مراقبت پیش از بارداری داشتند. لذا جهت بهبود مراقبت‌ها در نظر گرفتن عوامل انگیزشی و مهیا نمودن شرایط لازم برای ارتقاء کیفی مراقبت‌های پیش از بارداری توسط ماماها مانند ایجاد فرصت کافی برای ارائه مراقبت توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** نگرش، ماما، مراقبت پیش از بارداری، مراکز بهداشتی، ایران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره نهم، پی‌درپی ۸۶، آذر ۱۳۹۵، ص ۷۹۰-۷۸۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، تلفن: ۰۴۱۱۳۴۷۹۶۷۷۰

Email: farshbafa@tbzmed.ac.ir

## مقدمه

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> در سال ۲۰۱۵، روزانه ۸۳۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست دادند که تقریباً همه این مرگ‌ها در کشورهایی با منابع اقتصادی کم اتفاق افتاده و اغلب قابل پیشگیری هستند. خطر مرگ یک زن در اثر علل مرتبط با مادری طی دوران زندگی در کشورهای درحال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته حدود ۳۳ به ۱ است. مرگ مادری یک شاخص سلامتی است که نشان‌دهنده شکاف بسیار وسیع بین فقر و ثروت، بین مناطق شهری و روستایی هم در بین کشورها و هم در داخل کشورهاست (۴،۵).

در ایران در سال ۲۰۱۵ نسبت مرگ‌ومیر مادران حدود ۲۵ در صد هزار تولد زنده گزارش شده است (۷). نسبت مرگ‌ومیر نوزادی

سلامت مادران و نوزادان از شاخص‌های مهم ارتقای سلامت می‌باشد که تعیین‌کننده وضعیت بهداشت و سلامت جامعه و نسل‌های بعدی است. مراقبت پیش از بارداری شامل طیف وسیعی از اقدامات تشخیصی، کنترل و درمان بیماری‌های مزمن و آمیزشی را در زنان سنین باروری شامل می‌شود (۱،۲). طبق بیانیه ACOG<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۵ مراقبت پیش از بارداری شامل: کاهش عوامل خطر مرتبط با بارداری و ارتقای سلامت زنان و نوزادان می‌باشد که از طریق افزایش آگاهی در ارتباط با برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد حاملگی اعمال می‌شود (۳،۴).

<sup>۱</sup> مربی، دکتری تخصصی پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار، دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۴</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists

<sup>۵</sup> World Health Organization

اخلاق با کد ۱۳۹۴۴۲۸ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوده تبریز است. روش مطالعه به روش سرشماری و نمونه پژوهش برابر با جامعه پژوهش بر روی حدوداً ۲۰۲ نفر از ماماها شاغل با معیار ورود (سابقه کاری بیشتر از یک سال) و معیار خروج (انصراف از شرکت در مطالعه) در مراکز بهداشتی درمانی و مجتمع‌های سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز- ایران در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. پس از دریافت معرفی‌نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشکده و هماهنگی با مسئولین مراکز بهداشت، پژوهشگر مطالعه خود را در مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز آغاز کرد و به بیان اهداف مطالعه به ماماها شاغل در مراکز بهداشتی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند پرداخت. سپس پرسشنامه تهیه‌شده به همراه فرم رضایت‌نامه شرکت در مطالعه، در یک محیط خلوت به افراد مورد مطالعه داده شد و با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، از آنان درخواست گردید تا در صورت رضایت به شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌های مربوط را به دقت تکمیل کنند و به خود پژوهشگر تحویل دهند.

#### ابزار گردآوری اطلاعات:

ابزار گردآوری مطالعه شامل ۱- پرسشنامه محقق ساخته نگرش که با الگوی لیکرت و بر اساس مروری بر متون و دستورالعمل مراقبت ادغام یافته سلامت مادران (۱۷،۱۶)، طراحی شد. این ابزار شامل ۱۰ گویه پنج گزینه‌ای است که به هر کدام از پاسخ‌ها نمره ۵-۱ تعلق گرفت. سؤالات با جهت مثبت، پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲، کاملاً مخالفم نمره ۱ و در سؤالات با جهت منفی بالعکس به پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۵، مخالفم ۴، نظری ندارم ۳، موافقم ۲، کاملاً موافقم ۱، تعلق گرفت. محدوده نمرات بین ۵۰-۰ که برحسب درصد گزارش گردید. روایی محتوا بر اساس شاخص روایی محتوا (CVR<sup>۳</sup>) شامل میزان مربوط بودن، واضح و ساده بودن هر کدام از سؤالات و نسبت روایی محتوا (CVR<sup>۴</sup>) شامل میزان ضرورت آیتم تعیین گردید. میزان شاخص روایی محتوایی نگرش ۰/۹۲ و نسبت روایی محتوا ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین با انجام آزمون و پس‌آزمون بر روی ۲۰ نفر، پایایی ابزار با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای (ICC<sup>۵</sup>) با ضریب اطمینان ۹۵ درصد ۰/۹۹ (۰/۹۹-۰/۹۸) تعیین شد، ضریب آلفا کرونباخ<sup>۶</sup> آن برابر ۰/۴۴ بود.

۲- سؤالات کیفی نیز به دو شکل آورده شد (۱-دیدگاه ماماها در مورد موانع موجود در مراقبت‌های پیش از بارداری ۲-پیشنهاد ماماها جهت ارتقای کیفیت مراقبت پیش از بارداری) که داده‌های

و شیرخوارگی در ایران در سال ۲۰۱۲ به ترتیب ۱۱ و ۱۵ در هر هزار تولد زنده گزارش شده است (۸). سرویس سلامت عمومی<sup>۱</sup> مراقبت پیش از بارداری را جزء اساسی مراقبت پره ناتال معرفی کرده است. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها CDC<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۶ راهنمای مراقبت قبل از لقاح را برای تغییر عادات و رفتار مردان و زنان در ارتباط با سلامت قبل از لقاح، توصیه نمود (۱۰،۹).

در ایران مراقبت‌های پیش از بارداری از طریق تشکیل کمیته کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان در سال ۱۳۷۴، مورد توجه واقع شد (۱۱). بر اساس مطالعه Korenbrot (۲۰۰۲) کلیه زنان واقع در سنین باروری باید برای افزایش آگاهی در زمینه مصرف اسیدفولیک، بیماری‌های متابولیک و پیامدهای حاملگی ناخواسته در پیش از بارداری تحت مشاوره قرار گیرند. به علت اینکه حرفه مامایی نقش مهمی در زمینه ارائه مراقبت‌های بهداشتی و ارتقای سلامت مادر و کودک دارد و به‌عنوان یک طب پیشگیرانه در نظر گرفته می‌شود، لذا تحقق اهداف در زمینه بهداشت مادر و کودک، نیاز به افزایش کیفیت مراقبت‌های پیش از بارداری توسط ماماها دارد (۱۳،۱۲). Bayrami و همکاران (۲۰۱۳) در ایران در خوی تعیین کردند که کارکنان بهداشتی نگرش مثبتی نسبت به مراقبت‌های قبل از بارداری داشته، از محدودیت‌های این مطالعه عدم تفکیک گروه‌های مختلف کارکنان بهداشتی و اندک بودن تعداد ماماها مورد بررسی بود (۱۴).

ماماها در ارتباط با ارتقای سلامت و مطابق یک برنامه جامع در زمینه مراقبت مادران و کودکان فعالیت می‌کنند، از این رو آموزش ماماها باید متناسب با برنامه‌های بهداشتی در سطح بین‌المللی باشد (۱۶،۱۵).

با توجه به مطالعات ذکرشده ماماها هسته اصلی ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری در سیستم بهداشتی می‌باشند. از آنجاکه در ایران مطالعه‌ای در جهت تعیین نگرش ماماها نسبت به مراقبت پیش از بارداری انجام نشده و همچنین راهکارها و موانع موجود نسبت به مراقبت پیش از بارداری از نظر ماماها در ارتقا سلامت مادران و کودکان مؤثر می‌باشد، لذا این مطالعه باهدف تعیین نگرش ماماها، راهکارهای پیشنهادی و موانع موجود نسبت به مراقبت پیش از بارداری انجام گرفت.

#### مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی- تحلیلی می‌باشد که منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ۵/۵۵/۴۲۰۲ و دارای مجوز

<sup>4</sup> Content Validity Ratio

<sup>5</sup> Interclass correlation coefficient

<sup>6</sup> - Cronbach's alpha

<sup>1</sup> Public Health Service

<sup>2</sup> (Centers for Disease Control and Prevention)

<sup>3</sup> - Content Validity Index

حاصل از مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های کمی از آزمون چولگی<sup>۱</sup> و کشیدگی<sup>۲</sup> استفاده گردید و نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. برای سنجش نگرش و سؤالات کیفی دیدگاه ماماها شاغل در مراکز بهداشتی درمانی تبریز در مورد موانع و راهکارهای پیشنهادی و بررسی مشخصات فردی-اجتماعی از روش آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت تعیین ارتباط نگرش ماماها با مشخصات دموگرافیک از آزمون دومتغیره تی مستقل و One-Way ANOVA استفاده شد. مقادیر p کمتر از ۰/۰۵ سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در کل ۲۰۲ نفر از ماماها شاغل در مراکز بهداشتی درمانی وارد مطالعه شدند. مشخصات فردی-اجتماعی ماماها در جدول ۱ نشان داده شده است. بر اساس نتایج مطالعه میانگین نمره (انحراف معیار) نگرش در افراد با سنین بالای پنجاه (۹/۰۶) ۷۹/۲۸، مدرک فوق‌لیسانس (۴/۵۶) ۸۲/۴۰، نیروی قراردادی (۷/۳۹) ۷۸/۴۳، با سابقه کاری ۲۱-۳۰ سال (۸/۹۴) ۷۸/۷۲، فارغ‌التحصیل از دانشگاه سراسری (۸/۴۶) ۷۸/۳۴، مجرد (۷/۸۱) ۷۹/۰۴، با مسئولیت متعدد (۷/۸۲) ۷۸/۳۸، با تعداد فرزندان ۲-۳ (۹/۰۰) ۷۸/۱۵، تعداد مراقبت در ماه بیش از ۱۱ بار (۸/۲۳) ۷۸/۸۵، با سابقه حضور در کارگاه آموزشی (۷/۹۷) ۷۸/۲۱، شاغل در مرکز بهداشت خصوصی (مجموع سلامت) (۷/۹۱) ۷۸/۲۱ بیشتر بود، هرچند که تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت (جدول ۱).

میانگین نمره (انحراف معیار) نگرش ماماها ۸۳/۱۵ (۷/۸۲) درصد) بود. اکثریت ماماها ۱۸۵ نفر (۹۵/۳ درصد) مراقبت پیش از

بارداری را از اجزا مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران ذکر کردند و از دیدگاه ماماها ۱۷۷ نفر (۹۱/۷ درصد) مراقبت پیش از بارداری از اولویت بالایی در حیطه کاری ماماها برخوردار است. ضعیف‌ترین نگرش ماماها (۱۳/۴ درصد) در رابطه با فقدان نقش کلیدی ماما در ارائه مراقبت پیش از بارداری و عدم تأثیر مراقبت پیش از بارداری در ارتقای سلامت مادران بود ۲۶ نفر (۱۷ درصد). ۵۲ نفر (۲۲/۶ درصد) از ماماها در رابطه با برنامه‌ریزی برای مراقبت پیش از بارداری در جمعیت تحت پوشش نظری نداشتند. ۱۴۴ نفر (۷۴/۲ درصد) از ماماها با عدم تأثیر مراقبت پیش از بارداری در ارتقای سلامت مادران مخالف بودند و ۵۷ نفر (۲۹/۳ درصد) از ماماها با عدم حمایت مراقبت پیش از بارداری توسط نظام سلامت مخالف بودند (جدول ۲).

بیشتر ماماها (۴۱/۳ درصد) کمبود فرصت کافی برای انجام مراقبت پیش از بارداری را از موانع مراقبت پیش از بارداری ذکر کردند. از موانع ذکر شده توسط ماماها کمبود فرصت کافی برای انجام مراقبت پیش از بارداری (۴۱/۳ درصد)، عدم برنامه‌ریزی برای باروری (۱۶/۳ درصد)، اطلاعات و آگاهی پایین گروه هدف (۱۸/۸ درصد)، توجه نبودن ماماها نسبت به اهمیت مراقبت پیش از بارداری (۱۲/۵ درصد)، عدم همکاری پزشک (۵/۰ درصد)، کیفیت پایین خدمات پاراکلینیک (۶/۳ درصد) بود.

بیشتر ماماها آموزش از طریق رسانه‌های گروهی را (۲۴/۰ درصد)، برای بهبود مراقبت پیش از بارداری ذکر کردند، از پیشنهادات ماماها جهت بهبود مراقبت پیش از بارداری، ایجاد انگیزه (۲۷/۳ درصد)، آموزش از طریق رسانه‌های گروهی (۲۴/۰ درصد)، طبقه‌بندی مشاغل (۲۷/۳ درصد)، آموزش از دوره دبیرستان (۱۶/۰ درصد)، آموزش از طریق مراکز مشاوره پیش از ازدواج (۸/۷ درصد)، داشتن امکانات بیشتر (۶/۷ درصد) بود (جدول ۳).

جدول (۱): ارتباط بین مشخصات فردی-اجتماعی افراد مورد پژوهش با نمره نگرش

متغیر	فراوانی (درصد)	نمره نگرش میانگین (انحراف معیار)	p
سن	۲۳-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ >۵۰	۷۸/۱۶ (۷/۹۲) ۷۸/۴۰ (۷/۴۵) ۷۷/۷۴ (۸/۱۵) ۷۹/۲۸ (۹/۰۶)	۰/۹۴۴
سطح تحصیلات	فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس	۷۶/۸۶ (۷/۰۲۷) ۷۸/۲۰ (۷/۹۸) ۸۲/۴۰ (۴/۵۶)	۰/۳۵۲

<sup>۶</sup>- Kurtosis

<sup>۱</sup>- Skewness

متغیر	فراوانی (درصد)	نمره نگرش میانگین (انحراف معیار)	p
وضعیت اشتغال	رسمی	۷۷/۹۷ (۸/۳۸)	۰/۸۴۰
	طرحی	۷/۲۳ (۷/۵۵)	
	قراردادی	۷۸/۴۳ (۷/۳۹)	
سابقه کار	۱-۱۰	۷۸/۰۶ (۷/۳۵)	۰/۹۱۴
	۱۱-۲۰	۷۸/۰۴ (۸/۰۳)	
	۲۱-۳۰	۷۸/۷۲ (۸/۹۴)	
زمان فراغت تحصیل	۱-۱۰	۷۸/۳۰ (۷/۳۱)	۰/۴۲۷
	۱۱-۲۰	۷۷/۳۳ (۷/۹۴)	
	۲۱-۳۰	۷۹/۰۶ (۹/۰۴)	
نوع دانشگاه	آزاد	۷۷/۸۰ (۶/۸۷)	۰/۶۲۰
	سراسری	۷۸/۳۴ (۸/۴۶)	
وضعیت تأهل	مجرد	۷۹/۰۴ (۷/۸۱۹)	۰/۳۳۹
	متأهل	۷۷/۷۹ (۷/۸۱۷)	
مسئولیت کاری	متعدد	۷۸/۳۸ (۷/۸۲)	۰/۲۹۶
	منفرد	۷۶/۷۲ (۸/۰۲)	
تعداد فرزندان	۱-۰	۷۷/۵۱ (۶/۷۷)	۰/۶۳۴
	۳-۲	۷۸/۱۵ (۹/۰۰)	
تعداد مراقبت در ماه	۱-۵	۷۷/۸۸ (۸/۴۰)	۰/۹۵۲
	۶-۱۱	۷۷/۹۷ (۶/۷۲)	
	>۱۱	۷۸/۸۵ (۸/۲۳)	
حضور در کارگاه آموزشی	بلی	۷۸/۲۱ (۷/۹۷)	۰/۵۷۵
	خیر	۷۷/۲۵ (۶/۸۶)	
نوع مرکز بهداشت	دولتی	۷۸/۰۷ (۷/۷۵)	۰/۹۰۰
	خصوصی	۷۸/۲۱ (۷/۹۱)	

جدول (۲): نگرش ماماهاى موردپژوهش در مورد مراقبت‌های پیش از بارداری

سوالات نگرش	کاملاً موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	کاملاً مخالف
به نظر من مراقبت پیش از بارداری از اجزاء مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران است.	۱۰۶ (۵۴/۶)	۷۹ (۴۰/۷)	۷ (۳/۶)	۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)
به نظر من انجام مراقبت پیش از بارداری در کلیه زنان واقع در سنین باروری ضروری می‌باشد	۷۹ (۴۰/۷)	۸۴ (۴۳/۳)	۱۱ (۵/۷)	۱۳ (۶/۷)	۷ (۳/۶)
به نظر من مراقبت‌های پیش از بارداری از اولویت بالایی در حیطه کاری ماماى برخوردار است	۹۹ (۵۱/۳)	۷۸ (۴۰/۴)	۱۳ (۶/۷)	۲ (۱/۰)	۱ (۰/۵)
به نظر من ماما نقش کلیدی در ارائه مراقبت پیش از بارداری ندارد	۱۳ (۶/۷)	۱۳ (۶/۷)	۲۴ (۱۲/۴)	۷۹ (۴۰/۷)	۶۵ (۳۳/۵)

سؤالات نگرش	کاملاً موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	کاملاً مخالف
به نظر من مراقبت پیش از بارداری در ارتقای سلامت مادران مؤثر نمی‌باشد	۱۴(۷/۲)	۱۹(۹/۸)	۱۷(۸/۸)	۸۰(۴۱/۲)	۶۴(۳۳/۰)
به نظر من در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشت برنامه‌ریزی برای بارداری امکان‌پذیر نیست	۱۴(۷/۲)	۵۲(۲۶/۷)	۴۴(۲۲/۶)	۶۱(۳۱/۳)	۲۴(۱۲/۳)
به نظر من مراقبت پیش از بارداری توسط نظام سلامت به‌خوبی حمایت نشده است	۱۶(۸/۲)	۷۹(۴۰/۷)	۴۲(۲۱/۶)	۴۱(۲۱/۱)	۱۶(۸/۲)
به نظر من زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم از نتایج مراقبت پیش از بارداری است.	۵۷(۲۹/۲)	۱۰۲(۵۲/۳)	۲۶(۱۳/۳)	۸(۴/۱)	۲(۱/۰)
به نظر من نقش مراقبت پیش از بارداری در پیامد حاملگی شناخته شده نیست	۲۶(۱۳/۳)	۵۸(۲۹/۶)	۳۰(۱۵/۳)	۵۴(۲۷/۶)	۲۸(۱۴/۳)
ماما برای ارائه مراقبت پیش از بارداری مهارت کافی دارد.	۷۲(۳۶/۷)	۸۰(۴۰/۸)	۱۵(۷/۷)	۱۸(۹/۲)	۱۰(۵/۱)
میانگین و انحراف معیار = ۸۳/۱۵(۷/۸۲) حداقل: ۵۶ حداکثر: ۱۰۰					

داده‌ها به صورت  $n(\%)$  گزارش شده است. محدوده ممکن میانگین نمره کل نگرش بین صفر تا ۵۰ بود که بر اساس نمره صد گزارش شده است.

### جدول (۳): بررسی سؤالات کیفی پیشنهادی ماماها نسبت به موانع مراقبت پیش از بارداری

موانع ذکر شده	تعداد (درصد)
کمبود فرصت کافی برای انجام مراقبت پیش از بارداری	۳۳(۴۱/۳)
عدم برنامه‌ریزی برای باروری	۱۳(۱۶/۳)
اطلاعات و آگاهی پایین گروه هدف	۱۵(۱۸/۸)
توجه نبودن ماماها نسبت به اهمیت مراقبت پیش از بارداری	۱۰(۱۲/۵)
عدم همکاری پزشک	۴(۵/۰)
کیفیت پایین خدمات پاراکلینیک	۵(۶/۳)

### جدول (۴): بررسی سؤالات کیفی پیشنهادی ماماها نسبت به راهکارهای مراقبت پیش از بارداری

راهکارهای پیشنهادی	تعداد (درصد)
ایجاد انگیزه	۴۱(۲۷/۳)
آموزش از طریق رسانه‌های گروهی	۳۶(۲۴/۰)
طبقه‌بندی مشاغل	۲۶(۱۷/۳)
آموزش از دوره دبیرستان	۲۴(۱۶/۰)
آموزش از طریق مراکز مشاوره پیش از ازدواج	۱۳(۸/۷)
امکانات بیشتر	۱۰(۶/۷)

### بحث و نتیجه‌گیری

پیش از بارداری را از اجزا مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران ذکر کردند و از دیدگاه ماماها مراقبت پیش از بارداری از اولویت بالایی در حیطه کاری ماماها برخوردار است. ضعیف‌ترین نگرش

با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش ماماها نگرش خوبی نسبت به مراقبت پیش از بارداری داشتند. اکثریت ماماها مراقبت

که اکثریت ماماها با مفهوم مراقبت قبل حاملگی آشنا بودند، آن را جز حیطه کار مامایی قلمداد کردند، همسو می‌باشد و نگرش در مورد آموزش به ماماها و حساسیت بیشتر نسبت به مراقبت پیش از بارداری غیرهمسو می‌باشد که دلیل تفاوت آن متفاوت بودن محیط پژوهش و نوع ابزار یا پرسشنامه می‌باشد (۱۹). این مطالعه با نتیجه مطالعه Lorena Binfa (2010) که در آن ماماها بیان کردند که صلاحیت کافی برای ارائه خدمات درمانی در زنان میان‌سال را ندارند غیرهمسو می‌باشد که از دلایل آن متفاوت بودن اهداف پژوهش و بررسی تعداد اندک ماماها می‌باشد (۲۰). این مطالعه با مطالعه Esmailpour و همکاران (۲۰۱۰) بین نگرش با سابقه کاری ارتباط معنی‌داری یافت نشد، همسو می‌باشد (۲۱). مطالعه ما با مطالعه jamali (۲۰۰۵) که بین سن و سابقه کاری ارتباط معنی‌داری داشت غیرهمسو می‌باشد و از دلایل آن متفاوت بودن محیط پژوهش و اهداف پژوهش و نمونه پژوهش می‌باشد (۲۲).

با توجه به نتایج مطالعه Van heesch (۲۰۰۶) نیاز به آموزش بیشتر و توانمندسازی در طول دوره تحصیلی در مورد مراقبت پیش از بارداری برای بهبود کیفیت توصیه می‌شود (۱۶). با توجه به نقش مؤثر ماماها در ارتقای نگرش افراد نیاز به اجرای برنامه‌ریزی آموزشی توصیه می‌گردد (۲۱).

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم حضور و همکاری نکردن برخی از کارکنان در تکمیل پرسشنامه‌ها بود که این مشکل با تنظیم وقت توسط پرسشگر و مراجعات مجدد برطرف گردید. در این مطالعه نمونه‌های پژوهش فقط در مناطق شهری بررسی شد و این مطالعه قابل تعمیم به مراکز روستایی نمی‌باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی (کد اخلاق: ۱۳۹۴۴۲۸) در دانشکده پرستاری مامایی تبریز می‌باشد، بدین‌وسیله از مساعدت و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی تبریز قدردانی می‌شود.

### References:

1. Maternal mortality 2013 [updated May 2014]. Available from: [www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs348/en/](http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs348/en/)
2. Broussard DL, Sappenfield WB, Fussman C, Kroelinger CD, Grigorescu V. Core state

ماماها در رابطه با عدم نقش کلیدی ماما در ارائه مراقبت پیش از بارداری و عدم تأثیر مراقبت پیش از بارداری در ارتقای سلامت مادران می‌باشد. ماماها در رابطه با برنامه‌ریزی در جمعیت تحت پوشش برای مراقبت پیش از بارداری نظری نداشتند. ماماها با عدم تأثیر مراقبت پیش از بارداری در ارتقای سلامت مادران مخالف بودند. از پیشنهادات ماماها نسبت به مراقبت پیش از بارداری آموزش از دوره دبیرستان آموزش از طریق رسانه‌های گروهی، طبقه‌بندی مشاغل، ایجاد انگیزه، آموزش از طریق مراکز مشاوره پیش از ازدواج، داشتن امکانات بیشتر بود که اکثریت ماماها ایجاد انگیزه را از طریق بهبود حقوق و پاداش ذکر کردند. از موانع ذکر شده توسط ماماها کمبود فرصت کافی برای انجام مراقبت پیش از بارداری، عدم برنامه‌ریزی برای باروری، اطلاعات و آگاهی پایین گروه هدف، توجه نبودن ماماها نسبت به اهمیت مراقبت پیش از بارداری، عدم همکاری پزشک، کیفیت پایین خدمات پاراکلینیک بود که اکثریت ماماها کمبود فرصت کافی برای انجام مراقبت پیش از بارداری را از موانع مراقبت پیش از بارداری ذکر کردند.

این مطالعه با مطالعه Bayrami و همکاران (۲۰۱۳) که نگرش کارکنان سیستم بهداشتی و ماماها نسبت به مراقبت پیش از بارداری در سطح خوبی بود همسو می‌باشد و با نتیجه این مطالعه که نگرش در ماماهاهایی که سابقه کاری کم‌تری دارند و مدت زیادی از فارغ‌التحصیلی آنان نمی‌گذرد غیرهمسو می‌باشد و دلیل تفاوت آن بررسی تعداد اندک ماماها می‌باشد و همچنین با نتیجه این مطالعه که تعدادی از کارکنان بهداشتی نظری نداشتند غیرهمسو می‌باشد، از دلایل تفاوت آن بررسی کلیه کارکنان سیستم بهداشتی می‌باشد (۱۴). این مطالعه با مطالعه Heyes (۲۰۰۴) کارکنان سیستم بهداشتی در مورد اثربخشی مراقبت پیش از بارداری در پیامدهای ناشی از حاملگی‌های پرخطر در سنین باروری اتفاق نظر داشتند همسو می‌باشد، با نتیجه این مطالعه در ارتباط با موانع موجود از دیدگاه ماماها نسبت به مراقبت پیش از بارداری که شامل؛ محدودیت منابع، فقدان آموزش به ماماها و عدم برنامه‌ریزی صحیح بود، غیرهمسو می‌باشد و از دلایل تفاوت آن متفاوت بودن محیط پژوهش می‌باشد (۱۸). این مطالعه با مطالعه Van heesch (۲۰۰۶)

preconception health indicators: a voluntary, multi-state selection process. *Matern Child Health J* 2011;15(2):158-68.

3. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—

- United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006;55(4):1-23.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. *Obstet Gynecol* 2005;106(3):665-6.
  5. Maternal mortality 2015 [updated May 2016] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/Updated> November 2015.
  6. Children: reducing mortality 2013 [updated September 2014]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>.
  7. Maternal mortality country profiles 2015 [updated Jun 2016]. Available from: [www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/)
  8. The United Nations Children's Fund. Statistic of child death 2012 [updated 27 December 2013]. Available from: [http://www.unicef.org/infobycountry/iran\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/iran_statistics.html).
  9. Biermann J, Dunlop AL, Brady C, Dubin C, Brann A. Promising practices in preconception care for women at risk for poor health and pregnancy outcomes. *Matern Child Health J* 2006;10(5): 21-8.
  10. Downs DS, Feinberg M, Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Chuang CH, et al. Design of the Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS) strong healthy women intervention: improving preconceptional health. *Matern Child Health J* 2009;13(1):18-28.
  11. Hatami H, Ardebili EH, Majlesi F. Family Health. In: Public Health. 3rd ed. Tehran: Arjmand publication; 2010. p.1626-8. (Persian)
  12. Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception care: a systematic review. *Matern Child Health J* 2002; 6(2):75- 88.
  13. International Definition of the Midwife 2014 [updated 2015]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>
  14. Bayrami R, Ebrahimipour H, Ebrahimi M, Forootani M, Najafzadeh B. Health care provider's knowledge, attitude and practice regarding preconception care. *J Res Health* 2013;3(4):519-26.
  15. DeSandre CA. Midwives as primary care providers. *J Midwifery Women Health* 2000;45(1):81-3.
  16. Cuningham G, Leveno JK, Bloom LS, Hauth CJ, Rouse JD, Spong YC. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York; 2010. P.174.
  17. Ministry of Health and Medical Science. Integrated maternal health care. 4th ed. Tehran: 2013. P.10-20. (Persian)
  18. Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. *Family Practice* 2004;21(1):22-7.
  19. van Heesch PNACM, de Weerd S, Kotey S, Steegers EAP. Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery* 2006;22(2):120-4.
  20. Binfa L, Pantoja L, Gonzalez H, Arvidson B A, Robertson Eva. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. *Midwifery* 2011; 27(4): 417-23
  21. Esmailpour N, Mirblouk F, Shodjaei Tehrani H, Poorseyad Reza A, Dalil Heirati S. Survey the Knowledge, Attitude and Practice on Popsmeared Nurses and Midwives in Rasht. *J Guilan Univ Med Sci* 2010; 77(19): 81-8. (Persian)
  22. Jamali B, Orimi A H. Survey knowledge, attitude and practice midwifery and physician regarding emergency contraception. *J Univ Med Sci Mazandaran* 2011;57(17). (Persian)

## ATTITUDE OF MIDWIVES', SUGGESTED SOLUTIONS AND CURRENT PROBLEMS OF PRECONCEPTION CARE

*Azizeh farshbaf- khalili\*<sup>1</sup>, Nilofar sattarzade<sup>2</sup>, Elaheh khari<sup>3</sup>*

*Received: 18 Aug, 2016; Accepted: 21 Oct, 2016*

### Abstract

**Background and Aims:** preconception care focuses on pregnancy health and its related consequences before and after impregnation. The present study was conducted in 2015 in order to determine attitude of midwives', suggested solutions and current problems of preconception care.

**Materials and Methods:** This is a cross-sectional study was implemented on entire midwives (202 people) working in Tabriz health centers, Iran, using demographic, attitude questionnaires and open questions. The instrument validity was determined based on CVI and CVR methods while its reliability was determined from two aspects of repeatability (ICC) and internal consistency (Cronbach's alpha coefficient). The data were statistically analyzed using descriptive and inferential methods.

**Results:** Mean and standard deviation of midwives' attitude was 83.15 (7.82). Most of midwives offered motivating to improve preconception care, and mentioned lack of adequate opportunity to provide preconception care as current problems of it. According to One-Way ANOVA and independent t-test, there were no significant relationship between attitudes and demographic factors.

**Conclusion:** Based on the results midwives had a good attitude toward preconception care. In order to improvement of preconception care, considering motivational factors and providing required conditions such as enough opportunities to do qualitative preconception care are recommended.

**Key Words:** attitude, midwife, preconception care, health centers, Iran

**Address:** Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**Tel:** +9841334796770, 09144023216

**Email:** farshbafa@tbzmed.ac.ir

<sup>1</sup> PhD by research, Midwifery Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Assistant Professor, Midwifery Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> MSc student in Midwifery, Students' research committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran