

بررسی کیفیت مراقبتهاي

ارایه شده به زنان حامله مراجعه کننده

تحقيق از: مینو پاک گهر

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران گروه آموزش مامائی

استاد راهنمای: دکتر ملک منصور اقصی

چکیده پژوهش:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که به منظور بررسی کیفیت مراقبتهاي دوران بارداری ارائه شده به زنان حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشت دولتی شهر تهران انجام گردیده است. در این پژوهش ۴۵۶ زن حامله که جهت دریافت مراقبتهاي دوران بارداری به ۲۶ مرکز بهداشت شهر تهران مراجعه نموده‌اند، از نظر کیفیت مراقبتهاي ارایه شده یعنی کیفیت معاینات کلینيکي و انواع آزمایشات پاراکلينيکي در اولین مراجعيه و مراجعات بعدی مورد بررسی قرار گرفتند. در اين پژوهش همچنین کیفیت مراقبتها در مراکز بهداشت غیردانشگاهي با دانشگاهي مقایسه شده است. ابزار کاربرگ مشاهده بود که از طریق مشاهده و مطالعه پرونده تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از کامپیوتر از طریق نرم‌افزار spss و dss انجام شده و روش‌های آماري توصیفی و آزمونهای χ^2 و Fisher استفاده شد. $P < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شده است. یافته‌های این پژوهش در ۲۷ جدول خلاصه شده که بصورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی دو بعدی و سه بعدی و به نمایش گذاشته شده است.

یافته‌ها و نتایج این بررسی نشان داد کیفیت معاینات کلینيکي در بیشتر موارد برای اکثريت واحدهای مورد پژوهش مناسب نبوده و آزمایشات پاراکلينيکي نيز برای اکثريت نمونه‌های پژوهش در مراکز بهداشت شهر تهران انجام نشده است. بخصوص در صورت وجود موارد پرخطر نظير: افزایش وزن، فشار خون، ادم، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن حاملگي و عدم تشخيص حرکات و ضربان قلب جنین آزمایش‌های لازم درخواست نشده است. آزمون آماري، اختلاف معنی داری را بين واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشت دانشگاهي و غيردانشگاهي نشان می دهد $P < 0.05$. بطوریکه وضعیت واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشت دانشگاهي از نظر کیفیت معاینات کلینيکي و انجام آزمایشات پاراکلينيکي بهتر است.

بر اساس همین یافته‌ها، پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی ارایه گردید. یافته‌های این پژوهش می تواند در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی به منظور بهبود مراقبتهاي دوران بارداری بخصوص در صورت وجود موارد پرخطر کاربرد داشته باشد.

بهداشتی دوران بارداری

به مراکز بهداشت شهر تهران

۴۰ مورد در صد هزار گزارش شده است. بدین ترتیب استراتژی اصلی برای کاهش میزان مرگ و میر مادر، جنین، نوزاد، بهبود مراقبتهای دوران بارداری است. میزان مرگ و میر نوزادان در آمریکا در سال ۱۹۸۷، ۱۰ مورد در هر یک هزار تولد زنده گزارش شده است که آن را مدبون پیشرفت طب مامایی و بهبود مراقبتهای دوران بارداری می‌دانند. در صورتیکه این میزان در کشور ما در سال ۱۳۶۷ (میلادی) ۲۶ در هزار و در سال ۱۳۷۰ (۱۹۹۰ میلادی) ۱۹ در هزار گزارش شده است.

متخصصین پزشکی معتقدند: در راس علل مرگ و میر جنین و نوزاد بیماریهای عجیب و غریب وجود ندارد، بلکه این حقیقت وجود دارد که مادران این بچه‌ها

بیشتر ناشی از عوارض حین حاملگی و زایمان است. بطوريکه بیش از ۲۵٪ کل مرگها را دربرمی‌گیرد. تمام این موارد حاکی از عدم کفايت مراقبتهای بهداشتی دوران بارداری است. بهمین دليل امروزه بر روی مراقبتهای دوران بارداری بمنظور پیشگیری و درمان عوارض حین حاملگی برای کاهش میزان مرگ و میر مادران تاکید فراوان می‌شود. میزان مرگ و میر مادر ناشی از عوارض مستقیم حاملگی در کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا از ۵۸۲ مورد مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۹۶۵ به ۷/۸٪ در صد هزار تولد در سال ۱۹۸۵ کاهش یافته است. در حالیکه این میزان در سال ۱۳۶۷ (میلادی) ۹۱ مورد در صد هزار و در سال ۱۳۷۰ (۱۹۹۰ میلادی)

مقدمه
همه ساله در جهان بیش از ۲۰۰ میلیون زن حامله می‌شوند و حدود ۱۳۰ میلیون نوزاد متولد می‌شود که حدود ۵۰۰ هزار نفر از این زنان از عوارض ناشی از حاملگی و زایمان می‌میرند و تعداد بیشماری از آنها از ناتوانیهای متعدد رنج می‌برند. بیش از ۹۹٪ مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که حدود نیمی از آن در کشورهای آسیایی است.

میزان مرگ و میر مادران در کشورهای صنعتی ۱۰ تا ۲۵ در هر صد هزار تولد زنده برآورد شده، در حالیکه این میزان در کشورهای در حال توسعه بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ در هر صد هزار تولد زنده تخمین زده شده است. علت اصلی مرگ میزان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) در کشورهای جهان سوم

طی حاملگی مراقبت دوران بارداری را دیر شروع کرده‌اند و یا اصلاً مراقبتی دریافت نکرده‌اند. بهمین دلیل طی ۵۰ سال گذشته که عنایت بیشتری به دوران بارداری و ۴۰ هفته حاملگی (بجای توجه به چند ساعت زایمان)، شده است کاهش قابل ملاحظه‌ای را در میزان مرگ و میر و ابتلای مادر، جنین و نوزاد نشان می‌دهد که در واقع کفایت مراقبتها در دوران بارداری عامل اصلی این مهم قلمداد می‌شود (۳). در کشور ما با توجه به ارقام مربوط به میزان مرگ و میر نوزادان و مادران در نتیجه عوارض حاملگی که در فوق ذکر شد و نیز با توجه به رشد فزاینده جمعیت که ۲/۷٪ در سال ۱۳۷۰ گزارش شده است، نشان می‌دهد که مرگ مادران و نوزادان در کشور رقم قابل توجهی است و همچنین با رشد جمعیت، رو به افزایش است، بدین جهت بایستی به گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی در امر مراقبت از زنان باردار توجه خاص مبذول گردد بدین ترتیب ضرورت تحقیقات متعدد در زمینه مراقبتها در دوران بارداری که می‌تواند رهگشای مسایل و مشکلات بهداشتی و هدایتگر برنامه‌ریزیها در جهت درست باشد، منطقی بمنظور

می‌رسد. زیرا بدون مطالعه کافی، هر نوع برنامه‌ریزی با شکست روبرو خواهد شد، توان و بودجه مملکت را بهدر خواهد داد. طی مدت ۶ ماه ۴۵۶ زن حامله که به ۲۶ مرکز بهداشتی، درمانی شهر تهران (۲۴۰ زن حامله در ۲۰ مرکز بهداشت غیردانشگاهی و ۲۱۶ زن حامله در ۶ مرکز بهداشت دانشگاهی) مراجعه نمودند از نظر کیفیت مراقبتها ارایه شده مورد بررسی قرار گرفتند. بدین ترتیب که مراجعین به ۶ گروه ۷۶ نفری به شرح زیر تقسیم شدند:

گروه اول زنان بارداری که با هر سن حاملگی برای اولین دفعه جهت دریافت مراقبت به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند ۵ گروه بعدی زنان بارداری که بیش از یکبار به درمانگاههای مذکور مراجعه نموده و نزد سنین مختلف حاملگی به ترتیب زیر قرار داشتند:

- گروه دوم ۱۹ - ۱۲ هفته
- گروه سوم ۲۳ - ۲۰ هفته
- گروه چهارم ۲۷ - ۲۴ هفته
- گروه پنجم ۳۱ - ۲۸ هفته
- گروه ششم ۴۱ - ۳۲ هفته

در این پژوهش کیفیت کلیه معاینات کلینیکی اعم از معاینات فیزیکی عمومی و مامایی و انواع آزمایشات پاراکلینیکی را که به هر

یک از گروهها ارایه شده بود، از طریق مشاهده و مطالعه پرونده با استفاده از چک لیست جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است که در این پژوهش امتیاز ۴۹ - ۰٪ کیفیت نامناسب، ۷۴ - ۵۰٪ کیفیت متوسط و ۷۵٪ و بیشتر کیفیت مناسب در نظر گرفته شده است، و Fisher در پایان از آزمون χ^2 و Fisher برای تعیین تفاوت کیفیت مراقبتها ارایه شده در مراکز بهداشت دانشگاهی و غیردانشگاهی استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل یافته‌ها:

در این پژوهش، کیفیت مراقبتها در دوران بارداری ارایه شده به زنان حامله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر تهران «مورد بررسی قرار گرفته است و جهت دستیابی به نتایج دقیق تر سه هدف ویژه در نظر گرفته شده که نتایج حاصله در ۲۷ جدول گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

در رابطه با اولین هدف پژوهش «تعیین کیفیت معاینات کلینیکی مراقبتها در دوران بارداری» کیفیت تهیه تاریخچه حاملگی و معاینات عمومی و مامایی در اولین مراجعته و مراجعات بیش از یکبار تعیین شده است. در این رابطه کیفیت

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب میزان کیفیت کل مراقبتهای دوران بارداری در اولین مراجعه در مراکز بهداشت غیردانشگاهی و مراکز بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران، سال ۱۳۷۲

جمع کل		مراکز بهداشت دانشگاهی		مراکز بهداشت غیردانشگاهی		محل میزان کیفیت (%)	مراقبتهای دوران بارداری
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۶/۹	۲	۰	۰	۱۶/۴	۲	کمتر از ۲۵	
۲۴/۱	۷	۶/۳	۱	۴۶/۲	۶	۲۵-۴۹	
۴۸/۳	۱۴	۶۲/۵	۱۰	۳۰/۸	۴	۵۰-۷۴	تهیه تاریخچه از اولین حاملگی
۲۰/۷	۶	۳۱/۳	۵	۷/۷	۱	۷۰+	
۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۳	جمع	
۸/۰	۴	۰	۰	۱۴/۸	۴	کمتر از ۲۵	
۳۴/۰	۱۶	۲۵	۵	۴۰/۷	۱۱	۲۵-۴۹	تهیه تاریخچه از حاملگیهای مراتب بالاتر
۴۴/۷	۲۱	۶۰	۱۲	۳۳/۳	۹	۵۰-۷۴	
۱۲/۸	۶	۱۵	۳	۱۱/۱	۳	۷۰+	
۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۷	جمع	
*	۷*	۰	۰	۷*	۷*	کمتر از ۲۵	
۴۹/۳	۳۴	۱۳/۹	۵	۸۷/۹	۲۹	۲۵-۴۹	
۲۲/۲	۱۶	۳۸/۹	۱۴	۶/۱	۲	۵۰-۷۴	
۲۷/۰	۱۹	۴۷/۲	۱۷	۶/۱	۲	۷۰+	
۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۴۰	جمع	
*	*	*	*	*	*	کمتر از ۲۵	
*	*	*	*	*	*	۲۵-۴۹	
۶۱/۸	۲۱	۸۷/۰	۷	۵۳/۸	۱۴	۵۰-۷۴	معاینات مامایی
۳۸/۲	۱۳	۱۲/۰	۱	۴۶/۲	۱۲	۷۰+	کمتر از ۲۰ هفته حاملگی
۱۰۰	۲۴	۱۰۰	۸	۱۰۰	۲۶	جمع	
*	*	*	*	*	*	کمتر از ۲۵	
*	*	*	*	*	*	۲۵-۴۹	
۵۰/۰	۸	۰	۰	۶۱/۰	۸	۵۰-۷۴	معاینات مامایی
۵۰/۰	۸	۱۰۰	۳	۳۸/۴	۰	۷۰+	۲۰ هفته حاملگی
۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۳	۱۰۰	۱۳	جمع	
*	*	*	*	*	*	کمتر از ۲۵	
۱۹/۲	۵	۲۰	۰	۰	۰	۲۵-۴۹	معاینات مامایی
۴۲/۳	۱۱	۴۴	۱۱	۰	۰	۵۰-۷۴	۲۰ هفته و بالاتر
۳/۷۰	۱۰	۳۶	۹	۱۰۰	۱	۷۰+	
۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۱	جمع	

* مواردی که معاینه انجام نشده، میزان کیفیت محاسبه نشده است.

و زیر مذکور مدیریت / ۴۰

تاریخچه حاملگی در دو مرحله محسوبه شده است. زیرا در صورتیکه زن باردار بیش از یکبار حامله شده باشد برای تکمیل تاریخچه حاملگی می‌باید سوالهای دیگری از قبیل: سابقه تولد بچه مرده، وزن نوزادان قبلی، نوع زایمانهای قبلی و وجود عوارض مختلف در حاملگی و زایمانهای قبلی سؤال شود و بدین ترتیب از مجموع ۷۶ زن باردار که برای اولین دفعه به مراکز بهداشت شهر تهران مراجعه نموده بودند، ۲۹ نفر برای اولین بار حامله شده و ۴۷ مورد باقیمانده بیش از یکبار حامله شده بودند. کیفیت تهیه تاریخچه حاملگی از اولین حاملگی و حاملگیهای بیش از یکبار برای اکثریت زنان حامله مورد پژوهش متوسط بوده است (جدول ۱).

جهت ارزیابی کامل از وضعیت سلامت مادر در اولین مراجعه کلیه معاينات عمومی از جمله اندازه گیری قد، وزن، فشارخون، درجه حرارت نسب، معاينه تیروئید، قلب، ریه، پستانها و اندامها انجام شد. که در اینمورد کیفیت کل معاينات عمومی برای

اکثریت زنان باردار نامناسب بوده است (جدول ۱) (لازم به ذکر است که کیفیت هر یک از معاينات نیز بطور جداگانه محاسبه شده است). همچنین معاينات مامایی که در اولین مراجعه باید انجام شود، عبارتند از: مانورلثوپولد، کنترل ضربان قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، کنترل انقباضات رحمی و حرکات جنین از هفته ۲۰ حاملگی، معاينه با اسپکولوم و معاينه واژینال. در این پژوهش برای هیچیک از زنان حامله مراجعه کننده معاينه با اسپکولوم و معاينه واژینال انجام نشده بود، نیز کنترل انقباضات رحمی برای ۴۲ مورد از مجموع ۷۶ مورد پژوهش که سن حاملگی ۲۰ هفته و بیشتر داشتند و برای اولین بار مراجعه نموده بودند، انجام نشده که بتوان در مورد مراحل انجام و میزان کیفیت آن نتیجه گرفت.

جدول ۱ نشان می‌دهد که از مجموع ۷۶ زن حامله که برای اولین دفعه به مراکز بهداشتی مراجعه نمودند، سن حاملگی ۳۴ نفر کمتر از ۲۰ هفته، ۱۶ نفر ۲۷ - ۲۰ هفته، ۲۶ نفر ۲۸ هفته و بیشتر بوده است. از آنجاییکه به مراحل

اندازه گیری ارتفاع رحم از هفته ۲۰ تا پایان حاملگی، اندازه گیری با متر اضافه می‌شود و به مراحل کنترل حرکات جنین از هفته ۲۸ حاملگی یک مورد دیگر که عبارت از ادامه چارت حرکات جنین توسط مادر، افزوده می‌گردد، لذا کیفیت برای همه موارد ذکر شده محاسبه گردیده که متوسط می‌باشد.
یافته‌های دیگر پژوهش در ارتباط با اولین هدف ویژه آن عبارتند از: کیفیت معاينات عمومی و مامایی در مراجعات بیش از یکبار که در زیر درباره هر یک بحث خواهد شد.
معاينات عمومی که در مراجعه‌های بعدی انجام می‌شود، عبارتند از: اندازه گیری وزن، فشار خون، و معاينه اندامها کیفیت کل این معاينات برای حدود نیمی از آنها مناسب، برای ۴۵٪ متوسط و برای ۵٪ باقیمانده نامناسب می‌باشد (جدول ۲).

در رابطه با معاينات مامایی که در هر ملاقات انجام انجام می‌شود، عبارتند از: مانورلثوپولد، کنترل ضربان قلب و حرکات جنین و انقباضات رحمی و نیز اندازه گیری ارتفاع رحم. در این مورد نیز

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان کیفیت کل مراقبتها در دوران بارداری در مراجعات بیش از یکبار در مراکز بهداشت غیردانشگاهی و مراکز بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی شهر

تهران، سال ۷۲

جمع کل		مراکز بهداشت دانشگاهی		مراکز بهداشت غیردانشگاهی		محل میزان کیفیت (%)	مراقبتها در دوران بارداری
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱/۶	۶	۰	۰	۳	۶	کمتر از ۲۵	معاینات عمومی
۴/۲	۱۶	۱۶	۰	۰	۸	۱۶	
۴۴/۷	۱۷۰	۳۲/۸	۵۹	۵۵/۵	۱۱۱	۵۰-۷۴	
۴۹/۸	۱۸۸	۶۷/۲	۱۲۱	۳۳/۰	۶۷	۷۰+	
۱۰۰	۳۸۰	۱۰۰	۱۸۰	۱۰۰	۲۰۰	جمع	
*	۲۴*	۰	۰	۰	۲۴*	کمتر از ۲۵	معاینات مامایی کمتر از ۲۰ هفتگی حاملگی
۳۰/۸	۱۶	۰	۰	۱۰۰	۱۶	۲۵-۴۹	
۴۲/۳	۲۲	۶۱/۱	۲۲	۰	۰	۵۰-۷۴	
۱۶/۹	۱۴	۳۸/۹	۱۴	۰	۰	۷۰+	
۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۴۰	جمع	
*	*	*	*	*	*	کمتر از ۲۵	معاینات مامایی ۲۰-۲۷ هفته حاملگی
*	*	*	*	*	*	۲۵-۴۹	
۱۳/۲	۲۰	۰	۰	۲۰	۲۰	۵۰-۷۴	
۸۶/۸	۱۳۲	۱۰۰	۷۲	۷۰	۶۰	۷۰+	
۱۰۰	۱۰۲	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۸۰	جمع	
*	*	*	*	*	*	کمتر از ۲۵	معاینات مامایی ۲۸ هفته حاملگی و بالاتر
۵۵/۹	۸۰	۴۴/۴	۳۲	۶۶/۳	۵۳	۲۵-۴۹	
۳۲/۹	۵۰	۳۱/۹	۲۳	۳۳/۷	۲۷	۵۰-۷۴	
۱۱/۲	۱۷	۲۲/۶	۱۷	۰	۰	۷۰+	
۱۰۰	۱۰۲	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۸۰	جمع	

* مواردی که معاینه انجام نشده، میزان کیفیت هم محاسبه نشده است.

کیفیت معاینات مامایی در سه مرحله اندازه‌گیری شده کیفیت معاینات مامایی برای اکثریت نمونه‌ها، زیر ۲۰ هفتاه حاملگی متوسط و ۲۷ - ۲۰ هفتاه مناسب و برای ۲۸ هفتاه و بیشتر نامناسب بوده است (جدول ۲).

در رابطه با دو میان هدف ویژه پژوهش «تعیین انواع آزمایشات پاراکلینیکی مراقبتهاي دوران بارداری»، ابتدا انواع آزمایشها در اولین مراجعه و سپس در مراجعه‌های بعدی تعیین شد.

در مورد انواع آزمایشات پاراکلینیکی در اولین مراجعه یافته‌های پژوهش در جدول ۳ نشان می‌دهد که کل آزمایشات برای ۴۶/۱٪ از زنان باردار انجام شده است. همچنین جدول ۳ نشان‌دهنده آن است که آزمایش تعیین گروه خون و RH، VDRL و کامل ادرار برای بیش از ۹۰٪ واحدهای مورد پژوهش در کلیه مراکز انجام شده است و آزمایش قند خون ناشتا و شمارش گلوبولهای خون با تمایز هر یک از اجزای آن برای نیمه از زنان حامله انجام شده است. در حالیکه

می‌باشد. و برای ۲۴ مورد از ۷۶ نفر انجام سونوگرافی ضروری بوده که فقط برای ۱ مورد (۱۱/۱٪) بدلیل عدم تشخیص حرکات جنین سونوگرافی انجام شده و برای ۲۳ مورد باقیمانده (۹۵/۸٪) که بدلایل مختلف از جمله ۷ مورد عدم تطابق ارتفاع رحم با سن حاملگی ۸ مورد عدم تشخیص ضربان قلب جنین، ۶ مورد عدم تشخیص حرکات جنین و ۲ مورد LMP نامعلوم، انجام سونوگرافی ضرورت داشته، صورت نگرفته، و این در حالی است که کیفیت معاینات مامایی در اولین مراجعه برای اکثریت نمونه‌ها متوسط می‌باشد.

طی دوران بارداری تکرار بعضی از آزمایشات در سنین مختلف حاملگی برای کشف موارد غیرطبیعی خودروی می‌باشد و همچنین می‌بایستی در صورت بروز یکی از موارد غیرطبیعی جهت جلوگیری از وقوع عوارض آنها، آزمایشات لازم از قبیل کشت ادرار، پرتوئین ادرار و سونوگرافی را در هر سن حاملگی انجام داد. یافته‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که برای اکثریت

آزمایش کومبز غیرمستقیم، اوره و کراتی نین خون و کشت ادرار، پاپ اسمیر و سونوگرافی برای کمتر از نیمی از واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشت شهر تهران انجام گردیده است. آزمایش تعیین RH پدر در صورت RH منفی بودن Anti Rubella, Anti HBS مادر، و α FP - آمنیوستز طی ۱۲-۲۰ هفتاه حاملگی، PPD - کشت سرویکس جهت کلامیدیا و سونوگرافی برای هیچیک از آنها در مراکز مذکور بعمل نیامده است.

در این پژوهش چنانچه جدول ۳ نشان می‌دهد از ۷۶ زن حامله در اولین مراجعه ۱۰ نفر RH منفی بودند که RH همسرانشان تعیین نشده و کومبز غیرمستقیم فقط برای ۲ مورد (۲۰٪) انجام شده است. ۱۲ نفر در سابقه فامیلی وجود بیماری قند را ذکر کردند که GTT برای هیچیک انجام نشده و همچنین از ۷۶ نفر ۳ نفر سن بالای ۳۵ سال و ۲ مورد سابقه تولد بچه مرده را ذکر نمودند که سن حاملگی ۱۹ - ۱۲ هفتاد داشتند ولی انجام آمنیوستز توصیه نشده بود این در صورتی است که کیفیت تهیه تاریخچه حاملگی متوسط

卷之三

واحدهای مورد پژوهش آزمایشات لازم انجام نشده، عبارت دیگر در مجموع فقط برای ۶۷٪ از آنها (۶۵ مورد از مجموع ۸۵۹ مورد) آزمایشات لازم انجام شده است. در این مورد نیز نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد که آمنیوستز طی ۱۲-۲۰ هفته حاملگی (۰٪) سونوگرافی طی ۲۰-۲۳ هفته جهت تشخیص سن دقیق حاملگی در صورتیکه مشخص نیست (۰٪) آزمایش کشت ادرار در صورت وجود علایم عفونت ادراری برای بیش از نیمی از زنان حامله مراجعه کننده انجام شده، و بقیه آزمایشات برای کمتر از نیمی از ایشان انجام شده، که به ترتیب شیعه عبارتند از: آزمایش پروتئین ادرار (۴۴٪)، ارزیابی سلامت جنین (۳۷٪) کومبز غیرمستقیم طی ۲۴-۲۷ هفته حاملگی (۳٪)، سونوگرافی در صورت لزوم بدلاط مختلف (۳۱٪)، قند خون ناشتا طی ۲۴-۲۷ هفتۀ حاملگی (۷٪)، Hct - Hb - VDRL طی ۲۸-۳۱ هفتۀ حاملگی (۷٪)، کامل ادرار در هر ویزیت برای تشخیص فعالیت

کلیه و مثانه (۳٪)، FP - α طی ۱۲-۲۰ هفته حاملگی (۰٪). همچنین نتایج در جدول ۴ بیانگر موارد ذیل است: از ۷۶ زن حامله‌ای که ۳۲-۴۱ هفته حاملگی را سپری می‌کردند برای ۸ نفر انجام تستهای ارزیابی سلامت جنین ضرورت داشته که برای ۳ مورد (۳٪) بدلاط عدم تشخیص ضربان قلب جنین انجام شده، و برای ۵ مورد باقیمانده (۶٪) که بعلت ۳ مورد عدم تشخیص ضربان قلب جنین، ۲ مورد عدم تشخیص حرکات جنین ارزیابی سلامت جنین ضرورت داشته، انجام نشده است. از ۳۸۰ زن حامله‌ای که در سنین مختلف حاملگی برای چندمین مرتبه به مراکز بهداشت شهر تهران مراجعه نمودند برای ۴۸ نفر بدلاط مختلف باید سونوگرافی انجام می‌شد که فقط برای ۱۵ مورد (۳٪) بدلاط مختلف از جمله: ۲ مورد عدم افزایش وزن، ۷ مورد عدم بهمراه افزایش ضربان خون و ادم ۱ مورد، افزایش وزن و ادم یک مورد، افزایش ضربان خون ۱ مورد، آزمایش پروتئین ادرار انجام نشده است.

۱۸ نفر از زنان حامله از سوزش ادرار و درد هنگام ادرار کردن شکایت داشتند که برای ۱۱ نفر (۶٪) کشت ادرار انجام شده

انجام شده، و برای ۳۳ نفر (۶٪) باقیمانده اقدامی صورت نگرفته است بدین ترتیب که برای ۳ مورد عدم افزایش وزن، ۲۲ مورد عدم تشخیص ضربان قلب جنین قبل از هفته ۳۲ حاملگی، ۶ مورد عدم تطابق ارتفاع رحم با سن حاملگی، ۲ مورد LMP نامشخص سونوگرافی انجام نشده است.

آزمایش پروتئین ادرار برای ۱۸ مورد از زنان حامله ضرورت داشته که برای ۸ مورد (۴٪) بدلاط مختلف از جمله ۴ مورد ادم، ۲ مورد افزایش وزن بیش از حد، ۱ مورد افزایش فشار خون، ۱ مورد فشار خون $\frac{140}{90}$ میلیمتر جیوه انجام شده و برای ۱۰ مورد دیگر (۵٪) که بدلاط افزایش وزن بیش از حد ۷ مورد افزایش وزن بهمراه افزایش فشار خون و ادم ۱ مورد، افزایش وزن و ادم یک مورد، افزایش فشار خون ۱ مورد، آزمایش پروتئین ادرار انجام نشده است.

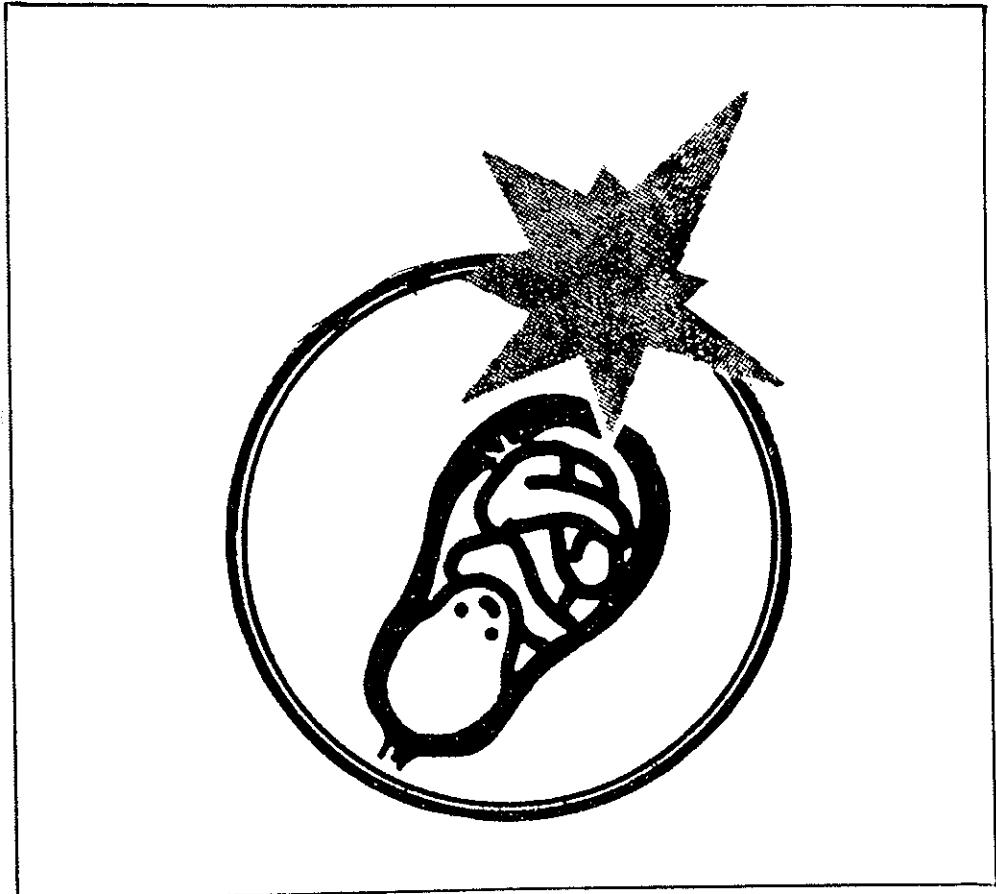
۱۸ نفر از زنان حامله از سوزش ادرار و درد هنگام ادرار کردن شکایت داشتند که برای ۱۱ نفر (۶٪) کشت ادرار انجام شده

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب انواع آزمایشات پاراکلینیکی در مراجعات بیش از یکبار در سه سال مختلف حاملگی در مراکز بهداشت غیردانشگاهی

و مرکز بهداشت دانشگاهی علوم پزشکی شهر تهران، سال ۱۳۷۲

ردیف	عنوان آزمایشات	مراکز بهداشت غیردانشگاهی										مراکز بهداشت دانشگاهی										
		جمع کل					مراکز بهداشت دانشگاهی					مراکز بهداشت غیردانشگاهی					مراکز بهداشت غیردانشگاهی					
نمایش	بلی	خیر	جمع	بیش	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد	تمداد درصد
۱	آندازه‌گیری -FP -α . سرم مادر بهت نشخیص	۰	۴۰	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲	با تو جه به سابقه زن حامله انجام آمیخته نشستن هفت	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳	در صورتیکه LMP نیست سونوگرافی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۴	در خواست محی شود آزمایش Screen test با GTT	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵	آزمایش کوبنر غیر مستقیم انجام می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۶	آزمایش Hb انجام می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۷	آزمایش Hct انجام می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۸	آزمایش VDRL انجام می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۹	نتنه ای از زیبایی سلامت جنبن در صورت	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۰	جهت تعیین فعالیت کلیه و مثانه آزمایش کامل	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۱	در هر سن اداره انجام می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۲	آزمایش سونوگرافی در صورت وجود علام غنونت اداره	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳	* آزمایش بروتین اداره در صورت لزوم ضرورت	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۴	جمع آزمایشات مطالعه می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۵	تواب آزمایشات مطالعه می شود.	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

* مواردی که با جمع مطابقت نمی کند، انجام آزمایشات ضرورت نداشته (شامل نمی شود) محاسبه نشده است.



به استثنای معاینات مامایی در اولین مراجعه و انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی اختلاف معنی‌داری وجود دارد. بطوریکه اولاً کیفیت معاینات کلینیکی برای واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشت دانشگاهی بهتر است، دوماً آزمایشات و اقدامات لازم در مراکز بهداشت دانشگاهی در مقایسه با مراکز بهداشت غیردانشگاهی برای اکثریت واحدهای مورد پژوهش انجام می‌شود.

مورد از آنها را فرد معاينه کننده مطالعه نموده ولی به جواب یک مورد Hb کمتر از 105 mg/100 cc توجهی ننموده است. در ارتباط با سومین هدف ویژه پژوهش تعیین تفاوت کیفیت مراقبتهای دوران بارداری در مراکز بسیار داشت غیردانشگاهی با دانشگاهی یافته‌ها نشان می‌دهد که بین واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشت غیردانشگاهی و دانشگاهی با اطمینان (۹۵٪) از نظر کیفیت کلیه معاینات کلینیکی

و برای ۷ مورد باقیمانده (۳۸٪) هیچ اقدامی صورت نگرفته بود، و این در حالی است که کیفیت معاینات عمومی در ملاقاتهای بعدی برای نیمی از زنان باردار مناسب و برای نیمی دیگر متوسط بوده است. در نهایت یافته‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که در کلیه مراکز از مجموع ۶۵ آزمایش که برای واحدهای مورد پژوهش درخواست شده بود، جواب ۲۷ مورد آماده بوده که جواب ۲۵

نتیجه‌گیری و بحث:

بطور کلی نتایج پژوهش نشان می‌دهد کیفیت معاینات کلینیکی در بیشتر موارد برای اکثریت واحدهای مورد پژوهش در کلیه مراکز مناسب نبوده و آزمایشات پاراکلینیکی برای کمتر از نیمی از آنها در کلیه مراکز انجام می‌شود، و در صورت وجود موارد پرخطر در تاریخچه حاملگی نظیر سن بالای

۳۵ سال، سابقه تولد بچه مردہ و دیابت در فامیل درجه اول زن حامله آزمایشهای لازم که به ترتیب عبارت از انجام آمنیوستزو تست تحمل گلوكز برای هیچیک از آنها (با وجود آنکه کیفیت تهیه تاریخچه حاملگی متوسط است) انجام نمی‌شود. همچنین در صورت وجود موارد غیرطبیعی در معاینات

عمومی و مامایی نظیر: افزایش وزن و فشار خون، ادم، عدم افزایش وزن، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن حاملگی و عدم تشخیص حرکات و ضربان قلب جنین، برای اکثریت واحدهای مورد پژوهش با وجودی که کیفیت معاینات در بیشتر موارد متوسط و یا مناسب است. آزمایشات لازم که عبارت از: انجام آزمایش



Ref:

- 1- ملک افضلی، حسین، وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۱.
- 2- Atrash - Hk, Rowley - D, Houge - CJ, "Maternal and perinatal mortality" Current Opinion obstetric & Gynecology, Feb 4 (1), 1991, PP: 51 - 71.
- 3- Derek, Llewelly - Jones, Fundamentals of obstetric ans gynecology, Vol I (obstetric) 5 th edition, by English lanquage book Society Faber Faber,1989.
- 4- Helton - Annestuart, "A Buddy system te improve pre-natal care". Maternal child Nursing. Vol 15, July - Aug - Ust, 1990 - PP: 234-237.
- 5- Pernol - Martin - L, Current obstetric & Gynecology & Treatment, U.S.A. Lange Medical application, 1991.
- 6- Scott, Dysaia, Ham and,Danforth Obstetrics, Lippincot company, 1990.
- 7- Viegar - G, Wilksosator - ch, Sahgan - K, Chataraeninoo, Ratnass, "Safe child birth needs more than medical servicess", World Health forum, vol 13, 1992, pp: 59-65.

هستند سبب بهبود مراقبتهاي دوران بارداری شود.

پروتئین ادرار، سونوگرافی و تستهاي ارزیابی سلامت جنین صورت نمی گیرد. بعارت دیگر با تجزیه و تحلیل یافته ها در جداول ۳ و ۴ می توان دریافت که از کل ۴۵۶ نمونه استخای در این پژوهش ۱۳۵ مورد غیر طبیعی نظیر آنچه که در فوق ذکر شد، وجود داشته که برای ۳۴ مورد (۲۵٪) از آنها اقدام مناسب انجام شده و برای ۱۰۱ مورد باقیمانده (۷۴٪) هیچ گونه اقدامی صورت نگرفته است.

با توجه به آنچه که گذشت، پیشنهاد می شود جهت بهبود کیفیت مراقبتهاي ارایه شده از به منظور عدم فراموشی نکات مهم تاریخچه و معاینات کلینیکی استفاده شود.

همچنین از آنجایی که آموزش مداوم نیروی انسانی شاغل در تمامی مشاغل موجود در سازمانهای بهداشتی یکی از عوامل ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات ارایه شده می باشد، به نظر می رسد در این مورد نیز، ایجاد دوره های بازآموزی برای ماماهای شاغل و همه کسانی که در برخورد مستقیم با زنان حامله

