

مراقبت‌های قبل از ولادت نزد خانم‌ها در دوران بارداری در شهر هرات (۱۴۰۰)

نکارنده‌گان: پوهندوی دکتور نثار احمد شایان*

سهیمه عظیمی، اسمر شکیب، فریده غنی‌زاده، کریمه حاتمی، گل‌رخسار رشید، فریما

قادری، خاطره رشید، وحیده مؤمن‌زاده، هاجره وفا و سمیه نجات**

چکیده

روزانه بیش از ۸۰۰ خانم در سراسر جهان به علت حامله‌گی و عوارض ناشی از آن، جان خود را از دست می‌دهند، که فیصدی بالای این مرگ‌ومیر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط صورت می‌گیرد. مراقبت‌های دوران بارداری، عامل قبول‌شده به‌منظور بهبود نتایج دوران بارداری و کاهش مرگ‌ومیر مادران و اطفال می‌باشد. این تحقیق به شکل توصیفی در نواحی مختلف شهر هرات نزد ۲۰۰ خانم صورت گرفته است و خانم‌هایی که در سنین باروری قرار داشته و به‌صورت داوطلب حاضر به پاسخ‌گویی بودند، شامل تحقیق گردیدند. در این تحقیق ۳۲،۵٪ خانم‌ها بین سنین ۱۸-۲۴ سال، ۴۷،۵٪ بی‌سواد و ۸۲،۵٪ خانم خانه‌بده‌اند. ۶۴،۵٪ خانم‌های اشتراک‌کننده در این تحقیق حداقل ۴ ویزیت یا مراقبت‌های دوران بارداری را اخذ نمودند. بین انجام مراقبت‌های دوران بارداری و متغیرهای دسترسی به خدمات صحتی، مصرف سیگار و قلیان، سطح سواد خانم، سطح سواد شوهر خانم و شاخص توده‌بدنی از لحاظ آماری ارتباط معناداری دریافت گردید. مراقبت‌های دوران بارداری در شهر هرات در این تحقیق نظر به آمار ارائه‌شده در مورد افغانستان، به شکل قابل‌توجهی بالا بوده‌اند، که دلیل بر سطح سواد بالای خانم‌های اشتراک‌کننده این تحقیق، سطح سواد بالای شوهر خانم‌های اشتراک‌کننده، سطح اقتصادی به‌تر و شهرنشین بودن اشتراک‌کننده‌گان می‌باشد. انجام تحقیقات با سطح وسیع‌تر، تحقیقات تحلیلی خصوصاً از نوع مقطعی و تحقیقاتی، که نکات دوردست و لسوالی‌ها را شامل باشد، در آینده توصیه می‌گردد.

واژه‌گان کلیدی: مراقبت‌های دوران بارداری، مرگ‌ومیر مادران، حامله‌گی و هرات-

افغانستان.

* عضو هیئت‌علمی پوهنتون / دانشگاه هرات و غالب (n.a.shayan@gmail.com)

** دانش‌جویان سمستر دوازدهم پوهنتنی / دانش‌کده طب معالجه‌وی پوهنتون / دانشگاه غالب هرات

ISSN

P: 2788-4155

E: 2788-6441

Received: 02 / 12 / 2021

Accepted: 16 / 03 / 2022

Antenatal care in pregnant women Herat- Afghanistan (2021)

Authors: Dr.NesarAhmad Shayan*

Sohaima Azimi, Asmar Shakib, Farida Ghanizada, Karima Hatami, Golroksar Rashid, Farimaa qaderi, Wahida Momenzada, Hajara Wafa & Somayyeh Nejat**

Abstract

Every day, more than 800 women worldwide die because of pregnancy and pregnancy complications, with a high proportion of deaths occurring in low- and middle-income countries. Antenatal care is an accepted factor in improving pregnancy outcomes and reducing maternal and child mortality. This descriptive study included 200 volunteer women of reproductive age in various parts of Herat city. In this study, 32.5% of women were between 18-24 years old, 47.5% were illiterate, and 82.5% were housewives. 64.5% of women in this study received at least four visits or antenatal care. There was a statistically significant relationship between antenatal care and the variables of access to health services, smoking and hookah use, female literacy level, husband's literacy level, and body mass index. According to statistics, pregnancy care in Herat city is significantly higher than in other parts of the country, owing to the high level of literacy of the women and their husbands and the better economic and urbanization. In the future, larger-scale, analytical research involving remote areas and districts is recommended.

Keywords: Antenatal care, Maternal mortality, Herat-Afghanistan and Pregnancy

* Academic Cadre of Herat and Ghalib University- Herat (n.a.shayan@gmail.com)

** Students of Midical Faculty of Ghalib University - Herat

مقدمه

مرگ‌ومیر مادران به‌طور غیرقابل قبولی بالا بوده قسمی که در سال ۲۰۱۷ حدود ۲۹۵۰۰۰ خانم (روزانه بیش از ۸۰۰ خانم) در دوران بارداری و ولادت و بعدازآن جان خود را از دست دادند. اکثریت قریب به اتفاق این مرگ‌ها (۹۴ درصد) در کشورهای با سطح درآمد پایین رخ داده است و می‌توان از اکثر این مرگ‌ها پیشگیری کرد (WHO, 2021).

مراقبت‌های معمول زمان بارداری مجموعه‌یی از تماس‌های منظم بین یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های صحتی و یک خانم حامله در فواصل زمانی مشخص است، که بین تأیید حاملگی و شروع ولادت اتفاق می‌افتد (Ransjö-Arvidson et al, 1998:385-391). هدف اصلی این مراقبت‌ها، ارائه غربال‌گری مؤثر، مداخلات وقایه‌وی و درمانی به‌منظور بهبود نتایج سلامتی برای مادر و نوزاد است، می‌باشد. مراقبت‌های دوران بارداری هم‌چنین باهدف پرداختن به عوامل خطر رفتاری، حمایت از نیازهای طبی، اجتماعی و روانی زنان و هم‌آهنگی اقدامات برای ولادت انجام می‌شود (Olonade et al, 2019: 849-855).

به اساس توصیه سازمان صحتی جهان (World Health Organization) نزد یک خانم از شروع بارداری الی زمان ولادت باید هشت ویزیت با پزشک به‌منظور مراقبت صورت بگیرد. اولین مراقبت دوران باید در هفته ۱۲ و مراقبت‌های بعدی به ترتیب در هفته‌های ۲۰، ۲۶، ۳۰، ۳۴، ۳۶، ۳۸ و ۴۰ بارداری انجام شود (Sr et al, 2019: 1-10).

مراقبت‌های دوران بارداری به‌منظور بهبود سلامت مادران و نتایج به‌تر تولد از مدت زیادی به این سو حمایت می‌شود و هم‌واره مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از ولادت، به‌عنوان یک عامل اصلی برای دستیابی به اهدافی مانند کاهش مرگ‌ومیر اطفال و مادران می‌باشد (Mahler, 1987: 668-670). تعداد ویزیت‌های مراقبت دوران حاملگی در کشورهای با درآمد کم و متوسط (Low To Middle Income Country) در سال‌های اخیر به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است (Lassi et al, 2016: 1-20). در این کشورها حداقل چهار ویزیت از اوایل دوران حاملگی توصیه می‌شود؛ اما بیش از نیمی از خانم‌های حامله در کشورهای درحال توسعه هنوز خدمات سازمان صحتی جهان را دریافت نمی‌کنند (Tikmani et al, 2019: 297-307). روش‌های معمول شامل اصغای قلب جنین، معاینه ادرار، ارزیابی وزن مادر، فشار خون و قد امکان نظارت دقیق بر رشد جنین را فراهم می‌کند و عوامل خطر ولادت را کاهش می‌دهد (Liu et al, 2021: 120-129). فعالیت‌های غربال‌گری؛ مانند مشاوری و آزمایش جنتیک، مشخص نمودن گروه خون ABO و Rh، غربال‌گری کم‌خونی و دیگر معاینات لازم، می‌تواند از تولد نوزادان معلول جلوگیری نماید و یا کاهش دهد (Yadav et al, 2020: 1-5).

اگرچه مراقبت‌های کافی قبل از ولادت برای سلامت مادر و طفل در دوران بارداری و بعد از ولادت مفید می‌باشد؛ اما همهٔ خانم‌های حامله از چنین مراقبت‌هایی به دلیل عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی استفاده کرده نمی‌توانند (Heaman et al, 2015: 1-13).

هدف از انجام این تحقیق بررسی مراقبت‌های دوران بارداری نزد خانم‌های شهر هرات و هم-چنین عوامل مؤثر در استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشد.

باتوجه به درک این موضوع که افغانستان نیز از جمله کشورهای رو به انکشاف می‌باشد، پرسش عمده این است که آیا مراقبت‌هایی قبل از دوران بارداری در شهر هرات به معیارهای توصیه‌شدهٔ سازمان صحتی جهان برابری می‌کند؟ به چه فیصدی از خانم‌های شهر هرات چهار و یا بیش‌تر از چهار ویزیت جهت انجام مراقبت‌های قبل از دوران بارداری را دریافت می‌کنند؟ و چه عواملی بر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری تأثیرگذار می‌باشد؟

روش تحقیق

نوع تحقیق، محل و زمان اجرا

این تحقیق نوع توصیفی بوده، که در ماه سرطان تا قوس ۱۴۰۰ ه‍.ش در نزد خانم‌های سنین باروری (۱۵-۴۹) در شهر هرات به مرحلهٔ اجرا در آمده است.

حجم نمونه و مشخصات ادخال و اخراج در تحقیق

مشخص نمودن حجم نمونه در این تحقیق به روش نمونه مناسب *Convenience sample* صورت گرفته و در این تحقیق با ۲۰۰ خانم در نواحی مختلف شهر هرات به گونهٔ رودرو مصاحبه انجام شده است؛ درنهایت، نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفته‌اند. مشخصات ادخال در این تحقیق، سن بین ۱۵-۴۹ سال، نداشتن مشکلات عصبی پیش‌رفته، و داوطلب‌اشتراک کردن خانم‌ها شرط بوده است؛ در صورتی که سن خانم کم‌تر از ۱۵ یا بیش‌تر از ۴۹ بوده باشد، نیز نداشتن مشکلات عصبی پیش‌رفته، قادر نبودن ارائهٔ پاسخ به پرسش‌ها و یا عدم علاقه‌مندی اشتراک در تحقیق باشد، در این پژوهش، شامل نگردیدند.

جمع‌آوری معلومات

جمع‌آوری داده‌ها توسط گروهی از محصلان سمستر یازدهم (ده تن) پوهنخی طب معالجه‌وی پوهنتون غالب هرات انجام گردید. در ابتدا محصلانی که وظیفهٔ جمع‌آوری داده‌ها را به عهده داشتند، به‌مدت دو ساعت در مورد نحوهٔ توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه آموزش داده شد.

جمع‌آوری معلومات در این تحقیق توسط پرسش‌نامه‌یی که بعد از مطالعه لازم در بررسی متون تهیه گردیده و شامل سه بخش (مشخصات فردی، اجتماعی، اقتصادی - مشخصات مربوط به مراقبت و مشخصات پلان فامیلی) بود صورت گرفت. بخش اول پرسش‌نامه، مشخصات فردی، اجتماعی و اقتصادی که مجموعاً ۱۶ پرسش را شامل می‌شد؛ پرسش‌هایی مانند سن، سطح تحصیلات خانم، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، سطح درآمد، تعداد اعضای فامیل، موجودیت بیماری مزمن را در برداشت. بخش دوم پرسش‌نامه، مشخصات مربوط به مراقبت، که جمعاً ۱۱ پرسش را شامل می‌گردید؛ پرسش‌هایی از قبیل اخذ مراقبت در جریان حامله‌گی، در کدام سمستر و چه نوع مراقبتی، انجام معاینات سونوگرافی، خون، ادرار، موجودیت امراض در جریان حامله‌گی را شامل می‌گردید و بخش سوم پرسش‌نامه، مربوط به پلان فامیلی می‌باشد. در این بخش ۱۰ پرسش شامل بوده، که پرسش‌هایی از قبیل اخذ کدام دارو در زمان حامله‌گی، اخذ مستحضرات آن‌ها، مشوره با پزشک در مورد حامله‌گی، سابقه سقط، وجود خون‌ریزی در جریان حامله‌گی و اقدامات لازم در این مورد را شامل بود.

بعد از جمع‌آوری معلومات، پرسش‌نامه به صورت تک‌تک کنترل گردید و در صورتی که پرسش‌نامه به صورت ناقص خانه‌پری گردیده بود، شامل پروسه تحلیل و تجزیه نگردید.

تحلیل داده‌ها

بعد از جمع‌آوری داده‌ها و کنترل آن‌ها، توسط برنامه SPSS-26 تجزیه و تحلیل گردید. در ابتدا توزیع داده‌ها از لحاظ نورمال بودن آزمایش گردید و در صورت نورمال بودن توزیع برای آمار توصیفی، فیصدی، میان‌گین و انحراف معیار و در صورت نورمال نبودن داده‌ها از میانه و چارک‌ها ۲۵٪ و ۷۵٪ استفاده گردید. در توزیع نورمال داده‌ها از *t-test* و در توزیع غیر نورمال از آزمایش *Mann Whitney U* استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای بخش‌بندی از آزمایش *Chi-Square* استفاده و ساحت اطمینان ۹۵٪ و سوئه خطای تیپ یک ۰,۰۵ تعیین گردید.

نتایج

در این تحقیق از نواحی مختلف شهر هرات تعداد ۲۰۰ خانم شامل تحقیق گردیده بود، سن خانم‌های شامل این تحقیق بین ۱۸ تا ۴۵ سال و میان‌گین سن و انحراف معیار آن $28,41 \pm 6,77$ سال بوده است. بیش از نیمی (۵۸,۰٪) از اشتراک‌کننده‌گان شامل این تحقیق را خانم‌های کم‌تر از ۳۰ سال تشکیل داده است (جدول ۱).

جدول (۱) مشخصات فردی، اجتماعی و اقتصادی خانم‌های اشتراک کننده در تحقیق

تعداد	فیصدی				تعداد	فیصدی
۲۴-۱۸	۶۵	۳۲,۵	جنسیت نوزاد	دختر	۹۳	۴۶,۵
۲۹-۲۵	۵۱	۲۵,۵		پسر	۱۰۷	۵۳,۵
۳۴-۳۰	۳۸	۱۹,۰				
۳۹-۳۵	۳۴	۱۷,۰	نوع فامیل	کوچک	۱۰۳	۵۱,۵
۴۵-۴۰	۱۲	۶,۰		بزرگ	۹۷	۴۸,۵
سواد خواندن و نوشتن ندارد	۹۵	۴۷,۵	سواد شوهر	سواد خواندن و نوشتن ندارد	۳۹	۱۹,۵
ابتدایی	۱۵	۷,۵		ابتدایی	۳۱	۱۵,۵
متوسطه	۲۴	۱۲,۰		متوسطه	۳۳۴	۱۷,۰
لیسه	۳۸	۱۹,۰		لیسه	۶۰	۳۰,۰
دانش گاه	۲۸	۱۴,۰		دانش گاه	۳۶	۱۸,۰
شغل دولتی	۱۴	۷,۰	شغل شوهر	شغل دولتی	۳۶	۱۸,۰
شغل آزاد	۱۵	۷,۵		شغل آزاد	۱۴,۸	۷۴,۰
بیکار- خانم خانه	۱۱۶۵	۸۲,۵		بیکار- دنبال وظیفه	۱۶	۸,۰
محصل	۶	۳,۰		محصل		
بلی	۱۰	۵,۰	مصرف قلبیان و نصور	بلی	۷	۳,۵
خیر	۱۹۰	۹۵,۰		خیر	۱۹۳	۹۶,۵
بلی	۱۸۲	۹۱,۰	امراض مزمن	بلی	۴۶	۲۳,۰
خیر	۱۸	۹,۰		خیر	۱۵۴	۷۷,۰
مجموع	۲۰۰	۱۰۰,۰	مجموع		۲۰۰	۱۰۰,۰

قسمی که در جدول (۱) مشاهده می‌گردد: ۴۷,۵٪ خانم‌های شامل این تحقیق سواد خواندن و نوشتن، ۸۲,۵٪ بیکار یا خانم خانه و ۹۱,۰٪ دسترسی به خدمات صحتی را نداشته‌اند، ۲۳,۰٪ حداقل از موجودیت یک بیماری که به شکل مزمن بوده حکایت نموده‌اند، مصرف سیگار و مصرف قلبیان و یا نصور به ترتیب ۵,۰٪ و ۳,۵٪ میان آن‌ها مروج بوده است. در مقابل ۱۹,۵٪ خانم‌های شامل این تحقیق شوهرشان سواد خواندن و نوشتن نداشته است و تنها شوهران ۸,۰٪ خانم‌های شامل این بیکار یا دنبال کار بوده‌اند.

جدول (۲) موجودیت مشکلات دوران بارداری نزد خانم‌های اشتراک‌کننده در تحقیق

فیصدی	تعداد			فیصدی	تعداد		
۱۱,۰	۲۲	بلی	معاینه سونوگرافی	۹۲,۵	۱۸۵	بلی	انجام معاینات
۸۹,۰	۱۷۸	خیر		۷,۵	۱۵	خیر	قبل از ولادت
۶۷,۰	۱۳۴	بلی	مصرف قرص آهن	۳۷,۰	۷۴	بلی	معاینه ادرار
۳۳,۰	۶۶	خیر		۶۳,۰	۱۲۶	خیر	
۱۰,۵	۲۱	بلی	مراقبت دهان و دندان	۲۵,۰	۵۰	بلی	مشوره با دکتور
۸۹,۵	۱۷۹	خیر		۷۵,۰	۱۵۰	خیر	
۱۶,۵	۳۳	بلی	آبریزش در دوران بارداری	۸,۵	۱۷	بلی	خونریزی در دوران بارداری
۸۳,۵	۱۶۷	خیر		۹۱,۵	۱۸۳	خیر	
۱۰۰,۰	۲۰۰		مجموع	۱۰۰,۰	۲۰۰		مجموع

به اساس یافته‌های این تحقیق ۹۲,۵٪ خانم‌های شامل تحقیق معاینات قبل از ولادت، ۱۱,۰٪ معاینه سونوگرافی، ۳۷,۰٪ معاینه ادرار، ۲۵,۰٪ مشوره با پزشک، ۶۷,۰٪ اخذ قرص آهن و ۱۰,۵٪ مراقبت‌های دهان و دندان را انجام داده‌اند. ۸,۵٪ خانم‌ها خون‌ریزی در دوران بارداری و ۱۶,۵٪ خانم‌ها آبریزش در دوران بارداری را داشته‌اند.

جدول (۳) تعداد مراقبت‌ها در هر ترایمستر در نزد خانم‌های اشتراک‌کننده در تحقیق

فیصدی	تعداد	تعداد ویزیت	
۲۶,۶	۵۳	هیچ ویزیت انجام نشده	ترایمستر اول
۶۷,۴	۱۳۵	بین یک تا سه بار ویزیت	
۶,۰	۱۲	چهار و بیش از چهار ویزیت	
۲۲,۵	۴۵	هیچ ویزیت انجام نشده	ترایمستر دوم
۷۳,۰	۱۴۶	بین یک تا سه بار ویزیت	
۴,۵	۹	چهار و بیش از چهار ویزیت	
۱۱,۵	۲۳	هیچ ویزیت انجام نشده	ترایمستر سوم
۷۶,۰	۱۵۲	بین یک تا سه بار ویزیت	
۱۲,۵	۲۵	چهار و بیش از چهار ویزیت	
۹,۵	۱۹	هیچ ویزیت انجام نشده	در تمام دوران بارداری
۲۶,۰	۵۲	بین یک تا سه بار ویزیت	

۶۴,۵	۱۲۹	چهار و بیش از چهار ویزیت	
۱۰۰,۰	۲۰۰		مجموع

به اساس یافته‌های این تحقیق (جدول ۳) در تمام طول بارداری ۹,۵٪ خانم‌های شامل این تحقیق، بیان داشته‌اند که هیچ ویزیتی انجام نداده‌اند، و ۶۴,۵٪ خانم‌های شامل تحقیق بیش از چهار ویزیت را انجام داده‌اند.

جدول (۴) تعداد مراقبت‌ها در تمام طول بارداری و مشخصات دموگرافیک خانم‌های اشتراک‌کننده در تحقیق

Sig	تعداد مراقبت‌ها در تمام دوران بارداری						Sig	تعداد مراقبت‌ها در تمام دوران بارداری							
	هیچ			یک تا سه بار				هیچ			یک تا سه بار				
	%	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	n		
جنسیت نوزاد															
$X^2=53,315$ $p=0.001$	۶۹,۸	۱۲۷	۲۵,۳	۴۶	۴,۹	۹	بلی	$X^2=0.500$ $p=0.779$	۶۶,۷	۶۲	۲۳,۷	۲۲	۹,۷	۹	دختر
	۱۱,۱	۲	۳۳,۳	۶	۵۵,۶	۱۰	خیر		۶۲,۶	۶۷	۲۸,۰	۳۰	۹,۳	۱۰	پسر
مصرف سیگار یا قلیان															
$X^2=13,214$ $p=0.001$	۰,۰	۰	۷۱,۴	۵	۲۸,۶	۲	بلی	$X^2=11,687$ $p=0.003$	۵۰,۰	۵	۱۰,۰	۱	۴۰,۰	۴	بلی
	۶۴,۵	۱۲۹	۲۴,۴	۴۷	۸,۸	۱۷	خیر		۶۵,۳	۱۲۴	۲۶,۸	۵۱	۷,۹	۱۵	خیر
سطح سواد شوهر															
$X^2=8,480$ $p=0.014$	۴۸,۷	۱۹	۳۰,۸	۱۲	۲۰,۵	۸	بی‌سواد	$X^2=14,870$ $p=0.001$	۵۷,۹	۵۵	۲۴,۲	۲۳	۱۷,۹	۱۷	بی‌سواد
	۶۸,۳	۱۱۰	۲۴,۸	۴۰	۶,۸	۱۱	باسواد		۷۰,۵	۷۴	۲۷,۶	۲۹	۱,۹	۲	باسواد
تعداد اعضای فامیل															
$X^2=2,085$ $p=0.275$	۶۷,۹	۳۶	۱۸,۹	۱۰	۱۳,۲	۷	کم‌تر از ۴	$X^2=2,845$ $p=0.241$	۶۷,۵	۱۰۴	۲۳,۴	۳۶	۹,۱	۱۴	کم‌تر از ۳۰ سال
	۶۳,۳	۹۳	۲۸,۶	۴۲	۸,۲	۱۲	بیش‌تر از ۴		۵۴,۳	۲۵	۳۴,۸	۱۶	۱۰,۹	۵	بیش‌تر از ۳۰ سال
شاخص توده بدن BMI															
$X^2=14,216$ $p=0.007$	۴۸,۰	۱۲	۴۰,۰	۱۰	۱۲,۰	۳	ضعیف	$X^2=5,061$ $p=0.281$	۷۷,۱	۳۷	۱۴,۶	۷	۸,۳	۴	یک طفل
	۵۶,۹	۵۸	۳۱,۴	۳۲	۱۱,۸	۱۲	نورمال		۶۱,۴	۴۳	۳۰,۰	۲۱	۸,۶	۶	دو و سه طفل
	۸۰,۸	۵۹	۱۳,۷	۱۰	۵,۵	۴	چاق		۵۹,۸	۴۹	۲۹,۳	۲۴	۱۱,۰	۹	بیش از سه طفل
شاغل بودن شوهر															
$X^2=1,707$ $p=0.415$	۶۵,۲	۱۲۰	۲۶,۱	۴۸	۸,۷	۱۶	شاغل	$X^2=0.500$ $p=0.976$	۶۴,۲	۱۰۶	۲۶,۱	۴۳	۹,۷	۱۶	خانم خانه
	۵۶,۳	۹	۲۵,۰	۴	۱۸,۸	۳	بی‌کار		۶۵,۷	۲۳	۲۵,۷	۹	۸,۶	۳	شاغل

X^2 : Chi square test statistics, $p<0.05$ Significance level

به اساس یافته‌های این تحقیق، بین متغیرهای دسترسی به خدمات صحتی، مصرف سیگار، مصرف قلیان، سطح سواد خانم، سطح سواد شوهر خانم، شاخص توده بدنی و تعداد مراقبت‌ها در تمام دوران بارداری فرق معناداری از لحاظ آماری وجود دارد؛ از طرف دیگر، بین متغیرهای جنسیت نوزاد، سن خانم، تعداد اعضای فامیل، تعداد تولدها، شاغل بودن خانم، شاغل بودن شوهر خانم و تعداد مراقبت‌ها در تمام دوران بارداری فرق معناداری از لحاظ آماری ملاحظه نگردید.

به اساس نتایج این تحقیق، خانم‌هایی که دسترسی به خدمات صحتی داشته‌اند ۶۹٫۸٪ و کسانی که عدم دسترسی به خدمات صحتی را در پرسش‌نامه یادآور شده‌اند، ۱۱٫۱٪ است، که چهار و یا بیش از چهار ویزیت را ذکر کرده‌اند. این تفاوت از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p=0.001$)؛ هم‌چنان خانم‌هایی که عدم استفاده از سیگار و قلیان داشتند در مقایسه با خانم‌هایی که وابسته‌گی به سیگار و قلیان را بیان کرده‌اند، تعداد مراقبت‌های دوران بارداری بیش‌تری را حکایت کرده‌اند، که این تفاوت از لحاظ آماری نیز معنادار می‌باشد ($p=0.001, p=0.003$).

به اساس یافته‌های این تحقیق، خانم‌های باسواد در مقایسه با خانم‌های بی‌سواد تعداد مراقبت‌های بیش‌تر دوران بارداری را حکایت کرده‌اند ($p=0.001$)، و هم‌چنین سطح سواد شوهر خانم‌ها اشتراک‌کننده در تحقیق نیز باعث تفاوت معنادار در تعداد مراقبت‌های دوران بارداری می‌گردد؛ قسمی که خانم‌هایی که شوهران شان باسواد بوده‌اند ۶۸٫۳٪ و خانم‌هایی که شوهران شان بی‌سواد بوده‌اند ۴۸٫۷٪، چهار و بیش‌تر از چهار بار مراقبت‌های دوران بارداری را اخذ نموده‌اند ($p=0.014$).

یکی دیگر از متغیرهایی که تفاوت معنادار در اخذ مراقبت‌های دوران بارداری را نشان داده است، شاخص توده بدنی یا BMI می‌باشد. خانم‌هایی که شاخص توده بدنی آن‌ها کم‌تر از ۱۸٫۴۹ (لاغر یا ضعیف) بوده‌اند ۴۸٫۰٪ و خانم‌هایی که شاخص توده بدنی آن‌ها بین ۱۸٫۵-۲۴٫۹۹ (دارای وزن نورمال) بوده است ۵۹٫۶٪ و خانم‌هایی که شاخص توده بدنی شان بیش‌تر از ۲۵ بوده (اضافه وزن و یا چاق) ۸۰٫۸٪ شان، چهار و یا بیش‌تر مراقبت‌های دوران بارداری را انجام داده‌اند و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p=0.007$).

مناقشه

افغانستان از کشورهایی است که بالاترین نرخ مرگ‌ومیر مادران را در جهان دارا می‌باشد (Rahmani & Brekke, 2013: 1-9). به اساس آمار بانک جهانی و یونسف در افغانستان به ازای هر صد هزار تولد زنده، ۶۳۸ خانم، جان خود را از دست می‌دهد (World Bank, 2020)؛ به اساس یک تحقیق کوهورت انجام شده توسط ملیسا و هم‌کارانش در سال ۲۰۱۵ در کشورهای با

درآمد کم و متوسط که عرضه مراقبت‌های دوران بارداری کمی دارند، خطر مرگ‌ومیر مادران تقریباً دو برابر می‌باشد (Bauserman et al, 2015: 1-9).

به اساس گزارش یونسکو نرخ سواد در افغانستان ۴۳٪ است (مردها ۵۵٪ و خانم‌ها ۲۹٫۸٪) (UNESCO, 2020)؛ اما در این تحقیق به دلیل این که تنها در شهر هرات انجام شده است، نرخ سواد نزد مردها ۸۰٫۵٪ و نزد خانم‌ها ۵۲٫۵٪ بالاتر می‌باشد. این عامل می‌تواند آمار به‌تری از مراقبت‌های دوران بارداری را در شهر هرات نشان دهد. به اساس تحقیق انجام‌شده توسط نجفی‌زاده و هم‌کارانش (Najafizada et al, 2017: 240-259)، در افغانستان و تحقیق مروری انجام‌شده توسط Simkhoda و هم‌کارانش (Simkhoda et al, 2008:244-260)، یکی از عوامل عمده در استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری سطح سواد خانم و شوهر خانم می‌باشد. یافته‌های این تحقیق نیز تفاوت معناداری از لحاظ آماری نزد خانم‌های باسواد و بی‌سواد و هم‌چنان سطح سواد شوهر خانم نشان می‌دهد (جدول ۴).

به اساس یک سرشماری انجام‌شده توسط دانش‌گاه جانز هاپکینز در سال ۲۰۰۶ در افغانستان، تنها نیمی از خانم‌های باردار در شهر کابل به قابله و عرضه خدمات صحی دسترسی دارند؛ درحالی که این رقم در مناطق دور افتاده افغانستان ۲٪ می‌باشد. تنها ۱۶٪ خانم‌ها در طول دوران بارداری خود چهار ویزیت و یا بیش‌تر را انجام می‌دهند (Rahmani & Brekke, 2013: 1-9)؛ این در حالی است که در این تحقیق ۹۱٪ خانم‌ها، دسترسی به عرضه خدمات صحی را بیان داشته‌اند و در تمام طول بارداری ۶۴٫۵٪ از چهار یا بیش از چهار ویزیت حکایت دارند. یافته‌های این تحقیق نظر به تحقیق رحمانی، که در سال ۲۰۱۳ در افغانستان صورت گرفته تفاوت زیادی را نشان می‌دهد. دلیل این تفاوت می‌تواند پیش‌رفت عرضه خدمات صحی در سال‌های اخیر، شهری‌بودن خانم‌های شامل این تحقیق، دسترسی زیاد به عرضه خدمات صحی، سطح سواد بالای خانم‌ها و شوهران شان و هم‌چنان مسائل فرهنگی باشد.

در سراسر جهان، ۸۵٪ از خانم‌های باردار حداقل یک‌بار به مراقبت‌های دوران بارداری به کارکنان صحی ماهر دسترسی دارند، تنها ۶ خانم از هر ۱۰ خانم (۵۸٪) حداقل چهار ویزیت قبل از ولادت دریافت می‌کنند. در مناطقی که بیش‌ترین میزان مرگ‌ومیر مادران را دارند؛ مانند جنوب صحرا در افریقا و جنوب آسیا، فیصدی کم‌تری از خانم‌ها به ترتیب ۴۹٪ و ۴۲٪، حداقل ۴ ویزیت قبل از ولادت را دریافت کرده‌اند (Abdiwali et al, 2019: 1-11). در این تحقیق نیز ۶۴٫۵٪ خانم‌های اشتراک‌کننده حداقل ۴ ویزیت قبل از ولادت را دریافت نموده‌اند، که با آمار جهانی کاملاً مطابقت دارد. ناگفته نباید گذاشت، که این تحقیق در مرکز شهر هرات صورت گرفته و ولسوالی‌ها و نواحی دوردست در ولایت هرات شامل این تحقیق نمی‌گردد، که مشخصاً در صورت شامل‌بودن

ولسوالی‌ها و قریه‌های ولایت هرات، از این فیصدی (۶۴٫۵٪) پایین‌تر دریافت خواهد گردید و این خود یکی از نکات ضعف این تحقیق بوده می‌تواند.

نتیجه‌گیری

مرگ‌میر مادران یکی از مشکلات عمدهٔ صحت عامه در کشور عزیز مان افغانستان می‌باشد. در خانم‌هایی که مراقبت‌های بیش‌تر دوران بارداری را دریافت کرده‌اند هم خودشان و هم شوهران شان دارای سطح سواد بالاتر بوده‌اند که یکی از عوامل عمدهٔ تأثیرگذار می‌باشد. سطح اقتصاد و دسترسی به خدمات صحی از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشد. توصیه‌های مطرح‌شده در این مورد، شامل بالابردن سطح سواد و دانش خانم‌ها، خصوصاً سطح سواد طبی خانم‌ها، رفع موانع عمدهٔ فرهنگی - اجتماعی در استفادهٔ به‌تر از خدماتی قبل از بارداری و دریافت مراقبت‌های باکیفیت نزد کادر صحی تعلیم‌یافته می‌باشد.

سرچشمه‌ها

1. Abdiwali, S. A., Abdisalam, B. A., Warsame, D., Yusuf, H., Yusuf, H., & Adem, H. A. (2019). *ASSESSMENT OF ANTENATAL CARE SERVICES AVAILABILITY AND ACCESSIBILITY IN THREE MAIN MCH AT*.
<<https://www.semanticscholar.org/paper/ASSESSMENT-OF-ANTENATAL-CARE-SERVICES-AVAILABILITY-Abdiwali/Abdisalam/0b180486d98a525e48e553b0542ecd46d5fc1d34>>
2. Bauserman, M. Lokangaka, A. Thorsten, V. Tshefu, A. Goudar, S. S. Esamai, F. Garces, A. Saleem, S. Pasha, O. Patel, A. Manasyan, A. Berrueta, M. Kodkany, B. Chomba, E. Liechty, E. A. Hambidge, K. M. Krebs, N. F. Derman, R. J. Hibberd, P. L, ... Bose, C. L. (2015). Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low- and middle-income countries: A prospective longitudinal cohort analysis. *Reproductive Health*, 12(2), S5. <<https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S5>>
3. Heaman, M. I, Sword, W, Elliott, L, Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., Gregory, P., Tjaden, L., & Cook, C. (2015). **Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: Perceptions of health care providers.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 2. <<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>>
4. Lassi, Z. S., Musavi, N. B., Maliqi, B., Mansoor, N., de Francisco, A., Toure, K., & Bhutta, Z. A. (2016). **Systematic review on human resources for health interventions to improve maternal health outcomes: Evidence from low- and middle-income countries.** *Human Resources for Health*, 14(1), 10. <<https://doi.org/10.1186/s12960-016-0106-y>>

5. Liu, Y., Wang, Y., Wu, Y., Chen, X., & Bai, J. (2021). **Effectiveness of the CenteringPregnancy program on maternal and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis.** *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103981. <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103981>>
6. Mahler, H. (1987). **The safe motherhood initiative: A call to action.** *Lancet (London, England)*, 1(8534), 668–670. <[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(87\)90423-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(87)90423-5)>
7. Najafizada, S. A. M., Bourgeault, I. L., & Labonté, R. (2017). **Social Determinants of Maternal Health in Afghanistan: A Review.** *Central Asian Journal of Global Health*, 6(1), 240. <<https://doi.org/10.5195/cajgh.2017.240>>
8. Olonade, O., Olawande, T. I., Alabi, O. J., & Imhonopi, D. (2019). **Maternal Mortality and Maternal Health Care in Nigeria: Implications for Socio-Economic Development.** *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(5), 849–855. <<https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.041>>
9. Rahmani, Z., & Brekke, M. (2013). **Antenatal and obstetric care in Afghanistan – a qualitative study among health care receivers and health care providers.** *BMC Health Services Research*, 13(1), 166. <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-166>>
10. Ransjö-Arvidson, A. B., Chintu, K., Ng'andu, N., Eriksson, B., Susu, B., Christensson, K., & Diwan, V. K. (1998). **Maternal and infant health problems after normal childbirth: A randomised controlled study in Zambia.** *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(6), 385–391. <<https://doi.org/10.1136/jech.52.6.385>>
11. Simkhada, B., Teijlingen, E. R. van, Porter, M., & Simkhada, P. (2008). **Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: Systematic review of the literature.** *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 244–260. <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x>>
12. Sr, L., Ö, T., Ac, M., M, B., D, C., T, D., & Am, G. (2019). **Developing measures for WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: A conceptual framework and scoping review.** *BMJ Open*, 9(4). <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024130>>
13. Tikmani, S. S., Ali, S. A., Saleem, S., Bann, C. M., Mwenechanya, M., Carlo, W. A., Figueroa, L., Garces, A. L., Krebs, N. F., Patel, A., Hibberd, P. L., Goudar, S. S., Derman, R. J., Aziz, A., Marete, I., Tenge, C., Esamai, F., Liechty, E., Bucher, S., ... Goldenberg, R. L. (2019). **Trends of antenatal care during pregnancy in low- and middle-income countries: Findings from the global network maternal and newborn health registry.** *Seminars in Perinatology*, 43(5), 297–307. <<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.03.020>>

14. UNESCO. (2020). *Interview: "Literacy rate in Afghanistan increased to 43 per cent" | UIL*. <<https://uil.unesco.org/interview-literacy-rate-afghanistan-increased-43-cent>>
 15. WHO. (2021). *Maternal mortality*. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>>
 16. World Bank. (2020). *Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)—Afghanistan | Data*. <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=AF>>
 17. Yadav, R. M., Gupta, M., Dalvi, A., Bargir, U. A., Hule, G., Shabrish, S., Aluri, J., Kulkarni, M., Kambli, P., Uppuluri, R., Seshadri, S., Jagadeesh, S., Suresh, B., Raja, J., Taur, P., Malaischamy, S., Ghosh, P., Mahalingam, S., Kadam, P., ... Madkaikar, M. R. (2020). *Prenatal Diagnosis for Primary Immunodeficiency Disorders-An Overview of the Indian Scenario. Frontiers in Immunology, 11, 612316*. <<https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.612316>>
-
-