

بررسی علل عدم مراقبت در دوران بارداری

پژوهش از: صدیقه پاک‌سرشت* - زهرا عطرکارروشن**

چکیده

این مطالعه به منظور تعیین علل عدم انجام مراقبت‌های دوران بارداری صورت گرفته است. روش مطالعه توصیفی بوده که بر روی ۷۴۹ خانم مراجعه کننده جهت انجام زایمان به مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) رشت در سال ۱۳۷۷ انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش برای رفع تأثیرات فصلی مراجعات به مدت یکسال انتخاب شدند و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه گردآوری شد. در این بررسی مادران فاقد مراقبت، به کسانی اطلاق گردید که تعداد دفعات مراجعه آنان کمتر از ۴ بار در طول حاملگی بوده است. در این میان ۳۳۶ نفر (۴۴/۹٪) فاقد مراقبت بودند. نتایج یافته‌ها نشان داد بیشتر افراد مراجعه کننده به این مرکز را افراد روستائی (۵۵/۸٪) تشکیل می‌دادند. بیشترین درصد افراد فاقد مراقبت بیسواد (۶۶/۹٪)، کشاورز (۶۱/۸٪) و دارای سن بالای ۴۰ سال (۶۶/۷٪) به علت عدم آگاهی فاقد مراقبت دوران بارداری بودند. بررسی آزمون آماری کای دو ارتباط معنی‌داری بین وضعیت مراقبت با بعد خانوار، میزان تحصیلات مادر، شغل و تعداد حاملگی را نشان داده است ($P < 0/001$).

با توجه به نقش گسترده و حساس ماما و متخصص زنان برای ارائه خدمات بهداشتی جهت سلامت مادر و جنین به نظر می‌رسد که برای آگاه نمودن مادران و ارتقاء سطح بهداشتی آنان باید بیشتر کوشید.

مقدمه:

در مقابل بیماریها و دیگر عوامل خطر، آسیب پذیرتر از سایر گروههای جمعیتی نیز هستند. بنابراین پرداختن به بهداشت مادر و کودک یکی از اهداف اصلی فعالیت‌های سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است.

قبل از پیشرفت طب جدید مامایی، خانم حامله تنها یک بار پیش از زایمان توسط پزشک ویزیت می‌شد که در آن مرحله نیز کاری جز تعیین تاریخ زایمان صورت نمی‌گرفت. تا قبل از جنگ جهانی اول مراقبت دوران بارداری برای تمامی خانمهای باردار ندرتاً در کلینیک انجام می‌شد. در دهه ۱۹۲۰ تعداد کمی از بخشهای مامایی بیمارستانها و پزشکان خانواده، خانمها را مورد بررسی قرار داده و عده‌ای نیز فقط معاینات شکم را انجام می‌دادند. از

آبستنی دوران شاد و سالم است و مادر باردار بایستی بدون نگرانی خاطر این دوران را طی کند و تحفه‌ای کوچک و دوست‌داشتنی به جمع گرم خانواده بیفزاید. از این رو توجه به مادر در خلال بارداری از اساسی‌ترین و مطمئن‌ترین راههای حفظ سلامت مادر و جنین است و سرلوحه هرگونه برنامه بهداشتی، توجه خاص به بهداشت مادران و کودکان است، زیرا این دو گروه علاوه بر اینکه اکثریت جمعیت یک منطقه را تشکیل می‌دهند و کودکان هر کشور نیز امیدهای آینده و اداره کنندگان آن کشور می‌باشند

* کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.
** کارشناس ارشد آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

این رو تمام مراقبت‌ها و افکار متوجه زایمان و مشکلات ناشی از آن بود و به زمان قبل از تولد، توجه نمی‌شد. در نتیجه زن حامله بعدها با تشنج‌های اکلامپسی، تب و لرز ناشی از پیلونفریت و یا با جنین بزرگ و مرده مراجعه می‌کرد. در دهه ۱۹۳۰ عقیده "ژانت کمپبل" به عنوان خدمات غربالگری مامایی بالینی مطرح گردید و بتدریج یک سری آزمایشات نیز به این طرح اضافه شد. اکنون هنگام پذیرش یک خانم باردار، شرح حال مادر به همراه سوابق فردی او (شامل سن ازدواج، سوابق بیماری‌های قبلی چون دیابت) وضعیت بارداری‌های قبلی، عوارض حاملگی قبلی (مانند سابقه سقط، ورم و ناراحتی‌های کلیوی)، تولد فرزندان قبلی، نوع زایمانها و عوارض آنها، وضعیت بارداری فعلی، تاریخ آخرین قاعدگی، گروه خون و آزمایشات سرولوژیک و ادراری، کنترل فشار خون و نبض، سن حاملگی، وضعیت جنین و واکسیناسیون مادر مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۰ و ۸).

دکتر ویلیامز^۲ تخمین زده است که مراقبت‌های دوران بارداری به صورت سازمان‌دهی شده می‌تواند میزان مرگ و میر جنین را تا ۴۰٪ کاهش دهد. وی تأکید می‌کند که انجام مراقبت‌های دوران بارداری، به تنهایی بیش از هر اقدام دیگری در نجات جان مادر مؤثر خواهد بود (۱۰) از طرف دیگر مراقبت کافی در دوران بارداری برای تولد فرزندی سالم از مادر سالم ضروری است. بنابراین بعد از اطمینان از بارداری، چگونگی مراقبت باید طبق برنامه‌ریزی صورت گیرد زیرا سلامتی جسمی و روحی جنین به اجرای صحیح این مراقبت‌ها بستگی دارد. از این رو در حال حاضر، مراقبت‌های دوران بارداری به عنوان مهمترین عامل تعیین کننده نوسانات مرگ و میر مادران و نوزادان و عاملی مهم و تعیین کننده در نتایج بارداری است (۷).

خوشبختانه اخیراً با قرار گرفتن خانواده‌ها تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی اکثریت افراد می‌توانند از مزایای مراقبت توسط پزشک یا ماما برخوردار شوند.

الگوی مراجعات مادر که ۱۵ - ۱۰ روز پس از قطع قاعدگی شروع می‌شود باید بگونه‌ای باشد که وی تا هفته ۲۸

حاملگی هر ماه یک بار، از هفته ۲۸ تا ۳۶، هر دو هفته یک بار و از هفته ۳۶ تا هنگام زایمان نیز هر هفته یک بار (مجموعاً ۱۳-۱۲ بار) به کلینیک یا مطب پزشک مراجعه نماید. هدف از این مراقبت‌ها و مراجعات مکرر و مرتب مادر، شامل حفظ سلامت و آرامش خاطر زن حامله، تقلیل عوارض دوران بارداری، تشخیص عوارض و درمان به موقع آن (مثل پیشگیری از پراکلامپسی، تشخیص تنگی لگن و ...) ایجاد قدرت جسمانی و روحی مادر جهت پاسخ دادن به نیازهای جنین، دریافت آموزش‌های لازم درباره روند آبستنی و زایمان و ارتقاء سطح آگاهی مادران درباره تغذیه، مراقبت از کودک، مراقبت‌های بهداشتی و جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته و همچنین برنامه‌ریزی ویژه برای مادر باردار پرخطر می‌باشد (۹، ۱۰).

یکی از مشکلات رایج در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری، عدم آگاهی مادران باردار است. در بعضی از بخشهای کشور انگلستان، ماماها، کلینیک‌های مراقبت قبل از زایمان را در مراکز دایر می‌کنند که خانم‌ها به عنوان قسمتی از زندگی روز مره (مثل مراکز خرید) به آنجا می‌روند. ماماها در این کلینیک‌ها خانم‌هایی با حاملگی طبیعی را ویزیت و مورد مراقبت قرار می‌دهند و با شناسایی زنان حامله در معرض خطر، آنان را به کلینیک‌های مشاوره بیمارستان جهت مراقبت دقیق ارجاع می‌دهند. این برنامه در حال حاضر در اسکاتلند اجرا می‌شود (۵).

کشورهایی که دارای سیستم توسعه یافته مراقبت‌های بهداشتی به ویژه مراقبت‌های مادر و کودک بوده و آمار مرگ و میر را بدقت ثبت می‌کنند، میزان مرگ و میر مادران را ۵ تا ۳۰ مورد برای هر ۱۰۰ هزار نوزاد زنده گزارش داده‌اند که البته این میزان نیز مرتباً رو به کاهش است. بنابراین با اجرای تکنیک‌های خوب و شناخته شده می‌توان بخش اعظم مشکلات بهداشتی مادر و کودک، از جمله مرگ و میر مادران و کودکان را کنترل نمود (۸).

هدف برنامه‌های فعلی مراقبت‌های قبل از زایمان که در

اوایل قرن بیستم طراحی شده است کمک به کاهش مرگ و میر مادر، جنین و کودک بوده است. اما علیرغم پیشرفتهای اخیر در جوامع مختلف پزشکی، هنوز عده‌ای از زنان باردار از نعمت دریافت مراقبتهای دوران بارداری محرومند که مهمترین علل آن می‌تواند سهل‌انگاری، غفلت، عدم دسترسی به پزشک و عدم بضاعت مالی باشد (۴،۳،۲).

پژوهشگر براساس تجربیات خود در درمانگاههای مامایی و بخش زایمان، مشاهده نموده است که درصد قابل توجهی از زنان، مراقبتهای دوران بارداری را بطور کامل انجام نمی‌دهند. در حالی که مراقبت دوران بارداری در پی آمد آن تأثیر بسیار داشته است. بسیاری از عوارض و مشکلات بارداری و زایمان با مراقبت صحیح مادر قابل پیشگیری بوده و با استفاده از آموزشهای ارائه شده و کسب آگاهیهای ضروری، کمک شایانی به کاهش عوارض احتمالی این دوران خواهد شد. لذا پژوهشگر بر آن شد که تحقیقی در رابطه با تعیین علل عدم مراجعه زنان باردار به درمانگاه مامایی انجام دهد تا با استفاده از نتایج حاصله جهت رفع موانع و مشکلات آن گامهای مؤثرتری برداشته و به سلامتی دو نسل آسیب‌پذیر جامعه یعنی مادر و کودک کمک شایانی گردد.

هدف کلی:

تعیین علل عدم مراقبت دوران بارداری

اهداف جزئی:

- ۱- تعیین نسبت مادران فاقد مراقبت دوران بارداری.
- ۲- تعیین علل مهم عدم مراقبت در دوران بارداری.
- ۳- تعیین رابطه وضعیت مراقبت دوران بارداری با برخی عوامل (سن، جنس، شغل، تعداد حاملگی و تحصیلات مادر).

مروری بر مطالعات:

پژوهشی توسط بلوندل و مارشال^۱ در سال ۱۹۹۶ تحت عنوان مقایسه خطرات دوران بارداری در مادران تحت مراقبت مطلوب با مادران تحت مراقبت کم یا عدم مراقبت دوران بارداری انجام شد. در این مطالعه ۲۰ بخش

مراقبت بارداری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان مراقبت دوران بارداری در خانمهای خیلی جوان، دارای مشکلات روحی و روانی، چندزا، دارای سطح اقتصادی و اجتماعی پایین، مخصوصاً زنان خارجی کم بوده و خطر زایمان زودرس در (۱/۱٪) مادران فاقد مراقبت یا مراقبت کم ۴ برابر بیش از زنان با مراقبت مطلوب بوده است. پژوهش توصیفی دیگری نیز تحت عنوان «بررسی علل عدم مراجعه مادران باردار به مراکز پره‌ناتال در جوامع شهری و روستایی در استان لرستان توسط آستی در سال ۷۲ - ۷۱ انجام شد. تعداد واحدهای مورد پژوهش ۳۲۰ زن باردار (۲۰۶ نفر شهری و ۱۱۴ نفر روستایی) بوده است که بطور تصادفی انتخاب گردیدند. اطلاعات لازم با پرسشنامه مصاحبه جمع‌آوری گردید. از عمده‌ترین علل عدم مراجعه زنان روستایی در این بررسی، کمبود مراکز درمانی (۴۸٪)، کمبود وسیله نقلیه (۴۸٪)، سنگین بودن هزینه رفت و آمد (۴۷٪) آسفالت نبودن جاده و صعب‌العبور بودن راهها (۴۸٪)، مشغله کاری (۶۸٪) ناشی از تعداد بچه‌ها و بعد خانوار، بی‌سوادی (۸۶/۳٪)، سطح پایین آگاهی (۵۰/۹٪) و اعتقادات بی‌پایه و خرافی (۵۴٪) بود. مهمترین علل عدم مراجعه زنان شهری جهت انجام مراقبت دوران بارداری شامل ضروری ندانستن مراقبت‌ها (۴۴٪)، عدم اعتماد به مراقبت (۴۰٪)، مشغله کاری (۳۹٪) اتلاف وقت (۱۹/۶٪)، رفتار نامناسب پرسنل (۱۶/۵٪)، بی‌سوادی (۵۴/۹٪) و سطح پایین آگاهی (۵۰/۹٪) بود.

آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین علت عدم مراجعه جهت مراقبتهای بارداری با سن، وضعیت تحصیلی، شغل، سطح آگاهی، بعد خانوار و تعداد فرزندان نشان می‌دهد.

روش بررسی:

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی است که تعداد ۷۴۹ خانم مراجعه‌کننده جهت زایمان به مرکز آموزشی درمانی

1 - Blondel and marshal

الزهرای رشت در سال ۱۳۷۷ را مورد بررسی قرار داده است. نمونه‌های پژوهش، جهت رفع تأثیرات فصلی بر میزان مراجعه به عنوان یک عامل مخدوش کننده در طی یک سال (ماهانه حدود ۶۳ نفر) و در روزهای مختلف هفته بطور تصادفی انتخاب شدند.

جامعه پژوهش را کلیه مادرانی تشکیل می‌دادند که جهت زایمان به مرکز فوق مراجعه نموده بودند. محیط پژوهش مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) رشت بود که تنها مرکز دولتی و آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان در شهر رشت است.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که پس از تعیین اعتبار و اعتماد علمی مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک و علل عدم مراجعه زنان جهت مراقبت بود. کلیه ملاحظات اخلاقی لازمه کار تحقیقی مد نظر پژوهشگر قرار گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج حاصله بیانگر آن است که ۳۳۶ نفر (۴۴/۹٪) از خانم‌های مراجعه کننده جهت زایمان به مرکز آموزشی و درمانی الزهرا (س) رشت فاقد مراقبت و ۴۱۳ نفر (۵۵/۱٪) دارای مراقبت بودند.

در حالی که برنامه‌ریزی سازمان بهداشتی ایالتی آمریکا بر این اساس است که تا سال ۲۰۰۰ حداقل ۹۰٪ خانمها در سه ماهه اول، باید مراقبت‌های دوران بارداری را شروع نمایند و این امر نشان دهنده فاصله ما با میزان تعیش شده می‌باشد.

بیشترین درصد (۳۶/۳٪) نمونه‌های دارای مراقبت شامل کسانی بودند که تعداد افراد خانواده آنها را ۳ نفر تشکیل می‌داد.

در حالی که بیشترین درصد ۲۸٪ نمونه‌های فاقد مراقبت، تعداد افراد خانواده آنها ۴ نفر بود. در کل، خانواده‌هایی با افراد بیشتر به مراقبت دوران بارداری توجه کمتری داشته‌اند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که بیشترین درصد (۶۶/۹٪) افراد فاقد مراقبت، بیسواد بودند در حالی

که ۸۸/۵ درصد افراد با تحصیلات متوسط و بالاتر دارای مراقبت دوران بارداری بودند. آزمون کای دو نیز ارتباط معنی‌داری بین دریافت مراقبت و تحصیلات را نشان داده است (۰/۰۰۱ < P). جدول شماره (۲) نشانگر آن است که بیشترین درصد (۶۱/۸٪) افراد فاقد مراقبت را کشاورزان تشکیل داده‌اند، درحالی‌که افرادی که کارمند بودند، مراقبت دوران بارداری را رعایت کرده بودند از نظر آماری کای دو نیز ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر وجود دارد (۰/۰۰۱ < P). در واقع می‌توان نتیجه گرفت که کشاورزان به دلیل درگیریهای خاص، بخصوص در مناطق شمالی کشور کمتر به این امر مهم توجه نشان داده‌اند.

براساس یافته‌های حاصله (جدول شماره ۳) بیشترین درصد (۶۶/۷٪) افراد فاقد مراقبت در سنین بالای ۴۰ سال بودند برخلاف تحقیق انجام شده توسط بلاندل و مارشال در سال ۱۹۹۶ خانمهای جوان بیشتر فاقد مراقبت بودند. در حالی که در این بررسی خانمهای زیر ۲۰ سال در حدود ۵۵/۸ درصد مراقبت دوران بارداری داشته‌اند که آزمون آماری کای دو ارتباط معنی‌دار نشان نداده است. همچنین بیشترین درصد (۶۹/۲٪) افراد دارای مراقبت، مادران شکم اول بودند و با افزایش تعداد حاملگی میزان مراجعه جهت انجام مراقبت کمتر شده است که این امر (افزایش تعداد حاملگی با کاهش مراقبت) با تحقیقات دیگر مطابقت دارد. شاید بتوان گفت که هر چه تعداد حاملگی بیشتر باشد، مادران توجه کمتری جهت انجام مراقبت دارند (نمودار شماره ۱).

جدول شماره ۴، علل عدم انجام مراقبت افراد تحت پژوهش را نشان می‌دهد که ۷۰/۸ درصد از مادران ضروری ندانستن مراقبت را اظهار داشته‌اند و در حدود ۶۹/۶ درصد افراد تحت مطالعه به علت عدم آگاهی، مراقبت دوران بارداری نداشتند. کمبود مراکز درمانی و درمانگاه جهت مراقبت ۴۵/۸ درصد از علل عدم مراجعه خانمها برای انجام مراقبت بوده که با نتایج تحقیقی که در لرستان نیز انجام شده است نیز مطابقت داشته است. دوری راه ۳۳/۹ درصد یکی دیگر از علل عدم مراجعه خانمها جهت انجام مراقبت بوده است. مشغله کاری ۳۲/۱، درصد هزینه ایاب و ذهاب ۲۳/۸

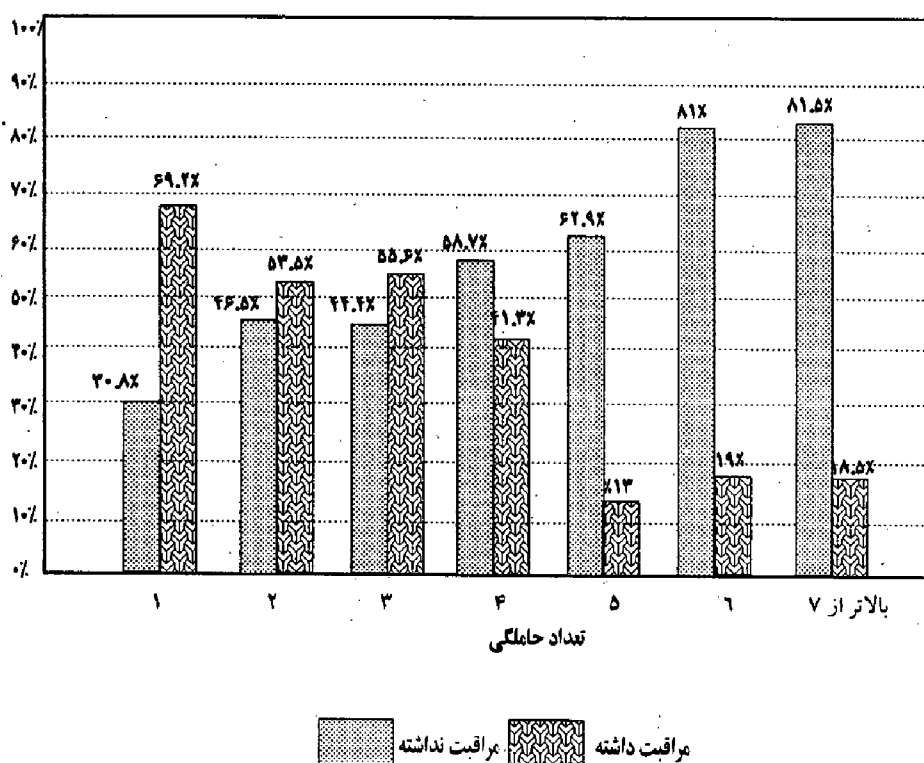
درصد، اتلاف وقت و کار درمزارع ۱۷ درصد، ساعت کار درمانگاه ۱۹/۶ درصد و مشکل اقتصادی ۳۰/۷ درصد از علل بدست آمده در مادران فاقد مراقبت بوده است.

پیشنهادهات:

با توجه به نقش گسترده و بسیار حساس ماماها و متخصصین زنان و مامایی در ارائه خدمات بهداشتی جهت سلامت مادر و جنین بنظر می رسد که برای آگاه نمودن مادران و ارتقاء سطح بهداشتی آنان باید بیشتر کوشید مراقبت های قبل از تولد فرصت مفیدی جهت یادگیری مسائل مربوط به حاملگی، زایمان، تربیت کودک، شیردادن و ... را نیز فراهم می کند، لذا پیشنهاد می گردد کلاسهای آموزشی در بیمارستانها برقرار شود و زوجین (زن و شوهر) برای حضور یافتن به این کلاسها تشویق شوند. نمایش

فیلم های آموزشی، نصب پوسترهایی در درمانگاه مامایی و مراکز بهداشت در اختیار قرار دادن جزوات مربوط به حاملگی و زایمان منطبق با نیاز خانمهای حامله به ارتقاء سطح آگاهی مادران کمک مؤثری خواهد نمود.

همچنین برای اینکه مادران جهت مراقبت بیشتر جذب درمانگاهها شوند باید به آنها متذکر شد که استفاده از خدمات بهداشتی هنگام زایمان - بعد از زایمان - واکسیناسیون و ... در گرو انجام مراقبت و شرکت در کلاسهای آموزشی خواهد بود و در این امر می توان از وجود بهورزان برای مناطق روستایی و ماماها در مراکز بهداشت و درمانگاه استفاده نمود. نکته مهم این است که مادران را به ضرورت داشتن انجام مراقبت دوران بارداری آگاه نمایند. در این مسیر فعالیت بهورزان در مناطق روستایی و ماماها در مراکز بهداشت و درمانگاهها نقش بسیار مؤثری خواهند داشت.



نمودار (۱) توزیع فراوانی وضعیت مراقبت دوران بارداری بر حسب تعداد حاملگی

جدول شماره ۱: توزیع وضعیت مراقبت دوران بارداری در مراجعین جهت زایمان
بر حسب تحصیلات آنان به مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) رشت

سطح تحصیلات	نداشته		داشته		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد	۱۰۳	۶۶/۹	۵۱	۳۳/۱	۱۵۴	۱۰۰
ابتدائی	۱۶۵	۵۰/۳	۱۶۳	۴۹/۷	۳۲۸	۱۰۰
متوسطه	۵۸	۳۲/۲	۱۲۲	۶۷/۸	۱۸۰	۱۰۰
بالا تر	۱۰	۱۱/۵	۷۷	۸۸/۵	۸۷	۱۰۰
جمع	۳۳۶	۴۴/۹	۴۱۳	۵۵/۱	۷۴۹	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع وضعیت مراقبت دوران بارداری مراجعین جهت زایمان
بر حسب شغل به مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) رشت

شغل	نداشته		داشته		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کشاورز	۶۳	۶۱/۸	۳۹	۳۸/۲	۱۰۲	۱۰۰
خانه‌دار	۲۷۰	۴۳/۱	۳۵۶	۵۶/۹	۶۲۶	۱۰۰
کارگر	۳	۲۷/۳	۸	۷۲/۷	۱۱	۱۰۰
کارمند	۰	۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰
جمع	۳۳۶	۴۴/۹	۴۱۳	۵۵/۱	۷۴۹	۱۰۰

جدول شماره ۳: توزیع وضعیت مراقبت دوران بارداری مراجعین جهت زایمان
بر حسب سن به مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) رشت

سن (سال)	نداشته		داشته		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰	۴۲	۴۴/۲	۵۳	۵۵/۸	۹۵	۱۰۰
۲۰-۲۹	۱۸۹	۴۲/۳	۲۵۸	۵۷/۷	۴۴۷	۱۰۰
۳۰-۴۰	۹۳	۴۹/۲	۹۶	۵۰/۸	۱۸۹	۱۰۰
بیشتر از ۴۰	۱۲	۶۶/۷	۶	۳۳/۳	۱۸	۱۰۰
جمع	۳۳۶	۴۴/۹	۴۱۳	۵۵/۱	۷۴۹	۱۰۰

جدول شماره ۴: توزیع علل عدم مراقبت دوران بارداری مراجعین جهت زایمان به مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) رشت

وضعیت پاسخگویی		بلبی		خیر		جمع
علل عدم مراقبت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
رفتار پرسنل	۱۲	۳/۶	۳۲۴	۹۶/۴	۳۳۶	۱۰۰
مشغله کاری	۱۰۸	۳۲/۱	۲۲۸	۶۷/۹	۳۳۶	۱۰۰
دوری راه	۱۱۴	۳۳/۹	۳۲۱	۶۶/۱	۳۳۶	۱۰۰
عدم آگاهی	۲۳۴	۶۹/۶	۱۰۲	۳۰/۴	۳۳۶	۱۰۰
ضروری ندانستن	۲۳۸	۷۰/۸	۹۸	۲۹/۲	۳۳۶	۱۰۰
هزینه ایاب و ذهاب	۸۰	۲۳/۸	۲۵۶	۷۶/۲	۳۳۶	۱۰۰
اتلاف وقت	۵۷	۱۷	۲۷۹	۸۳	۳۳۶	۱۰۰
کمبود مراکز درمانی	۱۵۴	۴۵/۸	۱۸۲	۵۴/۲	۳۳۶	۱۰۰
ساعات کار درمانگاه	۶۶	۱۹/۶	۲۶۷	۸۰/۴	۳۳۶	۱۰۰
مشکل اقتصادی	۱۰۳	۳۰/۷	۲۳۳	۶۹/۳	۳۳۶	۱۰۰
کار در مزارع	۵۷	۱۷	۲۷۹	۸۳	۳۳۶	۱۰۰

منابع:

- Blondel - B. Marshall-B. "Women with little or no prenatal care during pregnancy. Results of a studying of twenty departments". J-Gynecol - Obstet - Biol - riprod. parris. 1996. 25(7) PP:729-36
- Clair and etal. "Situational and financial barriers to prenatal care in a sample of low income. inner - city women". *Public - Health - Rep.* may Jun. 1990, 105(3), PP: 264 - 7.
- Helton - MR. "prenatal care". *prim - care* mar1997, 24(1), PP:135 - 46.
- Heins - Hc etal. "prenatal care". A randomized trial of Nurse - midwifery prenatal care to reduce low birth weight". *Obster - Gynecol.* mar,1990, 75(3Pt), 1990 PP: 341-5
- Schulman - Ed . Sheriff - Dj. "Primary care case management and birth out comes in the Iowa medicaid program". *AM - J. public - Health.* jan,1997 87(1), PP: 80-4

آستی، پروین، "بررسی علل عدم مراجعه مادران باردار به مراکز پره ناتال در جوامع شهری، روستایی در استان لرستان"، پایان نامه کارشناس ارشد مامایی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۱.

بحیرایی. اعظم و همکاران، "مراقبت های دوران بارداری"، انتشارات مرسا، بهار ۷۶.

وحید دستجردی مرضیه، اقصی، ملک منصور، "بارداری و زایمان ویلیامز ۱۹۹۷" انتشارات نشر اشتیاق، بهار ۷۶، جلد اول.