تأثیر اجرای پروتکل مراقبت قبل از بارداری بر آگاهی زنان

شهلا شهیدی*، دکتر پژمان عقدک ، مینو ایزدی

چکیده

مقدمه: مراقبت قبل از بارداری مجموعه خدمات مراقبتی است که به ارزیابی خطرات موجود برای باردار شدن می‌پردازد و با ارائه آموزش‌ها و انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و مداخلات دارویی در زمینه بهبود سلامت زنان تلاش می‌کند. نکات اصلی در مراقبت‌های قبل از بارداری علاوه بر بهبود سلامت و انجام مراقبت‌های پزشکی، توانمندسازی فرد در حفظ و تأمین سلامت خود از طریق ارائه آموزش‌ها و مشاوره است. لذا با عنایت به توصیه‌های ارائه شده در راهکارهای تهیه شده در این زمینه پروتکل مراقبت قبل از بارداری تهیه گردید. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر اجرای این پروتکل بر آگاهی زنان واجد شرایط تنظیم خانواده بود.

روش‌ها: مطالعه از نوع مداخله‌ای(Feild trial) بوده که در سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶ در شهرستان شهرضا از توابع دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه پژوهش ۴۸۰ زن ۴۹-۱۵ ساله همسردار بودند که جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده به واحدهای بهداشتی مراجعه می‌نمودند و به طور تصادفی انتخاب شده بودند. مطالعه در سه مرحله طراحی شد. در مرحله اول در۴ مرکز بهداشتی (دو مرکز شهری و دو مرکز روستایی) سطح آگاهی اولیه نمونه پژوهش تعیین گردید. پس از آن پروتکل مراقبت قبل از بارداری برای تمامی زنان فاصله‌گذار مراکز مورد (یک مرکز شهری و یک مرکز روستایی) به اجرا درآمد و سپس در مراحل دوم و سوم (سه و شش ماه پس از اجرای پروتکل) آگاهی زنان به طور مجدد اندازه‌گیری شد. (پس آزمون و آزمون آگاهی ماندگار) نتایج در گروه‌های مورد و شاهد و نیز قبل و بعد از اجرای پروتکل مقایسه گردید.

روش‌ها، پرسشنامه بود. روایی پرسشنامه ازطریق اخذ نظر صاحبنظران و پایایی آن از طریق محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸) تأیید گردید. داده‌ها با نرم‌افزار آماریSPSS و آزمون t مستقل آنالیز گردیدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد اجرای پروتکل مراقبت قبل از بارداری منجر به افزایش معنادار آگاهی ثانویه و آگاهی ماندگار در گروه مورد شده است. (به ترتیب P<۰/۰۰۰ و P< ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: از آنجا که اجرای پروتکل منجر به افزایش آگاهی مادران می‌گردد ، کارکنان سلامت می‌بایست به اجرای صحیح و کامل این مراقبت‌ها اهتمام ورزند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت قبل از بارداری، زنان سنین باروری، آگاهی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / ۵۲۵ تا ۵۳۲

نویسنده مسؤول: شهلا شهیدی (کارشناس ارشد آموزش پزشکی)، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی و حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان ابن‌سینا، اصفهان، ایران. shahidi@mui.ac.ir

دکتر پژمان عقدک، رییس گروه سلامت خانواده و جمعیت، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی و حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان ابن‌سینا، اصفهان، ایران. (aghdak@yahoo.com)؛ مینو ایزدی، کارشناس بهداشت، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی و حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان ابن‌سینا، اصفهان، ایران (minoo_izadi2006@yahoo.com)

این طرح با شماره ۸۳۳۹۴۳ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ثبت رسیده و هزینه آن از طرف این معاونت پرداخت شده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

داشتن برنامه‌ریزی برای بارداری، یکی از بهترین راه‌حل‌ها برای رفع مشکلات حاملگی و تولد کودکی سالم است. آمادگی والدین قبل از حاملگی باعث کاهش شوک و ترس ناشی از حاملگی در زنان با خطر بالا و کشف مشکلات آنها می‌شود و روزنه‌ای است برای پزشکان و بیماران تا مشکلات را قبل از ایجاد آن حل کنند(۱و۲).

خدمات مراقبتی که به ارزیابی خطرات موجود برای باردار شدن می‌پردازد و با ارائه آموزش‌ها و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و مداخلات دارویی در زمینه بهبود سلامت زن تلاش می‌کند اصطلاحاً مراقبت قبل از بارداری نامیده می‌شود. هدف از این خدمات ایجاد یک بارداری بدون خطر، حفظ و تأمین سلامت مادر و جنین وی می‌باشد. لذا همه خانم‌ها می‌بایست قبل از بارداری برنامه‌ریزی داشته و از خدمات مراقبتی برای شناسایی و تشخیص زودرس عوامل ایجادکننده خطر برای بارداری برخوردار گردند(۳ تا٦). در استان اصفهان اگر چه پوشش مراقبت بارداری۹۷/۷ درصد است ولیکن تنها در ۸ درصد مراقبت‌های بخش دولتی و ۱/۸ درصد مراقبت بخش خصوصی محتوای کامل مراقبتی را ارائه می‌شود(۷).

همچنین میزان مرگ و میر مادران در استان اصفهان در سال ۸٤ برابر ۲٦/٤ درصدهزار بوده و نکته قابل تأمل اینکه در بیش از ۸۰ درصد موارد مرگ مادری در طی سال های ۱۳۸۸ - ۱۳۷۸، مادر باردار دارای یکی از فاکتورهای خطر دوران بارداری و در حقیقت نیازمند مراقبت ویژه بوده است(۸).

طبق تحقیق کشوری IMES نیز از جمیع بارداری‌های تحت پوشش سیستم بهداشتی استان، در سال ۱۳۸٤ حدود ۸۸/۳ زنان باردار، نیازمند مراقبت ویژه (در معرض خطر یا پرخطر) بوده‌اند(۷). بارداری پرخطر، حاملگی است که دارای فاکتورهای خطر باشد که این فاکتورها بر سلامت مادر و جنین وی تأثیر می‌گذارند. این عوامل می‌توانند از قبل وجود داشته باشند و در بارداری پیشرفت نمایند و یا در حین حاملگی بوجود آیند(۹). تعدادی از این بارداری‌ها مربوط به عوامل یا فاکتورهایی هستند که با آموزش و مراقبت‌های قبل از بارداری قابل حذف می‌باشند، نظیر: حاملگی در سن نامناسب، حاملگی با فاصله‌گذاری کمتر از سه سال و حاملگی چهارم به بعد (٦). در مورد سایر فاکتورهای خطر اگرچه برخی قابل پیشگیری یا حذف نیستند ولیکن با انجام مراقبت قبل از بارداری و ارائه آموزش‌های لازم می‌توان عوارض ناشی از آنها را در طی بارداری به حداقل رساند (مانند ابتلا به بیماری‌های مختلف)(۵و٦).

تحقیقات مختلف تأثیر مثبت مراقبت قبل از بارداری را بر درجه آپگار نوزاد، زایمان زودرس و وزن نوزاد(۱۰)، کاهش خطرات مادری و جنینی(۱۱)، کاهش اختلالات بارداری و کنترل قند خون در زنان دیابتی(۱۲) را نشان داده‌اند. در مطالعات دیگری نیز تأثیر شناسایی عوامل خطر قبل از بارداری (نظیرمصرف الکل، مواد مخدر و داروها، احتمال در معرض بودن با اشعه X) و آموزش در زمینه مربوطه، بر حاملگی نشان داده شده است(۱۳و۱٤).

موارد پیش گفت از طرفی نشان دهنده اهمیت مراقبت قبل از بارداری و از طرف دیگر بیانگر مشکلاتی است که می‌توان با انجام مشاوره و آموزش صحیح قبل از بارداری از آنها پیشگیری کرد. ولیکن آنچه اهمیت دارد مراجعه خانم‌ها جهت دریافت این خدمات و بهره‌مندی از آنها است و این مهم با فراهم نمودن دسترسی فیزیکی و فرهنگی حاصل می‌شود. به همین دلیل با عنایت به توصیه‌های ارائه شده در راهکارهای تهیه شده در این زمینه(۱۵و۱٦) پروتکل مراقبت

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۱۱/۸ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

قبل از بارداری تهیه گردید. در این پروتکل دستورالعمل چگونگی اجرای مراقبت پیش از بارداری موجود بود.
نظر به اینکه پروتکل مذکور برای اولین بار تهیه شده، در این تحقیق تلاش گردید با اجرای آن در چند مرکز، تأثیر آن بر آگاهی خانم‌های واجد شرایط، تعیین و نتایج با مراکز شاهد مقایسه گردد.
بدین منظور مطالعه در سه مرحله طراحی گردید. در مرحله اول سطح آگاهی در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری تعیین شد. مرحله دوم پروتکل برای تمامی زنان فاصله‌گذار مراکز مورد، اجرا گشت و ۳ و ٦ ماه بعد از اجرای آن مجدداً آگاهی زنان مورد ارزیابی قرار گرفت. نهایتاً نتایج در مراکز مورد و شاهد مقایسه گردید.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مداخله‌ای از نوع Feild trial بود که در سال ۱۳۸٤ تا ۱۳۸٦ در شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهرضا از توابع دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. علت انتخاب شهرستان شهرضا این بود که تا زمان انجام تحقیق هیچ گونه فعالیت آموزشی ، اجرایی و در زمینه مراقبت‌های دوران پیش از بارداری در این شهرستان انجام نشده بود و از طرف دیگر بافت شهرستان یکنواخت بوده و مهاجرت کم بود. جمعیت مورد مطالعه، زنان ٤۹-۱۵ ساله همسردار بودند که در زمان مطالعه تحت پوشش خدمات تنظیم خانواده یکی از مراکز بهداشتی، درمانی شهرضا (منتخب در این طرح) قرار داشتند.
خانم‌هائی که بیش از یک سال بود از روش توبکتومی و یا وازکتومی استفاده می‌کردند از مطالعه حذف شدند.
این مطالعه در ۳ مرحله انجام شد. در ابتدا از بین ۸ مرکز شهری و ۳ مرکز روستایی شهرستان شهرضا، یک مرکز شهری (مرکزنجفی) و یک مرکز روستایی (اسفرجان) به روش نمونه‌گیری تصادفی به عنوان مراکز مورد انتخاب شدند. سپس دو مرکز بهداشتی درمانی مهدی و هونجان (یکی شهری و یکی روستایی) که از نظر خصوصیات جمعیتی، گروه‌های سنی خانم‌های فاصله‌گذار، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی وضعیت مشابه‌تری با مراکز مورد داشتند، به عنوان شاهد انتخاب گردیدند.
حجم نمونه با در نظر گرفتن (d=۳/٥, s=۰/٤) حدود ۲٤۰ نفر برای هر گروه محاسبه و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید.
روش جمع‌آوری داده‌ها و ابزار آن پرسشنامه بود که به روش خودایفا و برای بی سوادان توسط مصاحبه تکمیل می‌شد.
این پرسشنامه، محقق‌ساخته و شامل دو بخش بود. بخش اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم سوالات سنجش آگاهی که شامل ۲۰ سوال (۱۰ سوال چند گزینه‌ای و ۱۰ سوال صحیح- غلط) در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری بود. حداکثر نمره آزمون برابر ۲۰ بود. روایی محتوا و صوری پرسشنامه از طریق بررسی متون و اخذ نظر متخصصین و صاحب‌نظران تأمین گردید و پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ (a=۰/۸) تائید شد.
در مرحله اول تعداد ۲٤۰ نفر از هر یک از مراکز مورد و شاهد (در مجموع ٤۸۰ نفر) به طور تصادفی ساده از بین زنان فاصله‌گذار (با استفاده از دفتر تنظیم خانواده و شماره‌های تصادفی) انتخاب شدند. نسبت حجم نمونه انتخابی از مراکز شهری و روستایی بر اساس قانون تسهیم به نسبت و بر اساس درصد جمعیت تحت پوشش (۸۰ درصد شهری و ۲۰ درصد روستایی) تعیین شد. لذا تعداد نمونه در مراکز روستایی ٤۸ نفر و در مراکز شهری ۱۹۲ نفر محاسبه گردید. (برای ریزش احتمالی، تعداد ۱۵ نفر در هر گروه، اضافه‌تر از حجم نمونه محاسبه شده در نظر گرفته شد).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

پس از انتخاب نمونه‌ها، کارکنان مراکز با ایشان تماس گرفته و از ایشان دعوت می‌نمودند تا در روز تعیین شده برای تکمیل پرسشنامه به مرکز مراجعه کنند.

پس از آن در مرحله دوم در مراکز شهری و روستایی مورد، پروتکل مراقبت قبل از بارداری اجرا گردید. بدین منظور ابتدا کلیه پرسنل بهداشت خانواده مراکز مورد (٤٠ نفر)، تحت آموزش لازم برای اجرای پروتکل قرار گرفتند. این آموزش‌ها توسط مجری پژوهش و در قالب یک جلسه آموزشی ٤ ساعته ارائه گردید. در این جلسات اهمیت و نحوه مراقبت قبل از بارداری و پروتکل ارائه این خدمت و چگونگی ثبت مراقبت‌ها در فرم‌های مراقبت قبل از بارداری که در پرونده‌های خانوار قرار داده می‌شد، به کارکنان مراکز مورد آموزش داده شد و مقرر گردید برای تمام زنان فاصله‌گذار تحت پوشش مراکز مورد که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، مراقبت قبل از بارداری ارائه و فرم مراقبت قبل از بارداری تکمیل شود.

در این مراقبت‌ها در گام اول، کارکنان می‌بایست افراد واجد شرایط ارایه خدمت را شناسایی می‌کردند و از ایشان شرح حال گرفته و پرونده تشکیل می‌دادند. پس از آن خانم را معاینه فیزیکی کامل نموده و آزمایشات و بررسی‌های تکمیلی لازم (بر طبق پروتکل) را برای او تجویز می‌نمودند. همچنین ایشان وظیفه داشتند در زمینه بهداشت فردی، تغذیه و سایر مواردی که در پروتکل مشخص شده بود با مراجع مشاوره داشته و او را آموزش دهند. در نهایت واکسن‌های لازم و مکمل‌های مورد نیاز فرد را به او توصیه می‌نمودند. لازم به ذکر است که در صورت مشاهده موارد غیر طبیعی در هر یک از مراحل معاینه کلینیکی و پاراکلینیکی، کارکنان موظف بودند بر طبق پروتکل عمل نموده و با توجه به مندرجات پروتکل، خانم را آموزش داده یا ارجاع دهند و یا درمان نمایند.

هدف تمامی این مداخلات اعم از ارجاع (به منظور تشخیص، درمان و کنترل) و نیز آموزش، احراز شرایط مطلوب بارداری برای باردار شدن خانم‌های فاصله‌گذار واجد شرایط بارداری بود.

هیچ کدام از این اقدامات در مراکز شاهد صورت نمی‌گرفت (در این مراکز خدمات و مراقبت‌های قبل از بارداری ارائه نمی‌شد و زنان، معمولاً پس از باردار شدن، جهت دریافت مراقبتهای بارداری مراجعه می‌نمودند).

محتواهای آموزشی که در این تحقیق از آنها استفاده گردید، عبارت بودند از: ١- جزوه مراقبت قبل از بارداری (ویژه کارکنان بهداشتی) که توسط کارشناسان ستادی تهیه شده بود و این جزوه قبل از اجرای پروتکل به پرسنل مربوطه آموزش داده می‌شد. ٢- پمفلتی در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری که به زنان فاصله‌گذار ارائه می‌گردید.

لازم به ذکر است که آموزش‌های ارائه شده به واحدهای پژوهش در قالب مراقبت قبل از بارداری و اجرای این مراقبت‌ها بود و برنامه آموزشی یا کلاس و سخنرانی مجزا در این خصوص برنامه‌ریزی نگردیده بود.

سه و شش ماه پس از اجرای پروتکل پرسشنامه آگاهی سنج به طور مجدد و تحت عنوان پس آزمون و آزمون آگاهی ماندگار برای ٢٤٠ نفر (با در نظر گرفتن ریزش احتمالی) از زنان فاصله‌گذاری که مداخله (پروتکل) برایشان اجرا شده بود (تحت مراقبت قبل از بارداری قرار داشتند) و ٢٤٠ نفر از خانم‌های مراکز شاهد تکمیل شد و نتایج با نمره آگاهی خانم‌ها، قبل از اجرای پروتکل مقایسه گردید.

نحوه انتخاب نمونه‌ها (روش تصادفی ساده با استفاده از شماره‌های دفتر تنظیم خانواده) و تکمیل پرسشنامه‌های آگاهی‌سنج (دعوت از نمونه‌ها و ارائه پرسشنامه) مشابه با مرحله اول بود.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

کلیه اطلاعات در نرم افزار SPSS-13 وارد شد و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین‌ها (سن، تعداد بارداری و زایمان) و کای دو (برای مقایسه سطح تحصیلات دو گروه) تجزیه تحلیل شد.

نتایج

در مجموع در مراحل اول و دوم وسوم به ترتیب تعداد ٤٦٥ و ٤٦٤ و ٤٧٩ نفر (حدود ١ درصد ریزش در مرحله اول و دوم به علت عدم مراجعه خانمها یا کامل نبودن پرسشنامه) از زنان فاصله‌گذار ٤٩-١٥ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مورد و شاهد تحت آزمون سنجش آگاهی در زمینه مراقبت قبل از بارداری قرارگرفتند.

میانگین سن، تعداد بارداری و زایمان و توزیع فراوانی تحصیلات در گروه‌های مورد و شاهد تفاوت آماری معنادار نداشت.

بر طبق نتایج، میانگین نمره آگاهی گروه شاهد در زمینه مراقبت قبل از بارداری حدود ٠/٦٢ بالاتر از گروه مورد بوده و آزمون تی مستقل نشان داد این اختلاف از نظر آماری معنادار است (جدول ١).

در مرحله دوم یعنی سه ماه پس از اجرای پروتکل و ارائه آموزش به زنان تحت پوشش مراکز مورد، مجدداً ٤٦٥ نفر (٣ درصد ریزش) از هر چهار مرکز (مورد وشاهد) تحت پس آزمون قرار گرفتند. بر طبق نتایج نمره آگاهی گروه مورد حدود ٤/٧٦ نمره بالاتر از گروه شاهد بود و آزمون t مستقل نشان داد این اختلاف معنادار است. (جدول ١)

نمره آگاهی ماندگار (٦ ماه پس از اجرای پروتکل) نیز در گروه مورد نسبت به شاهد به طور معنادار بالاتر بود. آزمون t مستقل این افزایش میانگین را معنادار نشان داد (جدول ١).

جدول١: مقایسه تغییرات میانگین نمرات آگاهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ماندگار) در گروه های مورد و شاهد

فاز	مورد			شاهد			P
	تعداد	میانگین از ٢٠ نمره	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین از ٢٠ نمره	انحراف استاندارد	
پیش آزمون (قبل از مداخله)	٢٣١	١١/٣٧	٢/٨٣	٢٣٤	١١/٩٩	٣/٠٥	٠/٠٢٥
پس آزمون (٣ ماه بعد از مداخله)	٢٣٤	١٦/٧٦	١/٥٢	٢٣٠	١٢/٠٠	٣/٢٥	<٠/٠٠٠
ماندگار (٦ ماه بعد از مداخله)	٢٤٢	١٧/١٩	١/٦٤	٢٣٧	١١/٩٦	٣/٦٠	<٠/٠٠١

بحث

این مطالعه به منظور بررسی تأثیر مراقبت قبل از بـارداری بر آگاهی زنان واجد شرایط صورت پذیرفت و نتایج دلالـت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

بر تأثیرگذاری این مراقبت‌ها می‌نمود. فری(Fery) نیز در مطالعه‌ای که بر روی ٤٩٩ زن مراجعه‌کننده به کلینیک خدمات سرپایی انجام داد سطح آگاهی زنان از عوامل خطر بارداری و منبع انتخابی ایشان برای کسب اطلاعات را بررسی نمود. بر طبق یافته‌های وی، سطح اطلاعات زنان از عوامل خطر قبل از بارداری که بر نتیجه بارداری تأثیر می‌گذارند، خوب بود و بیشتر آنها (٩٥ درصد) ترجیح می‌دادند اطلاعات خود را از پزشک و یا متخصص زنان دریافت نمایند(١٧).

منگلی(١٨)، طغیانی(١٩) و توفیقی نیاکی(٢٠) نیز در پژوهش‌های خود تأثیر آموزش‌های فردی یا گروهی را بر آگاهی خانم‌های باردار نشان داده‌اند. پژوهش حاضر ضمن هم‌خوانی با نتایج آنها، تفاوت‌هایی نیز با آنها دارد. اولاً این مطالعه در دوران قبل از بارداری انجام شده، ثانیاً نسبت به بررسی آگاهی ماندگار نیز اقدام نموده است، از طرف دیگر آموزش‌های ارائه شده به واحدهای پژوهش در قالب مراقبت قبل از بارداری و اجرای این مراقبت‌ها بوده و برنامه آموزشی یا کلاس و سخنرانی مجزا در این خصوص برنامه‌ریزی نگردیده بود. و چنانچه در نتایج مشاهده می‌شود،آگاهی ماندگار، نسبت به پس‌آزمون نیز افزایش یافته است. با توجه به این موارد می‌توان نتیجه گرفت اجرای مراقبت‌های قبل از بارداری آگاهی زنان را در خصوص مراقبت‌ها افزایش می‌دهد.

رمضانی نیز در یک مطالعه نیمه تجربی با بکارگیری برنامه آموزشی مراقبتی طراحی شده بر روی ٦٦ مادر دارای شیرخوار ١ تا ١٢ ماهه مبتلا به پنومنی، بهبود عملکرد مراقبت از شیرخواران را نشان داد(٢١).

مراقبت‌های قبل از بارداری خود متضمن آموزش فردی و چهره به چهره و ارائه خدمات مشاوره‌ای در خصوص وضعیت بهداشت، تغذیه، تنظیم خانواده، واکسیناسیون یک خانم قبل از باردار شدن هستند و لذا با ارائه این خدمات به زنان می‌توان آگاهی ایشان در این زمینه را افزایش داده و موجبات مراجعه بیشتر ایشان و افزایش درصد پوشش مراقبت‌ها را فراهم نمود.

از محدودیت‌های این پژوهش، انجام آن در عرصه (Field) بود که محقق را مجبور به انتخاب گروه‌های مورد و شاهد متفاوت می‌نمود. اگرچه آزمون‌های آماری اختلاف معناداری در متغیرهای مورد بررسی در دو گروه در مراحل مختلف نشان ندادند.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر مثبت اجرای مراقبت در افزایش آگاهی کارکنان، برنامه‌ریزی برای ارائه صحیح این مراقبت‌ها و بهبود کیفی آنها پیشنهاد می‌شود.

قدردانی

در خاتمه از همکاری جناب آقای دکتر احمدرضا نصر آزادانی و آقای دکتر حجت ا.. تنهایی مدیر و معاون بهداشتی وقت شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهرضا و همین طور جناب آقای حجت ا.. صادقی مسؤول واحد بهداشت خانواده و سرکار خانم فرهنوش السادات حسینی کارشناس برنامه مادران و خانم نفیسه مکتوبیان کارشناس بهداشت خانواده شهرضا که در کلیه مراحل اجرایی طرح، پژوهش را یاری نمودند و همچنین از کلیه کارکنان واحدهای بهداشتی منتخب (مراکز بهداشتی شهری نجفی و مهدی(ع) و مراکز روستایی اسفرجان و هونجان) تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

1. Atrash H, Johnson K, Adams M, Cordero J, Howse J. Preconception Care for Improving Perinatal Outcomes:The Time to Act. Matern Child Health J. 2006;10(Suppl 1): 3–11.
2. Prepregnancy Counseling.[cited 2011 march 13]. Available from: http://medical-dictionary. thefreedictionary.com/Prepregnancy+Counseling.
3.Johnson MD. Woman's health care hand book. Philadelphia: Hanley and Belus. Inc. 2000.
4. Carson M, Ehrenthal D.Medical Issues from Preconception Through Delivery: A Roadmap for the Internist. Med Clin North Am. 2008;92(5):1193-1225.
5.Sackey J. Preconception evaluation and counseling.UpToDate.[cited 2011 Mar 13]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/preconception-evaluation-and-counseling
6.Cunningham G, Leveno K, Bloom J, Gilstrp L, Wenstrom K. Williams Obstetrics.Newyork: Mc Graw Hill. 2005.
7. Health Vice chancellery, Family health and population office, Ministry of Health and Medical Education.[Nezame novine payesh va arzeshyabie barnamehaye behdashte barvary]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2005.[Persian]
8. Department of family health and population .[Maternal Mortality Surveillance].Isfahan: Health Center. 2005. [Persian]
9. High Risk Pregnancy.[cited 2011 march 13]. Available form: http://www.nlm.nih.gov/ medlineplus/healthproblemsinpregnancy.html.
10. Morris DL, Berenson AB, Lawson J, Wiemann CM. Comparison of adolescent pregnancy outcomes by prenatal care source. J Reprod Med. 1993; 38(5): 375-380.
11.Cox M, whittle MJ, Byrne A, Kingdom Jc, Ryan G. Prepregnancy counseling: experience from 1075 cases. Br J obstert Gynaecol. 1992; 99(11): 873 –376.
12. Tripathi A, Rankin J, Aarvold J, Chandler C, Bell R. Preconception Counseling in Women With Diabetes : A population-based study in the North of England. Diabetes Care. 2010;33(3):586-588.
13.Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A, Husten C, Sokol RJ. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6 Suppl 2):S 333-339.
14. Brent R.Saving lives and changing family histories: appropriate counseling of pregnant women and men and women of reproductive age, concerning the risk of diagnostic radiation exposures during and before pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(1):4-24.
15. Micheal C.Recommendations for Preconception Care. Am Fam Phy.2007;76(3):397-400.
16. Health Vice chancellery, Family health and population office, Ministry of Health and Medical Education.[Pilote barnameye moraghebathaye edgham yafteye salamate madaran]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2002. [Persian]
17. Frey K, Files J. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. Matern Child Health J. 2006 September; 10(Suppl 1): 73–77.
18. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. [The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women]. Iranian Journal of Medical Education. 2009; 8 (2) :305-313. [Persian]
19. Toghyani R, Ramezani MA, Izadi M, Shahidi Sh, Aghdak P, Motie Z, NikkhahFard M. [The Effect of Prenatal Care Group Education on Pregnant Mothers' Knowledge, Attitude and Practice.]Iranian Journal of Medical Education. 2008; 7 (2) :317-324. [Persian]
20. Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. [The Effect of Prenatal Group Education on Knowledge, Attitude and Selection of Delivery Type in Primiparous Women]. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 10 (2) :124-130. [Persian]
21. Ramezani M, Ahmadi F, Kermanshahi S. [The Effect of a Designed Care Plan on Mothers' Performance in Caring for Infants with Pneumonia]. Iranian Journal of Medical Education. 2005; 5 (1) :34-44. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

Effect of pre-conception care protocol on women's awareness

Shahla Shahidi[1]. Pejman Aghdak[2]. Minoo Izadi[3]

Abstract

Introduction:*Pre conception care is set of care services to assess the risks for pregnancy, it provide training and diagnostic measures, therapeutic and pharmaceutical interventions for improving health woman. In addition to improving health and performing medical care in Pre conception care, main point is to empower individual to maintain their health through providing education and counseling. Therefore, according to recommendations presented in the guidelines, the protocol of Pre conception care was prepared. This study aimed to assess the Effect of this protocol on eligible women's awareness.*

Methods:*This is a Field trial were performed in 1385 to 1386 in the Shahreza (one of the Isfahan cities). Four hundred eighty (480) married women aged 49-15 who referred to health units for getting family planning services referred to health units and were selected randomly. Study was designed in three stages. In the first stage in four health-centers (two urban and two rural centers) basic knowledge of study sample were determined. Protocol of pre- pregnancy care for all spacing women in case centers (a urban center and a rural center) was implemented. Then in the second and third stages (three and six months after implementation of the protocol) women's awareness was measured again. Results (post Test and lasting knowledge test) in the case and control groups, also before, and after the protocol were compared.*

Data collection was done by a questionnaire. Validity of questionnaire was confirmed through expert opinion and reliability was confirmed through calculating Cronbach's Alpha (0.8). Data analysis was done by SPSS software using t-test.

Results: *Results showed that pre-pregnancy care protocol implementation leading to significant increasing of secondary awareness and lasting knowledge in case group (Respectively p<0/0007, p<0/001)*

Discussion:*Since the implementation of the protocol will lead to increased awareness of mothers, health workers must try to implement these cares completely and properly.*

Key Words: *Preconception Consultation, Women in Reproductive Age, Knowledge*

Addresses

[1](✉) Medical Education MS, Medical Education Research Center &Department of Family Health and Population**,** Vice-chancellery for Health of Isfahan University of Medical Sciences. E-mail:shahidi@ mui.ac.ir

[2]MD &MPH, Department of Family Health and Population**,** Vice-chancellery for Health of Isfahan University of Medical Sciences. E-mail: aghdak@yahoo.com

[3]Health BS, Department of Family Health and Population, Vice-chancellery for Health of Isfahan University of Medical Sciences. E-mail: minoo_izadi2006@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]