

مقدمه

میزان مرگ و میر نوزادان و مادران به علت عوارض بارداری از شاخص‌های بسیار مهم سلامتی یک جامعه محسوب می‌شود. مرگ و میر نوزادان و مادران و همچنین میزان بروز کزاز نوزادی رابطه مستقیمی با شرایط زایمان دارد. هر چه درصد زایمان‌ها در شرایط غیربهداشتی و خارج از بیمارستان بیشتر باشد میزان ابتلا به کزاز نوزادی و مرگ و میر دوران نوزادی و مادران باردار افزایش می‌یابد (۴-۱). به منظور کاهش مرگ و میر نوزادان و مادران و رسیدن به هدف جهانی حذف کزاز نوزادی در کشور، سرمایه‌گذاری زیادی انجام شده و زایشگاهها و واحدهای تسهیلات زایمانی متعددی در نقاط مختلف کشور ساخته شده است. اما در استان سیستان و بلوچستان از این مراکز استفاده بهینه‌ای به عمل نمی‌آید و میزان زایمان در آنها بسیار پایین می‌باشد (۵). حتی در شهر زاهدان علیرغم وجود زایشگاه مجهز و داشتن متخصصین زنان و مامائی ۵۰ تا ۶۰ درصد زایمان‌ها در منازل و در شرایط غیربهداشتی و توسط ماماهاى سنتی غیر متخصص صورت می‌گیرد. در حالیکه در کشورهای توسعه یافته میزان زایمان در منزل تنها ۱٪ است (۵) اما در بعضی کشورهای در حال توسعه این نسبت به ۵۰٪ و بیشتر هم می‌رسد (۶). با وجود تسهیلات بهداشتی، درمانی زایمان، در مطالعات انجام شده دلایل مختلفی را برای انجام زایمان در منزل ذکر کرده‌اند که می‌توان به هزینه بالای زایمان در بیمارستان، حمایت عاطفی مادر در منزل و ترس از سزارین اشاره کرد (۷، ۲). نظر به اهمیت موضوع و اینکه دلایل اصلی میزان بالای زایمان در منزل در استان سیستان و بلوچستان بطور دقیق مشخص نبود و به دلیل عدم وجود بررسی مشابه، مطالعه حاضر در مورد علل عدم مراجعه زنان جهت زایمان به زایشگاه به عنوان الگو و پایه‌ای برای بررسی وضعیت استان انجام گرفت تا بر اساس نتایج حاصله اقدامات لازم در

جهت افزایش میزان زایمان در زایشگاه و شرایط بهداشتی و در نتیجه کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و مادران به عمل آید.

لازم به توضیح است که شهر زاهدان با جمعیتی حدود ۴۵۰ هزار نفر (سال ۱۳۷۵) در قسمت شمالی استان سیستان و بلوچستان واقع شده و مرکز این استان می‌باشد. حدود ۵۰ تا ۵۵ درصد جمعیت شهر اهل تشیع و ۴۵ تا ۵۰ درصد اهل تسنن می‌باشند. حدود ۱۰۰ هزار نفر افغانی نیز در شهر زاهدان ساکن هستند. وضعیت اقتصادی- اجتماعی شهر نسبت به متوسط کشوری در سطح پایین‌تری قرار دارد، ولی این شهر نسبت به سایر نقاط این استان وضعیت بهتری برخوردار است.

مواد و روشها

روش تحقیق از نوع مورد شاهدهی می‌باشد. نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش از بین زنان ساکن شهر زاهدان انتخاب گردید که به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان برای واکسیناسیون کودکان خود مراجعه نموده بودند. این ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی از بین ۱۷ مرکز بهداشتی، درمانی شهر زاهدان بطور تصادفی انتخاب شدند. به منظور صحت بیشتر پاسخ‌ها، در این مطالعه زنانی مورد مطالعه قرار گرفتند که از زمان آخرین زایمان آنها حداکثر یکسال گذشته بود. با توجه به اینکه ر شهر زاهدان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یکسال حدود ۹۵٪ می‌باشد، می‌تواند نمونه‌های انتخاب شده نمایانگر کل جمعیت این شهر باشد.

نمونه شاهد، از بین زنان مراجعه کننده به زایشگاه قدس شهر زاهدان جهت انجام زایمان به شکل تصادفی جمعی انتخاب گردید. این مطالعه طی دوره اسفند ماه ۱۳۷۵ تا اردیبهشت ۱۳۷۶ انجام گرفت.

روش جمع‌آوری اطلاعات پرسش حضوری و ثبت پاسخ‌ها در پرسشنامه بود. در هر یک از مراکز بهداشتی درمانی پرسشگری و تکمیل پرسشنامه توسط یک یا دو

نفر کاردان بهداشت خانواده یا مامائی آموزش دیده انجام گرفت. تکمیل پرسشنامه گروه شاهد در زایشگاه روز بعد از زایمان خانمها توسط یکی از دانشجویان رشته پزشکی انجام گرفت. چهار نفر از کارشناسان مرکز بهداشت استان نظارت بر نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها را بعهده داشتند. جهت برآورد اختلاف معنی‌دار آماری بین متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای و جهت ارزیابی اختلاف متغیرهای کمی مانند سن از student-t-test استفاده شد. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شده و آزمون فرض در تمام موارد دو دامنه بوده است.

نتایج

در این بررسی ۴۸۴ زنی که آخرین زایمان خود را در خارج زایشگاه انجام داده بودند و ۱۹۸ زن دارای زایمان در زایشگاه مورد مطالعه قرار گرفتند.

- میانگین سنی گروه مورد ۵/۷۳ ± ۲۵/۰۸ سال و میانگین سنی گروه شاهد ۵/۴۶ ± ۲۴/۷۶ سال بود.

- تنها ۰/۸٪ زنان گروه مورد (۴ نفر) شاغل بودند، این نسبت در گروه شاهد ۱۳/۶٪ (۲۸ نفر) بود که اختلاف آماری معنی‌داری از طریق آزمون X^2 بین دو گروه مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۱).

- میانگین سالهای تحصیلی زنان گروه مورد ۲/۵۵ ± ۲۷/۱ سال و میانگین تحصیلات زنان گروه شاهد ۵/۳۳ ± ۲۵/۵ سال بود. از طریق آزمون t تفاوت آماری معنی‌داری بین میزان تحصیلات دو گروه مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۱).

میانگین سالهای تحصیل همسر زنان گروه مورد ۲/۲۸ ± ۲/۸۹ سال و میانگین تحصیلات همسر زنان گروه شاهد ۵/۲۶ ± ۷/۳۶ سال بود. تفاوت آماری معنی‌داری نیز از طریق آزمون t بین میزان تحصیلات همسر دو گروه مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۱). نسبت همسران بی‌سواد در گروه مورد ۴۸/۱٪ و در گروه شاهد ۲۰/۲٪ بود (جدول ۱).

- میانگین تعداد بارداری در گروه مورد ۱/۷۹ ± ۳/۸۲ و میانگین تعداد بارداری در گروه شاهد ۱/۹۷ ± ۳/۲۶ بود. تفاوت آماری معنی‌داری از طریق آزمون t بین تعداد بارداری در دو گروه مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۱).

- در گروه مورد ۸۳/۵٪ زنان از اهل تسنن بودند و در گروه شاهد این نسبت تنها ۳۹/۹٪ بود. تفاوت آماری معنی‌داری از طریق آزمون X^2 بین مذهب دو گروه نیز مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۱).

علل عدم مراجعه به زایشگاه زنان ساکن شهر زاهدان

جدول ۱- توزیع فراوانی گروههای تحصیلی به تفکیک گروه مورد و شاهد

میزان تحصیلات	مورد		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی‌سواد	۳۴۳	۷۰/۹	۷۳	۳۶/۹
دبستان	۱۰۷	۲۲/۱	۵۲	۲۶
راهنمایی	۱۵	۳	۷	۲/۵
دبیرستان	۱۹	۳/۹	۴۹	۲۴/۵
دانشگاهی	۰	۰	۱۷	۸/۵
جمع	۴۸۴	۱۰۰	۱۹۸	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی علل عدم مراجعه زنان جهت زایمان به زایشگاه در شهر زاهدان

علت	تعداد	درصد
هزینه زیاد زایمان در زایشگاه	۱۸۶	۳۸/۴
راحت بودن زایمان در منزل	۹۵	۱۹/۶
ترس از سزارین و عوارض دارویی	۶۴	۱۳/۲
زایمان سریع	۳۸	۷/۹
عدم وجود وسیله نقلیه	۳۰	۶/۲
بدبودن خروج زن از خانه برای زایمان	۱۹	۳/۹
وجود پرسنل درمانی مرد در زایشگاه	۱۱	۲/۲
سایر	۳۳	۶/۹
جمع	۴۸۴	۱۰۰

جهت زایمان در جدول ۲ آمده است. همانگونه که مشاهده می‌شود هزینه زیاد زایمان در زایشگاه، راحت بودن زایمان در منزل و ترس از سزارین و عوارض دارویی شایعترین علل عدم مراجعه به زایشگاه می‌باشند. ۶۷/۱٪ زایمان‌ها در منزل توسط مامای محلی غیرمتخصص، ۲۹/۵٪ بدون حضور ماما، ۳/۱٪ توسط مامای تحصیل کرده و ۰/۲٪ توسط پزشک انجام گرفته بود.

میانگین فاصله تقریبی محل زایمان تا زایشگاه برای گروه کنترل $5/27 \pm 1/92$ کیلومتر بود. میانگین فاصله گروهی که علت عدم مراجعه خود به زایشگاه را فاصله زیاد بیان نموده‌اند $6/76 \pm 2/34$ کیلومتر می‌باشد و تفاوت معنی‌داری با سایر گروهها دارد ($P=0/001$).

بحث

در کشورهای پیشرفته اکثر زایمانها در بیمارستان و در شرایط بهداشتی انجام می‌شود (۸). اما در کشورهای در حال توسعه و در مناطق کمتر توسعه یافته کشور ما نیز درصد قابل توجهی از زایمانها در منزل و در شرایط غیربهداشتی و بدون امکانات لازم و توسط ماماها

محلی غیرمتخصص انجام می‌شود (۹-۸). در کشورهای پیشرفته زنانی که در منزل زایمان می‌کنند تحصیلات بالایی دارند و از وضعیت اقتصادی خوبی نیز برخوردارند، بعلاوه زایمان آنها در شرایطی انجام می‌شود که امکانات لازم برای مقابله با مشکلات و عوارض زایمانی وجود دارد و آمبولانس نیز برای انتقال سریع بیمار به بیمارستان در دسترس بوده و زایمان توسط ماماها تحصیل کرده و پزشک انجام می‌گیرد و اغلب ماما و یا پزشکی که قرار است عمل زایمان را انجام دهد از قبل با نظر خود فرد حامله انتخاب و تعیین شده است (۸). از علل مهم زایمان در منزل می‌توان، در کنار بچه‌بودن پس از زایمان، انجام زایمان تحت حمایت اطرافیان و اجتناب از عفونتهای بیمارستانی را نام برد (۸). اما از علل زایمان در منزل در کشورهای در حال توسعه بر اساس تحقیقات انجام شده در کشورهای آفریقایی، می‌توان به مشکلات انتقال بیمار، زایمان سریع، بهره‌مندی از ماساژ شکمی، خطر کمتر و راحتی منزل را از علل زایمان در منزل نام برد (۱۰). در این بررسی اکثر زنانی که در منزل زایمان کرده بودند بیسواد (۷۰٪) و تقریباً تمامی آنها خانه‌دار و اکثراً همسر آنها کارگر

(۵۳٪) بودند. این موارد نشان دهنده زمینه اجتماعی عدم مراجعه به زایشگاه است و به عنوان یک عامل فرهنگی ۵/۸۲٪ آنها از قوم بلوچ و اهل سنت بودند براساس نتایج حاصل از این مطالعه علل زایمان در منزل را می‌توان به سه دسته کلی، اقتصادی، فرهنگی و علل مربوط به امور پزشکی تقسیم نمود. در این مطالعه عوامل اقتصادی (هزینه زیاد زایمان در زایشگاه و فراهم‌نبودن وسیله نقلیه) مهمترین علت زایمان در منزل است. پس از آن علل فرهنگی (راحت‌بودن زایمان در منزل، وجود پرسنل و دانشجوی مرد در زایشگاه، بد بودن خروج زن از منزل برای زایمان) ۷/۲۵٪ موارد را تشکیل می‌دهد. برخلاف تصور اولیه، عدم مراجعه زنان به زایشگاه به علت وجود پرسنل و دانشجوی مرد در زایشگاه از علل غیر شایع می‌باشد که به احتمال زیاد به خاطر حذف حضور پرسنل مرد و محدودیت فعالیت دانشجویان مرد در زایشگاه می‌باشد که مردم نیز نسبت به آن آگاهی داشته‌اند. علل مربوط به امور پزشکی (ترس از سزارین و عوارض دارویی و زایمان سریع) در رتبه بعدی قرار دارد.

بنابراین برای تأمین زایمان ایمن و کاهش عوارض زایمان و مرگ و میر نوزادان بایستی در درجه اول سعی در رفع موانع فرهنگی عدم مراجعه به زایشگاه و تسهیلات زایمانی نمود که از جمله می‌توان به بالابردن سواد دختران و زنان، اشتغال خانمها، بالابردن شأن و منزلت اجتماعی آنان، رفع سوء تفاهم‌هایی که از دین و رسوم سنتی وجود دارد و آموزش و آگاه‌سازی مردم اشاره کرد.

در چند سال گذشته طرح خودگردانی بیمارستانها به شکل غلط و غیر واقع بینانه به اجرا درآمده است که تنها نتیجه آن بالا رفتن هزینه‌های بیمارستانی برای بیماران و کاهش مراجعه مردم به بیمارستان شده است. اکنون هزینه زایمان طبیعی در زایشگاه طبق تعرفه‌های مصوب دولتی ۷۰۰-۶۰۰ هزار ریال است که پرداخت آن برای

درصد قابل توجهی از ساکنین استان سیستان و بلوچستان مشکل است. حتی در کشورهای توسعه یافته و ثروتمندی مانند فرانسه که زایمان در بیمارستان هزینه‌ای معادل ۸۳۰ فرانک را در بر می‌گیرد، عامل هزینه یکی از موانع زایمان در بیمارستان است، اما در کشور انگلیس که بیمه همگانی اجرا می‌شود و هزینه‌های درمانی رایگان است، زایمان در منزل در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی بسیار کمتر است (۲) و در بعضی از کشورها مانند هلند با افزایش امکانات و خدمات بیمارستانی و ترخیص سریعتر مادر و کودک از بیمارستان میزان زایمان در منزل کاهش یافته است (۱۱).

درصد قابل توجهی از زنان (۸٪) اظهار داشته‌اند که به علت زایمان سریع نتوانسته‌اند به زایشگاه مراجعه کنند که این امر آموزش کافی به زنان بخصوص به هنگام مراقبت‌ها دوران بارداری در مورد شروع روند زایمان را ضروری می‌سازد. در یک مطالعه نیز که در آفریقای جنوبی انجام شده زایمان سریع به عنوان علت عمده زایمان در منزل مطرح بوده است (۱۲).

نکته جالب توجه اینکه عده‌ای (۲٪) از زنان معتقدند کودکانی که در زایشگاه دنیا می‌آیند دچار زردی می‌شوند به همین دلیل زایمان خود را در منزل انجام می‌دهند بنابراین لازم است در این مورد هم به خانواده‌ها آموزش کافی داده شود.

متأسفانه تنها ۳/۲٪ زایمانهای در منزل توسط مامای تحصیل کرده انجام شده است. امید می‌رود بر افزایش تعداد ماماها در شهر زاهدان و دادن مجوز لازم برای مطب‌های مامایی، درصد بیشتری از زایمان‌ها در منزل توسط ماماها تحصیل کرده صورت گیرد.

توصیه می‌شود مطالعات کاملتر و گسترده‌تری در مورد استقبال کم زنان از زایشگاهها و واحدهای تسهیلات زایمانی و شرایط زایمان در منزل، در این استان و سایر نقاط کشور به عمل آید.

تشکر و قدردانی

از کارکنان مرکز بهداشت شهرستان زاهدان، زایشگاه قدس و کارشناسان مرکز بهداشت استان سیستان و

بلوچستان به خصوص آقایان محمدرضا ناصری نیا، قدیرالله نجفی زاده و خانم شهلا بختیاری به خاطر همکاری در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

- 1-Ackerman liebrich U.Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Br Med J. 1996; 337: 1313- 8.
- 2-Olsen O., Jewell M.D. Home versus hospital birth. Cochrane Database Syst Rev. 2000; 2:352.
- 3-Berg D., Suss J.Increased mortality in home delivery. Geburtshilfe-Frauenheikd. 1994; 54: 131-8.
- 4-Bastian H., Keirse M.J., Lancaster P.A. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. Br Med J. 1998; 8: 384-8.
- 5- Odent M. Planned home birth in industrialized countries. WHO regional office for Europe. Denmark. 1991; 1-8.
- 6- Gloyd S., Floriano F., Seunda M., et al. Impact of traditional birth attendant training in Mozambique: a controlled study. J Midwifery women health. 2001; 46: 210-6.
- 7- Anderson R.E., Anderson D.A. The cost effectiveness of home birth. J Nurse Midwifery. 1999; 44: 30-5.
- 8-Adele P. Maternal and child health nursing. Home delivery J.B. Lippincott company. 2nd Edition. 1995; 318-9.
- 9-Mahony D., Steinbery M. Population-based survey of obstetric practices ammong rural women in the Bizana district. SAF Med J. 1995; 85: 1168-71.
- 10-Chipfakacha V.Attitudes of women towards traditional midwives a survey in the Kgalagadi (Kalahari) region. S Afr Med J. 1994; 84: 30-2.
- 11- Wieggers T., Van der zee J., Keirse M.J. Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. Birth. 1998; 25: 190-7.
- 12-Buchmann E., Kritzinger M., Tembe R., et al. Home births in the Moswold health ward of Kwazulu. S Afr Med J. 1989; 76: 29-31.