

بررسی عوامل مؤثر بر زایمان در منزل از دید زنان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نسرین طبسی نژاد^۱، منصوره صافی زاده^۲، مهری حسن زاده^۳، سیروس سالاری^۴، مهین صابر ماهانی^۵، بتول دامادی^{۶*}

• پذیرش مقاله: ۹۹/۳/۲۰

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۹/۳/۱۹

• دریافت مقاله: ۹۸/۲/۳



چکیده

مقدمه: میزان مرگ و میر مادران به علت عوارض بارداری و زایمان از مهم ترین شاخص هایی است که نشان دهنده وضعیت توسعه کشورها می باشد که رابطه مستقیمی با شرایط زایمان دارد. با توجه به افزایش زایمان در منزل این پژوهش با هدف بررسی دیدگاه های مادران تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان در خصوص دلایل انجام زایمان در منزل انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی بر روی ۵۰۳ نفر از مادران تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان که به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شده بودند، انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری و با آزمون های آماری توصیفی و رگرسیون لجستیک در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: بیشترین علل زایمان در منزل، بالا بودن هزینه زایمان در بیمارستان ها (۷۱/۴٪) و تصمیم خانواده (۳۳/۴٪) بود. وجود شرایط جوی نامناسب (۱۰/۶٪) کمترین نقش را در زایمان در منزل به خود اختصاص داد. بیشترین آمار زایمان در منزل مربوط به جمعیت غیر ایرانی (۹۸/۴ درصد) بود. بر اساس برازش مدل رگرسیون لجستیک، تنها متغیرهای تعداد بارداری و تعداد مرده زایی اثر معنی داری بر زایمان در منزل داشتند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این که هزینه های بالای زایمان در بیمارستان ها مانع اصلی مراجعه زنان غیر ایرانی می باشد، ضرورت دارد که با تدوین سیاست های جدید در خصوص پذیرش آنان در بیمارستان های دولتی و بیمه نمودن آنان، زمینه سازی مناسب برای زایمان در بیمارستان ها صورت گیرد.

واژگان کلیدی: زایمان در منزل، عوامل مؤثر، زنان، مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه های بهداشتی

ارجاع: طبسی نژاد نسرین، صافی زاده منصوره، حسن زاده مهری، سالاری سیروس، صابر ماهانی مهین، دامادی بتول. بررسی عوامل مؤثر بر زایمان در منزل از دید زنان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله پژوهش های سلامت محور ۱۳۹۹؛ ۶(۱): ۲۴-۱۵.

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کارشناس گسترش، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. دکتری حرفه ای (پزشکی عمومی)، گروه بهداشت خانواده، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳. کارشناس بهداشت عمومی، کارشناس بهداشت خانواده، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴. کارشناس مامایی، کارشناس بهداشت خانواده، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسئول: بتول دامادی

آدرس: کرمان، بلوار جمهوری، چهارراه شفا، معاونت بهداشتی

Email: Bdamadi_1389@gmail.com

تلفن: ۳۴-۳۱۲۱۵۷۵۰

مقدمه

بارداری و زایمان از الطاف ویژه الهی است که حفظ نسل بشر را از بدو خلقت انسان تاکنون بر عهده داشته است (۱). میزان مرگ و میر مادران به علت عوارض بارداری و زایمان از مهم ترین شاخص های است که نشان دهنده وضعیت توسعه کشورها می باشد. این شاخص، تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راه های روستایی، دسترسی به فوریت های مامایی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و مواردی از این دست می باشد. در واقع خدمات بهداشتی و درمانی فقط بخشی از عوامل مؤثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد. در اکثر کشورهای در حال توسعه، مرگ و میر و عوارض ناشی از بارداری و زایمان در زمره اولین علت های مرگ و معلولیت زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به حساب می آید و عامل حداقل ۱۸ درصد بیماری های مربوط به این گروه سنی است که در بین سایر مسائل بهداشتی بیشترین تعداد را دارد (۲).

در ایالات متحده در سال ۲۰۱۴ میلادی، ۷ درصد زایمان ها از دسته زایمان های خانگی برنامه ریزی شده و دو درصد زایمان ها از نوع زایمان های خانگی برنامه ریزی نشده بودند. در ایالات متحده، سن کم، فقدان مراقبت های پره ناتال، تعلق به گروه های نژادی اقلیت و مدارج تحصیلی پایین تر به عنوان عوامل خطر مرتبط با زایمان خانگی برنامه ریزی نشده عنوان شده اند (۳). به طور کلی خطر زایمان در منزل در آمریکا، اندک اما بیشتر از زایمان در بیمارستان است. در زایمان های خانگی نظارت شده توسط ماما در آمریکا، میزان مرگ و میر ۱/۳ مورد در هر ۱۰۰۰ زایمان است. این میزان در مقایسه با زایمان های انجام

شده با نظارت ماما در بیمارستان حدود ۴ برابر بیشتر است (۳). شایع ترین علل زمینه ای مرگ، عوامل منتسب به حوادث لیبر و زایمان، ناهنجاری مادرزادی و عفونت هستند. زایمان های خانگی منجر به افزایش آسیب های نوزادان، میزان تشنج های دوره نوزادی و اختلال شدید عملکرد نورولوژیک می گردد. نکته مهم این است که در زنان دارای سابقه زایمان سزارین، زنان دارای جنین بریج و زنان چندقلوزا، زایمان در منزل با خطر چشمگیر همراه است. این موارد را جزء کتراندیکاسیون های مطلق در نظر گرفته شده اند (۳).

برخی از بانوان ممکن است به دلیل قرار گرفتن در شرایط مختلف، در منزل زایمان کنند (۴). خوشبختانه تنها ۱۰ درصد از زایمان ها در منزل و بقیه در بیمارستان ها و زیر نظر پزشک صورت می گیرد. اگر چه به نظر می رسد زایمان در منزل منسوخ شده است و از آن استقبال نمی شود اما این روش ۹۰ درصد زایمان ها را در دنیا شامل می شود. البته این استقبال در جوامع مختلف فرق می کند چنان که تنها یک درصد زایمان ها در فرانسه به این شکل است اما ۳۰ درصد از زوج های هلندی تمایل به تولد فرزندشان در منزل را دارند. در انگلستان نیز انتخاب این روش در ۱۵ درصد موارد دیده می شود (۴). عوارض زایمان در منزل برای مادر بدون حضور فرد دوره دیده شامل پارگی کانال زایمان، عفونت پس از زایمان، خونریزی شدید، احتباس ادرار، یبوست، بیرون زدگی رحم، احتباس جفت و خونریزی به دنبال آن می باشد. عوارض زایمان در منزل برای نوزاد نیز شامل گریه نکردن نوزاد بلافاصله پس از تولد به علت خارج نشدن ترشحات دهان و بینی که می تواند سبب ایجاد عفونت ریه در این نوزادان شود، عفونت بند ناف، زردی نوزاد، احتمال مرگ جنین حین زایمان یا پس

از زایمان و نیاز به بستری شدن نوزاد در بیمارستان به خاطر دریافت نکردن صحیح مراقبت‌های بدو تولد می‌باشد (۴).

در ایران بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۷ میزان مرگ مادر در صد هزار تولد زنده بر حسب محل زایمان ۲۲۰ مورد مرگ در منزل و ۱۲/۶ مورد مرگ در بیمارستان اتفاق افتاده است و گزارش شده است مادرانی که در بیمارستان زایمان می‌کنند نسبت به مادرانی که در مکان‌های دیگر زایمان نموده‌اند با خطر مرگ کمتری مواجه بودند (۵). در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵، سه درصد از مرگ‌های مادران مربوط به زایمان در منزل و بین راه بود که اکثر آن‌ها را زنان غیر ایرانی تشکیل می‌داد (۵).

از آنجایی که زنان و به خصوص مادران نقشی بسیار کلیدی در خانواده و تربیت فرزندان داشته و سلامت آنان تأثیر بسزایی در سلامت خانواده و فرزندان دارد، باید سعی شود که هیچ مادر بارداری به دلایل قابل اجتناب فوت نکند زیرا این حادثه از تلخ‌ترین و ناعادلانه‌ترین حوادث در نظام سلامت یک کشور است. از این رو سلامت مادران باردار، از نظر شاخص‌های بهداشتی اهمیت دارد و مرگ‌ومیر آنان علاوه بر این که نشان‌دهنده شاخص‌های بهداشتی پایین می‌باشد، خود فاجعه‌ای بزرگ است. شناخت عوامل مؤثر بر این شاخص مهم، ما را در اتخاذ راهکارهایی جهت پیشگیری از بروز مرگ‌های مشابه و بهبود آن، یاری می‌نماید. با توجه به اهمیت موضوع و این که دلایل اصلی میزان بالای زایمان در منزل در زنان باردار تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان به طور دقیق مشخص نبود و به دلیل عدم وجود

بررسی مشابه، مطالعه حاضر در مورد علل عدم مراجعه زنان جهت زایمان به بیمارستان به عنوان الگو و پایه‌ای برای بررسی وضعیت دانشگاه انجام گرفت تا بر اساس نتایج حاصله، اقدامات لازم جهت افزایش میزان زایمان در بیمارستان با شرایط بهداشتی و در نتیجه کاهش میزان مرگ‌ومیر نوزادان و مادران به عمل آید.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۵۰۳ نفر از زنانی که در منزل زایمان کرده بودند و تحت پوشش پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار داشتند، انجام گرفت. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. به استناد گزارش آماری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی در سال مورد بررسی، تعداد زایمان‌های در منزل ۶۴۹ مورد بود. جامعه آماری کلیه مادرانی که در یک سال اخیر زایمان در منزل داشتند، ساکن شهر کرمان ۵۲۷ نفر، زنند ۹۶ نفر، شهرنیک ۱۴ نفر و راور ۹ نفر بودند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام گرفت. بخش اول این چک لیست دارای ۱۱ سؤال در خصوص ویژگی‌های دموگرافیک مادران شامل تابعیت، شهرستان محل سکونت، شغل مادر، شغل همسر، بیمه درمانی مادر، بیمه درمانی همسر، محل زندگی، درآمد، تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، محل سکونت به تفکیک شهری، روستای اصلی، روستای قمر، روستای سیاری، حاشیه شهر بود. بخش دوم دارای ۸ سؤال در خصوص وضعیت بارداری و زایمان شامل تعداد بارداری، تعداد زایمان،

تعداد مرده‌زایی، تعداد فرزندان زنده به تفکیک دختر و پسر، فاصله دو بارداری اخیر، نوع زایمان ماقبل آخر (به تفکیک طبیعی و سزارین)، محل زایمان (به تفکیک منزل، بین راه، پایگاه و یا مرکز خدمات جامع سلامت و سایر) بود.

بخش سوم دارای ۱۰ سؤال در خصوص وضعیت آخرین بارداری شامل خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، مصرف سیگار یا سایر دخانیات، مصرف داروهای مسکن و آرام‌بخش، مصرف مواد افیونی و محرک، ابتلا به بیماری / ناهنجاری، انجام مراقبت‌های بارداری، دریافت آموزش و تعداد مراقبت‌های انجام شده و انجام مراقبت به تفکیک بخش دولتی، خصوصی و هردو بود.

بخش چهارم دارای ۴ سؤال در خصوص وضعیت آخرین زایمان شامل، محل زایمان (داخل منزل، حیاط منزل، خیابان و معابر، زایمان داخل کشور و زایمان خارج از کشور)، علت انجام زایمان در منزل (دارای ۱۷ علت مشخص)، عامل زایمان (مامای سستی، اقوام، به تنهایی، سایر افراد) بود، به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، چک لیست‌ها بدون نام و با کسب رضایت آگاهانه و فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا به صورت کاملاً محرمانه توسط پرسشگران در منزل مادرانی که در یک‌سال اخیر زایمان کرده بودند،

تکمیل و جمع‌آوری گردید. آماره‌های توصیفی نظیر درصد، میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. از آزمون آماری رگرسیون لجستیک جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ وارد شدند.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که بیشترین آمار زایمان در منزل مربوط به جمعیت غیرایرانی (۹۸/۴ درصد) بود. بیشترین تعداد زایمان در منزل مربوط به شهرستان کرمان (۸۵/۱ درصد) و کمترین تعداد در شهرستان راور (۱/۸ درصد) به وقوع پیوسته بود. ۹۹/۸ درصد زنان خانه‌دار بودند و همسران آنان اکثراً کارگر بودند (۸۵/۳ درصد). تنها ۲ درصد مادران و ۲/۴ درصد همسران دارای بیمه خدمات درمانی بودند. ۹۵/۶ درصد آنان در منزل استیجاری سکونت داشتند. ۶۲ درصد آنان درآمد زیر ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال داشتند. از لحاظ سطح تحصیلات ۸۳/۹ درصد زنان و ۷۵/۷ درصد همسرانشان بی‌سواد بودند. بالاترین مقطع تحصیلی زنان و همسران آنان مقطع کاردانی بود. اکثر زنان در نقاط شهری (۶۴/۴ درصد) و کمترین تعداد آن‌ها در روستاهای سیاری (۴/۲ درصد) ساکن بودند (جدول ۱).

جدول ۱: بررسی توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مادران زایمان کرده

آماره توصیفی		آماره توصیفی		آماره توصیفی	
تعداد (درصد)	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)	ویژگی‌های دموگرافیک
۲۲ (۴/۴)	شخصی	۴۲۲ (۸۳/۹)	بی‌سواد	۴۲۸ (۸۵/۱)	کرمان
		۶۶ (۱۳/۱)	ابتدایی	۵۳ (۱۰/۵)	زرنده
۴۸۱ (۹۵/۶)	محل زندگی	۹ (۱/۸)	راهنمایی	۱۳ (۲/۶)	شهربابک
۵۰۳ (۱۰۰)	کل	۶ (۱/۱)	دیپستان	۹ (۱/۸)	راور
				۵۰۳ (۱۰۰)	کل
۳۱۲ (۶۲)	> ۱,۰۰۰,۰۰۰		تحصیلات مادر	۵۰۲ (۹۹/۸)	خانه‌دار
۱۷۴ (۳۴/۶)	-۲,۰۰۰,۰۰۰	۱ (۰/۱)	دانشگاهی	۱ (۰/۲)	کارمند
	درآمد (ریال)				
۱۷ (۳/۴)	> ۲,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۳ (۱۰۰)	کل		
۵۰۳ (۱۰۰)	کل	۳۸۱ (۷۵/۷)	بی‌سواد	۶۴ (۱۲/۷)	کاسب
۸ (۱/۶)	ایرانی			۴۲۹ (۸۵/۳)	کارگر
۴۹۵ (۹۸/۴)	غیر ایرانی	۱۰۵ (۲۰/۹)	ابتدایی	۱ (۰/۲)	کشاورز
۵۰۳ (۱۰۰)	کل	۱۲ (۲/۴)	راهنمایی	۹ (۱/۸)	بیکار
۳۲۴ (۶۴/۴)	شهر	۴ (۰/۸)	دیپستان	۵۰۳ (۱۰۰)	کل
۱۱۱ (۲۲/۱)	روستا اصلی	۱ (۰/۲)	دانشگاهی	۱۰ (۲)	دارد
۱۹ (۳/۸)	روستا قمر	۵۰۳ (۱۰۰)	کل	۴۹۳ (۹۸)	ندارد
۲۱ (۴/۲)	روستا سیاری			۱۲ (۲/۴)	دارد
۲۸ (۵/۵)	حاشیه شهر			۴۹۱ (۹۷/۶)	ندارد
۵۰۳ (۱۰۰)	کل			۵۰۳ (۱۰۰)	کل

زایمان $2/16 \pm 3/39$ و میانگین تعداد مرده زایی
 $0/07 \pm 0/34$ و تعداد سقط $0/12 \pm 0/46$ در زنان مورد
مطالعه بود (جدول ۲).

مادران مورد بررسی، حداکثر ۴۸ و حداقل ۱۴ سال
سن داشتند. میانگین سن بارداری $1/91 \pm 38/82$ و
میانگین تعداد بارداری $2/2 \pm 3/57$ و میانگین تعداد

جدول ۲: میانگین شاخص‌های بارداری جامعه آماری

میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداکثر	حداقل	آماره توصیفی ویژگی‌های دموگرافیک
$26/62 \pm 6/29$	۴۸	۱۴	سن مادر (سال)
$3/53 \pm 2/20$	۱۳	۱	تعداد بارداری
$3/39 \pm 2/16$	۱۲	۰	تعداد زایمان
$0/07 \pm 0/34$	۳	۰	تعداد مرده زایی
$0/12 \pm 0/46$	۶	۰	تعداد سقط
$38/82 \pm 1/91$	۴۹	۱۶	سن بارداری (سال)

از مهم ترین علل زایمان در منزل، بالا بودن هزینه زایمان در بیمارستان بود که پاسخ ۷۱/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش را به خود اختصاص داد و تنها ۰/۶ درصد آنان بیان کردند که به علت وجود شرایط جوی نامناسب در هنگام زایمان به بیمارستان مراجعه نمی کردند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی علل زایمان در منزل از دید زنان مورد بررسی

آماره توصیفی	تعداد (درصد)	آماره توصیفی	تعداد (درصد)	آماره توصیفی	تعداد (درصد)	آماره توصیفی	تعداد (درصد)
علت انجام زایمان در منزل	تعداد (درصد)	علت انجام زایمان در منزل	تعداد (درصد)	علت انجام زایمان در منزل	تعداد (درصد)	علت انجام زایمان در منزل	تعداد (درصد)
بالا بودن هزینه زایمان	۳۵۹ (۷۱/۴)	حمایت ناکافی خانواده	۸۹ (۱۷/۷)	برخورد نامناسب کادر بیمارستان	۲۴ (۴/۸)	حمایت ناکافی دوستان و نزدیکان	۹ (۱/۸)
تصمیم خانواده	۱۶۸ (۳۳/۴)	طولانی بودن مسافت	۷۸ (۱۵/۵)	داشتن تجربه منفی قبلی	۱۷ (۳/۴)	عدم حفظ حریم خصوصی	۵ (۱)
باورها و اعتقادات خاص	۱۱۳ (۲۲/۵)	زایمان سریع (انجام زایمان در فاصله زمانی کمتر از ۳ ساعت)	۴۳ (۸/۵)	عدم وجود همراهی در هنگام زایمان	۱۵ (۳)	وجود شرایط جوی نامناسب در هنگام زایمان	۳ (۰/۶)
عدم وجود وسیله نقلیه	۱۱۲ (۲۲/۳)	فقدان همراهی تا رسیدن به بیمارستان	۴۳ (۸/۵)	عدم اعتماد به کارکنان بیمارستان	۱۳ (۲/۶)		
سهولت و راحتی زایمان در منزل	۸۹ (۱۷/۷)	ترس از محیط بیمارستان	۲۷ (۵/۴)				

بر اساس برازش مدل رگرسیون لجستیک، تنها متغیرهای تعداد بارداری و تعداد مرده زایی اثر معنی داری بر زایمان در منزل داشتند به این معنا که با اضافه شدن هر بارداری با ثابت بودن اثر سایر عوامل، نسبت شانس زایمان در منزل ۱/۳۶۶ برابر بود یعنی افزایش پیدا می کند. همچنین، با افزایش هر مرده زایی با ثابت بودن اثر سایر متغیرها، نسبت شانس زایمان در منزل ۰/۴۰۷ برابر می شد یعنی نسبت شانس کاهش می یافت (جدول ۴).

جدول ۴: بررسی ارتباط متغیرهای زمینه ای با متغیر زایمان در منزل

ضریب رگرسیونی	خطای معیار	P-value	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪
حد پایین	حد بالا			
۰/۴۴۵	۰/۸۶۷	۰/۶۰۸	۱/۵۶۰	۰/۲۸۵ - ۸/۵۴۳
۰/۲۳۸	۰/۳۳۳	۰/۴۷۵	۱/۲۶۸	۰/۶۶۱ - ۲/۴۳۵
-۰/۳۲۳	۰/۳۰۳	۰/۲۸۶	۰/۷۲۴	۰/۴۰۰ - ۱/۳۱۱
-۰/۰۲۱	۰/۰۲۴	۰/۳۸۲	۰/۹۷۹	۰/۹۳۵ - ۱/۰۲۶
-۰/۰۹۶	۱/۸۴۲	۰/۹۵۸	۰/۹۰۸	۰/۰۲۵ - ۳۳/۵۵۲
۱/۹۰۴	۱/۶۵۴	۰/۲۵۰	۶/۷۱۳	۰/۲۶۳ - ۱۷۱/۶۰۴
۰/۴۹۱	۰/۰۹۲	۰/۰۰۱	۱/۶۳۴	۱/۳۶۶ - ۱/۹۵۶
-۰/۵۳۰	۰/۲۷۶	۰/۰۵۵	۰/۵۸۹	۰/۳۴۳ - ۱/۰۱۱
-۰/۸۹۸	۰/۳۰۸	۰/۰۰۴	۰/۴۰۷	۰/۲۲۳ - ۰/۷۴۵

۱/۳۸۹	۰/۳۲۱	۰/۶۶۸	۰/۲۸۰	۰/۳۷۴	-۰/۴۰۴	خواسته بودن بارداری (پایه: بله)
۱/۱۸۹	۰/۴۳۳	۰/۷۱۷	۰/۱۹۸	۰/۲۵۸	-۰/۳۳۲	مراقبت بارداری (پایه: بله)
۱/۱۳۹	۰/۸۸۵	۱/۰۰۴	۰/۹۴۷	۰/۰۶۴	۰/۰۰۴	سن بارداری (سال)
		۰/۰۹۹	۰/۴۱۲	۲/۸۲۰	-۲/۳۱۴	عرض از مبدأ

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی اکثر زنانی که در منزل زایمان کرده بودند همسرانشان بی سواد و تقریباً تمامی آن‌ها خانه دار و اکثراً همسران آن‌ها کارگر و فاقد بیمه خدمات درمانی بودند. در مطالعه صالحی و همکاران که در خصوص علل عدم مراجعه زنان ساکن شهر زاهدان به زایشگاه جهت انجام زایمان به عمل آمده بود نیز درصد قابل توجهی از زنان خانه دار و همسران آنان اکثراً کارگر و بی سواد بودند و همچنین بیشتر آنان از درآمد سطح پایینی برخوردار و فاقد بیمه خدمات درمانی بودند که این موضوع تأثیر بالای عوامل اجتماعی و اقتصادی در این جمعیت را نشان می دهد (۶). ۹۸ درصد زایمان‌های در منزل در مطالعه حاضر مربوط به زنان غیر ایرانی بود که مطالعه همسو یافت نشد.

بر خلاف پژوهش حاضر، در مطالعه Adele در کشورهای پیشرفته زنانی که در منزل زایمان می کنند، تحصیلات بالایی دارند و از وضعیت اقتصادی خوبی نیز برخوردار هستند. به علاوه زایمان آن‌ها در شرایطی انجام می شود که امکانات لازم برای مقابله با مشکلات و عوارض زایمانی وجود دارد و آمبولانس نیز برای انتقال سریع بیمار به بیمارستان در دسترس بوده است (۱۰)؛ یعنی عوامل اجتماعی و اقتصادی موانع زایمان در منزل نبودند بلکه عواملی بودند که فرد را برای زایمان در منزل تشویق می کرد چراکه در کشورهای توسعه یافته شرایط زایمان در

منزل با امکانات استاندارد و برنامه ریزی شده فراهم می شود.

از علل مهم زایمان در منزل در این پژوهش به ترتیب الویت، بالا بودن هزینه زایمان، تصمیم خانواده، باورها و اعتقادات خاص، عدم وجود وسیله نقلیه، سهولت و راحتی زایمان در منزل، حمایت ناکافی خانواده، طولانی بودن مسافت، زایمان سریع، ترس از محیط بیمارستان، فقدان همراهی تا رسیدن به بیمارستان، برخورد نامناسب کادر بیمارستان، داشتن تجربه منفی قبلی، عدم وجود همراهی در هنگام زایمان، عدم اعتماد به کارکنان بیمارستان، حمایت ناکافی دوستان و نزدیکان، عدم حفظ حریم خصوصی و وجود شرایط جوی نامناسب در هنگام زایمان را نام برد. که نشانگر این است در وهله اول عوامل اقتصادی و سپس عوامل اجتماعی و فرهنگی بر انتخاب محل زایمان تأثیر بسزایی دارد که توجه و اتخاذ تدابیر لازم از سوی مسئولین امر سلامت را می طلبد.

از علل مهم زایمان در منزل در کشورهای پیشرفته، طبق مطالعه Adele، در کنار بچه بودن پس از زایمان، انجام زایمان تحت حمایت اطرافیان و اجتناب از عفونت‌های بیمارستانی ذکر شده است. در کشورهای در حال توسعه نظیر کشورهای آفریقایی می توان به مشکلات انتقال بیمار، زایمان سریع، بهرهمندی از ماساژ شکمی با خطر کمتر و راحتی در منزل را از علل زایمان در منزل را نام برد (۱۰).

طبق مطالعه Jewell و Olsen در کشورهای توسعه یافته و ثروتمندی مانند فرانسه، زایمان در بیمارستان هزینه‌ای معادل ۸۳۰ فرانک هزینه دارد (۱۱). همچنین بر اساس مطالعه عباسی مرنی و همکاران عامل هزینه یکی از موانع زایمان در بیمارستان است اما بر خلاف آن 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 (۹). طبق مطالعه Wiegers و همکاران 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 (۱۲).

برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه عباسی مرنی و همکاران درصد بیشتری از زنان به دلیل زایمان سریع (۳۲٪) نتوانسته بودند به بیمارستان مراجعه نمایند در حالی که تنها ۸/۵٪ زنان این دلیل باعث زایمان در منزل آنان شده بود (۹). برخلاف پژوهش حاضر، در مطالعه‌ای که Buchman و همکاران در آفریقای جنوبی انجام دادند، زایمان سریع به عنوان علت عمده زایمان در منزل مطرح بوده است (۱۳). مطالعات انجام شده در بنگلادش و اتیوپی نشان داد که شایع‌ترین دلایل زایمان در منزل فاصله تا بیمارستان و مراکز تسهیلات زایمانی، مشکلات حمل و نقل، عدم قدرت تصمیم‌گیری در بین زنان، سطح پایین مراقبت‌های قبل از تولد و سطح تحصیلات پایین مادران می‌باشد (۱۵، ۱۶). در هر حال این امر آموزش کافی به زنان به خصوص به هنگام مراقبت‌های دوران بارداری در مورد شروع روند زایمان را ضروری می‌سازد.

بر اساس برآزش مدل رگرسیون لجستیک، تنها متغیرهای تعداد بارداری و تعداد مرده‌زایی اثر معنی‌داری بر زایمان در منزل داشتند به این معنا که هر چه تعداد بارداری بیشتر شود، شانس زایمان در منزل بیشتر می‌شود و از طرفی با افزایش مرده‌زایی، شانس زایمان در منزل کمتر می‌شد. لازم به ذکر است در زمینه مقایسه تحلیل آماری بر اساس مدل رگرسیون لجستیک مقاله مشابهی یافت نشد. به هر حال با وجود این که مرده‌زایی به عنوان یک عامل بازدارنده زایمان در منزل می‌باشد، انتظار می‌رود که سیاست‌گذاران نظام سلامت ضمن توجه به کاهش تعداد مرده‌زایی در کلیه مادران ایرانی و حتی غیرایرانی تدابیری را اتخاذ نمایند تا به منظور حفظ و ارتقاء سلامت مادر و جنین، نسبت زایمان در بیمارستان به زایمان در منزل بیشتر شود.

پیشنهاده‌ها

برای تأمین زایمان ایمن و کاهش عوارض زایمان و مرگ‌ومیر نوزادان بایستی در درجه اول سعی در ساماندهی بیمه خانوارهای غیرایرانی و کاهش هزینه‌های بیمارستانی و در وهله دوم رفع موانع فرهنگی عدم مراجعه به بیمارستان و مراکز تسهیلات زایمانی نمود که از جمله می‌توان به بالا بردن سطح سواد دختران و زنان، اشتغال خانم‌ها، بالا بردن شأن و منزلت اجتماعی آنان و آموزش و آگاه‌سازی مردم اشاره کرد. یافته‌های این مطالعه شواهد بهتری برای سیاست‌گذاران و ذی‌نفعان ارائه می‌دهد که به نوبه خود ممکن است به طراحی و اجرای مداخلات مناسب در موارد مختلف به طور کلی میزان کاهش زایمان در منزل و بهبود سلامت زنان کمک کند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی با کد اخلاق ۹۹/۱۶۸ مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان می باشد. از کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان های مورد مطالعه به جهت همکاری در

انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

بین نویسندگان تضاد منافی وجود نداشت.

References

1. Rajabi Naeeni M, Tizvir A, Moghimi D. Normal vaginal delivery or caesarian. 1st ed. Karaj: Meraj; 2015. [In Persian]
2. Emamiasfar N, Jalilvand P, Delavar B, Radpouyan L, Azemikhah A, Valafar S. National maternal surveillance system. Tehran: Tandis Publication; 2006. [In Persian]
3. Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
4. Wiegers TA, Vander zee J, Keirse MJ. Maternity Care in the Netherlands: The changing home birth rate. Birth 1998;25:190-7.
5. Maternal Health Office of Population, Family and Schools. Report on the performance and achievements of the national maternal mortality care system 2018. p.13-5.
6. Salehi M, Ghasemi Pour Z. Reasons for zahedan's women for not referring to delivery ward for child delivery. Journal of Reproduction and Infertility 2001; 3(9): 50-5. [In Persian]
7. Aremu O, Lawoko S, Dalal K. The influence of individual and contextual socioeconomic status on obstetric care utilization in the democratic republic of Congo: A Population-based Study. Int J Prev Med 2012; 3(4): 278-5.
8. Jat TR, Ng N, San Sebastian M. Factors affecting the use of maternal health services in Madhya Pradesh state of India: a multilevel analysis. Int J Equity Health 2011;10:59. doi: 10.1186/1475-9276-10-59
9. Abbasi Marani F, Foroghi Rad P, Safavi SH, Haghani H. The reasons of home delivery in Koohtasht city. Iran Journal of Nursing 2006;18(44):23-9. [In Persian]
10. Pillitteri A. Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family (Maternal and Child Health Nursing). 6th ed. Philadelphia, Pennsylvania, United States: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
11. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998; 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352>
12. Wiegers TA, Van Der Zee J, Keirse MJ. Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. Birth 1998;25(3):190-7. doi: 10.1046/j.1523-536x.1998.00190.x
13. Buchman E, Kritzing M, Tembe R, Berry D. Home births in the Mosvold health ward of KwaZulu. S Afr Med J 1989;76(1):29-31.
14. Chipfakacha V. Attitudes of women towards traditional midwives-a survey in the Kgalagadi (Kalahari) region. S Afr Med J 1994;84(1):30-2.
15. Fikre AA, Demissie M. Prevalence of institutional delivery and associated factors in Dodota Woreda (district), Oromia regional state, Ethiopia. Reprod Health 2012;9:33. doi: 10.1186/1742-4755-9-33
16. Idris SH, Gwarzo UM, Shehu AU. Determinants of place of delivery among women in a semi-urban settlement in Zaria, northern Nigeria. Annals of African Medicine 2006;5(2):68-72.

Evaluation of Effective Factors on Home Delivery from Women Perspective under Health Comprehensive Services Centers of Kerman Medical Sciences University

Tabasinezhad Nasrin¹, Safizadeh Mansoureh², Hassanzadeh Mehri³, Salari Sirous²,
Saber Mahani Mahin³, Damadi Batool^{4*}

• Received: 23. 04. 2019

• Revised: 08. 06. 2020

• Accepted: 09. 06. 2020



Abstract

Background & Objectives: Maternal mortality rate due to complications of pregnancy and delivery is one of the most important indicators of the development status of countries which has a direct relationship with delivery conditions. Preposition home delivery increase, this study has been done for the purpose of study of mothers views who are under Kerman Medical Sciences University for causes detecting of delivery at home.

Methods: This study was a descriptive-analytical one that was performed cross-sectionally on 503 mothers who are under comprehensive health service centers of Kerman University of Medical Sciences who were included in the study using convenience sampling method. The data were collected using a researcher-made questionnaire and were analyzed by descriptive statistics as well as logistic regression in SPSS software

Results: The most causes of home delivery were the high cost of delivery at hospitals (71.4%) and family's decision (33.4%). Unfavorable weather conditions (0.6%) had the least important role in home birth. The highest number of home births was related to non-Iranian population (98.4%). Based on the goodness of fit of logistic regression model, only the number of pregnancies and number of stillbirths had a significant effect on home birth.

Conclusion: Since the high cost of delivery at hospital is the major reason preventing non-Iranian women from referring to the hospital, it is necessary to adopt new policies for admission of non-Iranian women in public hospitals and provide insurance to them so that they would be encouraged to have delivery at hospital.

Keywords: Home Birth, Effective factors, Women, Comprehensive Health Service Centers, Health Centers

•**Citation:** Tabasinezhad N, Safizadeh M, Hassanzadeh M, Salari S, Saber Mahani M, Damadi B. Evaluation of Effective Factors on Home Delivery from Women Perspective under Health Comprehensive Services Centers of Kerman Medical Sciences University. *Journal of Health Based Research* 2020; 6(1): 15-24. [In Persian]

1. M.Sc. in Health Education, BSc in Health Network Management, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. MD, Department of Family Health, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. BSc in Public Health, BSc in Family Health, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4. BSc Midwifery, BSc in Family Health, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Batool Damadi

Address: Deputy of Health, Shafa Intersection, Jomhuri Blvd, Kerman, Iran

Tel: 00983431215750 **Email:** Bdamadi_1389@gmail.com