

نابرابری در زایمان ایمن و عوامل مرتبط با آن در ایران

مازیار مرادی لاکه: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مژده رمضانی: * دستیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

محسن نقوی: استادیار، دانشگاه واشنگتن

فصلنامه پایش

سال نهم شماره دوم بهار ۱۳۸۹ صص ۱۴۵-۱۵۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۱۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۴ اردیبهشت ۱۳۸۹]

چکیده

این مطالعه با هدف ارزیابی برابری در شاخص‌های زایمان ایمن (زایمان در محل مناسب، نوع زایمان و زایمان با کمک فرد مناسب) و برخی عوامل مرتبط با آن در ایران، طراحی شد. در این پژوهش توصیفی - تحلیلی، با استفاده از داده‌های پیمایش سلامت و جمعیت شناسی (Demographic and Health Survey-DHS) که در سال ۱۳۷۹ در ایران انجام شد، زن متأهل ۱۰-۴۹ ساله ایرانی که طی ۲ سال قبل از انجام مطالعه DHS، زایمان کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ارزیابی برابری با محاسبه Concentration index و دامنه اطمینان ۹۵٪ آن و رسم Concentration curve، انجام گرفت. بررسی عوامل مرتبط با وضعیت برابری در زایمان ایمن نیز از طریق رگرسیون لجستیک و با استفاده از متغیرهای سن، تحصیلات، شغل و محل سکونت (شهر یا روستا) مادر و وضعیت اقتصادی خانوار، انجام شد.

یافته‌ها نشان دادند که Concentration index و دامنه اطمینان ۹۵٪ آن برای انجام زایمان در محل مناسب، نوع زایمان و وجود فرد مناسب برای کمک به زایمان به ترتیب عبارتند از: (۰/۱۱۵، ۰/۱۱۱)، (۰/۱۰۷، ۰/۱۱)، (۰/۰۹۵، ۰/۱۰۵)، (۰/۰۹۹، ۰/۱۰۰) و (۰/۰۹۱، ۰/۰۹۵) که بیانگر نسبت بیشتر زایمان در محل مناسب و با کمک فرد مناسب در سطوح اقتصادی بالاتر و زایمان به روش طبیعی در سطوح اقتصادی پایین‌تر است. همچنین متغیرهای سن و تحصیلات مادر و سطح اقتصادی خانوار، با هر سه شاخص زایمان ایمن، ارتباط معنی‌داری داشتند و تحصیلات مادر در تمام موارد، مهم‌ترین عامل مؤثر بود.

این مطالعه نشان داد که در شاخص‌های زایمان ایمن، در سطح کشور، تفاوت معنی‌داری میان وضعیت موجود با وضعیت برابری کامل به لحاظ اقتصادی، وجود دارد و عوامل اجتماعی - اقتصادی، در ایجاد این نابرابری، سهیم هستند.

کلیدواژه‌ها: زایمان، برابری، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، ایران

* نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

تلفن: ۸۸۶۰۲۲۵

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، از داده‌های پیمایش سلامت و جمعیت شناسی (Demographic and Health Survey-DHS) که در سال ۱۳۷۹ در ایران انجام شد، استفاده شده است. برای به دست آوردن برآورد مناسبی از مناطق روستایی و شهری، در مطالعه DHS، حجم نمونه، معادل ۲۰۰۰ خانوار از مناطق شهری و ۲۰۰۰ خانوار از مناطق روستایی هر یک از ۲۸ استان کشور در سال مذکور، در نظر گرفته شد و علاوه بر آن ۲۰۰۰ خانوار نیز از منطقه شهری تهران به نمونه اضافه گشت. روش نمونه‌گیری به صورت خوشای و از نوع سیستماتیک بود که ۲۰۰۰ خانوار در مناطق شهری یا روستایی به ۲۰۰ خوشه ۱۰ خانواری تبدیل شدند و در مجموع، به ۱۱۳۹۵۷ خانوار دسترسی حاصل شد [۵].

مطالعه حاضر بر روی داده‌های مربوط به ۱۷۹۹۱ زن ۴۹-۱۰ ساله ایرانی که طی ۲ سال قبل از انجام مطالعه DHS زایمان کرده بودند انجام پذیرفت. داده‌های مذکور بر اساس جمعیت روستایی و شهری هر استان و با هدف افزایش قابلیت تعیین نمونه، وزن دهی شدند. جهت بررسی وضعیت برابری در زایمان ایمن، سه متغیر وابسته یعنی انجام زایمان در محل مناسب، نوع زایمان (طبیعی یا سازاری) و وجود فرد مناسب برای کمک به زایمان، مورد بررسی قرار گرفتند. محل انجام زایمان در پرسشنامه طرح DHS به صورت یک سؤال ۶ گزینه‌ای مطرح شده بود که در این پژوهش به یک متغیر دو حالت که نشانگر محل زایمان مناسب (زایشگاه یا بیمارستان دولتی، مرکز تسهیلات زایمان، زایشگاه یا بیمارستان خصوصی و مطب پزشک یا ماما) و نامناسب (منزل یا بین راه) بود، تبدیل شد. همچنین نوع زایمان نیز متغیری دو حالت بود که زایمان طبیعی یا سازاری را شامل می‌شد. فرد کمک کننده به زایمان نیز به دو حالت مناسب (پزشک، ماما یا پرستار تحصیل کرده و مامای روستایی که طبق تعریف، فردی است که شش ماه دوره دیده است) و نامناسب (مامای محلی که طبق تعریف فردی است که هیچ دوره رسمی ندیده است، اطرافیان یا هیچکس) تبدیل گشت. متغیرهای مستقل مورد بررسی در این طرح نیز عبارت بودند از: سن زن، تحصیلات، شغل و محل سکونت (شهر یا روستا) وی. همچنین Asset index که متغیری است برگرفته از ثروت خانوار و برای مشخص کردن وضعیت اقتصادی از آن استفاده شده است [۶]. این متغیر با وزن دهی از طریق PCA و بر اساس در اختیار داشتن دارایی‌هایی همچون یخچال، رادیو، تلویزیون، تلفن، خودرو و تولالت

مقدمه

امروزه علاوه بر شاخص‌هایی که متوسط سطح سلامت جوامع را نشان می‌دهند، توجه به مؤلفه‌هایی که بیانگر چگونگی توزیع آن در میان افراد و گروه‌های جمعیتی مختلف باشند نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در همین راستا، تأکید مجدد بر سلامت مادران به عنوان یکی از اهداف هشتگانه توسعه هزاره [۱]، در شرایطی که شاخص‌های مرکزی، نشانگر بهبود چشمگیر آن در بسیاری از کشورهای جهان هستند، لزوم توجه به جنبه‌های جدیدی از این پدیده، همچون برابری و توزیع عادلانه آن در میان افراد و گروه‌های مختلف جمعیتی را نشان می‌دهد.

Rachel E و همکاران در سال ۲۰۰۳ در انگلستان با انجام یک مرور سیستماتیک نشان دادند که زنان Manual class نسبت به سایر زنان، با تأخیر بیشتری مراقبت‌های بارداری را دریافت نموده و یا حتی به مقدار کمتر ویزیت می‌شوند. همچنین این محققان دریافتند که زنانی با اصلاح آسیایی نسبت به زنان سفید پوست انگلیسی، دیرتر مراقبت‌ها را دریافت می‌نمایند [۲]. Ronsman C. DHS ۴۲ کشور در و همکاران با استفاده از داده‌های مطالعه در حال توسعه دریافتند که در فقیرترین کشورها، بخش وسیعی از جمعیت به اعمال جراحی نجات بخش همچون سازارین دسترسی ندارند (کمتر از ۱ درصد برای ۲۰ درصد از فقیر جمعیت)، در حالی که در برخی کشورهای با درآمد متوسط، دسترسی بیش از حد نیاز وجود دارد (۱۵ درصد برای ۴۰ درصد از جمعیت) [۳]. در ایران نیز در طول دو دهه اخیر، نتایج درخشنایی در زمینه مراقبت‌های بارداری و زایمان در سطح کشور حاصل شده است؛ به طور مثال زایمان به کمک فرد دوره ندیده در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت، از ۲۷ درصد در سال ۱۳۷۲ به ۹/۳ درصد در سال ۱۳۸۲، کاهش یافته است؛ اما تغییر در شاخص‌ها در تمام استان‌ها و مناطق مختلف کشور، به طور برابر صورت نگرفته (گرچه واریانس بین استان‌های مختلف کشور از ۳۵۴ در سال ۱۳۷۲ به ۱۰۳/۸ در سال ۱۳۸۲ کاهش یافته است، اما همچنان نشانگر تفاوت قابل ملاحظه است) [۴]. از این رو با توجه به اهمیت موضوع، خصوصاً در بخش سیاست‌گذاری و ضرورت انجام پژوهش‌هایی که به ارزیابی دقیق وضعیت برابری در سلامت باروری و عوامل مؤثر بر آن پردازند، مطالعه حاضر به بررسی برابری در شاخص‌های زایمان ایمن، شامل انجام زایمان در محل مناسب، نوع زایمان مناسب و وجود فرد مناسب برای کمک به زایمان در ایران پرداخته است.

اطمينان ۹۵٪ (۲۶/۱) بود. جدول شماره ۱ خصوصيات اين زنان را به لحاظ شغل، تحصيلات و محل سکونت نشان مى دهد. جدول شماره ۲ نيز به توصيف شاخص های زايمان ايمان در ايران، بر اساس داده های طرح DHS می پردازد.

نمودار شماره ۱ نسبت زايمان هايي را که در محل مناسب انجام گرفته اند، در پنجك های مختلف اقتصادي در سطح کشور نشان مى دهد. همانطور که مشاهده مى شود، اين نسبت با بهبود وضعیت اقتصادي، از پنجك اول که نمایانگر پایین ترین سطح رفاهی است، به سمت پنجك آخر که بالاترین سطح رفاهی را نشان مى دهد به شکل معنی داري افزایش يافته و در رابطه با فرد كمک كننده به زايمان نيز روندي مشابه، بهبود وضعیت را در پنجك های اقتصادي بالاتر نشان مى دهد (نمودار شماره ۲). همچنین نسبت انجام زايمان به روش طبیعی در ۲۰ درصد پایین اقتصادي بالاتر بوده و با بهبود وضعیت رفاهی به نحو معنی داري کاهش يافته است (نمودار شماره ۳).

Concentration index مربوط به مكان مناسب برای زايمان، ۱۱۱/۰ به دست آمد و دامنه اطمينان ۹۵٪ آن نيز ۱۱۵/۰-۰/۱۰۷ بود که نشان دهنده بالاتر بودن معنی دار فراوانی مكان مناسب زايمان در سطوح اقتصادي بالاتر است. اين مفهوم در نمودار شماره ۴ نيز با توجه به آن که Concentration curve در زير خط برابري و در محدوده مقادير مثبت قرار گرفته است، قبل مشاهده است؛ به طوري که ۲۰ درصد از زنان دارای بدترین وضعیت اقتصادي که زايمان كرده اند، حدود ۱۵ درصد از مجموع زايمان هاي صورت گرفته در مكان مناسب را به خود اختصاص مى دهدن. مقدار مناسب برای کمک به زايمان نيز در سطح کشور عبارتست از ۹۵٪ آن در مورد فرد مطالعه با استفاده از داده های طرح DHS انجام شده است، قبل هماهنگی های لازم برای استفاده از اين داده ها با مسئول دفتر تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عمل دیده، برخوردار بوده اند.

نمودار شماره ۵ نيز با نشان دادن موقعیت Concentration curve در زير خط برابري مؤيد اين مطلب است؛ همچنین Concentration index و دامنه اطمينان ۹۵٪ آن در رابطه با نوع زايمان نيز (-۰/۱۰۵، -۰/۰۹۵) بود که مقادير منفي آن نشانگر افزایش نسبت زايمان طبیعی در پنجك های پایین رفاهی بوده و قرار گرفتن Concentration curve در بالاي خط

بهداشتی و همچنین چگونگی جمع آوري زباله، سیستم گرمایishi عمومی، مصرف معمول آشپزخانه، منبع آب آشامیدنی و نسبت اتاق به فرد، مورد محاسبه قرار گرفته و سپس تمامی خانوارها بر اساس آن به ۵ گروه مساوی تقسیم شدند که ۲۰ درصد اول و پنجم به ترتیب نشانگر کمترین و بیشترین سطح رفاهی خانوار، بودند. در توصیف متغیرها از درصد و دامنه اطمينان ۹۵٪ استفاده شد. جهت ارزیابی برابری از رسم Concentration curve و محاسبه Concentration index و دامنه اطمينان ۹۵٪ آن استفاده شد. Concentration curve منحنی است که برآورده از نابرايرى اقتصادي - اجتماعی موجود در متغیرهای مربوط به سلامت را دراختیار مى گذارد و در آن خط برابری که با زاويه ۴۵ درجه، گوشه چپ تحتانی را به گوشه راست فوقانی متصل مى سازد، نشانگر وضعیت برابری كامل است، اما اگر منحنی رسم شده بالاتر از خط برابری قرار گيرد، حاکی از آن است که متغیرمربوط به سلامت درمیان افراد فقیر بیشتر دیده مى شود و اگر پایین تر از خط ۴۵ درجه واقع شود، عکس آن حالت را نشان مى دهد. در رسم اين منحنی نيز از دستور GL curve استفاده شد [۸، ۷].

شاخصی است که فاصله Concentration curve را از خط برابری كامل نشان مى دهد و مقدار آن بين (۱+ و -۱-) است. مقادير منفي آن نشانگر قرار گرفتن منحنی در بالاي خط برابری بوده و مقادير مثبت آن واقع شدن منحنی در پایین خط ۴۵ درجه را نشان مى دهدن و صفر آن نيز بر خط برابری منطبق است [۹، ۸، ۷]. همچنین جهت تعیین دامنه اطمينان ۹۵٪ آن نيز از Newey-west regression method استفاده شد [۱۰]. تحليل عوامل مؤثر بر محل، نوع و فرد كمک كننده به زايمان نيز با استفاده از رگرسيون لجستيك انجام گرفت.

در ارتباط با بحث اخلاقی پژوهش نيز با توجه به آن که اين مطالعه با استفاده از داده های طرح DHS انجام شده است، قبل هماهنگی های لازم برای استفاده از اين داده ها با مسئول دفتر تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عمل آمده است.

يافته ها

در اين مطالعه ۱۷۹۹۱ زن متأهل ايراني ۴۹-۱۰ ساله که طي ۲ سال قبل از انجام مطالعه DHS زايمان كرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ميانگين سنی زنان مورد بررسی، ۲۶/۹ سال با دامنه

همین ترتیب در ساکنان شهر نسبت به روستا اختلافی مشاهده نشده است. اما در سطح تحصیلات دانشگاهی بیش از ۱۵۰ برابر بی سوادان و در پنجک بالای رفاهی بیش از ۲۰ برابر پنجک پایین بود.

شانس انجام زایمان به روش طبیعی با افزایش سن کاهش یافته و در زنان دارای تحصیلات دانشگاهی، کمتر از یک پنجم زنان بی سواد و در بالاترین پنجک رفاهی کمتر از ثلث زنانی بود که در پایین ترین پنجک اقتصادی قرار داشتند، اما در شاغلان نسبت به بی کاران بدون درآمد و در ساکنان شهر نسبت به روستا تفاوتی وجود نداشت. چنان که مشاهده می شود، تحصیلات مادر در هر سه مورد، مهم ترین عامل مؤثر در این میان بوده است.

برابری نیز نشان می دهد که نسبت انجام زایمان طبیعی با بهبود وضعیت اقتصادی کاهش یافته است (نمودار شماره ۶).

یافه های مربوط به بررسی عوامل مؤثر بر برابری، در جدول لجستیک ارائه شده است (جدول شماره ۳). همانطور که مشاهده می شود شانس انجام زایمان در محل مناسب با افزایش سن مادر، افزایش یافته و در سطح تحصیلی دانشگاهی بیش از ۵۰ برابر افراد بی سواد است. همچنین در بالاترین پنجک رفاهی بیش از ۱۵ برابر پایین ترین پنجک است، اما سکونت در شهر یا روستا و شغل درآمده، تأثیری در این مورد نداشتند. شانس انجام زایمان نیز به کمک فرد مناسب نیز با افزایش سن افزایش یافته، اما در افراد شاغل واحد درآمد، تفاوتی با افراد بی کار و فاقد درآمد نداشته و به

جدول شماره ۱- توصیف جمعیت زنان متأهل ۴۹-۱۰ ساله ایرانی که طی ۲ سال قبل از انجام مطالعه DHS زایمان کرده اند

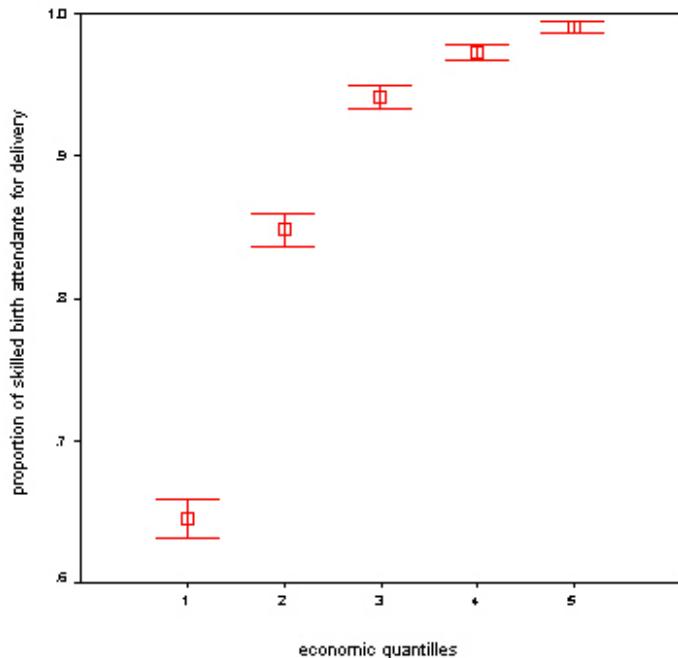
متغیرهای مستقل	تعداد	درصد
شغل		
بی کار و بدون درآمد	۲۲۴	۱/۴
دانش آموز	۱۰۱	۰/۶
خانه دار	۱۴۴۵۶	۸۱/۳
شاغل	۳۰۰۲	۱۶/۷
سطح تحصیلات		
بی سواد	۴۷۱۲	۲۳/۴
ابتدایی	۶۴۸۱	۳۴/۳
راهنمایی	۲۹۴۲	۱۷/۷
دیپرستان و پیش دانشگاهی	۲۸۷۹	۱۹/۴
دانشگاهی	۸۱۹	۵/۲
محل سکونت		
روستا	۹۷۸۶	۵۰/۱
شهر	۸۲۰۵	۴۹/۹

جدول شماره ۲- توصیف شاخص های زایمان ایمن در ایران بر اساس داده های مطالعه DHS

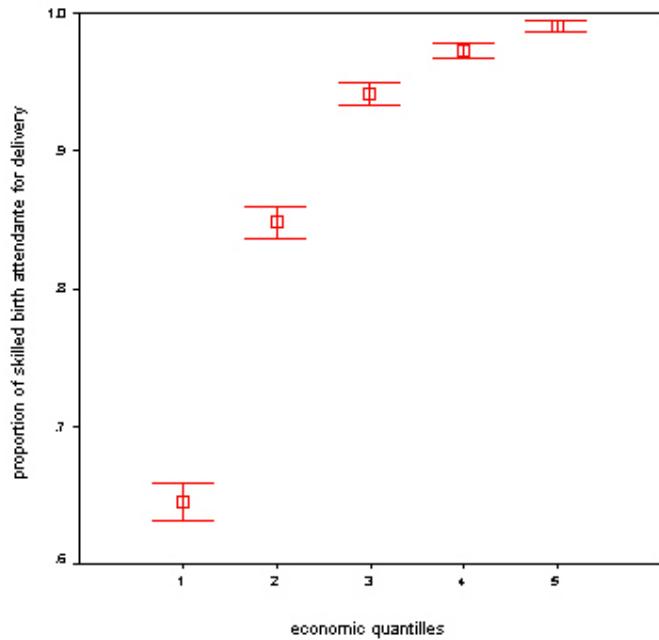
وضعیت محل زایمان	تعداد	درصد	شاخص های زایمان ایمن
مناسب	۱۴۳۱۰	۸۳/۵۳	
نامناسب	۳۶۸۱	۱۶/۴۷	
فرد کمک کننده به زایمان			
مناسب	۱۴۸۲۷	۸۶/۰۷	
نامناسب	۳۱۶۴	۱۳/۹۳	
نوع زایمان			
طبیعی	۱۳۱۰۹	۶۸/۳۷	
سازاری	۴۸۸۲	۳۱/۶۳	

جدول شماره ۳ - رگرسیون لجستیک جهت بررسی تأثیر سن، شغل، محل سکونت، تحصیلات و دارایی رفاهی خانوار بر شاخص‌های زایمان ایمن

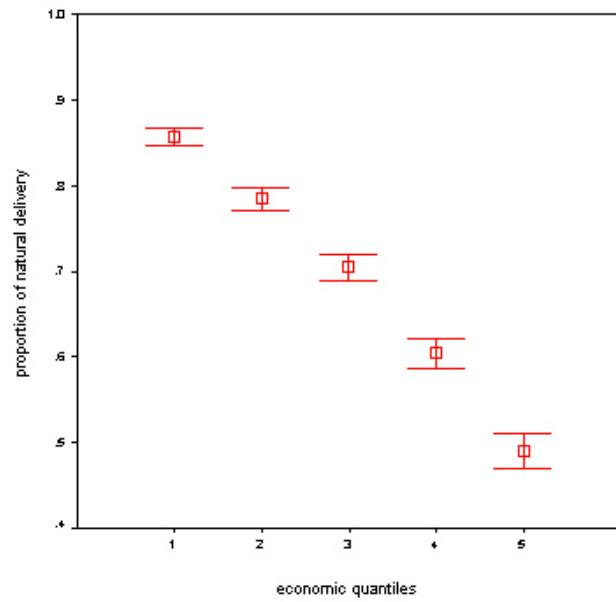
متغیرهای مستقل	محل زایمان (دامنه اطمینان ۰/۹۵) OR ^{۰/۹۵}	فرد کمک کننده به زایمان (دامنه اطمینان ۰/۹۵) OR ^{۰/۹۵}	نوع زایمان (دامنه اطمینان ۰/۹۵) OR ^{۰/۹۵}
سن	۰/۹۶۴ (۰/۹۵۵-۰/۹۷۳)	۱/۰۲۱ (۱/۰۱۰-۱/۰۳۲)	۱/۰۱۸ (۱/۰۰۷-۱/۰۲۸)
شغل			
شاغل یا بی‌کار واجد درآمد	۰/۹۹۰ (۰/۶۸۵-۱/۴۹۹)	۱/۷۲۱ (۰/۶۷۱-۴/۴۱۲)	۱/۷۰۵ (۰/۷۳۳-۳/۹۶۹)
خانه دار	۰/۸۹۱ (۰/۵۹۸-۱/۳۲۸)	۱/۸۲۲ (۰/۷۱۳-۴/۶۵۲)	۱/۷۲۳ (۰/۷۴۴-۳/۹۹۳)
دانش آموز	۱/۱۷۷ (۰/۵۸۰-۲/۴۷۶)	۴/۲۷۵ (۰/۶۴۴-۲۸/۳۷۰)	۳/۴۳۳ (۰/۷۰۹-۱۶/۶۲۳)
بی‌کار فاقد درآمد	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع
محل سکونت			
شهر	۱/۰۲۵ (۰/۹۱۲-۱/۱۵۳)	۰/۹۷۱ (۰/۸۱۲-۱/۱۶۱)	۱/۱۴۵ (۰/۹۵۷-۱/۳۷۰)
روستا	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع
سطح تحصیلات			
دانشگاهی	۰/۱۶۵ (۰/۱۲۳-۰/۲۲۱)	۱۵۴/۲۷۳ (۲۰/۹۵۵-۱۱۳۵/۷۳۶)	۵۱/۵۸۳ (۱۵/۴۳۱-۱۷۲/۴۲۹)
دیبرستان و پیش دانشگاهی	۰/۲۸۰ (۰/۲۲۹-۰/۳۴۲)	۱۷/۹۴۰ (۱۱/۷۱۸-۲۷/۴۶۵)	۱۳/۳۲ (۹/۵۶۴-۱۸/۵۶۷)
راهنمایی	۰/۳۹۴ (۰/۳۲۵-۰/۴۷۹)	۹/۵۲۵ (۷/۱۶۰-۱۲/۶۷۲)	۸/۷۲۲ (۶/۱۱۹-۱۱/۱۵۶)
ابتدایی	۰/۵۸۳ (۰/۴۹۹-۰/۶۸۱)	۳/۹۲۶ (۳/۴۰۴-۴/۵۲۸)	۳/۴۲۲ (۲/۹۹۲-۳/۹۱۴)
بی‌سواند	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع
شاخص دارایی رفاهی			
* ۲۰ درصد پنجم	۰/۲۸۹ (۰/۲۳۵-۰/۳۵۶)	۲۱/۵۶۰ (۱۱/۴۸۷-۴۰/۴۶۹)	۱۵/۵۹ (۹/۰۴۸-۲۶/۸۹۰)
۲۰ درصد چهارم	۰/۴۱۵ (۰/۳۴۷-۰/۴۹۶)	۱۱/۳۲۲ (۸/۲۱۲-۱۵/۶۰۹)	۹/۳۴۲ (۶/۸۸۸-۱۲/۶۶۹)
۲۰ درصد سوم	۰/۵۳۷ (۰/۴۵۸-۰/۶۳۱)	۵/۱۸۸ (۴/۰۷۹-۶/۵۹۹)	۴/۴۶۵ (۳/۵۷۵-۵/۵۷۷)
۲۰ درصد دوم	۰/۷۲۸ (۰/۶۲۹-۰/۸۴۳)	۲/۴۰۴ (۲/۰۶۹-۲/۷۹۲)	۲/۱۵۵ (۱/۸۶۷-۲/۴۸۷)
** ۲۰ درصد اول	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع	جمعیت مرجع
ضریب تعیین (R^2)	۱۰/۵	۲۹/۵	۲۸/۵



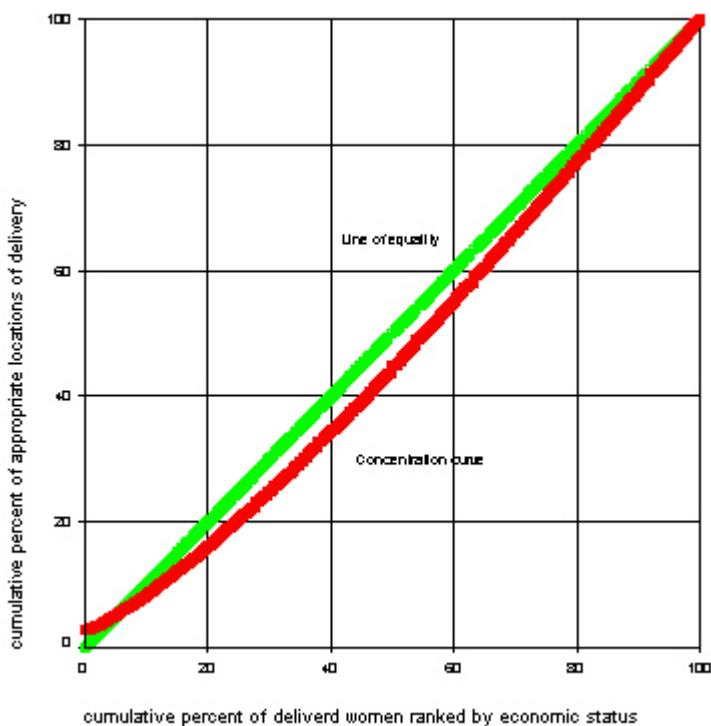
نمودار شماره ۱ - نسبت زایمان‌هایی که در محل مناسب انجام گرفته‌اند و
دامنه اطمینان ۰/۹۵٪ آنها در پنجک‌های اقتصادی DHS ایران



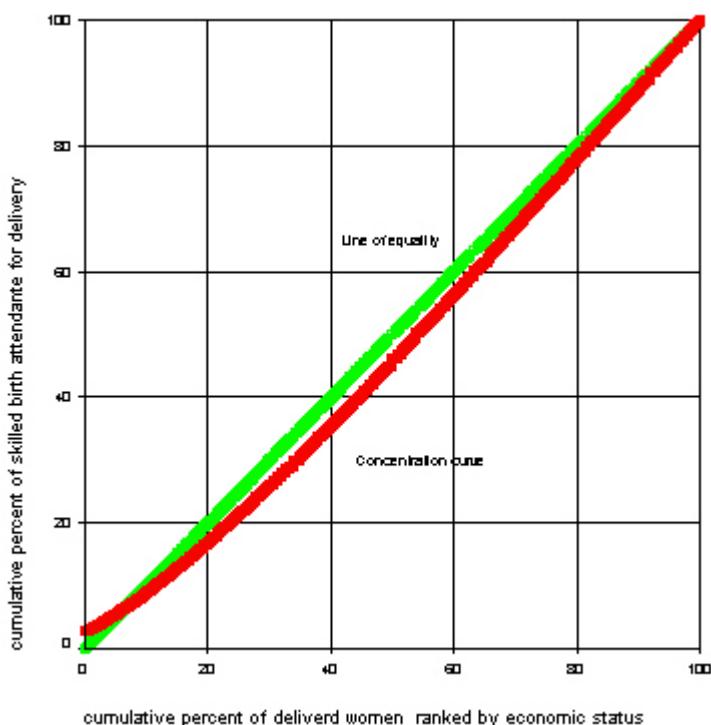
نمودار شماره ۲- نسبت زایمان‌هایی که با کمک فرد مناسب انجام گرفته‌اند و
دامنه اطمینان ۹۵٪ آنها در پنجمک‌های اقتصادی DHS ایران



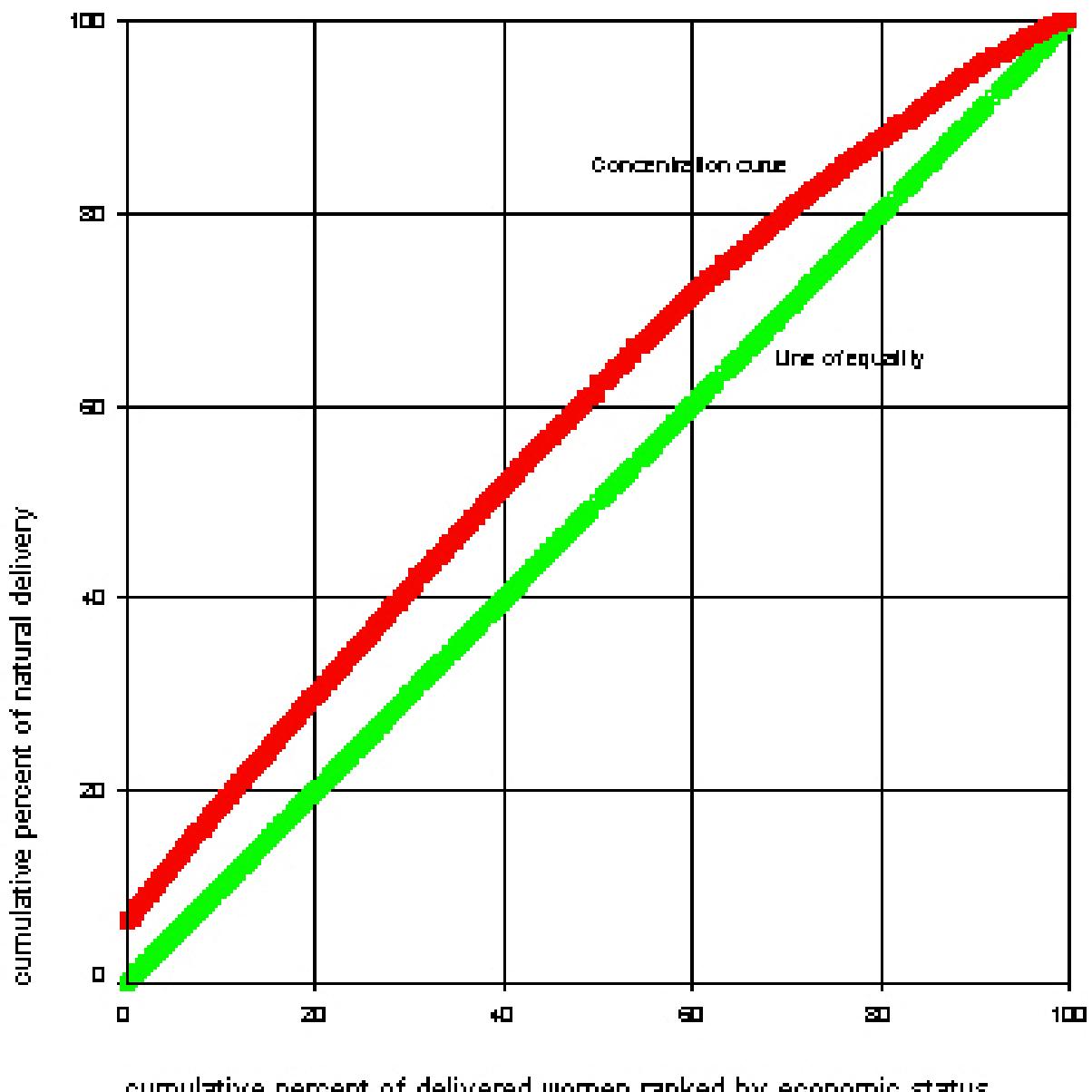
نمودار شماره ۳- نسبت زایمان‌هایی که به روش طبیعی انجام گرفته‌اند و
دامنه اطمینان ۹۵٪ آنها در پنجمک‌های اقتصادی DHS ایران



نمودار شماره -۴ مربوط به انجام زایمان در محل مناسب DHS ایران



نمودار شماره -۵ مربوط به انجام زایمان به کمک فرد مناسب DHS ایران



نمودار شماره ۶ مربوط به نوع زایمان به کمک فرد مناسب DHS ایران

مرتبط با سистем سلامت هستند که عبارتند از سرعت ارائه خدمات در مرکز، صلاحیت پزشک یا ماما، قابلیت تأمین مالی هزینه‌ها، آموزش بهداشت، حضور ۲۴ ساعته پزشکان، حضور پزشک و متخصص در تیم کاري و همچنین عوامل جمعیتی و اقتصادی - اجتماعی، سکونت در شهر یا روستا، مذهب، وضعیت تحصیلی، طایفه، سطوح شغلی، شغل و تحصیلات همسر، سن و نوبت بارداری. مطالعه مزبور، همبستگی مثبتی را میان سطح تحصیلات مادر و زایمان در محل مناسب گزارش کرده است ($P=0.0001$, $t=45$). [۱۱]

همچنین در يك مطالعه توصيفي مبتنی بر جامعه که در سال ۲۰۰۳ توسط Van den Break NR و همكاران در جامعه‌ای روستایی در جنوب Malawi انجام شد، يك رابطه معنی‌دار بين تحصیلات مادر و فاصله تا مرکز ارائه خدمات سلامت با پیامدهای بارداری (تعداد بارداری، مراقبت‌های دوره بارداری و زایمان با کمک فرد دوره دیده) به دست آمد؛ به طوری که با افزایش سطح تحصیلات و کاهش فاصله با مرکز ارائه خدمات، پیامدهای بارداری بهبود می‌یافتد [۱۲].

مطالعه ديگري که توسط Magadi و همكاران بر روی داده‌های DHS ۱۹۹۳ کنيا انجام شد، نشان داد که عوامل فرهنگی، اقتصادي - اجتماعی و وضعیت جمعیتی زنان و خانواده‌های آنان، در رفتار باروری و دسترسی به خدمات سلامت مؤثر هستند. آنان همچنین اعلام کردند که به نظر می‌رسد عواملی در خانواده‌ها و جوامع وجود دارند که روی مراقبت زایمان، تأثیر معنی‌داری می‌گذارند، اما همچنان از نظر دورمانده و به درستی شناخته نشده‌اند [۱۳]. در روستاهای بنگلادش انجام شد، نشان دادند که گرچه بهرمندی از خدمات مادری ايمان در بنگلادش خیلی ضعیف است و فقط نسبت خیلی کمی از زایمان‌ها در بیمارستان یا کلینیک انجام می‌پذیرند، ولی همین نسبت کم نیز بیشتر در زنانی با تحصیلات راهنمایی یا بالاتر بارداری‌های خواسته و در افرادی که ویزیت‌های منظم بارداری داشته‌اند، رخ داده است [۱۴]. در رابطه با زایمان سازارين A و همكاران در ایالات متحده آمريكا با مطالعه Dاده‌های مربوط به سال‌های ۱۹۹۶-۲۰۰۲ توسط The US Department of Defense healthcare beneficiary population نشان دادند که ميزان سازارين با افزایش سن مادر افزایش یافته و در بين اقلیت‌های نژادی بیش از زنان سفید پوست

بحث و نتيجه گيري

اين مطالعه نشان داد که در برخورداری از محل زایمان مناسب، شيوه زایمان و زایمان با کمک فرد مناسب در ايران، نابرابري وجود دارد؛ به طوري که زنان سطوح اقتصادي و تحصيلي بالاتر، به نسبت بيشرتري از امكان زایمان در محل مناسب و با کمک فرد دوره دیده، بهره مند هستند. در رابطه با نوع زایمان نيز انجام زایمان به روش طبيعي، با بهبود وضعیت اقتصادي و تحصيلي، کاهش یافته و در سطوح بالاي اقتصادي - اجتماعي، زایمان سازارين از درصد های بيشرتري برخوردار است. در بررسی عوامل مؤثر بر نابرابري در زایمان ايمان، در هر سه مورد محل، نوع و فرد کمک گننده به زایمان، مهم‌ترین عامل، تحصیلات مادر بود و پس از آن وضعیت اقتصادي خانوار. اما سکونت در شهر یا روستا و شغل مادر، در هیچ يك از موارد تأثيری نداشت، که شاید علت آن عملکرد فعال شبکه‌های بهداشتی - درمانی در سطح روستاهای باشد که توانسته است تأثير سطوح تحصيلي و اقتصادي پايان‌تر را جبران نماید. ضریب تعیین در این مطالعه در مورد روابط رگرسیونی در هر سه شاخص زایمان ايمان، کمتر از ۳۰ درصد بود، که با توجه به آن که در صورت وجود برابري در زایمان ايمان، انتظار می‌رود عواملی چون تحصیلات و وضعیت اقتصادي - اجتماعي، در پيشگوبي تغييرات متغيرهای سلامت باروري، نقشي نداشته باشند، اين مقادير نيز قبل توجه هستند. در مطالعه‌ای تحت عنوان «دگرگونی سیمای سلامت در روستا نشینان ايران» که توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكى در سال ۱۳۸۴ انجام شد، داده‌های حاصل از زيج‌های حياتي مناطق روستايی کشور در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ مورد جمع‌بندی و تحليل قرار گرفت. اين مطالعه نشان داد که رفتار باروري پرخطر همچون سن کم هنگام ازدواج، استفاده نکردن از روش‌های مدرن پيشگيری از بارداري، حاملگي در سنین پرخطر و زایمان مكرر، از بى سوادى و كمبود اشتغال، به ويزه در زنان سرچشمءه می‌گيرد. همچنین در اين مطالعه از نسبت زایمان به کمک فرد دوره نديده و زایمان در منزل، به عنوان شاخص‌هایی از فقر و نداری استفاده شد [۴]. پژوهش‌هایی از دیگر نقاط جهان نيز وجود نابرابري ناشی از وضعیت اقتصادي و تحصيلي را در زایمان ايمان، تأييد می‌نمایند. Onah HE و همكاران در يك مطالعه که در سال ۲۰۰۶ در نيجيريه انجام شد، به بررسی عوامل مؤثر بر انتخاب مكان زایمان توسط زنان باردار پرداختند. یافته‌ها نشان دادند که عوامل مؤثر، آميخته‌ای از عوامل اجتماعي - اقتصادي و عوامل

پیامدهای ارزشمند آن برای سلامت جوامع از طرف دیگر با توجه به نسبت بیشتر زایمان سازارین در سطوح تحصیلی بالاتر، توجه بیش از پیش به تهیه، اجرا و نظارت بر دستورالعمل‌های بالینی برای تصمیم‌گیری در مورد شیوه زایمان، کاهش موارد سازارین‌های بی مورد را به دنبال خواهد داشت.

سهم نویسندها
 مازیار مرادی لاکه: طراحی ایده، طراحی طرح‌نامه، دریافت و آماده سازی داده‌ها، تحلیل داده‌ها
 مژده رمضانی: طراحی طرح‌نامه، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله
 محسن نقوی: طراحی ایده، طراحی طرح‌نامه

تشکر و قدردانی

با تشکر از راهنمایی‌های ارزنده آقای دکتر علی اکبر حق دوست و خانم دکتر مرضیه نجومی

است. همچنین روند تغییرات، نشانگر کاهش میزان سازارین در سطوح اقتصادی - اجتماعی بالاتر است [۱۵]. اگرچه این مطالعه کاهش روند سازارین را در بین سطوح بالای اقتصادی - اجتماعی، گزارش کرده است، اما احتمالاً این کاهش در پی مداخلاتی که در سطح دپارتمان و کشور انجام شده صورت گرفته است.

نکته‌ها و محدودیت‌ها:

۱- از آن جایی که در تحلیل‌های اولیه طرح DHS، توزیع متغیرهای زایمان ایمن در استان‌های مختلف، ارائه شده، از ذکر مجدد آنها در این مقاله خودداری شده است [۵].

۲- با توجه به آن که پژوهش حاضر بر روی داده‌های طرح DHS انجام شده است، فقط متغیرهایی که در پرسشنامه پیمایش مذکور، مروود پژوهش قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند و امکان بررسی متغیرهایی چون میزان مصرف یا درآمد خانوار و یا چگونگی دسترسی به مراکز ارائه خدمات سلامت وجود نداشت.

با توجه به نتایج این مطالعه، تحصیلات مادر از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر در ایجاد نابرابری در زایمان ایمن است که تأکید مجددی است بر ضرورت توانمند سازی هرچه بیشتر زنان و

منابع

1. UNDP. *Millennium development Goals: a Compact among nations to end human poverty*. New York: United Nations Development Program; 2003
2. Rachel E, Rowe, Jo Garcia. Social Class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health* 2003; 25: 113-19
- 3- Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet* 2006; 368: 1516-23
- 4- نقوی محسن، جعفری ناهید، جمشید بیگی عصمت، واثق سید حسین، آزاد امیرمسعود، اکبری محمداسماعیل. دگرگونی سیمای سلامت در روستانشینان ایران. چاپ اول، برگ رضوان، تهران ۱۳۸۴
- 5- Hosseinpour A, Mohammad K, Majdzadeh R, Naghavi M, Abolhassani F, Sousa A, et al. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83: 11-19
- 6- Rustein SO, Johnson K. *The DHS wealth index*. DHS comparative No.6. 2004
- 7- Wagstaff A, Paci P. On the measurement of inequality in health. *Social Science & Medicine* 1991; 33: 545-57
- 8- Kakwani NC, Wagstaff A, Van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation and statistical inference. *Journal of Economy* 1997; 77: 87-104
- 9- *The distribution and redistribution of income: a mathematical analysis*. 2th Edition, Lambert: Manchester, 1993
- 10- Newey WcK, West KD. Automat lag selection in covariance matrix estimation. *Review of Economic Study* 1994; 61: 631-53
- 11- Onah HE, Ieako LC, Illoabachie GC. Factors associated with the use of maternity services in Enugu, Southeastern Nigeria. *Social Science & Medicine* 2006; 63: 1870-78
- 12- Van Den Broek NR, White SA, Ntonya C, NqwaleM, Cullinan TR, Mdyneux ME, et al. Reproductive health in rural Malawi; a population based survey. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynecology* 2003; 110: 902-8
- 13- Magadi M, Diamond I, Rodrigues RN. The determinants of delivery care in Kenyo. *Social Biology* 2000; 47: 164-88
- 14- Islam MA, Chowdhury RI, Akhter HH. Complications during pregnancy, delivery, and

postnatal stages and place of delivery in Bangladesh.
Health Care Women International 2006; 27: 807-21

15- Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effect of maternal characteristics on cesarean delivery rates

among U.S. Department of Defense Health Beneficiaries. *Birth* 2004; 31; 3-11