

The most Common Sexual and Reproductive Health Needs in Women Referred to Healthcare and Triangle centers of Sari-2013

Soghra Khani¹,
Lida Moghaddam Banaem²,
Easa Mohammadi³,
AbuAli Vedadhir⁴,
Ebrahim Hajizadeh⁵

¹ PhD Student in Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received November 17, 2013 ; Accepted January 12, 2014)

Abstract

Background and purpose: Services of triangle centers in terms of training are counseling, prevention, and treatment in the three areas of sexually transmitted diseases, HIV / AIDS and drugs abuse. Healthcare providers of these centers have little respect for women's reproductive health needs (including safe motherhood). The health care centers do not provide enough sexual services including sexually transmitted diseases, HIV/AIDS and drug abuse to patients. The aim of this study was to determine and compare the most common SRH needs of individuals of this two types of centers.

Material and Methods: In this cross-sectional study, for determining the sexual and reproductive health needs of the women in two groups, a standardized questionnaire of SRH needs assessment was used. The frequency of sexual and reproductive health needs of 600 women referred to health centers (group I: 514 women) and triangular center (Group II: 86 women) were evaluated

Results: The most common SRH needs of women was cesarean section (need to safe delivery) in both two types of centers in the domain of safe motherhood, the use of traditional methods of contraception (need to spacing in childbearing) in the domain of family planning in the clients of the both two types of centers, being multi-partner of participants' husband (need to general and sexual health) in health care centers and being multi-partner of participants in triangle center in the domain of sexual history and practices (that the prevalence in two types of centers was very low, turbid and cheese form vaginal discharge (need to general and sexual health) in both types of centers in the domain of sexually transmitted infection, poor knowledge about routes of HIV transmission (need to knowledge about HIV/AIDS) in the domain of HIV/AIDS, and husband's sexual coercion (need to general, mental and sexual health) in the domain of violence. Among these needs, cesarean section (domain of safe motherhood) was more common than the others.

Conclusion: Considering that the most common SRH needs was related to safe motherhood domain (high rate of cesarean section), so, in order to save sources and solve some problems including stigma, it is recommended that these two types of centers be integrated.

Keywords: Sexual reproductive health, needs, women, health care setting

شایع ترین نیاز بهداشت باروری جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و مثلثی شهر ساری - ۱۳۹۲

صغری خانی^۱
لیدا مقدم بنائم^۲
عیسی محمدی^۳
ابوعلی ودادهیر^۴
ابراهیم حاجی زاده^۵

چکیده

سابقه و هدف: در مراکز مثلثی که در قالب آموزش، مشاوره، پیشگیری و درمان در سه بعد بیماری های آمیزشی، اچ آی وی/ایدز و سوء مصرف مواد فعالیت می کنند، به نیازهای باروری (از جمله مادری ایمن) توجه کافی مبذول نمی شود. از سوی دیگر در مراکز بهداشتی درمانی به نیازهای جنسی مراجعین توجه نشده و به بیماران مبتلا به بیماری های آمیزشی شامل اچ آی وی/ایدز و نیز به معتادان خدماتی ارائه نمی شود. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه شایع ترین نیاز بهداشت باروری جنسی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی و مثلثی شهر ساری در شمال ایران انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی؛ فاز اول (کمی) یک مطالعه بزرگ تر ترکیبی توضیحی متوالی است. نیازهای بهداشت باروری جنسی دو گروه، با استفاده از پرسش نامه ای استاندارد شده مطابق با فرهنگ ایرانی استفاده شد. فراوانی نیازهای بهداشت باروری جنسی در ۶۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی (گروه اول: ۵۱۴ نفر) و مرکز مثلثی (گروه دوم: ۸۶ نفر) شهر ساری ارزیابی و مقایسه شد.

یافته ها: شایع ترین نیاز بهداشت باروری جنسی در بعد مادری ایمن؛ سزارین در هر دو گروه، در بعد تنظیم خانواده؛ استفاده از روش های سستی پیشگیری از بارداری در هر دو گروه، در بعد سابقه و رفتارهای جنسی؛ در گروه اول مولتی پارتو بودن همسر به تصور زنان و در گروه دوم مولتی پارتو بودن مراجعه کننده، در بعد STI؛ ترشح غیرشفاف و پنییری شکل در هر دو گروه، در بعد HIV/AIDS؛ کمبود آگاهی در باره راه های انتقال HIV در هر دو گروه و در بعد خشونت، وادار شدن به فعالیت جنسی از سوی همسر در هر دو گروه بوده است. در میان این ها انجام سزارین (بعد مادری ایمن) از سایر موارد شایع تر بود.

استنتاج: با توجه به این که در هر دو گروه، شایع ترین نیاز، مربوط به بعد مادری ایمن (شیوع بالای سزارین) بود، لذا به منظور صرفه جویی در هزینه ها و حل مشکلاتی از قبیل داغ ننگ در مراجعین به مراکز مثلثی، پیشنهاد می شود این دو نوع مرکز در هم ادغام شوند.

واژه های کلیدی: بهداشت باروری جنسی، نیاز، زنان، سیستم سلامت

مقدمه

تأمین و حفظ توسعه پایدار در گرو سلامتی
است (۱). سازمان ملل متحد تأمین سلامت را به عنوان
تکلیف همه دولت ها اعلام کرده است (۲). سلامت
باروری به حالتی از سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه

E-mail: moghaddamb@modares.ar.ir

مؤلف مسئول: لیدا مقدم بنائم - تهران: تقاطع بزرگراه چمران، جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۵. دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۰/۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲

اجتماعی در همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل و روند و کارکرد آن اطلاق می‌شود. بهداشت جنسی، هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی امور جنسی انسان است، به گونه‌ای که شخصیت، روابط و عشق را ارتقاء داده و پربارتر کند (۳). از سال ۱۹۹۵ سازمان جهانی بهداشت، سلامت باروری و جنسی را با هم مطرح کرده و سلامت جنسی را جزیی از سلامت باروری می‌داند (۴). خدمات باروری جنسی شامل خدمات مربوط به مادری ایمن، مشاوره تنظیم خانواده و خدمات فاصله گذاری بین فرزندان، پیشگیری و درمان عفونت‌های دستگاه تولید مثل و بیماری‌های منتقله از راه جنسی شامل خدمات مربوط به HIV/AIDS، تحصیل و مشاوره به میزان مناسب درباره موضوعات جنسی انسان، تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان و دهانه رحم، پیشگیری و درمان مناسب ناباروری و باروری کاهش یافته، طرد فعال اعمال مضر مثل ختنه زنان، سلامت باروری جنسی نوجوانان و پیشگیری و درمان خشونت مبتنی بر جنسیت می‌باشد (۵).

مهم‌ترین مشکلات بهداشت باروری جنسی در ۳ طبقه قرار می‌گیرند:

۱) مشکلات مربوط به زمان و فاصله بین بارداری‌ها و زایمان‌ها، ۲) مشکلات مرتبط با دستیابی به فرزندآوری سالم ۳) عفونت‌های منتقله از راه جنسی و بیماری‌های مرتبط با آن‌ها (شامل HIV/AIDS). پیچیدگی و ارتباط تنگاتنگ این مشکلات با یکدیگر سبب شده در پیدا کردن راه‌حل‌هایی مطمئن برای آن‌ها نیز با مشکل مواجه باشیم. این مشکلات، هم در سطح اجتماعی و هم در سطح فردی منابع بسیار زیادی را به خود اختصاص می‌دهند. در بسیاری از موارد عوامل پنهان اجتماعی و موانع نگرشی مانند تبعیض‌های نژادی، طبقه اجتماعی، سنی و جنسیتی که منجر به نابرابری‌های اجتماعی می‌شوند، از عوامل تشدیدکننده این مشکلات هستند (۶). سالانه ۲۰۰ میلیون بار بارداری در جهان رخ می‌دهد، در هر دقیقه بیش از یک مادر به دلیل عوارض

بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهد و به طور کلی ۵۸۵۰۰۰ مادر به همین دلیل هر سال از بین می‌روند (۷). هدف برنامه مادری ایمن، کسب اطمینان از این است که هر مادری در زمینه بهداشت جنسی و باروری به مجموعه خدماتی قابل ارائه و دارای کیفیت مطلوب دسترسی دارد (۸). در سیستم فعلی شبکه‌های بهداشت و درمان ایران خدمات بهداشت باروری در حد نسبتاً مطلوبی ارائه می‌شود در حالی که به نیازهای جنسی مراجعین توجه کافی مبذول نمی‌شود (۹، ۱۰).

ماده ۸۶ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذیربط را مکلف کرده است اقدامات لازم را جهت کاهش خطرهای زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری‌های ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی، معمول دارد (۱۱). به دلیل داغ ننگ ناشی از موارد ذکر شده، مراجعه این بیماران به مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات عملاً غیر ممکن بود (۱۲، ۱۳). به این منظور مراکز مثلی برای ارائه خدمات به این بیماران تأسیس شد (۱۴، ۱۵). فعالیت این مراکز در قالب آموزش، مشاوره، پیشگیری و درمان در سه بعد بیماری‌های آمیزشی، اچ آی وی/ایدز و مصرف مواد مخدر تعریف شده است. به همین خاطر نیز کلینیک‌های مثلی نام گرفته‌اند. در این مراکز، خدمات بسیار محدودی ارائه می‌شود. بنابراین با توجه به ماهیت و رسالت این مراکز، نیازهای بهداشت باروری زنان مراجعه کننده به مراکز مثلی از اولویت برخوردار نیستند (۱۵). در مراکز بهداشتی درمانی به نیازهای جنسی مراجعین توجه نشده و به بیماران مبتلا به بیماری‌های آمیزشی شامل اچ آی وی/ایدز و نیز به معتادان خدماتی ارائه نمی‌شود، از سوی دیگر در مراکز مثلی به نیازهای باروری (از جمله مادری ایمن) توجه کافی مبذول نمی‌شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به روش مقطعی بر روی ۶۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی (۵۱۴ نفر) و مثلی (۸۶ نفر) شهر ساری در اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۲ انجام شد، جهت تعیین شایع ترین نیازهای بهداشت باروری جنسی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و مثلی شهر ساری نیازسنجی انجام شد. برای نیازسنجی سیستم سلامت سه رویکرد وجود دارد: اپیدمیولوژیک، مقایسه‌ای و مشارکتی (۲۷). در این مطالعه که بخش کمی یک مطالعه ترکیبی است، از رویکرد دوم استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه ارزیابی نیازهای بهداشت باروری جنسی در افراد اجتماعات سیار و آسیب پذیر در زیمبابوه بود. (sexual and reproductive health (SRH) vulnerable needs assessment among mobile & population (MPV) communities in Zimbabwe study report) (۲۸) بود. این پرسش نامه مشتمل بر ۷ بخش (۱۱۴ آیت) به شرح ذیل می‌باشد:

اطلاعات زمینه‌ای، مادری ایمن و پروفایل مرگ و میر و عملکرد بهداشتی، تنظیم خانواده، شرح حال و عملکرد جنسی، بیماری‌های منتقله از راه جنسی STIs (Sexual Transmitted Infections)، اچ آی وی/ایدز و خشونت جنسی. لازم به توضیح است که روایی و پایایی ابزار فوق در مطالعه‌ای که توسط UNFPA (United Nations Population Fund) و NEDICO (New Consulting Dimension) در سال ۲۰۰۸ در زیمبابوه انجام شد (۲۸)، بررسی شده است. با توجه به این که پرسشنامه فوق به زبان انگلیسی است، از نسخه فارسی آن که قبلاً توسط محققین تهیه شده بود، استفاده شد. برای انتقال به زبان فارسی از روش متقارن (Decentered or Symmetric) استفاده شد. در این روش در فرآیند ترجمه، محقق از ترجمه کلمه به کلمه اجتناب نموده و می‌تواند ملاحظات فرهنگی و اجتماعی را نیز در نظر گرفته و اصلاحاتی را در نسخه اصلی

تاکنون راهبردهای متنوعی برای ارتقاء ارائه خدمات به بیماران مبتلا به HIV/AIDS در کشورهای مختلف با توجه به شرایط فرهنگی آن کشور مطرح و اجرا شده است. از قبیل اتصال (Linkage) سلامت جنسی و باروری با HIV/AIDS (۱۶)، ادغام (Integration)، ادغام خدمات بهداشت باروری جنسی دوست‌دار جوانان در تسهیلات بهداشت عمومی در تانزانیا (۱۷، ۱۸)، ادغام برنامه‌های بهداشت باروری با HIV/AIDS (۱۹) و غیره. در ایران رفائی شیرپاک و همکاران توصیه کرده اند برای پاسخ گویی به نیازهای بهداشت جنسی افراد لازم است نظام خدمات بهداشتی تغییراتی را در خود ایجاد کند. ارائه خدمات بهداشت جنسی باید جزیی ادغام یافته در نظام خدمات بهداشت باروری بوده و با نیازسنجی، توانمندسازی و آموزش کارکنان، نظام بهداشتی را برای در اختیار گذاشتن چنین خدماتی آماده ساخت و مردم را برای استفاده از آن تشویق کرد (۲۰).

در مطالعاتی که تاکنون در ایران درباره نیازهای بهداشت باروری جنسی انجام شده، یا فقط به بررسی نیازهای باروری بیماران مبتلا به HIV/AIDS پرداخته‌اند (۲۱) و یا نیازهای آموزشی قشر خاصی مانند دختران یا پسران نوجوان (۲۲، ۲۳)، دانشجویان (۲۴) و یا زوجین در شرف ازدواج (۲۵) پرداخته‌اند. هیچ یک از مطالعات، نیازهای بهداشت باروری جنسی را توسط یک پرسش نامه بومی شده استاندارد بررسی نکرده‌اند. ضمناً این نیازها در دو گروه مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی و مثلی با یکدیگر مقایسه نشده است. این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه شایع ترین نیاز بهداشت باروری جنسی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی و مثلی شهر ساری در شمال ایران انجام شد. برای نیازسنجی سیستم سلامت سه رویکرد وجود دارد: اپیدمیولوژیک، مقایسه‌ای و مشارکتی (۲۶). در این مطالعه که قسمتی از یک مطالعه وسیع تر ترکیبی است، از روش دوم استفاده شده و نیازهای دو گروه مقایسه شدند.

اعمال نمایند (۳۱-۲۹). سپس روایی صوری (کمی و کیفی) و روایی محتوا (کمی و کیفی) و پایایی آن ارزیابی شد. در روایی صوری کمی، میانگین امتیاز تأثیر کل پرسشنامه برابر ۴/۲۴ بود. تعداد ۵ سؤال، امتیاز تأثیر کم‌تر از ۱/۵ به دست آوردند که حذف شدند (۳۲). در روایی محتوای کمی ۱۱ سؤال، CVR (Content Validity Ratio) مناسب (۳۳) را کسب نکردند که ۶ سؤال حذف و ۵ سؤال از نظر نگارشی اصلاح شدند. شاخص روایی محتوا CVI یا Content Validity Index برای تک تک سؤال‌ها محاسبه شد که همه سؤال‌ها CVI بالاتر از ۰/۸ به دست آوردند (۳۱، ۳۴). در تمام مراحل ترجمه و روان‌سنجی، بومی‌سازی نیز انجام شد. یعنی آیتم‌ها با توجه به سیستم سلامت کشور ترتیب داده شدند. پس از تهیه پرسشنامه فارسی، فاز کمی مطالعه (مطالعه حاضر) انجام شد.

جامعه پژوهش این مطالعه، کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی (به هر یک از واحدهای مراکز بهداشتی) و مرکز مثلثی (دریافت متادون، دریافت خدمات مامایی و HIV/AIDS) شهر ساری در زمان اجرای طرح بودند. نمونه‌های این پژوهش را ۶۰۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز که واجد مشخصات واحدهای مورد پژوهش (زبان فارسی متوجه شوند و به بیماری روانی شدید مبتلا نباشند و تمایل به مشارکت در پژوهش داشته باشند) بودند، تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه با درجه ی اطمینان ۹۵ درصد، نسبت ۰/۴۲، میانگین نسبت بیماران مبتلا به ایدز خواستار فرزند (۲۱) و عدم کفایت خدمات بهداشت باروری مراکز بهداشتی درمانی از نظر نمونه‌ها ۷۰/۸ درصد (۲۴)، ۵۹۵ نفر محاسبه شد. ۱۰ نمونه جهت جبران افت احتمالی نمونه (به طور مثال تکمیل نبودن همه قسمت‌های پرسش نامه) بیش‌تر اخذ شد که ۵ پرسش نامه از کل ۶۰۵ مورد دارای نقص بودند و در نهایت مطالعه بر روی ۶۰۰ نفر انجام شد. جهت اختصاص نمونه به دو نوع مرکز، ابتدا با توجه به نسبت زنان مراجعه‌کننده به

مرکز مثلثی و مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری (۶ به ۱) که با مراجعه مستقیم به مرکز بهداشت شهرستان و دریافت آمار مراجعین ماهانه زن توسط پژوهشگر محاسبه شد، شش هفتم آن (۵۱۴ نفر) به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری (گروه اول) و یک هفتم ۶۰۰ نفر (۸۶ نفر) به مرکز مثلثی (گروه دوم) اختصاص یافت. سپس مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری به سه طبقه "با مراجعه زیاد، با مراجعه متوسط و با مراجعه کم" تقسیم شد. از هر طبقه ۴ مرکز به طور تصادفی انتخاب، سپس ۲۶۰ نمونه به طبقه اول (مراجعه زیاد)، ۱۶۸ نمونه به طبقه دوم (مراجعه متوسط) و ۸۶ نمونه به طبقه سوم (مراجعه کم) اختصاص داده شد. بنابراین از بین زنان مراجعه‌کننده به واحدهای مامایی، تنظیم خانواده، کنترل رشد کودک و پزشک هر مرکز طبقه اول ۶۵ نفر، هر مرکز طبقه دوم ۴۲ نفر و هر مرکز در طبقه سوم، تقریباً ۲۲ نفر انتخاب شد. پرسشنامه توسط مامای هر مرکز از طریق مصاحبه فردی تکمیل شد. به‌طوری‌که در مورد افراد باسواد یک پرسش نامه خالی به آن‌ها داده می‌شد و مامای مرکز از روی پرسش‌نامه‌ای که در دست خود داشت، سؤالات را می‌خواند و مشارکت‌کننده در پرسش‌نامه خود علامت می‌زد. این کار جهت اطمینان دادن به مشارکت‌کننده در مورد عدم شناسایی او انجام می‌شد. ضمن این که اسامی افراد روی پرسش‌نامه درج نمی‌شد. در مورد افراد بی‌سواد یا با سواد کم، ماما سؤالات را خوانده و پاسخ مشارکت‌کننده را خودش علامت می‌زد. با کاهش فاصله زمانی بین تکمیل پرسش‌نامه تا بازبینی آن‌ها توسط محقق، اشکال در گردآوری داده‌ها و از دست رفتن پرسش‌نامه به حداقل رسانده شد. ضمن کسب رضایت کتبی از مشارکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه خواهد ماند. ضمناً تذکر داده شد هر زمان که خواستند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. جهت ورود اطلاعات و تجزیه و تحلیل آماری از

نرم افزار SPSS استفاده شد. در هر متغیر، به افرادی که نیاز داشتند کد ۱ و افرادی که نیاز نداشتند کد ۰ داده شد. به عنوان مثال، به افرادی که مراقبت دوران بارداری دریافت نکرده بودند، مورد ضرب و شتم قرار گرفته بودند و یا کم تر از ۵ راه انتقال را می دانستند (متغیر آگاهی درباره راه های انتقال (HIV/AIDS) کد ۱ داده شد و به افرادی که مراقبت دوران بارداری را دریافت کرده بودند، مورد ضرب و شتم قرار نگرفته بودند و یا حداقل ۵ مورد از راه های انتقال HIV/AIDS را می دانستند، کد ۰ داده شد. برای محاسبه شایع ترین نیاز در دو نوع مرکز، فراوانی متغیرها مشخص شد. پس از مشخص شدن شایع ترین نیاز بهداشت باروری جنسی، فراوانی متغیرها به تفکیک نوع مرکز (بهداشتی درمانی یا مثلثی) به ترتیب نزولی مرتب شدند. متغیر با فراوانی بیش تر به عنوان شایع ترین نیاز در نظر گرفته شد. سرانجام عوامل مرتبط با آن مشخص شد (متغیرهای کمی با آزمون Student T-test و متغیرهای کیفی با آزمون χ^2) و جهت تعیین متغیرهای پیش بین شایع ترین نیاز، از رگرسیون لجستیک استفاده شد. مراجعین به دو نوع مرکز از نظر مشخصات دموگرافیک با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته ها

بین مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی و مثلثی تفاوت معنی داری از نظر متغیرهای سن، سن همسر، تحصیلات، شغل، شغل همسر و سرپرست خانوار وجود داشت. دو گروه از نظر سن ازدواج، درآمد ماهانه و هزینه ماهانه خانوار تفاوت معنی داری نداشت. جدول شماره ۱ مقایسه مراجعین به دو نوع مرکز را از نظر مشخصات فردی نشان می دهد.

۵۱۳ نفر سابقه حداقل یک بارداری را داشته اند که از بین آنان ۲۸ نفر (۵/۵ درصد) مراقبت پره ناتال دریافت نکرده بودند. بین نوع مرکز و دریافت مراقبت پره ناتال رابطه وجود نداشت. (شایع ترین علت عدم تمایل

شخصی (۸ نفر)، فاصله بیش از حد تا مرکز، عدم استطاعت مالی و کمبود وسایل تجهیزات پزشکی هر کدام ۵ نفر). ۷ نفر (۱۶/۰ درصد) از آنان در بیمارستان زایمان نکرده بودند (شایع ترین علت عدم زایمان در بیمارستان (۳ نفر) عدم استطاعت مالی بود). دو گروه از نظر وجود مشکل در دوره بارداری، حین زایمان و یا در

جدول شماره ۱: مقایسه مشخصات زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و مثلثی شهر ساری در سال ۱۳۹۲

متغیر	نوع مرکز		سطح معنی داری
	بهداشتی درمانی	مثلثی	
سن (سال)			
(میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۷/۷۶۲۶۲ $\pm$ ۳۱/۶۴	۹/۷۳۳۵ $\pm$ ۳۵/۳۹	۰/۰۰۱
سن به هنگام ازدواج (سال)			
(میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۴/۰۵۲۰ $\pm$ ۲۰/۸۶	۵/۴۱۹۶ $\pm$ ۱۹/۶۷	۰/۰۵۷
میزان تحصیلات			
بی سواد	(۱/۸) ۹	(۶) ۵	
کم تر از دیپلم	(۲۷/۶) ۱۳۱	(۲۹/۴) ۳۳	۰/۰۰۰۱
دیپلم	(۴۱/۶) ۲۰۵	(۲۵) ۲۱	
بیش تر از دیپلم	(۳۰) ۱۴۸	(۲۹/۸) ۲۵	
شغل			
خانه دار	(۷۵/۹) ۳۹۰	(۶۵/۵) ۵۷	
کارمند	(۱۱/۷) ۶۰	(۱۶/۱) ۱۴	۰/۰۰۰۱
کارگر	(۱/۲) ۶	(۸) ۷	
سایر موارد	(۱۱/۳) ۵۸	(۱۰/۳) ۹	
سن همسر (سال)			
(میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۸/۴۳۴۷ $\pm$ ۳۴/۷	۸/۶۳۶۸ $\pm$ ۳۶/۸	۰/۰۴
میزان تحصیلات همسر			
بی سواد	(۱/۸) ۹	(۵) ۵	
کم تر از دیپلم	(۴۱/۴) ۱۳۱	(۳۹/۴) ۳۳	۰/۰۰۳
دیپلم	(۳۰/۳) ۱۵۰	(۲۵) ۲۱	
بیش تر از دیپلم	(۳۰/۶) ۲۶	(۳۰/۶) ۲۶	
شغل همسر			
بی کار	(۲/۹) ۱۵	(۵/۷) ۵	
کارمند	(۱۶/۹) ۸۷	(۱۷/۲) ۱۵	
کارگر ماهر	(۱۱/۷) ۶۰	(۸) ۷	
کارگر ساده	(۲۲/۶) ۱۱۶	(۱۹/۵) ۱۷	
مشاغل تخصصی (پزشک، مهندس و...)	(۵/۱) ۲۶	(۱/۱) ۱	۰/۰۳
راننده	(۶/۲) ۳۲	(۲/۳) ۲	
بازنشسته	(۹/۷) ۵۰	(۴/۶) ۴	
آزاد	(۹/۱) ۲۷	(۱۰/۳) ۹	
سایر موارد	(۱۰/۵) ۵۴	(۱۳/۸) ۱۲	
سرپرست خانوار			
خودم	(۲/۲۷) ۱۴	(۲۴/۱) ۲۱	
همسر	(۸۹/۷) ۴۶۱	(۶۷/۸) ۵۹	۰/۰۰۰۱
پدرم	(۵/۳) ۲۷	(۳/۴) ۳	
سایرین	(۲/۳) ۱۲	(۴۶) ۴	
میزان درآمد ماهانه (میلیون ریال)			
کم تر از ۵	(۳۱/۷) ۱۵۹	(۴۱/۹) ۳۶	۰/۰۸
۱۰-۵	(۴۷/۳) ۲۳۷	(۳۲/۶) ۲۸	
۱۵-۱۰	(۱۲/۲) ۶۱	(۱۵/۱) ۱۳	
بیش تر از ۱۵	(۸۸) ۴۴	(۱۰/۵) ۹	

دوره پس از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند. ۳۴ نفر (۷/۷ درصد) در آخرین زایمان خود، مراقبت پس از زایمان دریافت نکرده بودند (شایع‌ترین علت عدم مراجعه، عدم اطلاع از وجود مراکز بهداشتی و عدم استطاعت مالی و طولانی بودن مدت بود). دو گروه از نظر دریافت مراقبت پس از زایمان اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

شایع‌ترین نیاز بهداشت باروری جنسی در بعد مادری ایمن سزارین در هر دو گروه، در بعد تنظیم خانواده استفاده از روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری در هر دو گروه، در بعد سابقه و رفتارهای جنسی در گروه اول مولتی پارتو بودن همسر به تصور زنان و در گروه دوم مولتی پارتو بودن مراجعه کننده، در بعد STI ترشح غیرشفاف و پیری شکل در هر دو گروه، در بعد HIV/AIDS کمبود آگاهی در باره راه‌های انتقال HIV در هر دو گروه و در بعد خشونت و آزار شدن به فعالیت جنسی از سوی همسر در هر دو گروه بوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی دو گروه بر حسب شایع‌ترین نیاز به تفکیک دامنه‌های شش‌گانه بهداشت باروری جنسی

دامنه	متغیر	نوع مرکز	
		بهداشتی	مطلبی
		درمانی	معنی‌داری
مادری ایمن	میزان سزارین (نیاز به زایمان ایمن)	۲۷۵ (۶۸/۵)	۴۱ (۶۶/۱)
تنظیم خانواده	استفاده از روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری	۱۰۲ (۲۰/۲)	۱۷ (۲۰)
سابقه و رفتارهای جنسی	مولتی پارتو بودن همسر به تصور زنان مولتی پارتو بودن مشارکت کننده (نیاز به سلامت عمومی و جنسی)	۱۳ (۲/۵) ۹ (۱/۷) (نیاز به سلامت عمومی و جنسی)	۴ (۴/۶) ۱۰ (۱۱/۶) ۳۹ (۴۴/۸)
عفونت‌های منتقله از راه جنسی	ترشح غیرشفاف و پیری شکل (نیاز به سلامت جنسی)	۱۶۸ (۳۳/۱)	۱۲ (۱۴)
اج‌آی‌وی/ایدز	کمبود آگاهی در باره ایدز (نیاز به آگاهی)	۱۸۷ (۳۶/۴)	۱۲ (۱۴)
خشونت	اجبار جنسی از سوی همسر (نیاز به فعالیت جنسی سالم)	۱۲۷ (۲۵/۲)	۴۰ (۴۷/۶)

شایع‌ترین مشکل نیاز بهداشت باروری جنسی، در هر دو گروه، شیوع بسیار بالای سزارین بود. از میان ۴۳۷ نفری که سابقه حداقل یک زایمان داشته‌اند، بین دو گروه از نظر روش زایمان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. عوامل مرتبط با سزارین عبارت بودند از: سن، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سن

ازدواج، سن همسر، تحصیلات همسر، سن شروع فعالیت جنسی، فرد تصمیم‌گیرنده درباره مسائل بهداشت باروری جنسی، دریافت مراقبت پره‌ناتال، فرد ارائه‌دهنده مراقبت پره‌ناتال، محل زایمان، عامل زایمان، بارداری ناخواسته، وضعیت حیات آخرین نوزاد، اجبار به مقاربت جنسی از سوی غریبه‌ها و خشونت جسمی (مورد ضرب و شتم قرار گرفتن) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: عوامل مرتبط با سزارین

متغیر	سزارین شده	سزارین نشده	سطح معنی‌داری
سن (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۳۰ $\pm$ ۷/۳	۳۶ $\pm$ ۱۳/۹	۰/۰۰۰۱
سن همسر (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۳۳/۸ $\pm$ ۷/۷	۳۸/۷۴ $\pm$ ۹/۵۶	۰/۰۰۰۱
سن هنگام ازدواج (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۱/۱۵ $\pm$ ۴/۴	۱۹/۲۴ $\pm$ ۳/۷	۰/۰۰۰۱
سن شروع فعالیت جنسی (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۱/۶ $\pm$ ۴/۵	۱۹/۵ $\pm$ ۳/۴۷	۰/۰۰۰۱
میزان تحصیلات کم‌تر از دیپلم دیپلم بیش‌تر از دیپلم	(۲۰/۳) ۹۳ (۴۰/۸) ۱۸۷ (۳۸/۹) ۱۷۸	(۴۹/۷) ۷۱ (۳۰/۸) ۴۴ (۱۹/۶) ۲۸	۰/۰۰۰۱
وضعیت اشتغال خانه‌دار شاغل	(۷۲/۳) ۳۳۱ (۲۷/۷) ۱۲۷	(۸۱/۱) ۱۱۶ (۱۸/۹) ۲۷	۰/۰۳۴
میزان تحصیلات همسر کم‌تر از دیپلم دیپلم بیش‌تر از دیپلم تعداد بارداری	(۲۶/۸) ۱۱۷ (۴۰/۶) ۱۷۷ (۳۲/۶) ۱۴۲ ۰	(۴۳/۳) ۶۱ (۳۴/۸) ۴۹ (۲۲) ۳۱ ۰	۰/۰۰۱
۱ ۲ ۳ ۴ $\geq$	(۱۸/۸) ۱۶ (۳۶/۵) ۳۱ (۱۷/۶) ۱۵ (۱۸/۸) ۱۶ (۸/۲) ۷	(۱۲/۱) ۶۱ (۳۵/۳) ۱۷۹ (۳۳/۹) ۱۷۱ (۱۲/۵) ۶۳ (۶/۲) ۳۱	۰/۰۲۳
فرد ارائه‌دهنده مراقبت پره‌ناتال مراقبت ندارد پزشک ماما هر دو محل زایمان	(۳/۸) ۱۴ (۲۶/۶) ۱۳۲ (۲۶/۶) ۹۸ (۳۳/۹) ۱۲۵ (۳۱/۸) ۹۴	(۸/۵) ۱۲ (۲۹/۱) ۴۱ (۳۵/۵) ۵۰ (۲۷) ۳۸ (۷۸/۹) ۱۱۲	۰/۰۱۸
بیمارستان دولتی بیمارستان خصوصی خارج از بیمارستان عامل زایمان پزشک ماما	(۶۸/۲) ۲۰۲ (۰) ۰ (۶۴/۶) ۲۹۶ (۳۵/۴) ۱۶۲	(۱۶/۲) ۲۳ (۴/۹) ۷ (۹۶/۵) ۱۳۸ (۳/۵) ۵	۰/۰۰۰۱
بارداری ناخواسته ندارد دارد وضعیت حیات آخرین نوزاد مرد زن	(۸۰/۵) ۳۵۴ (۱۹/۵) ۸۶ (۷/۸) ۵ (۹۲/۲) ۵۹	(۶۶/۲) ۹۴ (۳۳/۸) ۴۸ (۲/۴) ۹ (۹۷/۶) ۳۷۰	۰/۰۰۰۱
مورد ضرب و شتم قرار گرفتن خیر بله	(۹۲/۷) ۴۱۸ (۷/۳) ۳۳	(۸۶/۳) ۱۲۰ (۱۳/۷) ۱۹	۰/۰۰۲۱

جهت تعیین متغیرهای پیش بین سزارین، از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. جهت انجام مدل رگرسیون لجستیک، علاوه بر عوامل ذکر شده که با p کم تر از $0/05$ با سزارین مرتبط بودند، عوامل با p کم تر از $0/21$ (میزان درآمد ماهانه و وجود مشکل در بارداری، حین زایمان و یا پس از زایمان) نیز وارد مدل شدند. در رگرسیون از مدل Backward استفاده شد. این مدل نشان داد متغیرهای پیش بین سزارین عبارتند از: نوع مرکز، سن، میزان تحصیلات، سن شروع فعالیت جنسی، بارداری ناخواسته و محل زایمان (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: پیش بین های سزارین در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و مثلثی شهر ساری در سال ۱۳۹۲

متغیر	P. value	Exp (B)	حد پایین	حد بالا	95% CI for Exp
نوع مرکز	۰/۰۳۱	۲/۷۵۸	۱/۰۹۷	۶/۹۳۴	
سن	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳	۰/۸۸۸	۰/۹۶۰	
سن شروع فعالیت جنسی	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	۰/۷۸۴	۳/۱۱۰	
میزان تحصیلات					
دیپلم	۰/۰۰۵	۰/۵۴۴	۰/۲۶۵	۱/۱۱۶	
بالای دیپلم	۰/۰۹۷	۲/۲۵۸	۱/۰۹۷	۶/۹۳۴	
زیر دیپلم	۰/۲۰۵				
محل زایمان					
بیمارستان دولتی	۰/۰۰۰	۱/۳۸۵ E۹	۰/۰۰۰	.	
بیمارستان خصوصی	۰/۹۹۹	۱/۲۲۵ E۹	۰/۰۰۰	.	
خارج از بیمارستان	۰/۹۹۹				
constant	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰			

بحث

در این مطالعه مادری ایمن بعد با شایع ترین نیاز بوده است، به طوری که بیش از ۶۵ درصد موارد در هر دو گروه سابقه حداقل یک سزارین داشتند. این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است: نباید میزان سزارین از ۱۰ تا ۱۵ درصد زایمانها فراتر رود. میزان بالای سزارین نه تنها منفعتی در بر ندارد، بلکه عوارض سوء آن سبب تحمیل پیامدهای نامطلوبی بر اجتماع، مادر و نوزاد می شود. مرگ مادر ناشی از سزارین ۳ برابر زایمان واژینال است (۳۵). سالانه بیش از ۱۸/۵ میلیون سزارین در جهان انجام می شود. تقریباً ۴۰ درصد کشورهای جهان میزان سزارین کم تر از

۱۰ درصد، حدود ۱۰ درصد از کشورها بین ۱۰ و ۱۵ درصد و تقریباً ۵۰ درصد کشورها بیش از ۱۵ درصد دارند. در سال ۲۰۰۸ در ایران میزان سزارین ۴۱/۹ درصد بوده است که ۶ درصد آن غیر ضروری و حداقل سالانه ۱۴ میلیون دلار هزینه داشته است (۳۶). براساس مطالعات انجام شده در ایران متغیرهای سن هنگام زایمان، سن هنگام ازدواج، تحصیلات، سطح اقتصادی- اجتماعی، رتبه تولد، خصوصی یا دولتی بودن بیمارستان، مناطق شهری یا روستایی، میزان خدمات دریافت شده در دوران بارداری و زایمان سزارین قبلی رابطه وجود داشته است (۳۷). مطالعه ای که در سال ۱۳۸۱ در استان مازندران انجام شد نیز نشان داد بیش از ۴۵ درصد زایمانها به روش سزارین انجام شده بود که سزارین تکراری شایع ترین علت آن بوده است (۳۸). در ۶۲ درصد مرگ مادران در ایران، زایمان با روش سزارین بوده است (۳۹). با توجه به تفاوت فاحش آمار میزان سزارین در ایران با استاندارد و عوارض این عمل جراحی بزرگ و هزینه های هنگفتی که سالانه به خانواده ها و سیستم سلامت کشور تحمیل می شود، وقت آن رسیده است که برنامه های جدی و مؤثری جهت کاهش آن اجرا شود.

یافته ها نشان داد سن، یکی از متغیرهای پیش بین سزارین است. با هر سال افزایش سن، درصد میزان سزارین کاهش می یابد. چه در گروه ۳۵ سال به بالا و چه در گروه ۴۰ سال به بالا نسبت به دو گروه زیر ۲۰ سال و ۲۰ تا ۳۵ (یا ۴۰) سال میزان سزارین پایین تر بوده است. در حالی که در سایر مطالعات با افزایش سن، میزان سزارین نیز افزایش می یابد (۴۲-۴۰). دلیل این تفاوت این است که سن مراجعین در این مطالعه، سن آنان به هنگام مراجعه بوده است نه سن آنان در زمان زایمان یا در دوران بارداری. بنابراین اصلاً این یافته ها با یکدیگر قابل مقایسه نبوده و تفسیری ندارد. اگرچه وقتی در نمونه هایی که در زمان نمونه گیری باردار بودند نیز آزمون کای دو انجام شد، مشخص شد بین سزارین با

سن رابطه وجود ندارد (در هر دو گروه بالای ۳۵ و بالای ۴۰ سال).

مطالعه نشان داد میزان تحصیلات مشارکت کنندگان با میزان سزارین رابطه دارد (افراد که تحصیلات زیر دیپلم داشتند نسبت به دو گروه دیپلمه و با تحصیلات بالای دیپلم، بیش تر سزارین شده بودند. این یافته مخالف مطالعه‌ای بود که در ایران (۴۳)، نروژ (۴۴) و رم ایتالیا (۴۵) انجام شده بود که آنان میزان بالاتری از سزارین را در زنان با تحصیلات ابتدایی نسبت به زنان با تحصیلات دانشگاهی گزارش کردند. در حالی که در چین میزان سزارین در زنان با تحصیلات دانشگاهی بسیار بیش تر از زنان با سایر درجات تحصیلی بوده است (۴۶). متفاوت بودن یافته‌ها به چند علت می‌تواند باشد: این مطالعه داده‌ها حاصل پرسش مستقیم از زنان بوده است، در حالی که در مطالعات انجام شده در رم، نروژ و چین از پرونده‌های بیمارستانی یا داده‌های ثانویه سایر مطالعات و بنابراین در سطحی بسیار وسیع تر انجام شده بود. دیگر آن که به علت تفاوت‌های فرهنگی، میزان سزارین نیز می‌تواند متفاوت باشد، به طوری که در مطالعه نروژ تقاضای مادران با تحصیلات کم تر را برای سزارین شدن، عامل افزایش سزارین در این گروه دانسته بودند. به نظر می‌رسد در این مطالعه علت افزایش سزارین در مادران دیپلمه نسبت به دو گروه دیگر، این باشد که مادران کم سواد به توصیه‌های پزشک خود بیش تر تن می‌دهند، از سوی دیگر با توجه به این که مادرانی که سزارین شده بودند، جهت دریافت مراقبت پره‌ناتال بیش تر نزد پزشک رفته‌اند تا ماما، بنابراین نسبت به گروه‌های دیگر بیش تر سزارین شده‌اند. زیرا پزشکان سزارین را ترویج می‌کنند. از سوی دیگر علت پایین تر بودن میزان سزارین در مادران تحصیل کرده نسبت به دو گروه دیگر، دسترسی بیش تر آن‌ها به اطلاعات از طریق مطالعه کتاب، اینترنت و غیره است و همین دسترسی بیش تر سبب شده آنان نسبت به عوارض سزارین و مزایای زایمان طبیعی آگاهی بیش تری داشته

و زایمان طبیعی را برای تولد فرزندشان انتخاب کنند و نیز همان طور که سطح تحصیلات مادر افزایش می‌یابد، گرایش به استفاده از تسهیلات بهداشتی بیش تر می‌شود و از این رو مادر در معرض سزارین قرار می‌گیرد (۴۷). بنابراین زنان تحصیل کرده با احتمال بیش تری مادر شدن را به تأخیر می‌اندازند و احتمال زایمان سزارین از این طریق افزایش می‌یابد.

بر اساس یافته‌ها نوع مرکز (بهداشتی درمانی یا مثلثی) یکی دیگر از متغیرهای پیش‌بین سزارین بود. قسمت اعظم عفونت‌های HIV یا از راه جنسی منتقل می‌شوند یا همراه با بارداری، زایمان و شیردهی هستند (که همه این راه‌ها، عناصر اصلی مراقبت بهداشت باروری جنسی را تشکیل می‌دهند). علاوه بر این مشکلات بهداشت باروری جنسی در علل ریشه‌ای مانند فقر، نابرابری جنسیتی، داغ ننگ و تبعیض و نیز طرد (به حاشیه رانده شدن گروه‌های آسیب‌پذیر) با HIV/AIDS مشترک هستند. علی‌رغم این مسائل هنوز به طور وسیعی خدمات بهداشت باروری جنسی و HIV/AIDS از یکدیگر جدا ارائه می‌شوند (۴۸).

با دسترسی بیش تر مراقبت و درمان HIV/AIDS، افرادی که با HIV زندگی می‌کنند سلامت خود را باز می‌یابند، طولانی تر زندگی می‌کنند و برای آینده‌شان برنامه خواهند داشت که همان تصمیم‌گیری در باره امکان شروع یا گسترش خانواده است. علی‌رغم این که اجتماع فشار می‌آورد که افراد مبتلا به HIV نباید رابطه جنسی داشته باشند یا بچه‌دار شوند، هر کسی حق دارد که درباره تعداد، فاصله و زمان بچه‌دار شدن خود آزادانه تصمیم بگیرد. دسترسی به تنظیم خانواده و اطلاعات جامع درباره فعالیت جنسی نیازهای همگانی هستند. ادغام HIV و سایر خدمات باروری و جنسی مانند تنظیم خانواده و سلامت مادران یک استراتژی موفق است که قدرت نفوذ منابع موجود و کمیاب را بدون تحمیل بار بی‌مورد بر سیستم‌های سلامت فراهم می‌کند (۴۹).

در این مطالعه محل زایمان (بیمارستان خصوصی) از دیگر پیش‌بین‌های سزارین بوده است. در سایر مطالعات نیز بیمارستان‌های خصوصی نقش بسیار مهمی در افزایش سزارین ایفا می‌نماید (۵۲-۵۰).

مطالعات انجام شده در انگلستان، آمریکا و آمریکای لاتین نشان دهنده افزایش سزارین است (۴۲، ۵۳، ۵۴). در حالی که بعضی از کشورها در کنترل افزایش سزارین موفق شده‌اند (۵۵). یکی از معضلات عمده نظام سلامت در کشور ایران افزایش بی‌رویه زایمان سزارین است. شواهدی وجود دارد که در طی دو دهه گذشته در جمهوری اسلامی ایران افزایش سریعی در تعداد عمل جراحی سزارین اتفاق افتاده است. میزان سزارین در سال‌های ۱۳۵۵، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶ به ترتیب ۱۹/۵ درصد، ۱۸ درصد، ۲۳ درصد، ۲۴ درصد بوده است. عوامل زیادی (طبی و اجتماعی فرهنگی) در شیوع بالای آن دخیل هستند که علل طبی آن عبارتند از: چندقلوبی، عدم پیشرفت مراحل زایمانی، عوامل جنینی شامل انسداد یا فشردگی بدن ناف، مانیتورینگ جنینی اختلالات ضربان قلب را نشان دهد، مشکلات مربوط به جفت، جنین درشت، نمایش بریج، عفونت‌های مادر، مثل ایدز و تب خال، وضعیت طبی مادر مثل دیابت و هیپرتانسیون (۵۶). سایر علل افزایش سزارین عبارتند از دسترسی به خدمات بهداشتی و تکنولوژی پیشرفته تر، محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری (خصوصی یا دولتی) (۵۷، ۵۸) که بیش‌تر تحت تأثیر عامل ارائه‌کننده مراقبت‌ها است (بی‌صبری پزشکان طی مراحل زایمانی و اقدام زودتر و بدون اندیکاسیون به القاء و تشدید دردهای زایمانی، منجر به افزایش سزارین شده است) (۵۹)، بی‌توجهی به کار گروهی در رشته زنان و زایمان، نظام بیمه‌ای، سزارین تکراری که زنان را در یک سیکل معیوب قرار داده و منجر به افزایش هر چه بیش‌تر سزارین می‌شود. افزایش سن ازدواج، افزایش سن مادر به هنگام تولد اولین فرزند، افزایش چاقی مادران، افزایش میزان اشتغال زنان، نگرانی هم‌سر از

سلامتی و تأثیر زایمان طبیعی بر کیفیت روابط زناشویی، انتخاب مادران و تفکر اشتباه زنان راجع به ایمن‌تر بودن سزارین هم برای خودشان و هم برای جنینشان نسبت به زایمان طبیعی از دیگر عوامل افزایش سزارین هستند (۳۷).

مطالعه گرمارودی و همکارانش در ایران نشان داده است که وضعیت اشتغال زنان باردار، سطح تحصیلات آن‌ها و پایگاه اجتماعی و اقتصادی (SES) خانواده‌ها قویاً با شیوع سزارین در ارتباط هستند (۶۰). در مطالعه‌ای کیفی علل انتخاب سزارین توسط مادران، ترس از ناشناخته‌ها، بی‌دردی، آرامش جسمی و روحی، تجربه نامطلوب دیگران، نگرانی از عوارض، ارتباط نامناسب ما در درمان، احساس مرگ و تنهایی و سلامت نوزاد عنوان شد (۶۱).

یکی از مزایای این مطالعه استفاده از ابزاری جامع و کامل جهت سنجش نیازهای باروری جنسی در زنان بود که البته همین جامع بودن ابزار، مسبب محدودیت مهم این مطالعه (طولانی بودن پرسش‌نامه) نیز بود که البته با توجه به طولانی بودن پرسش‌نامه اصلی و عدم امکان دست‌کاری در آن برای محققین، بروز خستگی و عدم همکاری مشارکت‌کنندگان، اجتناب ناپذیر بود که جهت پیشگیری از این مشکل، محققین در اثنای تکمیل پرسش‌نامه، پذیرایی مختصری از مشارکت‌کنندگان به عمل آوردند. به علاوه افرادی که امکان تکمیل پرسش‌نامه در یک روز برایشان ممکن نبود، برای دو بار مراجعه به مرکز و تکمیل پرسش‌نامه خود در دو مرحله با توافق آن‌ها برنامه‌ریزی انجام شد. لذا با توجه به این که پرسش‌نامه مزبور ابعاد ششگانه نیازهای باروری جنسی را به طور جداگانه می‌سنجد، پیشنهاد می‌شود هر پژوهش‌گر با توجه به هدف پژوهش خود، از سؤالات مربوط به یک بعد (یا بیش‌تر) آن استفاده نماید. ضمناً با توجه به در دسترس بودن پرسش‌نامه بومی شده نیازهای بهداشت باروری جنسی و نیز با عنایت به متنوع بودن فرهنگ در

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل پایان نامه دکترای بهداشت باروری است که در شورای پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به تصویب رسیده است. بدین وسیله از دانشگاه تربیت مدرس جهت حمایت مالی و علمی پژوهش قدردانی می‌شود. از مسؤولین محترم معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران جهت همکاری و موافقت با انجام نمونه‌گیری در مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. محققان مراتب سپاس خود را از کلیه همکاران ماما که در نمونه‌گیری نقش مؤثری داشته‌اند اعلام می‌دارند. از مدیر NEDICO به دلیل صدور مجوز جهت ترجمه و به کارگیری پرسش‌نامه سپاسگزاری می‌شود.

استان‌های مختلف ایران، پیشنهاد می‌شود این نیازها در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف ایرانی بررسی شود. در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در این مطالعه شایع‌ترین نیاز بهداشت باروری جنسی مربوط به بعد مادری ایمن بود که در این بعد شیوع بالای سزارین شایع‌ترین مشکل در هر دو نوع مرکز بود. رساندن میزان سزارین به میزان توصیه شده WHO عزم عمومی را می‌طلبد. با توجه به مشترک بودن نیازها در مراجعین به هر دو نوع مرکز مثلثی و بهداشتی درمانی، پیشنهاد می‌شود جهت افزایش دسترسی و کیفیت خدمات هر دو نوع مرکز و نیز به منظور صرفه‌جویی نیروی انسانی و هزینه‌ها نسبت به اتصال و یا ادغام خدمات این دو نوع مرکز اقدام به عمل آید.

References

1. WHO. Health in the Context of Sustained Development. Geneva: WHO; 2001.
2. United Nations Population Information Network (POPIN) UpD, Department of Economic and social Affairs, with support from the UN Population Fund (UNFPA). Guideline on Reproductive Health <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfrphgdlhtml> 2012.
3. Robinson E. sexual health. http://www.hoint/topics/sexual_health/en/. 2012.
4. Andres D, Ruth D, Catherine D. Research issues in sexual and reproductive health for low-and middle-income countries. Global Forum for health Research and World Health Organization 2007; 8.
5. Kasliwal A, Elliman A, Dickson J, Aung S, Doshi J. service standard for sexual and reproductive healthcare- introduction. Royal college of obstetricians and gynaecologists faculty of sexual and reproductive healthcare 2011: 1-22.
6. Barot S. The need for a revitalized national research agenda on sexual and reproductive health. Guttmacher policy review. [review]. 2011; 14(1): 16-22.
7. Wilmoth J, Mizoguchi N, Oestergaard M, Sayer L, Mathers C, Zureick-Brown S, et al. A New Method for Deriving Global Estimates of Maternal Mortality. Statistics, Politics, and Policy 2012; 3(2): 1-41.
8. MCH. SBUoMSvcfhDo. Pregnant mothers program. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; [cited 2013]; Available from: [http://old.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-Chancellor Health/ Pages/ Family_Health4.aspx](http://old.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-Chancellor%20Health/Pages/Family_Health4.aspx)
9. Naeli J, Moghimi D. the document of policy promotion of primary health care. In: Iran Donahpo, editor. Tehran: Ministry of

- healthcare and medical education of Iran; 2013. p. 1-75.
10. Shahid Beheshti University of Medical Sciences mc, department of health and social medicine. The text book of assessment of community based health: Introduction to health services. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2007.
11. Islamic Republic of Iran. Management and Planning Organization. Law of the Fourth Economic, Social and Cultural Rights of the Islamic Republic of Iran. Communicated by the Iranian parliament. Sep, 2003. p. 44.
12. MacInnis R. Measuring HIV-related stigma in healthcare setting to reduce discrimination will lead to better uptake of services. 2012; Available from: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=IAC 2012 Stigma Blog>.
13. USAIDS. Measuring the degree of HIV-related stigma and discrimination in health facilities and providers: working report. Washington, DC: Health Policy Initiative, Task Order; 2010.
14. Esmaili G. reduction of frequency of HIV/AIDS in Iranian preasons from 8.8% to 1.1%. Tehran: Ministry of Healthcare and Medical Education of Iran; 2013.
15. Wikipedia. Tiangular clinics. 2013; Available from: <http://fa.wikipedia.org/wiki>. Accessed January 13, 2014.
16. Armstrong S. Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS. a case study from Serbia Investing in Youth: Reaching those most vulnerable to HIV. Gateways to integration. London 2009.
17. Population Action, International Healthy Families Healthy Planet and International FP. Integrating HIV & sexual and reproductive health, a pacific specific mapping. Newzealand; 2010: 1-30.
18. Keyonzo N. Integrating Youth-Friendly Sexual and Reproductive Health Services in Public Health Facilities: A Success Story and Lessons Learned in Tanzania. Karagwe 2005; 1-14.
19. Fleischman J. Integrating Reproductive Health and HIV/AIDS. Washington DC: CSIS 2006.
20. Shirpak KR, Ardebili HE, Kazem M, Chinichian M, Ramzankhani M, Fotuhi A, et al. Incorporation of Sex Education Programs in Health Care Services. Payesh 2007; 3(6): 243-256.
21. Hajizadeh S, Nejat S, Majdzadeh SR, Setayesh HR, Guya MM. Fertility Intentions of Patients who Referred to Behavioral Clinics of Universities of Medical Sciences in Tehran. Journal of Isfahan Medical School 2011; 29(167): 1-10.
22. Naghibi M, Sharif MN, RAMzani Z, Hashemian M, Tabarraie Y. The Comparison of educational needs of girls and boys students of Medical Science of Sabzevar about some reproductive health components. The 11th conference of science and Health of Shahrud University of Healthcare and Educational sciences 2011; Shahrud, Iran: Shahrud University of Healthcare and Educational sciences; 2011.
23. Olfati F, Aligholi S. A study on educational needs of teenagaer girls regarding the reproductive health and determination of paper strategies in achieving the target goals in Qazvin. J Qazvin Univ Med Sci 2008; 12(2): 76-82 (Persian).
24. Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z. Health, Reproductive and sexual Belief Model of Students. Iranian South Medical Journal 2004; 7(1): 70-78.

25. Aghdak P, Majlesi F, Zeraati H, Eftekhari Ardebili H. reproductive related needs in marriage volunteers. *Payesh* 2009; 7(4): 379-385.
26. Stevens A, Raftery J, Mant J. Health care needs assessment. (first series, 2nd ed. volume 1.) 2004. p. 1-16.
27. Bindra R. The uses of epidemiology and other methods in defining health service needs and in policy development (2008) (electronic book). Available from: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-health-care-assessment/uses-epidemiology-health-services-needs>.
28. UNFPA, NEDICO. Sexual and Reproductive Health (SRH) Needs Assessment Among Mobile & Vulnerable Population (MPV) Communities in Zimbabwe. Nedico; 2008: 1-158.
29. Rode N. Translation of measurement instruments & their reliability: An example of Job-Related Affective Well-Being Scale (abstract). *Metodoloski Zvezki* 2005; 2(1): 15-26.
30. WHO. Process of translation and adaptation of instruments. WHO; 2013 [cited 2013]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
31. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. Lippincott: Williams & Wilkins; 2012.
32. Broder H, Mc Grath C, Cisneros G. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35(Aug): 18-19.
33. Lawshe C. The quantitative approach to content validity. *Pers Psycho* 1975; 28: 563-575.
34. Waltz C, Bausell R. Nursing research: design, statistics and computer analysis. Philadelphia: FA Davis company; 1981.
35. Dosa L. Cesarean section delivery, an increasingly popular option. *Bull World Health Organization* 2001; 79(12): 1173.
36. Gibbons L, Belizan J, Lauer J, Betran A, Meriardi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Cesarean Sections Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
37. Farahani LA, Abbasi-shavazi M. study of process of changes in the cesarean rate in Iran and its related demographic factors in three recent decades. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(3): 127-34.
38. Khani S, Shabankhani B. Can We Reduce the Cesarean Rate in Mazandaran Province? *J Mazandaran Univ Med Sci* 2004; 14(45): 43-50.
39. Torkestani F. Health and wellbeing Tehran 2013 [cited 2013 12/6/2013]; Available from: <http://www.magiran.com/view.asp?Type=pdf&ID=203014&l=fa>. Accessed June 12, 2013.
40. Borghaei N, Borghaei A, Ghalipour M, Kashani E. the survey of background factors related to indications and method of delivery. *J Ahvaz Univ Med Sci* 2005; 44(4): 51-60.
41. reeman R, Cohen A, Depp III R, Frigoletto F, Hankins C, Lieberman E, et al. Evaluation of Cesarean Delivery. Washington, DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists, Women's Health Care Physicians; 2000.
42. MacDorman F, Menacker F, Declercq E. Cesarean Birth in the United States: Epidemiology, Trends, and Outcomes. *Clin Perinatol* 2008; 35: 293-307.
43. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral

- chane of providers: a qualitative study. BMC Health Services Research 2011; 11(1): 159.
44. Tollanes M, Thompson J, Daltveit A, Irgens L. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967-2004 (abstract). Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(7): 840-848.
 45. Kambale M. Social Predictors of cesarean section birth in Italy. African Health Sciences 2011; 11(4): 560-565.
 46. Feng X, XU L, Guo Y, Ronsmans C. Factors influencing rising cesarean section rates in China between 1988 and 2008. Bull World Health Organization 2012; 90: 30-39.
 47. Padmadas S, Kumar S, Nair S, Kumari A. Caesarean section delivery in Kerala, India: evidence from a national family health survey. Soc Sci Med 2000; 51(4): 511-521.
 48. Armstrong S, Weis P, Collins L, Osborne K. Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to integration, a case study from Kenya. London: WHO, UNFPA, UNAIDS, IPPF; 2008.
 49. Kennedy G, Kennedy C, Lindegren ML, Brickley D. Systematic Review of Integration of Maternal, Neonatal and Child Health and Nutrition, Family Planning and HIV, Final Report. USAID, Cochrane HIV/AIDS group and UCSF. 2011: 1-134.
 50. Ghosh S. Increasing trend in Cesarean Section Delivery in India: Role of Medicalization of Maternal Health. Bangalore: the Institute for Social and Economic Change.
 51. Shah A, Fawole B, Ml'munya J, Amokrane F, Nafiou I, Wolomby J, et al. Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. Int J Gynecol Obstet 2009; in press: 7.
 52. Sufang G, Padmadas S, Fengmin Z, Brown J, Stones R. Delivery Setting and caesarean section rates in China. Bull World Health Organization 2007; 85(10): 733-820.
 53. Bragg F, Cromwell D, Edozein L, Groul-Urganci I, Mahmood T, Templeton A, et al. variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. BMJ 2010; 341: c5065.
 54. WHO. Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks. Geneva; 2009.
 55. OECD. "Cesarean Section", in Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.
 56. ACOG. Cesarean Birth. The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2011; Available from: http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq_006.pdf dmc=1&ts= 2013 1114T1157255972. Accessed November 15, 2013.
 57. Gynaecologists RCoOa, Midwives TRCo. Cesarean section. London: National Collaborating Centre for Women's Health; 2011.
 58. Kumari P, Thomas V. A Government Maternity Hospital, Hyderabad. Int J Med Pharm Sci 2013; 3(5): 14-19.
 59. Salynn B. C-Section Rates Are High and Getting Higher. WebMD; 2010; Available from: <http://www.webmd.com/baby/news/20100830/c-section-rates-are-high-and-getting-higher>. Accessed 15 November 2013.
 60. Armaroodi GG, Eftekhari H, Batebi A. prevalence of Cesarean section and some effective factors in Tehran. Payesh J 1999; 1(2): 45-49.
 61. Jamshidimanesh M, Oskouie S, Jouybari L, Sanagoo A. The process of Women's Decision Making for Selection of Cesarean Delivery. Iran Journal of Nursing (IJN) 2009 21(56): 55-67.