

بررسی مقایسه ای عوامل مؤثر بر سلامت باروری مادران ساکن شهرستان دورود و کوهدشت استان لرستان

حبیب اله زنجانی^۱، امیتیس جزایری^{۱*}

(۱) گروه جمعیت شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۲۳

چکیده

مقدمه: گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن یکی از گام های اساسی در تامین سلامت جامعه و خانواده به ویژه زنان می باشد. مهم ترین هدف انجام این تحقیق شناخت عوامل مؤثر بر سلامت باروری مادران شهرستان های دورود و کوهدشت بوده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی به روش پیمایش، ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه و جامعه آماری آن مادران ۱۵ تا ۴۵ ساله ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود بود. حجم نمونه با فرمول کوکران برابر با ۱۹۸ زن در شهرستان کوهدشت و ۱۶۲ زن در شهرستان دورود محاسبه گردید و روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای بود. داده ها با نرم افزار SPSS و آزمون یومان ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح معنی داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: با توجه به ضریب همبستگی اسپیرمن، بین سلامت باروری با سن اولین بارداری همبستگی معکوس و ضعیفی ($P=0.026$, $r=-0.120$) مشاهده شد. طبق نتایج زنانی که بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی ازدواج کرده اند در مقایسه با زنانی که زیر ۱۵ یا بالای ۳۰ سال ازدواج کرده اند از سلامت باروری بیشتری برخوردار بودند. همبستگی بین سلامت باروری و ترجیح دادن جنسیت فرزند، معکوس و شدت آن، ضعیف است. ($P=0.039$, $r=-0.109$) سلامت باروری زنان شهر (۱۹۵/۲۱) به طور معناداری ($P=0.12$) بالاتر از سلامت باروری زنان روستا (۱۶۷/۶۳) بود. هم چنین تفاوت کوهدشت و دورود از نظر سلامت باروری، معنی دار است. ($P=0.025$) سلامت باروری زنان کوهدشت (۱۶۹/۴) پایین تر از سلامت باروری زنان دورود (۱۹۴/۰۷) ارزیابی گردید.

بحث و نتیجه گیری: سلامت باروری زنان کوهدشت پایین تر از زنان دورود می باشد و زنان شهری از سلامت باروری بیشتری در مقایسه با زنان روستایی برخوردارند. ترجیح دادن نوزاد پسر بر دختر به دلیل افزایش تعداد زایمان ها و کاهش فواصل بارداری، موجب کاهش سلامت باروری می شود. بر اساس نتایج این تحقیق، ارتقاء آگاهی زنان از بهداشت باروری و تنظیم خانواده از طریق آموزش در هر دو شهرستان ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: سلامت باروری، باروری زنان، تنظیم خانواده

*نویسنده مسئول: گروه جمعیت شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

آن ها از روش های موجود و کیفیت سیستم های آموزش دهنده است. (۱۲-۱۰)

از آن جایی که روش ایده آلی برای جلوگیری از بارداری وجود ندارد، کارایی اکثر روش های پیشگیری از بارداری بستگی به انگیزه شخص استفاده کننده خواهد داشت و ابداع روشی که کاربرد آن راحت، قابل برگشت و فاقد عوارض جانبی بوده و در صد درصد موارد مؤثر باشد، امکان پذیر نیست، (۹). از طرفی بسیاری از زنان از روش های پیشگیری استفاده نمی کنند و علت عدم استفاده خود را مخالفت همسران خود بیان می کنند و دلایل این مخالفت ها را از سمت همسرانشان، عقاید مذهبی، ترس از عوارض جانبی، تمایل به داشتن فرزند بیشتر می دانند. (۱۳)

حاملگی در نوجوانان نیز، مسئله مورد بحث در بهداشت عمومی است که در آن اجزای تحت تاثیر مادران نوجوان، کودکان و در سطح کلان اجتماع می باشد، (۱۶-۱۴). به علاوه این مسئله در جوامع پیشرفته به عنوان مسئله ای اجتماعی در نظر گرفته می شود، زیرا در این سن بسیاری از مادران نوجوان، دبیرستان را به پایان نرسانده اند و پیشرفت های شغلی و تحصیلی پایین تری نسبت به همسالان غیر حامله دارند، (۱۷، ۱۸). هم چنین حاملگی در سنین پایین دارای عوارضی است که در پژوهش های مختلفی به آن اشاره شده است؛ که از آن جمله می توان آنمی، (۱۹)، زایمان زودرس، (۲۱-۱۹)، پرفشاری خون ناشی از حاملگی، (۲۱)، محدودیت رشد داخل رحمی و جفت سر راهی، (۲۲)، و کاهش میانگین وزن تولد، (۲۱-۱۹)، را نام برد.

در مطالعه حاضر بر آن شدیم تا دیدگاه سنتی زنان و همسرانشان را در زمینه داشتن فرزند دختر یا پسر مورد بررسی قرار دهیم. هم چنین هدف از تحقیق حاضر بررسی بهداشت باروری در شهرستان های دورود و کوهدشت بود که در آن به بررسی مقایسه ای شاخص های باروری و تنظیم خانواده پرداخته شده است تا بتوان از طریق آن نیازهای آموزشی جمعیت فوق را مشخص نمود و برای آن برنامه ریزی لازم به عمل آورد.

مواد و روش ها

در این تحقیق مقطعی که به روش پیمایشی صورت گرفته است، داده ها با استفاده از پرسش نامه محقق ساخته، جمع آوری گردید. این پرسش نامه شامل دو قسمت دموگرافیک و تته اصلی بوده و شامل متغیرهای: ویژگی های جمعیتی (سن ازدواج، سن اولین حاملگی مادر)، ویژگی های فرهنگی (تعداد فرزندان، ارزش های مربوط به جنسیت

اهمیت بالای بهداشت باروری در جوامع بشری موجب شده در سطح جهانی به عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تایید قرار بگیرد، (۱). کنفرانس بین المللی جمعیت که در سال ۱۹۴۴ در قاهره توسط سازمان ملل متحد برگزار شد حقوق باروری را حق دسترسی همگان به خصوص نسل جوان به خدمات بهداشتی-درمانی و اطلاعات صحیح در زمینه آن و هم چنین برخورداری از خدمات مشاوره ای به موقع اعلام نمود. (۲)

در تامین بهداشت باروری ارائه خدمات تنظیم خانواده به طور گسترده نقش مهمی دارد. تنظیم خانواده مجموعه اقداماتی است که جهت تامین حقوق انسان ها تعیین شده است و شامل برنامه ریزی برای تعداد فرزندان و ایجاد فاصله گذاری مناسب بین آن ها و در نتیجه داشتن برنامه ای برای باروری می باشد، (۳). به طور کلی تنظیم خانواده دارای اهداف مهمی است که شامل جلوگیری از حاملگی ناخواسته، کاستن از میزان حاملگی های پرخطر، کاهش میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن، کاهش میزان بیماری های ژنتیکی در نوزادان متولد شده، جلوگیری از سوء تغذیه مادر و فرزند و امکان پرورش و آموزش مناسب فرزندان می باشد. (۴)

بارداری ناخواسته به دلیل ارتباط با نتایج نامناسب بهداشتی برای مادر و جنین یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی محسوب می شود، (۵). بارداری ناخواسته که نشانه عدم تمایل به بارداری است باعث افزایش عوارض بالینی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای زنان، خانواده ها و جامعه می شود، (۶). در شرایط فعلی، حاملگی های ناخواسته یکی از مشکلات اصلی بهداشتی و اجتماعی است که نشان دهنده اهمیت برنامه های بین المللی تنظیم خانواده است. شواهد حاکی از آن است که با دسترسی بهتر و استفاده مناسب از روش های تنظیم خانواده و روش های پیشگیری از بارداری، خطر بارداری ناخواسته کمتر شده و میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن نیز کاهش می یابد. (۷، ۸)

مطالعات نشان داده اند که عدم آگاهی و مشکلات دسترسی دو دلیل عمده جهت عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری است، (۹). هم چنین عوامل متعددی در انتخاب روش های پیشگیری از بارداری در زوج هایی که در معرض خطر بارداری هستند نقش دارد، این عوامل شامل میزان دسترسی به سرویس های ارائه دهنده خدمات و انواع روش های ارائه شده، اعتقاد زوجین در مورد کارایی انواع روش های موجود، اهداف باروری زوجین، میزان اطلاعات

جنین، سطح آموزش و آگاهی رسانی از تنظیم خانواده و ...)
بود.

جامعه آماری شامل مادران ۱۵ تا ۴۵ سال ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود در نظر گرفته شد که تعداد آن ها (در شهرستان کوهدشت برابر با ۳۶۰۹۹ نفر و در شهرستان دورود ۲۹۹۵۶ نفر) در مجموع برابر با ۶۶۰۵۵ نفر برآورد شد جهت نمونه گیری از فرمول کوکران با ۹۵ درصد اطمینان استفاده شد و حجم نمونه طبق آن تعداد ۱۹۸ زن در شهرستان کوهدشت و ۱۶۲ زن در شهرستان دورود تعیین و مورد مطالعه قرار گرفتند. قلمرو مکانی شهرستان های دورود و کوهدشت در استان لرستان و قلمرو زمانی سال ۱۳۹۰ بوده است. در مطالعه حاضر روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای به کار گرفته شد. شهرستان کوهدشت دارای ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهرستان دورود به ترتیب شامل ۶ و ۷ مرکز می باشد. نمونه از لیست زنان متاهل ۱۵ تا ۴۵ سال تحت پوشش مراکز به نسبت جمعیت انتخاب گردید. در این تحقیق جهت شناسایی اعتبار شاخص ها یا معرف های پژوهش پرسش نامه از اعتبار صوری استفاده شد و اعتبار صوری توسط یکی از اساتید جمعیت شناسی و یک متخصص زنان و زایمان تأیید گردید. در این تحقیق برای به دست آوردن پایایی تحقیق از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ استفاده و به این طریق همبستگی میان سوالات ابعاد سلامت باروری محاسبه گردید، که برابر با ۰/۸۵ تعیین شد. واحد تحلیل در سطح فردی بود، بدین معنا که افراد و نگرش های آن ها مورد پژوهش قرار گرفت. پرسش نامه ها توسط پرسنلی که از قبل آموزش دیده بودند

و دارای مدارک کاردانی و کارشناسی در سیستم بهداشت درمان بودند تکمیل شد. معیارهای ورود شامل: زنان متاهل بین سنین ۱۵ تا ۴۵ سال و رضایتمندی آگاهانه افراد فوق برای شرکت در این مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد مجرد، مطلقه، بیوه و افرادی که رضایت جهت شرکت در مطالعه نداشتند.

داده ها با نرم افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شده اند. در بخش اول از طریق نمودارها و جداول توزیع فراوانی به توصیف یافته های تحقیق پرداخته و در بخش دوم از طریق آزمون یومان ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن روابط بین داد ها در سطح ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا تحلیل و تبیین شده است.

یافته های پژوهش

طبق نتایج (جدول شماره ۱) به دست آمده ۲۳ درصد زنان شهرستان کوهدشت بین ۲۰ تا ۲۴ سال و ۳۴ درصد زنان مورد بررسی در شهرستان دورود بین ۲۵ تا ۳۹ سال سن داشتند هم چنین ۵۱ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت اولین بارداری را در سنین بین ۱۵ تا ۱۹ سال و ۴ درصد در سنین زیر ۱۵ سال تجربه کرده بودند. در مورد شهرستان دورود این ارقام به ترتیب ۳۹/۵ درصد و ۱/۲ درصد بود. ۵۲/۲ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت دارای تحصیلات زیردیپلم و این مورد در مادران شهرستان دورود ۵۹/۹ درصد بود. (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی بر حسب سن و اولین سن بارداری در مادران ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

درصد	تعداد	شهرستان	گروه های سنی	
۱۶/۷	۳۳	کوهدشت	زیر ۲۰ سال	سن باروری
۱۰/۵	۱۷	دورود		
۲۳/۲	۴۶	کوهدشت	۲۰-۲۴ سال	
۲۲/۸	۳۷	دورود		
۱۳/۱	۲۶	کوهدشت	۲۵-۲۹ سال	
۳۴	۵۵	دورود		
۱۳/۶	۲۷	کوهدشت	۳۰-۳۳ سال	
۱۴/۲	۲۳	دورود		
۱۶/۷	۳۳	کوهدشت	۳۵-۳۹ سال	
۱۱/۷	۱۹	دورود		
۱۶/۷	۳۳	کوهدشت	۴۰ سال و بیشتر	
۶/۸	۱۱	دورود		
۴	۸	کوهدشت	زیر ۱۵ سال	اولین سن بارداری
۱/۲	۲	دورود		
۵۱	۱۰۱	کوهدشت	۱۵-۱۹ سال	
۳۹/۵	۶۴	دورود		
۱۷/۷	۳۵	کوهدشت	۲۰-۲۴ سال	
۳۷	۶۰	دورود		
۹/۱	۱۸	کوهدشت	۲۵-۲۹ سال	
۱۷/۳	۲۸	دورود		
۷/۱	۱۴	کوهدشت	۳۰-۳۳ سال	
۱۷/۳	۲۸	دورود		
۶/۶	۱۳	کوهدشت	۳۰ سال و بیشتر	
۲/۵	۴	دورود		

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی بر حسب میزان تحصیلات در مادران در سن باروری ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

درصد	تعداد	شهرستان	گروه های تحصیلی
۵۲/۵	۱۰۴	کوهدشت	زیر دیپلم
۵۹/۹	۹۷	دورود	
۲۸/۳	۵۶	کوهدشت	دیپلم
۲۵/۹	۴۲	دورود	
۱۰/۱	۲۰	کوهدشت	فوق دیپلم
۷/۴	۱۲	دورود	
۸/۱	۱۶	کوهدشت	لیسانس
۵/۶	۹	دورود	
۱	۲	کوهدشت	بالتر از لیسانس
۱/۲	۲	دورود	

بودند که همسرانشان مایل به داشتن فرزند پسر هستند. این در حالی است که ۴۸/۱ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود بر این باور بودند. (جدول شماره ۳).

۶۰/۶ درصد پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۴۰/۱ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود مایل به داشتن نوزاد پسر بودند. هم چنین ۶۱/۱ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت بر این باور

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی بر حسب جنسیت مورد علاقه در مادران و همسر ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	جنسیت مورد علاقه		جنسیت مورد علاقه همسر	
	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود
دختر	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد
پسر	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد
فرق نمی کند	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد
جمع	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد

کوهدشت و ۷/۴ درصد از زنان در شهرستان دورود با این جمله که «پسر پشتوانه اقتصادی است اما دختر نه»، موافق بودند. ۳۳/۳ درصد از زنان پاسخگو در شهرستان کوهدشت و ۵۸ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود با این جمله که «فرزند خوب باشد، مهم نیست دختر باشد یا پسر» کاملاً موافق بودند. (جدول شماره ۴)

۳۳/۸ درصد از زنان شهرستان کوهدشت با این جمله که پسر باعث حفظ اسم و رسم خانواده می شود کاملاً موافق و این رقم در مورد زنان شهرستان دورود ۱۴/۸ درصد بود. ۱۷/۲ درصد از زنان پاسخگو در شهرستان کوهدشت و ۳۵/۸ درصد از زنان در شهرستان دورود با این جمله که پسر یا دختر فرقی نمی کند کاملاً موافق بودند. ۳۳/۸ درصد از پاسخگویان شهرستان

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی بر حسب دیدگاه مادر نسبت به جنسیت فرزند در مادران در سن باروری ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	پسر باعث حفظ اسم و رسم خانواده		دختر یا پسر فرقی نمی کند		پسر پشتوانه اقتصادی است اما دختر نه		فرزند خوب باشد مهم نیست دختر باشد یا پسر	
	دورود	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود	کوهدشت
کاملاً موافق	۱۴/۸	۳۳/۸	۱۷/۲	۱۹/۲	۱۲/۳	۱۹/۲	۳۳/۳	۵۸
موافق	۱۴/۸	۲۲/۷	۲۹/۸	۳۳/۸	۷/۴	۳۳/۸	۲۱/۲	۲۸/۴
تا حدودی موافق	۲۳/۵	۱۹/۲	۲۱/۷	۲۳/۷	۲۲/۲	۲۳/۷	۲۵/۸	۹/۳
مخالف	۳۲/۱	۱۲/۶	۲۲/۷	۷/۱	۳۰/۲	۷/۱	۱۴/۱	۱/۹
کاملاً مخالف	۱۳/۶	۱۱/۱	۲	۹/۶	۲۲/۲	۹/۶	۱	۰
بی پاسخ	۱/۲	۰/۵	۶/۶	۳/۱	۵/۶	۶/۶	۴/۵	۲/۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بارداری در زنان، در شهرستان کوهدشت و دورود مورد بررسی قرار گرفت که ۹/۱ درصد از زنان شهرستان کوهدشت و ۱۸/۵ درصد از زنان شهرستان دورود آگاهی زیاد از راه های جلوگیری از بارداری داشتند. ۲۰/۷ درصد از زنان شهرستان کوهدشت و ۰/۶ درصد از زنان شهرستان دورود آگاهی خیلی کمی از راه های جلوگیری از بارداری داشتند.

داده های جدول شماره ۵ نشان داد که ۴۸ درصد از زنان شهرستان کوهدشت و ۴۶/۹ درصد از زنان شهرستان دورود آگاهی خیلی کمی از راه های جلوگیری از بارداری داشتند. ۲۸/۳ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۳/۱ درصد از زنان شهرستان دورود دسترسی بسیار کم به وسایل جلوگیری از بارداری داشتند. هم چنین میزان آگاهی از راه های جلوگیری از

جدول شماره ۵. توزیع فراوانی بر حسب میزان آگاهی و دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری قبل از ازدواج		میزان دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری		میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری	
	درصد		درصد		درصد	
	دوره	کوهدشت	دوره	کوهدشت	دوره	کوهدشت
خیلی کم	۴۸	۴۶/۹	۳/۱	۲۸/۳	۰/۶	۲۰/۷
کم	۱۳/۶	۱۶	۳/۷	۱۲/۱	۶/۲	۱۴/۱
متوسط	۲۳/۷	۲۲/۲	۱۸/۵	۲۱/۲	۳۰/۲	۲۵/۸
زیاد	۴/۵	۲/۶	۴۱/۴	۲۱/۷	۴۴/۴	۲۵/۳
خیلی زیاد	۷/۶	۸/۶	۳۳/۳	۱۴/۱	۱۸/۵	۹/۱
بی پاسخ	۲/۵	۰	۰	۲/۵	۰/۶	۵/۱
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

آن چنان که داده های جدول شماره ۶ نشان می دهد، درصد از پاسخگویان شهرستان دورود داشتن دو فرزند را ۴۷/۵ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۷۶/۵ ایده آل می دانستند.

جدول شماره ۶. توزیع فراوانی بر حسب تعداد فرزندان در مادران در سن باروری ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	کوهدشت		دورود	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
نداشتن فرزند	۴	۰	۲	۰
یک فرزند	۱۳	۱۱	۶/۶	۶/۸
دو فرزند	۹۴	۱۲۴	۴۷/۵	۷۶/۵
سه فرزند	۴۵	۲۵	۲۲/۷	۱۵/۴
چهار فرزند	۳۱	۰	۱۵/۷	۰
بی پاسخی	۱۱	۲	۵/۶	۱/۲
جمع	۱۹۸	۱۶۲	۱۰۰	۱۰۰

طبق نتایج زنانی که زیر ۱۵ و بالای ۳۰ سال ازدواج کرده اند در مقایسه با زنانی که بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی ازدواج کرده اند سلامت باروری کمتری داشتند. (جدول شماره ۷) هم چنین بر طبق داده های جدول شماره ۷ بین سلامت باروری با متغیرهای میزان رضایت از روابط زناشویی، (r=0.152, P=0.004)، میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری بعد از ازدواج، (r=0.309, P=0.000) میزان مشارکت در تصمیم گیری های خانواده، (r=0.194, P=0.000) و میزان دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری (r=0.196, P=0.000) همبستگی مثبت مشاهده شده است. به عبارت دیگر، با بالا رفتن این متغیرها، سلامت باروری نیز، بالا رفته است، البته شدت این همبستگی ها ضعیف ارزیابی شده است. هم چنین میان سلامت باروری و میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری قبل از ازدواج، همبستگی مشاهده نشده است. (P=0.964)

هم چنین بین سلامت باروری با سن اولین بارداری همبستگی معکوس و ضعیف مشاهده شده است، (r=-0.12, P= 0.026) به عبارت دیگر، با بالا رفتن سن اولین باروری، سلامت باروری کاهش یافته است، طبق یافته ها بهترین سن اولین باروری بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی بوده است. میان سلامت باروری و مدت ازدواج نیز همبستگی مثبت و متوسط دیده شده است، (r=0.404, P=0.000) به عبارت دیگر، با بالا رفتن مدت ازدواج، سلامت باروری نیز بالا رفته است، یافته ها نشان می دهد بیشترین سلامتی باروری مربوط به زنانی بود که مدت ازدواج آن ها بین ۵ تا ۱۵ سال بوده است. هم چنین میان سلامت باروری و میزان تحصیلات همسر، همبستگی مثبت و ضعیفی مشاهده شد. (r=0.131, P=0.013) یعنی، با بالا رفتن میزان تحصیلات همسر، سلامت باروری نیز، بالا رفته است، ولی میان سلامت باروری و میزان تحصیلات زن، همبستگی مشاهده نشده است. (P=0.393) هم چنین

جدول شماره ۷. ضرایب همبستگی اسپیرمن بین سلامت باروری و متغیرهای تحقیق

سلامت باروری	متغیر
۰/۱۵۹	سن اولین ازدواج
۰/۰۰۳	سطح معناداری
۰/۴۰۴	مدت ازدواج
۰/۰۰۰	سطح معناداری
-۰/۱۲۰	سن اولین بارداری
۰/۰۲۶	سطح معناداری
۰/۰۴۵	میزان تحصیلات
۰/۳۹۳	سطح معناداری
۰/۱۳۱	میزان تحصیلات همسر
۰/۰۱۳	سطح معناداری
۰/۱۵۲	میزان رضایت از روابط زناشویی
۰/۰۰۴	سطح معناداری
۰/۱۹۴	میزان مشارکت در تصمیم گیری های مربوط به بارداری
۰/۰۰۰	سطح معناداری
-۰/۰۰۲	آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری قبل از ازدواج
۰/۹۶۴	سطح معناداری
۰/۳۰۹	آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری بعد از ازدواج
۰/۰۰۰	سطح معناداری
۰/۱۹۶	میزان دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری
۰/۰۰۰	سطح معناداری
۰/۱۰۲	پایگاه اجتماعی-اقتصادی
۰/۰۰۰	سطح معناداری
-۰/۱۰۹	ترجیح دادن فرزند پسر به دختر
۰/۰۳۹	سطح معناداری

بوده، در نتیجه سلامت باروری کاهش یافته است. طبق نتایج به دست آمده از جدول شماره ۸، تفاوت میانگین شهر و روستا از نظر سلامت باروری، معنی دار بود. ($P=0.012$) هم چنین، سلامت باروری زنان شهر (۱۹۵/۲۱) بیشتر از سلامت باروری زنان روستا (۱۶۷/۶۳) ارزیابی شده است. تفاوت سلامت باروری کوهدشت و دورود معنی دار بود ($P=0.025$) به این معنی که سلامت باروری زنان دورود (۱۹۴/۰۷) بیشتر از سلامت باروری زنان کوهدشت (۱۶۹/۴۰) گزارش شده است.

بین سلامت باروری با پایگاه اجتماعی-اقتصادی همبستگی مستقیم و ضعیفی گزارش شده است؛ ($P=0.000, r=0.102$) به عبارت دیگر، با بالا رفتن پایگاه اجتماعی-اقتصادی، سلامت باروری نیز بالا می رود و هم چنین همبستگی میان سلامت باروری و ترجیح دادن جنسیت فرزند معکوس و شدت آن، ضعیف بوده، ($P=0.039, r=-0.109$) به عبارت دیگر، هر چه خانواده علاقه بیشتری برای به دنیا آوردن فرزند ذکور داشته، تعداد زایمان ها بیشتر و فواصل بارداری ها کمتر

جدول شماره ۸. شاخص های آماری و آزمون من ویتنی بر حسب میزان سلامت باروری در منطقه و شهرستان

متغیر	فراوانی	رتبه میانگین	مجموع رتبه	مقدار من ویتنی	سطح معناداری
منطقه	روستا	۱۶۷/۶۳	۳۲۱۸۵/۰۰	۱۳۶۵۷/۰۰۰	۰/۰۱۲
	شهر	۱۹۵/۲۱	۳۲۷۹۵/۰۰		
شهرستان	کوهدشت	۱۶۹/۴۰	۳۳۵۴۰/۵۰	۱۳۸۳۹/۵۰۰	۰/۰۲۵
	دورود	۱۹۴/۰۷	۳۱۴۳۹/۵۰		

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج به دست آمده تجربه اولین بارداری در سنین پایین تر، در شهرستان کوهدشت بیشتر از شهرستان دورود بود بر این اساس، بهداشت باروری در این شهرستان بالاتر ارزیابی می شود. طبق نتایج این پژوهش نسبت بسیار زیادی از زنان شهرستان دورود و شهرستان کوهدشت اولین بارداری خود را در سنین بین ۱۵ تا ۱۹ سال تجربه کرده اند که می تواند برای آنان خطراتی در زمینه بهداشت باروری به دنبال داشته باشد. هم چنین بارداری زیر ۲۰ سال در زنان شهرستان کوهدشت در مقایسه با زنان شهرستان دورود بیشتر بوده است که این نشان دهنده پایین تر بودن بهداشت باروری در شهرستان کوهدشت می باشد.

مطالعات مختلف نشان داده است که بالاترین حاملگی در دوران نوجوانی مربوط به آفریقا (۱۴۳) در هر هزار تولد در زنان ۱۵ تا ۱۹ سال) می باشد، (۲۳). هم چنین نتایج نشان می دهد که کمترین این میزان مربوط به کره جنوبی با ۲/۹ تولد در هر ۱۰۰۰ مادر با سن ۱۵ تا ۱۹ سال است، (۲۴). طبق نتایج مطالعه رخشانی و همکاران ۸۱/۸ درصد زنان مهاجر افغانی در زاهدان دارای سن کمتر از ۱۸ سال بودند و ۶۸/۴ درصد آن ها اولین حاملگی خود را در سن کمتر از ۱۸ سالگی تجربه کرده بودند، (۲۵). نتایج تحقیقات نشان داد که دختران آفریقایی در سنین بسیار کمتری از دختران دیگر مناطق ازدواج می کنند که منجر به حاملگی در سنین جوانی می شود. در نیجریه در سال ۱۹۹۲، ۴۷ درصد زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله ازدواج کرده بودند که ۸۷ درصد از آن ها در سنین کمتر از ۱۸ سال بود. (۲۶)

در این راستا سازمان بهداشت جهانی (WHO) سن قبل از ۱۸ سالگی را به دلیل عدم کفایت فیزیولوژیک برای بارداری توصیه نمی کند و می توان علت اصلی آن را بالا بودن درصد بیسوادی در بین زنان جمعیت مورد مطالعه دانست. در بسیاری از کشورها، بارداری در دوره نوجوانی به عنوان عامل خطر با میزان بالای عوارض جنینی و مادری در نظر گرفته می شود. هم چنین نتایج مطالعات نشان دهنده تناقض در پرخطر بودن بارداری در این گروه سنی

است که گاهی در جهت تأیید بارداری در این سنین بوده است که در صورت وجود مراقبت پره ناتال مناسب بارداری در این گروه سنی را بی خطر می دانند. (۲۰)

علی رغم این که باروری های مکرر زیان های جبران ناپذیری برای مادر و کودک به دنبال دارد، نزدیک به یک پنجم از زنان شهرستان کوهدشت، داشتن چهار فرزند را ایده آل فرض می کنند و کمتر از نیمی از آنان دو فرزند را ایده آل می دانند؛ در صورتی که نزدیک به ۸۰ درصد از زنان شهرستان دورود دو فرزند را ایده آل می دانند و هیچ کدام از آنان داشتن بیش از سه فرزند را مطلوب ارزیابی نکرده اند. داشتن فرزندان بالای چهار نشانگر خصوصیات کشورهای عربی است به طوری که در بررسی های جهانی میزان باروری در کشورهای عربی همانند سوریه، یمن، سودان و اردن بالاتر از کشورهای غربی است. حتی در کشورهایی هم چون مصر، مراکش، تانزانیا که برنامه های فعال تنظیم خانواده دارند نیز اکثر زنان بالای چهار فرزند دارند، (۲۷). با توجه به مطالعات، میزان باروری در ایران از هفت فرزند برای هر زن در سال ۱۳۵۷ به ۱/۵۸ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است. این بزرگ ترین و سریع ترین کاهش میزان باروری است که تا به حال ثبت شده است. (۲۸)

هم چنین نتایج تحقیقات حسینی و همکاران نشان داد که در مهاباد ۶۹/۶ درصد زنان معتقد هستند که در شرایط کنونی ایران شمار ایده آل فرزند برای یک خانواده دو فرزند است. هم چنین سطوح باروری در میان زنان نشان داد که ۴۶ درصد زنان در زمان مطالعه دو یا سه فرزند داشتند. (۲۹) نتایج نشان می دهد که نه تنها زنان که همسران آنان نیز ترجیح می دهند، فرزند پسر داشته باشند. بیش از نیمی از پاسخگویان شهرستان کوهدشت با این جمله که پسر باعث حفظ اسم و رسم خانواده می شود موافقت؛ این در حالی است که نزدیک به نیمی از پاسخگویان شهرستان دورود با این جمله مخالفند که تفاوت معنی داری در دو شهرستان مشاهده شد. بر این اساس، نه تنها در نظر گرفتن مزایای

به این که سطح سواد هر دو شهرستان تفاوتی با همدیگر ندارد چنین به نظر می رسد که آموزش بهداشت در شهرستان دورود بهتر بوده است. در حالت کلی نیز نسبت به مطالعات دیگر انجام شده در سطح کشور این دو شهرستان آگاهی کمتری نسبت به روش های جلوگیری از بارداری دارند.

نزدیک به نیمی از پاسخگویان شهرستان کوهدشت، دسترسی کمی به وسایل جلوگیری از بارداری داشته اند این در حالی است که بیش از نیمی از پاسخگویان شهرستان دورود، دسترسی زیادی به وسایل جلوگیری از بارداری داشتند. زنان شهرستان دورود از آگاهی بیشتری نسبت به زنان شهرستان کوهدشت از وسایل پیشگیری از بارداری برخوردار بودند. در نتیجه نباید تعجب کرد که سن اولین بارداری در شهرستان کوهدشت پایین تر از شهرستان دورود باشد. از این رو زنان شهرستان دورود، بسیار بیشتر از شهرستان کوهدشت از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کرده اند که این بر دیگر ابعاد بهداشت باروری در این شهرستان تأثیرگذار بوده است.

مطالعات انجام شده در نقاط مختلف دنیا نیز عدم دسترسی به مسائل مطمئن و فقدان آگاهی از روش های پیشگیری از بارداری را دلیل عدم استفاده از وسایل تنظیم خانواده بیان نموده است. به طوری که در مطالعه انجام شده در غزه نشان داده شد که با وجود موافقت ۹۸ درصد زنان با تنظیم خانواده ۵۲ درصد به علت ترس از همسر، ترس از عوارض یا فقدان آگاهی از این روش ها استفاده نمی کردند، (۲۷). در مطالعه ای که در مسکو انجام شد نشان داد که فقدان آگاهی، عدم دسترسی به وسایل مطمئن و داشتن عقاید منفی به عنوان دلایل اصلی ضعف خانواده مطرح شد. (۳۲)

بیشترین روش پیشگیری استفاده شده در هر دو شهرستان مربوط به استفاده از قرص و کمترین آن در شهرستان کوهدشت روش طبیعی و در شهرستان دورود بستن لوله های رحمی بود. در مطالعه بهرامی و همکاران بیشترین روش مربوط به روش طبیعی و کمترین آن مربوط به وازکتومی بود، (۳۳). شاهواری و همکاران قرص ضد بارداری و روش طبیعی را به عنوان بیشترین روش مورد استفاده و آمپول و وازکتومی را به عنوان کمترین روش گزارش نمودند، (۳۴). رحمانی و همکاران نشان دادند که بیشترین روش پیشگیری کاندوم و روش طبیعی و کمترین آن مربوط به وازکتومی و توبکتومی است، (۳۵)، که این

اقتصادی موجب علاقه به فرزند پسر می شود، بلکه اعتقاد داشتن به حفظ نام و نشان یک خانواده توسط فرزندان پسر نیز بر این تمایل افزوده است.

بر اساس نتایج مطالعه رخشانی و همکاران ۵۱/۸ درصد زنان افغان معتقد به داشتن فرزند پسر در خانواده بودند و ۱۸/۸ درصد از آن ها مخالف و ۲۹/۵ درصد از آن ها نظری نداشتند. این مسئله به گونه ای بود که اغلب زوجین تا به دنیا آمدن یک فرزند پسر هیچ روشی استفاده نمی کردند. هم چنین ۵۷/۳ درصد از آن ها اعتقاد داشتند که دختر هر چه زودتر باید به خانه بخت برود، (۲۵). هم چنین در مطالعه ای در شهر غزه نشان داده شد که داشتن فرزند پسر ارجحیت دارد و ارتباطی بین تعداد فرزندان و داشتن فرزند پسر مشاهده شد. (۲۷)

مسئله دیگری که در این دو شهرستان به میزان بسیار زیادی نگران کننده است، میزان آشنایی آنان با روش های پیشگیری از بارداری می باشد. نزدیک به نیمی از زنان هر دو شهرستان، آگاهی بسیار کمی از شیوه های پیشگیری از بارداری و وسایل مربوط به آن، پیش از ازدواج داشته اند و بدون شک این مسئله بر بارداری در سنین پایین و تعداد زیاد حاملگی و فاصله کم میان حاملگی ها می تواند تأثیرگذار باشد. علاوه بر این تعداد زنانی که در شهرستان کوهدشت، پس از ازدواج نیز آگاهی کمی از روش های جلوگیری داشته اند، قابل توجه است و نزدیک به نیمی از آنان را تشکیل می دهد در صورتی که بیشتر زنان شهرستان دورود با این روش ها آشنایی زیادی دارند که در این مورد نیز تفاوت معنی داری در میان دو شهرستان وجود دارد. هم چنین نتایج نشان می دهد که در شهرستان دورود میزان آگاهی از این روش ها نسبت به گذشته افزایش یافته است.

یافته های مظلومی و همکاران که در هفت شهر مرکزی ایران در زمینه بررسی آگاهی زنان از بهداشت باروری انجام گرفت نشان داد که ۶۲ درصد زنان با اصطلاح بهداشت باروری آشنایی داشتند و ۶۶/۴ درصد آنان روش های موثر پیشگیری از بارداری را به کار می بردند، (۱). هم چنین مطالعه یعقوبی نیا و همکاران نشان داد که ۸۳/۳ درصد دبیران خود یا همسرانشان از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند که نشان دهنده ارتباط آن با سطح سواد افراد مورد مطالعه است. هم چنین در این مطالعه فاصله گذاری و تنظیم خانواده مناسب گزارش شد، (۳۰). در مطالعه ظاهری و همکاران نیز ۸۳ درصد افراد از روش های پیشگیری استفاده می کردند، (۳۱). با این وجود و با توجه

کمتر، تعداد بارداری ها بیشتر، دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، مراقبت های بهداشتی و پزشکی کمتر، آگاهی و استفاده از وسایل پیشگیری کمتر بود. در کل بر اساس نتایج این تحقیق، افزایش آگاهی زنان از بهداشت باروری و تنظیم خانواده از طریق آموزش در هر دو شهرستان ضروری می باشد.

سپاسگزاری

از تمامی اساتید و همکارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

References

1. Mazloumi MS, Shahidi F, Abbasi SM, Shahrizadeh F. [Evaluating knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health subjects in seven central cities of Iran.] *Reprod Infertil* 2007;8:391-400. (Persian)
2. Zanjani H, Shadpur K, Mirzaei M. [Population, development and reproductive health.] 6th ed. Tehran, Bushra publisher; 2014. P. 116-7. (Persian)
3. Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Practice Res Clin Obstetrics Gynaecol* 2010;24:209-22.
4. Zanjani H. [Population, development and reproductive health Tehran.] Boshra publisher; 2004. P. 128-32. (Persian)
5. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sexual Reprod Health* 2006;38:90-6.
6. Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. *Women's Health Issues* 2009;19:306-12.
7. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *Int Family Plan Perspect* 2003;5:6-13.
8. Trussell J, Ellertson C, Stewart F, Raymond EG, Shochet T. The role of emergency contraception. *Am J Obstetrics Gynecol* 2004;190:S30-S8.
9. Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development, and evaluation

اختلافات در مطالعات مختلف می تواند به علت حجم نمونه های متفاوت، تفاوت های فردی و فرهنگی حاکم بر منطقه و اعتقاد به استفاده از روشی مطمئن در پیشگیری از حاملگی باشد.

به طور کلی با توجه به نتایج به دست آمده و مبانی نظری مطرح شده می توان این گونه نتیجه گیری کرد که در بررسی و مقایسه شاخص های بهداشت باروری در شهرستان کوهدشت و دورود، شهرستان دورود از وضعیت مطلوب تری نسبت به شهرستان کوهدشت برخوردار بود و سلامت مادران و کودکان در شهرستان کوهدشت بیشتر در مخاطره قرار داشت. فواصل بارداری در شهرستان کوهدشت

of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58:426-33.

10. Bensusan DM, Iuliano D, Carter M, Santelli J, Gilbert BC. Contraceptive use: United States and territories, behavioral risk factor surveillance system. 2002: US Department of Health and Human Services; 2005.

11. Jaffer Y, Afifi M, Ajmi F, Alouhaishi K. Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: II. *East Mediterr Health J* 2006;12:50-8.

12. Leeman L. Medical barriers to effective contraception. *Obstetrics Gynecol Clin North Am* 2007;34:19-29.

13. Najafi F, Ghofranipour F, Rakhshani F. Effects of group counseling program with women on Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of their husbands regarding family Planning in Zahedan health centers in 2002. *Reprod Infertil* 2003;5:123-8.

14. Creasas G, Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. *Eu J Contraception Reprod Healthcare* 2002;7:167-72.

15. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstetrics Gynecol* 2000;96:962-6.

16. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman M, Kirmeyer S, Mathews T, et al. Births: final data for 2009. *Natl Vital Stat Rep* 2013;62:1-69.

17. Hoffman SD, Maynard RA. Kids having kids: Economic costs & social consequ-

- ences of teen pregnancy. The Urban Institute; 2008.
18. Panagopoulos P, Salakos N, Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G, et al. Adolescent pregnancy in a Greek public hospital during a six-year period (2000–2005)—a retrospective study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:265-8.
19. Moini A, Riazi K, Mehrparvar A. Pregnancy and labor complications in teenagers in Tehran. *Int J Gynecol Obstetr* 2002; 78:245-7.
20. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity & women's health care*. Mosby; 2004.
21. Kumar A, Singh T, Basu S, Pandey S, Bhargava V. Outcome of teenage pregnancy. *Ind J Pediatr* 2007;74:927-31.
22. Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pakistan Med Assoc* 2008;58:541-5.
23. Treffers P. Teenage pregnancy, a worldwide problem. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 2003;147:2320-5.
24. Daly H, Cobb Jr, Cobb C, Pope C, Baumann R, Kettner M, et al. A league table of teenage births in rich nations. *Ann Assoc Am Geograph*. 2012;102:1157-64.
25. Rakhshani F, Ansari MA, Hor A. [Knowledge, attitude and practice of Afghan refugee women residing in Zahedan about family planning.] *J Reprod Infertil* 2002; 3:47-54. (Persian)
26. Locoh T. Early Marriage And Motherhood In Sub-Saharan Africa. *Women's Int Network News* 2006; 26:53-8.
27. Donati S, Hamam R, Medda E. Family planning KAP survey in Gaza. *Soc Sci Med* 2000;50:841-9.
28. Abbasi-Shavazi MJ, McDonald PF, Hosseini-Chavoshi M. The fertility transition in Iran: Revolution and reproduction. Springer; 2009.
29. Hoseini H, Bagi B. [Women's Autonomy and fertility ideals among Kurdish women in the city of Mahabad.] *Iran J Women Develop Politics* 2013;10:57-87. (Persian)
30. Yaghoubinia F, Farajishovey M, Yaghoubi S. [Relavant factors with male participation in amily planning.] *Iran J Nurs Res* 2012;6:65-73. (Persian)
31. Zaheri H. [Frequency of male participation in family planning from the viewpoints of women referred to imam Ali (AS) hospital in Zahedan.] *Res Project Appr* 2004; 57: 3-4. (Persian)
32. Popov AA, Visser AP, Ketting E. Contraceptive knowledge, attitudes, and practice in Russia during the 1980s. *Stud Fam Plann* 1993;8:227-35.
33. Bahrami N, Soleimani M, Shraifnia H, Masoodi R, Shaigan H, Rezaei ZM. Female sexual satisfaction with different contraceptive methods. *Iran J Nurs* 2012;25:55-63.
34. Shahvari Z, Gholizade L, Mohammad HS. [Determining some of the effective factors on sexual satisfaction in Gachsaran womens.] *J Gorgan Uni Med Sci* 2010;11: 51-6. (Persian)
35. Rahmani A, Safavi S, Jafarpoor M, Merghati-Khoei EA. [The relation of sexual satisfaction and demographic factors.] *Iran J Nurs* 2010; 23:14-22. (Persian)

A comparative study of Effective Factors on Women's Reproductive Health among Dorood and Koohdasht Residents

Habibollah Z¹, Jazayeri E^{1*}

(Received: December 11, 2013

Accepted: July 14, 2014)

Abstract

Introduction: Developing reproductive health and addressing its different dimensions is one of the basic steps in order to provide the society and family's health, particularly women. This research mainly aims to study and recognize the effective factors on mother's reproductive health in Koohdasht and Dorood.

Materials & Methods: This study was a cross-sectional survey method and data was collected through questionnaire. The study population included the mothers between 15 to 45 years old living in Koohdasht and Dorood. Based on Cochran formula, the Sample size for women in Koohdash was equal to 198 and for Dorood equal to 162. The sampling method was multi-stage cluster sampling. Finally, data was analyzed by SPSS through Mann-Whitney test and Spearman correlation coefficient at the significant level of $P < 0.05$.

Findings: Given the Spearman correlation coefficient, a negative and low correlation ($p=0.013$, $r=0.131$) was seen between reproductive health and age in the first pregnancy. Based on the findings on women who married at the ages of 15 to 29 years old enjoyed more reproductive health in comparison to those who married before 15

or after 30 years old. There was a negative and low correlation between reproductive health and gender priorities for infant ($p=0.039$, $r=-.109$). Women living in urban areas (195.21) significantly ($p=0.12$) enjoyed higher reproductive health in comparison to women living in rural areas (167.63). Also, there was a significant difference between Koohdasht and Dorood in terms of reproductive health ($p=0.025$). Reproductive health of women living in Koohdasht was (169.4) lower than women living in Dorood (194.07).

Discussion & Conclusion: Reproductive health of women living in Koodasht was lower than women living in Dorood and women living in urban areas have higher reproductive health than women living in rural areas. Preferring boy infant than girl decreases the reproductive health due to the more number of parturitions and decrease in pregnancy intervals. Overall, according to this research findings, increasing the women's knowledge of reproductive health and family planning through the training both of cities is crucial.

Keywords: reproductive health, women's fertility, the family planning.

1. Dept of Demography, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding author: