

بررسی شاخص های باروری زنان عشايری استان اردبیل،

دکتر همایون صادقی^۱، نیره امینی ثانی^۲، دکتر شهناز عرشی^۳، دکتر سید هاشم سزاوار^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیش از دو دهه است که توجه سازمان بهداشت جهانی به باروری معطوف شده است. حفظ و ارتقای سلامت زنان در گروه شاخص های باروری است. این مطالعه با هدف بررسی این شاخص ها در زنان عشاير استان اردبیل صورت گرفت تا ضمن ترسیم وضعیت موجود راهکارهای مناسب را در جهت بیبود شاخص های باروری ارایه دهد.

روش کار: قسمتی از طرح بررسی سلامت و بیماری عشاير استان اردبیل که فاز اول آن در سال ۱۰۰۱ صورت گرفت به بررسی شاخص های باروری با استفاده از پرسشنامه دارای ساختار پرداخت، این مطالعه به روش مقطعی در زنان قشلاق عشاير صورت گرفت. اطلاعات مربوط به وضعیت باروری زنان عشاير استخراج گردیده و با نرم افزار SPSS ۱۰.۰ مورد تجزیه و تحلیل فرار گرفت و از آمار توصیفی برای ارایه نتایج استفاده شد.

: از ۲۶ زن ۴۹-۱۰ ساله اطلاعات مربوط به شاخص های باروری تکمیل گردید. میانگین سن ازدواج / ۲۶.۱ سال، سابقه مرده زایی / ۱۸.۱٪ و حاملگی ناخواسته ۹/۳۱٪ بود. ۴/۳٪ زنان عشاير اصلًا مراقبت دوران بارداری نداشتند. ۶/۶٪ آنها هم که مراقبت شده بودند کمتر از ۴ بار مراقبت داشتند.

نتیجه گیری: جهت ارتقای شاخص های باروری زنان عشاير می بایست برنامه ریزی های بهداشتی مناسب خصوصاً جهت ارائه خدمات تنظیم خانواده و مراقبت های دوران بارداری صورت پذیرد تا از پیامدهای بعدی نظری حاملگی های ناخواسته و عوارض مرتبط با بارداری و زایمان کاسته شود.

واژه های کلیدی: زنان عشاير، شاخص های باروری، اردبیل

۱- مؤلف مسئول: ک. عمومی- مرکز بهداشت استان اردبیل

۲- مریم اپیدمیولوژی داکته پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۳- استاد بار بیماری های عغونی کده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۴- استاد بار قلب و عروق دانشکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

به خطر می اندازد خصوصاً اگر منجر به سقط های ناسالم گردد[۵]. طبق آمار از ۵۰ میلیون حاملگی ناخواسته ای که خاتمه می یابد دست کم ۲ میلیون مورد به سقط های نا سالم منتهی می شود. که حدود ۹۵٪ این قسم سقط ها در کشورهای در حال توسعه روی می دهد و باعث مرگ حداقل ۲۰ زن در هر روز می شود [۶].

یکی از علل مهم مرگ و میر بارداری حول زایمان سن پایین مادر بینگام بارداری است. افریقا بالاترین میزان باروری در نوجوانان را دارد (میزان موالید به ازای ۱ زن) [۷].

با وجودی که روش های پیشگیری موجود راه مناسبی برای فاصله گذاری بین موالید و پیشگیری از بارداری است هنوز هم در برخی از کشورها بیش از ۵٪ زنان از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کنند [۸]. در افریقا تقریباً نیمی از کسانی که از روش های تنظیم خانواده استفاده می کنند از عوارض آنها بی اطلاعند [۹]. سالانه ۸-۳۰ میلیون حاملگی ناخواسته بدلیل نارسایی در استفاده از روش های پیشگیری اتفاق می افتد [۱۰].

بی شک حفظ و ارتقای سلامت زنان بسته به بیبود شاخص های مرتبط با باروری است. در بیبود این شاخص ها مواردی چون افزایش آگاهی مردان و زنان نسبت به انتخاب روش مطمئن، مؤثر و قابل قبول تنظیم خانواده و نیز سرویس های مراقبتی مناسب جهت ارایه خدمات به زنان در دوران بارداری و زایمان [۱۱] .

این مطالعه با هدف بررسی شاخص های باروری زنان عشاير در استان اردبیل که تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است و مقایسه آن با جمعیت ثابت صورت گرفته است تا با ارزیابی وضعیت موجود در جهت ارایه راهکارها و مداخلات بهداشتی گامی موثر برداشته شود.

بیش از دو دهه است که توجه سازمان جهانی بهداشت به بحث بهداشت باروری معطوف شده است. بر اساس تعریف این سازمان بهداشت باروری یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در همه ابعاد مرتبط با سیستم باروری و نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی، بنابراین بهداشت باروری زمانی است که افراد قادر به داشتن یک زندگی جنسی سالم و رضایت بخش، توانایی باروری و حق انتخاب آن باشند [۱۱]. بعبارتی بهداشت باروری شامل قدرت تصمیم گیری باروری، حق انتخاب آزادانه ازدواج، برابری و عدالت بین زن و مرد برای تصمیم گیری در خصوص ازدواج، امنیت باروری و روابط جنسی یعنی عدم اجبار یا خشونت است [۱۲]. با این وجود هنوز در رسیدن به سلامت باروری بسیاری از زنان دنیا خصوصاً در کشورهای در حال توسعه با مشکل مواجهند. بطوریکه هنوز جان بسیاری از زنان بخارتر بارداری و زایمان تهدید می شود؛ زنان بسیاری از عوارض مرتبط با آن رنج می برند. عدم دسترسی به مراکز مجذب درمانی، عدم مراقبت های دوران بارداری یا کمبود آنها، بارداری در سنین پایین، مشکلات دسترسی و استفاده از روش های پیشگیری از دلایل عمده این امر می باشد [۱۳].

طبق برآوردهای اخیر سالانه هزار مرگ مادران در دنیا روی می دهد که ۹۵٪ آنها در آسیا و کشورهای زیر صحرا بزرگ آفریقا روی می دهد. این نسبت برابر است با یک نفر از هر ۱۲ زن در نواحی آفریقایی در حالیکه در اروپای شمالی این نسبت یک به ۴ است. در مقابل هر زنی که می میرد زن از عوارض مرتبط با بارداری در این نواحی رنج [۱۴].

برآورده می شود از ۲۰۰ میلیون حاملگی که در دنیا روی می دهد تقریباً یک سوم آن یا بعبارتی ۷۵ میلیون مورد ناخواسته باشند که این حاملگی ها سلامت زنان را

کرده اند. ۱۴٪ زنان در منزل و ۳۹٪ آنها در زیستگاه یا بیمارستان دولتی و مابقی در تسهیلات زیمانی بین راه و زیستگاه یا بیمارستان خصوصی زیمان کرده بودند که ۵۹٪ با کمک فرد مجاز صورت گرفته بود (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع شاخص های باروری در زنان

ردیف	تعداد	شاخص
/		سابقه مردہ زایی
/		حاملگی ناخواسته
/	گزار	حاملگی برنامه ریزی نشده
/	بدون	بدون مراقبت دوران بارداری
/		زایمان در منزل
/	دواج	زایمان با کمک فرد مجاز
/		واکسیناسیون کزار

در خصوص روش های ضد بارداری رایج ترین روشی که زنان می شناختند قرص با ۱٪ بود و پس از آن توبکتومی بود. از کل زنان واحد شرایط (نفر) در زمان بررسی نفر (۶٪) حامله بودند و در ۶۶٪ موارد از یکی از انواع روش ها استفاده می کردند که بیشترین آن قرص بود.

۲۱٪ از زنانی که قرص دریافت کرده بودند در مورد نحوه مصرف آن توضیحی به آنها ارایه نشده بود. ۲۴٪ مصرف کنندگان قرص ها آن را غلط مصرف می کردند و از هیچ اقدام اورژانسی در صورت داشتن نزدیکی مشکوک اطلاع نداشتند.

۲۶ زن مورد بررسی / سال بود. در بررسی شاخص های باروری مشخص شد که میانگین سن ازدواج در انان ۱۸ سال بود. که در مقایسه با بعضی از کشورها دارای تشابه می باشد بطوریکه این میزان در اندونزی / سال، در

مواد و روش ها

داده های این طرح قسمتی از پژوهه بررسی سلامت و بیماری عشاپر استان اردبیل است که فاز اول آن طی سال ۱۳۷۹ انجام شده است. در این مطالعه خوش هشت خانواری از عشاپر قشلاق انتخاب گردیدند و در خصوص شاخص های سلامت و بیماری مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند. تعداد زنان سنین باروری که در این پژوهه ۴۹-۱۰ سال در نظر گرفته شد نفر بود. سوالات مربوط به شاخص های باروری مطابق پرسشنامه طرح ملی بررسی شاخص های بهداشتی و جمعیتی سال ۱۳۷۹ تنظیم گردیده و از همان پرسشگران استفاده گردید.

شاخص های باروری مورد نظر شامل سن ازدواج، دفعات حاملگی، سابقه سقط، واکسیناسیون کزار، ناخواسته و پوشش تنظیم خانواده و سوالاتی دیگر مد نظر بود که از طریق مصاحبه با زنان تکمیل گردید. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شد و از آمار توصیفی برای ارایه فراوانی، درصد و میانگین ها استفاده گردید.

از کل زنان مورد مطالعه پژوهه عشاپر تعداد ۱ زن با توجه به معیارهای مورد نظر وارد مطالعه شدند. میانگین سن آنها ۳۳ سال و میانگین سن اولین ازدواج ۱۸/۳ سال بود. که حداقل سن ازدواج ۱۰ سال و حداقل آن ۳۱ سال بود.

۱ مورد (۴/۳۸٪) زنان عشاپر در سه سال اخیر زایمان داشتند که سابقه مردہ زایی /٪ /٪ /٪ و حاملگی ناخواسته /٪ بود. ۴٪ زنان هیچگونه مراقبتی را در دوران بارداری دریافت نکرده بودند و در کسانی هم که مراقبت شده بودند /٪ حداقل تعداد دفعات مراقبت استاندارد را نداشتند. ۶۷٪ هم کمتر از ۴ بار مراقبت یا معاینه دوران بارداری را ذکر

نخواستن فرزند و حاملگی های برنامه ریزی نشده برای اقدام به سقط وجود دارد.

هر چند که نسبت معنی داری از حاملگی های ناخواسته در سقط های عمده خود را نشان می دهند باید دانست بدلایل محدودیت های قانونی سقط در بسیاری از کشورها از جمله ایران میزان سقط های عمده روش نیست [] .

در مطالعه حاضر میزان حاملگی های ناخواسته در کسانی که در سه سال اخیر زایمان داشته اند / % بوده است که از این میان / % ناخواسته و ۱۰/۰ آنها برنامه ریزی نشده بودند.

۴/۳۱٪ زنان در این مطالعه ابراز داشتند که در طی دوران بارداری هیچگونه مراقبتی دریافت نداشتند. این در حالی است که متوسط دفعات مراقبت در دوران بارداری طبق استاندارد ۱۴ بار تعیین شده است. البته در مقایسه با شاخص های جمعیت شهری و روستایی اردبیل در بررسی DHS^۱ سال ۱۳۷۹ میزان مادرانی که اصلاً مراقبت دوران بارداری نداشته اند، در مقایسه با معیار مشخص کشوری به ترتیب برای شهرها نامطلوب و برای روستاهای بسیار نامطلوب گزارش شده است [].

در آمریکا در سال ۲۰۰ میزان زنانی که مراقبتهای دوران بارداری را در سه ماهه اول داشته اند ۲/۸۳٪ و زنانی که اصلاً مراقبت نداشته اند ۱/۰٪ بوده است [].

۲۰/۰٪ زنان عشایر سابقه ای از تزریق واکسن کزار نداشتند. در یک مطالعه در نپال در سال معلوم شد که پوشش واکسیناسیون کزار % سنت [۱۱]. در کشورهای دیگر چون بنگلادش، هند و تایلند این میزان بیش از % سنت [] - ۴/۳۸٪ زنان عشایر طی سه سال اخیر زایمان کرده بودند که زایمان در بیمارستان یا زایشگاه دولتی در

روستاهای نپال ۱۷/۰ سال و در بنگلادش ۱۸/۰ سال است [۱۰]. داده های در دسترس افزایش معنی دار سن در اولین ازدواج را برای زنان در سه دهه گذشته نشان می دهد. بطوریکه در نپال از ۱ سال در ۰/۱ سال در رسیده است []. میانگین سن ازدواج سریلانکا از ۱ در سال ۰/۱ سال در رسیده است []. در هند از ۱/۰ سال در ۱ سال در ۱۹۹۳ افزایش یافته است [۱۰]. بدلیل نبودن اطلاعات قبلی عشاير امکان چنین مقایسه ای نبود. در ایران طبق بررسی سلامت و بیماری سال ۱۳۷۸ میانگین سن ازدواج ۱۸/۱ سال در نواحی شهری ۱۷/۳ سال در نواحی روستایی اردبیل بوده است [۱۲]. که این موضوع نشان دهنده وضعیت مناسب این شاخص در مقایسه با شاخص های کشوری است.

سابقه سقط در ۱۸/۱٪ زنان مورد مطالعه گزارش شد. در مطالعه ای در سریلانکا میزان سقط طی سال ۱۵/۲ به ازای هزار زن ازدواج کرده - سال ثبت شد [] در سال ۱۹۹۶ در ۰/۸٪ زنان متاهل - ۱۵ ساله سابقه سقط داشتند [۱۵]. در میانمار نسبت سقط به زایمان ها ۳ در سال بود [].

بنظر من رسد آمار و ارقام مربوط به سقط به وجود قوانین آن در کشورهای مختلف نیز مرتبط باشد. برای مثال در بوتان و مالدیو سقط تنها در صورتی انجام می شود که زندگی یا سلامتی یک زن در خطر باشد [۱۷]، در هند می تواند در مورد ناهنجاری های جنینی، نارسایی در راه های پیشگیری از بارداری و حاملگی های متعاقب تجاوز جنسی صورت گیرد []. در مطالعه ای در بنگلادش در سال ۱۹۱ معلوم شد که نسبت سقط های عمده رو به افزایش نهاده است ولی با رواج روش های مطمئن باروری از سال ۱ این نسبت تنزل یافته است [۱۹]. دلایل مختلفی از جمله

در مطالعه ای در سال ۱۹۹۳ در اندونزی معلوم شد که دو سوم کسانی که از پیشگیری استفاده می‌کنند هیچگونه اطلاعاتی در مورد آن دریافت نکرده‌اند. سوم در مورد عوارض جانی آنها اطلاعی نداشتند. بنظر من رسد تعلیم، مراقبت و پیگیری در خصوص روش‌های ضدبارداری کافی است [۱].

مطالعات در کشورهای افریقای زیر صحرا بزرگ نشان دادند که فقط ۵-۲۵ درصد مصرف کنندگان روش‌های جدید بارداری از عوارض آنها مطلع [۲].

با توجه به نتایج این بررسی بنظر من رسد لازم است مداخلات بهداشت باروری در زمینه هایی چون حاملگی‌های ناخواسته، سقط، مراقبت دوران بارداری و زایمان توسط فرد دوره دیده صورت پذیرد تا به بهبود این شاخص‌ها کمک شود.

تشکر و قدردانی

این طرح با هزینه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به انجام رسیده است. بدینوسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی و همکاران ایشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

1-United Nations. Population and development vol 1: programme of action adapted at the International Conference on Population and Development, Cairo: 5-13 Sep, 1994. New York: UN; 1995.

2- United Nations Population Fund. The state of world population 1997; the right to choose: reproduction right and reproductive health. New York: UNFPA; 1997.

3- W3. whosea. Org. women health profile factor determining woman health.

4- Carnell B.WHO Releases Report on material mortality around the world. 2004. www.equityfeminism.com.

5- World Health Organization. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Geneva: WHO; 1997.

۱۷/۹ موارد، انجام شده بود و ۱۵/۳٪ زنان عشاير در منزل زایمان کرده بودند و نسبت زایمان در بیمارستان یا زایشگاه دولتی در مقایسه با تمام شهرهای استان بسیار پایین است [۲۶]. در این مطالعه معلوم شد که تنها ۵۲/۲٪ موارد زایمان با کمک فرد مجاز برای کمک به زایمان صورت گرفته است. آمارهای مشابه نشان می‌دهد که در بنگلادش و نپال کمتر از % افراد تعليم دیده صورت می‌گیرد [۲۳] و در بوتان و هند این نسبت به ترتیب ۴ و ۲ درصد است [۱] و [۲۷] که به نظر من رسد در مقایسه با این کشورها وضعیت عشاير بهتر باشد ولی در روستاهای اردبیل بیشترین درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در مغان با /٪ است که در عشاير در مقایسه با جمعیت روستایی این نسبت بالا است [۲۶]. افراد از قرص برای پیشگیری استفاده می‌کرند که بیشتر آنها از LD استفاده می‌کرند. /٪

قرص مصرف می‌کرند نحوه مصرف صحیح آنرا نمی‌دانستند. درصد آگاهی زنان از روش‌های پیشگیری در مورد شیوه‌های مختلف فرق می‌کرد. روش‌های مانند ریتم، نزدیکی منقطع و کاندوم را زنان حتی پس از تعریف نشناختند. بیشترین آگاهی در خصوص قرص بود، که ۵۸/۱٪ حتی بدون تعریف آنرا نام بردن.

raig ترین روشی که زنان عشاير سایقه مصرف آن را ذکر میکرند به ترتیب قرص، آمپول و توبک بوده است. درصد پوشش تنظیم خانواده در زمان پرسشگری ۶۶/۴٪ بود طبق داده‌های دهه ۹ میلادی در برخی کشورها پوشش تنظیم خانواده بیش از ٪ بوده است برای مثال در بوتان فقط ۱۹٪ زنان از هیچ روش تنظیم خانواده استفاده نمی‌کنند [۱].

در مقایسه با داده‌های زیج حیاتی سال ۱. این پوشش در تمام استان بیش از ۷٪ است وraig ترین روش استفاده قرص می‌باشد [۱].

- ۲۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه معاونت پژوهشی و تحقیقات و فن آوری. سیمای سلامت استان اردبیل. سال .
- 22- Child Health USA 2002. www. mchb. Hrsa. Gov.
- 23- Mitra SN, AL-Sabir A, Cross AR, Jamil K. Bangladesh demographic and health survey, 1996-97. Dhaka and Calverton: National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, and Macro International Inc;1997.
- 24- International Institute of Population Sciences, National family health survey, India 1992-93. Mumbai (Bombay): II PS; 1995.
- 25- National Staistical office. Report on Population Characteristics: the 1995-96 Survey on population change. Bangkok: office of the prime minister; 1997.
- ۲۶- شاخص های بهداشتی در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت استان اردبیل بهداشت استان.
- 27- Ministry of Health. Women, health and development Country profile : Bhutan. Thimpha: Ministry of Health; 1998 (unpublished document).
- 28-Lubis F, Fajans P, Simmons R. Maintaining technical quality of care in the introduction of cycloFem in a national family planning program finding from Indonesia Contraception. 1994 May; 49(5): 527-41.
- 6- Segal SJ, LaGardia KD. Termination of pregnancy: a global view. Ballieres Clin Obstet Gynaecol. 1990 Jun; 4(2): 235-47.
- 7- United Nations Department of International Economic and Social Affairs. Adolescents reproductive behavior, vol 2: evidence from developing countries. New York: UN; 1989.
- 8- Ministry of Health. Women, health and development country profile: Maldives. Male: Ministry of Health; 2000.
- 9- Sadik N. The state of world population 1997. UNFPA. New York, 1997.
- 10-United Nations Issues Wall Chart on Marriage Patterns 2000. www.un.org
- 11- Pradhan A, Aryal RH, Regmi G, Ban B, Govinolasamy P. Nepal family health survey 1996. Kathmandu and Calverton, Ministry of Health, New ERA and Macro Intennational Inc; 1997.
- 12- Family Health Bureau. Ministry of Health and Indigenous Medicine. Women, health and development country profile: Sri Lanka. Colombo: Family Health Bureau; 1999.
- ۱۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه معاونت پژوهشی، بررسی سلامت و بیماری در ایران. سال .
- 14- Rajapakse LC, Perera DC. Incidence of induced abortion determined by the randomized response technique. Geylon med J 1994 March; 39(1): 14-8.
- 15-National Statistical Office. The 1996 survey of fertility in Thailand. Bangkok: Office of Prime Minster; 1997.
- 16- Ministry of Health. Women, health and development country profile: Myanmar. Yangon: Minstry of Health; 1997.
- 17- United Nations Population Division. Abortion policies: a global review. vol II: Afghanistan to France. New York: UN; 1992.
- 18- United Nations Population Division. Abortion policies: a global review. vol III: Oman to Zimbabwe. New York: UN; 1994.
- 19- Kapil AM, Rahan M. van Ginneken J. Induced abortion in Matlab, Bangladesh: trends and determinants. IFPP 1998: 24 (3): 128-32.
- 20- Klima CS. Unintended pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. J Nurse Midwifery. 1998 Nov; 43(6): 483-9.