

بررسی شاخص های باروری زنان عشایری استان اردبیل،

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

چکیده

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

روش کار: قسمتی از طرح بررسی سلامت و بیماری عشایر استان اردبیل که فاز اول آن در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت به بررسی شاخص های باروری با استفاده از پرسشنامه دارای ساختار پرداخت، این مطالعه به روش مقطعی در زنان قشلاق عشایر صورت گرفت. اطلاعات مربوط به وضعیت باروری زنان عشایر استخراج گردیده و با نرم افزار SPSS ۱۰ ه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی برای ارا نتایج استفاده شد.

۱۳۸۳ از ۲۸۰ زن ۴۹-۱۰ ساله اطلاعات مربوط به شاخص های باروری تکمیل گردید. میانگین سن ازدواج ۱۱/۱ سال، سابقه مرده زایی ۱۰/۱٪، حاملگی ناخواسته ۳۸/۹٪ بود. ۳۱/۴٪ زنان عشایر اصلاً مراقبت دوران بارداری نداشتند. ۶۷/۶٪ آنهایی هم که مراقبت شده بودند کمتر از ۴ بار مراقبت داشتند.

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

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

۱- مؤلف مسئول: دکتر عمومی- مرکز بهداشت استان اردبیل

۲- مربی اپیدمیولوژی داکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

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

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

چکیده

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 [۱]. 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 [۲]. 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 بخاطر بارداری و زایمان تهدید می شود؛ زنان بسیاری از عوارض مرتبط با آن رنج می برند. عدم دسترسی به مراکز مجهز 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 [۳].

طبق برآورد های اخیر سالانه ۱۱۱ هزار مرگ مادران در دنیا روی می دهد که ۹۵٪ آنها در آسیا و کشورهای زیر صحرای 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 ۴۰۰ است. در مقابل هر زنی که می میرد ۱۱۱ زن از عوارض مرتبط با بارداری در این نواحی رنج می برد [۴].

برآورد 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

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 ۲۱ 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 ۲۱۰ زن در هر روز می شود [۶].

یکی از علل مهم مرگ و میر بارداری حول زایمان سن پایین مادر هنگام بارداری است. آفریقا بالاترین میزان باروری در نوجوانان را دارد (میزان مولید ۱۱۱ به ازای ۱۰۰۰ زن ۱۵-۱۹ ساله) [۷].

با وجودی که روش های پیشگیری موجود راه مناسبی برای فاصله گذاری بین مولید و پیشگیری از بارداری است هنوز هم در برخی از کشورها بیش از ۵۰٪ زنان از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کنند [۸]. در آفریقا تقریباً نیمی از کسانی که از روش های تنظیم خانواده استفاده می کنند از عوارض آنها بی اطلاعند [۹]. سالانه ۳۰-۸ میلیون حاملگی ناخواسته بدلیل نارسایی در استفاده از روش های پیشگیری اتفاق می افتد [۱۰].

بی شک حفظ و ارتقای سلامت زنان بسته به بهبود شاخص های مرتبط با باروری است. در بهبود 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 [۱۱-۱۳] و [۱۴].

این مطالعه با هدف بررسی شاخص های باروری زنان عشایر 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 مؤثر برداشته شود.

مواد و روش ها

داده های این طرح قسمتی از پروژه بررسی سلامت و بیماری عشایر استان اردبیل است که فاز اول آن طی سال ۱۳۹۸ انجام شده است. در این مطالعه ۱۱ خوشه هشت خانواری از عشایر قشلاق انتخاب گردیدند و در خصوص شاخص های سلامت و بیماری مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند. تعداد زنان سنین باروری که در این پروژه ۴۹-۱۰ سال در نظر گرفته شد ۱۱ نفر بود. سئوالات 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 کزاز، ناخواسته و پوشش تنظیم خانواده و سئوالاتی 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، در صد و میانگین ها استفاده گردید.

نتایج

از کل زنان مورد مطالعه پروژه عشایر تعداد ۱۲ زن با توجه به معیارهای مورد نظر وارد مطالعه شدند. میانگین سن آنها ۳۳/۰۰ سال و میانگین سن اولین ازدواج ۱۸/۳ سال بود، که حداقل سن ازدواج ۱۱ سال و حداکثر آن ۳۶ سال بود.

۱۰ مورد (۸۴/۳٪) زنان عشایر در سه سال اخیر زایمان داشتند که سابقه مرده زایی ۰/۰٪ و ۰/۰٪ و حاملگی ناخواسته ۰/۰٪ بود. ۳۱/۴٪ زنان هیچگونه مراقبتی را در دوران بارداری دریافت نکرده بودند و در کسانی هم که مراقبت شده بودند ۰/۰٪ حداقل تعداد دفعات مراقبت استاندارد را نداشتند. ۶۷/۰٪ هم کمتر از ۴ بار مراقبت یا معاینه دوران بارداری را ذکر

کرده اند. ۳۹/۱٪ زنان در منزل و ۴۶/۰٪ آنها در زایشگاه یا بیمارستان دولتی و مابقی در تسهیلات زایمانی بین راه و زایشگاه یا بیمارستان خصوصی زایمان کرده بودند که ۵۹/۲٪ با کمک فرد مجاز صورت گرفته بود (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع شاخص های باروری در زنان ۱۵-۴۵ ساله

شاخص	تعداد	درصد
سابقه مرده زایی	۰	۰/۰
حاملگی ناخواسته	۰	۰/۰
حاملگی برنامه ریزی نشده	۰	۰/۰
بدون مراقبت دوران بارداری	۰	۰/۰
زایمان در منزل	۰	۰/۰
زایمان با کمک فرد مجاز	۰	۰/۰
واکسیناسیون کزاز	۰	۰/۰

در خصوص روش های ضد بارداری رایج ترین روشی که زنان می شناختند قرص با ۱۰/۰٪ بود و پس از آن توپکتومی بود. از کل زنان واجد شرایط (۱۱ نفر) در زمان بررسی ۱۱ نفر (۶٪) حامله بودند و در ۶۶/۴٪ موارد از یکی از انواع روش ها استفاده می کردند که بیشترین آن قرص بود. ۲۱/۶٪ از زنانی که قرص دریافت کرده بودند در مورد نحوه مصرف آن توضیحی به آنها ارایه نشده بود. ۲۴/۹٪ مصرف کنندگان قرص ها آن را غلط مصرف می کردند و از هیچ اقدام اورژانسی در صورت داشتن نزدیکی مشکوک اطلاع نداشتند.

بحث

۲۶ زن مورد بررسی ۱۵/۰۰ سال بود. در بررسی شاخص های باروری مشخص شد که میانگین سن ازدواج در آنان ۱۸/۰ سال بود، که در مقایسه با بعضی از کشورها دارای تشابه می باشد بطوریکه این میزان در اندونزی ۱۵/۰ سال، در

روستاهای نپال ۱۷/۰ سال و در بنگلادش ۱۸/۸ 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 ۱۰/۰ سال در ۰۰۰۰ سال ۱۰/۰ سال در ۰۰۰۰ رسیده است [۱۱]. میانگین سن ازدواج سریلانکا از ۱۰/۰ در سال ۰۰۰۰ ۰۰/۰ سال در ۰۰۰۰ رسیده است [۱۲]. در هند از ۱۰/۰ سال در ۰۰۰۰ سال ۱۰ سال در ۱۹۹۳ افزایش یافته است [۱۰]. بدلیل نبودن اطلاعات قبلی عشایر امکان چنین مقایسه ای نبود. در ایران طبق بررسی سلامت و بیماری سال ۱۳۷۸ میانگین سن ازدواج ۱۸/۱ سال در نواحی شهری و 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 ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ ۱۵/۷ به ازای هزار زن ازدواج کرده ۰۰-۰۰ سال ثبت شد [۱۳] در سال ۱۹۹۶ در ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ ۸/۳٪ زنان متاهل ۰۰-۱۵ ساله سابقه سقط داشتند [۱۵]. در میانمار نسبت سقط به زایمان ها ۳ در سال ۰۰۰۰ بود [۱۴].

بنظر می 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 [۱۸]. در مطالعه ای در بنگلادش در سال ۱۹۰۰ معلوم شد که نسبت سقط های عمدی رو به افزایش نهاده است ولی با رواج روش های مطمئن باروری از سال ۱۰۰۰ این نسبت تنزل یافته است [۱۹]. دلایل مختلفی از جمله

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 عمدی خود را نشان می دهند باید دانست بدلائل محدودیت های قانونی سقط در بسیاری از کشورها از جمله ایران میزان سقط های عمدی روشن نیست [۱۱].

در مطالعه حاضر میزان حاملگی های ناخواسته در کسانی که در سه سال اخیر زایمان داشته اند ۰۰/۰٪ بوده است که از این میان ۰۰/۰٪ ۰۰۰۰۰۰ ناخواسته و ۱۰/۷٪ آنها برنامه ریزی نشده بودند.

۳۱/۴٪ 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 درمقایسه 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 روستاها بسیار نامطلوب گزارش شده است [۱۱].

در آمریکا در سال [۲۰۰ میزان زنانی که مراقبتهای دوران بارداری را در سه ماهه اول داشته اند ۸۳/۲٪ و زنانی که اصلاً مراقبت نداشته اند ۷/۰٪ بوده است [۱۱].

۲۰/۲٪ زنان عشایر سابقه ای از تزریق واکسن کزاز نداشتند. در یک مطالعه در نپال در سال ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ معلوم شد که پوشش واکسیناسیون کزاز ۰۰٪ است [۱۱]. در کشورهایی دیگر چون بنگلادش، هند و تایلند این میزان بیش از ۰۰٪ است [۱۱-۱۲].

۳۸/۴٪ زنان عشایر طی سه سال اخیر زایمان کرده بودند که زایمان در بیمارستان یا زایشگاه دولتی در

۱۷/۹٪ موارد، انجام شده بود و ۱۵/۳٪ زنان عشایر 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 می دهد که در بنگلادش و نپال کمتر از ۱۰٪ و ۱۵٪ به ترتیب افراد تعلیم دیده صورت می گیرد [۲۳] و در بوتان و هند این نسبت به ترتیب ۱۰٪ و ۲۰٪ درصد است [۲۷] که به نظر می رسد در مقایسه با این کشورها وضعیت عشایر بهتر باشد ولی در روستاهای اردبیل بیشترین در صد زایمان توسط فرد دوره ندیده در مغان با ۱۰٪ است که در عشایر در مقایسه با جمعیت روستایی این نسبت بالا است [۲۶]. ۱۶/۸٪ افراد از قرص برای پیشگیری استفاده می کردند که بیشتر آنها از LD استفاده می کردند. ۱۰٪ و ۱۵٪ بیشتر آنها از LD استفاده می کردند. قرص مصرف می کردند نحوه مصرف صحیح آنرا نمی دانستند. درصد آگاهی زنان از روش های پیشگیری در مورد شیوه های مختلف فرق می کرد. روش هایی 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 بردند.

رایج ترین روشی که زنان عشایر سابقه مصرف آن را ذکر میکردند به ترتیب قرص، آمپول و توپک [۲۸] بوده است. درصد پوشش تنظیم خانواده در زمان پرسشگری ۶۶/۴٪ بود طبق داده های دهه ۹۰ میلادی در برخی کشورها پوشش تنظیم خانواده بیش از ۱۰۰٪ بوده است برای مثال در بوتان فقط ۱۹٪ زنان از هیچ روش تنظیم خانواده استفاده نمی کنند [۲۹].

در مقایسه با داده های زیج حیاتی سال ۱۳۸۵، این پوشش در تمام استان بیش از ۷۰٪ است و رایج ترین روش استفاده قرص می باشد [۳۰].

در مطالعه ای در سال ۱۹۹۳ در اندونزی معلوم شد که دو سوم کسانی که از پیشگیری استفاده می کنند هیچگونه اطلاعاتی در مورد آن دریافت نکرده اند. [۳۱] سوم در مورد عوارض جانبی آنها اطلاعی نداشتند. بنظر می رسد تعلیم، مراقبت و پیگیری در خصوص روش های ضدبارداری کافی است [۳۲].

مطالعات در کشورهای افریقای زیر صحرای بزرگ نشان دادند که فقط ۵-۲۵ درصد مصرف کنندگان روش های جدید بارداری از عوارض آنها مطلع [۳۳].

با توجه به نتایج این بررسی بنظر می رسد لازم است مداخلات بهداشتی باروری در زمینه هایی چون حاملگی های ناخواسته، سقط، مراقبت دوران بارداری و زایمان توسط فرد دوره ندیده صورت پذیرد تا به بهبود این شاخص ها 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 می گردد.

□□□□

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.

- ۲۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه معاونت پژوهشی و تحقیقات و فن آوری، سیمای سلامت استان اردبیل، سال. ۱۳۸۳
- 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 Marco 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 primel minister; 1997.
- ۲۶- شاخص های بهداشتی در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت استان اردبیل ۱۳۸۳ بیهداشت 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. Colombio: Family Health Bureau; 1999.
- ۱۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه معاونت پژوهشی، بررسی سلامت و بیماری در ایران، سال. ۱۳۸۳
- 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.