

شیوع ناباروری در زنان شهرستان گناباد

لیلا صادق مقدم^۱ - علیرضا مسلم^۲ - معصومه قرچه^۳ - حمید چمنزاری^۴

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری از عوامل مهم ایجاد نگرانی در زوجیهایی است که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند؛ این مسأله نه تنها ناامیدکننده، بلکه امری ویرانگر است که در تکامل شخصیت مردانه یا زنانه و تضمین هویت آنان مؤثر است. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع ناباروری زنان متأهل در مناطق شهری و روستایی گناباد و بررسی برخی عوامل فردی تأثیرگذار، انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۵ انجام شد، ۳۸۰ زن متأهل در محدوده سنی ۴۹-۱۵ سال ساکن مناطق شهری و روستایی گناباد، توسط مصاحبه، پرسشنامه و با روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای طبقه‌ای متناسب با حجم و سپس سیستماتیک انتخاب شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری توصیفی و تحلیلی (t, Crosstabs) در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۳۸۰ زن بررسی شده، ۸۸/۱٪ مشکلی در باروری نداشتند. شیوع کلی ناباروری در شهرستان گناباد ۱۱/۹٪ بود که ۶/۵٪ ناباروری اولیه و ۵/۴٪ دچار ناباروری ثانویه بودند. شیوع ناباروری در مناطق شهری گناباد ۱۲/۸٪ و در مناطق روستایی ۱۱/۴٪ بود. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین مشخصات فردی زنان و مشخصات دوره‌های قاعدگی آنها با بروز ناباروری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد شیوع ناباروری در شهرستان گناباد ۱۱/۹٪ می‌باشد که با توجه به تفاوت این مقدار با مطالعات دیگر، نیازمند بررسی بیشتر از نظر سبب‌شناسی و عوامل تأثیرگذار می‌باشد.

کلید واژه‌ها: شیوع؛ ناباروری اولیه و ثانویه؛ زنان؛ گناباد

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۴؛ زمستان سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۶/۵/۲ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۱۲/۲۸ پذیرش: ۱۳۸۷/۱/۲۷

۱- نویسنده مسؤول؛ عضو هیأت علمی گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی گناباد

آدرس: گناباد- حاشیه جاده آسیایی- دانشکده علوم پزشکی گناباد.

تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۰۲۸ نمابر: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۸۱۴ پست الکترونیک: ls_moghadam@yahoo.com

۲- عضو هیأت علمی گروه آموزشی بیهوشی، دانشکده علوم پزشکی گناباد

۳- کارشناس پرستاری، دانشکده علوم پزشکی گناباد

۴- عضو هیأت علمی گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی گناباد

مقدمه

در سال ۱۳۷۹ در یک بررسی در سطح شهر تهران شیوع کلی نازایی زوجها، ۱۲٪ گزارش شد (۴) اما در مورد شیوع کلی نازایی و خصوصیات اپیدمیولوژیک آن در سطح کشور اطلاعات کمی در دسترس است.

از آنجا که نازایی می‌تواند هم به علت مشکلات زنان و هم مردان ایجاد شود، باید این مسأله را در نظر داشت که در بررسیهایی که بر پایه جمعیت انجام می‌شود، مسائلی که هر دو زوج را تحت تأثیر قرار می‌دهند، دو بار محاسبه نگردد؛ همچنین از آنجا که معمولاً زنان همه موارد بارداری را (چه به پایان رسیده و چه نرسیده) بهتر به یاد دارند، در این بررسیها توصیه می‌گردد تنها زنان، مورد مطالعه قرار گیرند (۳).

این مطالعه به منظور تعیین شیوع ناباروری در زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله مناطق شهری و روستایی گناباد و مشخص کردن برخی خصوصیات اپیدمیولوژیک آن انجام شد. دستیابی به این شیوع برای برنامه‌ریزی دقیق در جهت ارتقای خدمات ارائه شده در این زمینه، کمک‌کننده خواهد بود.

روش تحقیق

این مطالعه به صورت مقطعی و در سال ۱۳۸۵ انجام شد؛ جمعیت مورد مطالعه شامل تمامی زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن در مناطق شهری و روستایی گناباد ساکن بود. با توجه به جمعیت روستا و شهر، روش نمونه‌گیری در دو مرحله زیر انجام شد:

یک مرحله طبقه‌ای متناسب با حجم و در مرحله بعدی در هر کدام از طبقات به صورت سیستماتیک صورت گرفت. بر این اساس ۲۰۴ زن از مناطق شهری و ۱۷۶ زن از مناطق روستایی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای حاوی مشخصات فردی زوجین، وضعیت باروری و مشخصات دوره‌های قاعدگی بود. به منظور روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی^۴ و جهت پایایی آن از روش آزمون مجدد، استفاده گردید.

در این پرسشنامه، از افراد در مورد سن، سواد، شغل، مدت زمان تلاش برای داشتن فرزند، وضعیت باروری، جستجوی خدمات درمانی و ... سؤال شد. پرسشنامه‌ها توسط پرسشگرهای

نازایی عبارت است از یک سال آمیزش محافظت نشده بدون صورت گرفتن باروری که تقریباً ۱۵-۱۰٪ زوجها را در طول سنین باروری مبتلا می‌کند (۱). در طی دو دهه گذشته در بررسی نازایی سه تغییر عمده رخ داده است (۲):

۱- تغییر و تحول در مورد باروری مصنوعی^۱ و سایر فناوریهای باروری کمک‌شده^۲

۲- آگاهی بیشتر جمعیت از درمانهای موجود برای نازایی

۳- تغییرات اجتماعی که باعث شده است سن ازدواج بالا برود و متعاقب آن حاملگی به تأخیر بیفتد.

تقریباً آنچه که در مورد خصوصیات زنان نابارور در دسترس می‌باشد، بر اساس مطالعه روی موارد مراجعه به کلینیک و درمانگاهها بوده است و تنها مربوط به کسانی می‌شود که در جستجوی خدمات درمانی در این زمینه بوده‌اند و به هیچ وجه قابل تعمیم به جامعه نیست (۲). مطالعه بر اساس جمعیت روش خوبی برای ارزیابی کلی شیوع نازایی می‌باشد. این مطالعات در انگلستان، اسکاتلند و استرالیا انجام شده است و شیوع ناباروری در سراسر عمر از ۳۵٪ در Sheffield انگلستان تا ۱۴٪ در Aberdeen اسکاتلند گزارش شده است (۱۰-۲).

در برخی مطالعات نازایی، ناتوانی در باروری پس از دو سال آمیزش محافظت‌نشده و در برخی دیگر یک سال در نظر گرفته شده است (۷).

الگو و میزان نازایی، شاخص مناسبی برای سلامت خانواده و برنامه‌ریزی در جهت آن می‌باشد ولی داده‌های مربوط به سلامت باروری و جنبه‌های فردی و اجتماعی آن، به میزان کافی در دسترس نمی‌باشد. به عقیده برخی پژوهشگران، ناتوانی یک زن در تولد فرزند، می‌تواند منجر به انگ اجتماعی^۳ و فشارهای خانوادگی زیادی گردد (۴).

نتایج یک بررسی نشان داد که تقریباً ۵۰٪ زوجهایی که به درمانگاههای نازایی ارجاع داده می‌شوند، از روشهای کمک باروری سود می‌برند (۵)؛ بنابراین لازم و اساسی است که در مورد اپیدمیولوژی نازایی در کل جمعیت و استفاده از خدمات موجود و خدمات‌دهی آنها و نیاز مردم، اطلاعات بیشتری به دست آورد.

1- In-vitro Fertilisation

2- Assisted Reproductive Technique

3- Social Stigma

4- Content Validity

میزان سقط و ناباروری و سابقه ناباروری در افراد نزدیک فامیل ارتباط معنی داری وجود نداشت.

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان نابارور مورد پژوهش بر حسب سن

ثانویه		اولیه		سن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	۰	۸	۲	<۲۳
۶۵	۱۳	۴۴	۱۱	۲۳-۳۲
۳۰	۶	۳۶	۹	۳۲-۴۰
۵	۱	۱۲	۳	≥۴۰
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۵	کل

جدول ۲- توزیع فراوانی وضعیت باروری در زنان مورد مطالعه شهرستان گناباد

وضعیت باروری		تعداد	درصد
باروری	فراوانی		
باروری	۳۳۵	۸۸/۱	
ناباروری اولیه	۲۵	۶/۵	
ناباروری ثانویه	۲۰	۵/۴	
کل	۳۸۰	۱۰۰	

جدول ۳- توزیع فراوانی وضعیت باروری در زنان مورد مطالعه در مناطق شهری و روستایی گناباد

محل زندگی		شهر		روستا	
وضعیت باروری	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
باروری	۱۷۸	۸۷/۲	۱۵۶	۸۸/۶	۱۷۸
ناباروری اولیه	۱۱	۵/۳	۱۴	۷/۹	۱۱
ناباروری ثانویه	۱۵	۷/۵	۶	۳/۵	۱۵
کل	۲۰۴	۱۰۰	۱۷۶	۱۰۰	۲۰۴

جدول ۴- توزیع فراوانی جستجوی خدمات درمانی به تفکیک شهر و روستا در زنان با مشکل باروری

منبع مراجعه		شهر		روستا	
محل زندگی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
جستجو نداشته	۴	۱۶	۷	۳۵	۴
پزشک متخصص	۱۸	۷۲	۹	۴۵	۱۸
ماما و غیره	۳	۱۲	۴	۲۰	۳
کل	۲۵	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۵

آموزش دیده و به روش مصاحبه تکمیل شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری توصیفی و تحلیلی (t, Crosstabs) در سطح معنی داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان نابارور مورد پژوهش در ناباروری اولیه $32/43 \pm 1/8$ و در ناباروری ثانویه $32/18 \pm 1/6$ سال بود. (ناباروری ثانویه به موردی اطلاق گردید که بارداری قبلی رخ داده باشد؛ هر چند تولد زنده نباشد). (۲). ۴٪ زنان نابارور مورد پژوهش بی‌سواد، ۳۲٪ دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۸٪ دبیرستانی، ۱۲٪ فوق دیپلم و ۱۶٪ دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر بودند. میانگین مدت ازدواج در زنان نابارور مورد پژوهش در ناباروری اولیه $7/43 \pm 1/7$ و در ناباروری ثانویه $10/36 \pm 1/8$ سال بود؛ میانگین سن همسران زنان نابارور مورد پژوهش در ناباروری اولیه $39 \pm 3/9$ سال و در ناباروری ثانویه $36/6 \pm 1/6$ سال بود. توزیع فراوانی زنان نابارور مورد پژوهش در جدول ۱، ارائه شده است. در این تحقیق، شیوع کل ناباروری (اولیه و ثانویه) ۱۱/۹٪ بود؛ همچنین شیوع ناباروری اولیه ۶/۵٪ و ناباروری ثانویه ۵/۴٪ به دست آمد (جدول ۲).

ناباروری اولیه در مناطق شهری ۵/۳٪ و در مناطق روستایی ۷/۹٪ و نیز ناباروری ثانویه در شهر ۷/۵٪ و در روستا ۳/۵٪ گزارش شد (جدول ۳).

از نظر جستجوی خدمات درمانی در زمینه حل کردن مشکل باروری، ۱۶٪ زنان شهری مورد پژوهش، جستجو نداشتند؛ ۷۲٪ به پزشک متخصص و ۱۲٪ به ماما و غیره مراجعه کرده بودند. در بین زنان روستایی ۳۵٪ مراجعه نداشتند؛ ۴۵٪ به پزشک متخصص و ۲۰٪ از ماماها و سایر افراد مرتبط راهنمایی خواسته بودند (جدول ۴).

در این گروه زنان روستایی (۳۵٪) بیشتر از زنان شهری جستجویی برای خدمات درمانی نداشتند و در هر گروه بیشترین مراجعه و جستجوی خدمات به پزشک متخصص بوده است. همچنین در این پژوهش بین سقط، سابقه تولد فرزند مرده و ناباروری ثانویه ارتباطی مشاهده نشد. ۲۴٪ زنان نیز عفونت ادراری داشتند و در ۱۲٪ کیست تخمدان گزارش شده بود. بین

بحث

برای حل مشکل خود در جستجوی خدمات درمانی نبودند؛ در مطالعه نجومی و همکاران در غرب تهران، ۸/۲٪ از زنان، با تجربه نازایی اولیه و ۴/۷٪ از زنان با نازایی ثانویه، برای حل مشکل خود در جستجوی خدمات درمانی در این زمینه نبوده‌اند (۴). این اختلاف عدم مراجعه و جستجو جهت خدمات درمانی در مناطق شهری و روستایی ممکن است به دلیل کمبود امکانات تشخیصی و درمانی در مناطق روستایی و یا عدم آگاهی کافی و یا مرتبط با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین باشد (۲)؛ همچنین ممکن است نقش مسائل فرهنگی کشور ما در زمینه داشتن فرزند و در نتیجه پیگیری مشکلات مربوط به آن علت این اختلاف باشد. آشنایی بیشتر با خدمات ناباروری و دسترسی به آنها در میان بیمارانی که از وضعیت اقتصادی و تحصیلی بهتری برخوردارند، احتمالاً استفاده بیشتر آنها از منابع پزشکی را توجیه می‌کند (۲).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌گردد برای به دست آوردن شیوع دقیق تر ناباروری، جمعیت بیشتری از زنان در هم‌گروه‌های سنی مختلف مورد بررسی قرار گیرند. استفاده از شیوع نازایی و ناباروری حل نشده، بهترین راه ارزیابی اثر خدمات درمانی در زمینه نازایی است. از آنجا که نداشتن فرزند و به طور کلی مشکل در باروری از نظر اجتماعی و فرهنگی به آسانی بیان نمی‌گردد، ممکن است آمار واقعی شیوع ناباروری بیش از میزان به دست آمده باشد.

در این مطالعه شیوه نازایی و برخی عوامل مربوط به آن مورد بررسی قرار گرفت. طبق یافته‌های این پژوهش شیوع کل ناباروری در زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله شهرستان گناباد ۱۱/۹٪ می‌باشد که از این میزان ۶/۵٪ ناباروری اولیه و ۵/۴٪ ناباروری ثانویه داشتند. طبق آمار جهانی، میزان ناباروری ۱۵-۱۰٪ می‌باشد (۳). در این پژوهش بررسی نازایی با استفاده از مصاحبه و پرسشگری از نمونه‌های پژوهش بود. سایر منابع نیز بررسی ناباروری را با استفاده از روشهای ارزیابی کلینیکی، معاینه فیزیکی و خودگزارش‌دهی ذکر کرده‌اند (۸).

میزان ناباروری در ایران در سال ۱۳۸۴، ۵٪ گزارش شده است (۶)؛ به نظر می‌رسد اختلاف در میزان شیوع در جمعیت و مکانهای متفاوت، ممکن است به علت بررسی هم‌گروه‌های متفاوت سنی باشد. در برخی تحقیقات کل جمعیت زنان در سنین باروری در نظر گرفته شده‌اند و در برخی دیگر تنها زنانی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که زمان باروری آنها رو به پایان بوده و تقریباً تعداد فرزندان مورد نظر خود را دارا بوده‌اند.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۷ به منظور تعیین نازایی اولیه در تهران انجام شد، زنان مورد بررسی ۴۹-۲۰ ساله بودند و میزان ناباروری کل ۲۱/۹٪ گزارش شد (۶)؛ در مطالعه دیگری در سال ۱۳۷۹، با عنوان شیوع ناباروری زوجها در غرب تهران، شیوع کل ناباروری ۱۲٪ گزارش شد (۴).

در مطالعه حاضر، ۱۶٪ زنان شهری و ۳۵٪ زنان روستایی

References:

- 1- Ghazi Jahani B, Ghotbi R. *Kisner's diseases principles and women health*. 7th ed. Tehran: Golban Press; 2006.
- 2- Novak, Berk (Author). *Novak's women diseases*. Translated by: Davari Tanha F, Mahmoudan A. 13th ed. Tehran: Tabib Press; 2004.
- 3- Speroff IE, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999.
- 4- Nojoomi M, Ashrafi M, Koochpayehzadeh J. Survey of couple infertility outbreak in west of Tehran in 2000. *Iran Medical Univ J*. 2001; 8 (27): 633-41.
- 5- Anon B. The management of sub fertility. *Effective Health Care Bulletin*. 1996; 3: 1-24.
- 6- Barooti A, Ramezani Tehrani F, Heydari Seraj M, Ashrafi M. Primary sterility according to marriage age. *Hakim*. 1999; 10: 88-93.
- 7- Parne T. Systemic review on the prevalence and epidemiology of infertility 1999-2004. *Rural and community health*. University of British Columbia School of medicine Canada. 2005.
- 8- Rutsteinn S, Shah I. Infertility and childlessness in Developing countries. *DHS comparative Reports no.9: ORC macro and the world health organization*. 2005.
- 9- Buckett W, Bentick B. The epidemiology of infertility in a rural population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997; 76: 233-37.
- 10- Kwwfe DI. Aging and infertility in woman. *Med Health Rt*. 1997; 80 (12): 403-405.