



Reproductive Health Behaviors of immigrant Afghan Women and its Determinants in Tehran Province, Iran

Rasoul Sadeghi¹ | Hossein Mahmoudian² | Mohammad Reza Bromandzadeh³

1. Department of Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: rassadeghi@ut.ac.ir

2. Department of Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: hmahmoud@ut.ac.ir

3. Corresponding Author, PhD Student of Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: marezabru@yahoo.com

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received 17 August 2021

Received in revised form 18
July 2023

Accepted 2 September 2023

Published online 20

September 2023

Keywords:

Reproductive health,
International migration,
Adaptation, Generational
status, Afghan women.

ABSTRACT

Forced immigrants and refugees are considered as vulnerable groups in reproductive health and reproductive policy studies. The current study investigates the reproductive health behaviors of immigrant Afghan women in Iran taking socio-demographic factors into account. The data is collected through a survey applying a multi-stage sampling method with a sample size of 200 Afghan married women in Tehran province. The results indicates that unintended pregnancy, abortion, low rate of using contraceptives, and higher risk of sexually transmitted diseases are the most notable reproductive health challenges of immigrant Afghan women in Iran. Findings also show that the awareness of immigrant women about the various aspects of reproductive health is low. The results of multivariate analysis shows that cultural adaptation, generational status, household socio-economic status, awareness and about reproductive health have the greatest impact on the reproductive health behaviors of Afghan women. Findings indicate that immigrant Afghan women face limitations, both in terms of social acceptance and access to the reproductive health services. This situation leaves this group exposed to higher risk of diseases as well as high-risk reproductive health behaviors. Elimination of structural and cultural barriers to access reproductive health services for immigrant Afghan women are suggested and discussed.

Cite this article: Sadeghi, R., Mahmoudian, H. & Bromandzadeh, M.R (2023). Reproductive Health Behaviors of immigrant Afghan Women and its Determinants in Tehran Province, Iran , *Sociological Review (Social Science Letter)*, 30 (1), 167-183.

DOI: <http://10.22059/JSR.2023.329036.1684>

رفتارهای سلامت باروری و عوامل تعیین‌کننده آن در میان زنان مهاجر افغانستانی ساکن استان تهران*

رسول صادقی^۱ | حسین محمودیان^۲ | محمدرضا برومندزاده^۳ ✉

۱. دانشیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: rassadeghi@ut.ac.ir

۲. دانشیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: hmahmoud@ut.ac.ir

۳. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: marezabru@yahoo.com

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۶</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۴/۲۷</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۱</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹</p> <p>کلیدواژه‌ها: سلامت باروری، مهاجرت بین‌المللی، انطباق اجتماعی، وضعیت نسلی، زنان افغانستانی.</p>	<p>مهاجران اجباری و پناهندگان یکی از گروه‌های حساس در مطالعات و سیاست‌های سلامت باروری هستند. این مقاله به بررسی رفتارهای سلامت باروری و عوامل اجتماعی- جمعیتی مرتبط با آن در میان زنان افغانستانی ساکن در استان تهران می‌پردازد. داده‌ها به روش پیمایش و از طریق شیوه نمونه‌گیری چندمرحله- ای با حجم نمونه ۲۰۰ نفر از زنان دارای همسر مهاجر افغانستانی گردآوری شد. نتایج نشان داد حاملگی ناخواسته، سقط جنین، نرخ پایین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و شیوع بیماری‌های آمیزشی از مسائل و چالش‌های سلامت باروری زنان مهاجر افغانستانی در ایران است. همچنین، آگاهی و نگرش زنان مهاجر نسبت به ابعاد مختلف سلامت باروری پایین است و رفتارهای سنتی بهداشت باروری شایع است. نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد متغیرهای انطباق فرهنگی با جامعه ایران، وضعیت نسلی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانوار، آگاهی و نگرش به سلامت باروری، بیشترین تأثیر را بر رفتارهای سلامت باروری زنان افغانستانی دارند. از اینرو، زنان مهاجر افغانستانی، از نظر دسترسی به خدمات بهداشت باروری، با محدودیت‌هایی مواجه بوده و به دلیل پایین بودن سطح آگاهی و تحصیلات با چالش‌های متعددی در این حوزه مواجه هستند. این وضعیت می‌تواند منجر به شیوع بیشتر بیماری‌ها و رفتارهای پرخطر سلامت باروری در میان مهاجران شود. در این زمینه، رفع موانع ساختاری و فرهنگی دسترسی زنان افغانستانی به خدمات سلامت باروری پیشنهاد می‌شود.</p>

استناد: صادقی، رسول؛ محمودیان، حسین و برومندزاده، محمدرضا (۱۴۰۲). رفتارهای سلامت باروری و عوامل تعیین‌کننده آن در میان زنان مهاجر افغانستانی ساکن استان تهران مطالعات جامعه‌شناختی (نامه علوم اجتماعی)، ۳۰ (۱)، ۱۶۷-۱۸۳.

DOI: <http://10.22059/JSR.2023.329036.1684>

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده سوم در گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران با عنوان «مطالعه نقش مهاجرت و اقامت در ایران بر تغییر نگرش‌ها و رفتارهای سلامت باروری مهاجران افغانستانی» می‌باشد.

مقدمه

سلامت باروری^۱ مفهومی گسترده است که جنبه‌های مختلف اجتماعی، روان‌شناختی و جسمانی روابط جنسی و باروری را در هم می‌آمیزد. سلامت باروری در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲، به‌عنوان وضعیت کامل رفاه و بهزیستی^۳ جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ضعف در تمام جنبه‌های جنسی و باروری، تعریف شده است (ادوارد^۴ و کلمن^۵، ۲۰۰۴). به بیان دیگر، سلامت باروری به معنای زندگی و رابطه جنسی سالم، رضایت‌بخش و متعهد، توانایی تولیدمثل، آزادی عمل برای تصمیم‌گیری درباره فرزند-آوری و امکان داشتن فرزند سالم می‌باشد. رفتار باروری سالم و مناسب، آگاهی و دسترسی به کنترل باروری و پیشگیری از بیماری‌ها و شرایط ایمن در طول دوران بارداری و زایمان را تضمین می‌کند (دانیلسون^۶ و ساندستروم^۷، ۲۰۰۶).

مهاجران اجباری و پناهندگان یکی از گروه‌های حساس و پردرد شده در مطالعات و سیاست‌های سلامت باروری هستند. رفتارها و مسائل سلامت باروری و جنسی در بستر مهاجرت‌های اجباری، نمود بیشتری پیدا می‌کنند. مشکلات شرایط زندگی، محرومیت از سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی بخاطر ضعف در پوشش‌های بیمه‌ای و موارد فراوان دیگری، باعث افزایش مخاطرات بهداشتی در این گروه از مهاجران شده است (سبو^۸ و همکاران، ۲۰۱۱). از نظر دسترسی به خدمات سلامتی، بالاخص خدمات و مراقبت‌های مربوط به سلامت باروری و جنسی، مهاجرین نسبت به جامعه میزبان شرایط متفاوتی را تجربه می‌کنند. شواهد تجربی در ایالات متحده آمریکا و اروپا نشان می‌دهد که مهاجران کمتر از ساکنین بومی، برای استفاده از خدمات مراقبت‌های سلامتی مثل خدمات سلامت باروری قبل از زایمان اقدام می‌کنند (بولینی^۹ و سایم^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ مؤسسه ملی لاتین سلامت باروری^{۱۱}، ۲۰۰۷). مطالعه‌ای در چین نشان می‌دهد که میزان استفاده مهاجران از خدمات مراقبت‌های قبل از زایمان به طور قابل توجهی کمتر از ساکنان بومی می‌باشد، زیرا آنها با انواع موانع دسترسی به خدمات درمانی مواجه هستند (ژن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷). زنان مهاجر در مقایسه با افراد بومی، اغلب دارای آگاهی ضعیف‌تری نسبت به تنظیم‌خانواده و دارای میزان‌های بالاتر باروری ناخواسته و تأخیر در مراقبت‌های پزشکی هستند (سبو و همکاران، ۲۰۱۰: ۵۱۱). با اینحال، مطالعات اندکی درباره مسائل بهداشتی و سلامتی مهاجران غیرقانونی انجام گرفته است که این امر می‌تواند بخاطر پنهانی بودن و کوتاه مدت بودن نقل و انتقالات این گروه از مهاجران باشد (سبو و همکاران، ۲۰۱۰: ۵۱۰-۵۱۱).

یکی از پایدارترین مهاجرت‌های اجباری در چند دهه اخیر، مهاجرت افغانستانی‌ها می‌باشد. افغانستان در حال حاضر به‌عنوان یکی از چهار کشور مبدا بیشترین پناهنده از سوی کمیساریای عالی سازمان ملل شناخته می‌شود. در طرف دیگر، ایران به‌عنوان دومین مقصد پناهندگان افغانستانی (پس از پاکستان)، شناخته می‌شود (هوگو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۲). همسایگی و ارتباطات فرهنگی بین دو

1. Reproductive Health
2. World Health Organization
3. well-being
4. Edwards WM
5. Coleman E
6. Maria Danielsson
7. Kajsa Sundstrom
8. Paul Sebo
9. Bollini, P.
10. Siem, H
11. National Latina Institute for Reproductive Health
12. Zhan, S
13. Graeme Hugo

کشور ایران و افغانستان سبب شده است تا در طول تاریخ حرکات مهاجرتی از افغانستان به سمت ایران جریان داشته باشد. تعداد مهاجران افغانستانی در اوایل دهه‌ی ۱۳۷۰، به بیش از سه میلیون نفر رسیده است (عباسی‌شوازی و همکاران، ۲۰۱۲). با وجود نوسانات در تعداد مهاجران افغانستانی در ایران، نتایج سرشماری ۱۳۹۵، نشان می‌دهد که حدود ۱٫۶ میلیون نفر اتباع افغانستانی در ایران ساکن هستند که دو درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). باروری بالا و اقامت طولانی‌مدت افغانستانی‌ها باعث شده است تا تعداد نسل جوان متولد ایران و به اصطلاح نسل دوم افغانستانی‌ها بطور فزاینده‌ای افزایش یابد (عباسی‌شوازی و همکاران، ۲۰۱۲). همانطور که اشاره شد شرایط زندگی مهاجرین شدیداً پتانسیل شیوع رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و روابط جنسی خارج از ازدواج را فراهم می‌کند. رفتارهای پرخطر در میان مهاجرین، به ویژه در میان کسانی که تنها یا با دوستان خود زندگی می‌کنند، در مقایسه با کسانی که با خانواده خود یا دیگر خانواده‌ها زندگی می‌کنند، بسیار بیشتر است (گیری^۱ و همکاران، ۲۰۱۱: ۳۴۲). شیوع رفتارهای پرخطر در میان مهاجرین، به طور معناداری به سن، وضعیت زناشویی، سطح تحصیلی و شرایط زندگی آنها وابسته است (همان: ۳۴۲). مهاجرین جوان معمولاً به خاطر تغییرات زیاد در کار و شرایط زندگی به همراه فشارهای اقتصادی-اجتماعی، بیشترین میزان مواجهه با مشکلات را دارند. این عوامل ممکن است بر نگرش آنها به ازدواج و همچنین زندگی و رفتار جنسی آنها تاثیر بگذارد. رفتارهای نالایمن جنسی، جوانان ازدواج نکرده مهاجر را وادار می‌کند تا در معرض خطرات گوناگونی مانند حاملگی‌های پیش از ازدواج، سقط‌های عمدی و بیماری‌های مقاربتی مانند ایدز قرار گیرند (لیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱: ۲). به طور کلی هم زنان و هم مردان مهاجر نسبت به جامعه میزبان، بیشتر در معرض بیماری‌های مقاربتی جنسی نظیر HIV و هپاتیت B و همچنین خشونت‌های جنسی قرار دارند (کیگنارت و همکاران، ۲۰۱۴). از اینرو، هدف از این مقاله بررسی رفتارهای سلامت باروری در میان زنان افغانستانی مقیم در استان تهران و عوامل تعیین‌کننده آن است.

پیشینه پژوهش

پیشینه نظری

در خصوص ارتباط مهاجرت و سلامت باروری، چندین رویکرد نظری شامل گزینشی بودن فرآیند مهاجرت، مدل فرهنگ‌پذیری، مدل همانندی مشخصه‌ها و مدل هنجاری- فرهنگی، ارائه و توسعه یافته است. در نظریه گزینشی بودن مهاجران، بر این نکته تاکید می‌شود که در شکل‌گیری تمایلات برای مهاجرت، مهاجران از دیگر افراد در مکان مبدا متمایز می‌شوند. آنچه در اینجا مهم می‌باشد، سوابق و پیشینه مهاجران است. مهاجران ممکن است یک گروه خود انتخابی^۳ باشند که در مقایسه با افراد مشابه خود در مبدا، حتی اگر مهاجرت هم نکنند، رفتارهای سلامت باروری متفاوتی داشته باشند. گزینشی بودن مهاجرین بر انطباق رفتارهای سلامت باروری آنها و همانند شدن آنها با جامعه میزبان تاثیرگذار می‌باشد (عباسی‌شوازی و صادقی، ۲۰۱۵). براساس نظریه استراتژی‌های فرهنگ‌پذیری^۴ که توسط بری^۵ مطرح گردیده است، فرهنگ‌پذیری یک فرآیند یادگیری است که از آن طریق، فرد در یک زمینه اجتماعی- فرهنگی جدید، زندگی را شروع می‌کند. چهار استراتژی فرهنگ‌پذیری نیز از هم متمایز می‌شوند: استراتژی همانندگردی (همانندشدن)، جدایی، ادغام، حاشیه‌ای شدن. منظور از همانندگردی این است که فرد هویت فرهنگی خود را از دست

1. Purushotam A. Giri
2. Zhi Yong Liu
3. Sexually transmitted disease (STD)
4. Self- Selected
5. Acculturation Strategies
6. Berry

داده و به فرهنگ جامعه مقصد روی می آورد (بری، ۲۰۰۸: ۵۱). جدایی، هنگامی اتفاق می افتد که افراد برای حفظ فرهنگ مادری-شان ارزش قائل شده و در همین زمان از کنش متقابل با دیگر فرهنگ‌ها، سرباز می‌زنند. یعنی جدایی برای مهاجر زمانی رخ می‌دهد که علاقه‌مندی به فرهنگ خودی وجود دارد و افراد به فرهنگ سنتی خودشان، اهمیت می‌دهند، اما هیچ توجهی به فرهنگ جامعه میزبان ندارند (همان: ۵۱). منظور از ادغام این است که شخص مهاجر به فرهنگ جامعه مبدأ پایبند است، در حالی که با فرهنگ جامعه مقصد نیز ارتباط دارد و به آن هم پایبند می‌باشد. در ادغام، نوعی دوفرهنگی وجود دارد و وفاداری به هر دو فرهنگ نوعی همبستگی اجتماعی را بوجود می‌آورد (همان: ۵۱). حاشیه‌ای شدن، زمانی رخ می‌دهد که فرد مهاجر هم فرهنگ قومی خود و هم فرهنگ جامعه میزبان را طرد می‌کند. بری، مدل حاشیه‌نشینی را بیگانگی دوگانه می‌نامد، چون در این استراتژی عدم وفاداری به دو فرهنگ وجود دارد (همان: ۵۱).

مدل همانندی مشخصه‌ها به تبیین تفاوت‌های بومی-مهاجر در رفتارهای جمعیتی و بهداشتی در چارچوب نابرابری اجتماعی یا سطوح پایین سازگاری ساختاری می‌پردازد. به بیان دیگر، این دیدگاه با تاکید بر تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی مهاجران با جمعیت بومی بیان می‌کند که وضعیت بومی / مهاجر-به تنهایی-تأثیری مستقل بر الگوها و رفتارهای جمعیتی و بهداشتی ندارد، بلکه تفاوت در ترکیب اقتصادی-اجتماعی آنهاست که عمدتاً موجب تفاوت‌ها در این رفتارها می‌شود (عباسی‌شوازی و صادقی، ۱۳۸۸). در مقابل، *مدل هنجاری-فرهنگی*^۱ مطرح شده است که تاکید آن بر نقش تعیین‌کننده ارزش‌ها، هنجارها و نظام‌های هویتی و فرهنگی در شکل‌گیری الگوهای رفتارهای جمعیتی است (همان، ص ۱۱).

علاوه بر رویکردهای مهاجرتی که توضیح داده شد، رویکردهای تغییرات رفتاری نیز در تحلیل رفتارهای سلامت باروری مهاجرین کاربرد دارند. نظریه شناخت اجتماعی (SCT)^۲، ریشه در کارهای باندورا^۳ (۱۹۷۷، ۱۹۹۲، ۲۰۰۰ آ و ۲۰۰۰ ب) دارد. براساس نظریه شناخت اجتماعی، تغییر رفتار بوسیله احساس شخص از کنترل بوجود می‌آید. اگر افراد بر این باور باشند که می‌توانند برای حل یک مشکل به طرز مفیدی عمل کنند، تمایل بیشتری به انجام آن عمل داشته و بیشتر به تصمیم خود، متعهد هستند. خودکارآمدی درک شده^۴ به کنترل اعمال شخصی یا سازمان، مربوط می‌شود. افرادی که بر این باور باشند که می‌توانند باعث وقوع حوادث شوند، ممکن است زندگی فعال‌تر و خودمختاری بیشتری در زندگی داشته باشند. این "توانایی" شناخت، می‌تواند حس کنترل محیط را به شخص منعکس کند. این امر نشان‌دهنده اعتقاد به توانایی در روبروشدن با موارد چالش‌برانگیز می‌باشد. خودکارآمدی موجب تفاوت در نحوه احساس، تفکر و عملکرد افراد می‌شود (باندورا، ۱۹۹۷). نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده^۵ (TPB)، قصد فرد را در یک زمان و مکان مشخص نسبت به انجام یک رفتار پیش‌بینی می‌کند. این امر نشان می‌دهد که رفتار فردی به وسیله نیت رفتاری انجام می‌شود، جایی که نیت رفتاری، بوسیله سه عامل تعیین می‌گردد: نگرش فرد نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده (ایزن^۶، ۱۹۹۱). به طور کلی، هرچه نیت و قصد قوی‌تر باشد، احتمال انجام رفتار بیشتر است. نگرش نسبت به رفتار، به میزانی که یک فرد احساس مثبت یا منفی از رفتار مورد علاقه خود دارد، اشاره می‌کند که شامل در نظر گرفتن نتایج انجام رفتار می‌باشد. هنجار ذهنی، به اعتقاد در مورد نظر و فکر دیگران نسبت به انجام رفتار توسط شخص، اشاره دارد که به درک فرد از محیط اجتماعی و محیط اطراف رفتار مربوط می‌شود. کنترل رفتاری ادراک شده به ذهنیت فرد در مورد این که میزان کارکرد رفتار آسان یا دشوار

1. Normative- Cultural Model
2. Social Cognitive theory
3. Bandura, A
4. Perceived self-efficacy
5. Theory of Planned Behavior
6. Ajzen

است، مربوط می‌شود (ایزن، ۱۹۹۱) و زمانی که افراد درک کنند که منابع و اعتماد بیشتری را جلب می‌کنند، افزایش می‌یابد (ایزن، ۱۹۸۵؛ هارتویک^۱ و بارکی^۲، ۱۹۹۴؛ لی^۳ و کوزر^۴، ۲۰۰۵). مدل اعتقاد بهداشتی (HBM)^۵ (جانز^۶ و بکر^۷، ۱۹۸۴)، بر دو جنبه تشخیصی افراد از سلامت و رفتارهای سلامت محور متمرکز می‌باشد؛ درک تهدید و ارزیابی رفتاری. درک تهدید با دو باور کلیدی حساسیت درک شده نسبت به بیماری یا مشکلات بهداشتی و شدت پیش‌بینی شده از عواقب بیماری، شناخته می‌شود. همچنین ارزیابی رفتاری شامل دو مجموعه متمایز از باورها یعنی مزایا و یا اثربخشی یک رفتار توصیه شده بهداشتی و هزینه یا موانع اجرای رفتار، می‌باشد. مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل‌های آموزشی مطرح در زمینه آموزش سلامت، می‌باشد (مودی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۴۹). مدل رفتاری استفاده از خدمات سلامتی^۸، در ابتدا در دهه ۱۹۶۰ توسعه یافت. از آن موقع برای برنامه‌ها و پژوهش‌های قابل توجهی اعمال گردیده است. این مدل در ابتدا در اواخر دهه ۱۹۶۰ برای کمک به درک اینکه چرا خانواده‌ها از خدمات سلامتی استفاده می‌کنند و برای تعریف و سنجش دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامتی و همچنین برای کمک به توسعه سیاست‌هایی جهت دستیابی به دسترسی عادلانه، توسعه یافت. این مدل اولین و یا تنها مدل مورد استفاده در آن زمان نبوده، اما تلاشی برای ادغام تعدادی از ایده‌ها در مورد "چگونگی" و "چرایی" استفاده از خدمات سلامتی بوده است. مدل استفاده از خدمات سلامتی، در ابتدا بر روی خانواده به عنوان واحد تحلیل متمرکز بوده، چرا که مراقبت‌های پزشکی که یک فرد دریافت می‌کرد، تابعی از ویژگی‌ها و مشخصات اجتماعی و اقتصادی - جمعیت شناختی خانواده به عنوان یک واحد بوده است. این مدل دسترسی به خدمات درمانی را به عنوان نتیجه تصمیمات فردی می‌داند که با موقعیت آنها در جامعه و دسترسی به خدمات سلامتی محدود می‌شود. بر اساس این مدل، استفاده از مراقبت‌های سلامتی، بستگی به تعامل بین رفتارهای فردی، ویژگی‌های جمعیتی و محیط اطراف، مانند سیستم مراقبت‌های سلامتی دارد (اکرمن و همکاران، ۲۰۱۷).

پیشینه تجربی

وضعیت سلامت باروری و جنسی زنان مهاجر در مطالعه‌ای توسط بتانکورت^۹ و همکاران (۲۰۱۳) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از مراقبت‌های سلامت باروری و جنسی در میان مهاجران نسبتاً پایین است. بیشترین موانع شامل هزینه‌های مالی، تفاوت‌های زبانی، مراقبت از کودکان و کیفیت ضعیف خدمات بوده است. آگاهی و استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری در بین زنان مهاجر اسپانیایی و مقایسه آن با غیر مهاجرین در ایالات متحده آمریکا در مطالعه‌ای توسط پالاسیو^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۸) انجام گرفته است. نتایج مطالعه نشان داد که دانش و آگاهی در مورد باروری و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان اسپانیایی‌ها نسبت به غیر اسپانیایی‌ها کمتر می‌باشد. همچنین میزان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در میان اسپانیایی‌ها به میزان قابل توجهی کمتر از غیر اسپانیایی‌ها است. وایبه^{۱۱} (۲۰۱۳) به مقایسه نگرش‌ها و رفتارهای زنان مهاجر و غیر مهاجر درباره

1. Hartwick
2. Barki
3. Lee
4. Kozar
5. Health Belief Model
6. Janz
7. Becker
8. The model of health services' use
9. Gabriela S. Betancourt
10. Isabel C. Garcés-Palacio
11. Ellen Wiebe

وسایل جلوگیری و نحوه دسترسی به آنها، در کشور کانادا پرداخت. نتایج نشان داد زنان مهاجر از نظر دسترسی به وسایل خصوصاً هنگامی که سقط جنین مطرح باشد، مشکلات بیشتری دارند. نتایج نشان داده است که هرچه طول دوره اقامت برای زنان مهاجر بیشتر باشد، احتمال همسویی و تشابه رفتاری با زنان کانادایی بیشتر است. مطالعه آوارز^۱ و همکاران (۲۰۱۶) در جنوب اروپا نیز نشان داده است که مهاجرین نسبت به افراد بومی، احتمال بیشتری برای اقدام به سقط جنین دارند. این احتمال خصوصاً در افرادی که با مبدا کشورهای جنوب صحرای آفریقای بودند، بیشتر می‌باشد.

مطالعات در زمینه وضعیت سلامت مهاجران غیرقانونی دارای فقر تجربی است، زیرا اطلاعات لازم به ندرت در دسترس می‌باشند. آقاجانیان^۲ و یو^۳ (۲۰۱۸) در مطالعه خود بیشتر مقوله مهاجرت و اقامت قانونی و غیرقانونی بودن را مدنظر قرار دادند. در این مطالعه وضعیت سقط جنین و وسایل پیشگیری از بارداری در بین مهاجرین و بومیان در روسیه مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که میزان سقط جنین در بین افراد بومی بیشتر از مهاجرین بوده است. همچنین رابطه بین مهاجرت غیرقانونی و حاملگی ناخواسته^۴ در مطالعه کاسیاس^۵ و همکاران (۲۰۱۳)، مورد بررسی قرار گرفت. حاملگی‌های ناخواسته منعکس کننده نیازهای برآورده نشده سلامت باروری هستند. این مطالعه به بررسی رابطه بین وضعیت مهاجرتی و حاملگی‌های ناخواسته پرداخته و وضعیت حاملگی زنان مراجعه کننده به بیمارستان‌های سوئیس را در ارتباط با قانونی و غیرقانونی بودن مهاجرت، مورد بررسی قرار داده است. بر اساس نتایج، مهاجرین غیرقانونی، میزان بارداری ناخواسته بالاتری داشته‌اند (۷۵/۲٪ در مقابل ۲۰/۶٪). رفتارهای سلامت باروری و جنسی مهاجران غیرقانونی در ژنو توسط سبو^۶ و همکاران (۲۰۱۱) مورد بررسی قرار گرفت. آنها معتقدند مهاجرین غیرقانونی، با موانع بزرگتری در دستیابی به مراقبت‌های سلامتی روبرو هستند. این مطالعه بر رفتارهای پرخطر جنسی و باروری در میان مهاجرین غیر-قانونی تمرکز داشته است. در این جمعیت که اکثراً جوان با ریشه امریکای لاتین، مجرد و تحصیل کرده بودند، روابط محافظت نشده و تجربه روابط متعدد و شریکان جنسی متعدد، بسیار متداول بوده است.

رفتارهای سلامت باروری، آگاهی، نگرش و رفتارهای مرتبط با سلامت باروری مهاجران، موضوع دیگری در ادبیات تحقیق می‌باشد. آکرمن^۷ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای درباره آگاهی و استفاده از خدمات سلامت باروری و جنسی در میان زنان مهاجر تایلندی در سوئد نشان دادند که اعتماد بالا به دیگران و سرمایه اجتماعی به طور کلی باعث افزایش دسترسی به دانش در مورد خدمات سلامت می‌شوند. نتایج مطالعه کیگنارت^۸ و همکاران (۲۰۱۴) در خصوص سلامت باروری و جنسی مهاجران در اتحادیه اروپا نشان داد که زنان مهاجر عموماً دسترسی کمتری به خدمات تنظیم خانواده دارند و بیشتر در معرض بارداری‌های ناخواسته قرار می‌گیرند. پونست^۹ و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان نسل دوم مهاجران و زنان غیر مهاجر در فرانسه پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که در فرانسه، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان زنان مهاجر و نسل دوم مهاجرین به‌طور قابل توجهی پایین‌تر از زنان غیرمهاجر است. لیوبر^{۱۰} (۲۰۰۸) در بررسی مسائل مربوط به سلامت جنسی و

1. Elena Rodriguez-Alvarez
2. Victor Agadjanian
3. Sam Hyun Yoo
4. Unintended Pregnancy
5. Alejandra Casillas
6. Paul Sebo
7. Eva Åkerman
8. Ines Keygnaert
9. Lorraine Catherine Poncet
10. Olga Loeber

باروری مهاجران ترک در هلند نشان داد که پس از مهاجرت، فرآیند انطباق منجر به تغییر در رفتارها خواهد شد. در طول این روند تعارض‌هایی در روابط مهاجران ترکیه‌ای و نسل دوم آنها، بوجود آمده است. زنان نسل دوم مهاجرین نسبت به مردان این گروه، تطابق بیشتری با الگوهای کشور میزبان دارند.

در ایران مطالعه کاوش بسترهای شکل‌گیری ازدواج زود هنگام در میان زنان مهاجر افغانستانی در شهر یزد توسط عسکری‌ندوشن و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که ازدواج زود هنگام در بستری مردسالارانه رخ می‌دهد که برتری قدرت مردان را به‌صورتی مشروع و پذیرفته‌شده بازمی‌تاباند و با خشونت‌های سراسربین، ارزش‌زدایی از زنان و درمقابل، تعریف ارزش افزوده برای پسران، بر ساخته می‌شود. زنان در برابر مردسالاری مسلط، راهبردهایی همچون فرار از خانه، سازگاری ابر و مقاومت پوشالی اتخاذ می‌کنند که فرایند خودآسیب‌رسانی، آوار آرزوها-عواطف، نارضایتی از زندگی و عوارض جسمانی ازدواج زود هنگام از پیامدهای آن است. در مطالعه دیگری، روحانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که ازدواج زود هنگام در میان نسل دوم مهاجران در بستری رخ می‌دهد که سنت ازدواج زود هنگام از طریق یادگیری اجتماعی، از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد. گرچه ازدواج زود هنگام ممکن است در گذر زمان و با جابجایی در افق‌های ذهنی و نگرشی، به تدریج با مقاومت‌ها و در نتیجه تغییراتی مواجه شوند، اما ارزش‌های اجتماعی و سنت‌های ریشه‌دار گذشته، به‌صورت بین‌نسلی در بازتولید ازدواج زود هنگام، همچنان فعالانه ایفای نقش می‌کنند.

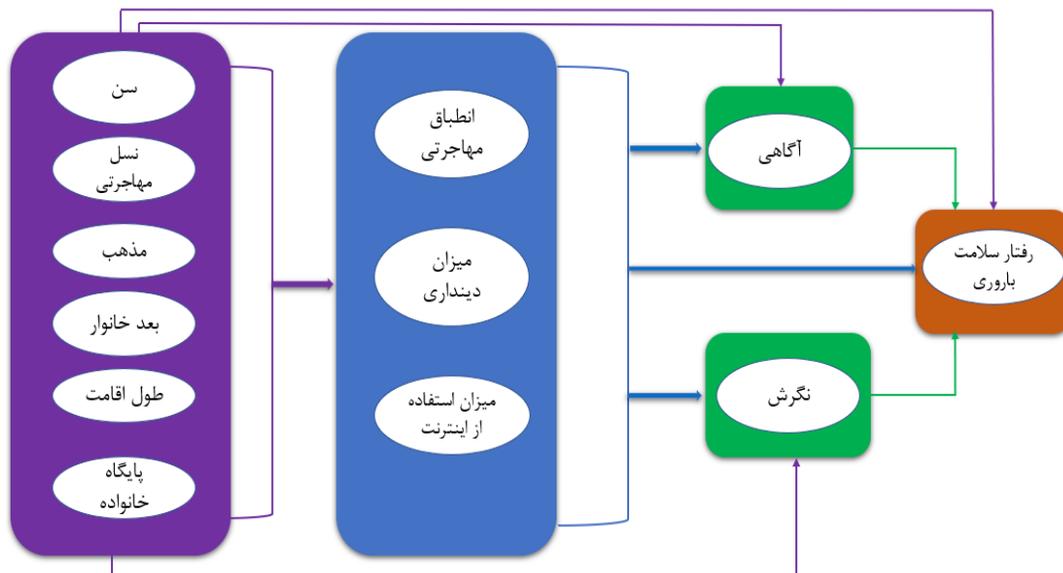
میرزایی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به بررسی اطلاعات و خدمات بهداشت باروری و جنسی در دختران نوجوان ایرانی پرداختند. این مطالعه به صورت کیفی و در شهرهای شاهرود، مشهد، تهران و قم انجام گرفته است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که دلایل اصلی ضرورت ارائه اطلاعات و خدمات سلامت باروری و جنسی به دختران نوجوان ایرانی در شش طبقه، جای می‌گیرد: فقدان دانش کافی در ارتباط با موضوعات سلامت باروری، دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی نامعتبر، تغییرات فرهنگی-اجتماعی جامعه، افزایش وقوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، تاکید مذهب بر تربیت جنسی کودکان و نوجوانان و وجود تابوهای فرهنگی در جامعه. بیشتر شرکت‌کنندگان بر ضرورت ارائه خدمات سلامت باروری و جنسی برای دختران نوجوان تاکید داشتند. ریاحی و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی نیازهای اطلاعاتی سلامت و موانع دسترسی به آن در میان مهاجران خارجی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که آگاهی و اطلاعات بهداشتی و سلامتی مهاجران خارجی در کشورمان، در سطح پایینی قرار دارد. رخشانی و همکاران (۱۳۸۱) به مطالعه آگاهی، نگرش و رفتار زنان مهاجر افغانستانی در مورد تنظیم خانواده در شهر زاهدان پرداختند. یافته‌های پژوهش، پایین بودن سن اولین ازدواج و بارداری و بالابودن میزان باروری را در جمعیت مورد مطالعه نشان داد. بر اساس نتایج این پژوهش، حدود نیمی از زنان مورد بررسی از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند، که تمایل به داشتن فرزند بیشتر، حامله بودن یا مخالفت شوهر را به عنوان مهم‌ترین دلایل بیان نمودند.

بدین ترتیب، مطالعات محدودی به بررسی سلامت باروری مهاجران افغانستانی در ایران پرداخته‌اند (عسکری‌ندوشن و همکاران، ۱۳۹۸؛ روحانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ میرزایی و همکاران، ۱۳۹۳؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۹۴؛ رخشانی و همکاران، ۱۳۸۱) و خلاهای تحقیقاتی در این زمینه در کشور وجود دارد.

مدل مفهومی و فرضیه‌های پژوهشی

براساس مرور مبانی نظری و تجربی پژوهش، مدل نظری-مفهومی تحقیق طراحی شده است که در شکل ۱ آمده است. همانطور که مشخص است در این مطالعه، رفتارهای سلامت باروری به عنوان متغیر وابسته نهایی در نظر گرفته شده است. متغیرهای آگاهی

از سلامت باروری و نگرش سلامت باروری، متغیرهای وابسته میانی تحقیق هستند که بر رفتارهای سلامت باروری تاثیرگذار بوده و از طرف دیگر تحت تأثیر متغیرهای مختلفی می‌باشند.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

در این راستا، فرضیه‌های زیر طراحی و مورد آزمون قرار می‌گیرند.

- ۱- سن رابطه معکوسی با رفتارهای سلامت باروری مدرن دارد.
- ۲- زنان نسل دوم مهاجر، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری در مقایسه با زنان نسل اول دارند.
- ۳- زمینه مذهبی افراد بر رفتارهای سلامت باروری اثرگذار است. مهاجران شیعه در مقایسه با مهاجران اهل سنت، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری دارند.
- ۴- هر چه بعد خانوار، کمتر باشد افراد به سمت رفتارهای سلامت باروری مدرن تر، تمایل دارند.
- ۵- افراد دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتر، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری دارند.
- ۶- طول مدت اقامت در کشور مقصد، بر رفتارهای سلامت باروری مهاجرین تاثیرگذار می‌باشد، هرچه طول مدت اقامت بیشتر باشد، افراد بیشتر به سمت رفتارهای مدرن تر، میل می‌کنند.
- ۷- هرچه انطباق مهاجرین با جامعه ایرانی بیشتر باشد، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری خواهند داشت.
- ۸- میزان دینداری با رفتارهای سلامت باروری رابطه عکس دارد.
- ۹- هرچه استفاده از اینترنت بین افراد بیشتر باشد، رفتارهای سلامت باروری مدرن تر، بیشتر خواهد بود.
- ۱۰- میزان آگاهی افراد از سلامت باروری بر رفتارهای سلامت باروری آنها تاثیرگذار می‌باشد و هرچه افراد میزان آگاهی بالاتری داشته باشند، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری دارند.
- ۱۱- نگرش افراد بر رفتارهای سلامت باروری آنها تاثیرگذار می‌باشد و هرچه افراد نگرش مدرن تری نسبت به سلامت باروری داشته باشند، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری خواهند داشت.

روش تحقیق و داده‌ها

این مطالعه، یک تحقیق کمی^۱ است و از تکنیک پیمایش^۲ برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری در مطالعه حاضر زنان دارای همسر مهاجر افغانستانی ساکن شهرهای منتخب استان تهران (تهران، اسلام‌شهر، شهریار، پاکدشت، کهریزک، ری و ورامین) می‌باشند. واحد تحلیل در این مطالعه فرد می‌باشد و با مراجعه به افراد، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شده است. حجم نمونه زنان دارای همسر، ۲۰۰ نفر برآورد گردیده است. از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای^۳ برای دسترسی به نمونه‌ها استفاده شده است. در این مطالعه پس از تهیه پرسشنامه، به اساتید و محققین حوزه‌های مهاجرت و باروری مراجعه شد و اعتبار آن تایید گردید. برای سنجش همسانی درونی گویه‌ها در ساخت شاخص از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: مقداری آلفای کرونباخ مفاهیم و متغیرهای تحقیق

میزان آلفای کرونباخ	تعداد گویه	مفاهیم
۰/۹۱۰	۸	میزان دینداری
۰/۷۱۱	۱۲	انطباق اجتماعی
۰/۷۰۶	۶	آگاهی سلامت باروری - جنسی
۰/۷۰۸	۸	نگرش نسبت به سلامت باروری - جنسی
۰/۷۶۷	۱۱	رفتارهای سلامت باروری - جنسی

متغیر وابسته در این پژوهش، رفتار سلامت باروری می‌باشد. برای عملیاتی نمودن رفتارهای سلامت باروری و جنسی، استفاده از روش‌های پیشگیری، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی، تجربه سقط جنین، تجربه حاملگی ناخواسته، تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده، فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند و ترجیح جنسی فرزندان مورد سوال قرار گرفته است. برای ساخت شاخص به رفتارهایی که اصول سلامتی را رعایت کرده یا رفتاری متعارف در جهت سلامت باروری زنان بوده است کد ۱ و رفتارهایی که بیشتر جنبه سنتی داشته یا عدم رعایت اصول سلامت باروری را ابراز داشته، با کد ۰، مشخص شدند. برای این منظور ۱۱ سوال در نظر گرفته شد و نمره بیشتر بیانگر رفتار مدرن‌تر سلامت باروری است. متغیرهای مستقل در این پژوهش شامل ویژگی‌های اقتصادی-جمعیتی (سن، تحصیلات، بعدخانوار، وضعیت اقتصادی خانوار)، ویژگی‌های اجتماعی-فرهنگی (مذهب، میزان دینداری، استفاده از اینترنت)، وضعیت مهاجرتی و الگوهای انطباق (وضعیت نسلی (نسل اول / دوم)، سن به هنگام ورود به ایران، طول مدت اقامت در ایران، الگوهای انطباق) و آگاهی و نگرش به سلامت باروری بوده‌اند که در قالب سوالات و گویه‌های مختلف مورد سنجش قرار گرفته و عملیاتی شده‌اند.

یافته‌ها

توصیف

پاسخگویان حاضر در این تحقیق شامل زنان افغانستانی دارای همسر ۵۴-۱۸ ساله بوده‌اند. ویژگی‌های جمعیتی پاسخگویان در جدول ۲، ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که پاسخگویان در این مطالعه دارای میانگین سنی حدود ۳۴ سال بوده‌اند که حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۵۴ سال می‌باشد. حدود ۸۸ درصد کل افراد، زنان خانه‌دار، می‌باشند. از نظر تحصیلات فرد پاسخگو، ۳۴ درصد افراد

1. Quantitative
2. Survey
3. Multi-Stage Cluster Sampling

صادقی، محمودیان و برومندزاده / رفتارهای سلامت باروری و عوامل تعیین کننده آن در میان زنان مهاجر افغانستانی... ۱۷۷

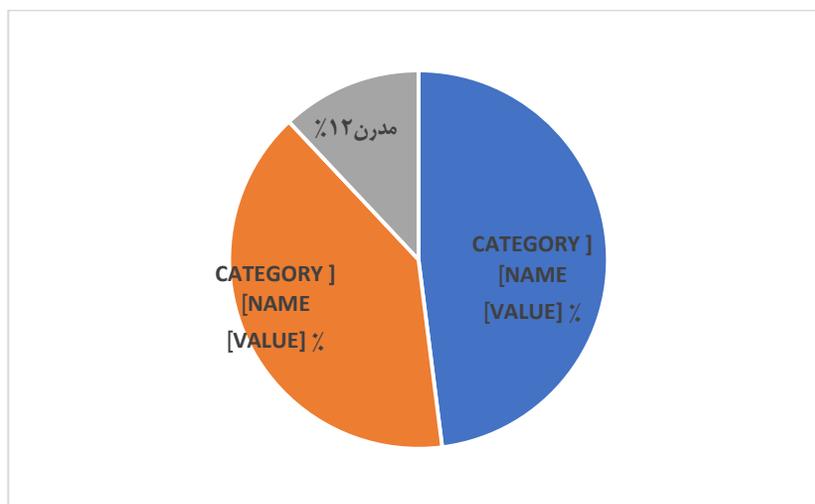
را کسانی تشکیل می‌دهند که سواد خواندن و نوشتن ندارند. اکثریت افراد باسواد، دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر (حدود ۹۵ درصد) هستند. میانگین بعد خانوار ۵/۰۸ بوده است. از نظر توزیع قومیتی پاسخگویان، اکثریت افراد، از قوم هزاره (حدود ۷۰ درصد) هستند. ۷۶ درصد کل پاسخگویان را افراد شیعه مذهب تشکیل می‌دهند. نتایج نشان می‌دهد ۶۴ درصد افراد دارای میزان دینداری بالا بوده‌اند. میزان استفاده از اینترنت در بین پاسخگویان حدود ۵۰ درصد بوده است. نتایج نشان داد افراد بیشتر الگوهای انطباقی جدایی-گزینی و ادغام را دنبال میکنند. ادغام با ۴۱/۵ درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده و جدایی‌گزینی (۲۹ درصد)، همانندشدن (۱۶ درصد) و حاشیه نشینی (۱۳/۵ درصد) در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند. طول مدت اقامت (نسبت عمر گذرانده در ایران)، نشان داد که بیش از ۵۴ درصد افراد ۷۶ تا ۱۰۰ درصد عمر خود را در ایران بوده‌اند (شامل افراد متولد ایران) و بیش از ۳۰ درصد افراد ۵۰ تا ۷۵ درصد عمر خود را در ایران سپری کرده‌اند. علاوه بر اینها، نتایج مطالعه نشان داد که افراد پاسخگو عموماً دارای آگاهی سطح پایین و نگرش سطح پایین یا متوسطی نسبت به سلامت باروری هستند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع ویژگی‌های جمعیتی پاسخگویان

وضعیت اشتغال			سن		
درصد	فراوانی		۳۳/۶۶		میانگین
۸/۵۰	۱۷	شاغل تمام وقت	۱۸		کمینه سنی
۳/۰۰	۶	شاغل پاره وقت	۵۴		بیشینه سنی
۱/۵۰	۳	محصل/دانشجو	وضعیت سواد		
۸۶/۰۰	۱۷۲	خانه دار	درصد	فراوانی	
۱/۰۰	۲	بیکار	۳۴/۵۰	۶۹	بی سواد
			۶۵/۵۰	۱۳۱	باسواد
طول مدت اقامت (نسبت عمر طی شده در ایران)			میزان تحصیلات		
درصد	تعداد		۳۸/۲۸	۴۹	ابتدایی
۵/۰۰	۱۰	۰-۲۵ درصد	۲۷/۳۴	۳۵	دبیرستان
۱۰/۰۰	۲۰	۲۶-۵۰ درصد	۲۹/۶۹	۳۸	دیپلم
۳۰/۵۰	۶۱	۵۱-۷۵ درصد	۰۴/۶۹	۶	دانشگاهی
۵۴/۵۰	۱۰۹	۷۶-۱۰۰ درصد	بعد خانوار		
			۵/۰۸		میانگین
مذهب			۲		کمینه
۷۶/۰۰	۱۵۲	شیعه	۱۰		بیشینه
۱۹/۵۰	۳۹	سنی	پایگاه اقتصادی اجتماعی		
۴/۵۰	۹	سایر	۶۶/۵۰	۱۳۳	پایین
			۳۰/۵۰	۶۱	متوسط
وضعیت نسلی			۳/۰۰	۶	بالا
۳۴/۰۰	۶۸	نسل دوم	آگاهی سلامت باروری		
۶۶/۰۰	۱۳۲	نسل اول	۵۲/۵۰	۱۰۵	پایین
الگوهای انطباق مهاجران در جامعه ایران			۳۹/۵۰	۷۹	متوسط
۱۶/۰۰	۳۲	همانند شدن	۸/۰۰	۱۶	بالا
۲۹/۰۰	۵۸	جدایی‌گزینی	نگرش سلامت باروری		

وضعیت اشتغال			سن		
۴۱/۵۰	۸۳	ادغام	۴۳/۰۰	۸۶	پایین
۱۳/۵۰	۲۷	حاشیه‌نشینی	۴۳/۵۰	۸۷	متوسط
میزان دینداری			۱۳/۵۰	۲۷	بالا
میزان استفاده از اینترنت					
۶۴/۰۰	۱۲۸	بالا			
۳۶/۰۰	۷۲	متوسط	۵۰/۵۰	۱۰۱	بله
۰/۰۰	۰	پایین	۴۹/۵۰	۹۹	خیر
۱۰۰/۰۰	۲۰۰	کل	۱۰۰/۰۰	۲۰۰	کل

علاوه بر اینها، نتایج بررسی نشان داد که ۴۸ درصد افراد مورد بررسی، رفتارهای سنتی، ۴۰ درصد رفتار بینابینی و تنها ۱۲ درصد افراد، رفتارهای مدرن سلامت باروری و جنسی داشته‌اند (شکل ۲).



شکل ۲: نوع رفتارهای سلامت باروری زنان افغانستانی مورد بررسی

تحلیل

بررسی روابط دومتغیره بیانگر رابطه معنادار همه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته می‌باشند. همانطور که در جدول ۳ آمده است رابطه سن، میزان دینداری و بُعدخانوار با رفتارهای مدرن سلامت باروری، منفی است. یعنی با افزایش سن، دینداری و بُعد خانوار، رفتارهای مدرن سلامت باروری زنان کاهش می‌یابد. در مقابل، رابطه شاخص پایگاه اقتصادی- اجتماعی، طول مدت اقامت، میزان انطباق اجتماعی و فرهنگی با جامعه ایران، نگرش و آگاهی سلامت باروری، با متغیر وابسته مثبت است. علاوه بر اینها، نسل اول مهاجران در مقایسه با نسل دوم، افرادی که از اینترنت استفاده می‌کنند در مقایسه با کسانی که استفاده نمی‌کنند و افراد شیعه مذهب در مقایسه با مهاجران اهل سنت، رفتارهای سلامت باروری مدرن تری دارند.

جدول ۳: رابطه دومتغیره متغیرهای مستقل با شاخص سلامت باروری زنان

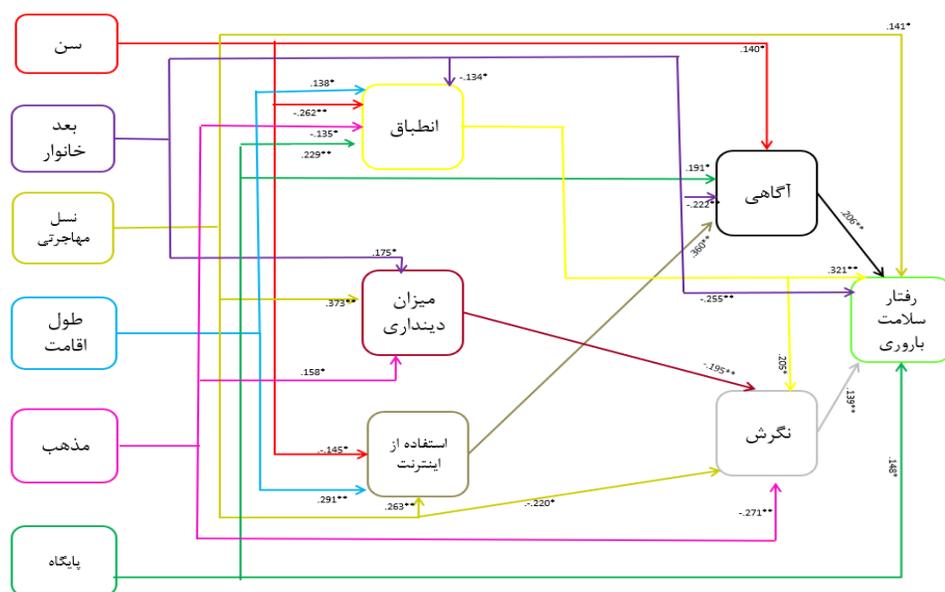
متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون t-test
سن	-۰/۳۹۰**	
میزان دینداری	-۰/۳۱۲*	
شاخص پایگاه اقتصادی- اجتماعی	۰/۵۹۹**	
طول مدت اقامت	۰/۴۹۲**	
بعد خانوار	-۰/۴۱۱**	
میزان انطباق	۰/۵۳۵**	
آگاهی سلامت باروری	۰/۳۷۹**	
نگرش سلامت باروری	۰/۴۸۸**	
نسل مهاجرتی (نسل اول R)		۱۱/۴۶۵ **
استفاده از اینترنت (خیر R)		۹/۲۴۸ **
مذهب (اهل سنت R)		۳/۷۵۶ **

نتایج آزمون رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای سن، طول مدت اقامت، استفاده از اینترنت، میزان دینداری و مذهب (اهل سنت به عنوان متغیر مرجع)، رابطه معناداری با متغیر وابسته ندارند. در مقابل، متغیرهای آگاهی و نگرش سلامت باروری، پایگاه اقتصادی- اجتماعی، بعد خانوار، وضعیت نسلی (نسل اول به عنوان متغیر مرجع)، رابطه معناداری دارند و به صورت مستقیم بر متغیر وابسته تاثیر گذارند. این متغیرها در مجموع ۶۴ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه از عوامل موثر بر سلامت باروری زنان افغانستانی

متغیر	b	Beta	آماره t	Sig.
سن	۰/۰۰۲	-۰/۰۱۹	-۰/۳۵۱	۰/۷۲۶
نسل مهاجرتی (نسل اول R)	۰/۲۰۹	-۰/۱۴۱	۲/۰۶۰	۰/۰۴۱
میزان دینداری	۰/۰۱۲	-۰/۰۷۷	۱/۵۲۷	۰/۱۲۹
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	۰/۱۲۸	-۰/۱۴۸	۲/۵۳۴	۰/۰۱۲
طول مدت اقامت	۰/۰۰۲	-۰/۰۷۶	۱/۱۷۳	۰/۲۴۲
بعد خانوار	-۰/۰۸۱	-۰/۲۵۵	-۵/۰۴۷	۰/۰۰۱
استفاده از اینترنت (خیر R)	-۰/۱۲۴	-۰/۰۸۹	-۱/۴۲۳	۰/۱۵۶
میزان انطباق	۰/۰۳۲	-۰/۳۲۱	۵/۲۱۰	۰/۰۰۱
مذهب (اهل سنت R)	۰/۱۰۵	-۰/۰۷۵	۱/۵۲۶	۰/۱۲۹
نگرش سلامت باروری	۰/۰۱۷	-۰/۱۳۹	۲/۸۳۹	۰/۰۰۵
آگاهی سلامت باروری	۰/۱۰۹	-۰/۲۰۶	۴/۰۸۳	۰/۰۰۱
معناداری	F	R2 تعدیل شده	R2	
خلاصه مدل	۳۲/۴۸۱	۰/۶۳۹	۰/۶۵۹	

در شکل ۳، مدل برازش شده با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر برای زنان، ارائه شده است. ضرایب تاثیر هر یک از متغیرها در هر مسیر نشان داده شده است. در این مدل مشخص است که تنها، متغیرهای وضعیت نسلی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، بُعد خانوار، انطباق، آگاهی و نگرش سلامت باروری، دارای تاثیر مستقیم می‌باشد. متغیرهای سن، طول مدت اقامت، استفاده از اینترنت، میزان دینداری و مذهب، دارای اثر غیرمستقیم بر متغیر وابسته نهایی بوده‌اند. همچنین پایگاه اقتصادی اجتماعی، وضعیت نسلی، میزان انطباق و بُعد خانوار، متغیرهایی هستند که هم اثر مستقیم و هم غیرمستقیم بر رفتار سلامت باروری زنان دارند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که متغیر انطباق با جامعه میزبان با ضریب بتای استاندارد ۰/۳۲۱، بیشترین تاثیر مستقیم را بر متغیر وابسته نهایی دارد و در مجموع با ضریب ۰/۳۴۹، بیشترین تاثیر را دارا بوده است و متغیر نوع مذهب با ضریب بتای ۰/۰۸۹، کمترین میزان تاثیر بر متغیر وابسته نهایی را داشته است.



شکل ۳: مدل برازش شده با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر

بحث و نتیجه‌گیری

رفتارها و مسائل مربوط به سلامت باروری و جنسی در جوامع مهاجرپذیر، نمود بیشتری پیدا می‌کنند. مهاجرین بالاخص کسانی که به اجبار اقدام به مهاجرت می‌کنند، در طول مسیر و در جامعه مقصد، با مشکلات و مسائل فراوانی، مواجه می‌شوند. در این مطالعه، رفتارهای سلامت باروری زنان مهاجر دارای همسر افغانستانی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج، ۴۸ درصد افراد، رفتارهای سلامت باروری سنتی داشته و حدود ۴۰ درصد، رفتارهای بینابین از خود نشان داده‌اند و تنها حدود ۱۱ درصد، رفتار مدرن سلامت باروری داشته‌اند. علاوه بر اینها، نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که انطباق اجتماعی، وضعیت نسلی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانوار، آگاهی و نگرش به سلامت باروری، بیشترین تاثیر را بر رفتارهای سلامت باروری زنان افغانستانی دارند. در این میان، میزان انطباق اجتماعی-فرهنگی بیشترین تاثیر را بر سلامت باروری زنان داشته است.

بنابراین، در میان مهاجران که چه از نظر پذیرش اجتماعی و چه از نظر دسترسی به خدمات آموزشی و بهداشتی، معمولاً با محدودیت‌هایی مواجه می‌باشند، خطر بروز و شیوع بیماری‌ها و رفتارهای پرخطر جنسی و در پی آن مسائل مربوط به باروری، نظیر حاملگی ناخواسته و سقط جنین، در سطوح بالاتری قرار دارد. مطالعات در زمینه مقایسه وضعیت سلامت باروری مهاجران و افراد بومی در کشورهای مختلف (کیگنارت ۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ اسپینوزا ۲، ۲۰۱۴؛ ونگ ۳، ۲۰۱۳؛ یان هی ۴ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گیری ۵ و همکاران، ۲۰۱۱؛ تانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۱؛ سیو ۶ و همکاران، ۲۰۱۰)، نشان‌دهنده شرایط ناپایدار و نامناسب مهاجرین نسبت به افراد بومی است. از اینرو، مهاجران بالاخص کسانی که به اجبار اقدام به مهاجرت می‌کنند، در طول مسیر و در جامعه مقصد، با مشکلات و مسائل فراوانی، مواجه می‌شوند. از نظر دسترسی به خدمات سلامتی، بالاخص خدمات و مراقبت‌های مربوط به سلامت باروری و جنسی، مهاجران نسبت به جامعه میزبان شرایط متفاوتی را تجربه می‌کنند.

بدین ترتیب، مهاجران و پناهندگان افغانستانی در ایران، از نظر آگاهی و نگرش سلامت باروری در سطح پایینی قرار دارند، و از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی، با محدودیت‌هایی مواجه هستند. این وضعیت می‌تواند منجر به شیوع بیشتر بیماری‌ها و رفتارهای پرخطر سلامت باروری در میان مهاجران شود. رفع موانع ساختاری و فرهنگی دسترسی زنان افغانستانی به خدمات سلامت باروری پیشنهاد می‌شود.

منابع

- Abbasi-Shavazi, M. J., & Sadeghi, R. (2015). Socio-cultural adaptation of second-generation Afghans in Iran. *International Migration*, 53(6), 89-110.
- Agadjanian, V., & Yoo, S. H. (2018). Migration, legality, and fertility regulation: Abortion and contraception among migrants and natives in Russia. *Demographic Research*, 38, 1277-1302.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to action: a theory of planned behavior*. In J. Huhl, & J. Beckman
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Åkerman, Eva; Östergren, Per-Olof; Essén, Birgitta; Fernbrant, Cecilia and Westerling, Ragnar (2016), Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden, *BMC International Health and Human Rights* (2016) 16:25 DOI 10.1186/s12914-016-0100-4.
- Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L., & Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive health*, 12(1), 79.
- Andersen, R. M. 1995. "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1): 1-10.
- Askari-Nodoushan, A., Ruhani, A., Ghoroghchian Z., (2019). Patriarchal Contexts of Female Early Marriage among Afghan Migrants in the City of Yazd, *Journal of Iranian Social Studies*, 13(4): 78-110. [In Persian].
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality*, 2, 154-96.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.

1. Ines Keygnaert
2. Rebeca Espinoza
3. Ying Wang
4. Dian Hi
5. Purshotam A. Giri
6. Paul Sebo

- Barry, Declan T.(2005). “Measuring Acculturation Among Male Arab Immigrants in the United States: An Exploratory Study”, *Journal of Immigrant Health*, Vol. 7, No. 3, PP. 179-184.
- Casillas, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Gétaz, L., Irion, O., Gaspoz, J. M., & Wolff, H. (2015). The border of reproductive control: undocumented immigration as a risk factor for unintended pregnancy in Switzerland. *Journal of immigrant and minority health*, 17(2), 527-534.
- Danielsson, M., & Sundström, K. (2006). Chapter 6: Reproductive health. *Scandinavian journal of public health*, 34(67_suppl), 147-164.
- Davis, L. E., Ajzen, I., Saunders, J., & Williams, T. (2002). The decision of African American students to complete high school: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Educational Psychology*, 94(4), 810–819.
- DeJong, G.F., and R.W. Gardner (1981) *Migration Decision Making; Multidisciplinary Approaches to Microlevel Studies in Developed and Developing Countries*. New York: Pergamon Press.
- Edwards WM, Coleman E. (2004), Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch Sex Behave* 2004; 33:189–95.
- Espinoza, R., Martínez, I., Levin, M. et al. (2014). Cultural Perceptions and Negotiations Surrounding Sexual and Reproductive Health Among Migrant and Non-migrant Indigenous Mexican Women from Yucatán, Mexico. *J Immigrant Minority Health* 16, 356–364.
- Eva Åkerman, Birgitta Essén, Ragnar Westerling & Elin Larsson (2017) Healthcare-seeking behavior in relation to sexual and reproductive health among Thaiborn women in Sweden: a qualitative study, *Culture, Health & Sexuality*, 19:2, 194-207.
- Giri, P. A., Hiremath, R. C., & Kasbe, A. M. (2012). Sexual behavior, knowledge, attitude and practices regarding HIV/AIDS amongst female sex workers (FSWs) in red light area of Mumbai city. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 1(2), 132-138.
- Hartwick, J., & Barki, H. (1994). Explaining the role of user participation in information system use. *Management science*, 40(4), 440-465.
- He, D., Zhou, Y., Ji, N., Wu, S., Wang, Z., Decat, P., ... & Cheng, Y. (2012). Study on sexual and reproductive health behaviors of unmarried female migrants in China. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(4), 632-638.
- Hugo, G., Abbasi-Shavazi, M. J., and Sadeghi, R. 2012, Refugee Movement and Development: Afghan Refugees in Iran, *Migration and Development*, 1 (2): 261–279.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., & Roelens, K. (2014). Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?. *Health policy*, 114(2-3), 215-225.
- Lee, Y., & Kozar, K. A. (2005). Investigating factors affecting the adoption of anti-spyware systems. *Communications of the ACM*, 48(8), 72-77.
- Liu, Z., Zhu, M., Dib, H. H., Li, Z., Shi, S., & Wang, Z. (2011). RH knowledge and service utilization among unmarried rural-to-urban migrants in three major cities, China. *BMC public health*, 11(1), 74.
- Loeber, O. (2008). Sexual and reproductive health issues of Turkish immigrants in the Netherlands. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(4), 330-338.
- Massey, D. S., J. Arango, G. Hugo, A. Kouaouci, and J. E. Taylor (1998) *Worlds in Motion: Understanding International Migration at the End of the Millennium*. Oxford: Clarendon Press.
- Moodi M, Moasheri B N, Amirabadi Zadeh N. Assessment of Health Belief Model (HBM) impact on knowledge, beliefs, and self-efficacy of women in need of genetic counseling. *J Birjand Univ Med Sci* 2016; 23 (3) :246-256[In Persian].
- Poncet, L. C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y. C., & Chen, C. Y. (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(6), 468-479.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. (1988), Social learning theory and the Health Belief Model. *HealthEduc Q.* 15(2): 175-83.
- Rosenstock IM. (1974), The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 2(4):354-86.

- Ruhani, A., A. Askari-Nodoushan, and Z. Ghoroghchian (2019). The Interaction of Early Marriage Internalization and Resistance against It: The Case of Second Generation Afghan Migrant Women in Yazd, Iran, *Iranian Population Studies* 5(1): 177-216. [In Persian].
- Sebo, P., Jackson, Y., Haller, D. M., Gaspoz, J. M., & Wolff, H. (2011). Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(3), 510-517.
- Sycip, L.M., and J.T. Fawcett (1988) *Expectations, Family Networks, and Emigration: A Study of Filipino Decision-Making*. Honolulu. Working Paper, East-West Population Institute.
- Tang et al.: Sexual Knowledge, attitudes and behaviors among unmarried migrant female workers in China: a comparative analysis. *BMC Public Health* 2011 11:917.
- Tang, J., Gao, X., Yu, Y., Ahmed, N. I., Zhu, H., Wang, J., & Du, Y. (2011). Sexual knowledge, attitudes and behaviors among unmarried migrant female workers in China: a comparative analysis. *BMC public health*, 11(1), 1-7.
- Taylor, J.E. (1986) "Differential Migration, Networks, Information and Risk." in Stark, O. (ed.) *Research in Human Capital and Development*, 147-171.
- Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59(10), e451-e455.