

سیمای اپیدمیولوژی ناباروری در ایلام در سال ۱۳۹۲

علی دل پیشه^۱، اشرف دیرکوند مقدم^{۲*}، زهرا مرادی^۳، نسیم میرمقدم^۴

۱. دانشیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های اجتماعی-روانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۳. کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۲۸

خلاصه

مقدمه: ناباروری به معنای عدم بروز بارداری پس از یک سال مقاربت و بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری تعریف می شود. با توجه به اهمیت فرزند آوری از نقطه نظر مذهبی و فرهنگ عمومی جامعه، ناباروری به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و علل ناباروری در بین زنان متأهل ساکن در استان ایلام انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۰۱۳ زن متأهل ساکن مناطق شهری و روستایی استان ایلام که در طی مدت مطالعه به مراکز خصوصی زنان و مامایی مراجعه کرده بودند، انجام شد. داده ها با روش مصاحبه و استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شد. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا تأیید شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کروسکال والیس و کولموگروف اسمیرنوف انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از ۱۰۱۳ زن مورد مطالعه، ۸۹۶ نفر (۸۸/۴٪) عدم مشکل در باروری، ۳۷ نفر (۳/۶٪) ناباروری اولیه کنونی و ۱۷ نفر (۱/۷٪) سابقه ناباروری اولیه را ذکر کردند. بین سن ازدواج و ناباروری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)، اما بین سن اولین قاعدگی و ناباروری، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p = ۰/۹۵۶$).

نتیجه گیری: برآورد شیوع ناباروری در جمعیت مورد مطالعه استان ایلام بیش از برآورد های سایر مطالعات انجام گرفته در سال های گذشته بود. تفاوت این مقدار با مطالعات دیگر نیازمند بررسی بیشتر از نظر سبب شناسی و عوامل تأثیرگذار می باشد.

کلمات کلیدی: ایلام، ناباروری، ناباروری اولیه

* نویسنده مسئول مکاتبات: اشرف دیرکوند مقدم، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های اجتماعی-روانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. تلفن: ۰۸۴۱-۲۲۴۰۴۰۴، پست الکترونیک: direkvand-a@medilam.ac.ir



مقدمه

ناباروری، یکی از مشکلات شایع جوامع بشری است و به صورت عدم بروز بارداری پس از یک سال انجام مقاربت منظم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری تعریف می‌شود (۱). ناباروری یکی از مشکلات عدیده پزشکی در دنیای امروز است. بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از 70 میلیون زوج در سراسر دنیا و بیش از ۱/۵ میلیون زوج در ایران از این مشکل رنج می‌برند (۲). مطالعات متعدد در سراسر جهان، میزان شیوع ناباروری را در جوامع مختلف مورد بررسی قرار داده و نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. این میزان در چین 3 درصد و در شفیلد انگلیس ۳۰ درصد گزارش شده است (۳، ۴). مطالعات مختلف انجام شده در ایران نیز نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند (۵، ۶). بخشی از تفاوت‌های موجود در برآورد شیوع، مربوط به تعاریف متفاوت ارائه شده از ناباروری می‌باشد. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، ناباروری به معنای عدم بارداری (بدون توجه به نتیجه بارداری) زوجین پس از یک سال نزدیکی منظم محافظت نشده در مرحله باروری سیکل قاعدگی می‌باشد (۱).

ناباروری یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای جدی برای افراد مبتلا می‌شود (۷). بسیاری از زوجین مبتلا به این مشکل، به ویژه در برخی جوامع سنتی، علاوه بر محرومیت از داشتن فرزند، با چالش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مختلفی مواجه می‌شوند (۸). در مقایسه با وقایع پر استرس زندگی، ناباروری پس از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد (۹). از آنجا که در ایران و استان‌های مذهبی مانند ایلام، فرزندآوری از نقطه نظر مذهبی، تاریخی و فرهنگ عمومی جامعه از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد، ناباروری می‌تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود. با این حال نتایج برخی مطالعات در سال‌های اخیر نشان می‌دهد، شیوع واقعی ناباروری تحت تأثیر عوامل مختلف در حال تغییر است. طی سال‌های اخیر،

تغییر نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، تأخیر در سن ازدواج، تغییر در سن فرزندآوری، افزایش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، آزاد شدن سقط جنین و وضعیت اقتصادی نامطلوب از مهمترین علل کاهش باروری در برخی کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده ذکر شده‌اند (۱۰). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اپیدمیولوژی ناباروری در ایلام انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۰۱۳ زن متأهل ساکن مناطق شهری و روستایی استان ایلام که در طی مدت مطالعه به مراکز خصوصی زنان و مامایی مراجعه کرده بودند، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین برآورد حجم نمونه و حداکثر خطای $d = 2\%$ و حدود اطمینان ۹۵ درصد، ۱۰۱۳ نفر تعیین شد. زنانی که کمتر از یک سال از مدت ازدواج آن‌ها گذشته بود یا تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از مطالعه خارج شدند. پس از تأیید اجرای طرح توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام، هدف از اجرای طرح برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه گرفته شد. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی آسان، از بین مراجعین به مراکز درمانی خصوصی زنان و مامایی انتخاب شدند. وسیله گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای دو بخشی محقق ساخته بود. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا تأیید شد. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مجموع سؤالات پرسشنامه ۸۱ درصد گزارش شد که نشان داد پرسشنامه دارای پایایی است. قسمت اول پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد مشخصات فردی و قسمت دوم شامل سؤالاتی در مورد وضعیت طبی و باروری زوجین بود. در این پرسشنامه سن، سن اولین قاعدگی، سواد، شغل زن و همسر وی، مدت زمان ازدواج، وضعیت باروری، نوع روش پیشگیری از بارداری، سن اولین بارداری، مدت زمان تلاش برای داشتن فرزند، سابقه مصرف سیگار، جستجوی خدمات درمانی، سابقه بارداری‌های قبلی و عامل و علت ناباروری پرسیده شد.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده، ۸۹۶ نفر (۸۸/۴٪) از زنان مورد مطالعه دارای باروری طبیعی بودند و ۱۱۷ نفر (۱۱/۵٪) از آن ها در طول زندگی خود، انواعی از ناباروری را تجربه کرده بودند. ۳۷ نفر (۳/۶٪) از شرکت کنندگان، ناباروری اولیه کنونی و ۱۷ نفر (۱/۷٪) سابقه ناباروری اولیه را ذکر کردند. فراوانی مطلق و درصد فراوانی وضعیت باروری افراد در جدول ۱ ارائه شده است.

در این مطالعه زنان با تجربه نازایی در دو گروه نازایی اولیه و ثانویه بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی و آزمون های کروسکال والیس و کولموگروف اسمیرنوف انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- فراوانی مطلق و درصد فراوانی وضعیت باروری زنان مراجعه کننده به مراکز خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در سال

۱۳۹۲

وضعیت باروری	فراوانی	مطلق	درصد فراوانی
بارور	۸۹۶	۸۸/۴	
ناباروری اولیه کنونی	۳۷	۳/۶	
سابقه ناباروری اولیه	۱۷	۱/۷	
ناباروری ثانویه کنونی	۲۴	۲/۴	
سابقه ناباروری ثانویه	۷	۰/۷	
ناباروری اولیه و ثانویه	۶	۰/۶	
هرگز باردار نشده	۲۶	۲/۶	
جمع	۱۰۱۳	۱۰۰	

گزارش شد. بر اساس آزمون آماری کروسکال والیس، ارتباط آماری معنی داری بین سن اولین قاعدگی و ناباروری وجود نداشت ($p=۰/۹۵۶$) (جدول ۳).

علت ناباروری در ۲۱ مورد (۱/۱۸٪) از ۱۱۷ مورد مشخص نبود. فراوانی علل ناباروری در جدول ۲ ارائه شده است. سن اولین قاعدگی در اغلب شرکت کنندگان ۸-۱۴ سال

جدول ۲- فراوانی مطلق و درصد فراوانی علل ناباروری در زنان مراجعه کننده به مراکز خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در

سال ۱۳۹۲

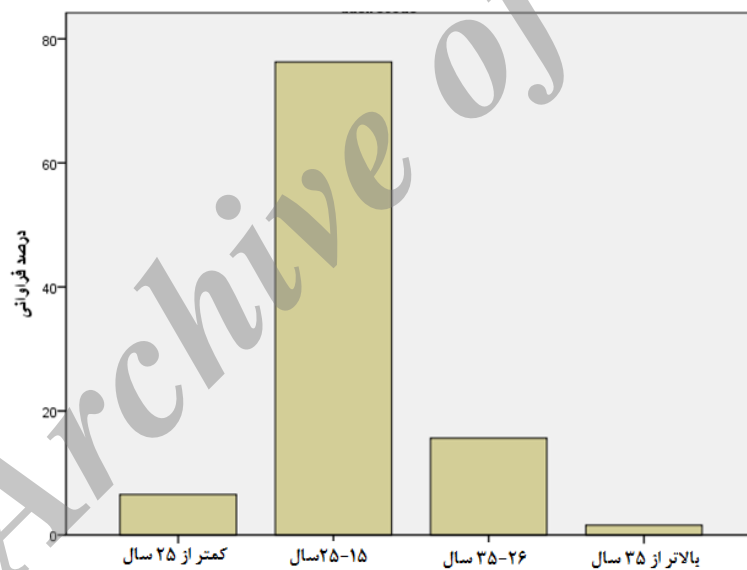
وضعیت باروری	فراوانی	مطلق	درصد فراوانی
باروری طبیعی	۸۹۶	۸۸/۵	
ناباروری با علت زنانه	۶۵	۶/۴	
ناباروری با علت مردانه	۲۶	۲/۶	
ناباروری با هر دو علت زنانه و مردانه	۵	۰/۵	
ناباروری با علت ناشناخته	۲۱	۲/۲	
جمع	۱۰۱۳	۱۰۰	

جدول ۳- فراوانی مطلق سن اولین قاعدگی بر حسب وضعیت باروری در زنان مراجعه کننده به مراکز خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲

وضعیت باروری	سن اولین قاعدگی			
	کمتر از ۸ سال	۸-۱۴ سال	بیشتر از ۱۴ سال	نامشخص* جمع
بارور	۶	۵۵۰	۲۶۵	۸۳۱
ناباروری اولیه کنونی	۵	۱۵	۱۷	۵۱
سابقه ناباروری اولیه	۰	۵	۱۲	۲۶
ناباروری ثانویه کنونی	۰	۱۸	۶	۳۴
سابقه ناباروری ثانویه	۰	۶	۱	۱۸
ناباروری اولیه و ثانویه	۰	۰	۶	۱۵
هرگز باردار نشده	۰	۲۶	۰	۳۸
جمع	۱۱	۶۲۰	۳۰۷	۱۰۱۳

* مواردی که تاریخ سن اولین قاعدگی را به خاطر نداشتند، از آزمون حذف شدند.

بر اساس نتایج به دست آمده، بین سن ازدواج و ناباروری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0.01$). فراوانی گروه سنی افراد در هنگام ازدواج در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱- فراوانی نسبی گروه سنی هنگام ازدواج در زنان مراجعه کننده به مراکز خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲

سیمای اپیدمیولوژیک ناباروری در بین زنان متأهل ساکن در استان ایلام طی سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه بر اساس جمعیت، روش خوبی برای ارزیابی کلی شیوع نازایی می باشد. در مطالعه حاضر با استفاده از مصاحبه و پرسشگری، میزان نازایی در ایلام مورد بررسی قرار گرفت. سایر منابع نیز ناباروری را با

بحث

از آنجا که آگاهی از الگو و میزان ناباروری، یکی از شاخص های مناسب برای برنامه ریزی سلامت خانواده می باشد، تاکنون مطالعات متعددی در خصوص شیوع ناباروری در ایران انجام شده است. نتایج این مطالعات شیوع های متفاوتی را ذکر کرده اند. لذا در این مطالعه،

استفاده از روش های ارزیابی بالینی، معاینه فیزیکی و خودگزارش دهی بررسی کرده اند (۱).

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، ۱۱/۶ درصد از زنان مورد مطالعه، انواعی از ناباروری را در طول زندگی خود تجربه کرده بودند. تاکنون مطالعات متعددی در زمینه فراوانی ناباروری در سراسر دنیا انجام شده است؛ به گونه ای که شیوع ناباروری در اسکاتلند ۱۴ درصد و در شفیلد انگلستان ۳۵ درصد گزارش شد (۱۲،۱۱). در مطالعه نجومی و همکاران (۲۰۰۱) در تهران، شیوع کلی نازایی زوجین، ۱۲ درصد گزارش شد (۱۳).

در مطالعه حاضر، ۳۷ نفر (۳/۶٪) از شرکت کنندگان، ناباروری اولیه کنونی و ۱۷ نفر (۱/۷٪) سابقه ناباروری اولیه را ذکر کردند. مطالعه سلامت و بیماری انجام شده در ایران (۱۳۸۰)، شیوع ناباروری را ۲/۵ درصد و مطالعه ملی بررسی سلامت، شیوع ناباروری اولیه را ۱/۶ درصد اعلام کرد (۶). برآورد ناباروری اولیه طول عمر در شهر تهران (۱۳۷۹)، با عنوان "ناباروری کلی خام" ۲۱/۹ درصد گزارش شد (۱۳). در مطالعه کومار (۲۰۰۷) که بر روی زنان در سنین باروری انجام شد، این میزان ۳/۹ درصد بود (۱۴).

منشاء بسیاری از تفاوت ها در تفاسیر و برآورد های گزارش شده، تعاریف متفاوت از ناباروری و انواع آن می باشد. در مطالعه سلامت و بیماری، برآورد ناباروری با سؤال در مورد دلایل پیشگیری زنان انجام شد در حالی که در دو مطالعه دیگر (۵، ۱۳)، زمان یک سال مقاربت بدون محافظت، مبنای تعریف ناباروری قرار گرفت (۱۵).

در مطالعه حاضر، ۲/۴ درصد از شرکت کنندگان ناباروری ثانویه کنونی و ۰/۷ درصد سابقه ناباروری ثانویه داشتند. در مطالعه چی و همکار (۲۰۰۲) که بر روی ۷۲۸ زن در سنین ۴۵-۵۵ سال انجام شد، شیوع ناباروری ثانویه در بین شرکت کنندگان در مطالعه ۶/۷ درصد بود (۳). در مطالعه بوتاجریا و همکاران (۲۰۰۹)، ۴۴۶۶ زن ۵۰-۳۱ ساله مورد بررسی قرار گرفتند که بر اساس نتایج به دست آمده، ۷ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه نازایی ثانویه داشتند (۱۱).

در مطالعه حاضر بین سن ازدواج و ناباروری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. در مطالعه وحیدی و همکاران (۲۰۰۶) سن ازدواج از نکات تأثیرگذار بر شیوع ناباروری بود که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۵). ناباروری اولیه در سنین بالا می تواند به دلیل کاهش توان باروری زن یا مرد باشد (۱۶). برآورد ها نشان می دهد که شیوع ناباروری در جهان و ایران افزایش یافته است (۱۷). با توجه به اینکه امروزه سن ازدواج در بسیاری از جوامع افزایش یافته است و با افزایش سن هنگام ازدواج، میزان ناباروری افزایش می یابد، در نتیجه کاهش قدرت باروری زن در سنین بالاتر قابل انتظار است (۱۸).

از آنجا که اطلاعات مربوط به سن اولین قاعدگی، نیاز به استفاده از حافظه افراد مورد مطالعه دارد، لذا طولانی بودن فاصله زمانی سن اولین قاعدگی و تاریخ انجام مطالعه، احتمال اعلام تاریخ غیر صحیح را بالا برده و این نکته از محدودیت های مطالعه حاضر بود. همچنین از آنجایی که نداشتن فرزند و مشکل در باروری به آسانی بیان نمی شود، ممکن است آمار واقعی شیوع ناباروری بیش از میزان به دست آمده باشد.

نتیجه گیری

برآورد شیوع ناباروری در جمعیت مورد مطالعه استان ایلام بیش از برآورد های سایر مطالعات انجام گرفته در سال های گذشته بود. تفاوت این مقدار با مطالعات دیگر نیازمند بررسی بیشتر از نظر سبب شناسی و عوامل تأثیرگذار می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام می باشد. بدین وسیله از مراکز خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام که طی مدت انجام مطالعه با ما همکاری صمیمانه داشته اند و همچنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام جهت تأمین مالی پروژه و مساعدت های لازم، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Rutstein SO, Shah IH, Infecundity, infertility and childlessness in developing countries. DHS compartive reports. No. 9. Calverton:WHO;2004:26-9. Availablr at: <http://dhsprogram.com/publications/publication-CR9-Comparative->
2. Pirmia N. [Life experience of infertile women] [Thesis in Persian]. Tehran:Allameh Tabatabai University;2008.
3. Che Y, Cleland J. Infertility in Shanghai: prevalence, treatment seeking and impact. J Obstet Gynaecol 2002 Nov;22(6):643-8.
4. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a meeting on Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction held at WHO Headquarter in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002 Jun;14(3):89-94.
5. Baruti M, Ramazni F, Heidari S, Khalajabadi F, Mohamad K. [Primery infertility in Tehran based on marriage age] [Article in Persian]. Hakim 2001 Feb;15(2):88-93.
6. Naghavi M. [Demografic and health survey in Iran] [Article in Persian]. Health Unders Minist Health Medl Educ Iran 2002 Nov;26(2):45-7.
7. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2003.
8. Ebomoyi E, Adetoro OO. Socio-biological factors influencing infertility in a rural Nigerian community. Int J Gynecol Obstet 1990 Sep;33(1):41-7.
9. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. Hum Reprod 1999 Jan;14(1):255-61.
10. Fritz MA, Speroff L. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2010.
11. Bhattacharya S, Porter M, Amalraj E, Templeton A, Hamilton M, Lee AJ, et al. The epidemiology of infertility in the North East of Scotland. Hum Reprod. 2009 Dec;24(12):3096-107.
12. Adamson PC, Krupp K, Freeman AH, Klausner JD, Reingold AL, Madhivanan P. Prevalence & correlates of primary infertility among young women in Mysore, India. Indian J Med Res 2011 Oct;134:440-6.
13. Nojoomi M, Ashrafi M, Koohpayehzadeh J. [Survey of couple infertility outbreak in west of Tehran in 2000] [Article in Persian]. Iran Med Univ J 2001;8(27):633-41.
14. Kumare D. Prevalence of female infertility and its socioeconomic factors in tribale in communities of Central India. Rural Remote Health 2007 Apr-Jun;7(2):456-7.
15. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. J Reprod Infertil 2006;7(3):243-51.
16. Dunson DB, Baird DD, Colombo B. Increased infertilitywith age in men and women. Obstet Gynaecol 2004 Jan;103(1):51-6.
17. Anon B. The management of sub fertility. Effec Health Care Bull 1996;3:1-24.
18. Oliva A, Spira A, Multigner L. Contribution of environmental factors to the risk of male infertility. Hum Reprod 2001 Aug;16(8):1768-76.