

بررسی وضعیت شاخصهای بهداشتی کودکان زیر یکسال شهرستان بویراحمد

رحیم استوار*

دکتر فرشته مجلسی**

چکیده

این مطالعه به منظور تعیین شاخصهای بهداشتی در مناطق شهری و روستایی شهرستان یاسوج انجام گرفت. تا بدین وسیله دست اندرکاران و برنامه ریزان امور بهداشتی شهرستان و استان ضمن آگاهی از شاخصهای عمده بهداشتی برای برنامه ریزی صحیح اجرا و ارزشیابی برنامه ها به اطلاعات واقعی دسترسی داشته باشند. این مطالعه در سال ۱۳۷۵ به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۳۲۲ کودک زیر یکسال شهری و ۶۰۲ کودک زیر یکسال روستایی که در زمان اجرای طرح در فاصله سنی ۱۱ ماه و ۲۹ روز قرار داشتند، انجام گرفت. نمونه گیری به صورت منظم از خانوارهای واجد شرایط شهری و روستایی (خانوارهایی که در زمان مطالعه فرزند زیریک سال داشتند، انجام گرفته است. مادران خانوارهای انتخابی نمونه در خصوص شاخصهای عمده بهداشتی بخصوص شاخصهای بهداشتی مستربوط بسسه کودکان زیر یکسال که نشانگر بسیار خوبی از وضعیت بهداشتی یک جامعه است، مورد پرسش قرار گرفتند. شاخصهای عمده بهداشتی به تفکیک مناطق شهری و روستایی و کل شهرستان بررسی گردید که یافته‌های قابل توجهی را به ما نشان می‌دهند.

پایین بودن پوشش تنظیم خانواده، شیوع و بروز

بیماریهای اسهالی و عفونت های حاد تنفسی به عنوان اولین و دومین علت بیماریهای کودکان، پایین بودن سن ازدواج، بالا بودن میزان بی سوادی (بخصوص در زنان)، بالا بودن نسبت کم وزنی نوزادان، کم بودن فاصله مولد، پایین بودن اشتغال زنان، ازدواجهای فامیلی و میزان سقط و مرده زایی و ... از یافته های مهم این بررسی است.

واژه های کلیدی: شاخصهای بهداشتی، یاسوج، کودکان زیر یک سال

مقدمه

یکی از شاخصهای مهم بهداشتی برای تعیین وضعیت بهداشتی یک جامعه میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال است (۱). تا سال ۱۹۹۳ این شاخص در بین شاخصهای بهداشتی اهمیت اول را داشت. شاخصهای بهداشتی مربوط به کودکان زیر یکسال نشان دهنده عمده اقدامات بهداشتی است که باعث بهبود وضعیت بهداشتی جامعه می‌شود از جمله این شاخصها واکسیناسیون، تغذیه با

*مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،
آموزشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی
** دانشیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران،
دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی

آستانه قرن بیستم و با وجود علم و تکنولوژی موجود، مرگ حدود ۴۰ هزار کودک در روز غیر قابل توجیه است.

بنابراین در می یابیم که بررسی شاخصهای بهداشتی یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت بهداشت برای دست اندرکاران و برنامه ریزان امور بهداشتی است، تا براین اساس اولویت های مهم بهداشتی جامعه را نیز درک نموده و برنامه های ارائه شده را به نحو مطلوب اجرا نمایند. این پژوهش بر این اساس و با این دیده به مرحله اجرا درآمده است.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۳۷۵ شهرستان یاسوج انجام گرفته است. جامعه مورد مطالعه در این بررسی شامل خانوارهایی بوده اند که در فاصله زمانی یکساله (۱۱ ماه و ۲۹ روز) تولد زنده در خانوار داشته اند؛ اعم از اینکه در زمان بررسی تولد زنده هنوز زنده بوده یا فوت کرده باشند که در کل جمعیتی برابر با ۵۸۰۰ نفر را شامل گردیده است. روش نمونه گیری، سیستماتیک یا منظم بود. نظر به اینکه لیست تمام خانوارهای شهری و روستایی شهرستان یاسوج در سر شماری بهداشتی هر ساله در دسترس می باشد، از روش منظم استفاده شد. از مجموع ۱۰۶۳۸ خانوار شهری و ۱۸۴۴۰ خانوار روستایی به نسبت ۱/۵ نمونه انتخاب گردید (۲۱۲۶ خانوار شهری و ۳۶۸۸ خانوار روستایی). از این تعداد نمونه ۳۴۲ خانوار شهری و ۶۰۴ خانوار روستایی واجد شرایط نمونه بودند.

جمع آوری اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه همراه با مصاحبه حضوری توسط پرسشگرانی که آموزش لازم را دیده بودند و همگی از شاغلین مراکز بهداشتی درمانی یاسوج بودند، انجام گرفت.

شیرمادر، غذای کمکی، بهداشت محیط، تنظیم خانواده و فاکتورهای دیگری که به این متغیرها کمک می کند، مانند وضعیت اقتصادی، نوع زندگی و سواد است. سالیانه حدود ۱۲۲ میلیون کودک متولد می شود که بیش از ۱۴ میلیون از آنها در سال اول زندگی از بین می روند. از این ۱۴ میلیون مورد مرگ و میر حدود ۱۲ میلیون مربوط به کشورهای جهان سوم می باشد (۲). از طرفی از بین حدود ۵۰ کشوری که میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال آنها بالاتر از ۱۵۰ در هزار بوده است، فقط تعداد محدودی به همان وضعیت مانده اند (۳).

شاخص مرگ و میر اطفال زیر یکسال در ایران در بررسی سال ۱۳۵۴ که توسط دانشکده بهداشت دانشگاه تهران انجام گرفت، ۹۱ در هزار بود (۴). دلایل مرگ و میر کودکان متعدد نبوده و قابل شمارش می باشند. این کودکان به علت بیماریهایی می میرند که زمانی کشورهای صنعتی با آن روبرو بوده اند. مسأله در اینجا، بودجه و تکنولوژی مدرن نیست، بلکه رساندن خدمات آسان، ارزان و ساده و مدیریت صحیح آن و آموزشهای لازم می باشد (۵). بر اساس آخرین اعلام یونسف (۹۵-۱۹۹۴) سالیانه ۸ میلیون کودک در جهان می میرند که ۵ بیماری قابل پیشگیری علت اول و سوء تغذیه علت مهم دیگر بوده است. اگر فقط ۲۰٪ مصارف کنونی دولت ها در جهان سوم صرف برآوردن نیازهای اساسی تغذیه، مراقبتهای اساسی بهداشتی، آموزش پایه، آب سالم و تنظیم خانواده گردد، می توان به تمام اهداف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ رسید (۶). در حالی که غذاهای بدون مواد مغزی و غیر بهداشتی و تبلیغات مختلف به آسانی به هر روستایی می رسد، چگونه نمی توان یک بسته پودر اُ-آر-اس یا پیام آن را که «این بسته جان یک کودک را نجات می دهد» به هر جا رساند (۷)؟ لذا به آسانی می توان پذیرفت که در

افراد پاسخگوزنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار خانوارها (مادران کودکان زیر یکسال) بودند. داده‌های جمع‌آوری شده پس از ورود به رایانه با آزمونهای χ^2 ، فیشتر و T زوج مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این تحقیق نسبت کم وزنی نوزادان دختر بیشتر از نوزادان پسر بود و در مناطق شهری بین جنس نوزادان و وزن هنگام تولد رابطه معنی داری مشاهده می‌شود ($P < 0/05$, $X^2 = 4/79$), $7/7\%$ مادرانی که تحت پوشش مراقبت نبوده‌اند، نوزادان کم وزن به دنیا آورده‌اند. مجموعاً $4/2\%$ مادران شهری و $1/2\%$ مادران روستایی مراقبت دوران بارداری نداشته‌اند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که $10/7\%$ زایمانهای مناطق شهری زیر ۱۸ سال یا بالای ۳۵ سال بوده‌است، این نسبت در مناطق روستای $23/6\%$ می‌باشد و مهمتر اینکه اکثر تولدهای کم وزن مربوط به همین گروه مادران چه در شهر و چه در روستا بوده‌است. همچنین تعداد زنان شهری که سواد بالاتر از راهنمایی داشته‌اند و کودکان خود را با شیر خود تغذیه نکرده‌اند، نسبت به سایر مقاطع آموزشی، بسیار بیشتر است. 76% مادران شهری، $78/8\%$ مادران روستایی کودکان خود را با شیر خود تغذیه نموده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که $91/2\%$ مادران شهری و $95/5\%$ مادران روستایی زایمان طبیعی داشته‌اند. بیشترین موارد شیردهی مادران مربوط به مادرانی بوده‌است که به طور طبیعی زایمان کرده‌اند. بر اساس یافته‌ها $96/5\%$ کودکان زیر یکسال مورد مطالعه روستایی و $92/5\%$ کودکان مورد مطالعه شهری به طور کامل واکسینه گردیده‌اند. مقایسه تعداد سقط در بین مادران شهری و روستایی معنی‌دار بوده‌است

$(P < 0/001$, $\chi^2 = 16/7$). $17/5\%$ از زنان شهری و $8/6\%$ زنان روستایی یک بار یا بیشتر سقط داشته‌اند (جدول شماره ۱). یافته‌ها نشان می‌دهند که $70/5\%$ زنان شهری و $77/2\%$ زنان روستایی در سنین زیر ۱۸ سال ازدواج کرده‌اند. از طرفی $20/7\%$ موارد سقط زنان شهری و $9/3\%$ موارد سقط زنان روستایی مربوط به همین گروه زنان زیر ۱۸ ساله بوده‌است. $82/5\%$ زنان روستایی و 42% زنان شهری مورد مطالعه بی‌سواد و یا کم‌سواد بوده‌اند و بیشترین موارد حاملگی‌های پرخطر زیر ۱۸ سال، در همین زنان بی‌سواد یا کم‌سواد مشاهده گردیده‌است. در مناطق شهری بین سواد مادران و اولین حاملگی ارتباط معنی‌دار است ($P < 0/01$, $\chi^2 = 28/02$) (جدول شماره ۲). بیشترین تعداد افراد خانوار (بعد خانوار) مربوط کشاورزان و دامداران یعنی روستائیان بوده‌است. در جامعه روستایی ارتباط بین تعداد حاملگی‌های مادران و شغل همسران آنها معنی‌دار است ($P < 0/001$) و $51/05\%$ (جدول شماره ۳). یافته‌ها نشان می‌دهد که فقط 7% زنان شهری و $1/8\%$ زنان روستایی مورد مطالعه، شاغل بوده‌اند. این تعداد حاملگی (در شهر و در روستا) مربوط به زنان شاغل می‌باشد. آزمون فیشتر ارتباط معنی‌داری بین شغل و تعداد حاملگی‌های مادران نشان داده‌است ($P < 0/001$, $\chi^2 = 51/05$). بر اساس یافته‌ها هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی ارتباط بین سواد و تعداد حاملگی‌های مادران معنی‌دار بوده‌است (شهر $\chi^2 = 25/36$, $P < 0/001$ و روستا $\chi^2 = 72/33$, $P < 0/001$).

$30/7\%$ زوجین شهری و 68% زوجین روستایی با همدیگر خویشاوندی داشته‌اند. میزان ناهنجاری کودکان در مناطق شهری و روستایی شهرستان $3/5\%$ می‌باشد که متأسفانه آمار بالایی است. از

است. یک بررسی ویژه در کنیا اذعان می دارد که ۸۶٪ کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به علت بالا رفتن میزان تحصیلات زنان می باشد (۸). در مورد تغذیه کودکان با شیرمادر، در صد کودکان محروم از شیر مادر در مناطق شهری بالاتر از مناطق روستایی است. این امر می تواند به دلیل اشتغال بیشتر زنان شهری (بالاتر بودن میزان باسوادی آنان و وجود امکان اشتغال زنان شهری) باشد. اهمیت تغذیه با شیر مادر و نقش آن در سلامت کودکان شیرخوار از اولویت زیادی برخوردار است.

نقش شیر مادر در جلوگیری از بروز بیماریهای اسهالی و تنفسی کودکان به اثبات رسیده است. در مورد بیماریهای کودکان شیرخوار در شهرستان یاسوج بیماری اسهال علت اول و بیماریهای حاد تنفسی علت دوم ابتلای به بیماری را در مناطق شهری و روستایی یاسوج به خود اختصاص داده است (اسهال ۴۶/۹٪ و عفونت تنفسی ۲۴/۴٪). این دو بیماری علت اصلی مرگ و میر در کودکان شیرخوار بوده و با عوامل بهداشت محیط، بهداشت باروری و وزن هنگام تولد، تغذیه با شیرمادر و تنظیم خانواده ارتباط تنگاتنگ دارد. در بررسی دکتر ملک افضلی در سال ۱۳۷۰ علل مرگ و میر اطفال زیر یکسال به ترتیب کمبود وزن، بیماریهای اسهالی و عفونت های حاد تنفسی اعلام گردیده است (۹). در بررسی های دکتر نیک پور و همکاران در استان چهارمحال بختیاری نشان داده است که ۲۸٪ مرگ و میر اطفال زیر ۵ سال به علت بیماری اسهال بوده است (۱۰).

کم وزنی نوزادان در هنگام تولد در شهرستان بویراحمد در برگزیده ۶/۱٪ نوزادان روستایی و ۱/۷٪ نوزادان شهری است. باید دانست کمبود وزن در هنگام تولد به عواملی چون سن مادر، فاصله مولید، تغذیه مادر به هنگام بارداری و... مرتبط

طرفی بیشترین درصد فرزندان ناهنجار مربوط به والدین خویشاوند است.

یافته هان نشان می دهد که حدود ۶۹٪ زنان واجد شرایط شهری و ۴۸٪ زنان واجد شرایط روستایی مورد تحقیق به نحوی از وسایل پیشگیری استفاده می کردند و ارتباط معنی داری بین سواد و استفاده از وسایل پیشگیری دیده می شود (در روستا $\chi^2=11/548$ ، $P<0/05$) و در شهر $\chi^2=12/93$ ، $P<0/05$). میزان استفاده از قرصهای پیشگیری بالاترین درصد را دارد.

یافته هان نشان می دهد که هنوز هم بیماری اسهال بالاترین آمار بروز بیماری را در شهرستان یاسوج به خود اختصاص داده است (۴۸٪): عفونت های حاد تنفسی در رتبه بعدی قرار دارد (۲۴/۴٪). همچنین بالاترین علت مرگ و میر کودکان زیر یکسال عفونت های حاد تنفسی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

بعدخانوار در خانوارهای شهری یاسوج ۵/۴۵ نفر و در مناطق روستایی یاسوج ۶/۱۵ نفر می باشد. این امر نشان از بالا بودن مولید و باروری و عدم رعایت تنظیم خانواده بخصوص در مناطق روستایی است (پوشش تنظیم خانواده در شهر ۶۹٪ و در روستا ۴۸٪ بوده است).

از نظر سواد در مناطق شهری میزان بیسوادی در مردان ۲۰٪ و در زنان ۴۲٪ است و این آمار در مناطق روستایی ۲۶/۳٪ مردان و ۶۰/۸٪ زنان را شامل می شود. اگر سواد را یکی از ارکان توسعه بدانیم، آمارهای بدست آمده عمق مشکل را نشان می دهند. آمار یونیسف در سال ۱۹۹۴ میزان بیسوادی مادران ایرانی را ۵۷٪ اعلام کرده است (۸). در حالی که در همان گزارش شرایط اساسی و ضروری برای اجرای موفقیت آمیز برنامه های بهداشتی، تحصیل زنان اعلام گردیده

کشورهایی در حال توسعه در سه دهه اخیر از ۱۰٪ به ۵۰٪ رسیده است (۱۱).

آمار زایمان مادران در منزل، بدون حضور مامای دوره دیده در مناطق روستایی بالاست (حدود ۷۲/۵٪). نبود راههای روستایی، عدم آموزش کافی ماماها و روستایی و عدم دسترسی به تسهیلات زایمانی از عوامل این امر می تواند باشد.

سن ازدواج در مناطق شهری یاسوج ۱۷ سال و مناطق روستایی یاسوج ۱۶/۶ سال بوده است. براساس اطلاعات مرکز آمار ایران در سرشماری عمومی نفوس و مسکن (سال ۱۳۷۰) متوسط سن ازدواج زنان ایران ۲۶ سال بوده است (۱۳).

از طرفی سن اولین حاملگی در ۵۰٪ زنان شهری یاسوج و ۴۲٪ زنان روستایی زیر ۱۸ سال می باشد، بنابراین پایین بودن سن ازدواج حاملگی هر دو از فاکتورهای پرخطر در حاملگی زایمان مادران می باشند. به طور کلی استان کهگیلویه و بویراحمد به مرکزیت شهرستان یاسوج از مناطق کمتر توسعه یافته و به اصلاح محروم کشور می باشد.

این محرومیت در تمام شئون اجتماعی - اقتصادی فرهنگی و بالطبع بهداشتی مشهود است. گرچه با راه اندازی شبکه های بهداشتی درمانی روستایی و شهری و خانه های بهداشت گامهای بلندی در بهبودی وضعیت بهداشتی برداشته شده است، اما بررسی انجام شده نشان از اختلاف نسبتاً معنی داری با آمارهای رسمی دارد. از طرفی در بسیاری از شاخصهای عمده بهداشتی، شهرستان یاسوج از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست.

تشکر و تقدیر

از همکاری مسئولین مرکز بهداشت شهرستان یاسوج و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهری و

است. از طرفی کم وزنی نوزادان یکی از عوامل مرگ و میر کودکان زیر یکسال است. در بررسی سال ۱۳۷۰ دکتر ملک افضلی در مورد وزن هنگام تولد، اطلاعات قابل اعتمادی به دست نیامد که این بیشتر به علت عدم توزین نوزادان یا فراموش کردن وزن تولد توسط مادران عنوان گردیده است (۹). در همان بررسی میزان کم وزنی برای کودکان شهری ۷٪ و کودکان روستایی ۸٪ عنوان شده است این میزان در استانهای محروم نظیر هرمزگان، سیستان و بلوچستان و کردستان بالاتر بوده است (۹).

سن ازدواج در مناطق روستایی یاسوج بسیار پایین تر از مناطق شهری است. حدود ۷۰٪ زنان شهری و ۷۷٪ زنان روستایی زیر ۱۸ سال ازدواج کرده اند. عوارض متعدد اثر پایین بودن سن ازدواج بر مرگ و میر مادران باردار، سقط و مرده زایی، تولد نوزادان کم وزن و زایمانهای غیر طبیعی و ... بر کسی پوشیده نیست. این شاخص در شهرستان یاسوج بیشتر می تواند به عدم آموزش دختران و مسائل فرهنگی اجتماعی موجود مرتبط باشد.

پوشش تنظیم خانواده هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی یاسوج پایین است. این امر از طرفی به عدم آموزش کافی و عدم تدارک و تهیه وسایل و روشهای پیشگیری مربوط است و از طرف دیگر بی سوادی و مسائل دیگر فرهنگی می تواند مرتبط باشد. همچنین استفاده از روشهای دائمی و استقبال مردان از برنامه تنظیم خانواده کمتر به چشم می خورد. اثر سوء رشد بی رویه جمعیت (ناشی از عدم اجرای برنامه های تنظیم خانواده) بر تمام ارکان جامعه امری بدیهی است. پوشش تنظیم خانواده در مناطق شهری یاسوج ۴۵٪ و در مناطق روستایی ۵۴/۷٪ بوده است، در حالی که بر اساس گزارش یونیسف در سال ۹۵-۱۹۹۴ میزان استفاده از وسایل پیشگیری در

۱۱- گرانت ج. وضعیت کودکان جهان سال ۱۹۸۴. ترجمه غلامعلی غفاری، چاپ اول، تهران، انتشارات دفتر آموزش بهداشت وزارت بهداشت

درمان و آموزش پزشکی، ۲۹، ۱۳۶۳.

۱۲- محمودی، م. سیمای جمعیتی ایران، بهداشت کودکان، چاپ اول، تهران، انتشارات دفتر آموزش بهداشت، ۲۳، ۱۳۶۴.

روستایی که در تمام مراحل ما را یاری نمودند. صمیمانه تشکر می کنیم.

References

- ۱- نبئی، ب. وضعیت بهداشت مادران و کودکان ایران، چاپ اول، تهران، انتشارات دفتر هماهنگی برنامه های آموزش بهداشت، ۵، ۱۳۶۷.
- ۲- بهرامی، م. علل عمده مرگ و میر و بیماریهای کودکان، طب اجتماعی اطفال. چاپ اول، تهران، انتشارات آرمان یزد، سال ۶۳، ۱۳۶۵.
- ۳- جزایری، ا. کنترل رشد کودکان. مجموعه مقالات بسیج سلامت کودکان. تهران، انتشارات دفتر هماهنگی برنامه های آموزش بهداشت، ۱۸، ۱۳۶۷.
- ۴- ملک افضلی، ح. گزارش کوتاه از میزانهای تولد و مرگ و میر در ایران. چاپ اول، تهران، انتشارات ستاد و گسترش آموزش و پژوهش شبکه های بهداشتی کشور، ۹، ۱۳۶۶.
- ۵- پارسای، س. پایش رشد، کتاب طب اجتماعی اطفال. چاپ اول، یزد، انتشارات آرمان یزد، ۱۲۵، ۱۳۶۹.
- 6- The state of the world's children. UNICEF 1994.
- 7- Grant JP. The state of the world's children. UNICEF Oxford University Press 1998; p.31.
- ۸- مارگات، ک. وضعیت زنان جهان. چاپ اول، تهران، انتشارات دفتر یونیسف، ۱۳۷۳.
- ۹- ملک افضلی، ح. وضعیت بهداشت مادران و کودکان ایران. چاپ اول، تهران، انتشارات معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳، ۱۳۷۱.
- ۱۰- اعظمی، پ. بررسی شاخصهای بهداشتی استان اصفهان و ارائه برنامه آموزشی. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۷، ۱۳۷۱.

جدول ۱: توزیع فراوانی سقط زنان ۱۴۹-۱۵ ساله همسرदार مورد مطالعه به تفکیک شهر و (روستا)-شهرستان بویراحمد سال ۱۳۷۵

جمع	۲سقط داشته است	۱سقط داشته است	سقط داشته است	تعداد سقط محل سکونت	
				تعداد	درصد
۳۴۲	۷	۵۳	۲۸۲	شهر	
۱۰۰	۲	۱۵/۵	۸۲/۵	درصد	
۶۰۴	۲۳	۲۹	۵۵۲	روستا	
۱۰۰	۳/۸	۴/۸	۹۱/۴	درصد	

$\chi^2=16/7 \quad P<0/001$

df=۱

سقط ندارد	سقط دارد
۲۸۲	۶۰
۵۵۲	۵۲

جدول ۲: توزیع فراوانی سواد مادر و سن اولین ماملگی وی در جامعه مورد مطالعه به تفکیک شهر و روستا در شهرستان بویرامند سال ۱۳۷۵

جمع		راهنمایی و بالاتر		ابتدایی		خواندن و نوشتن		بیسواد		سواد مادر	
شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	محل سکونت	سازمان حامیگی
۲۱۴	۲۴۴	۲۶	۱۲	۷۳	۴۱	۴۵	۷۷	۵۹	۲۱۴	تعداد	زیر ۱۸ سال
۶۲/۶	۵۷	۴۰	۵۰	۶۷/۹	۵۲/۹	۶۹/۲	۵۶/۲	۷۵/۶	۵۸/۲	درصد	
۲۷	۵۶	۱۱	۱	۷	۱۰	۵	۱۲	۴	۲۳	تعداد	۱۸-۱۹ سال
۷/۹	۹/۳	۱۲/۲	۴/۲	۶/۴	۱۳/۲	۷/۷	۸/۸	۵/۱	۹	درصد	
۸۷	۱۸۰	۳۵	۹	۲۵	۲۲	۱۴	۴۶	۱۳	۱۰۳	تعداد	۲۰-۲۴ سال
۲۵/۴	۲۹/۷	۲۸/۹	۳۷/۵	۲۲/۹	۲۸/۹	۲۱/۵	۳۲/۶	۱۶/۷	۲۸/۱	درصد	
۱۳	۲۰	۷	۲	۳	۲	۱	۲	۲	۱۴	تعداد	۲۵-۲۹ سال
۳/۸	۲/۳	۷/۸	۸/۳	۲/۸	۲/۶	۱/۵	۱/۵	۲/۶	۲/۸	درصد	
۱	۴	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۳	تعداد	۳۰+ سال
۱/۳	۱/۷	۱/۱	۰	۰	۱/۳	۰	۰	۰	۱/۸	درصد	
۲۳۲	۶۰۴	۹۰	۲۴	۱۰۹	۷۶	۶۵	۱۳۷	۷۸	۲۶۷	تعداد	جمع
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

$\chi^2=۷۲/۳۳$ $df=۳$ $P<۰/۰۰۱$

روستا پس از ادغام $\chi^2=۲۵/۳۶$ $df=۳$ $P<۰/۰۰۱$

جدول ۳: توزیع فراوانی شغل همسر و تعداد ماملگی های مادر در جامعه روستایی مورد مطالعه - شهرستان بویرامند سال ۱۳۷۵

جمع	مشاغل دیگر	شغل آزاد	کشاورز و دامدار	کارمند	شغل همسر	
					تعداد	تعداد حاملگی مادر
۲۶۵	۴۷	۴۰	۱۱۱	۶۷	تعداد	۲-۱ بار
۳۳/۸	۵۵	۴۶/۵	۳۳/۷	۶۴-۴	درصد	
۲۰۶	۲۲	۲۸	۱۲۳	۲۳	تعداد	۴-۶ بار
۳۴/۱	۲۶	۳۲/۶	۳۷/۴	۳۱/۸	درصد	
۱۳۳	۱۶	۱۸	۹۵	۴	تعداد	۷+ بار
۲۲/۱	۱۹	۲۰/۹	۲۸/۹	۲/۸	درصد	
۶۰۴	۸۵	۸۶	۳۲۹	۱۰۴	تعداد	جمع
۱۰۰	۱۴/۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

$\chi^2=۵۱/۰۵$ $df=۶$ $P<۰/۰۰۱$