

معلومات باروری و تعیین‌کننده‌های آن در زنان و مردان در شرف ازدواج شهر تهران

فریده خلیج‌آبادی فراهانی*، شیرین معصومی جورشری**، مینور لمیعیان***، مریم عباسی****
(تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۳)

چکیده

باورهای نادرست درباره بیولوژی باروری و کاهش پتانسیل باروری با افزایش سن و تحت تأثیر عوامل محیطی، می‌توانند از جمله عوامل مؤثر بر رفتارهای تأخیری در ازدواج و باروری، به‌خصوص در زنان باشد. هدف پژوهش حاضر، تعیین معلومات باروری و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن، در زوجین در شرف ازدواج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج شهر تهران است. به‌همین منظور، یک پیمایش مقطعی، در بین ۲۰۴ زوج در شرف ازدواج که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. زوج‌های مورد بررسی، از بین مراجعین دو مرکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره قبل از ازدواج در تهران در سال ۱۳۹۴ و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پیمایش شامل سه بخش بود: بخش اول، اطلاعات اجتماعی-اقتصادی و جمعیت‌شناختی؛ بخش دوم، پرسشنامه معلومات باروری کاردیف، که اعتبار و روایی آن تأیید شد و بخش سوم، پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان در جمعیت شهری ایران. نتایج نشان داد که تنها ۴۴ درصد از زوجین، دارای معلومات باروری صحیح بوده و تفاوت مهمی در معلومات باروری دو جنس وجود دارد. تحلیل دومتغیره نشان داد که سطح تحصیلات، سطح سواد سلامت و قصد فاصله‌گذاری بین ازدواج و فرزند اول با معلومات باروری، رابطه‌ای مستقیم و معنادار دارند، در حالی که در رگرسیون خطی، پس از کنترل اثر سن، تنها متغیرهای سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت به‌عنوان دو تعیین‌کننده مهم و معنادار معلومات باروری، نشان داده شدند. بنابراین، مداخلات آموزشی جامع، مبتنی بر محیط‌های آموزشی و رسانه در خصوص باروری و عوامل کاهش‌دهنده پتانسیل باروری، به‌خصوص در افرادی که سطح تحصیلات و سواد سلامت پایینی دارند، ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: معلومات باروری، باروری، آموزش، مقیاس معلومات باروری کاردیف، ایران.

*دانشیار گروه جمعیت و سلامت، مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور (نویسنده مسئول)

farideh.farahani@psri.ac.ir

**دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

shirinmasoomi.modares@gmail.com

***دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس lamyianm@modares.ac.ir

****دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی maalame@yahoo.com

مقدمه

امروزه شاهد کاهش باروری در کشورهای توسعه یافته و حتی در کشورهای در حال توسعه هستیم. این سیر نزولی باروری و تأخیر در باروری، نگرانی‌های جدی را ایجاد کرده است تا پژوهشگران حوزه جمعیت و باروری به دنبال بررسی عوامل زمینه ساز این چالش جهانی باشند. علاوه بر شیوه و سبک زندگی، تحصیلات بالای زنان، اشتغال مادران و دنبال کردن اهداف و آرزوها، ضعف معلومات باروری و ناباروری که پایه تصمیمات آگاهانه باروری باشد، نیز در این روند تأثیر می‌گذارد (ضیایی بیگدلی و همکاران، ۱۳۸۵). با افزایش سن، تعداد سال‌هایی که زنان قدرت باروری دارند، کاهش می‌یابد. با این حال، در مقایسه با نسل‌های گذشته، زنان به‌طور فزاینده‌ای باروری خود را به تأخیر می‌اندازند. یکی از عوامل تأثیرگذار در این روند، ضعف دانش در مورد کاهش باروری همراه با افزایش سن است (برتریک و همکاران^۱، ۲۰۱۰). علاوه بر ضعف اطلاعات درباره باروری، اطلاعات نادرست در این حوزه نیز می‌تواند دلیلی بر رفتار نامطلوب باروری باشد (مائدا^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). لازم به ذکر است که تغییرات رخ داده در سن ازدواج، به‌خصوص در شهرهای بزرگ، موجب می‌شود جوانان در سنین بالاتری وارد زندگی مشترک شده و دیرتر از نسل‌های قبل اقدام به فرزندآوری کنند. درحالی‌که سهم مهمی از زنان نسل‌های گذشته، به‌علت ازدواج و فرزندآوری در سنین پایین و فاصله‌گذاری کمتر بین موالید، باروری خود را تا قبل از ۳۵ الی ۴۰ سالگی به اتمام می‌رساندند و از این‌رو، ضعف دانش نسبت به کاهش پتانسیل باروری در سنین ۳۵ و ۴۰ به بالا، تعداد فرزندان آنها را تحت تأثیر قرار نمی‌داد. این تفاوت در رفتارهای ازدواج و باروری در نسل‌های کنونی نسبت به گذشته، اهمیت موضوع را بیش از پیش مشخص می‌سازد. از سوی دیگر، تأخیر در باروری، خود می‌تواند عاملی برای نارسایی زودرس تخمدان و یائسگی زودرس زنان باشد که آنان را با نازایی ثانویه مواجه می‌کند. علی‌رغم تمایل تقریباً همگانی افراد به والدشدن، به‌نظر می‌رسد زنان در خصوص باروری خود، رفتاری بهینه ندارند. تحقیقات نشان داده است که زنان، بیش از پیش، در مواجهه با عوامل خطرزای باروری (مثل چاقی، بیماری‌های مقاربتی،

1 Bretherick, Fairbrother, Avila, Harbord, & Robinson

2 Maeda

افزایش سن اولین تولد) قرار دارند (اشمیت و همکاران^۱، ۲۰۱۲). همچنین تأخیر در جستجوی درمان در افراد نازا (بانتینگ و بوئوین^۲، ۲۰۰۷)، و افزایش قطع درمان نازایی (برندز و همکاران^۳، ۲۰۰۹) نیز شایع است. درحالی‌که، خیلی مشخص نیست معلومات باروری و نگرش‌های مربوط به باروری و درمان ناباروری، تا چه حد می‌توانند این روندها را تغییر دهد.

در ایران، طی سه دهه گذشته، میزان باروری به‌طور چشم‌گیری کاهش پیدا کرده است. مطالعات انجام شده در مورد سطح و روند باروری در ایران، بیان‌گر این است که میزان باروری کل، از حدود ۷/۷ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۴۵ به ۶/۳ فرزند در سال ۱۳۵۵ کاهش یافته است. بعد از آن، تحت تأثیر شرایط خاص متأثر از وقوع انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، روند باروری افزایشی شده و مجدداً به تدریج کاهش باروری آغاز شد و به ۵/۵ فرزند در سال ۱۳۶۷ رسید. این روند کاهش باروری، تداوم یافته و میزان باروری کل در سال ۱۳۷۹ به ۲/۲ و در سال ۱۳۸۵ به ۱/۹ یعنی پایین‌تر از سطح جانشینی رسید. این روند کاهش باروری، به‌صورت هم‌زمان در نقاط شهری و روستایی اتفاق افتاده است (عباسی‌شوازی و مک‌دونالد^۴، ۲۰۰۶). سنجش نیت باروری در زوجین در شرف ازدواج در یک مطالعه قبلی نیز نشانگر کاهش تعداد فرزندان قصدشده است (خلج‌آبادی فراهانی و سرایی، ۱۳۹۵). هنجار شدن باروری پایین، تغییرات اقتصادی اجتماعی، فرآیند تعاملات اجتماعی که بر زمان باروری اثر می‌گذارد و تأخیر در اقدام به باروری، از دلایل هم‌گرایی به سمت باروری پایین هستند (کوهلر، و همکاران^۵، ۲۰۰۶).

از میان عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر باروری، آموزش، به‌ویژه آموزش زنان نیز مورد توجه برخی محققان و پژوهش‌گران قرار گرفته است که از طریق چهار فرآیند مداخله‌ای در سن ازدواج، تغذیه با شیر مادر، جلوگیری بعد از زایمان و مرگ‌ومیر کودکان، بر تعداد فرزندان تأثیر می‌گذارد. تحصیلات، سن اولین ازدواج را در زنها افزایش می‌دهد. بنابراین، تعداد سال‌هایی که زنها می‌توانند بارور شوند، کاهش می‌یابد. ارتباط بین تحصیلات زنان و افزایش سن اولین ازدواج در کشورهای در حال توسعه نشان داده شده است

1 Schmidt et al

2 Bunting & Boivin

3 Brandes et al

4 Abbasi Shavazi & McDonald

5 Kohler et al

(جیجیبهوی^۱، ۱۹۹۵). سطح تحصیلات زنان، از طریق استقلال عملی، استقلال تصمیم‌گیری، استقلال اجتماعی، استقلال عاطفی، استقلال اقتصادی-اجتماعی، اعتماد به نفس و کنترل امور اقتصادی، در میزان باروری زنان و اندازه خانواده تأثیرگذار است (بانتینگ و همکاران، ۲۰۱۳). شواهد نشان می‌دهد که مردم درباره جنبه‌های زیستی و یا بیولوژی باروری و بارداری بی‌اطلاع هستند. آن‌ها اغلب شانس باردار شدن را در زمان تخمک‌گذاری تخمین می‌زنند و اطلاعات کمی از مواقعی که زنان می‌تواند باردار شود، دارند. آن‌ها اطلاعات کمی در مورد کاهش پتانسیل باروری زنان پس از ۳۵ سالگی دارند. همچنین اطلاعات آنان در مورد عوامل اختصاصی و خطرانی که احتمال باروری را کم می‌کند، پایین است و کمتر نگران ناباروری هستند (چان^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعه‌ای در ژاپن، نشان داده که دانش باروری در زنان و در افرادی که سطح اجتماعی-اقتصادی بالاتری دارند و آنهایی که علاقمند به داشتن فرزند هستند، بیشتر است. همچنین دانش باروری در افرادی که به سلامتی خود اهمیت بیشتری می‌دهند، مثل افرادی که سیگار نمی‌کشند و آنهایی که سواد بالاتری دارند، بالاتر است (مائدا و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس شواهد فوق، بررسی میزان دانش باروری در زوجین و عوامل تعیین‌کننده آن در ایران، می‌تواند تاحدودی بسترهای آگاهی و نگرشی زمینه‌ساز تصمیمات و رفتارهای باروری را مشخص سازد و پیشنهادهای برای مداخلات مناسب ارایه نماید.

پیشینه تحقیق

بررسی پیشینه تحقیق نشان می‌دهد که پژوهش‌های بسیاری در خارج از ایران، به بررسی سطح معلومات و دانش باروری افراد پرداخته‌اند. به‌طور مثال، مطالعه‌ای توسط چان و همکارانش (۲۰۱۴) با هدف مقایسه آگاهی باروری در میان دانشجویان چینی در هنگ کنگ با دانشجویان غربی انجام شد. در این مطالعه، تعداد ۳۶۷ دانشجوی در هنگ کنگ (۲۷۵ زن و ۹۲ مرد) پرسشنامه‌ای آنلاین (پرسشنامه آگاهی باروری سوئدی^۳) درباره اهداف و نگرش فرزنددار شدن و آگاهی از باروری زنان را تکمیل نمودند. در این مطالعه، درصد بالایی از دانشجویان چینی، مانند غربی‌ها، کاهش باروری با افزایش سن را کمتر از حد واقعی

1 Jeejeebhoy

2 Chan

3 Swedish Fertility Awareness Questionnaire (SFAQ)

(۹۲ درصد) و میزان موفقیت درمان ناباروری را بیشتر از حد واقعی (۶۶ درصد) تخمین زدند. در این مطالعه، ثابت شد کسانی که تمایل کمتری به فرزندآوری داشتند، آگاه‌تر بودند و کمتر نگران ناباروری و درمان آن بودند. هرچند جامعه آماری این مطالعه، دانشجویان بوده و قابل تعمیم به گروه‌های دیگر را ندارد. مطالعه‌ای دیگر، توسط فول فورد^۱ و همکارانش (۲۰۱۳) با هدف بررسی نقش دانش و درک حساسیت، به منظور بهینه‌سازی باروری در انگلستان انجام شد. نمونه آماری این مطالعه مقطعی، شامل ۱۳۴۵ زن بدون فرزند بود که برای باردار شدن اقدام می‌کردند و هرگز برای باروری به پزشک مراجعه نکرده بودند. دانش آن‌ها بوسیله پرسشنامه سنجش معلومات باروری کاردیف مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج، متوسط امتیاز پاسخ درست آن‌ها بوسیله مقیاس سنجش باروری، ۵۱/۹ درصد بود و تعداد فرزندان قصد شده^۲ در زنانی که شدیداً سیگاری بودند، کم بود ($p < 0/05$)، همچنین متوسط معلومات باروری در زنانی که یک سال یا بیشتر برای باردار شدن تلاش می‌کردند، کم بود ($p < 0/001$)، درحالی‌که، نیت بهینه‌سازی باروری، در زنانی که شاخص توده بدنی بالاتر و دانش بیشتر و کسانی که در باروری مشکل داشتند، بیشتر بود ($p < 0/001$).

بانتینگ و همکارانش (۲۰۱۳) تحقیقی را در انگلستان انجام دادند. هدف آنها، ایجاد یک ابزار برای آگاهی از وضعیت باروری^۳ بود که زنان را قادر سازد تا در مورد کاهش خطرات باروری خود، اطلاعات لازم را به دست آورند و بر اساس شیوه زندگی و وضعیت باروری خود، به دنبال دریافت کمک پزشکی باشند. در این مطالعه ۱۰۷۳ زن که به صورت آنلاین اطلاعات مربوط به عوامل خطر باروری را وارد کرده بودند، یا ختم حاملگی داشتند و یا به مراکز ناباروری و یا پیش از زایمان در انگلستان می‌رفتند، مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه اصلی این مطالعه، این بود که ایجاد یک ابزار چندعاملی، زنان را قادر می‌کند که اطلاعات لازم در رابطه با باروری خود را کسب کنند. مطالعه‌ای دیگر نیز توسط برتریک و همکارانش (۲۰۱۰) در کانادا بدنبال پاسخگویی به این سوال بود که "آیا زنان در سن باروری، از اطلاعات لازم در مورد باروری برخوردار هستند؟". در این مطالعه، ۴۰۵ دانشجوی دختر دوره لیسانس شرکت کردند که ۴۵ نفر آنها از مطالعه خارج شدند. این مطالعه، یک بررسی

1 Fulford

2 Intentions to optimize fertility

3 FertiSTAT

خودگزارشی بوده و متغیر وابسته دانش باروری در سراسر دوره زندگی و پیش‌بینی سن مناسب باروری بود. سؤالات درباره اطلاعات شرکت‌کنندگان از نیت باروری، کاهش احتمال باروری و افزایش خطرات حاملگی، با افزایش سن بود. نتایج نشان داد که اگرچه اغلب زنان از روند کاهش باروری با افزایش سن آگاه هستند، ولی آنها شانس حاملگی در تمام سنین را بیشتر از حد واقعی تخمین می‌زنند. همچنین از سرعت بالای کاهش باروری با افزایش سن، آگاه نبودند. آنها نتیجه گرفتند که زنان، احتمال سقط جنین در همه سنین را بالا تصور می‌کنند و از تأثیر زیاد سن بالا بر سقط جنین آگاه نیستند.

مرور پیشینه تحقیق در ایران نشان داد که بیشتر مطالعات انجام شده، در خصوص عوامل مرتبط با رفتار باروری، ایده‌آل‌های باروری و نیت فرزندآوری بوده است (حسینی و بگی، ۲۰۱۴؛ عباسی‌شوازی و همکاران، ۱۳۸۱؛ ضیایی بیگدلی و همکاران، ۱۳۸۵). برخی مطالعات نیز به بررسی آگاهی زنان نسبت به جنبه‌های دیگر باروری پرداخته‌اند. به عنوان مثال، مظلومی محمودآباد و همکاران (۱۳۸۴) در پیمایشی در ۷ شهر مرکزی ایران، آگاهی زنان از جنبه‌های مختلف مربوط به سلامت باروری از جمله تعریف آن، ایدز و پاپ اسمیر را بررسی نمودند؛ اما این مطالعه، معلومات مربوط به باروری را بررسی نکرده است. در مطالعه‌ای دیگر، باقیانی مقدم و میرزایی (۱۳۸۰) نیازهای آموزشی زنان سنین باروری استان یزد، در زمینه بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده را بررسی کردند. این محققان نیز در مطالعه خود، به معلومات باروری نپرداختند. در مطالعه‌ای پیمایشی در شهر قزوین، الفتی و علی‌قلی (۱۳۸۷)، به بررسی نیازهای آموزشی ۳۰۰ نفر از دختران نوجوان مدارس راهنمایی، پیرامون بهداشت باروری پرداختند. بر اساس نتایج این مطالعه، آگاهی نوجوانان دختر در حوزه تغذیه و ورزش، آناتومی و فیزیولوژی باروری، قاعدگی، سرطان سینه، بهداشت بلوغ، ایدز و بیماری‌های مقاربتی و تنظیم خانواده، در کل ضعیف ارزیابی گردید؛ در این مطالعه، اطلاعات دختران در مورد باروری و ناباروری و عوامل مرتبط با آن‌ها بررسی نشده است. تنها مطالعه مرتبط انجام شده در ایران، مطالعه بهبودی^۱ و همکارانش (۲۰۱۳) است که با هدف بررسی معلومات زنان نخست‌زای ایرانی از خطرات مرتبط با تأخیر در بارداری انجام شده است. در این مطالعه مقطعی، تعداد ۶۷۵ زن نخست‌زا در تهران مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نمونه‌گیری آن به صورت خوشه‌ای، در اولین ویزیت

پری‌ناتال^۱ (قبل از زایمان) زنان انجام شده است. در این تحقیق، آگاهی زنان درباره خطرات به تأخیر انداختن بارداری، با استفاده از پرسشنامه تنظیم شده توسط طاق^۲ و همکارانش بررسی شده است. در این پژوهش، معلومات زنان درباره خطرات نوزادی ناشی از به تأخیر انداختن بارداری، بین ۱۰ درصد تا ۷۲ درصد برآورد شده و نشان داده است که معلومات درباره خطرات مادری ناشی از به تأخیر انداختن بارداری، با سطح تحصیلات زنان ارتباط دارد. در این مطالعه، نتیجه گرفته شده که اکثر زنان، از مشکلات بالقوه تأخیر بارداری ناآگاه هستند. برخی تحقیقات کیفی در ایران، در مورد نیت باروری و تک‌فرزندی، نشان‌گر نوعی نگرانی از ناباروری در سن بالا، در برخی از زنان بوده است؛ ولی وسعت این نوع باور شناخته شده نیست (خلج‌آبادی‌فراهانی و سرایی، ۱۳۹۵؛ رضوی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴؛ عباسی‌شوازی و همکاران، ؛ محمودیان و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به محدودیت اطلاعات و مطالعات این حوزه در ایران، خیلی مشخص نیست که زنان و مردان نسل حاضر که در صدد تشکیل خانواده هستند، تا چه حد در مورد باروری اطلاعات دارند. یکی از عواملی که ممکن است در رفتار باروری افراد تأثیر داشته باشد، باورها و اطلاعات افراد در مورد پتانسیل باروری در سنین مختلف و عوامل کاهش دهنده پتانسیل باروری و امکان درمان ناباروری با روش‌های آزمایشگاهی و غیره است.

به‌طور کلی، مرور پیشینه تحقیق نشان داد که در ایران، یک خلأ اطلاعاتی مهم در گروه‌های مختلف جمعیتی در حوزه معلومات باروری به‌خصوص عوامل مرتبط با کاهش پتانسیل باروری به تفکیک دو جنس وجود دارد. این تحقیق، در راستای پر کردن بخشی از خلأ اطلاعاتی فوق، به بررسی معلومات باروری زوجین در شرف ازدواج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج در شهر تهران و عوامل اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی پیش‌بینی‌کننده این معلومات پرداخته است.

چارچوب نظری

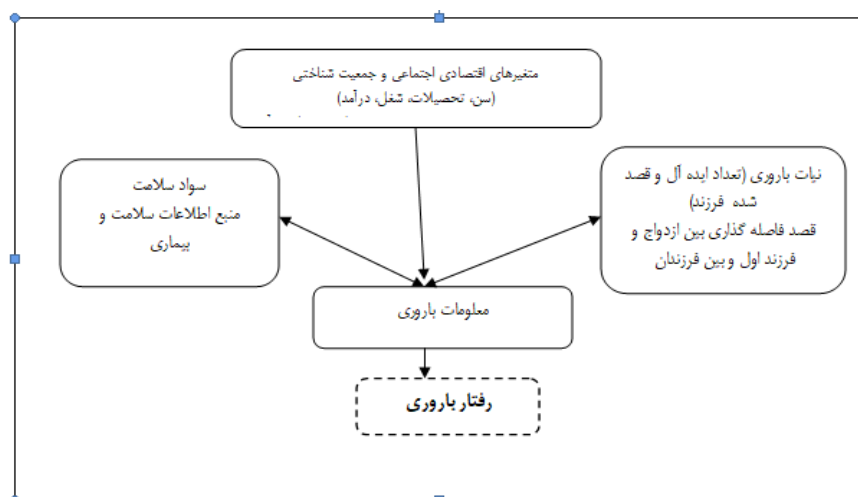
چارچوب نظری این مطالعه متشکل از عواملی است که بر گرفته از پیشینه تجربی پژوهش بوده و مبنای فرضیات، ابزار پژوهش و تحلیل داده‌ها می‌باشد. بر این اساس، متغیرهای

1 Prenatal

2 Tough

اقتصادی اجتماعی و جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت اشتغال و تحصیلات بر معلومات باروری افراد نقش دارد. همچنین سواد سلامت و منابع کسب آن نیز یکی دیگر از عواملی است که در این مطالعه بعنوان عوامل مرتبط با معلومات باروری در نظر گرفته است. نیات و تصمیمات باروری زنان و مردان نیز بر اساس پیشینه تجربی می‌تواند با معلومات باروری افراد رابطه داشته باشد. هرچند بسیاری از این روابط ممکن است دوسویه باشد و لزوماً رابطه علی معلولی این عوامل با معلومات باروری با قطعیت بالا در یک مطالعه مقطعی نشان داده نشود.

شکل ۱. مدل مفهومی و تحلیلی تحقیق



روش تحقیق و داده‌ها

پژوهش حاضر، یک پیمایش مقطعی است که با هدف بررسی معلومات باروری و تعیین کننده‌های آن در زوجین در شرف ازدواج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج شهر تهران، در سال ۱۳۹۴ اجرا شده است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، شامل ۲۰۴ زوج در شرف ازدواج است که در مقطع زمانی مورد بررسی، در سنین باروری (۱۵-۴۵ سال) قرار داشتند. این زوجین، بر اساس میزان همکاری‌شان با پژوهشگر، از بین مراجعه‌کنندگان ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۳۹۴ به مرکز بهداشتی هاشمی‌نژاد (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران،

مرکز بهداشت غرب تهران) و مرکز بهداشتی فرمانرومائی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز بهداشت جنوب تهران)، انتخاب شدند. معیار ورود افراد به مطالعه، قرار داشتن در بین سنین ۱۵ تا ۴۵ سال، مراجعه کرده به کلینیک‌های مشاوره قبل از ازدواج، دارا بودن تابعیت ایرانی و برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بوده است. برای برآورد حجم نمونه، از فرمول کوکران بهره گرفته شده و بر این اساس، حجم نمونه برای هر یک از دو جنس زن و مرد، ۲۰۴ نفر (جمعاً ۴۰۸ نفر) تعیین شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، شامل سه پرسشنامه مجزا بوده است: ۱. پرسشنامه اطلاعات اجتماعی-اقتصادی و جمعیت‌شناختی، دربردارنده: سؤالاتی در خصوص جنسیت، سن، تحصیلات، درآمد، شغل، ایده‌آل‌های باروری، قصد باروری، قصد فاصله‌گذاری بین ازدواج و تولد اولین فرزند و بین فرزندان .. ۲. پرسشنامه معلومات باروری کاردیف، دربردارنده ۱۳ گویه در ارتباط با معلومات باروری. و ۳. پرسشنامه سواد سلامت^۱ که شامل ۳۳ گویه بود.

مقیاس معلومات باروری: مقیاسی بر اساس پاسخ به ۱۳ گویه پرسشنامه کاردیف، به شکل سه‌گزینه‌ای درست، نادرست و نمی‌دانم، ساخته شد. گویه‌ها شامل این موارد بود: ۱. یک زن از هر ده زن، ممکن است نابارور باشد. (پاسخ صحیح: درست)، ۲. اگر مرد اسپرم تولید کند، قدرت باروری دارد (پاسخ صحیح: نادرست). ۳. یک زن در چهل سالگی، نسبت به یک زن در سی سالگی، شانس مشابه برای باردارشدن دارد. (پاسخ صحیح: نادرست). ۴. اگر مردی بعد از بلوغ دچار اوریون شود، احتمال مشکلات باروری او در آینده بیشتر است. (پاسخ صحیح: درست). ۵. یک زن که هیچ‌وقت قاعدگی ماهانه ندارد، می‌تواند بارور باشد. (پاسخ صحیح: نادرست). ۶. یک زن با اضافه‌وزن بیشتر از ۱۳ کیلوگرم، ممکن است توانایی باروری نداشته باشد (پاسخ صحیح: درست). ۷. اگر یک مرد توانایی نعوظ داشته باشد، نشان‌دهنده این است که او بارور است (پاسخ صحیح: نادرست). ۸. باروری در افرادی که بیماری‌های مقاربتی (منتقل‌شونده از راه جنسی) دارند، کاهش می‌یابد. (پاسخ صحیح: درست). ۹. زنانی که از قرص‌های ضدبارداری استفاده کرده‌اند، ممکن است پس از قطع قرص، به مدت طولانی باردار نشوند. (پاسخ صحیح: درست). ۱۰. اگر زوجی پس از یک سال نزدیکی جنسی منظم، بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری، به بارداری دست پیدا نمی‌کنند، نابارور محسوب می‌شوند.

(پاسخ صحیح: درست). ۱۱. سیگار کشیدن، باروری زنان را کاهش می‌دهد (پاسخ صحیح: درست). ۱۲. سیگار کشیدن، باروری مردان را کاهش می‌دهد (پاسخ صحیح: درست). ۱۳. باروری زنان، بعد از ۳۶ سالگی کاهش می‌یابد. (پاسخ صحیح: درست). به پاسخ درست به هر گویه، نمره ۱ و به پاسخ نادرست و نمی‌دانم، نمره صفر داده شد. طیف نمرات این شاخص، بین صفر تا ۱۲ بود (Mean=6, SD=2.5).

برای تعیین روایی و پایایی پرسشنامه کاردیف، ابتدا پرسشنامه توسط دو نفر متخصص از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و با استفاده از روشهای استاندارد ترجمه معکوس^۱ یک نسخه فارسی تهیه شد. سپس برای سنجش روایی محتوایی به صورت کمی از دو میزان نسبت روایی محتوا^۲ (CVR) و شاخص روایی محتوا^۳ (CVI) استفاده شد. برای تعیین CVR از پانل خبرگان (۱۰ نفر متخصصین زنان و مامایی، پرستاری و بهداشت) درخواست شد تا هر سؤال را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. مقادیر CVR و CVI به ترتیب ۰/۸ و ۰/۸۲ به دست آمد که بالاتر از حد قابل قبول (۰/۶۲ برای CVR و ۰/۷۹ برای CVI) بوده که نشان‌گر روایی محتوایی بالای پرسشنامه است. جهت تعیین پایایی پرسشنامه کاردیف، با استفاده از آزمون ثبات درونی^۴، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس یا سازه معلومات باروری محاسبه شد که قابل قبول بوده (۰/۸۰۶ درصد) و پایایی پرسشنامه تأیید شد.

مقیاس سواد سلامت: سواد سلامت، ظرفیتی فردی و اجتماعی برای دسترسی، فهم، ارزیابی اطلاعات و خدمات سلامت و بهره‌مندی بهینه از آن برای ارتقای سلامت است. در این مطالعه، برای سنجش سواد سلامت، از ابزاری استفاده شد که منتظری و همکارانش (۱۳۹۳) جهت سنجش سلامت جمعیت عمومی ۱۸ تا ۶۵ سال ایرانی ساکن شهرها، متناسب با خصوصیات فرهنگی-اجتماعی ایران طراحی و روان‌سنجی کردند. این شاخص یا ابزار، شامل گویه‌های متعدد مبتنی بر مفاهیم دریافتی در ابعاد سواد سلامت، شامل دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و به‌کارگیری اطلاعات سلامت است که با استفاده از

1 Backward-Forward

2 Content Validity Ratio

3 Content Validity Index

4 Internal Consistency

ابزارهای موجود و نشست با متخصصان طراحی شده است. روایی محتوایی کیفی ابزار، توسط ۱۵ نفر از متخصصان رشته‌های گوناگون سلامت، مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات توصیه شده، اعمال شد. این ابزار با ۴۷ سؤال نهایی شده و پس از جمع‌آوری اطلاعات از ۳۳۶ نفر که به‌صورت تصادفی از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب شده بودند، روایی سازه (با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی) و پایایی (با محاسبه ضریب همبستگی درونی) آن ارزیابی شد. پس از نتایج نهایی تحلیل عاملی اکتشافی، پرسشنامه نهایی، شامل ۳۳ گویه در ۵ حیطه، از روایی سازه مطلوب برخوردار بود که مجموعاً ۵۳/۲ درصد از تغییرات مشاهده‌شده در سواد سلامت را توضیح می‌دادند. میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها در سازه‌های ذی‌ربط نیز قابل قبول بوده (۰/۷۲ تا ۰/۸۹) و از این حیث، پایایی پرسشنامه نیز تأیید شد. گزینه‌های هر گویه به‌صورت طیف لیکرت ۵ قسمتی (شامل کاملاً آسان است، آسان است، نه آسان و نه سخت است، سخت است و کاملاً سخت است)، و همچنین برای برخی گویه‌ها، شامل (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به‌ندرت و به هیچ وجه) تنظیم شد. محدوده جمع جبری نمرات، بین ۳۳ تا ۱۶۵ بوده که بر اساس دستورالعمل و فرمول سیستم رتبه‌بندی هلیا، استاندارد شده و بین ۰ تا ۱۰۰ گزارش می‌گردد. (۵۰-۰ ناکافی، ۶۰-۵۰/۱ نه‌چندان کافی، ۸۴-۶۶/۱ کافی، ۱۰۰-۸۴/۱ عالی). میانگین نمره سطح سواد سلامت در زنان ۷۰/۹ و در مردان ۶۹/۲ بود (Mean=70, SD=12.5).

یافته‌ها

توصیف نمونه

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در این مطالعه، ۲۵/۶ سال ($SD=4/8$) و میانگین سن مردان، ۲۸/۷ سال ($SD=4/1$) می‌باشد. طیف سنی این افراد، از ۱۳ تا ۴۱ سال متغیر است. از نظر سطح تحصیلات، نتایج نشان داد که حدود ۴۰ درصد زنان و حدود ۳۶ درصد مردان، دارای تحصیلات دانشگاهی می‌باشند. حدود ۱۴ درصد زنان و حدود ۹ درصد مردان، دارای تحصیلات کارشناسی ارشد هستند. برعکس، سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم در مردان به‌طور معنی‌دار، بیشتر از زنان است. در نتیجه، تحصیلات تکمیلی دانشگاهی (کارشناسی و کارشناسی ارشد) به‌طور معنی‌داری در زنان مورد بررسی بیشتر از مردان است ($P<0/036$).

از نظر وضعیت اشتغال، حدود ۹۲ درصد مردان و حدود ۳۹ درصد زنان، مورد بررسی در این مطالعه، شاغل هستند و همان طور که انتظار می رود، اشتغال مردان، به طور معنی داری بیشتر از زنان است ($P < ۰/۰۰۱$). لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، نسبت اشتغال زنان در شرف ازدواج، از نسبت اشتغال زنان گزارش شده در سرشماری سال ۱۳۹۵، خیلی بالاتر است. به طوریکه در سرشماری سال ۱۳۹۵، فقط ۱۰/۵ درصد جمعیت فعال زنان بالای ۱۰ سال مناطق شهری، شاغل بوده اند. این نسبت، در مردان فعال بالای ۱۰ سال، ۵۵/۹ درصد است. در سرشماری سال ۱۳۹۵، اشتغال، به معنای کارکردن حداقل یک ساعت در طول هفته قبل از مراجعه مأمور سرشماری تعریف شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵)، علت بالا بودن اشتغال در بین زنان در شرف ازدواج نسبت به نتایج سرشماری سال ۹۵ می تواند تفاوت توزیع سنی زنان در شرف ازدواج در این مطالعه با جامعه زنان در سرشماری سال ۱۳۹۵ باشد، به طوری که ۷۵ درصد زنان در شرف ازدواج، دارای سن کمتر از ۲۹ سال بوده، در حالی که در سرشماری سال ۱۳۹۵، ۵۵ درصد زنان، بین ۲۴ تا ۶۴ ساله بوده و فقط حدود ۲۰ درصد آنها زیر سن ۲۴ سال سن داشته اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). لذا، اشتغال بالای زنان در نمونه مطالعه حاضر، می تواند به علت تفاوت سنی این نمونه با نمونه زنان در سرشماری باشد. لازم به ذکر است که زنان و مردان حاضر در این مطالعه، معرف زنان و مردان شهرستان تهران و یا کل کشور نبوده و فقط معرف زنان و مردان در شرف ازدواج ساکن شهر تهران است. درصد اشتغال در زنان در شرف ازدواج در این مطالعه با نسبت اشتغال زنان در مطالعه ای مشابه که در بین زوجین در شرف ازدواج انجام شده بود، نیز سازگار است (۳/۴۳ درصد) (خلج آبادی فراهانی و سرایی، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر، اشتغال تمام وقت و نیمه وقت، به تفکیک سؤال نشده است، در حالی که در مطالعه خلج آبادی فراهانی و سرایی (۱۳۹۵) در بین زنان و مردان در شرف ازدواج نشان داده شد که حدود ۲۵ درصد زنان به شغل نیمه وقت و ۱۸/۵ درصد به شغل تمام وقت اشتغال داشتند. لذا نتایج مطالعه حاضر، فقط قابل تعمیم به زنان و مردان در شرف ازدواج در شهر تهران است. در بین شاغلین، ۶۲/۳ درصد از زنان و ۵۷/۴ درصد از مردان، درآمد ماهیانه خانوار آنها کمتر از دو میلیون تومان، ۲۲/۵ درصد از زنان و ۲۶/۵ درصد از مردان، درآمد حدود دو میلیون و فقط ۱۵/۲ درصد از زنان و ۱۶/۲ درصد از مردان، درآمد بیشتر از دو میلیون گزارش کردند ($P < ۰/۰۰۱$).

۵۳ معلومات باروری و تعیین کننده‌های آن در زنان و مردان ...

در خصوص ایده‌آل و نیات باروری افراد مورد بررسی، نتایج نشان داد که بیش از نیمی از زنان و مردان (به ترتیب حدود ۵۴ درصد و ۵۶ درصد)، تصمیم داشتند فرزند اول خود را در ۵ سال اول ازدواج بیاورند و حدود یک سوم افراد، در زمان مطالعه، تصمیم برای فرزندآوری نگرفته بودند. همچنین حدود دوسوم زنان و مردان مورد بررسی، تعداد فرزند ایده‌آل را دو فرزند می‌دانستند (به ترتیب ۶۱/۳ درصد و ۶۲/۳ درصد) و از این لحاظ، تفاوت معنی‌داری بین دو جنس مشاهده نگردید. حدود ۶۲ درصد زنان و ۶۲/۳ درصد مردان قصد داشتند، دو فرزند داشته باشند و در این خصوص نیز تفاوت معنی‌داری بین تعداد فرزند قصد شده (قصد باروری) و جنسیت مشاهده نگردید ($P=0/7$). نظر مردان با زنان در مورد فاصله سنی فرزندان در صورت تمایل داشتن دو یا چند فرزند متفاوت بود. فاصله سنی ایده‌آل بین فرزندان، از نظر ۴۰/۴ درصد زنان و ۳۱/۴ درصد مردان، سه سال، و همچنین از نظر ۲۴ درصد زنان و ۱۸/۳ درصد مردان، چهار سال و بیشتر گزارش شده است ($P<0/05$). (جدول ۱)

جدول ۱. توزیع متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی پاسخگویان به تفکیک جنس

متغیرها	جنسیت				آماره آزمون (χ^2)	P-Value	
	زن		مرد				
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
گروه سنی	کمتر از ۲۵ سال	۱۰۷	۵۲/۰	۴۸	۲۴/۰	۰/۰۰۰	۳۶/۲۲
	بین ۲۵-۲۹ سال	۴۹	۲۴/۰	۷۸	۳۸/۰		
	بیشتر از ۲۹ سال	۴۸	۲۴/۰	۷۸	۳۸/۰		
سطح تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۶۰	۲۹/۴	۷۵	۳۶/۸	۰/۰۳۶	۵/۵۳۱
	فوق دیپلم	۲۹	۱۴/۲	۳۶	۱۷/۶		
	لیسانس	۸۵	۴۱/۷	۷۳	۳۵/۸		
	فوق لیسانس و بالاتر	۳۰	۱۴/۷	۲۰	۹/۸		
شاغل	بله	۷۹	۳۸/۷	۱۸۷	۹۱/۷	۰/۰۰۰	۱۲۵/۹۹۰
	خیر	۱۲۵	۶۱/۳	۱۷	۸/۳		
سطح درآمد	زیر ۲ میلیون تومان	۱۲۷	۶۲/۳	۱۱۷	۵۷/۴	۰/۰۰۰	۲۱/۱۳۸
	حدود ۲ میلیون تومان	۴۶	۲۲/۵	۵۴	۲۶/۵		
	بالای ۲ میلیون تومان	۳۱	۱۵/۲	۲۳	۱۶/۲		
	فعلا تصمیم نگرفته‌ایم	۷۷	۳۷/۷	۶۸	۳۳/۳		
فرزندآوری پس از ازدواج و فاصله آن از ازدواج	در ۵ سال اول ازدواج	۱۱۰	۵۳/۹	۱۱۵	۵۶/۴	۰/۷۷۴	۱/۱۱۴
	از ۵ تا ۱۰ سال اول ازدواج	۱۸	۸/۲	۲۱	۱۰/۳		
	در ۵ سال دوم ازدواج	۱۱۰	۵۳/۹	۱۱۵	۵۶/۴		
	بالاتر از ۱۰ سال اول ازدواج	۱۸	۸/۲	۲۱	۱۰/۳		
تعداد فرزند ایده‌آل	یک فرزند	۵۳	۲۶/۰	۵۰	۲۴/۵	۰/۷۱۲	۲/۱۳۲
	دو فرزند	۱۲۵	۶۱/۳	۱۲۷	۶۲/۳		
	سه فرزند و بیشتر	۲۲	۱۰/۸	۲۵	۱۲/۲		
تعداد فرزندان قصد شده	یک فرزند	۶۱	۲۹/۹	۵۴	۲۶/۵	۰/۷	۲/۱۹۷
	دو فرزند	۱۲۶	۶۱/۸	۱۲۷	۶۲/۳		
	سه فرزند	۱۲	۵/۹	۱۴	۶/۹		
	چهار فرزند و بیشتر	۵	۲/۵	۹	۴/۴		
قصد فاصله گذاری سنی بین فرزندان	یک سال	۱۲	۴/۸	۸	۵/۹	۰/۰۵	۷/۷۲۶
	دو سال	۶۵	۳۰/۸	۹۲	۴۴/۴		
	سه سال	۹۰	۴۰/۴	۷۴	۳۱/۴		
	چهار سال و بیشتر	۳۷	۲۴/۰	۳۰	۱۸/۳		

منابع اطلاعاتی در مورد سلامت و بیماری

نتایج نشان داد که شایع ترین منبع اطلاعاتی در زنان مورد بررسی در موضوعات سلامت و بیماری، اینترنت بوده و در مردان، پزشک و کارکنان بهداشتی-درمانی بوده (به ترتیب ۳۷/۳ درصد و ۴۴/۱ درصد) و کمترین آن نیز به شبکه های ماهواره ای تعلق دارد (به ترتیب ۰/۵ درصد و ۰/۵ درصد). همچنین بعد از اینترنت و پزشکان، دوستان و آشنایان و رسانه های رادیو و تلویزیون، منبع اطلاعاتی مهمی برای هر جنس بوده است که در این خصوص، زنان کمی بیشتر از مردان، اطلاعات مربوط به سلامتی و بیماری را از دوستان و آشنایان کسب کرده اند (۸/۸ درصد در برابر ۵/۹ درصد). منبع کسب اطلاعات بین زنان و مردان از نظر آماری اختلاف معناداری نشان نداد ($P=0/572$).

جدول ۲. منابع اطلاعات سلامت و بیماری افراد مورد بررسی به تفکیک جنس

P-Value	آماره آزمون χ^2)	جنسیت				منابع کسب اطلاعات سلامت و بیماری
		مرد		زن		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۵۷۲	۶/۶۷	۴۴/۱	۹۰	۳۴/۸	۷۱	پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی درمانی
		۲۹/۹	۶۱	۳۷/۳	۷۶	اینترنت
		۱/۵	۳	۱/۵	۳	تلفن گویا
		۸/۳	۱۷	۶/۹	۱۴	رادیو و تلویزیون
		۴/۴	۹	۳/۴	۷	روزنامه، نشریه و مجلات
		۵/۹	۱۲	۸/۸	۱۸	پرسیدن ازدوستان و آشنایان
		۴/۹	۱۰	۵/۴	۱۱	کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی
		۰/۵	۱	۰/۵	۱	شبکه‌های ماهواره‌ای
		۰/۵	۱	۱/۵	۳	نمی‌دانم باید از کجااطلاعات مورد نیازم را به‌دست آورم
		۱۰۰	۲۰۴	۱۰۰	۲۰۴	کل

توصیف معلومات باروری به تفکیک جنس

با توجه به اینکه در این مطالعه، برای سنجش معلومات باروری افراد، پرسشنامه معلومات باروری کاردیف مورد استفاده قرار گرفته است، معیار درستی و نادرستی پاسخ گویه‌ها نیز بر اساس همین پرسشنامه بوده است (مائدا و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌ها در زمینه معلومات باروری و ناباروری زنان و مردان نشان داد که فقط ۳۷ درصد زنان و ۳۲ درصد مردان مورد بررسی، به درستی می دانستند که یک زن از هر ده زن، ممکن است نابارور باشد. بنابراین، حدود دو سوم افراد، در این مورد اطلاعات درستی نداشته یا اصلاً اطلاعاتی نداشتند. همچنین فقط حدود ۳۳ درصد زنان و ۴۲ درصد مردان، به درستی می دانستند که اگر مرد اسپرم تولید کند، قدرت باروری دارد. بنابراین، این آگاهی در مردان کمی بیشتر از زنان بود، ولی اختلاف در این مورد، از نظر آماری معنادار نبود. در مورد کاهش شانس باروری یک زن در چهل سالگی نسبت به یک زن در سی سالگی، سهم مهمی از زنان و مردان، اطلاعات نادرست داشتند (به ترتیب حدود ۶۶ درصد و ۶۴ درصد) و تنها ۳۴ درصد زنان و ۳۶ درصد مردان، به درستی می دانستند که شانس باردار شدن زن در ۴۰ سالگی، کمتر از ۳۰ سالگی است؛ البته اختلاف زنان و مردان در این خصوص از نظر آماری معنادار نبود. در مورد رابطه بین ابتلای مردان به اوریون و مشکلات باروری، نسبت قابل ملاحظه‌ای از زنان و مردان، اطلاعاتشان نادرست بود، به طوری که فقط حدود ۱۹ درصد زنان و ۲۲ درصد مردان به درستی می دانستند که با ابتلای مردان پس از بلوغ به اوریون، احتمال مشکلات باروری آنها در آینده وجود دارد. درحالی که بالغ بر ۸۱ درصد زنان و حدود ۸۰ درصد مردان در این مورد یا اطلاعاتی نداشته یا اطلاعات درست نداشتند. در مورد ارتباط بین قاعدگی منظم و پتانسیل باروری، زنان به طور قابل توجهی، بیشتر از مردان (۷۱ درصد در برابر ۵۰/۵ درصد) اطلاعات درست داشتند و ۲۹ درصد زنان و ۴۹/۵ درصد مردان در این مورد، اطلاعات درستی نداشتند. از این رو، زنان نسبت به مردان، به طور معناداری معلومات بالاتری در این خصوص داشتند ($P < 0/001$).

فقط ۳۴/۳ درصد از زنان و ۱۹/۶ درصد از مردان به درستی می دانستند که یک زن با اضافه وزن بیشتر از ۱۳ کیلوگرم، ممکن است توانایی باروری نداشته باشد. زنان در این خصوص، بیشتر از مردان معلومات داشتند، به طوری که اختلاف بین زنان و مردان در این خصوص معنی دار بود ($P < 0/001$). در کل، اطلاعات در خصوص رابطه بین اضافه وزن و قدرت باروری در زنان و مردان کم بود.

در خصوص رابطه بین داشتن قابلیت نعوظ و قدرت باروری در مردان، فقط حدود ۳۸ درصد زنان و ۵۶ درصد مردان اطلاع درست داشتند. مردان به‌طور معناداری در این خصوص اطلاعات بیشتری نسبت به زنان داشتند ($P < 0/001$). در زمینه رابطه بین ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و کاهش باروری، فقط ۲۱/۱ درصد از زنان و ۲۳ درصد از مردان، معلومات صحیح داشتند و اختلاف بین دو جنس از نظر آماری، معنی‌دار نبود ($P < 0/03$). در خصوص ارتباط بین استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری و کاهش قدرت باروری به مدت طولانی پس از قطع قرص، ۶۶/۲ درصد از زنان و ۴۹/۵ درصد از مردان، اطلاع صحیح داشتند. از این‌رو، معلومات زنان در این زمینه، به‌طور قابل توجهی بیشتر از مردان بود و اختلاف بین زنان و مردان نیز معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

در خصوص معیار زمانی و شرایط اطلاق نابارور به یک زوج، نتایج نشان داد که فقط حدود ۳۳ درصد زنان و ۲۹ درصد مردان، به‌درستی می‌دانستند که "اگر زوجی پس از یک‌سال نزدیکی جنسی منظم و بدون استفاده از هر روش پیشگیری، به بارداری دست نیابند، نابارور محسوب می‌شوند" و هیچ تفاوت مهم آماری بین دو جنس وجود نداشت ($P < 0/39$). اطلاعات درست در مورد نقش سیگار در کاهش قابلیت باروری زنان، در هر دو جنس بالا بود (به ترتیب، در زنان و مردان ۷۰ درصد و ۶۱ درصد). در حالی که در مورد نقش سیگار در کاهش قابلیت باروری مردان، حدود ۶۳ درصد زنان و ۵۶ درصد مردان معلومات درست داشتند و اختلاف بین زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P < 0/16$). در نهایت، در رابطه با کاهش پتانسیل باروری زنان پس از سن ۳۵ سالگی، بیش از دوسوم زنان و مردان (به ترتیب ۷۳ درصد و ۷۲ درصد) در این مورد اطلاعات درست داشتند. جدول ۳، یافته‌های توصیفی معلومات باروری را به تفکیک هر یک از دو جنس نشان می‌دهد.

جدول ۳. وضعیت معلومات باروری زنان و مردان در شرف ازدواج به تفکیک جنس

P-Value	آماره آزمون (χ^2)	زن		مرد	گزینۀ	سوالات مربوط به باروری
		تعداد	درصد	تعداد		
۰/۲۹	۱/۰۸	۷۶	۳۷/۳	۶۶	درست	۱- یک زن از هر ده زن، ممکن است نابارور باشد. (پاسخ صحیح: درست)
		۱۲۸	۶۲/۷	۱۳۸	نادرست/ نمی دانم	
۰/۰۶	۳/۳۸	۶۸	۳۳/۳	۸۶	درست	۲- اگر مرد اسپرم تولید کند، قدرت باروری دارد (پاسخ صحیح: نادرست).
		۱۳۶	۶۶/۷	۵۷/۸	نادرست/ نمی دانم	
۰/۶۸	۰/۱۷	۷۰	۳۴/۳	۷۴	درست	۳- یک زن در چهل سالگی نسبت به یک زن در سی سالگی شانس مشابه برای باردار شدن دارد. (پاسخ صحیح: نادرست)
		۱۴۴	۷۰/۶	۱۰۳	نادرست/ نمی دانم	
۰/۳۹	۰/۷۴	۳۸	۱۸/۶	۴۵	درست	۴- اگر مردی بعد از بلوغ دچار اوربیون شود، احتمال مشکلات باروری او در آینده بیشتر است (پاسخ صحیح: درست).
		۱۶۶	۸۱/۴	۱۵۹	نادرست/ نمی دانم	
۰/۰۰۰	۱۷/۲۵	۶۰	۲۹/۴	۱۰۱	درست	۵- یک زن که هیچ وقت قاعدگی ماهانه ندارد، می تواند بارور باشد (پاسخ صحیح: نادرست).
		۱۳۴	۶۵/۷	۱۶۴	نادرست/ نمی دانم	
۰/۰۰۰	۱۱/۲۱	۷۰	۳۴/۳	۴۰	درست	۶- یک زن با اضافه وزن بیشتر از ۱۳ کیلوگرم، ممکن است توانایی باروری نداشته باشد (پاسخ صحیح: درست).
		۱۲۶	۶۱/۸	۹۰	نادرست/ نمی دانم	
۰/۰۰۰	۱۲/۷۵	۷۸	۳۸/۲	۱۱۴	درست	۷- اگر یک مرد توانایی نعوظ داشته باشد، نشان دهنده این است که او بارور است (پاسخ صحیح: نادرست).
		۱۶۱	۷۸/۹	۱۵۷	نادرست/ نمی دانم	
۰/۶۳	۰/۲۳	۴۳	۲۱/۱	۴۷	درست	۸- باروری در افرادی که بیماری های مقاربتی (منتقل شونده از راه جنسی) دارند، کاهش می یابد (پاسخ صحیح: درست).
		۱۳۵	۶۶/۲	۱۰۱	درست	۹- زنانی که از قرص های ضدبارداری استفاده کرده اند، ممکن است پس از قطع قرص، به مدت طولانی باردار نشوند. (پاسخ صحیح: درست).
۰/۰۰۰	۱۱/۶۲	۶۹	۳۳/۸	۱۰۳	درست	۱۰- اگر زوجی پس از یک سال نزدیکی جنسی منظم بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری، به بارداری دست پیدا نمی کنند، نابارور محسوب می شوند (پاسخ صحیح: درست).
		۱۲۷	۶۷/۲	۱۴۵	نادرست/ نمی دانم	
۰/۳۹	۰/۷۴	۶۷	۳۲/۸	۵۹	درست	۱۱- سیگار کشیدن، باروری زنان را کاهش می دهد (پاسخ صحیح: درست).
		۱۲۸	۶۲/۷	۱۱۴	درست	۱۲- سیگار کشیدن، باروری مردان را کاهش می دهد (پاسخ صحیح: درست).
۰/۱۶	۱/۹۹	۷۶	۳۷/۳	۹۰	درست	۱۳- باروری زنان، بعد از ۳۶ سالگی کاهش می یابد (پاسخ صحیح: درست).
		۱۴۸	۷۲/۹	۱۴۷	درست	
۰/۸۵	۰/۰۳۷	۵۵	۲۷/۱	۵۷	نادرست/ نمی دانم	

در کل، اطلاعات زوجین در شرف ازدواج در خصوص شیوع ناباروری در زنان کم بود، به‌طوری‌که فقط یک‌سوم زنان در این خصوص معلومات صحیح داشتند. در مجموع، متوسط درصد معلومات صحیح باروری زنان و مردان (حاصل از پرسشنامه کاردیف)، ۴۴ درصد به‌دست آمد که نشان از معلومات ضعیف زنان و مردان در شرف ازدواج ساکن تهران در این زمینه دارد.

نمودار ۱. درصد معلومات صحیح باروری زنان و مردان در شرف ازدواج، به تفکیک جنس



نکته: منظور از باروری در گویه‌های نمودار بالا، قابلیت باروری است که در زمان پرسشگری برای شرکت‌کنندگان در تحقیق توضیح داده شده است.

نمودار ۱، درصد معلومات صحیح باروری زوجین در شرف ازدواج، به تفکیک جنس را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشترین معلومات باروری زنان و مردان در خصوص کاهش قدرت باروری زنان پس از سن ۳۶ سالگی است؛ پس از آن، اطلاع هر دوی زنان و مردان از تأثیر سیگار کشیدن بر کاهش قابلیت باروری در زنان، خوب است و سپس هر دو در مورد نقش تولید اسپرم در مردان و قدرت باروری، اطلاع درست دارند و در نهایت، نقش سیگار در کاهش باروری در مردان. در چهار مورد، زنان و مردان با هم اختلاف معناداری

در معلومات باروری دارند. مردان فقط در یک موضوع، معلوماتشان به طور معناداری بهتر از زنان است و آن رابطه بین فقدان قاعدگی در زنان و ناباروری است. ۴۹/۵ درصد مردان در این خصوص اطلاعات صحیح داشتند در حالی که فقط ۲۹/۴ درصد زنان در این خصوص اطلاعات درست داشتند ($P < ۰/۰۰۱$). برعکس، زنان در سه مورد، به طور معناداری دارای معلومات بهتری نسبت به مردان بودند. این موارد عبارتند از: ۱. نقش قرص در کاهش قابلیت باروری زنان (۶۶/۲ درصد در برابر ۴۲/۵ درصد)، ۲. قدرت نعوظ در مردان نشانه باروری مردان (۶۱/۸ درصد در برابر ۴۴/۱ درصد)، ۳. اضافه وزن بیش از ۱۳ کیلوگرم و نقش آن در کاهش قابلیت باروری زنان (۳۴/۳ درصد در برابر ۱۹/۶ درصد). مردان در زمینه تأثیر اضافه وزن بالاتر از ۱۳ کیلوگرم بر قابلیت باروری در زنان، کمترین اطلاع را داشتند و زنان نیز در زمینه تأثیر ابتلا به اوریون در دوران بلوغ بر کاهش قابلیت باروری مردان، کمترین اطلاع را داشتند (به ترتیب ۱۹/۶ درصد و ۱۸/۶ درصد). همچنین زوجین در کل، در زمینه های تأثیر اوریون بر قابلیت باروری بعد از بلوغ مردان (زنان ۱۸/۶ درصد و مردان ۲۲/۱ درصد) و تأثیر بیماری های مقاربتی بر باروری (زنان ۲۱/۱ درصد و مردان ۲۳ درصد)، کمترین اطلاع را داشتند (نمودار ۱).

نتایج تحلیل دو متغیره

جهت بررسی عوامل مرتبط با معلومات باروری، از مقیاس معلومات باروری کاردیف با طیف ۱۳-۰ استفاده شد و میانگین نمرات این مقیاس بین دو جنس، بر حسب گروه سنی، جنس، اشتغال، تحصیلات و غیره، با استفاده از آزمون های تی تست و آنالیز واریانس^۱ مقایسه گردید (جدول ۴). طبق یافته ها، بین جنسیت و معلومات باروری، رابطه معناداری مشاهده نشد ($P < ۰/۷۱۳$). همچنین بین معلومات باروری و وضعیت اشتغال، رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد ($P < ۰/۸۵$)؛ اما بین سطح تحصیلات و معلومات باروری رابطه مستقیم و معناداری مشاهده شد؛ به طوری که با بالا رفتن سطح تحصیلات پاسخگویان، معلومات باروری آنها افزایش می یابد. افرادی که تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر دارند، تقریباً چهار برابر افراد زیر دیپلم، دارای معلومات باروری بودند ($P < ۰/۰۰۱$). برعکس، رابطه آماری معنی داری بین

سطح درآمد افراد و معلومات باروری مشاهده نگردید و افراد با درآمدهای متفاوت، دارای معلومات باروری تقریباً یکسانی بودند ($P < 0/087$).

تحلیل واریانس نشان داد که میانگین نمره معلومات باروری در افراد در شرف ازدواجی که در زمان مطالعه، تصمیمی به فرزندآوری نگرفته بودند، به طور معناداری کمتر از افرادی بود که تصمیم داشتند در ۵ سال اول یا ۵ سال دوم پس از ازدواج، اولین فرزند خود را به دنیا بیاورند ($P < 0/001$). درحالی که رابطه معناداری بین تعداد فرزند ایده آل و معلومات باروری مشاهده نگردید ($P < 0/057$). در نهایت، بیشترین نمره معلومات باروری مربوط به افرادی بود که منبع اطلاعاتی آنها در مورد سلامت و بیماری، منابع چاپی مانند کتابچه، بروشور، آموزشی و تبلیغاتی بود. رادیو تلویزیون و اینترنت نیز منابعی بودند که نمره معلومات باروری افراد استفاده کننده از آنها به نسبت بالا بود (۶/۴۸ و ۶/۳۵). همچنین پزشک و کارکنان بهداشتی-درمانی نیز به عنوان منبع اطلاعاتی با نمره نسبتاً بالای معلومات باروری مشخص شدند (۵/۵۹). در حالیکه ماهواره، دوستان و تلفن گویا، منابعی با نمره پایین معلومات باروری تشخیص داده شدند ($P < 0/001$).

جدول ۴. رابطه بین متغیرهای اجتماعی-جمعیت شناختی و معلومات باروری در افراد در شرف ازدواج در تهران، سال ۱۳۹۴

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F/t	P-Value
گروه سنی	کمتر از ۲۵ سال	۱۵۵	۵/۷۲	۲/۴۸	۲/۳۴	۰/۰۹۷
	۲۵-۲۹ سال	۱۲۷	۵/۹۷	۲/۳۹		
	بیشتر از ۲۹ سال	۱۲۶	۶/۳۸	۲/۷۵		
جنس	مرد	۲۰۴	۵/۷۷	۲/۵۵	۱/۸۴	۰/۷۱۳
	زن	۲۰۴	۶/۲۴	۲/۵۳		
شاغل	بله	۲۶۶	۶/۰۸	۲/۵۳	۰/۸۶	۰/۸۵
	خیر	۱۴۲	۵/۸۵	۲/۵۸		
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۱۳۵	۶/۸	۳/۰۸	۷۹/۲۵	۰/۰۰۰
	فوق دیپلم	۶۵	۵/۸۱	۱/۸۴		
	لیسانس	۱۵۸	۷/۱۸	۱/۸۵		
	فوق لیسانس و بالاتر	۵۰	۸/۵۸	۱/۴۹		

۶۲ دوفصلنامه مطالعات جمعیتی، دوره ۴، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۷

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F/t	P-Value
درآمد ماهانه خانوار	کمتر از ۲ میلیون تومان	۲۴۴	۵/۸۰	۲/۵۷	۲/۴۶	۰/۰۸۷
	حدود ۲ میلیون تومان	۱۰۰	۶/۳۰	۲/۳۱		
	بیشتر از ۲ میلیون تومان	۶۴	۶/۶۷	۲/۶۶		
تعداد فرزندان ایده‌آل	هیچ	۸	۷	۱/۴۱	۰/۷۲	۰/۵۷
	یک فرزند	۱۰۳	۵/۹۷	۲/۵۸		
	دو فرزند	۲۵۲	۵/۹۵	۲/۵۹		
	سه فرزند	۳۵	۶/۴۸	۲/۴۳		
تعداد فرزند قصد شده (نیات باروری)	چهار فرزند و بیشتر	۱۲	۵/۴۲	۲/۱۹	۰/۶۵	۰/۶۵
	هیچ	۶	۶/۳۳	۲/۱۶		
	یک فرزند	۱۰۹	۶/۰۹	۲/۴۹		
	دو فرزند	۲۵۳	۵/۹۳	۲/۶۲		
فاصله‌گذاری قصدشده بین ازدواج و اولین فرزندآوری	سه فرزند	۲۶	۶/۵۳	۲/۴۳	۰/۰۰۱	۵/۳۲
	چهار فرزند و بیشتر	۱۴	۵/۳۵	۲/۰۲		
	فعالاً تصمیم نگرفته‌ایم	۱۴۵	۵/۳۵	۲/۷۵		
فاصله سنی قصد شده فرزندان	در ۵ سال اول ازدواج	۲۲۵	۶/۴۶	۲/۳۸	۰/۱۲	۱/۸۶
	در ۵ سال دوم ازدواج	۳۸	۷/۱۴	۲/۶۱		
	یک سال	۲۰	۶/۵۴	۳/۱۹		
	دو سال	۱۵۷	۵/۸۸	۲/۵۳		
منبع کسب اطلاعات سلامت	سه سال	۱۶۴	۶/۳۷	۲/۵۲	۵/۴۵	۰/۰۰۰
	چهار سال و بیشتر	۶۷	۵/۵۰	۲/۵۳		
	پزشک و کارکنان بهداشتی					
	درمانی	۱۶۱	۵/۵۹	۲/۵۰		
	اینترنت	۱۳۷	۶/۳۵	۲/۴۸		
	تلفن گویا	۶	۲/۸۳	۲/۷۸		
	رادیو و تلویزیون	۳۱	۶/۴۸	۲/۴۶		
	روزنامه، نشریه و مجلات	۱۶	۶/۶۸	۲/۰۲		
	پرسیدن از دوستان و آشنایان	۳۰	۴/۹۳	۲/۴۶		
کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی شبکه‌های ماهواره‌ای	کتابچه، جزوه، بروشورهای	۲۱	۸/۲۳	۱/۷۵	۵/۴۵	۰/۰۰۰
	آموزشی و تبلیغی	۶	۵/۵	۱/۳		
	شبکه‌های ماهواره‌ای					

سواد سلامت، معلومات باروری و سن

در معیار سواد سلامت، بر اساس ابزار HELIA، نمره ۵۰- به عنوان سواد ناکافی، نمره ۵۰/۱-۶۰ به عنوان سواد نه چندان کافی، نمره ۶۶/۱-۸۴ به عنوان سواد کافی، و نمره ۸۴/۱-۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته شد. بر این اساس، میانگین سواد سلامت در زنان، برابر با ۷۰/۹۴ ($SD=2/54$)، میانگین سواد سلامت در مردان، برابر با ۶۹/۹۲ ($SD=2/55$) و آماره آزمون نیز برابر با ۰/۸۲ بود. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون^۱، رابطه معنی داری بین معلومات باروری با سن و سواد سلامت تأیید شد ($P < 0/001$).

جدول ۵. ضرایب همبستگی پیرسون بین معلومات باروری، سن و سواد سلامت (N= ۴۰۸)

سن	معلومات باروری	سواد سلامت
۱,۰۰		
سن	۰/۱۴۷	۱,۰۰
معلومات باروری	$P < 0/01$	
سواد سلامت	۰/۲۲۱	۰/۶۱۰
	$P < 0/001$	$P < 0/001$

جدول ۶. ضرایب رگرسیون خطی تعیین کننده های اجتماعی-جمعیتی شناختی معلومات باروری در زنان و مردان در شرف ازدواج در شهر تهران*

برآورد پارامتر	خطای استاندارد	آماره آزمون T	P-Value
b	SE		
۰/۰۶	۰/۰۱	۶/۳۷	۰/۰۰۰
۱/۱۵	۰/۰۹	۱۱/۸۵	۰/۰۰۰
-۶/۳۶	۰/۹۹	-۲/۳۸	۰/۰۱

Adjusted R Square=0.535

*در مدل رگرسیونی خطی، اثر سن و قصد فاصله گذاری بین ازدواج و تولد اولین فرزند، کنترل شده است.

با توجه به ضرایب مدل رگرسیون خطی، تنها دو متغیر "سواد سلامت" و "تحصیلات"، تعیین کننده های مهم و معنادار معلومات باروری هستند ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی معلومات باروری و تعیین‌کننده‌های آن در زوجین در شرف ازدواج در شهر تهران انجام شد. بر اساس شواهد تجربی، معلومات باروری زوجین در بسیاری از نقاط جهان ناکافی است (عبدالفتوح^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). از طرفی نیز تحقیقات در زمینه معلومات باروری، به‌خصوص در زنان و مردان جوان در شرف ازدواج در ایران اندک است. باید در نظر داشت که معلومات و باورهای نادرست در خصوص باروری، می‌تواند قابلیت باروری افراد را کاهش داده و در بسیاری موارد، مشکلات جدی برای زوجین ایجاد نماید. با توجه به نقش مهم معلومات باروری در رفتار ازدواج و باروری نسل جدید و اهمیت موضوعات جمعیتی مانند ازدواج و باروری در سال‌های اخیر در ایران، ضرورت بررسی معلومات باروری افراد در شرف ازدواج و عوامل مؤثر بر آن، بیش از پیش احساس می‌شود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که اطلاعات زوجین در شرف ازدواج شهر تهران در مورد بیشتر جنبه‌های باروری، ناکافی و ضعیف است. به‌عنوان مثال، معلومات این زوجین در مواردی مانند "تأثیر منفی بیماری‌های مقاربتی و چاقی و اضافه‌وزن بر کاهش پتانسیل باروری زنان"، "نقش منفی ابتلا به برخی بیماری‌های عفونی مانند اوریون در زمان بلوغ بر قابلیت باروری مردان"، و همچنین "نشانه‌های مربوط به باروری و ناباروری، مانند قطع قاعدگی در زنان و قابلیت نعوظ در مردان"، کم بوده و نیازمند آموزش جامع در این خصوص هستند. در مجموع، ۴۴ درصد زنان و مردان در شرف ازدواج شهر تهران، اطلاعات صحیح در مورد ابعاد مختلف باروری بر اساس مقیاس معلومات باروری کاردیف دارند. این نتیجه با نتایج مطالعه‌ای مشابه در کشور ژاپن که با استفاده از پرسشنامه کاردیف ۱۳ گویه‌ای، در بین زنان و مردان ۱۸-۵۹ ساله افراد انجام شد، سازگار است (مائدا و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج هر دو مطالعه، نشان‌گر ضعف معلومات باروری افراد مورد بررسی است. البته مطالعه حاضر، در شهر تهران و در ارتباط با نسل جوان با میانگین سنی ۲۵ سال برای زنان و حدود ۲۹ سال برای مردان انجام شده است؛ لذا نمونه مورد بررسی در مطالعه حاضر، جوان‌تر از نمونه بررسی شده در کشور ژاپن است. با توجه به اینکه، انتظار می‌رود جوانان به‌علت سطح سواد و تحصیلات بالاتر، معلومات باروری بهتری داشته باشند، می‌توان نتیجه

گرفت که احتمالاً، معلومات باروری جمعیت بررسی شده در این مطالعه در مقایسه با جمعیت مشابه در کشور ژاپن، حتی کمتر باشد.

گرچه در این مطالعه، تفاوت معلومات باروری زنان و مردان، از نظر آماری معنادار نبود، ولی در بیشتر ابعاد معلومات باروری، زنان اطلاعات بهتری از مردان داشتند. اطلاعات باروری مربوط به فیزیولوژی بدن و باروری مردان، در مردان نسبت به زنان بیشتر است و از طرفی نیز اطلاعات مربوط به فیزیولوژی و باروری زنان، در بین زنان بیشتر از مردان است. درحالیکه یافته‌های مطالعه مائدا و همکارانش (۲۰۱۵) نیز تفاوت معناداری بین معلومات باروری زنان و مردان نشان نداده است. از سویی دیگر، در برخی مطالعات دیگر، نشان داده شده که زنان به‌طور معناداری، دارای معلومات باروری بهتری نسبت به مردان هستند (مائدا و همکاران، ۲۰۱۵)، بانتینگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کواچ و لیبراچ^۱، ۲۰۰۸) که از این نظر، با نتایج مطالعه حاضر، سازگار است.

در مطالعه حاضر، رابطه مستقیم و مثبت معنادار بین سطح تحصیلات و سطح معلومات باروری نشان داده شد. این یافته، سازگار با نتایج مطالعات مائدا و همکارانش (۲۰۱۵)، بانتینگ^۲ و همکارانش (۲۰۱۳) و همچنین علی^۳ و همکارانش (۲۰۱۱) می‌باشد. در مطالعه حاضر، سطح درآمد با معلومات باروری، رابطه معناداری نداشتند. این یافته نیز متفاوت با نتایج پژوهش دیگری است که رابطه بین سطح اقتصادی افراد (سطح درآمد) و معلومات باروری را مثبت و معنادار نشان داد (مائدا و همکاران، ۲۰۱۵) و حتی یا بانتینگ و همکارانش (۲۰۱۳) نیز همسو نیست زیرا آنها دریافتند که افراد شاغل، نسبت به افراد غیرشاغل، معلومات باروری بیشتری دارند. این تفاوت یافته‌ها می‌تواند مربوط به تفاوت بستر اجتماعی پژوهش حاضر با پژوهش‌های نامبرده باشد و لزوم مطالعه بیشتر با حجم نمونه بیشتری را روشن می‌سازد.

مطالعه حاضر، همچنین نشان داد زوجینی که در ۵ سال اول یا ۵ سال دوم ازدواج، قصد فرزندآوری داشتند، در مقایسه با زوجین در شرف ازدواجی که در مورد زمان اولین باروری خود تصمیمی نداشتند، به‌طور معناداری دارای معلومات باروری بهتری بودند. البته این نتیجه، فقط بر اساس تحلیل دومتغیره، معنادار بوده و در تحلیل چندمتغیره، قصد افراد برای زمان

1 Quach & Librach

2 Bunting

3 Ali

اولین فرزندآوری بعد از ازدواج، پس از کنترل اثر سن، سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت، به عنوان عامل تعیین کننده برای معلومات باروری در مدل باقی نماند. لذا به نظر می رسد رابطه معنادار بین قصد افراد برای فرزندآوری پس از ازدواج و سطح معلومات باروری، از طریق سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت، به صورت غیر مستقیم اعمال می شود؛ زیرا پس از کنترل اثر این متغیرها، قصد افراد برای فرزندآوری، رابطه ای معنادار با معلومات باروری نشان نداد. به نظر می رسد افرادی که تحصیلات بالاتری دارند، در زمان ازدواج، کمتر در مورد زمان فرزندآوری خود تصمیم گرفته باشند. البته رابطه مستقیم بین قصد فرزندآوری و معلومات باروری، در مطالعه مائدا و همکارانش (۲۰۱۵) نیز نشان داده شده است. این موضوع می تواند نشان گر نقش معلومات باروری در تصمیمات باروری باشد و یا برعکس، به علت تصمیم به باروری، افراد به دنبال کسب معلومات بیشتری در حوزه باروری و ناباروری بوده اند. برعکس این نتایج، چان و همکارانش (۲۰۱۵) در مطالعه ای با هدف مقایسه آگاهی باروری دانشجویان چینی در هنگ کنگ با دانشجویان غربی، نشان دادند کسانی که کمتر تمایل به فرزندآوری داشته اند، در مقایسه با افرادی که بیشتر تمایل به فرزندآوری داشتند، معلومات باروری بالاتری داشتند. البته در مطالعه فوق در چین، تمایل به باروری و ارتباط آن با معلومات باروری بررسی شده، در حالی که در مطالعه حاضر، رابطه قصد افراد برای آوردن اولین فرزند پس از ازدواج با معلومات باروری بررسی شده است. لازم به ذکر است که نمونه مورد بررسی در دو مطالعه، تفاوت های مهمی با یکدیگر دارند که مقایسه را سخت می کند؛ به طوریکه، در مطالعه چان و همکارانش (۲۰۱۵)، نمونه مورد بررسی، دانشجویان بوده، در حالی که در مطالعه حاضر، زنان و مردان در شرف ازدواج بررسی شده اند. این تفاوت ها می تواند تا حدودی، نتایج متفاوت را توضیح دهد. این یافته مطالعه حاضر، بسیار با اهمیت است؛ از این جهت که افرادی که به فرزندآوری فکر نمی کنند و معلومات باروری پایینی دارند، ممکن است فرصت باروری را از دست بدهند و بدون اینکه متوجه باشند، در فرصت های باقیمانده باروری تا قبل از یائسگی، نتوانند تعداد فرزند ایده آل خود را بیاورند.

باید توجه کرد که پیری تخمدان ها، که با افزایش سن و تحت تأثیر عوامل مختلف بیولوژیک و زیست محیطی اتفاق می افتد، ممکن است منجر به یائسگی زودرس شده و طی چند سال قبل از یائسگی کامل، موجب کاهش قدرت باروری در زنان شود. شواهد نشان

داده‌اند زنانی که زودتر یائسه می‌شوند، بیشتر در سالهای قبل از یائسگی برای درمان ناباروری و مشکلات باروری به پزشک مراجعه می‌کنند، آنها بیشتر بی‌فرزند بوده و یا تک‌فرزند می‌مانند، که نشانه‌ی کاهش پتانسیل باروری در سالهای قبل از یائسگی است (کوک^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). نبود آگاهی در این خصوص، ممکن است موجب مشکلات زیادی در باروری و ناباروری زوج‌های جوانی که در سنین بالاتر ازدواج می‌کنند، شود. به نظر می‌رسد زنان و مردان، سن یائسگی را پایان دوره باروری می‌دانند و از سال‌های قبل از یائسگی که در آن قدرت باروری کاهش می‌یابد، کمتر اطلاع دارند. نکته دیگر اینکه، تعداد فرزندان، یکی از عوامل مؤثر بر سن یائسگی است (فرهمند^۲ و همکاران، ۲۰۱۲) و سن یائسگی نیز متأثر از سن فرزندآوری و باروری است. با افزایش مجرد در دختران و تاخیر در سن ازدواج، پیش‌بینی می‌شود، سن یائسگی نیز کاهش یافته و شیوع نازایی اولیه و ثانویه افزایش یابد. شواهد اخیر نشان‌گر سن پایین یائسگی زنان در ایران در مقایسه با متوسط جهانی است. متوسط سن یائسگی در جهان بین ۵۰-۵۲ سال بوده در حالی که در ایران بین ۴۹-۵۰ سال است. همچنین شیوع ناباروری اولیه نیز در زنان ایرانی بین ۲۰-۱۸ درصد است (رمضانی تهرانی، ۱۳۹۸). یائسگی زودرس و ناباروری می‌تواند شوک بزرگی برای زنانی که در ازدواج و فرزندآوری خود تاخیر ایجاد می‌کنند، و معلومات کافی از کاهش باروری با افزایش سن ندارند، وارد سازد. اگرچه درمانهای نوین باروری در دنیا و در ایران گسترش چشمگیری یافته است ولی درمانهای فوق بار مالی و روانی زیادی را به زوجها تحمیل می‌کند.

مشابه با مطالعه‌ی ژاپن، سن در تحلیل دو متغیره، با معلومات باروری رابطه معناداری نداشت (ماندا و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه اغلب باورهای مربوط به باروری و ناباروری توسط مادران و خواهران و زنان سالمند به جوانان منتقل می‌گردد، بررسی رابطه بین سن و معلومات باروری در مطالعات آینده پیشنهاد می‌گردد. نقش سن در باروری لازم است در آموزشهای جوانان گنجانده است. بخصوص باورهای افراد در مورد سن و باروری و اعتقاد به موفقیت‌های درمانهای ناباروری لازم است در مطالعات آینده بیش از پیش بررسی گردد. بخصوص مطالعه حاضر نشان داد که اکثر افراد اطلاعات مربوط به باروری را از پزشکان و

1 Kok

2 Farahmand

کارکنان بهداشتی و سپس از اینترنت دریافت می‌کنند؛ ولی بیشترین معلومات باروری در افرادی دیده شد که رسانه های چاپی مثل کتاب و مجله منبع مهم اطلاعات سلامت در آنها است. مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که اینترنت، معمولاً اطلاعات کامل و درستی در جنبه‌های مختلف باروری و ناباروری ارائه نمی‌کنند (شوایتزر^۱، ۲۰۱۳).

یکی از مزایای این مطالعه، استفاده از یک پرسشنامه معتبر معلومات باروری بنام کاردیف است که موجب میشود نتایج قابل مقایسه با مطالعات مشابه در ژاپن و سایر مطالعاتی که از این ابزار استفاده کرده‌اند، باشد. همچنین برتری دیگر این مطالعه این است که تفاوت‌های جنسیتی نیز در معلومات باروری جستجو شد زیرا اکثر مطالعات در حوزه باروری، فقط متمرکز بر زنان هستند. هرچند، محدودیتهایی نیز در این پیمایش وجود دارد. یکی از آنها، ماهیت مقطعی مطالعه است. در مطالعات مقطعی، استنتاج رابطه علی معلولی بر اساس نتایج با قطعیت همراه نیست. بعنوان مثال خیلی مشخص نیست معلومات باروری منجر به تصمیم فرزندآوری می‌گردد و یا برعکس، تصمیم باروری موجب جستجوی بیشتر و کسب معلومات بیشتر باروری می‌شود. با توجه به جامعه آماری این مطالعه، این نتایج فقط قابل تعمیم به افراد در شرف ازدواج در تهران بوده و قابل تعمیم به سایر استانها نیست همچنین افرادی که تمایل به شرکت نداشتند، نیز ممکن است با افراد شرکت‌کننده از نظر سطح اقتصادی-اجتماعی و معلومات باروری متفاوت باشند، که این نیز از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. در پژوهش حاضر با مشکلاتی مانند آموزش نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها برای همه افراد، جلب اعتماد افراد در زمینه پر کردن پرسشنامه و یا در برخی موارد عدم تمایل افراد برای پر کردن پرسشنامه و شرکت در طرح، عدم همکاری مناسب برخی پرسنل مراکز بهداشتی به دلایل محدودیت سازمانی، مواجه شدیم. پیشنهاد میشود که باورها و معلومات گروه‌های مختلف زنان و مردان در خصوص باروری در شهرهای کمتر توسعه یافته در ایران نیز بررسی گردد.

در نهایت با توجه به ضعف معلومات باروری در بین جوانان در شرف ازدواج بخصوص در افرادی که تحصیلات پایین داشته و سواد سلامت آنها ضعیف بوده، و بعلت نبود آموزشهای جامع در این خصوص ارائه مداخلات آموزشی در مورد باروری ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مقاطع زمانی برای چنین آموزشهایی، کلاسهای مشاوره‌های قبل از ازدواج است که در

ایران جزو برنامه‌های ضروری و اجباری قبل از عقد قانونی زوجین است. هرچند، این زمان می‌تواند برای ارائه چنین آموزشهایی مناسب باشد تا از تاخیرهای باروری ناشی از نبود معلومات در حوزه باروری و ناباروری پیشگیری کند، ولی حتی قبل از این زمان برای جلوگیری از تاخیر رفتارهای ازدواج نیز ضروری به نظر می‌رسد. چنانچه مداخلات آموزشی مشابه در حوزه باروری در برخی از کشورهای اروپایی مانند بلژیک وجود دارد (دی کوک^۱، ۲۰۱۱). مداخلات می‌تواند شامل آموزشهایی در مراکز خدمات بهداشت مادر و کودک، مدارس، دانشگاهها، رسانه‌ها و بروشورهای آموزشی و حتی از طریق فضای مجازی و اینترنت در خصوص باروری و ناباروری و داشتن نگاه واقع بینانه در مورد پتانسیل باروری در سنین مختلف و عوامل دخیل در کاهش آن برای گروههای مختلف جوانان قبل از اقدام به ازدواج و باروری باشد. مطالعات کمی و کیفی پیشنهاد می‌گردد تا ضمن شناسایی باورهای رایج در خصوص باروری و ناباروری، رابطه بین معلومات باروری و رفتار و تصمیمات باروری را مشخص کنند. همچنین نقش معلومات باروری با کنترل اثر متغیرهای مهم مانند سن و تحصیلات را در باروری زنان و مردان و همچنین در ناباروری مشخص نماید.

منابع

- باقیانی مقدم، محمدحسین و مسعود میرزایی (۱۳۸۰). بررسی نیازهای آموزشی زنان ۱۵-۴۹ ساله استان یزد در زمینه بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۹، شماره ۴، صص: ۸۶-۸۱. حسینی، حاتم و بلال بگی (۱۳۹۱). تعیین کننده های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیت شناختی تمایلات فرزندآوری زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی همدان (۱۳۹۱). مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دوره ۱۸، شماره ۱، صص: ۳۳-۳۵. خلیج آبادی فراهانی، فریده و حسن سرایی (۱۳۹۵). قصد تک فرزندی و تعیین کننده های آن در زنان و مردان در شرف ازدواج در تهران، فصلنامه مطالعات جمعیتی، سال ۲، شماره ۱، صص: ۸۵-۶۱.
- خلیج آبادی فراهانی، فریده و حسن سرایی (۱۳۹۵). واکاوی شرایط زمینه ساز قصد و رفتار تک فرزندی در تهران. مطالعات راهبردی زنان، فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، دوره ۱۸، شماره ۷۱، صص: ۵۸-۲۹.
- رضوی زاده، ندا، الهه غفوریان و آمنه اخلاقی (۱۳۹۴). زمینه های کم فرزندی و تأخیر در فرزندآوری، مورد مطالعه: شهر مشهد، راهبرد فرهنگ، دوره ۸، شماره ۳۱، صص: ۹۸-۷۳. رضایانی تهرانی، فهیمه (۱۳۹۸). یائسگی زودرس و آمار بالای اختلالات جنسی در ایران، خبر فوری، ۲۶ خرداد ۱۳۹۸. URL: <https://www.khabarfoori.com/detail/1099859/>.
- ضیایی بیگلری، محمدتقی، صمد کلاتری و محمدباقر علیزاده اقدم (۱۳۸۵). رابطه بین میزان باروری کل با توسعه اقتصادی و اجتماعی، فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره ۲۱، شماره ۵، صص: ۱۴۰-۱۲۱.
- عباسی شوازی، محمدجلال، پیتر مک دونالد، میمنت حسینی چاووشی و زینب کاوه فیروز (۱۳۸۱). بررسی دیدگاه زنان در مورد رفتار باروری در استان یزد با استفاده از روش های کیفی. نامه علوم اجتماعی، دوره ۲۰، صص: ۲۰۳-۱۶۹.
- الفتی، فروزان و سمیه علیقلی (۱۳۸۷). سنجش نیازهای آموزشی دختران نوجوان، پیرامون بهداشت باروری و تعیین راهبردهای مناسب برای تأمین آن در قزوین، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دوره ۱۲، شماره ۲، صص: ۸۲-۷۶.
- محمودیان، حسین، احمد محمدپور و مهدی رضایی (۱۳۸۸). زمینه های کم فرزندی در استان کردستان: مطالعه موردی شهر سقز، نامه انجمن جمعیت شناسی ایران، دوره ۴، شماره ۸،

صص: ۱۲۲-۸۵

مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵.

URL: <https://www.amar.org.ir/>

مظلومی محمودآباد، سید سعید، فاطمه شهیدی، معصومه عباسی شوازی و فاطمه شهری زاده (۱۳۸۴). بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در مورد بهداشت باروری در هفت شهر

مرکزی ایران، باروری و ناباروری، دوره ۷، شماره ۴، صص: ۳۹۱-۴۰۰.

منتظری، علی، محمود طاووسی، فاطمه رخشانی، سیدعلی آذین، کتایون جهانگیری، مهدی عبادی، شهره نادری مقدم، آتوسا سلیمانیان، فاطمه دربندی، امیر معتمدی و محمدمهدی نقیبی سیستمی (۱۳۹۳). طراحی و روان سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال)، فصلنامه پایش، دوره ۵، صص: ۵۸۹-۵۹۹.

Abbasi-Shavazi, M. J. & P. McDonald (2006). Fertility decline in the Islamic Republic of Iran, 1972–2000. *Asian Population Studies*, 2(3), DOI: 10.1080/17441730601073789.

Abolfotouh, M., A. Alabdrabalnabi, R. Albacker, U. Al-Jughaiman, & S. Hassan. (2013). Knowledge ,attitude,and practices of infertility among Saudi couples. *International Journal of General Medicine*, 563-573 . DOI:10.2147/IJGM.S46884.

Ali, S., R. Sophie, A. M. Imam, F. I. Khan, S. F. Ali, A. Shaikh, & et al (2011). Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult population in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, (11), 760 . DOI: 10.1186/1471-2458-1-760.

Behboudi-Gandevani, S., S. Ziaei, F. Khalajabadi-Farahani, & M. Jasper. (2013). Iranian primigravid women's awareness of the risks associated with delayed childbearing. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(6), 460-467 .

Brandes, M., J. O. Van der Steen, S. B. Bokdam, C. J. Hamilton, J. P. Bruin, W. L. Nelen, J. & A. Kremer (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care sub-fertility population. *Human Reproduction* ;24:3127–3135.

Bretherick, K. L., N. Fairbrother, L. Avila, S. H. Harbord, W. P. Robinson (2010). Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility* 93(7), 2162-2168 .

Bunting, L., I. Tsibulsk, & J. Boivin, (2013). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Hum Reprod (Oxford, England)*, 28, 385–397 .

Bunting, L. & J. Boivin (2007). Decision-making about seeking medical

advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Hum Reprod*;22:1662–1668.

- Chan, C. H., T. H. Chan, B. D. Peterson, C. Lampic, & M. Y. Tam (2015). Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. *Human Reproduction*, 30(2), 364-372 .
- De Cock, G. (2011). Infertility prevention campaign: a multi-stakeholder example from Flanders. *Belgium Hum Reprod*, 26(1), 58–60 .
- Farahmand, M., F. Ramezani-Tehrani, L. Pourrajabi, M. Najafi, & F. Azizi (2012). Factors associated with menopausal age in Iranian women: Tehran Lipid and Glucose Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(4), 836-841 .
- Fulford, B., L. Bunting, & I. Tsibulsky, & J. Boivin (2013). The role of knowledge and perceived susceptibility in intentions to optimize fertility: findings from the International Fertility Decision-Making Study, *Human Reproduction*, 28(12), 3253-3262 .
- Jejeebhoy, S. J. (1995). Women's education, autonomy, and reproductive behaviour: Experience from developing countries. *Oxford University, Clarendon Press Publication* .
- Kohler, H. P., F. C. Billari, & J. A. Ortega (2006). Low fertility in Europe: Causes, implications and policy options. *The baby bust: Who will do the work*, Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, 48-109.
- Kok, H. S., K. M. Van Asselt, Y. T. Van der Schouw, D. E. Grobbee, E. R. Te Velde, P. L. Pearson, & P.H. Peeters (2003). Subfertility reflects accelerated ovarian ageing, *Human Reproduction*. 18(3), 644-448 .
- Maeda, E., H. Sugimori, F. Nakamura, Y. Kobayashi, J. Green, M. Suka, & H. Saito (2015). A cross-sectional study on fertility knowledge in Japan, measured with the Japanese version of Cardiff Fertility Knowledge Scale. *Reproductive Health*, 12(1), 10 .
- Quach, S., & C. Librach (2008). Infertility knowledge and attitudes in urban high school students, *Fertility Sterility*, 90(6): 2099-106. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.10.024.
- Schmidt, L., T. Sobotka, J. G. Bentzen, & A. Nyboe-Andersen (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18 (1):29–43. Doi: 10.1093/humupd/dmr040
- Schwitzer, G. (2013). Addressing tensions when popular media and evidence-based care collide. *BMC Med Inform Decis Mak*, 13(3), DOI:10.1186/1472-6947-13-S3-S3 .