

## فاصله بین موالید در میان زنان عشایر قشقایی

دکتر عزت‌الله کیوان\*

خلاصه :

بمنظور آگاهی از فاصله بین موالید و اثرشیر دادن در طولانی کردن آن و چگونگی اثر برنامه‌های کنترل موالید بر این فاصله سوابق باروری زنان عشایر شوهردار در سن باروری که در نمونه بررسی بهداشتی - اقتصادی و اجتماعی دانشکده بهداشت در تابستان ۱۳۵۲ قرار گرفته بودند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت . از ۲۱۶۵ زن واجد شرایط در نمونه اصلی ۴۹ نفر بخاطر بهره‌گیری از روشهای پیشگیری از حاملگی و ۱۰ نفر به سبب ناکامل بودن اطلاعات مورد نیاز در این بررسی آورده نشدند. اساس مطالعه ، بررسی تعداد زایمان زنده و حاملگی در رابطه بامدت زناشویی (یا بعبارت دیگر ماههائی که زنان در معرض حاملگی بودند) بوده است ، باین منظور با قبول این فرض که روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج وجود ندارد اختلاف سن در موقع ازدواج و سن در موقع مصاحبه ، مدت در معرض حاملگی در نظر گرفته شد . ۲۱۰۶ زن تحت مطالعه جمعا ۲۷۲۵۰۲ ماه زناشویی داشتند . در این مدت ۸۵۲۰ زایمان زنده انجام گرفته که باین ترتیب متوسط فاصله بین دو زایمان زنده ۳۲ ماه بدست می‌آید .

باتوجه باینکه ختم حاملگی ممکن است به یکی از سه طریق زایمان زنده ، زایمان مرده و سقط صورت گیرد ، لذا جمع موارد فوق ( $۱۸۹۷۲ = ۳۲۸ + ۱۲۴ + ۸۵۲۰$ ) تعداد حاملگیهای وقوع یافته در این مدت را بدست میدهند با فاصله تقریبی ۳/۳۰ ماه بین دو حاملگی .

- با در نظر گرفتن تحت دوره‌هائی که فاصله بین دوزایمان زنده را میسازند :
- آمنوره بعد از زایمان که کم‌وبیش در ارتباط با مدت شیر دادن طفل است .
- دوره وقوع قاعدگی بدون تخمک‌گذاری (۲ ماه)
- دوره وقوع قاعدگی با تخمک‌گذاری (در معرض حاملگی جدید) (۵ ماه)
- دوره حاملگی مجدد (۹ ماه)

\*- معرفی شده در دومین سمینار بررسی مسائل جمعیتی و بهداشت و تنظیم خانواده در ایران دانشگاه اصفهان، مرکز جمعیت‌شناسی، ۲۸-۳۰ اردیبهشت ۲۵۳۵.

مابه‌التفاوت فاصله بین دوزایمان زنده از مجموع دوره‌های مشخص شده، دوره آمنوره بعد از زایمان ( $۱۶ = ۱۶ - ۳۲$ ) یا بعبارت دیگر مدتی که زنان عشایر بطور متوسط طفل خود را شیر می‌دهند بدست می‌آید.

اصلاح<sup>۱</sup> فاصله بین دو زایمان زنده براساس حذف فواصل ایجا دشته بدنبال سقط زایمان مرده، براساس حذف نیمی از زایمانهای دو قلو و براساس هر دو فواصلی به ترتیب برابر  $۳۱/۴$ ،  $۳۲/۴۶$  و  $۳۱/۹$  ماه بدست می‌دهد.

محاسبات نشان می‌دهند که شیردادن توانسته است از تقریباً  $۴۰\%$  موالید جلوگیری کند در حالیکه هر سقظ بیش از  $۳/۰$  یك زایمان را مانع نشده است.

بررسی برنامه‌های پیشگیری از حاملگی در رابطه با فاصله بین موالید معلوم می‌دارند که این برنامه‌ها فقط در دوره قاعدگی با تخمک‌گذاری موثر بوده آنرا طولانی می‌سازند، هر قدر فاصله بین موالید طولانی‌تر باشد مدت بیشتری زن در دوره قاعدگی با تخمک‌گذاری باید در حفاظت برنامه‌های کنترل موالید باشد. در این زمینه رابطه‌ای معکوس بین درصد کارآئی روش مورد استفاده با نسبت تخمک‌گذاری وجود دارد. هر قدر این نسبت کوچکتر باشد درصد کارآئی روش باید بیشتر شود.

در جامعه مورد بررسی برای کاهش موالید به میزان  $۵۰\%$  روش پیشگیری با  $۸۷\%$  کارآئی مورد نیاز است.

#### مقدمه:

روشهای پیشگیری از حاملگی مهمترین و اساسی‌ترین وسیله مورد استفاده در جوامع مدرن و پیشرفته بمنظور جلوگیری از حاملگی و یا حداقل طولانی کردن فاصله بین دو زایمان زنده می‌باشد. در جوامع بدوی و روستائی که این روشها و وسائل گسترش نیافته‌اند روشهای دیگری اعمال میشوند که نتایج مستقیم یا غیرمستقیم آنها طولانی کردن فاصله بین دو زایمان و لزوماً پائین آوردن میزان موالید است. برای این اساس میزان عملی باروری<sup>۱</sup> در جملگی جوامع و اجتماعات از میزان فیزیولوژیک (بالتوجه) باروری<sup>۲</sup> کمتر است (۱۷) که بهر حال در جوامع پیشرفته میزان مربوطه بمراتب کمتر از جوامع بدوی و ابتدائی است.

از جمله روشهایی که در اجتماعات کشاورزی و روستائی هنوز کم و بیش بطور کامل صورت می‌گیرد و اثر آن در کنترل باروری ثابت شده است شیردادن طفل بمدت نسبتاً طولانی است (۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۳).

از سوی دیگر روشها و وسائل پیشگیری از حاملگی با طولانی کردن فاصله بین دو حاملگی یا دوزایمان (اگر سقط را نیز جزو روشهای پیشگیری محسوب داریم) موجب کاهش موالید و میزانهای مربوط به آن میشوند. اینکه یك روش بخصوص تا چه حد در پائین آوردن میزان موالید موثر است بستگی به قدرت اثر آن در طولانی کردن

1 - Adjustment

1 - Actual Fertility Performance

2 - Physiological (Potential) Fertility Performance

هرچه بیشتر این فاصله دارد .

بمنظور دستیابی به میزان اثرشیردهی در پائین آوردن میزان موالید و اینکه روشها و وسائل پیشگیری از حاملگی به چه نحو فاصله بین دو حاملگی را طولانی میکنند این بررسی طرح و انجام گردیده است .

### روش تحقیق و جمع آوری اطلاعات

برای تعیین فاصله بین موالید و مشخص داشتن آن قسمت از آن که ناشی از شیردادن طفل است در نبود آگاهی مستقیم از آن، جامعه زنانی مورد نیاز است که :

- ۱- در سن باروری باشند تا قدرت بارور شدن را داشته باشند .
  - ۲- در نبود روابط جنسی خارج از محدوده زناشویی ، ازدواج کرده باشند تا براساس آن در معرض حاملگی قرار داشته باشند .
  - ۳- از روشها و وسائل بازدارنده حاملگی استفاده نکنند تا به این ترتیب فاصله بطور مصنوعی طولانی نشده باشد .
- جامعه زنان عشایر ازدواج کرده در سن باروری که در نمونه بررسی بهداشتی - اقتصادی و اجتماعی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی قرار داشتند بلاحاظ داشتن دوش شرط نخست چنین مطالعه ای دست مایه اولیه این تحقیق قرار گرفتند . بررسی مذکور که در زمینه ویژه گیهای مختلف عشایر قشائی بوسیله گروه اکولژی انسانی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران در تابستان ۱۳۵۲ انجام گردید ۷/۱۱٪ کل خانوارهای کوچ نشین این ایل را شامل میشود . آنچه که از آن بررسی در این مطالعه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت سوابق باروری زنان است که از جملگی زنان شوهردار ۴۴ - ۱۵ ساله بطریق مصاحبه در فرم باروری گردآوری شده بود .

زنان شوهردار در سن باروری در نمونه مورد بررسی اصلی جمعا ۲۱۶۵ نفر را شامل میشدند که چون ۴۹ نفر آنها در مصاحبه اظهار داشته بودند که از روشهای پیشگیری استفاده میکنند (و یا استفاده نکرده اند) از این مطالعه حذف گردیدند . ۱۰ مورد نیز بعلت ناکامل بودن اطلاعات مورد نیاز از این مطالعه کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب تجزیه و تحلیل نهائی بر روی ۲۱۰۶ زن ازدواج کرده در سن باروری بعمل آمد . از فرم باروری اطلاعات زیر استخراج گردیدند :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| - سن در موقع مصاحبه<br>- سن در موقع ازدواج                                   | } در رابطه بایکدیگر که براساس آن تعداد ماه زناشویی جامعه محاسبه گردید. |  |
|  |  |  |
| - تعداد زایمان مرده<br>- تعداد زایمان زنده<br>- تعداد سقط (عمد و یا غیر عمد) | } که براساس آنها تعداد موارد حاملگی تعیین گردید .                      |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## فرضیات :

۱- اساس تجزیه و تحلیل بر این فرض بوده است که چون روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج عملاً در عشاير وجود ندارد (۳) لذا ازدواج زن را در معرض حاملگی قرار میدهد تا آن هنگام که با مرگ شوهر ، طلاق و یا خروج از دوره باروری احتمال وقوع حاملگی از بین برود .

در این تجزیه و تحلیل مدت ازدواج قبل از ۱۵ سالگی در محاسبه منظور گردیده است ولی مدت ازدواج بعد از ۴۵ سالگی بعلت عدم وجود فرم باروری در محاسبات آورده نشده اند .

۲- چون مدت در معرض حاملگی بر اساس ماه زناشویی بوده است برای تعیین آن اختلاف سن در موقع ازدواج از سن در موقع مصاحبه محاسبه گردیده است و در این محاسبه آغاز سن مدنظر بوده است . بدین معنی که اگر زنی بهنگام مصاحبه اظهار داشته در ۱۶ سالگی ازدواج کرده و اکنون ۲۵ سال دارد چنین فرض شده است که وی در یکمین روز ۱۶ سالگی ازدواج کرده و بهنگام مصاحبه در یکمین روز بیست و پنجمین سال زندگی خود میباشد و بنابراین جمعا ۹ سال (۱۰۸ ماه) در معرض حاملگی بوده است . در مواردی که سن در موقع ازدواج و سن بهنگام مصاحبه یکی بوده است چون بهر حال سن ازدواج مقدم بر سن در زمان بررسی است لذا بطور متوسط برای این گروه زنان ۶ ماه در معرض حاملگی بودن در نظر گرفته شده است .

۳- اگرچه در پرسشنامه باروری سن زن در موقع اولین ازدواج پرسیده شده است ولی از آنجا که مرگ و میر زنان در ایران در سنین باروری کم و بیش از مردان بیشتر است (۱ ، ۳) و علاوه بر آن ازدواج مجدد زنان معمولا بععل سنتی و اجتماعی بویژه در عشاير بسیار ناچیز (۲ ، ۳) و با توجه به اینکه زنان در سن باروری که بهنگام این بررسی متاهل نبوده اند (بهر علت) فاقد فرم باروری هستند لذا عملا چنین فرض شده است که دوره زناشویی زن از اولین ازدواج تا بهنگام مصاحبه بلاانقطاع ادامه داشته است .

## نتایج :

۱- مدت زناشویی : سوابق باروری ۲۱۰۶ زن با توجه به شرایط پیش آورده شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (جدول ۱) این عده در جمع ۲۷۲۵۰۲ ماه در معرض حاملگی قرار داشتند که بطور متوسط هر زن ۱۲۹/۴ ماه یا بعبارت دیگر نزدیک به ۱۱ سال زندگی زناشویی داشته است .

۲- فاصله بین دوزایمان زنده : ۲۱۰۶ زن در طی ۲۷۲۵۰۲ ماه زناشویی جمعا ۸۵۲۰ زایمان زنده (جدول ۲) انجام داده اند یعنی بطور متوسط هر ۳۲ ماه يك زایمان زنده .

در پرسشنامه زایمان دوقلو نیز پرسش شده بود که در این بررسی مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفت . این امر ممکن است موجب انحراف<sup>۱</sup> در فاصله بین دو زایمان زنده

در جهت کوتاهتر شدن آن شود چرا که طفل زنده بدنیا آمده که اساس محاسبه زایمان زنده بوده است ممکن است نتیجه زایمان زنده منفرد و یا زایمان دوقلو و بیشتر باشد. برای رفع این انحراف باید فاصله بین دوزایمان زنده بر اساس زایمانهای دوقلو تطبیق<sup>۲</sup> داده شود. بطور متوسط زایمانهای دوقلو ۱/۰۵٪ تا ۱/۹۳٪ زایمانهای منفرد هستند (۴، ۵، ۶، ۷) به این ترتیب در ۸۵۲۰ زایمان زنده بطور متوسط ۱۲۷ مورد آن باید زایمان دوقلو باشد که پس از کسر آن از کل زایمانها، ۸۳۹۳ مورد زایمان زنده (بی توجه به منفرد یا دوقلو بودن آن) بدست میدهد که با تقسیم به ما زناشوئی فاصله بین دوزایمان زنده به ۳۲/۴۶ ماه افزایش مییابد.

جدول ۱ - مدت ازدواج (زناشوئی) زنان عشایر ازدواج کرده در سن باروری

ایل قشقائی ۱۳۵۲

مدت به ماه (۱)	تعداد زن (۲)	ماه زناشوئی (۱) × (۲)	مدت به ماه (۱)	تعداد زن (۲)	ماه زناشوئی (۱) × (۲)
۶	۱۰۱	۶۰۶	۱۹۲	۵۶	۱۰۷۵۲
۱۲ (۱ سال)	۷۸	۹۳۶	۲۰۴	۶۷	۱۳۶۶۸
۲۴	۵۵	۱۳۲۰	۲۱۶	۵۹	۱۲۷۴۴
۳۶	۷۵	۲۷۰۰	۲۲۸	۴۰	۹۱۲۰
۴۸	۹۳	۴۴۶۴	۲۴۰ (۲۰ سال)	۱۰۹	۲۶۱۶۰
۶۰ (۵ سال)	۱۴۵	۸۷۰۰	۲۵۲	۴۱	۱۰۳۳۲
۷۲	۱۳۶	۹۷۹۲	۲۶۴	۴۱	۱۰۸۲۴
۸۴	۱۲۹	۱۰۸۳۶	۲۷۶	۳۱	۸۵۵۶
۹۶	۱۳۶	۱۳۰۵۶	۲۸۸	۲۶	۷۴۸۸
۱۰۸	۶۸	۷۳۴۴	۳۰۰ (۲۵ سال)	۲۵	۷۵۰۰
۱۲۰ (۱۰ سال)	۱۲۳	۱۴۷۶۰	۳۱۲	۱۶	۴۹۹۲
۱۳۲	۷۰	۹۲۴۰	۳۲۴	۱۰	۳۲۴۰
۱۴۴	۹۴	۱۳۵۳۶	۳۳۶	۷	۲۳۵۲
۱۵۶	۸۹	۱۳۸۸۴	۳۴۸	۵	۱۷۴۰
۱۶۸	۷۵	۱۲۶۰۰	۳۶۰ (۳۰ سال)	۱	۳۶۰
۱۸۰ (۱۵ سال)	۱۰۵	۱۸۹۰۰	جمع	۲۱۰۶	۲۷۲۵۰۲

از آنجا که تصحیح موارد زایمان تغییر فاحشی در فاصله بین دوزایمان بوجود نمیآورد و بمنظور سهولت محاسبات در این مطالعه جملگی ۸۵۲۰ زایمان زنده، زایمان منفرد در نظر گرفته شده اند.

۳- فاصله بین دوحاملگی: اگر چه تعداد حاملگیها در پرسشنامه آورده نشده بود

## 2-Adjustment

ولی از آنجا که حاملگی به یکی از سه طریق زیر خاتمه پیدا میکند :

— زایمان زنده

— زایمان مرده

— سقط (عمدی یا غیر عمد)

لذا جمع موارد فوق تعداد حاملگی را بدست میدهد . در گروه مورد مطالعه ۸۵۲۰ مورد زایمان زنده ۱۲۴ مورد زایمان مرده و ۳۲۸ مورد سقط (عمد و غیر عمد) گزارش شده است (جدول ۲) که جمعا ۸۹۷۲ مورد حاملگی را تشکیل میدهند که با توجه به مدت زناشویی (۲۷۲۵۰۲) فاصله بین دو حاملگی بطور متوسط ۳/۳۰ ماه بدست میآید .  
۴- مدت شیردادن : درصد زنانیکه طفل خود را شیر میدهند در گروهها و جوامع مختلف تفاوت بسیار میکند و از ۲۵٪ در ایالات متحده تا ۱۰۰٪ در مناطق روستائی ممالک درحال پیشرفت نوسان دارد .

مدت شیردهی نیز هم نوسانات را نشان میدهد ، درحالیکه زنان در مناطق پیشرفته بین ۲ تا حداکثر ۶ ماه فرزند خود را شیر میدهند زنان روستائی مناطق درحال توسعه گاهی تا ۲ سال و شاید بیشتر طفل خود را شیر میدهند (۸ ، ۱۱) .  
در ایران یکچند بررسی انجام شده مدت شیردهی را در زنان روستائی و عشایر اسکان یافته ۲ سال بدست داده اند (۹) .

با دردست داشتن فاصله زمانی بین دوزایمان زنده و مشخص کردن تحت دوره های آن میتوان مدت شیردادن را محاسبه نمود . فاصله بین دوزایمان زنده بدون در نظر گرفتن ضایعات حاملگی (سقط ، زایمان مرده) و در حالیکه از روشهای پیشگیری از حاملگی استفاده نمیشود از تحت دوره های زیر تشکیل شده است (۱۱) :

— دوره آمنوره بعد از زایمان<sup>۱</sup> که چون کم و بیش در ارتباط با شیردادن است لذا گاهی آمنوره شیردهی بعد از زایمان<sup>۲</sup> نیز نامیده میشود (۱۰)  
— دوره وقوع قاعدگی بدون تخمک گذاری<sup>۳</sup> .  
— دوره تخمک گذاری و در معرض حاملگی<sup>۴</sup> .  
— دوره حاملگی که منجر به زایمان زنده میشود .

دوره حاملگی طبیعی کم و بیش ثابت و ۹ ماه است . دوره قاعدگی بدون تخمک گذاری را بررسیهای مختلف بطور متوسط ۲ ماه (۱۱) و دوره تخمک گذاری یا دوره در معرض حاملگی را ۵ ماه گزارش داده اند (۱۱ ، ۱۲) .

براین اساس مابه التفاوت فاصله بین دوزایمان زنده (۳۲ ماه) از مجموع دوره های آورده شده (۱۶ = ۵ + ۲ + ۹) دوره آمنوره بعد از زایمان ۱۶ = ۱۶ - ۳۲ را بدست خواهد داد که کم و بیش معادل دوره شیردادن طفل است .  
باید یادآور شد که حداکثر دوره آمنوره بعد از زایمان را در زنانیکه طفل خود را

- 1-Post Partum Amenorrhea
- 2-Post Partum Lactation Amenorrhea
- 3- Anovulatory Period
- 4-Ovulatory Period, (Risk Period)

بطور کامل شیر میدهند ۱۱ ماه بدست آورده‌اند (۱۰) و بعد از این مدت با وجود ادامه شیردهی قاعدگی شروع شده که در چندنوبت اول احتمالاً بدون تخمک‌گذاری است و بعداً به قاعدگی با تخمک‌گذاری تبدیل میشود. با توجه به این اصل فاصله بین دوزایمان زنده در زنان مورد بررسی نباید از ۲۷ ماه متجاوز باشد و حال آنکه فاصله بدست آمده ۳۲ ماه است. برای توجیه اضافه مدت بدست آمده نکات زیر را میتوان بیان داشت:

۱- بسیاری از ضایعات و اختتام اوایل حاملگی ممکن است بدون آگاهی زن اتفاق بیافتد و یا بعداً بسبب بهنگام مصاحبه گزارش نشوند. در هر حال این اتفاقات بطور متوسط ۳ ماه فاصله بین دوزایمان زنده را میافزایند.

جدول ۲ - تعداد موارد زایمان زنده، زایمان مرده و سقط در زنان عشایر ازدواج کرده در سن باروری - ایل قشقایی ۱۳۵۲

تعداد (۱)	زایمان زنده		زایمان مرده		سقط	
	تعداد زن (۲)	تعداد زایمان زنده (۱) × (۲) = (۳)	تعداد زن (۴)	تعداد زایمان مرده (۵) = (۴) × (۱)	تعداد زن (۶)	تعداد سقط (۷) = (۶) × (۱)
۰	۲۶۴	۰	۲۰۲۵	۰	۱۸۸۸	۰
۱	۲۵۳	۲۵۳	۵۷	۵۷	۱۴۶	۱۴۶
۲	۲۶۷	۵۳۴	۱۲	۲۴	۵۰	۱۰۰
۳	۲۳۵	۷۰۵	۷	۲۱	۱۳	۳۹
۴	۲۲۱	۸۸۴	۳	۱۲	۴	۱۶
۵	۲۱۱	۱۰۵۵	۲	۱۰	۴	۲۰
۶	۱۹۰	۱۱۴۰	-	-	-	-
۷	۱۵۸	۱۱۰۶	-	-	۱	۷
۸	۱۲۰	۹۶۰	-	-	-	-
۹	۸۳	۷۴۷	-	-	-	-
۱۰	۵۵	۵۵۰	-	-	-	-
۱۱	۲۵	۲۲۵	-	-	-	-
۱۱	۱۱	۱۲۲	-	-	-	-
۱۲	۷	۷۷	-	-	-	-
۱۴	۲	۲۸	-	-	-	-
۱۵	۴	۶۰	-	-	-	-
جمع	۲۱۰۶	۸۵۲۰	۲۱۰۶	۱۲۴	۲۱۰۶	۳۲۸

۲- بتدریج که زن از نیمه دوره باروری خود دور میشود، دوره در معرض حاملگی در نبود روشهای پیشگیری از حاملگی افزایش مییابد، چرا که با افزایش سن زن کارآئی او در بارور شدن و احیاناً شوهر در بارور کردن کاهش مییابد (۱۹، ۲۲) و از طرف دیگر

احتمال وقوع پدیده مذکور در قسمت يك (بالا) فزونی میگیرد (۲۳) و بالاخره کاهش دفعات نزدیکی در زوجین مسن موجب طولانی شدن دوره قاعدگی با تحمک گذاری میشود. بررسیهای انجام شده دوره در معرض حاملگی را در زنان ۳۹ - ۳۵ ساله ۸ ماه و در زنان ۲۴ - ۲۰ ساله ۴/۵ ماه بدست داده اند (۱۱). متوسط سنی زنان در گروه مورد مطالعه ۳۰ سال گزارش شده است (۲۰). براین اساس فاصله ۳۲ ماه بعنوان زمان لازم بین دوزایمان زنده قابل قبول بنظر میرسد.

برای آنکه اثر شیردادن در طولانی کردن فاصله بین دوزایمان زنده دقیقتر معلوم گردد باید که اثر سقط و زایمان مرده بر فاصله بین دوزایمان زنده محاسبه و کنار گذاشته شوند. براین اساس در این قسمت از تجزیه و تحلیل اثر این دو واقعه مورد بررسی قرار میگیرند.

**الف - سقط :** سقط یادفع نتیجه حاملگی پیش از آنکه جنین قدرت زیست خارج از رحم را داشته باشد (۱۸) ممکن است خود بخود و یا بعد و با انجام دستکاری صورت گیرد. گوا اینکه در پرسشنامه باروری پرسش در مورد سقط جنین و تعداد عمد و غیر عمد آنها جداگانه آورده شده بود ولی در این بررسی جمع آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است چرا که :

۱- معمولاً موارد سقط غیر عمد کمتر در خاطره میماند تا موارد عمد که زن با اراده و میل خود آنرا انجام میدهد، بویژه اگر سقط خود بخود در اوان دوره باروری زنی که در پایان این دوره است اتفاق افتاده باشد.

۲- زنان احتمالاً بخاطر احساس ندامت بعدی و یا احیاناً پیشگیری از عواقب ناخوشایند انجام عملی غیر قانونی یا از ذکر موارد سقط عمد خودداری ورزند و یا با حداکثر رعایت صداقت در گفتار حاملگی موارد سقط را خود بخود و غیر عمد ذکر نمایند.

۳- از آنجا که فاصله زمانی وقوع سقط غیر عمد و زمانیکه زن شخصاً تصمیم به پایان دادن حاملگی میگیرد کم و بیش از زمان وقوع حاملگی و همچنین از نظر آمنوره بعد از سقط یکسان هستند لذا عملاً از نظر این بررسی تفاوت چندانی نخواهد داشت که موارد سقط را عمد یا غیر عمد بحساب آوریم. بنابراین بی توجه به اینکه علت وانگیزه سقط چه بوده حاملگی موارد را تحت عنوان کلی «سقط» مورد تجزیه و تحلیل قرار میدهیم.

چون قریب به ۷۵٪ سقطهای خود بخود قبل از ۲ ماهگی اتفاق میافتند (۷) و موارد سقط عمد به اغلب احتمال تا قبل از سه ماهگی انجام میگیرند میتوان حداکثر ۳ ماه طول مدت حاملگی برای آن در نظر گرفت که بایک ماه آمنوره بعد از سقط (۱۱) و ۵ ماه دوره قاعدگی در معرض حاملگی، فاصله زمانی يك حاملگی به سقط انجامیده تا حاملگی دیگر (۵ + ۱ + ۳) ۹ ماه خواهد شد.

**ب- زایمان مرده :** کاربرد تعریف علمی زایمان مرده بر اساس آنچه که سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت بیان داشته اند (۱۶) در این تجزیه و تحلیل عملاً غیر ممکن است چرا که بیان زایمان مرده در بررسی اولیه کاملاً به تفسیر و تعبیر زن بهنگام مصاحبه بستگی داشته، چه بسیار که سقط دیررس و یا فوت نوزاد کمی بعد از تولد را زایمان



مرده بحساب آورده باشد. ولی در هر حال از نظر فاصله بین زایمانی بایکدیگر تفاوت چندانی ندارند چرا که از نظر طول مدت حاملگی، آمنوره بعد از آن و بالاخره دوره تخمک گذاری بدنبال آمنوره، سقط دیررس، زایمان مرده و فوت نوزاد بلافاصله یا کمی بعد از تولد کم و بیش یکسان هستند که با ۹ ماه دوره حاملگی ۲ ماه آمنوره بعد از زایمان و ۵ ماه دوره در معرض حاملگی جدید جمعاً فاصله زمانی یک حاملگی به زایمان مرده ختم شده را تا حاملگی دیگر ۱۶ ماه بدست میدهند.

زنان مورد بررسی ۳۲۸ مورد سقط و ۱۲۴ مورد زایمان مرده گزارش داده اند که در مجموع ۴۹۳۶ ماه زناشوئی را شامل میشوند که با کسر آن از جمع ماه زناشوئی و تقسیم بر تعداد زایمانهای زنده فاصله بین دو زایمان زنده  $31\frac{1}{4}$  ماه حاصل میشود که چون اختلاف چندانی با نتیجه محاسبات قبلی در مورد فاصله بین دو زایمان زنده (۳۲ ماه) ندارد لذا از نظر سهولت تجزیه و تحلیل این فاصله همان ۳۲ ماه در نظر گرفته خواهد شد.

**۵- موالید پیشگیری شده:** الف بوسیله شیردان- اثر شیر دادن را در جلوگیری از زایمانهای مکرر میتوان با محاسبه تعداد زایمان مورد انتظار در صورتیکه زنان مورد بررسی طفل خود را شیر نمیدادند محاسبه نمود.

اگر زنان مورد بررسی بدنبال زایمان طفل خود را بهرجهتی شیر نمیدادند دوره آمنوره بعد از زایمان به حداکثر سه ماه محدود میشد (۸) که با ثابت بودن دیگر دوره ها فاصله بین زایمانی در حدود ۱۹ ماه بدست میآید که با توجه به ۲۶۷۵۶۶ ماه زناشوئی مربوط به زایمانهای زنده (۴۹۳۶) ماه زناشوئی که مربوط به سقط و زایمانهای مرده بوده است از جمع ۲۷۲۵۰۲ ماه زناشوئی کسر شده است) حدود  $14\cdot082$  زایمان زنده میبایست وجود داشته باشد که با مقایسه با ۸۵۲۰ زایمان زنده گزارش شده دیده میشود شیر دادن از ۵۵۶۲ زایمان یا حدود ۰/۴۰ موالید جلوگیری کرده است.

**ب- سقط:** هنوز کم و بیش این پندار ناصحیح وجود دارد که انجام یک سقط معادل پیشگیری از یک زایمان زنده است. برای آنکه اثر بازدارنده سقط از یک زایمان زنده معلوم گردد باید فاصله زمانی بین دو حاملگی به سقط انجامیده را با فاصله زمانی بین دو حاملگی به زایمان زنده منجر شده مقایسه کرد.

همانطور که در پیش اشاره شد فاصله زمانی یک حاملگی به سقط منجر شده تا حاملگی دیگر حدود ۹ ماه است و زنان مورد بررسی ۳۲۸ مورد سقط گزارش داده اند که جمعاً ۲۹۵۲ ماه زناشوئی را تشکیل میدهند که با توجه به ۳۲ ماه فاصله بین دو زایمان زنده معلوم میگردد که ۳۲۸ مورد سقط فقط از ۹۲ زایمان زنده جلوگیری کرده اند. عبارت دیگر هر سقط فقط  $\frac{3}{10}$  یک زایمان زنده را مانع شده است.

گفته شد که اگر زنان تحت مطالعه طفل خود را شیر نمیدادند فاصله بین دو زایمان زنده از ۳۲ ماه به ۱۹ ماه تقلیل مییافت، در چنین وضعیتی ۳۲۸ مورد سقط از ۱۵۵ زایمان زنده پیشگیری میکردند (هر سقط از  $\frac{5}{10}$  یک زایمان زنده)، و اگر قرار بر این میبود که زنان مورد بررسی  $14\cdot082$  زایمان زنده ای را که در صورت شیرندان به اطفال خود میداشتند با انجام سقط به ۸۵۲۰ زایمان زنده گزارش شده تقلیل میدادند برای نیل به چنین هدفی میبایست ۱۱۷۴۲ سقط انجام میدادند.

به این ترتیب این نتیجه حاصل میشود که درنمود روشهای بازدارنده حاملگی هر قدر فاصله بین دوزایمان زنده طولانی تر باشد انجام سقط اثر کمتری در پیشگیری از یک زایمان زنده دارد .

### بحث :

شیردادن طفل هنوز روشی است که زنان بسیاری بویژه در مناطق روستائی ممالک درحال پیشرفت بمنظور پیشگیری از زایمانهای مکرر از آن استفاده میکنند (۱۷) . در جامعه مورد بررسی نیز اثرشیردادن طولانی در پائین نگاهداشتن موالید تأیید گردید ولی با این وجود میزانهای باروری در جامعه مزبور بالا است (۲ ، ۲۰) که از نظر مقایسه از جمله بالاترین میزانهای موجود در دنیا نیز هست (۲۱) . این امر نشانه احتمالاً نارسائی شیردهی در پائین آوردن میزان موالید بقدر کافی و یا بیانگر جامعه‌ای با قدرت باروری بالا است که در هر حال لزوم ارائه برنامه‌های پیشگیری از حاملگی و زایمان را پیش می‌آورد .

در ارائه روشها و وسائل بازدارنده حاملگی و کم و کیف بویژه ارزشیابی آنها نکات چندی را باید در نظر داشت : نخست آنکه چون فاصله بین موالید با افزایش سن طولانی میگردد که علت آن همانطور که اشاره رفت افزایش ضایعات اووان حاملگی و دیگری کاهش قدرت باروری است لذا باید سعی بر آن داشت که در برنامه‌های پیشگیری از حاملگی بیشتر مادران جوان را به پذیرش برنامه مشتاق نمود تا مادران مسن را . دیگر نکته در نظر گرفتن درصد کارآئی<sup>۱</sup> روش مورد استفاده در رابطه با مقدار کاهش مورد انتظار در میزانهای باروری است . از آنجا که از تحت دوره‌های سازنده فاصله بین دوزایمان زنده (آمنوره بعد از زایمان ، دوره قاعدگی بدون تخمک گذاری ، دوره ماهانه با تخمک گذاری و دوره حاملگی مجدد) فقط دوره ماهانه با تخمک گذاری متاثر از روشهای بازدارنده است لذا طولانی کردن فاصله بین موالید بکمک روشهای مزبور فقط با طولانی کردن این تحت دوره امکان پذیر است .

اینکه برای پائین آوردن میزان موالید به مقداری معین به چه درصد کارآئی از روشهای بازدارنده حاملگی نیاز است نسبت تخمک گذاری<sup>۱</sup> (نسبت دوره ماهانه با تخمک گذاری به تمام فاصله بین دوزایمان زنده) راهنمای مناسبی است چرا که رابطه‌ای معکوس بین این دو متغییر وجود دارد (۱۱) . هر قدر نسبت تخمک گذاری کوچکتر باشد برای کاهش باروری بیک مقدار معین با ثابت بودن دیگر شرایط روش بازدارنده موثرتری مورد نیاز است . برای مثال در جامعه مورد بررسی برای آنکه میزان موالید به ۵۰٪ میزان موجود تقلیل داده روشی با حداقل ۸۷٪ کارآئی باید انتخاب شود و اگر در همین جامعه زنان فقط شش ماه اطفال خود را شیر میدادند با ثابت بودن دیگر دوره‌ها فاصله بین موالید به ۲۲ ماه تقلیل مییافت که در این حال برای کاهش باروری به نصف میزان

1- Effectiveness

2-Ovulatory Ratio

موجود به روش پیشگیری با ۸۲٪ کارآئی نیاز میبود. بعبارت دیگر هر قدر در جامعه‌ائی مادران اطفال خود را بیشتر شیر دهند برای کاهش باروری آنها روشهای بازدارنده مؤثرتری باید ارائه داده شوند. با محاسبه نسبت تخمک گذاری دیده میشود که در مورد نخست نسبت مزبور  $\frac{5}{33} = 0/156$  و در مورد دوم  $\frac{5}{22} = 0/227$  است که تأیید کننده وجود رابطه‌ای معکوس بین این دو متغیر است. مطالعات انجام شده معلوم داشته‌اند که این رابطه خطی نبوده بلکه غیرخطی است (۲۴).

نکته آخر آنکه از آنجا که درصد کارآئی مورد نیاز که بر اساس نسبت تخمک گذاری بدست میآید کارآئی فیزیولوژیک<sup>۲</sup> بوده که بمراتب از کارآئی بالینی<sup>۳</sup> و بویژه کارآئی دموگرافیکی<sup>۴</sup> که عملاً کارآئی بدست آمده از روش مورد استفاده است بیشتر میباشد (۲۵) بنابراین برای رسیدن به کارآئی دموگرافیکی ۸۷٪ به روشی با کارآئی فیزیولوژیکی بیش از ۸۷٪ نیاز است.

### بازبردها (منابع)

- ۱- نهاپتیان، دکتر وارثکس (۱۳۵۴) «گزارش مقدماتی طرح بررسی و برآورد میزانهای اختصاصی مرگ و میر و باروری در ایران» (قسمت اول - روستا). انتشارات دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی - نشریه شماره ۱۹۲۸ منوگراف شماره ۴۵.
- ۲- معتبر، دکتر منصور. «مرگ و میر و باروری در عشایر قشقائی» کنفرانس ۱۳۵۴/۱۲/۲۵ دانشکده بهداشت.
- ۳- پیمان، دکتر حبیب‌اله (۱۳۴۷). «ایل قشقائی - توصیف و تحلیلی از ساختمان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی». انتشارات دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی نشریه شماره ۱۶۳۱، منوگراف شماره ۳۴.
- ۴- ایستمن هلمن، دکتر محیط (مترجم) (۱۳۴۷). «آبستنی و زایمان» چاپ دوم - انتشارات دانشگاه تهران ۱۰۱۷/۲ تهران.
5. Ian D. (1966) "Practical Obstetrics Problems" 3rd. Ed. Lloyd Luke Ltd. London.
6. Percival R. (1969) "Manual of Obstetrics" 13th. Ed. J. A. Church Hill Ltd. London.
- ۷- رالف بنسون - دکتر احدوت و همکاران (مترجمین) (۱۳۴۷) مامائی و بیماریهای زنان.
8. Population Reports (1975) Family Planning Programs, Series J. No. 4.
- ۹- واقفی، دکتر سیمین. دانشکده بهداشت - مذاکره شخصی. ۱۳۵۴/۱۱/۲۵.

1-Physiologic Effectiveness

2-Clinical Effectiveness

3-Demographic Effectiveness

10. El. Minavi M. F. Sadek Foda M. (1971): Amer. J. Obstet. Gynec. III, 17-21.
11. Potter R. G. Jr. (1963): Population Studies. 155-166.
12. Kyfitz N. (1971): Social Biology. 18,2, 109-121.
13. Perez A. (et al.) (1972): Amer. J. Obstet. Gynec. 114, 1041-1044.
14. Jain A. K. (et al.) (1970): Demography 7.2. 255-271.
15. Gioiosa R. (1955): Amer. J. Obstet. Gynec. 70, 162-74.
16. U.S. Department of Commerce (1973): Methods & Materials in Demography (2nd. printing). Washington D.C.
17. Heer, D. M. (1968): "Society and Population". Printice Hill Inc. New Jersey.
19. Tietze C. (1962): Population Studies 31-37.
- ۲۰ - محسنی ، دکتر منوچهر (۱۳۵۴) «تحقیقی پیرامون باروری و کنترل موالید در عشایر فارس» (ایل قشقای). معرفی شده در سمینار بررسی مسائل جمعیتی و بهداشت و تنظیم خانواده در ایران . دانشگاه اصفهان - مرکز جمعیت شناسی . ۳۰ اردیبهشت - ۱ خرداد ۱۳۵۴ .
21. The Population Reference Bureau — 1975, Population Data Sheet Washington D.C.
22. Tietze C. (1957): Fertility and Sterility 8, 89-97.
23. Potter R. G. Jr. (et. al.): Population Studies 81-96.
- ۲۴ - مطالعات شخصی - دانشکده بهداشت - دانشگاه جازهاپکینز (۱۹۷۴) .
25. Tietze C. (1959): Amer. J. Obstet. Gynec. 78, 3, 650-656.