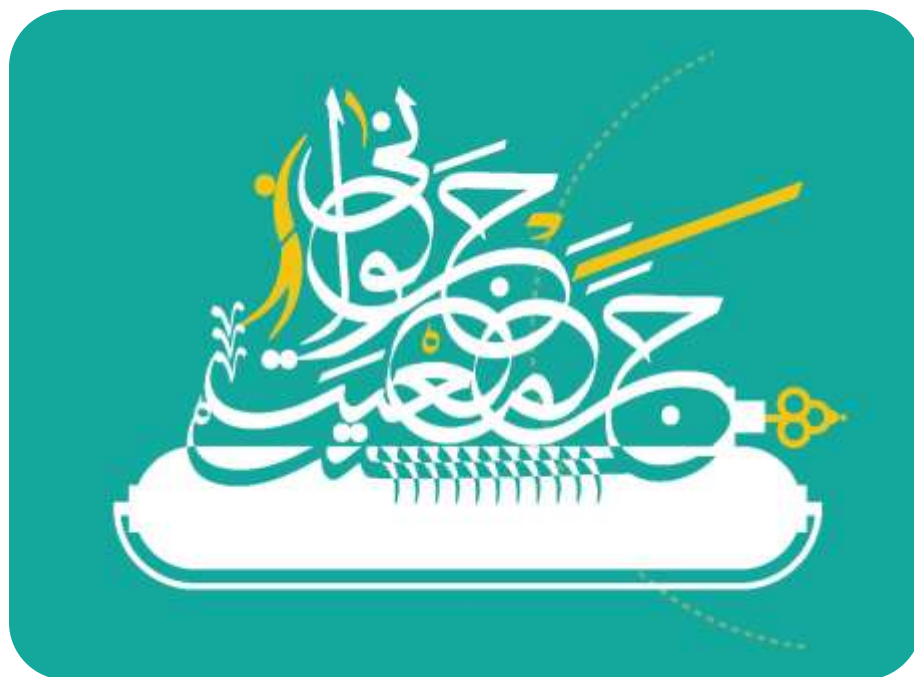


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی استان زنجان

## اولین همایش ملی جوانی جمعیت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان

۲۴-۲۳ آذرماه ۱۴۰۱

اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ

اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ  
وَزَكِّرْهُم بِذِكْرِكَ

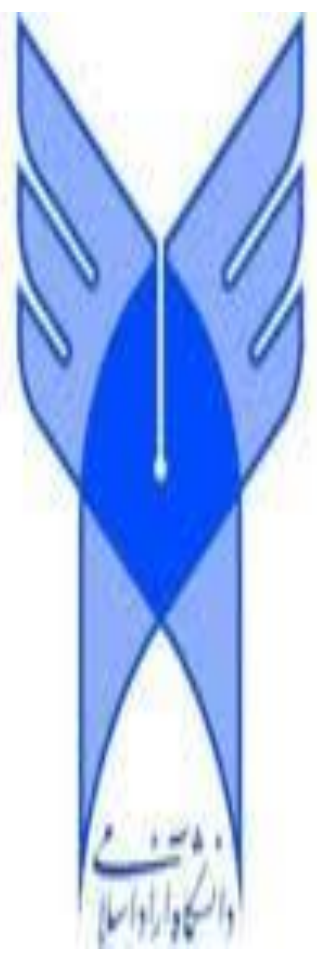


## فهرست مطالب

- بخش اول پوسترهای محور آسیب‌های تک فرزندی ..... ۱
- بخش دوم پوسترهای محور دین، خانواده و جمعیت ..... ۱۰
- بخش سوم پوسترهای محور روشهای نوین تشخیص و درمان ناباروری ..... ۲۱
- بخش چهارم پوسترهای محور سقط جنین ..... ۲۸
- بخش پنجم پوسترهای محور طب ایرانی و مکمل در درمان ناباروری ..... ۳۷
- بخش ششم پوسترهای محور عواقب سالمندی جمعیت ..... ۴۷
- بخش هفتم پوسترهای محور فناوری‌های نوین در درمان ناباروری ..... ۴۹

**بخش اول**

**آسیب‌های تک فرزندی**



رابطه بین تک فرزندی و مشکلات شخصیتی-اجتماعی-رفتاری فرزندان  
در خانواده های سه نفره

\*مریم اله دادیان، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد  
اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران، نویسنده مسئول،

[maryamallahdadian@yahoo.com](mailto:maryamallahdadian@yahoo.com)

\_ زینب اکبری ورزنه، دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشگاه آزاد  
za3538228@gmail.com اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران،



همایش ملی جوانی جمعیت  
دانشگاه علوم پزشکی زنجان  
۲۳ و ۲۴ آذرماه ۱۴۰۱

### چکیده:

جهان همواره در حال تغییر است و یکی از عناصر در حال تغییر خانواده میباشد. شایع ترین این تغییرات رواج تکفرزندی است. تک فرزندی بر همه ابعاد شخصیتی فرد در آینده تاثیر میگذارد. هدف از انجام این مطالعه یافتن مشکلاتی است که برای کودکان به وجود می آید که در خانواده های سه نفره بزرگ میشوند.

GOOGLE SCHOLAR \_SID\_ IRANDOC.AC.IR برای استخراج مقالات پایگاه های

با کلید واژه های "تکفرزندی"، "مشکلات شخصیتی"، "مشکلات رفتاری" بررسی شد. پژوهش های صورت گرفته ویژگی های نامطلوبی مثل عدم رشد اجتماعی، کاهش انسجام خانواده و... را نشان میدهد. نتایج نشان میدهد که تفاوت معناداری در میان مشکلات رفتاری کودکان در خانواده های تکفرزند و دو فرزند وجود دارد. واژگان کلیدی: تک فرزندی، مشکلات شخصیتی، مشکلات رفتاری

### مقدمه:

تکفرزندی، یکی از اشکال رو به رشد خانواده های ایرانی است و بررسی ابعاد و مسائل مربوط به آن حائز اهمیت است. یکی از وقایع مهم زندگی خانوادگی تصمیمگیری در مورد تعداد فرزندان است. چراکه این تصمیم بر سبک زندگی و از آن مهمتر کیفیت زندگی خانوار مؤثر است و آنچه مهمتر جلوه می کند، این است که افزایش تعداد فرزندان چه تاثیری بر سلامت روانی، اجتماعی سایر فرزندان دارد. امروزه خانواده ها به تکفرزندی ارادی گرایش پیدا کرده اند. در خانواده های تکفرزند والدین انتظارات بیشتری از کودک خود خواهند داشت و کودکان فرصتهای زیادی را از دست میدهند. هدف از انجام این پژوهش یافتن اختلالات و مشکلاتی است که برای کودکان تکفرزند در زمینه شخصیتی، اجتماعی و رفتاری به وجود می آید.

### نتایج و بحث:

نظام خانوادگی تکفرزندی همچون شمشیری دو لبه است که نقاط قوت و ضعف بسیاری دارد. پژوهش ها نشان میدهد که اختلال های رفتاری سلوک، کمبود توجه-بیش فعالی و سایر اختلالات رفتاری در کودکان تکفرزند در مقایسه با چند فرزند به مراتب کمتر است. طبق نتایج به دست آمده روشن شد که تکفرزندی ها، در خصوص هر دو قسم مشکلات رفتاری اعم از مشکلات برونسازی و مشکلات درونسازی شده از میانگین نمره بالاتری نسبت به دو فرزندها برخوردار هستند. میزان رشد اجتماعی در کودکان تک فرزند کمتر کودکان چند فرزند میباشد. هم تکفرزندان و هم چندفرزندان در معرض ابتلا به انواع مشکلات رفتاری و رشد اجتماعی نامناسب و پایین قرار دارند اما در شرایط برابر تکفرزند بودن باعث مشکلات رفتاری بیشتر و کاهش رشد اجتماعی میشود.

### منابع:

1. مقایسه مشکلات رفتاری درونسازی و برونسازی شده و رشد اجتماعی در کودکان تک و چند فرزند با نقش تعدیل کنندگی سبکهای فرزندپروری والدین
2. اختلال رفتاری در کودکان خانواده تکفرزند و چندفرزند شهر تهران
3. مقایسه مشکلات رفتاری در کودکان تکفرزند و چند فرزند با توجه به عوامل جمعیت شناختی والدین
4. مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، رفتارهای درون سازی و منبع کنترل در تکفرزندان و چندفرزندان
5. تجربه زیسته تکفرزندان از تکفرزندی، مطالعه دختران بالای 18 سال

### مواد و روش:

برای انجام این مطالعه از مقالات موجود در پایگاه  
GOOGLE SCHOLAR \_SID\_  
IRANDOC.AC.IR استفاده شد. کلمات کلیدی  
مورد استفاده برای سرچ مقاله: "تکفرزندی"،  
"مشکلات رفتاری"، "مشکلات شخصیتی". با  
استفاده از این کلید واژه ها و سرچ در پایگاه ها،  
"16" مقاله مرتبط پیدا شد و با مرور این مقالات،  
تعداد "5" مقاله انتخاب شد.

#### چکیده

باروری به عنوان یکی از مهمترین مولفه های پویایی جمعیت مورد توجه اندیشمندان حوزه های مختلف قرار داشته است. در این تحقیق هدف مطالعه رفتار باروری کارکنان سازمان ها و نهادهای دولتی در استان فارس است. بر این اساس در کنار اطلاعاتی از وضعیت فرزندآوری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نیز جمعیتی کارکنان دولتی استان فارس جمع آوری گردید. از اینرو در این تحقیق، جامعه آماری و نمونه شامل تمامی کارکنانی است که اطلاعات آنها توسط سازمان مربوطه اعلام گردیده است. یافته های مطالعه بیانگر این است الگوی مسلط باروری در کارکنان اداری داشتن دو فرزند و یا بی فرزندی است که این موضوع تا سن ۳۰ سالگی برای افراد وجود دارد. همچنین افراد با تحصیلات بالاتر باروری پایین تری را تجربه می کنند. نتایج حاصل شده از مطالعه مطابق با نظریات اقتصادی و اجتماعی حوزه باروری است. همانگونه که در این تئوری های اشاره شده است عواملی مانند هزینه بالای فرزندان، تغییرات نگرشی جامعه با توجه به تحصیلات زنان، اشتغال و استقلال فکری و اقتصادی آنان و نیز تحولات جامعه شهری بزرگ و رشد فردگرایی از عواملی است که در سازمان های مختلف تعداد فرزندان را تحت تاثیر قرار داده است. بی فرزندی و تک فرزندی موجب کاهش بعد خانوار، افزایش احساس تنهایی والدین در سنین سالمندی و فشارهای روانی بر آنها و در نهایت کاهش رشد جمعیت و رشد جمعیت سالمند در کشور خواهد بود.

واژگان کلیدی: میانگین فرزندآوری، تک فرزندی، بی فرزندی، کارکنان دولتی، استان فارس

#### مقدمه

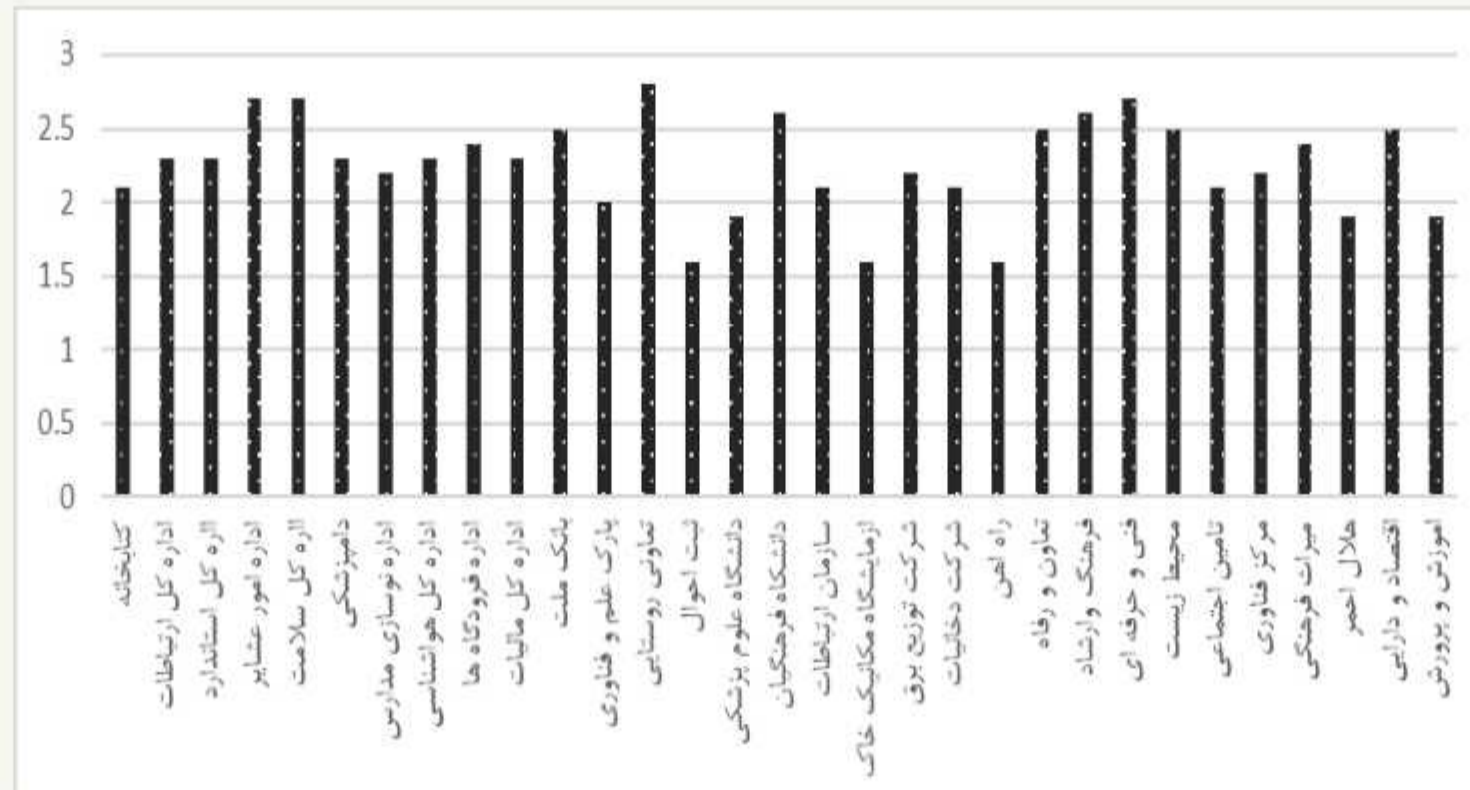
نتایج مطالعه باروری استانها و شهرستانهای کشور حکایت از این دارد که باروری کل در استان فارس از ۲.۱۱ در سال ۱۳۷۶ به ۱.۶۳ در سال ۱۳۹۰ تنزل داشته است و شهرستان های کوار، زرین دشت، لامرد و مهر دارای بالاترین باروری کل و شهرستان شیراز پایین تر از میانگین باروری کل استان و ۱.۴ بوده است (عباسی شوازی و همکاران ۱۳۹۲). تمامی مطالعات انجام شده بیانگر این موضوع است که در گروههای مختلف اجتماعی باروری متفاوت است و اگرچه ما شاهد همگرایی رفتارهای باروری در مناطق مختلف شهری و روستایی هستیم اما عوامل اثرگذار متفاوت است و برای داشتن برنامه سیاستی مناسب می بایست این عوامل در زیرگروههای جمعیتی مورد توجه قرار گیرد. بدون شک تحولات اخیر جمعیتی در کشور مستلزم تغییر سیاست های جمعیتی است تا از کاهش بیشتر باروری پیشگیری نماید و در صورت امکان در جهت افزایش آن برآید. با اینحال، یکی از مهمترین موضوعات و مباحث شناخت اولیه نسبت به باروری را ارائه می کنند؟ به نظر می رسد گروهها، اقشار و اقلیت های مذهبی و فرهنگی با توجه به سرمایه های مختلف اجتماعی، فرهنگی و وضعیت اقتصادی متفاوت و همچنین با توجه به وضعیت جغرافیایی رفتارهای باروری متفاوتی داشته باشند (بوهرلر و فیلیپو ۲۰۰۵). بر این اساس مطالعه حاضر بدنبال بررسی و مطالعه رفتار تک فرزندی و بی فرزندی در نهادهای اداری شهرستان شیراز که به صورت قراردادی، پیمانی و یا رسمی مشغول فعالیت هستند، می باشد و از طرفی به دنبال تحلیل عواملی است که بر رفتار باروری اثرگذار است. با توجه به اینکه شهرستان شیراز در مقایسه با دیگر شهرستان ها از باروری کل پایین تری برخوردار است و از طرفی افرادی که در نهادهای مختلف مشغول فعالیت هستند بعنوان جمعیتی تعریف می گردد که دارای ویژگی های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خاصی اند، بنابر این شناخت رفتار باروری آنها به منظور برنامه ریزی و انجام مطالعات دقیق تر در حوزه رفتار باروری در استان فارس و شهرستان شیراز حایز اهمیت است.

#### نتایج و بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی وضعیت فرزند آوری کارکنان نهادها و سازمانهای دولتی در استان فارس و تفاوت رفتارهای جمعیتی آنها بر اساس ویژگی های اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی است. یافته های مطالعه بیانگر این است الگوی مسلط باروری در کارکنان اداری داشتن دو فرزند و یا بی فرزندی است که این موضوع تا سن ۳۰ سالگی برای افراد وجود دارد. همچنین افراد با تحصیلات بالاتر باروری پایین تری را تجربه می کنند و نیز اعضا علمی دانشگاه در مقایسه با دیگر افراد تعداد فرزندان کمتری دارند. علاوه بر این، کارکنانی که در ستاد استان مشغول به فعالیت هستند در مقایسه با شهرستان و محیط باروری پایین تری دارند. متغیر شغل نیز بیانگر این است که نیروهای خدماتی دارای الگوی فرزندآوری متفاوتی نسبت به دیگر افراد هستند و تعداد فرزندان بیشتری دارند. نتایج حاصل شده از مطالعه مطابق با نظریات اقتصادی و اجتماعی حوزه باروری است. همانگونه که در این تئوری های اشاره شده است عواملی مانند هزینه بالای فرزندان، تغییرات نگرشی جامعه با توجه به تحصیلات زنان، اشتغال و استقلال فکری و اقتصادی آنان و نیز تحولات جامعه شهری بزرگ و رشد فردگرایی از عواملی است که در سازمان های مختلف تعداد فرزندان را تحت تاثیر قرار داده است. در حال حاضر، نگرش و رفتار بارور در همه گروه های سنی و در اغلب استان های کشور به هم نزدیک شده است و تفاوت در خور توجهی بین گروه های مختلف اجتماعی نیز دیده نمی شود؛ به طوری که نرخ باروری کل به پایین تر از حد جانشینی رسید است. همچنین فاصله گذاری زیاد بین فرزندان بعنوان یکی از رفتارهای عمومی شده والدین که بر بی رغبتی و بی حوصلگی والدین اثر خواهد گذاشت به کاهش مولید در کشور نیز منجر خواهد شد و کاهش بعد خانوارها را دی پی خواهد داشت.

جدول ۱. توزیع پاسخگویان بر اساس متغیر جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی در نهادهای دولتی استان فارس

متغیر	درصد	تعداد کل	متغیر	درصد	تعداد کل
جنس			تحصیلات		
مرد	۴۴.۶	۴۴۱۲۱	زیر دیپلم	۴	۴۰۰۶
زن	۵۵.۴	۵۴۸۹۳	دیپلم	۱۴.۷	۱۴۵۶۵
وضعیت تاهل			فوق دیپلم	۵.۸	۵۷۷۲
متاهل	۷۳.۹	۷۳۳۲۹	کارشناسی	۵۳.۷	۵۳۲۵۳
مطلقه	۱.۷	۱۶۶۷	کارشناسی ارشد	۱۷.۹	۱۷۷۶۲
فوت همسر	۱.۴	۱۴۰۳	دکتری	۳.۹	۳۸۸۳
تعداد فرزندان			وضعیت شغل		
بی فرزند	۴۴.۶	۴۳۵۱۵	نیروی خدماتی	۱۳.۳	۱۳۱۹۷
تک فرزند	۲۰.۲	۱۹۶۸۳	نیروی اداری	۵.۸	۵۸۰۰
دو فرزند	۲۶.۳	۲۵۶۸۲	کارشناس	۶۱.۹	۶۱۴۰۰
سه فرزند	۷.۷	۷۴۹۲	مدیر	۱.۸	۱۷۸۴۶
بیش از ۳ فرزند	۱.۳	۱۲۳۸			
محل اشتغال					
ستاد استان	۶.۳	۶۲۵۱			
شهرستان	۶۵.۵	۶۵۰۳۱			
محیط	۲۸.۲	۲۷۹۲۲			



جدول ۵. میانگین تعداد فرزندان زنده بدینا آمده زنان بر اساس متغیرهای اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی

آماره F	تعداد	میانگین تعداد فرزندان زنده بدینا آمده	
		قبل از کنترل	بعد از کنترل
F= 258.3***	۱۷۰۵۲	۲.۱	۲.۴
	۱۹۵۴۸	۲	۱.۸
F= 1354.7***	۱۲۰۹	۱.۷	۱.۰۱
	۵۳۸۹	۱.۶	۱.۱۰
	۱۲۸۲۷	۱.۸	۱.۸
	۱۲۶۴۵	۲.۳	۲.۵
F= 3373.9***	۹۹۳۱	۱.۳	۱.۰۲
	۲۵۷۵۹	۲.۳	۲.۵
F= 155.9***	۸۸۴	۲.۰	۲.۲
	۲۶	۲.۵	۲.۸
	۱۳۷۷	۲.۲	۳
	۵۷۱۵	۲.۱	۲.۵
F= 10.5***	۲۶۴۴	۲	۲.۳
	۱۸۳۹۱	۱.۹	۱.۸
	۴۱۴۵	۲	۲
	۳۴۵۸	۱.۹	۱.۹
F= 22.1***	۱۰۴۴	۲	۲.۲
	۳۵۵۵۶	۲.۱	۲
F= 89.5***	۴۱۰۹	۲	۲.۶
	۵۱۸۱	۲	۲.۳
	۲۴۷۹۲	۲	۱.۹
	۲۵۱۸	۲.۲	۲.۶
F= 89.5***	۴۸۱۴	۱.۹	۲.۶
	۲۸۳۵	۲.۱	۲.۴
	۲۷۹۴۱	۲	۱.۹

#### مواد و روش ها

مطالعه حاضر مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی انجام شده است. در این مطالعه اطلاعات کارکنان در حال حاضر شاغل در سازمان ها و نهادهای دولتی استان فارس با تاکید بر وضعیت فرزند آوری و ویژگی های اقتصادی و اجتماعی کارکنان جمع آوری گردید. به اینصورت که از ه سازمان در خواست گردید که اطلاعات مورد نظر از پرسنل خود را در یک فایل جمع آوری نموده و ارسال نمایند. از میان سازمانهای مختلف آموزش و پرورش و دانشگاه علوم پزشکی دارای بالاترین پرسنل و دخانیات و پارک علم و فناوری کمترین پرسنل را در اختیار دارند. در مجموع از ۹۷۶۲۱ نفر در سطح استان اطلاعات مورد نظر جمع آوری گردید. پس از جمع آوری اطلاعات مورد نظر به محیط SPSS منتقل و تحلیل های مورد نظر انجام گردید. با توج به داده های موجود علاوه بر آمارهای توصیفی و تهیه جداول دو بعدی از روش تحلیل طبقات چندگانه به منظور شناخت نحوه و میزان اثرگذاری متغیرهای مختلف بر باروری مورد استفاده قرار گرفت.

#### منابع

- حسینی، حاتم (۱۳۸۱) درآمدی بر جمعیت شناسی اقتصادی- اجتماعی و تنظیم خانواده، همدان، دانشگاه بوعل سینا.
- تودارو، مایکل (۱۳۶۴) توسعه اقتصادی در جهان سوم، ترجمه غلامعلی فرجادی، انتشارات برنامه و بودجه، فصل اول.
- لوکاس، دیوید و پاول میر (۱۳۸۱) درآمدی بر مطالعات جمعیتی، ترجمه حسین محمودیان، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- Bongarts, J(2002) the end of fertility transition in the developing world, working paper No, 161, the population council. New York.
- Caldwell.J.C(1980) The wealth flow theory of fertility decline, in holn&mackencen. R, Determinant fertility trend: theories Re examind, IUSSP, Leige.
- Cleland .J and Wilson.C(1987) demand theories of the fertility transition : Iconoclastic view, Population studies, No 41, 5-50.



## زمان بقای تک‌فرزندی و تعیین کننده‌های آن در شهر خرم‌آباد

مریم علیم‌رادیان - کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه یزد - یزد، دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی  
Maryam.alimoradiyan@yahoo.com  
حجیه بی بی رازقی نصرآباد - دانشیار جمعیت‌شناسی مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور - تهران، مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور (نویسنده مسئول)  
hajieh.razeghi@nipr.ac.ir  
ملیحه علی مندگاری - دانشیار جمعیت‌شناسی دانشگاه یزد - یزد، دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی  
m.alimondegari@yazd.ac.ir  
عباس عسکری ندوشن - دانشیار جمعیت‌شناسی دانشگاه یزد - یزد، دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی  
aaskarin@yazd.ac.ir



دانشگاه علوم پزشکی زنجان  
۲۳ و ۲۴ آذرماه ۱۴۰۱

چکیده

طی سالهای اخیر ما شاهد کاهش نرخ باروری و افزایش فاصله بین مولید بوده‌ایم. افزایش فاصله بین تولدها و تاخیر در فرزندآوری، میزان کل باروری را تحت تاثیر قرار می‌دهد، که در نهایت باعث کاهش در بعد خانواده می‌گردد. با توجه به اهمیت این موضوع، هدف این مقاله تحلیل زمان بقای تک‌فرزندی و تعیین کننده‌های آن می‌باشد. میدان مطالعه در این تحقیق شهر خرم‌آباد در استان لرستان می‌باشد. تحقیق مورد مطالعه از نوع کمی و پیمایشی و حجم نمونه برابر با ۴۷۸ زن ازدواج کرده ۴۹-۱۵ ساله ساکن شهر خرم‌آباد می‌باشد. یافته‌ها نشان داد میانه زمان بقای تک‌فرزندی ۶۰ ماه (فاصله اطمینان ۷۴/۵۵ تا ۲۶/۶۴ و خطای استاندارد ۱۷/۲) است بر اساس نتایج آزمون لگ نرمال با استفاده از مدل شکنندگی با توزیع گاما، زنان دارای نگرش جنسیتی سنتی زودتر از زنان دارای نگرش مدرن برای تولد فرزند دوم اقدام می‌کنند و زنان دارای دینداری زیاد (گروه مرجع) نسبت به تولد فرزند دوم اقدام می‌کنند. زنان دارای شبکه اجتماعی محدود دیرتر از زنان دارای شبکه اجتماعی گسترده (گروه مرجع) نسبت به تولد فرزند دوم اقدام می‌کنند. زنانی که احساس ناامنی اقتصادی-اجتماعی بالایی داشتند زودتر به فرزند دوم می‌رسند لذا احتمال بقای تک‌فرزندی پایین‌تری دارند. با توجه به اینکه زنان مورد مطالعه حداقل دارای یک فرزند می‌باشند احساس مادری را تجربه کرده‌اند و برای تولد فرزند دوم شرایط بسیاری مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، که برای داشتن فرزند اول اصلا مورد توجه قرار ندادند اکنون در نظر می‌گیرند

مقدمه

از مهم‌ترین تحولات جمعیتی دهه‌های اخیر در ایران کاهش میزان باروری بوده است. به موازات کاهش باروری شاهد گوهایی از باروری از جمله بی‌فرزندگی، تک‌فرزندی و افزایش فاصله مولید و باروری تاخیری می‌باشیم.

باروری که خود یک رفتار اجتماعی است نهادها و روابط اجتماعی اعضای جوامع، ارزش‌ها و هنجارهای باروری را تنظیم می‌کنند. امروزه به دلیل وضعیت پیش آمده، ایران به یکی از کشورهایی تبدیل شده که باروری زیر سطح جانشینی را تجربه می‌کنند. گذار باروری در ایران، برای همه زیر گروه‌های اجتماعی و جمعیتی و در تمام مناطق مختلف جغرافیایی از جمله در شهر خرم‌آباد اتفاق افتاده است.

در سال‌های اخیر فاصله بین تولد اول و دوم در ایران افزایش یافته که می‌تواند اثر تمپو قابل توجهی بر باروری ایجاد کند. یکی از دلایل کاهش باروری افزایش میزانهای تک‌فرزندی می‌باشد.

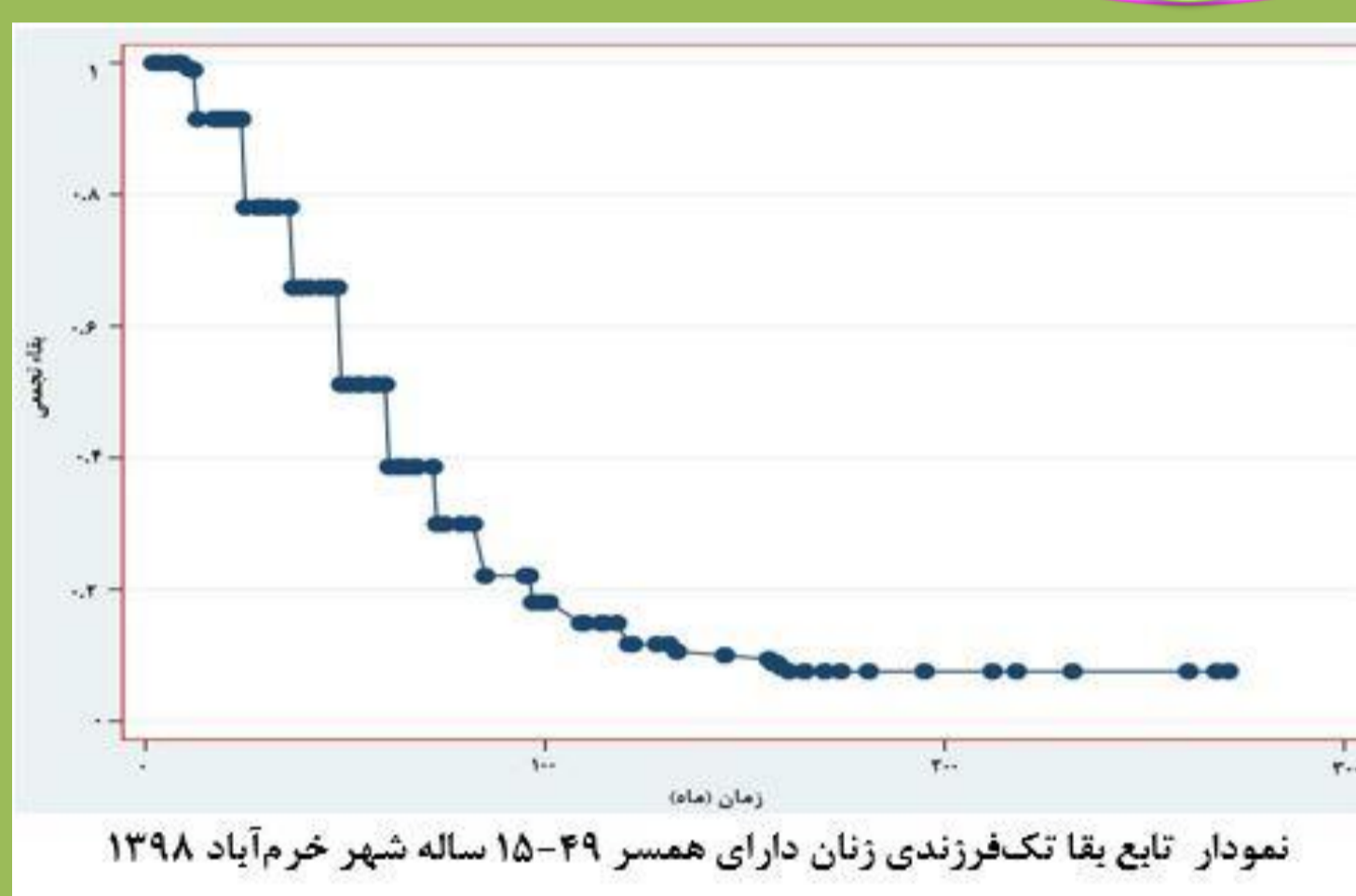
افزایش فاصله مولید و یا تصمیم بر بی‌فرزند و تک‌فرزند ماندن از عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متعددی تاثیر می‌پذیرد. همچنین عوامل نگرشی گوناگونی نظیر فردگرایی، نگرش جنسیتی، کاهش اهمیت دین و ... به عنوان عوامل اثرگذار بر تاخیر باروری شناخته شده است.

در جوامع مختلف به دلیل صنعتی شدن، مدرنیزاسیون و رشد شهرنشینی که فرآیندی متداول در سطح جهان است، دنیا را به سمت ساختار خانوادگی مشابه در مسیرهای متفاوت رهنمون می‌سازد. در نتیجه زنان شروع به مشارکت در فعالیتهای غیر خانگی می‌کنند و به فردگرایی و استقلال بالاتری دست پیدا می‌کنند و این محصول تغییر نگرشهای جنسیتی در زنان است. نتیجه این دگرگونی‌ها، ازدواج در سنین بالاتر که منجر به فرزندآوری در سنین بالاتر می‌شود که این فاصله خود موجب تاخیر در فرزندآوری می‌شود و در نهایت موجب تغییر در سطوح باروری می‌گردد.

هدف اصلی این مطالعه تحلیل بقای تک‌فرزندی و تعیین کننده‌های آن در شهر خرم‌آباد است.

این مطالعه بر اساس نظریه‌های مختلف و تحقیقات پیشین مطابق با مدل نظری زیر به تبیین زمان بقای تک‌فرزندی می‌پردازد.

یافته‌ها



نمودار تابع بقای تک‌فرزندی زنان دارای همسر ۴۹-۱۵ ساله شهر خرم‌آباد ۱۳۹۸

جدول تحلیل زمان بقای تک‌فرزندی با استفاده از مدل شکنندگی مشترک بقای لگ‌نرمال

متغیر	نسبت زمانی	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان (نسبت زمانی)	آماره $\chi^2$	p (سطح معناداری)
نگرش‌های جنسیتی (مدرن/برابر طلب)	۰.۵۸	۰.۰۷	۰.۴۶-۰.۷۵	۴.۲۸	۰.۰۳۹
دینداری زیاد	۱.۶۱	۰.۲۵	۱.۱۹-۲.۱۷	۳.۱۱	۰.۰۷۲
شبکه اجتماعی گسترده	۱.۲۵	۰.۱۶	۰.۹۷-۱.۶۱	۱.۶۹	۰.۰۹۱
فردگرایی زیاد	۰.۸۷	۰.۰۷	۰.۷۴-۱.۰۱	۱.۸۰	۰.۰۷۲
ناامنی اقتصادی	۰.۹۸	۰.۱۲	۰.۷۷-۱.۲۵	۰.۱۴	۰.۸۸۷

ادامه جدول تحلیل زمان بقای تک‌فرزندی با استفاده از مدل شکنندگی مشترک بقای لگ‌نرمال

متغیر	نسبت زمانی	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان (نسبت زمانی)	آماره $\chi^2$	p (سطح معناداری)
سن ۱۵ تا ۳۰ سال	۱.۴۹	۰.۱۹	۱.۱۶-۱.۹۱	۳.۱۶	۰.۰۷۲
سن ۳۱ تا ۴۰ سال	۱.۲۹	۰.۱۳	۱.۰۷-۱.۵۶	۲.۶۷	۰.۰۸۰
سن ۴۱ تا ۴۹ سال	۰.۶۷	۰.۰۸	۰.۵۳-۰.۸۴	۳.۵۴	۰.۰۶۰
بی‌سواد و ابتدایی راهتعالی دبیرستان	۰.۸۱	۰.۰۹	۰.۶۴-۰.۹۹	۱.۸۹	۰.۰۵۸
سطح تحصیلات	۰.۷۷	۰.۰۶	۰.۶۵-۰.۸۹	۳.۱۷	۰.۰۷۱
وضعیت شغلی	۱.۰۰	۰.۰۱	۰.۸۳-۱.۲۱	۰.۰۶	۰.۹۵۶
محل تولد	۱.۰۰	۰.۰۱	۰.۸۰-۱.۲۴	۰.۰۱	۰.۹۹۳
مالکیت محل سکونت	۰.۹۰	۰.۱۰	۰.۷۲-۱.۱۲	۰.۹۵	۰.۳۴۱
مالکیت محل سکونت	۰.۸۹	۰.۱۰	۰.۷۲-۱.۱۰	۱.۱۰	۰.۲۹۲
سن ازدواج	۱.۱۲	۰.۱۱	۰.۹۳-۱.۳۶	۱.۲۳	۰.۲۱۸
پایگاه اقتصادی اجتماعی	۰.۷۶	۰.۰۷	۰.۶۴-۰.۹۰	۳.۲۵	۰.۰۷۱
مقدار شکنندگی	۰.۳۸	۰.۰۴	(-۰.۴۵) (-۰.۳۰)	۹.۷۱	۰.۰۰۰

نتایج و بحث

نتایج مطالعه نشان داد که زنان در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۳۰ سال و ۳۱ تا ۴۰ سال زمان بقای تک‌فرزندی بیشتری نسبت به زنان بالای ۴۰ سال دارند و دیرتر برای تولد فرزند دوم اقدام می‌کنند.

طبق یافته‌های تحقیق زنان تحصیل کرده و جوان برای فرزندآوری دیرتر اقدام می‌کنند. بیشتر آنان پس از تحصیل به دنبال شغل هستند، پس فرزندآوری جزء اولویتهای اول بیشتر زنان تحصیل کرده نیست.

زنان دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی متوسط نسبت زنان دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا در فاصله کمتری به تولد دوم می‌رسند.

زنان دارای نگرش سنتی زودتر از زنان دارای نگرش جنسیتی مدرن برای تولد فرزند دوم اقدام می‌کنند.

زنانی که دارای گرایش مذهبی و دینی بالاتری هستند برای تولد دومین فرزند زودتر اقدام می‌کنند.

زنان دارای شبکه اجتماعی محدود دیرتر از زنان دارای شبکه اجتماعی گسترده نسبت به تولد فرزند دوم اقدام می‌کنند.

زنانی که احساس ناامنی اقتصادی-اجتماعی پایینی دارند، نسبت به زنانی که احساس ناامنی اقتصادی-اجتماعی بالاتری داشتند زودتر به فرزند دوم می‌رسند.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود دولت و مجلس با اتخاذ سیاستهای مناسب و برنامه‌ریزی دراز مدت، برای رفع نگرانیها و فراهم آوردن شرایط مناسب اقتصادی اجتماعی و اشتغال جوانان برای خانواده‌ها، روند فرزندآوری را تسریع نمایند. علاوه بر آن عوامل نگرشی متعددی در زمان‌بندی مولید نقش دارند که این مهم نیز می‌تواند با اطلاع‌رسانی از ساعت محدود بیولوژیکی و فرصت محدود زمانی فرزندآوری و تغییر باورها و نگرشهای افراد به سمت خانواده‌های بزرگتر امکان پذیر است.

منابع

رازقی نصرآباد، حجیه بی بی؛ حسینی چاووشی، میمنت؛ عباسی شوازی، محمد جلال (۱۴۰۰). تاثیر نگرش و نقشهای جنسیتی بر فاصله تولد اول تا دوم. *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۲). ۲۸-۱.  
رازقی نصرآباد، حجیه بی بی؛ حسینی چاووشی، میمنت؛ عباسی شوازی، محمد جلال (۱۳۹۸). بررسی عوامل موثر بر فاصله ازدواج تا تولد اول با استفاده از مدل‌های سابقه رخداد وقایع. *دوفصلنامه مطالعات جمعیتی*، دوره پنج شماره دو، ۱۵۶-۱۳۷.  
فروتن، یعقوب، حمیدرضا بیژنی، (۱۳۹۹). تک‌فرزندی و تعیین کننده‌های آن در ایران. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، بهار و تابستان ۱۳۹۹، شماره ۲۹۱-۲۶۵.

Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M. The fertility transition in Iran. 2009. imalaya Publishing House.  
McDonald, P. (2016). *Ageing in Australia: Population changes and responses*. Population ageing, 65.  
McDonald, P., Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., & Rashidian, A. (2015). An assessment of recent Iranian fertility trends using parity progression ratios. *Demographic Research*, 32, 1581-1602.  
Razeghi Nasrabad, H. (2018). Effect of education on age at first birth in Semnan, Tantarri,

مواد و روشها



روش تحقیق این مطالعه پیمایشی است و از نظر هدف کاربردی است. متغیر وابسته در این تحقیق زمان بقای تک‌فرزندی می‌باشد. در این مطالعه برای برآورد تابع بقای بی‌فرزندی از تحلیل بقا و تکنیک کاپلان-مایر استفاده می‌کنیم. داده‌ها با استفاده از آزمونهای تحلیل بقا، آزمون کاپلان-مایر به روش باقیمانده‌ها، لگ نرمال مورد آزمون قرار می‌گیرند.



# بررسی ویژگی های اقتصادی و اجتماعی زنان بی فرزند و تک فرزند ایرانی

علیرضا زارعی 09178549037

دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد alizare1015@gmail.com

محمد تر کاشوند مرادآبادی

عضو هیات علمی، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، m.torkashvand@yazd.ac.ir

مهدی میرجلیلی دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه

یزد mehdi.mirjalili@stu.yazd.ac.ir

✓چکیده:

مقدمه: آمارهای جمعیتی در ایران نشان از باروری پایین و گرایش زوج‌های جوان به فرزندآوری محدود دارد. کاهش فرزندآوری به دو فرزند و کمتر و ادامه آن در آینده، میتواند منجر به رشد منفی جمعیت در کشور شود. از سوی دیگر باروری پایین و تک‌فرزندی منجر به سالمندی بیشتر جمعیت در کشور خواهد شد. هدف تحقیق حاضر بررسی ویژگی‌های زنان با باروری پایین (تک‌فرزند و بی‌فرزند) در کشور ایران است. شناخت ویژگی‌های این زنان می‌تواند به سیاست‌گذاری بهتر در جهت افزایش باروری منجر شود.

روش: روش تحقیق کمی و تحلیل ثانویه داده جمع آوری شده در سرشماری سال ۱۳۹۵ است. یکی از سوالات پرسش شده از زنان در پیمایش دو درصد سرشماری، تعداد فرزندان است. از طریق این سوال، به گروه‌بندی زنان به سه گروه بی‌فرزند، تک‌فرزند و بیش از دو فرزند پرداخته شده و به مقایسه ویژگی‌های آنان پرداخته شده است.

یافته‌ها: از آنجایی که سن یک عامل مهم در فرزندآوری است به کنترل سن در تحلیل پرداخته شده و یافته‌ها نشان از این است که ۶۳.۹٪ از زنان زیر ۳۵ سال در گروه تک‌فرزند و بدون فرزند هستند و زنان ۳۵ سال به بالا ۱۹ درصد در این گروه می‌باشند. متغیرهای تحصیلات، وضع سکونت، وضع اشتغال و وضع زناشویی تأثیرگذار بر وضعیت بی‌فرزندی و تک‌فرزندی زنان دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: تک‌فرزندی و بی‌فرزندی به عنوان پدیده شایع در جامعه ایران وجود ندارد، در این حال در زنان با سنین پایین‌تر رو به افزایش است. نیاز است در سیاست‌گذاری‌های جمعیتی صرفاً تشویق فرزندآوری متمرکز بر فرزند سوم و بالاتر نباشد، بلکه فرزند اول و دوم نیز مورد تشویق قرار بگیرد. در واقع یکی از عوامل مؤثر بر میزان باروری کل در کشور ایران، وجود زنان بی‌فرزند است. با کاهش تعداد این زنان و رسیدن آنها به فرزند اول، میتوان میزان باروری در کشور را افزایش داد.

واژگان کلیدی: تک‌فرزندی، بی‌فرزندی، باروری، باروری پایین، ایران

## مقدمه

اولین هسته زندگی اجتماعی بشر از خانواده آغاز می‌گردد. تغییرات ارزشی در حوزه خانواده بر جامعه تأثیر می‌گذارد و البته تغییر در عرصه‌های گوناگون جامعه نیز در مناسبات خانوادگی مؤثر خواهد بود. یکی از عرصه‌هایی که در کشور ما در این سال‌ها دستخوش تحولات بسیاری شده، کنش‌های فرزندآوری افراد و خانواده‌ها، به ویژه زنان است.

داده‌های آماری حکایت از کاهش نرخ باروری در چند دهه گذشته می‌کند (کلانتری، بیگ محمدی، و زارع شاه آبادی، ۱۳۸۴)؛ تا جایی که در سال‌های اخیر تعداد فرزندان یک مادر حتی کمتر از شاخص لازم در جایگزینی نسل‌ها (۱/۲ فرزند) است (حسینی، وبگی، ۱۳۹۳).

محققان، زنان بی‌فرزند ارادی را به عنوان زنانی تعریف کرده‌اند که در سن فرزندآوری قرار دارند اما قصد ندارند فرزند داشته باشند. زنانی که بی‌فرزند ارادی یا داوطلبانه هستند در تقابل با زنانی قرار می‌گیرند که در حال حاضر فرزند ندارند اما در آینده فرزندآوری را تجربه خواهند کرد و به عنوان بی‌فرزند موقت تعریف می‌شوند. کسانی که می‌خواهند یا خواسته‌اند که فرزند داشته باشند اما به دلیل مشکلات باروری قادر به داشتن فرزند نبوده‌اند را تحت عنوان بی‌فرزند غیرارادی تعریف کرده‌اند. مطالعات نشان داده است که افزایش مشکلات اقتصادی و نگرانی در مورد تأمین آینده فرزندان از مهمترین دلایل عدم تمایل به فرزندآوری گزارش شده است.

البته گاهی خانواده تک فرزند نیز وجود داشته است. بنابراین؛ این نوع تک‌فرزندی در گذشته چندان به میل و خواسته خانواده‌ها گره نخورده بود و اگر خانواده‌های با یک فرزند عمر خود را سپری می‌کرد، این خواسته چندان به انتخاب خانواده وابسته نبود. این حالت را می‌توان «تک‌فرزندی طبیعی» نام نهاد. این نوع تک‌فرزندی الگوی غالب فرزندآوری نبود، بلکه باروری در سطح بسیار بالایی بود و اغلب خانواده‌ها تعداد زیادی فرزند داشتند که برخی از این فرزندان بر اثر مرگ و میر بالا جان خود را از دست می‌دادند

## مواد و روش‌ها

رویکرد تحقیق حاضر از نوع کمی با روش تحلیل ثانویه است. این تحقیق براساس داده‌های خام دو درصد سرشماری سال ۱۳۹۵ که در درگاه ملی مرکز آمار ایران در دسترس است صورت گرفته است. در تحقیق حاضر هدف مطالعه بررسی عوامل اجتماعی، اقتصادی زنان بی‌فرزند و تک‌فرزند ایران است. جامعه مورد پژوهش شامل زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ازدواج کرده است.

هدف تحقیق حاضر بررسی ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی زنان تک‌فرزند و بی‌فرزند، شامل بعد اجتماعی (تحصیلات) و بعد اقتصادی (وضع فعالیت، محل سکونت خانوار) است.

متغیر تعداد فرزند برگرفته از سوال تعداد فرزندان زنده به دنیاآورده زنان است که در سه گروه بدون فرزند، دارای یک فرزند و دارای دو فرزند و بیشتر گروه بندی شده است.

از آنجایی که سن زنان یک متغیر تأثیرگذار در تعداد فرزندان آنها است، لذا متغیر سن کنترل شده و نتایج تحقیق در دو گروه سنی زنان زیر ۳۵ سال و بالای ۳۵ ساله ارائه شده است.

## یافته‌ها

تعداد فرزندان			
سن زنان	بدون فرزند	دارای یک فرزند	۲ فرزند بیشتر
۱۵ تا ۳۵ ساله	47020	64257	62917
جمع	174194	1000	36.1
بدون فرزند	7679	5.2	5.2
دارای یک فرزند	20156	13.7	13.7
۲ فرزند بیشتر	118830	81.0	81.0
جمع	146665	100.0	100.0

تعداد فرزندان و تحصیلات				
سن	تعداد فرزندان			جمع
	بدون فرزند	دارای یک فرزند	دو فرزند و بیشتر	
زیر ۳۵	بوساود	45917	62712	58319
	درصد	27.5%	37.6%	34.9%
	بی سواد	1029	1536	4587
	درصد	14.4%	21.5%	64.1%
بالای ۳۵	بوساود	1105	1053	16927
	درصد	5.1%	15.0%	79.9%
	بی سواد	7643	20152	118822
	درصد	5.2%	13.7%	81.0%

وضعیت فعالیت و تعداد فرزند				
سن	تعداد فرزندان			جمع
	بدون فرزند	دارای یک فرزند	دو فرزند و بیشتر	
زیر ۳۵	شاغل	6244	6003	2893
	درصد	36.4%	35.0%	28.6%
	بیکار	2554	1603	834
	درصد	15.2%	32.1%	16.7%
	تحصیل	6595	2184	949
	درصد	37.8%	22.5%	9.8%
	خانه دار	29576	53226	55224
	درصد	21.4%	38.6%	40.0%
	درآمد	36	55	65
	بدون کار	23.1%	35.3%	41.7%
بالای ۳۵	شاغل	1517	4302	14198
	درصد	7.6%	21.5%	70.9%
	بیکار	128	340	808
	درصد	1.0%	36.6%	63.3%
	تحصیل	168	406	1134
	درصد	9.8%	23.8%	66.4%
	خانه دار	5561	14439	100151
	درصد	4.6%	12.0%	83.4%
	درآمد	44	127	655
	بدون کار	5.3%	15.4%	79.3%

تعداد فرزندان و سکونت				
سن	تعداد فرزندان			جمع
	بدون فرزند	دارای یک فرزند	دو فرزند و بیشتر	
زیر ۳۵	آپارتمان	21376	28809	19722
	درصد	30.6%	41.2%	28.2%
	غیر آپارتمان	24187	33905	41383
	درصد	24.3%	34.1%	41.6%
	چادر	192	230	374
	درصد	24.1%	28.9%	47.0%
	سایر	1265	1310	1434
	درصد	31.6%	32.7%	35.8%
	جمع	47020	64254	62913
	بالای ۳۵	آپارتمان	3128	11363
درصد		5.6%	20.5%	73.9%
غیر آپارتمان		4266	8547	75719
درصد		4.8%	9.7%	85.5%
چادر		32	28	344
درصد		7.9%	6.9%	85.1%
سایر		253	218	1725
درصد		11.5%	9.9%	78.6%
جمع		7679	20156	118829
درصد		5.2%	13.7%	81.0%

## نتایج و بحث

در تحلیل جدول شماره (۱) تعداد فراوانی ما ۳۲۰۸۵۹ نفر می‌باشد که آن را به دو گروه زیر ۳۵ ساله‌ها و بالای ۳۵ ساله‌ها تقسیم کرده ایم. در گروه زیر ۳۵ ساله‌ها ۲۷ درصد از فراوانی ما بدون فرزند ۳۶.۹ درصد دارای یک فرزند می‌باشند و ۳۶.۱ درصد بیشتر از دو فرزند دارند. اما در گروه سنی ۳۵ ساله به بالا فراوانی گروه بدون فرزند و دارای یک فرزند ۱۹ درصد می‌باشد و ۸۱ درصد بیش از دو فرزند دارند.

در تحلیل جدول دوم زنان زیر ۳۵ ساله با سواد ۶۵.۱ درصد دارای یک فرزند یا بدون فرزند می‌باشند و ۳۴.۹ درصد دو فرزند یا بیشتر دارند اما زنان زیر ۳۵ بی سواد ۱۴.۱ درصد بدون فرزند می‌باشند ۲۱.۵ درصد دارای یک فرزند هستند و ۶۴.۱ درصد دارای بیش از دو فرزند می‌باشند. اما در زنان ۳۵ ساله به بالا ۵.۱ درصد بدون فرزند می‌باشند ۱۵ درصد دارای یک فرزند هستند و ۷۹.۹ درصد بیش از دو فرزند دارند. زنان ۳۵ ساله بیسواد ۵.۲ درصد بدون فرزند می‌باشند ۱۳.۷ درصد دارای یک فرزند و ۸۱ درصد بیش از دو فرزند دارند.

در تحلیل جدول سوم در زنان زیر ۳۵ ساله ۳۶.۴ درصد شاغل بدون فرزند می‌باشند زنان بیکار بدون فرزند ۵۱.۲ درصد و زنان در حال تحصیل ۶۷.۸ درصد و زنان خانه دار ۲۱.۴ درصد ۲۳.۱ درصد درآمد بدون کار و ۴۸.۱ درصد سار بدون فرزند می‌باشند. زنان دارای یک فرزند شاغلین ۳۵ درصد، بیکارین ۳۲.۱ درصد در حال تحصیل ۲۲.۵ درصد خانه دار ۳۸.۶ درصد درآمد بدون کار ۳۵.۳ درصد و سایر ۲۸.۹ درصد را تشکیل می‌دهند. اما زنان دارای دو فرزند بیشتر ۲۸.۶ درصد شاغل ۱۶.۷ درصد بیکار ۹.۸ درصد در حال تحصیل ۴۰ درصد خانه دار درآمد بدون کار ۴۱.۷ درصد و سایر ۲۳ درصد را تشکیل می‌دهند و اما در زنان ۳۵ ساله به بالا ۷.۶ شاغلین و ۱۰ درصد بیکارین ۹.۸ درصد در حال تحصیل ۴.۶ درصد خانه دار ۵۵.۳ درصد درآمد بدون کار ۸.۴ درصد سایر دارای هیچ فرزند نمی‌باشند. در زنان دارای یک فرزند ۲۱.۵ درصد شاغلین ۲۶.۶ درصد بیکار ۲۳.۸ درصد در حال تحصیل ۱۲ درصد خانه دار ۱۵.۴ درصد درآمد بدون کار و ۲۰.۷ درصد سایر را تشکیل می‌دهند. اما زنان دارای دو فرزند و بیشتر ۷۰.۹ درصد شاغلین و ۶۳.۳ درصد بیکارین ۶۶.۴ درصد در حال تحصیل ۳۰.۳ درصد سایر ۲۹.۳ درصد درآمد بدون کار ۷۰.۹ درصد سایر می‌باشند. در تحلیل جدول شماره چهار کسانی که در خانه (یعنی خانه‌ای تحت تملک) زندگی می‌کنند ۳۰.۶ درصد بدون فرزند ۴۱.۲ درصد دارای یک فرزند و ۲۸.۲ درصد دارای بیش از دو فرزند می‌باشند. کسانی که در آپارتمان ۲۴.۳ درصد بدون فرزند و ۳۴.۱ درصد دارای یک فرزند و ۴۱.۶ درصد دارای بیش از دو فرزند می‌باشند. کسانی که در چادر (الوتک) ۲۴.۱ درصد بدون فرزند ۲۸.۹ درصد دارای یک فرزند و ۴۷ درصد بیش از دو فرزند دارند و سایر ۳۱.۶ درصد بدون فرزند ۳۲.۷ درصد یک فرزند و ۳۵.۸ درصد بیش از دو فرزند دارند. اما زنان بالای ۳۵ ساله ۵۵.۶ درصد بدون فرزند ۲۰.۵ درصد یک فرزند و ۷۳.۹ درصد بیش از دو فرزند دارند و در خانه زندگی می‌کنند. ۴.۸ درصد بدون فرزند و در آپارتمان زندگی می‌کنند در چادر (الوتک) ۷.۹ درصد بدون فرزند ۶۶.۹ درصد دارای یک فرزند و ۵۵.۱ درصد بیش از دو فرزند دارند. سایر ۱۱.۵ درصد بدون فرزند ۹.۹ درصد دارای یک فرزند و ۷۸.۶ درصد بیش از دو فرزند دارند.

## منابع

حسینی، حاتم، وبگی، بلال (۱۳۹۳). تعیین کننده های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیت شناختی تمایلات فرزندآوری زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی همدان در سال ۱۳۹۱. نشریه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱(۱)، ۳۵-۴۳.

کلانتری، صمد، بیگ محمدی، حسن، و زارع شاه آبادی، اکبر (۱۳۸۴). عوامل جمعیتی مؤثر بر باروری زنان یزد در سال ۱۳۸۳. نشریه پژوهش زنان، ۳(۳)، ۱۵۶-۱۳۷.

Kelly M. Women's voluntary childlessness: a radical rejection of motherhood. Women's Studies Quarterly 2009; 37:157-172.



## چکیده

کشور ایران طی سال‌های اخیر در حال تجربه بی‌سابقه‌ترین روند کاهش جوانی جمعیت است. شناسایی جنبه‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی و مداخلات تعیین‌کننده و تاثیرگذار بر تصمیم‌گیری‌های باروری زوجین، نقش مهمی در برنامه‌ریزی و طراحی مدیریت جمعیت دارد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی عوامل مداخله‌گر در روند فرزندآوری و افزایش جمعیت از بعد فرد، خانواده و جامعه بود.

## مقدمه:

فرآیندهای تشکیل خانواده و تصمیمات باروری پیچیده هستند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، جنبه‌های اجتماعی-اقتصادی و فردی، هنجارهای اجتماعی و همچنین نگرش‌ها برای برنامه‌ها و تصمیم‌گیری‌های باروری بسیار مهم هستند. کشور ایران طی سال‌های اخیر در حال تجربه بی‌سابقه‌ترین روند کاهش جوانی جمعیت است. مطالعات صورت گرفته در داخل کشور عوامل متعددی را در تغییر شکل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و الگوها و تعیین‌کننده‌های مرتبط با تک‌فرزندی، کاهش باروری و فرزندآوری دخیل می‌دانند که دارای نقش قابل توجهی هستند که از مهم‌ترین این عوامل می‌توان به تغییرات فرهنگی و فردگرایی، تغییر ارزش‌های خانوادگی، مدرن‌گرایی، صنعتی شدن جوامع، جهانی شدن، دگرگونی در نقش و موقعیت زنان، سن ازدواج، افزایش تحصیلات، سقط جنین و میزان استفاده از رسانه‌های نوین، افزایش مصرف‌گرایی، مشکلات اقتصادی و درآمد پایین و... اشاره نمود. در این مقاله به بررسی نقش هر یک از عوامل مداخله‌گر در روند فرزندآوری و افزایش جمعیت از بعد فرد، خانواده و جامعه پرداخته شده است.

## مواد و روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری می‌باشد که عوامل مداخله‌گر در فرزندآوری در ایران را بررسی می‌نماید. برای دستیابی به مقالات مربوطه در پایگاه‌های اطلاعاتی پابمد، ساینس دایرکت، گوگل اسکالر، مدلاین و وب‌آوساینس و با استفاده از کلمات کلیدی فارسی فرزندآوری، عوامل دخیل در فرزندآوری، ایران، عوامل بازدارنده و کلمات کلیدی انگلیسی Factors Involved In Childbearing Childbearing , Inhibiting Factors Iran , جست‌وجو انجام شد.

## نتایج:

در نتیجه جست‌وجوی اولیه، ۱۵۷ مقاله وارد مطالعه شدند که بعد از بررسی و حذف مقالات تکراری، ۴۲ مقاله باقی‌مانده تجزیه و تحلیل شدند. مطالعات انجام‌شده بر عوامل مختلف دخیل نشان داد با توجه به اینکه تصمیم به فرزندآوری باید با اشتراک زوجین انجام پذیرد، بیشترین سهم در روند فرزندآوری متعلق به مشکلات اقتصادی و درآمد پایین و عدم اطمینان از رفاه فرزندان (نگرانی در مورد آینده خود یا تأمین آینده فرزند) است که از عوامل موثر بر کاهش نرخ باروری می‌باشد و پایین‌ترین سهم را در این میان فرد‌گرایی مادر و پدر بر عهده دارد. شناسایی این عوامل می‌تواند به طراحی مداخلات مناسب برای بهبود شاخص‌های تولید مثل کمک کند.



## منابع:

- رازقی نصرآباد حبیبه بی، حسینی زینب، شیخی محمدتقی. (۲۰۱۶). تجربه زیسته زنان شهر شیراز از تک‌فرزندی با تاکید بر چرایی و پیامدهای آن. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۸۲-۴۳(۲۱)۱۱
- سرای حسن. (۲۰۰۹). درچه جمعیتی ایران. *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳۳-۴۵(۱)
- شمس زینب، و نجفی محمدجواد. (۱۴۰۰). بررسی موانع فرزندآوری از منظرآیات و روایات (با رویکرد نقد ادکة فمینیسم). *تفسیر پژوهی*، ۹۹-۱۲۶(۱۶)
- عباسی‌شوازی محمدجلال، اسمعیلی نصیبه. (۲۰۲۱). رسانه، فرهنگ‌سازی و باروری: شناسایی و رتبه بندی عوامل مؤثر بر باروری با استفاده از رویکرد فرایند تحلیل سلسله مراتبی. *مطالعات راهبردی فرهنگ*، ۴۶-۱۷(۱)
- عرفانی امیر، جهانپخش رویا، کلانتری عبدالحسین. (۱۳۹۹). فردگرایی و نیت باروری. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۲۳۹-۲۴۴(۱۵)
- علی دوستی عزالدین، ادهمی، عبدالرضا، کاظمی پور شهلا. (۲۰۲۱). عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر نگرش به فرزند آوری: مطالعه موردی زوجین در آستانه ازدواج در شهر کرمانشاه. *پایش*، ۴۸۵-۴۷۱(۴)۲۰
- کاظمی پور. (۲۰۲۱). تغییرات فرهنگی و تحول خانواده معاصر با تاکید بر ازدواج و فرزند آوری. *رهپویه ارتباطات و فرهنگ*، ۲۲-۱(۱)
- کیا، حسین. (۱۳۹۷). ارائه الگوی مطلوب برنامه‌های نمایشی سیاسی جمهوری اسلامی برای تشویق به افزایش فرزندآوری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد
- حیرایی سعیده، میرزائی‌حسین، حسینی درمیان غلامرضا. (۲۰۲۰). بررسی پدیدارشناسانه آگاهی زنان متأهل از فرزندآوری. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۰-۳۱(۳)
- تقوایی فرد لیلا، کریمی مجیدرضا، راسخ کرامت‌اله. (۲۰۲۰). تأثیر مصرف رسانه‌های بر نگرش زنان به فرزندآوری در شهر چهرم. *پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر (علمی-پژوهشی)*، ۸۷-۶۷(۱۵)۸
- Afshar, P. F., Asgari, P., Shiri, M., & Bahramzad, F. (2016). A review of the Iran's elderly status according to the census records. *Galen Medical Journal*, 5(1), 1-6.
- Buber, I., & Fliegenschnee, K. (2011). *Are you ready for a child? A methodological triangulation on fertility intentions in Austria* (No. 3/2011). Vienna Institute of Demography Working Papers.
- Fürsich, E. (2010). Media and the representation of Others. *International social science journal*, 61(199), 113-130.
- Ghazanfarpour, M., Arghavani, E., Khadivzadeh, T., Saeidi, M., Kareshki, H., Irani, M., ... & Rajab Dizavandi, F. (2018). Childbearing motivation in Iranian engaged couples: A structural equation model. *International Journal of Pediatrics*, 6(4), 7563-7568.
- Heravi, Marzieh., Cheraghi Koutiani, E., & Herati, Mohsen. (2020). Analysis of single child injuries for parents With a religious and psychological approach. *Bi-Quarterly Journal of Islamic Studies on Social Injuries*, 2(1), 163-182.
- Kariman, N., Simbar, M., Ahmadi, F., & Vedadhir, A. A. (2014). Socioeconomic and emotional predictors of decision making for timing motherhood among Iranian women in 2013. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(2).
- Kariman, N., Simbar, M., Ahmadi, F., & Vedadhir, A. A. (2014). Concerns about one's own future or securing child's future: paradox of childbearing decision making. *Health*, 2014.
- Testa, M. R. (2014). On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: Individual-and country-level evidence. *Advances in life course research*, 21, 28-42.

*Suggested Citation:* Buber, Isabella; Fliegenschnee, Katrin (2011) : Are you ready for a child? A methodological triangulation on fertility intentions in Austria, Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 3/2011, Austrian Academy of Sciences (ÖAW), Vienna Institute of Demography (VID), Vienna This Version is available at: <http://hdl.handle.net/10419/96993>



بسم الله الرحمن الرحيم

## بررسی تاثیرات کاهش فرزندآوری بر الگوهای تربیتی در خانواده بهناز یوسفی طلبه سطح دو حوزه علمیه

چکیده:

فرزندآوری، یکی از مسائل مهم پیش روی جوامع گوناگون است که از ابعاد مختلف اقتصادی، فرهنگی، فقهی، حقوقی و اخلاقی، مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی این مسئله، با نگرش اخلاقی به دلیل حیثیت‌های مهم علم اخلاق در زندگی حائز اهمیت است.

مهم‌ترین تغییراتی که در حوزه جمعیت شناختی در تمام مناطق دنیا رخ داده است کاهش بی سابقه باروری بوده است. ایران نیز تغییرات گسترده‌ای را تجربه کرده است. بطوریکه طی سه دهه گذشته میزان باروری در ایران به طرز حیرت‌انگیزی کاهش یافته است. کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل شده به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوان خارج و به سالخوردگی سوق می‌دهد.

هدف پژوهش حاضر بررسی دلایل کاهش فرزندآوری و تغییر الگوهای تربیتی در خانواده‌های کم جمعیت است. در این پژوهش با استفاده از روش توصیفی به شیوه کتابخانه‌ای دلایل کاهش فرزندآوری و تغییر سبک زندگی و تغییر الگوهای تربیتی از گذشته تا به امروز بررسی شده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد دلایل کاهش فرزندآوری می‌تواند شامل: فردی، خانوادگی، اجتماعی - محیطی باشد. عوامل فردی شامل شناختی، انگیزشی، رفتاری، سمی و جمعیت شناختی است. عامل خانوادگی شامل خانواده نخستین و خانواده فعلی است. عامل اجتماعی - محیطی شامل گسترش شبکه‌های اجتماعی مجازی و شبکه‌های ماهوارهای، نهادمند شدن کم فرزندی، مصرف زدگی، کاهش فشار و... است. تغییر الگوهای تربیتی شامل تغییر سبک زندگی، ضرورت داشتن الگو در زندگی، توجه به الگوهای مناسب در زندگی و منابع دینی و تربیت‌الگویی است.

مقدمه:

خانواده همواره یکی از نهادهای مهم اجتماعی بوده است و کارکرد فرزندآوری یکی از کارکردهای مهم خانواده است. باروری به‌منزله مهم‌ترین عامل تغییر در ساخت جمعیت موجب شده مطالعات مربوط به باروری و عوامل تأثیرگذارنده بر آن جایگاه ویژه‌ای را در مطالعات جمعیت‌شناختی به خود اختصاص دهد. نتایج بررسیها نشان می‌دهد امروزه تحولات باروری و تغییر در نگرش نسبت به فرزندآوری، برخلاف آنچه در گذشته تصور میشد، فقط ناشی از مسائل اقتصادی و هزینه‌های ظهور جامعه مصرفی به‌واسطه فزونی فرزندآوری نیست و در کنار این عامل، عوامل فرهنگی اجتماعی نیز دخالت دارند. کالاهای مادی از یکسو و دموکراتیزه شدن مصرف و عمومیت یافتن آن از سوی دیگر، به انتخاب شدن زندگی روزمره میانجامد و همین امر نشان‌دهنده اهمیت روزافزون سبک زندگی در جامعه معاصر است. سبک زندگی مجموعه‌ای نسبتاً هماهنگ از همه رفتارها و فعالیت‌های هر فرد معین در جریان زندگی روزمره است که مستلزم مجموعه‌ای از عادات و جهت‌گیریهاست؛ بنابراین نوعی وحدت دارد در مورد سبک زندگی در ایران، و به ویژه در دوره پس از انقلاب اسلامی، میتوان گفت که جامعه ایرانی نیز به لحاظ فرهنگی و اجتماعی بسیار متنوع و متکثر است و فرهنگ جدیدی در حال شکل‌گیری است که حق انتخاب فراوانی به افراد میدهد و آنها را تنوع‌طلب بار می‌آورد. در همین زمینه، میتوان گفت یکی از این تغییرات مهم، کاهش بی سابقه باروری در ایران بوده است؛ به طوریکه طی سه دهه گذشته، میزان باروری در ایران به شدت کاهش یافته است.

در این حوزه کارهای مختلفی صورت گرفته است که کتابها شامل:

1. سیده فاطمه، محبی، کاهش جمعیت و فرزندآوری (مصوبات، چالش‌ها و راهکارها)، شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، 1390

2. سمیرا، نادری مهر، نگرش به فرزندآوری، انتشارات ندای کارآفرین، 1400

3. ملیحه عامریان، نورالسادات کریمان، مرضیه فغانی‌آغوزی، چرایی کاهش فرزندآوری در زنان انتشارات ندای کارآفرین سال 1398.

4. ابراهیم، شفیع سروستانی، رسانه ملی و تغییر سیاست جمعیتی؛ مسئله شناسی، راهبردها و سیاست‌ها قم: صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، مرکز پژوهش‌های اسلامی، 1396.

و مقالات شامل:

1. شجاعی و یزدخواستی در 1396 در تحقیقی با روش مرور ساختارمند، به بررسی مطالعات کاهش باروری در دو دهه 70 و 80

2. زینب کاوه فیروز، بیژن زارع، تأثیر مؤلفه‌های سبک زندگی بر نگرش به فرزندآوری، زن در توسعه و سیاست، دوره 14، شماره 2، تابستان 1395: 217-23

3. فاطمه رفیعی مقدم، کشف عوامل بازدارنده زوجین از فرزندآوری در دهه اخیر، زمستان 99 فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده سال پانزدهم شماره 53

به طور کلی همانطور که اشاره شد کتاب‌ها و مقاله‌های موجود به صورت کلی یا فقط در رابطه با بخشی از این موضوع سخن گفته‌اند و این پژوهش با هدف بررسی همه‌ی جنبه‌های آن از جمله تأثیرات کاهش فرزندآوری بر ارتباط و صمیمیت اعضای خانواده و چگونگی تغییر سبک زندگی در طول زمان و تغییر الگوهای تربیتی و تأثیرات آن بر خانواده‌ها... نوشته شده است.

نتیجه‌گیری:

این پژوهش در رابطه با تأثیرات کاهش فرزندآوری بر الگوهای تربیتی در خانواده‌ها بوده؛ سعی در بررسی تأثیرات عوامل بازدارنده فرزندآوری و تغییراتی که در طول زمان در الگوهای تربیتی به وجود آمده است بود.

بر اساس نتایج، نوعی احساس ناامنی و نگرش منفی نسبت به آینده بین عوامل بازدارنده فرزندآوری به چشم می‌خورد که مجموعاً تأیید علمی زیادی را به خود اختصاص داده و به نظر میرسد اساس بسیاری از عوامل بازدارنده فرزندآوری است (نگرش منفی نسبت به آینده و سخت‌تر شدن زندگی، احساس ناامنی نسبت به آینده فرزندان، ناامنی اقتصادی). همانطور که نتایج بررسی جامعه شناختی عوامل مؤثر بر ترجیح باروری زنان نشان داد ناامیدی نسبت به آینده جامعه، مهم‌ترین عامل در کاهش تمایل به باروری است و بیشتر تحت تأثیر عواملی همچون میزان درآمد، میزان استفاده از رسانه‌ها و میزان تحصیلات، فردیت‌گرایی، منفعت‌طلبی، نگرش نسبت به فرزند، خردگرایی و رضایت‌مندی زناشویی افراد قرار دارد.

بر اساس نتایج این تحقیق به نظر میرسد به منظور افزایش فرزندآوری، الزم است که در سه زمینه، برنامه‌ریزی و اقدام جدی صورت گیرد تا عوامل قدرتمندی که بازدارنده فرزندآوری است: اول اینکه ارزشهای معنوی و دینی بین جوانان ترویج شود به طوری که باور آنها نسبت به جایگاه خانواده در زندگی، اولویت بندی نقشها در خانواده و ارزشمندی با توجه به دیدگاه اسلامی اصلاح و تقویت شود؛ باورهایی که تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله رویکردهای فمینیستی دستخوش تحول شده است. دوم اینکه دغدغههای والدین و فرزند محور در بین افراد جامعه کاهش داده شود و احساس کارآمدی در حلّ این مسائل در زوجین افزایش داده شود که احساس ناامنی و کاهش امید به آینده را رقم زده است. از جمله این دغدغه‌ها مسائل اقتصادی است که در مورد تأمین نیازهای خانواده با تولد فرزند، و هم ممکن است دغدغههای مراقبتی مربوط به تربیت فرزند و محافظت از وی در برابر آسیبهای اجتماعی باشد. سوم اینکه سبک زندگی افراد از طریق اصلاح باورها و ارزشهای مرتبط با سبک زندگی مدرن با استفاده از ابزارهای رسانه‌ای قدرتمند اصلاح شود. علاوه بر این موارد، زمینیهایی فراهم شود تا بین نگهداری و پرورش فرزندان و ادامه فعالیت و مشارکت زنان در کارهای اجتماعی هماهنگی الزم به وجود آید. لذت‌پدیری و مادری کردن و داشتن فرزندان بیشتر از طریق ترویج و تبلیغ تجربه افراد موفق در این زمینه به نمایش گذاشته، و جمعگرایی و خانواده‌گرایی با گسترش فعالیت‌های جمعی و بویژه خانوادگی در سطح جامعه تقویت شود.

منابع

قرآن، انصاریان، حسین، 1383، قم، چ 1

نهج البلاغه، دشتی، محمد، 1396، قم، انتشارات نشتا، چ 1

1. کتاب

1. اناری آسیه. تفاوت خانواده‌های دیروز و امروز، تهران، انتشار 1400

2. دهخدا، علی اکبر، لغت‌نامه دهخدا، چاپخانه بانک ملی، سال 1319

، چاپ دوم، ۱۳۹۵ ق، تهران، 3. شیخ صدوق، کمال الدین و تمام النعمه، محقق/مصحح: غفاری، علی اکبر، اسلامی

4. شیخ طوسی، ابوجعفر، الغیبه، مؤسسه معارف اسلامی قم در سال 1411 هـ.ق

5. طباطبایی، سید محمد حسین 1378، تفسیر المیزان، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، قم، چ

6. گیندز، آنتونی (1378). تجدید و تشخیص در جامعه جدید، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نی

2. مقاله

1. آقایی هیر، توکل؛ فرخی نکارستان، مینا؛ لطیفی مجره، سیده صدیقه (9813). فرزندآوری به مثابه مخاطره مطالعه کیفی زمینیهایی کم‌فرزندی در شهر تبریز. (مجله مطالعات راهبردی زنان، 8-33: 73-33)

جمعیت ایران، افزایش یا کاهش؟. چ سوم. تهران: انتشارات روابط (. 9814 (2). حسینی مجرد، اکرم؛ خزعلی، کبری؛ اصالح چی، زهرا؛ آقاجانی، شهناز؛ جونوش، مرضیه؛ طرانچی، نعیمه عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده

3. رفیعی مقدم، فاطمه. کشف عوامل بازدارنده زوجین از فرزندآوری در دهه اخیر. زمستان 99 فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده سال پانزدهم شماره 53

4. قائمی مقدم، محمدرضا، روش الگویی در تربیت اسلامی، ماهنامه معرفت

سایت:



بسم الله الرحمن الرحيم

## بررسی تاثیرات کاهش فرزندآوری بر الگوهای تربیتی در خانواده بهناز یوسفی طلبه سطح دو حوزه علمیه

چکیده:

فرزندآوری، یکی از مسائل مهم پیش روی جوامع گوناگون است که از ابعاد مختلف اقتصادی، فرهنگی، فقهی، حقوقی و اخلاقی، مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی این مسئله، با نگرش اخلاقی به دلیل حیثیت‌های مهم علم اخلاق در زندگی حائز اهمیت است.

مهم‌ترین تغییراتی که در حوزه جمعیت شناختی در تمام مناطق دنیا رخ داده است کاهش بی سابقه باروری بوده است. ایران نیز تغییرات گسترده‌ای را تجربه کرده است. بطوریکه طی سه دهه گذشته میزان باروری در ایران به طرز حیرت‌انگیزی کاهش یافته است. کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل شده به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوان خارج و به سالخوردگی سوق می‌دهد.

هدف پژوهش حاضر بررسی دلایل کاهش فرزندآوری و تغییر الگوهای تربیتی در خانواده‌های کم جمعیت است. در این پژوهش با استفاده از روش توصیفی به شیوه کتابخانه‌ای دلایل کاهش فرزندآوری و تغییر سبک زندگی و تغییر الگوهای تربیتی از گذشته تا به امروز بررسی شده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد دلایل کاهش فرزندآوری می‌تواند شامل: فردی، خانوادگی، اجتماعی - محیطی باشد. عوامل فردی شامل شناختی، انگیزشی، رفتاری، سمی و جمعیت شناختی است. عامل خانوادگی شامل خانواده نخستین و خانواده فعلی است. عامل اجتماعی - محیطی شامل گسترش شبکه‌های اجتماعی مجازی و شبکه‌های ماهوارهای، نهادمند شدن کم فرزندی، مصرف زدگی، کاهش فشار و... است. تغییر الگوهای تربیتی شامل تغییر سبک زندگی، ضرورت داشتن الگو در زندگی، توجه به الگوهای مناسب در زندگی و منابع دینی و تربیت‌الگویی است.

مقدمه:

خانواده همواره یکی از نهادهای مهم اجتماعی بوده است و کارکرد فرزندآوری یکی از کارکردهای مهم خانواده است. باروری به‌منزله مهم‌ترین عامل تغییر در ساخت جمعیت موجب شده مطالعات مربوط به باروری و عوامل تأثیرگذارنده بر آن جایگاه ویژه‌ای را در مطالعات جمعیت‌شناختی به خود اختصاص دهد. نتایج بررسیها نشان می‌دهد امروزه تحولات باروری و تغییر در نگرش نسبت به فرزندآوری، برخلاف آنچه در گذشته تصور میشد، فقط ناشی از مسائل اقتصادی و هزینه‌های ظهور جامعه مصرفی به‌واسطه فزونی فرزندآوری نیست و در کنار این عامل، عوامل فرهنگی اجتماعی نیز دخالت دارند. کالاهای مادی از یکسو و دموکراتیزه شدن مصرف و عمومیت یافتن آن از سوی دیگر، به انتخاب شدن زندگی روزمره میانجامد و همین امر نشان‌دهنده اهمیت روزافزون سبک زندگی در جامعه معاصر است. سبک زندگی مجموعه‌ای نسبتاً هماهنگ از همه رفتارها و فعالیت‌های هر فرد معین در جریان زندگی روزمره است که مستلزم مجموعه‌ای از عادات و جهت‌گیری‌هاست؛ بنابراین نوعی وحدت دارد در مورد سبک زندگی در ایران، و به ویژه در دوره پس از انقلاب اسلامی، میتوان گفت که جامعه ایرانی نیز به لحاظ فرهنگی و اجتماعی بسیار متنوع و متکثر است و فرهنگ جدیدی در حال شکل‌گیری است که حق انتخاب فراوانی به افراد میدهد و آنها را تنوع طلب بار می‌آورد. در همین زمینه، میتوان گفت یکی از این تغییرات مهم، کاهش بی سابقه باروری در ایران بوده است؛ به طوریکه طی سه دهه گذشته، میزان باروری در ایران به شدت کاهش یافته است.

در این حوزه کارهای مختلفی صورت گرفته است که کتابها شامل:

1. سیده فاطمه، محبی، کاهش جمعیت و فرزندآوری (مصوبات، چالش‌ها و راهکارها)، شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، 1390

2. سمیرا، نادری مهر، نگرش به فرزندآوری، انتشارات ندای کارآفرین، 1400

3. ملیحه عامریان، نورالسادات کریمان، مرضیه فغانی‌آغوزی، چرایی کاهش فرزندآوری در زنان انتشارات ندای کارآفرین سال 1398.

4. ابراهیم، شفیع سروستانی، رسانه ملی و تغییر سیاست جمعیتی؛ مسئله شناسی، راهبردها و سیاست‌ها قم: صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، مرکز پژوهش‌های اسلامی، 1396.

و مقالات شامل:

1. شجاعی و یزدخواستی در 1396 در تحقیقی با روش مرور ساختارمند، به بررسی مطالعات کاهش باروری در دو دهه 70 و 80

2. زینب کاوه فیروز، بیژن زارع، تأثیر مؤلفه‌های سبک زندگی بر نگرش به فرزندآوری، زن در توسعه و سیاست، دوره 14، شماره 2، تابستان 1395: 217-23

3. فاطمه رفیعی مقدم، کشف عوامل بازدارنده زوجین از فرزندآوری در دهه اخیر، زمستان 99 فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده سال پانزدهم شماره 53

به طور کلی همانطور که اشاره شد کتاب‌ها و مقاله‌های موجود به صورت کلی یا فقط در رابطه با بخشی از این موضوع سخن گفته‌اند و این پژوهش با هدف بررسی همه‌ی جنبه‌های آن از جمله تأثیرات کاهش فرزندآوری بر ارتباط و صمیمیت اعضای خانواده و چگونگی تغییر سبک زندگی در طول زمان و تغییر الگوهای تربیتی و تأثیرات آن بر خانواده‌ها... نوشته شده است.

نتیجه‌گیری:

این پژوهش در رابطه با تأثیرات کاهش فرزندآوری بر الگوهای تربیتی در خانواده‌ها بوده؛ سعی در بررسی تأثیرات عوامل بازدارنده فرزندآوری و تغییراتی که در طول زمان در الگوهای تربیتی به وجود آمده است بود.

بر اساس نتایج، نوعی احساس ناامنی و نگرش منفی نسبت به آینده بین عوامل بازدارنده فرزندآوری به چشم می‌خورد که مجموعاً تأیید علمی زیادی را به خود اختصاص داده و به نظر میرسد اساس بسیاری از عوامل بازدارنده فرزندآوری است (نگرش منفی نسبت به آینده و سخت‌تر شدن زندگی، احساس ناامنی نسبت به آینده فرزندان، ناامنی اقتصادی). همانطور که نتایج بررسی جامعه شناختی عوامل مؤثر بر ترجیح باروری زنان نشان داد ناامیدی نسبت به آینده جامعه، مهم‌ترین عامل در کاهش تمایل به باروری است و بیشتر تحت تأثیر عواملی همچون میزان درآمد، میزان استفاده از رسانه‌ها و میزان تحصیلات، فردیت‌گرایی، منفعت طلبی، نگرش نسبت به فرزند، خردگرایی و رضایت‌مندی زناشویی افراد قرار دارد.

بر اساس نتایج این تحقیق به نظر میرسد به منظور افزایش فرزندآوری، الزم است که در سه زمینه، برنامه‌ریزی و اقدام جدی صورت گیرد تا عوامل قدرتمندی که بازدارنده فرزندآوری است: اول اینکه ارزشهای معنوی و دینی بین جوانان ترویج شود به طوری که باور آنها نسبت به جایگاه خانواده در زندگی، اولویت بندی نقشها در خانواده و ارزشمندی با توجه به دیدگاه اسلامی اصلاح و تقویت شود؛ باورهایی که تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله رویکردهای فمینیستی دستخوش تحول شده است. دوم اینکه دغدغههای والدین و فرزند محور در بین افراد جامعه کاهش داده شود و احساس کارآمدی در حلّ این مسائل در زوجین افزایش داده شود که احساس ناامنی و کاهش امید به آینده را رقم زده است. از جمله این دغدغه‌ها مسائل اقتصادی است که در مورد تأمین نیازهای خانواده با تولد فرزند، و هم ممکن است دغدغههای مراقبتی مربوط به تربیت فرزند و محافظت از وی در برابر آسیبهای اجتماعی باشد. سوم اینکه سبک زندگی افراد از طریق اصلاح باورها و ارزشهای مرتبط با سبک زندگی مدرن با استفاده از ابزارهای رسانه‌ای قدرتمند اصلاح شود. علاوه بر این موارد، زمینیهایی فراهم شود تا بین نگهداری و پرورش فرزندان و ادامه فعالیت و مشارکت زنان در کارهای اجتماعی هماهنگی الزم به وجود آید. لذت‌پدیری و مادری کردن و داشتن فرزندان بیشتر از طریق ترویج و تبلیغ تجربه افراد موفق در این زمینه به نمایش گذاشته، و جمعگرایی و خانواده‌گرایی با گسترش فعالیت‌های جمعی و بویژه خانوادگی در سطح جامعه تقویت شود.

منابع

قرآن، انصاریان، حسین، 1383، قم، چ 1

نهج البلاغه، دشتی، محمد، 1396، قم، انتشارات نشتا، چ 1

1. کتاب

1. اناری آسیه. تفاوت خانواده‌های دیروز و امروز، تهران، انتشار 1400

2. دهخدا، علی اکبر، لغت نامه دهخدا، چاپخانه بانک ملی، سال 1319

، چاپ دوم، ۱۳۹۵ ق، تهران، 3. شیخ صدوق، کمال الدین و تمام النعمه، محقق/مصحح: غفاری، علی اکبر، اسلامی

4. شیخ طوسی، ابوجعفر، الغیبه، مؤسسه معارف اسلامی قم در سال 1411 هـ.ق

5. طباطبایی، سید محمد حسین 1378، تفسیر المیزان، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، قم، چ

6. گیندز، آنتونی (1378). تجدید و تشخیص در جامعه جدید، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نی

2. مقاله

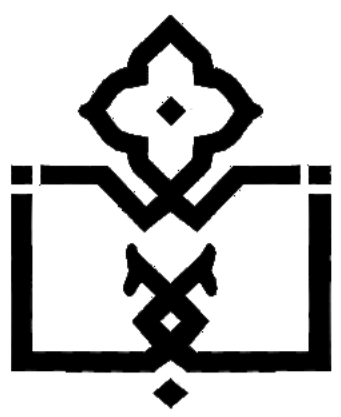
1. آقایی هیر، توکل؛ فرخی نکارستان، مینا؛ لطیفی مجره، سیده صدیقه (9813). فرزندآوری به مثابه مخاطره مطالعه کیفی زمینیهایی کم‌فرزندی در شهر تبریز. (مجله مطالعات راهبردی زنان، 8-33: 73-33)

جمعیت ایران، افزایش یا کاهش؟. چ سوم. تهران: انتشارات روابط (. 9814 (2. حسینی مجرد، اکرم؛ خزعلی، کبری؛ اصالح چی، زهرا؛ آقاجانی، شهناز؛ جونوش، مرضیه؛ طرانچی، نعیمه عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده

3. رفیعی مقدم، فاطمه. کشف عوامل بازدارنده زوجین از فرزندآوری در دهه اخیر. زمستان 99 فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده سال پانزدهم شماره 53

4. قائمی مقدم، محمدرضا، روش الگویی در تربیت اسلامی، ماهنامه معرفت

سایت:



دانشگاه علوم پزشکی خدمات  
بهداشتی دامانی استان زنجان

## بررسی نگرش پرستاران بیمارستان آیت اله موسوی زنجان به آسیب تک فرزندی

پروا انصاری: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان  
p.ansari1328@gmail.com



### نتایج و بحث

جامعه ای که همه آحاد آن تک فرزند باشند قطعاً جامعه ای دلیپذیر نخواهد بود با توجه به عنایت به آیات قرآن کریم و اهل بیت ع در می یابیم که اصل و مبنا بر داشتن فرزند آوری در آیات متعددی اشاره شده است مانند آیاتی مبنی بر درخواست از خداوند متعال برای فرزند داشتن و وجود فرزند به عنوان نعمت الهی و متاع دنیا و زینت زندگی و یا وسیله امتحان و یاری رساننده به پدر و مادر و در روایات اسلامی نیز شاهد تشویق به فرزند آوری و تعدد فرزندان هستیم فرزندان با ناسازگاری اجتماعی و فردگرا و با اختلالات ارتباطی با دیگران نه تنها خود تک فرزندان بلکه جامعه نیز متأثر از بعدهای مختلف از جمله جامعه سالمند و نداشتن نیروی کار و فشار اقتصادی به جامعه و آسیب های رفتاری از جمله مشکلات روحی روانی و ناسازگاری اجتماعی و فردگرایی و مشکل در ارتباطات خویشاوندی و حتی با پدر و مادر خواهد شد. راهکارهای اساسی از جمله تبیین آسیب های تک فرزندی در بین پرستاران با آموزشهای لازم برای دوره های مختلف به عنوان دوره های آموزشی مصوب از طریق وزارتخانه قطعاً موثر خواهد بود. زیرا با توجه به یافته ها قطعاً پس از صحبت با پرستاران یا نسبت به آسیبها کم آگاه و یا آگاه هستند ولی با بهانه های واهی قصد فرزند آوری ندارند و بهانه های مختلف از فرزند آوری امتناع نموده علی رغم آگاهی از مشکلات تک فرزندی باز هم به این معضل دامن می زنند.

### منابع

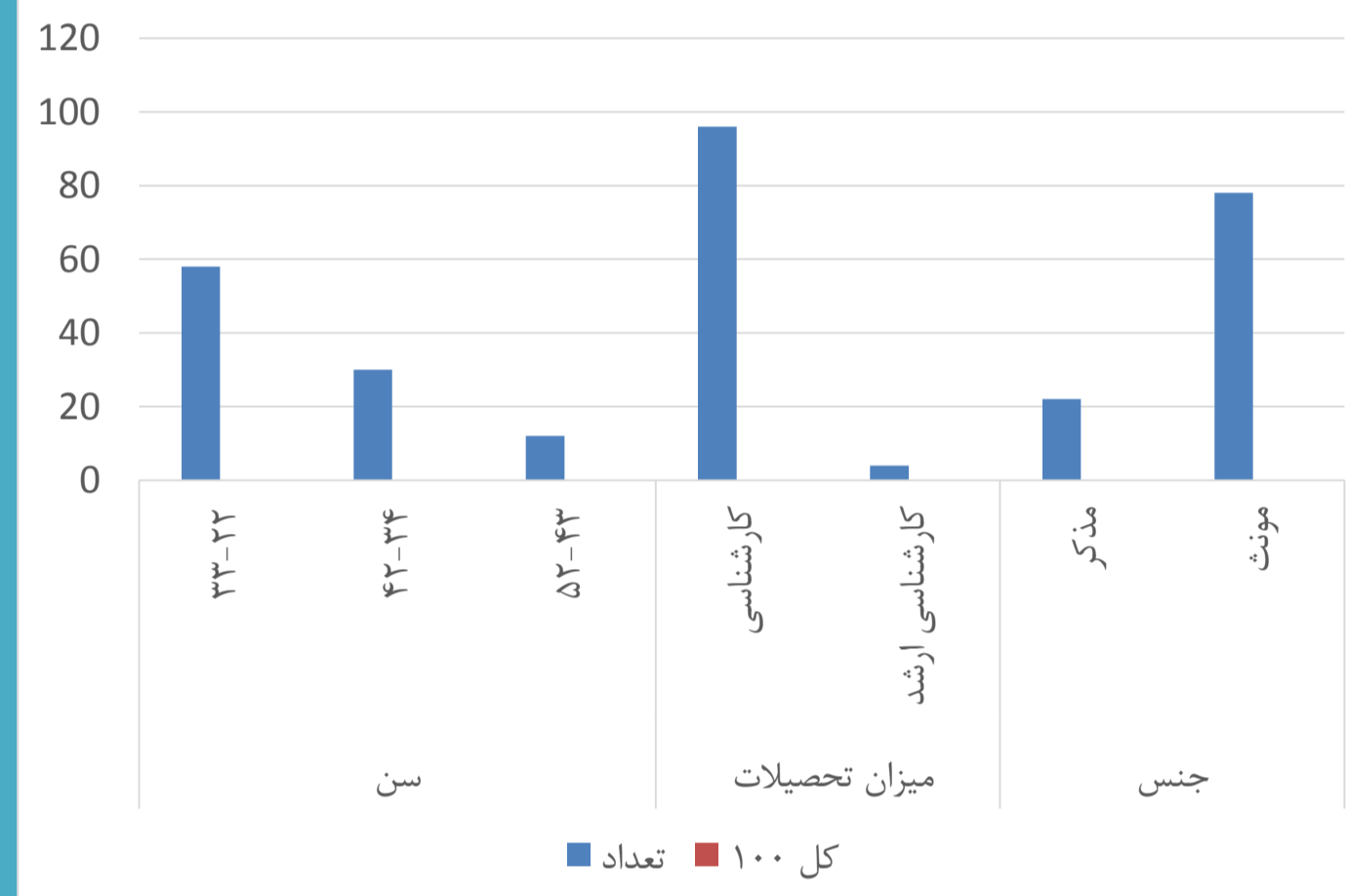
- ۱- فاطمه علیزاده، محمد مهدی کریمی نیا، مجتبی انصاری مقدم: آسیب های تک فرزندی در جامعه (با نگاهی به دستورات اسلامی)
- ۲- ملکوتی نیا ۱۴۳۵ق: آسیب های اخلاقی کاهش جمعیت ص ۷۱
- ۳- بنگرید به "روایت مرنندی از مصوبه "خیلی محرمانه" درباره جمعیت سایت اقتصاد ایران آنلاین در تاریخ ۲۰ آذر ۱۳۹۱ش
- ۴- آینده خانواده ایرانی با کارگزاری نسلی، تقی آزاد دارملکی مجمع تشخیص مصلحت نظام تهران ۱۳۸۹ش ص ۷۹
- ۵- انصاریان، حسین، نظام خانواده در اسلام، قم: ام اییها چاپ ۱۳۸۶ و ۲۴.

### اشکال و جداول

جدول دموگرافیک

مشخصات فردی	فراوانی	تعداد
سن	۲۲-۳۳	۵۸
	۳۴-۴۲	۳۰
	۴۳-۵۲	۱۲
میزان تحصیلات	کارشناسی	۹۶
	کارشناسی ارشد	۴
جنس	مذکر	۲۲
	مونث	۷۸

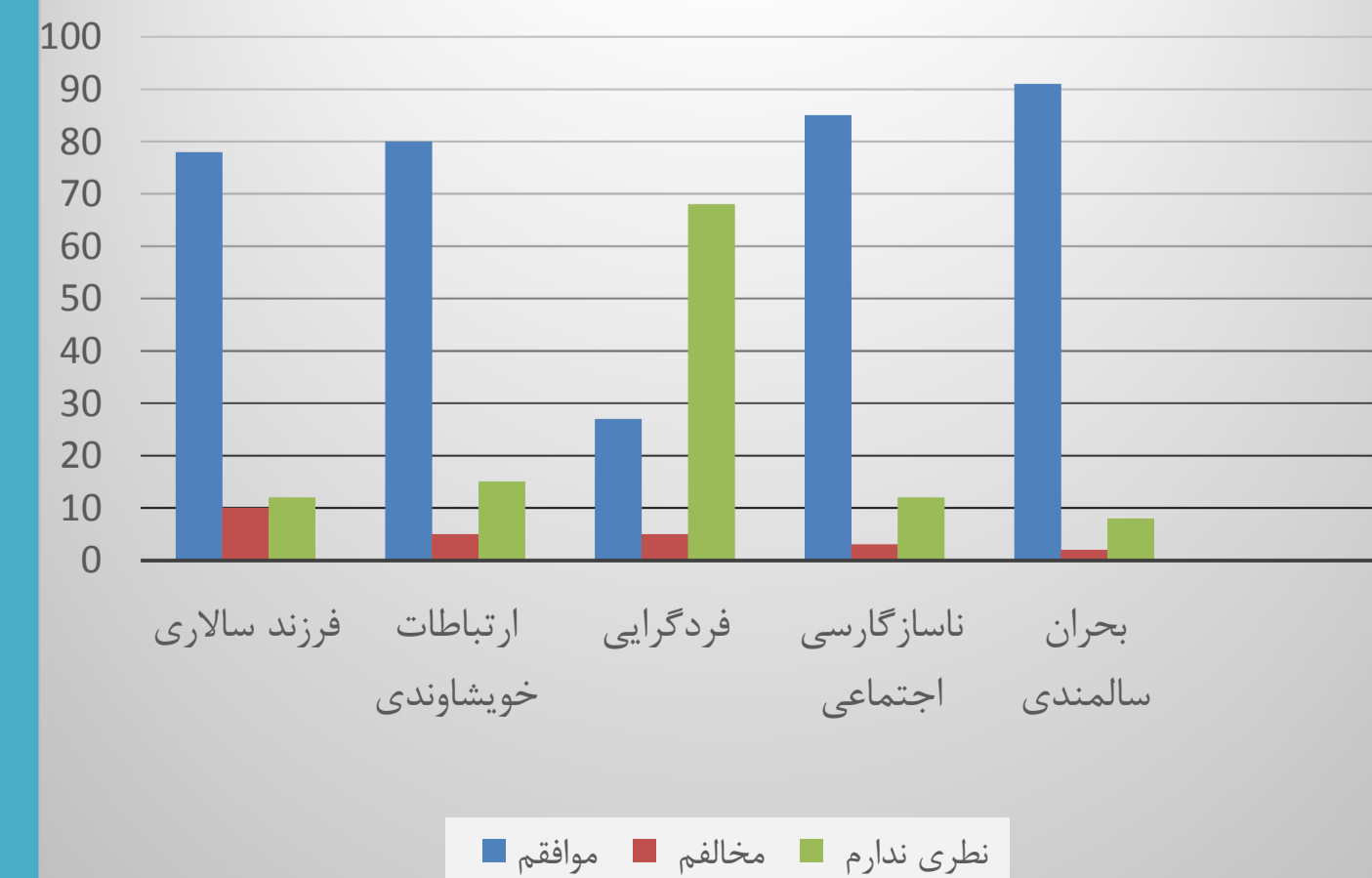
اطلاعات دموگرافیک



۶/۶۸٪ متاهل و ۳/۲۹٪ بومی و ۷/۷۰٪ غیر بومی بودند بین جنسیت و نگرش به آسیب ها با ارتباط معنی دار آماری دیده شد ( $P=0.008$ ) مردان نسبت به زنان نگرش منفی تری نسبت به تک فرزندی داشتند اما بین بومی و غیر بومی ارتباط معنی داری دیده نشد ( $P=0.9$ )

آسیب های تک فرزندی	موافقم	مخالفم	نظری ندارم
فرزند سالاری	۷۸	۱۰	۱۲
ارتباطات خویشاوندی	۸۰	۵	۱۵
فردگرایی	۲۷	۵	۶۸
ناسازگاری اجتماعی	۸۵	۳	۱۲
بحران سالمندی	۹۱	۲	۸

آسیب های تک فرزندی



### مقدمه

خانواده کوچکترین اجتماع انسانی است که در روابط اعضای آن پیوند عاطفی و خوبی نشأت می گیرد. بدون تردید فرزند آوری و پدر و مادر شدن یکی از پر احساس ترین تجربیات هر انسانی است و این تمایل فطری است و برای تداوم نسل و بقا انسان ها ضروری است (۱). تک فرزندی پدیده ای است نوظهور در علم جامعه شناسی، نوعی از خانواده تک هسته ای که از تغییر در سبک زندگی افراد جامعه به وجود می آید والدین تک فرزند، فرزند واحدی را تربیت می کنند و از معایب تک فرزندی غالباً بی اطلاع هستند و در صورت اطلاع نیز با بهانه های واهی به آن دامن می زنند امروزه بنا بر دلایل بسیاری مانند مشکلات اقتصادی و نگرانی از هزینه ها، مشکلات چند فرزندی، ازدواج در سنین بالا، و کافی دانستن یک فرزند و صدها دلایل دیگر تک فرزندی در حال افزایش است. نتایج یافته های پیشرفته در حال توسعه امروزی نشان داده داشتن فرزند زیاد برای والدین مطلوب نیست ولی تعداد کم فرزند نیز آسیب هایی از جمله اختلالات رفتاری کودک به دلیل حمایت های زیاد تأمین شدن بی اندازه، تجربه نکردن شکست، بی مسئولیتی و فرزند سالاری و ناسازگاری اجتماعی و فردگرایی و مشکل در ارتباط با والدین و خویشاوندان و عدم تجربه ارتباط در جامعه و خواهر و برادرها و بحران سالمندی برای والدین و خود تک فرزند حادث می گردد. (۲). هدف اصلی تحقیق بررسی آسیب های تک فرزندی و پیامد های آن در ۵ بعد (فردگرایی- فرزند سالاری- بحران سالمندی- آسیب های ارتباطات خویشاوندی و ناسازگاری اجتماعی) می باشد. فردگرایی: در نگاه فردگرایانه، زندگی فرد از آن خود اوست، نه برای جامعه و نه برای خشودی دیگران، بنابراین او میتواند آنگونه که می پسندد و می خواهد رفتار کند در این نگاه، عقل، تنها ابزاری برای برآورده شدن خواسته های فردی است و اخلاق و آرمانهای اجتماعی باید خود را با خواسته های افراد همراه کنند. فرزند سالاری: فرزندان خانواده های کم جمعیت، به فرزند سالاری می رسند و جامعه پذیری متفاوتی را می آموزند زیرا امکانات یک خانواده بر یک فرزند متمرکز می گردد و پدر و مادر بها و حمایت بی دریغی را به جهت نگهداری آنان ارائه می نمایند. هزینه شدن بیشتر امکانات خانواده برای خشودی فرزندان و در نتیجه کاهش بعد نظارتی والدین، از ویژگیهای فرزند سالاری است. بحران سالمندی: یکی از مسائل چالش برانگیز در خانواده های تک فرزندی تحمل بار نگهداری والدین سالمند و به دوش کشیدن زحمات بیماری آنها از یک سو و هزینه های سنگین درمانی والدین و از سوی دیگر تک فرزندان مجبور می شوند والدین خود را به سالمندان بسپارند و یا دولت هزینه های نگهداری را بر عهده می گیرد و یا تک فرزند بنا بر این والدینی که به آسایش و آرامش خود در زمان پیری می اندیشد باید در سیاست فرزند آوری و فرزند پروری خود تجدید نظر نماید. ناسازگاری اجتماعی: خانواده های تک فرزند، به دلیل فرزند سالاری و سیطره ی فرزندی بر فعالیتهای فردی و اجتماعی شدن ناسازگار اخلاقی را تجربه می کنند چون خانواده های پر جمعیت به دلیل محدودیت امکانات، به انواعی از نظم نیازمندند که نتیجه آن کامیابی در کسب فضایل اخلاقی است زیرا در این خانواده ها کودکان می آموزند که هم بردبار و صبور باشند و هم قناعت پیشه نمایند، حقوق دیگران را پاس بدارند و نظارت والدین را ارج نهند در کارهای گروهی همبستگی و همکاری داشته باشند. پس این فرزندان با ورود در اجتماع با رویارویی با ناکامیها و همبستگی اجتماعی و توجه به مصلحتها و ارزشهای گروهی آمادگی بیشتری دارند. اختلال در ارتباطات خویشاوندی: یکی از عوامل شادابی و نشاط افراد پیوندهای فامیلی است از این جهت صله رحم و تعامل با آنها در آموزه های اسلامی مورد توجه خاص است. ارتباط خویشاوندی به جز والدین در خانواده های تک فرزندی کم تر است و بسیاری از این فرزندان عمو و خاله و خواهر و برادر نداشته و. ارتباطات خانوادگی و خویشاوندی را نمی آموزند و بیشتر وقت خود را صرف رسانه می کنند پس بیشتر هویت این فرزندان با آموزه های فضای مجازی پر می شود و آنگونه که مد نظر والدین و خانواده و جامعه اسلامی است بار نمی آیند.

### مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۱۰۰ نفر از پرستاران بیمارستان آیت اله موسوی زنجان در سال ۱۴۰۱ به روش تصادفی انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک (۷ سوال) و اطلاع از آسیب های تک فرزندی (۵ سوال): فرزند سالاری- فردگرایی- ناسازگاری اجتماعی- بحران سالمندی و اختلال در ارتباطات خویشاوندی استفاده شد. داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: میانگین سنی ۶۵/۲۲ سال جدول ۱، از این تعداد ۲/۲۲٪ مونث و ۸/۲۷٪ مذکر

**بخش دوم**

**دین، خانواده و جمعیت**

# تبیین مفهوم تک فرزندی، تحلیل کیفی تجربه زیسته مادران

دکتر اشرف دیرکوند مقدم

دانشیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

direkvand-a@medilam.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی در تداوم زندگی محسوب می شود.

روش بررسی: در مطالعه پدیدارشناسی، ۱۸ زن متأهل دارای یک فرزند که حداقل ۱۵ سال از تولد فرزندشان گذشته بود، به مطالعه وارد شدند. به منظور دستیابی به اطلاعات غنی، از شرکت کنندگان با گروه های متفاوت از نظر سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، سطح درآمد انتخاب شدند. شرکت کنندگان با عقاید دینی غیر متعارف از مطالعه حذف شدند. داده ها از با روش مصاحبه بدون ساختار جمع آوری و نمونه گیری هدفمند تا اشباع داده ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده ها به طور مستمر و همزمان با جمع آوری داده ها انجام شد. برای اطمینان از دقت در تفسیر داده ها، از روش بازنگری همکاران استفاده شد. به منظور تعیین اعتبار یافته ها، مفاهیم به دست آمده به چند نفر از شرکت کنندگان در پژوهش داده شد و اعتبار توصیف داده ها تایید گردید.

یافته ها: با توجه به کدها و طبقات بدست آمده در خصوص مفهوم تک فرزندی یک مفهوم اصلی ترس از آینده و نه مفهوم فرعی جایگاه اجتماعی، ناامنی، تجربه فرزند اول، فرهنگ، خواست همسر، مشکلات اقتصادی، عدم همکاری همسر در فرزندپروری، سن بالای والدین، تجربه دوران کودکی به بدست آمد.

نتیجه گیری: از آنجا که برخی از مفاهیم فرعی تک فرزندی از مفاهیم قابل رفع به نظر می رسند، لذا شناسایی علل تک فرزندی و انجام مشاوره و مداخلات متناسب با شرایط گیرندگان خدمت جهت رفع به موقع موانع فرزندآوری ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: تک فرزندی، ترس از آینده، مطالعه پدیدار شناختی

مقدمه

خانواده بزرگترین و مهم ترین نهاد جامعه است که در جوامع صنعتی از نظر ساختار تغییرات زیادی کرده است و از شکل گسترده به شکل هسته ای تبدیل و اعضای خانواده اکثراً به سه یا چهار نفر کاهش یافته است.

امروز، ایران شاهد پدیده تک فرزندی می باشد که علل و عوامل مختلفی مانند افزایش آگاهی خانواده ها، آموزش همگانی، استقلال و بهبود موقعیت زنان در جامعه، صنعتی شدن جوامع، افزایش سن ازدواج به خصوص در زنان، اجرای سیاست تنظیم خانواده و عوامل دیگر، در بروز این پدیده نقش دارند.

تک فرزندی، همانند چند فرزندی، شمشیری دولبه ای است که نقاط قوت و ضعف گوناگون دارد. هدف از این تحقیق کیفی، تبیین مفهوم تک فرزندی به عنوان تجربه زیسته مادران بود.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کیفی و بخشی از یک پژوهش گسترده کاربردی درمورد تبیین مفهوم تک فرزندی در زنان است. در این مطالعه، ۱۸ مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته انجام شد. زنان تک فرزند که حداقل ۱۵ سال از تولد فرزندشان گذشته بود، به مطالعه وارد شدند. به منظور دستیابی به اطلاعات غنی، از شرکت کنندگان با گروه های متفاوت از نظر سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، سطح درآمد انتخاب شدند. شرکت کنندگان با عقاید دینی غیر متعارف از مطالعه حذف شدند. در مطالعه حاضر محدودیتی در مورد حجم نمونه وجود نداشته و نمونه گیری تا حد اشباع داده ها انجام شد.

برای جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. هر نمونه به طور جداگانه مورد مصاحبه قرار گرفته و با کسب اجازه از نمونه ها کلیه مکالمات روی نوار ضبط شد. تحلیل داده ها در راستای هدف پژوهش و بر اساس توضیحات مشارکت کنندگان در مطالعه به ترتیب در ۸ مرحله به شرح ذیل انجام گرفت آماده کردن داده ها، تعیین واحدهای معنایی، کدگذاری متن، بازنگری کدها با متن، دسته بندی و توسعه طبقات بر اساس تشابه و تناسب. بازنگری طبقه ها و مقایسه مجدد با داده ها برای اطمینان از استحکام کدها. شناسایی درون مایه ها با تأمل دقیق و عمیق. مقایسه طبقات با یکدیگر و گزارش یافته ها. برای اطمینان از صحت و پایایی داده های کیفی از معیارهای دقت علمی اعتبار، قابلیت اعتماد، تناسب و قابلیت تأییدپذیری استفاده شد. روش های تعیین اعتبار شامل، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و داده ها، کنترل توسط مشارکت کنندگان و رؤیت بخشی از متن مصاحبه همراه با کدهای اولیه توسط مشارکت کنندگان استفاده شد.

بحث

نتایج

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مصاحبه ها

متغیر	مقدار
سن (سال) (انحراف معیار ± میانگین)	۴۳ ± ۳/۲
شغل (تعداد/ درصد)	خانه دار
	۷ (۳۹)
مدت مصاحبه (انحراف معیار ± میانگین)	شاغل
	۱۱ (۶۱)
سطح تحصیلات (تعداد/ بی سواد)	بی سواد
	۲ (۱۱)
درصد	خواندن و نوشتن
	۴ (۲۲)
	دیپلم
	۱۲ (۶۷)

بسیاری از مشارکت کنندگان نامساعد بودن شرایط جامعه را از علل کاهش فرزندآوری بیان نمودند. در این راستا، کرایپ بیان می کند که زمینه های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه برای حمایت از فرزندآوری به گونه ای نیست که بتوان سختی های فرزندآوری را به بهای ارج نهادن به سیاست های جمعیتی کشور به جان خرید. در نظریه عاملیت و ساختار گیدنز ساختار همیشه هم بازدارنده و هم توانا کننده است

زنان شرکت کننده اعلام کردند که عدم حمایت دولت از خانواده ها در زمینه فرزندآوری و پرورش و تربیت فرزندان، فقدان تسهیلات برای فرزندآوری و شرایط اقتصادی نابسامان تمایل زوجین برای اقدام به باروری را بسیار شوار می کند. اقتصادی یکی از مهمترین موارد بیان شده در مصاحبه هاست که در نظریه اقتصاد و باروری بکر نیز به آن اشاره شد است. بکر معتقد است اساس تعداد بچه هایی که خانواده ها خواهند داشت، به واسطه درآمد تعیین می شوند و در نتیجه خانواده های متمول باید فرزندان بیشتری داشته باشند

ریشه ی بسیاری از تصمیمات افراد در زندگی به تجربیاتی باز می گردد که در طول حیات آنها وجود داشته و تجربه ی زیسته ی آنها را شکل می دهد. گرینهل و ون دکا هم راستا با بیانات شرکت کنندگان در مطالعه کنونی، بیان می کنند که والدین تنها زمانی تصمیم به فرزنددار شدن می گیرند که در تجربیات اجتماعی و اقتصادی شان، فرزندآوری را تجربه ای ارزشمند بیابند.

با توجه به کدها و طبقات بدست آمده در خصوص مفهوم تک فرزندی یک **مفهوم اصلی ترس از آینده** و ۹ مفهوم فرعی جایگاه اجتماعی، نا امنی، تجربه فرزند اول، فرهنگ، خواست همسر، مشکلات اقتصادی، عدم همکاری همسر در فرزندپروری، سن بالای والدین، تجربه دوران کودکی به بدست آمد. در همه شرکت کنندگان به نحوی این مضامین را به طور برجسته عنوان نمودند.

از مهمترین علل تک فرزندی شرکت کنندگان، داشتن مشکل با خانواده ی خود و همسر بود. در تعداد دیگر، بیان داشتند که اشتغال همزمان آنها و شوهرانشان، باعث عدم توانایی این زنان در نگهداری از فرزندان زیاد بوده است.

اغلب شرکت کنندگان اذعان داشتند در سال های اولیه پرورش فرزند شان از مادر خود کمک گرفته اند که این شرایط برای زنان و همسران و مادرانشان دشوار بوده و حاضر نبودند بار دیگر آن تجربیات را تکرار کند.

در تعداد زیادی از شرکت کنندگان، گروه سنی زن و همسر در اواخر سن باروری بود و این موضوع سبب نگرانی زوجین از ناهنجاری در فرزند بعدی می شد.

در تعداد از شرکت کنندگان درک نامطلوب از خانواده پر جمعیت سبب عدم احساس نیاز به فرزند بیشتر شده و این امر، منجر به تمایل به تک فرزندی و در نهایت تک فرزندی در خانواده شده بود.

داشتن مشکلات اقتصادی و کمبود درآمد، بلاخص در اوایل زندگی مشترک از دلایلی بود که برخی از شرکت کنندگان به عنوان علت تصمیم خود در تک فرزندی اظهار نمودند.

منابع

- Huang W, Lei X, Sun A. Fertility Restrictions and Life Cycle Outcomes: Evidence from the One-Child Policy in China. Review of Economics and Statistics. 2021 Oct 1;103(4):694-710.
- Shojaei J, Erfani A. Trends and patterns of one-child families in Iran. Social Sciences. 2019 Aug 23;26(85):89-105.
- Mobasheri MA, Mohammadi S, Soureshjani SH, Khosravi F, Alidousti M. The most important factors influencing the fertility patterns of single child families and without children in Shahre Kord City in 2013. In 8th IRHRC Annual Meeting Reproductive and Infertility Updates 2015 (Vol. 8).
- Pradhan I, Sekher TV. Single-child families in India: levels, trends and determinants. Asian Population Studies. 2014 May 4;10(2):163-75.
- Hărăguș M. Is Romania going toward the one child family model?. Romanian Journal of Population Studies. 2007;1(1-2):92-112.
- Shojaei J, Yazdkhasti B. One-child living experience: A study of girls over 18 years. Women in Development & Politics. 2018 Jan 1;15(4):447-76.

# بررسی عوامل موثر بر بالا رفتن سن ازدواج در بین دختران شهر اصفهان

سید صمد بهشتی، استادیار دانشگاه یاسوج\*  
فرشید بهادر، دانش آموخته دانشگاه تربیت مدرس

هدف اصلی این پژوهش بررسی عوامل موثر بر بالا رفتن سن ازدواج در بین دختران شهر اصفهان است. این پژوهش به روش پیمایش انجام گرفته است. به صورت کلی 31/7 درصد از تغییرات ناشی از بالا رفتن سن ازدواج توسط متغیرهای استفاده از رسانه، تحصیلات و مسئولیت پذیری تبیین شده است

## مقدمه:

با توجه به اهمیت نهاد خانواده، هر گونه تغییر و تحول در جامعه، نهاد خانواده را نیز تغییر خواهد داد. افزایش سن ازدواج دختران و رواج پدیده مجرد در آنان از جمله تحولاتی است که به دنبال تغییرات کلان در سطح جامعه ایجاد شده است. امروزه وقتی مسئله ازدواج در خانواده ها و در میان جوانان مطرح می شود، اغلب به جای اینکه به ضرورت این امر ببیند، بشنوند، تصویری مبهم و در واقع کوهی از مشکلات و موانع در مقابل دیدگانشان مجسم می شود. مهریه سنگین و مخارج هنگفت خرید طلا و جواهر، هدایا و لباس های گوناگون، هزینه های هنگفت جشن های عقد و عروسی و هزینه اجاره، رهن یا خرید مسکن، بارداری، فقدان شغل و دهها مسئله دیگر خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی، مسئله ازدواج جوانان را به تأخیر می اندازد. هدف اصلی این پژوهش بررسی عوامل موثر بر بالا رفتن سن ازدواج در بین دختران شهر اصفهان است.

## روش:

این پژوهش به روش پیمایش انجام گرفته است. جامعه ی آماری این تحقیق کل دختران 35 سال به بالای شهر اصفهان است؛ در این پژوهش گردآوری اطلاعات به روش میدانی با استفاده از ابزار پرسشنامه می باشد. 140 نفر به عنوان حجم نمونه محاسبه شده است. جهت انتخاب نمونه معرف جامعه از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای استفاده شد.

## بحث و نتیجه گیری:

افزایش سن ازدواج دختران و رواج پدیده مجرد در آنان از جمله تحولاتی است که به دنبال تغییرات کلان در سطح جامعه ایجاد شده است. امروزه وقتی مسئله ازدواج در خانواده ها و در میان جوانان مطرح می شود، اغلب به جای اینکه به ضرورت این امر ببیند، بشند، تصویری مبهم و در واقع کوهی از مشکلات و موانع در مقابل دیدگانشان مجسم می شود. مهریه سنگین و مخارج هنگفت خرید طلا و جواهر، هدایا و لباسهای گوناگون، هزینه های هنگفت جشنهای عقد و عروسی و هزینه اجاره، رهن یا خرید مسکن، بارداری، فقدان شغل و دهها مسئله دیگر خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی، مسئله ازدواج جوانان را به تأخیر می اندازد. به صورت کلی 31/7 درصد از تغییرات ناشی از بالا رفتن سن ازدواج توسط متغیرهای استفاده از رسانه، تحصیلات و مسئولیت پذیری تبیین شده است.

## یافته ها:

یافته ها حاکی از آن است که بین تحصیلات و بالا رفتن سن ازدواج در بین دختران شهر اصفهان رابطه وجود دارد. اما بین وضعیت شغلی و بالا رفتن سن ازدواج در بین دختران شهر اصفهان رابطه معناداری مشاهده نشد. همچنین بین اعتماد اجتماعی، مسئولیت پذیری، استفاده از رسانه و بالا رفتن سن ازدواج در بین دختران شهر اصفهان رابطه وجود دارد.

نام متغیر	B	S.E	Beta	T	Sig	R	R <sup>2</sup>	Adjust R <sup>2</sup>
مقدار ثابت	۰۳/۱۳۵	۱۱/۱۲	-	۱۴/۱۱	۰۰۰/۰	۵۶۳/۰	۳۱۷/۰	۳۰۲/۰
استفاده از رسانه	۲۸/۱	۲۰۳/۰	۴۶۴/۰	۳۰/۶	۰۰۰/۰			
تحصیلات	۳۸/۶	۳۰/۱	۳۶/۰	۸۹/۴	۰۰۰/۰			
مسئولیت پذیری	۹۷/۰	۳۰/۰	۲۳۲/۰	۲۳/۳	۰۰۲/۰			

منابع و ماخذ

احمدی، ا. (1389). تنگنا و تاخیر در ایران. تهران: نشر زاهدان.

آزاد ارمنکی، تقی. (1386). جامعه‌شناسی خانواده ایرانی. تهران: انتشارات سیت.

اسکندری جراتی، آ. (1388). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر تأخیر سن ازدواج در ایران با تأکید بر استان گلستان. فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی. سال چهارم، شماره سوم، ناشر: دانشگاه آزاد اشدیان.

اعزازی، ش. (1385). جامعه‌شناسی خانواده باتاکید بر نقش ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.

امینی، ا. (1390). ازدواج، موانع و راه‌حل‌ها. قم: موسسه بوستان کتاب.

بستان نجفی، ح. (1389). اسلام و جامعه‌شناسی خانواده. قم: انتشارات سبحان

به‌بوزه، ا. (1389). آسیب‌شناسی خانواده. مجله بیوند. شماره 375، صص 24-20.

بوراکبران، الهه؛ محمدرزاده، مینا؛ اکبری، فاطمه؛ سروری عارف، حسین (1394). بررسی علل و عوامل بالا رفتن سن ازدواج و ارتباط آن با عوامل اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، اولین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران.

حسینی، م. (1391). آموزش و مشاوره قبل از ازدواج. تهران: نشر آوی نور.

خواص، امیر و دیگران. (1385). فلسفه اخلاق (با تکیه بر مباحث تربیتی). قم: معارف.

خیری، مرضیه؛ حاجی آقا، مرضیه (1395). بررسی آسیب‌شناختی اجتماعی بالا رفتن سن ازدواج از دیدگاه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه. مجله مطالعات جامعه‌شناسی. دوره 9، شماره 30، صص 125-138.

درخشان، ب. (1383). موانع و راهکارهای ازدواج. مجموعه مقالات همایش ازدواج دانشجویی، راهکارها و چالش‌ها. کاشان: انتشارات مرسل.

رجبی، ع. (1386). سن ازدواج، عوامل افزایش و راهبردهای کاهش آن. مجله معرفت. شماره 112، صص 154-143.

رحیمی، ا. (1393). آسیب‌شناسی بالا رفتن سن ازدواج. روزنامه جام‌جم، شماره 109271.

ساروخانی، ب. (1385). دایرةالمعارف علوم اجتماعی. تهران: نشر کیهان.

ستاح، احمد. (1366). فرهنگ بزرگ جامع نوین (عربی، فارسی مصوّر). تهران: اسلام.

شجاعی، م. (1384). تحلیل روان شناختی افزایش سن ازدواج و نقش آن در انحرافات اخلاقی جوانان. مجله معرفت. شماره 97، صص 53-46.

صدیق اورعی، غ. (1378). مسایل اجتماعی جوانان. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

کاستلز، م. (1380). عصر اطلاعات قدرت و هویت. ترجمه: ح. جاوشیان. تهران: انتشارات طرح نو.

کزابی، یان. (1378). نظریه اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس. ترجمه: ع. مخبر. تهران: انتشارات آگاه.

لیتل، د. (1373). تبیین علوم اجتماعی. درآمدی به فلسفه علیالاجتماع. ترجمه: ع. سروش. تهران: نشر صراط.

مجد الدین، ا؛ و دیگران. (1386). بررسی دلایل و آثار افزایش سن ازدواج دختران روستایی در آشتیان. مجله شناخت. شماره 53، صص 386-375.

مصباح بزدی، محمدتقی. (1380). فلسفه اخلاق. تحقیق و نگارش احمدحسین شریفی. تهران: سازمان تبلیغات اسلامی.

محمدپور، علی؛ تقوی، نعمت‌الله (1392). عوامل اجتماعی بالا رفتن سن ازدواج جوانان. مطالعات جامعه‌شناختی. دوره 5، شماره 20، صص 39-53.

محمدی صادق؛ سعید؛ اخوندی، موسی (1394). بررسی عوامل جامعه‌شناختی موثر بر افزایش سن ازدواج جوانان شهر زاهدان. کنفرانس ملی آینده پژوهی، علوم انسانی و توسعه.

محمدی، حمید و مالکی گنجی، اسداله و فتاحی، هوشنگ و سعادت، عبدالرضا. 1396. بررسی جامعه‌شناسی نگرش جوانان به تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر در بالا رفتن سن ازدواج (مطالعه موردی شهرستان ارومیه). پنجمین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، تهران. <https://civilica.com/doc/733307>



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران

# مروری بر سیاست های تشویقی جمعیت در جهان

نویسندگان: دکتر صغری خانی ۱ ، سیده ملیحه ساداتی\*۲

۱. دانشیار گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، ساری، ایران



مقدمه و هدف : شناسایی دیدگاه دولت های جهان در مورد مهم ترین ابعاد فرزند آوری و سیاست های تشویقی آن ها می تواند راهگشای اهداف فرزندآوری کشور باشد. لذا هدف مطالعه حاضر بررسی سیاست های تشویقی جمعیت در جهان می باشد.

در بین ۸۱ کشور با سطح باروری پایین، ۴ بعد اجتماعی- فرهنگی، اجتماعی-اقتصادی، محیطی-اقتصادی و عوامل مشوق زادآوری بررسی شد. اقدامات متداول دولت ها شامل: یارانه عمومی مراقبت از کودک، کمک هزینه مراقبت نوزاد بعد مرخصی زایمان، مرخصی با حقوق و بدون حقوق والدین، حفظ امنیت شغلی والدین، ساعات کاری انعطاف پذیر و پاره وقت، اعتبار مالیاتی برای فرزندان تحت تکلف، کمک هزینه مسکن و وام با بهره پایین، طرح بخشودگی و معافیت مالیاتی برای خانوارهایی با ۳ فرزند یا بیشتر، یارانه نوسازی مسکن و کمک هزینه خرید خودرو از جمله سیاست های تشویقی دولت هاست. در عین حال غربالگری روانی، بررسی پیشینه فرهنگی و بهداشتی تاثیر مثبتی بر تمایل فرزندآوری می گذارد.

روش جستجو: در مطالعه مروری حاضر، با جستجوی اینترنتی در بازه های زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ در پایگاه های اطلاعاتی ایرانی و بین المللی Scopus , Science Direct , civilica , Pub Med, Cochrane Library , ISI , SID , iranmedex , magiran Up to date باگردآوری 75 مقاله که در نهایت 15 مقاله با کلمات کلیدی:

childbearing encourage strategies , support childbearing public financial tools, مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه گیری: حفظ مشوق های بلند مدت فرزندآوری و بهبود جنبه های زیرساختی با ترویج مشاغل دوستدار خانواده یک محیط پایدار و فراگیر برای فرزندآوری و حفظ سرمایه انسانی ایجاد کند.



## چکیده:

با توجه به تغییرات الگوهای رفتاری و نگرشی فرزندآوری در دهه های اخیر و به تبع آن کاهش رشد جمعیت، محققان در این پژوهش به بررسی عوامل موثر بر تمایل و عدم تمایل به فرزندآوری زنان و مردان متاهل در شهرستان کاشان پرداختند. این پژوهش مقطعی به روش تصادفی در دسترس و بر روی ۴۱۲ نفر از زنان و مردان همسر دار ۱۵-۵۰ سال (۴۳ مرد و ۳۶۹ زن) شهرستان کاشان در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری کلیه زنان و مردان همسر دار ۱۵ تا ۵۰ سال بودند. برای جمع آوری نمونه ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS و به روش توصیفی و همچنین با آزمون های همبستگی انجام شد. تنها ۳۰.۱٪ پاسخگویان تمایل به بارداری داشتند.

یافته ها رابطه آماری بین جنس، وضعیت اشتغال و طول مدت ازدواج افراد با تمایل به بارداری نشان نداد. رابطه آماری معنادار معکوس بین تحصیلات افراد و تعداد فرزند فعلی با تمایل به بارداری و رابطه مستقیم بین ایده آل فرزندآوری با تمایل به بارداری مشاهده شد. بیشترین دلایل پاسخگویان برای تمایل به فرزندآوری علاقه به بچه ۸۴.۷٪ و علاقه به پدر/مادر شدن ۸۲.۳٪ و بیشترین دلایل عدم تمایل به فرزندآوری نگرانی در مورد تأمین آینده فرزندان جدید ۵۶.۳٪، نگرانی در مورد افزایش مشکلات اقتصادی با آوردن فرزند دیگر ۵۲.۱٪ مطرح شده است. متوسط ایده آل فرزندآوری پاسخگویان ۳.۵۵ فرزند می باشد که مقدار مطلوبی به جهت برنامه ریزی های فرزندآوری است و از طرفی با توجه به گزارش علاقه بالای به فرزند و نگرانی از آینده فرزندان و مشکلات اقتصادی به عنوان بیشترین دلایل مطروحه عدم تمایل به فرزندآوری به نظر می رسد مرتفع کردن مشکلات اقتصادی اعم از اشتغال زایی، رونق اقتصادی و در نظر گرفتن امکانات رفاهی برای آنان می تواند نقش مهمی در افزایش فرزندآوری داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** فرزندآوری، تمایل و عدم تمایل، عوامل موثر، باروری

## مقدمه و بیان مسئله:

مقایسه آمار باروری در کشورهای مختلف جهان در سال ۲۰۱۰ نشان از رتبه اول ایران در کاهش باروری در جهان بود. گزارش مرکز آمار ایران از محاسبه میزان باروری کل در سال های اخیر نیز موید استمرار روند کاهنده باروری در کشور است. این میزان برای سال ۱۳۹۹ عدد ۱.۷۱ برآورد شده است (۲). باروری پایین و زیر سطح جانشینی اگر مداوم و پایدار باشد سبب بروز مشکلات عدیده ای نظیر سالخوردگی جمعیت، تهدید نظام خانواده، کاهش نیروی فعال و جوان کشور خواهد شد. باروری به عنوان یک واقعیت اجتماعی در سطح کلان تحت تأثیر عوامل محیطی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و در سطح خرد متأثر از تفکرات، انگیزه ها، تمایلات و گرایش های افراد است (۴). شناسایی عوامل تاثیر گذار بر الگوهای رفتاری و تمایلات فرزندآوری خانواده ها می تواند راه گشای برنامه ریزی ها و سیاستگذاری های جمعیتی باشد (۳). از این رو در شرایط فعلی کسب شناخت نسبت به عوامل بازدارنده فرزندآوری و از طرف دیگر محرک زوجین برای گرایش به باروری ضروری است.

## مواد و روش ها:

پژوهش حاضر به لحاظ اجر پیمایشی و از نظر هدف، کاربردی است. نمونه گیری به شیوه تصادفی در دسترس و از بین ۴۱۲ نفر از زنان و مردان همسر دار ۱۵-۵۰ سال (۴۳ مرد و ۳۶۹ زن) مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کاشان انجام شد. برای گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه محقق ساخته (ترکیبی از معرف های مطالعات قبلی و نظر صاحب نظران)، استفاده شد. پرسشنامه متشکل از دو بخش، ویژگی های جمعیت شناختی و اجتماعی-اقتصادی افراد مطالعه و سوالات سنجش دلایل تمایل و عدم تمایل به فرزندآوری بود. در سطح توصیفی، توزیع فراوانی موافقت یا عدم موافقت با گویه های معرف دلایل تمایل و عدم تمایل به بارداری در پاسخگویان مورد بررسی قرار گرفت و در سطح همبستگی، ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی و زمینه ای با تمایل به بارداری با آزمون های پیرسون، کای اسکور، وی کرامر و... در برنامه SPSS ۲۴ سنجیده شد.

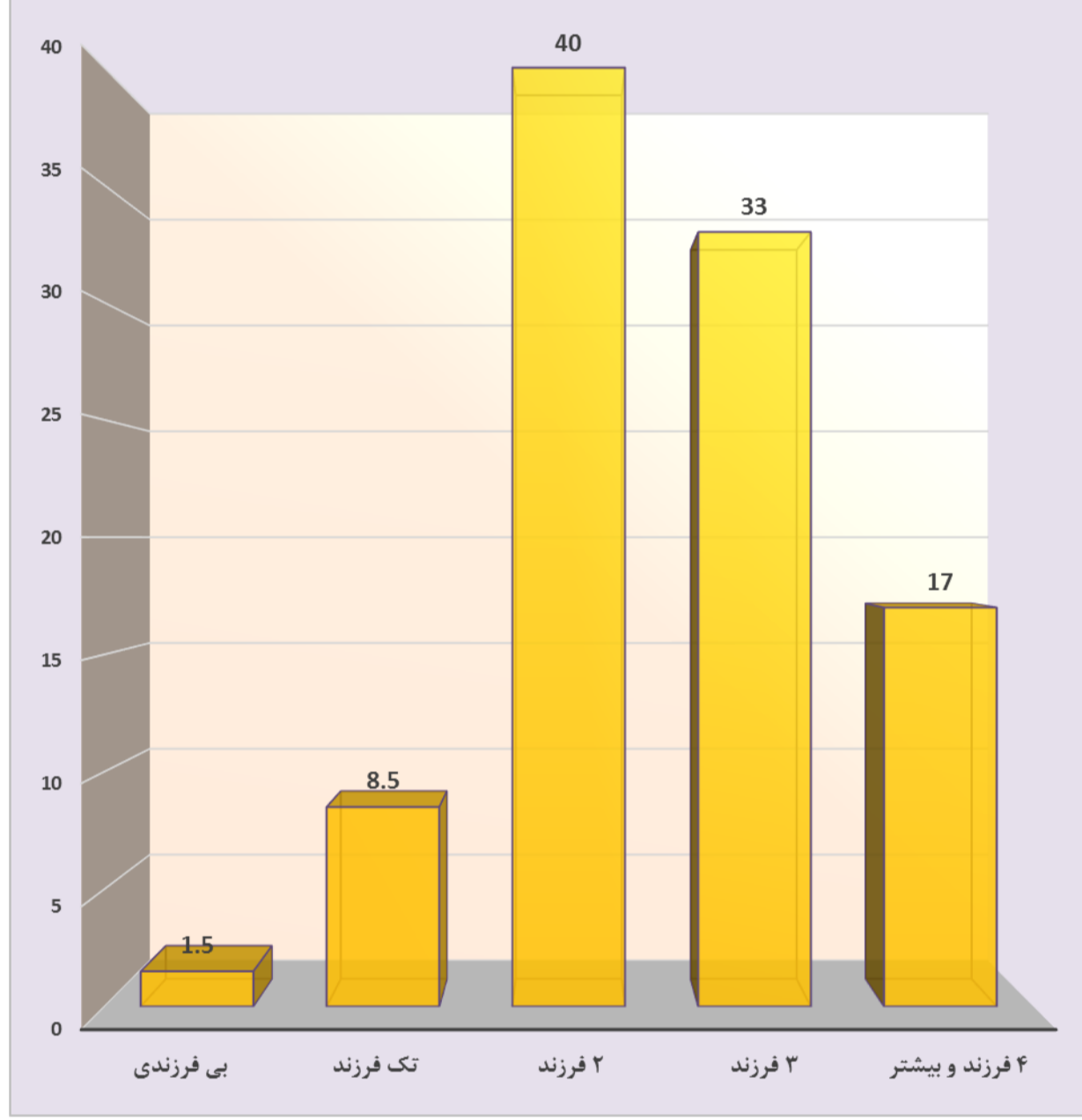
## منابع:

- ۱) رفیعی مقدم، فاطمه؛ و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۹). کشف عوامل بازدارنده زوجین از فرزندآوری در دهه اخیر (مرور ساختارمند). نشریه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده. سال ۱۵، شماره ۵۳: ۱۵۵-۱۷۵.
- ۲) فتحی، الهام (۱۳۹۹). چشم انداز به باروری ایران از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹. تهران، دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری مرکز آمار ایران.
- ۳) فروتن، یعقوب؛ و کرمی، فرشاد (۱۳۹۵). الگوها و تعیین کننده های تمایلات فرزندآوری در ایران. نامه انجمن جمعیت شناسی ایران. سال یازدهم، شماره ۲۱: ۷۱-۱۰۰.
- ۴) حائری مهریزی، علی اصغر؛ طاووسی، محمود؛ صدیقی، ژیلدا؛ مطلق، محمداسماعیل؛ اسلامی، محمد؛ نقی زاده، فاطمه؛ منتظری، علی (۱۳۹۶). دلایل تمایل و عدم تمایل به فرزندآوری در میان مردم شهری و روستایی ایران: یک مطالعه ملی. نشریه پایش سال شانزدهم، شماره ۵: ۶۳۷-۶۴۵.

## جدول توزیع فراوانی بیشترین توافق با دلایل عدم تمایل به فرزندآوری

درصد فراوانی	سوالات علت عدم تمایل به فرزندآوری
۵۶.۳٪	نگرانی از تأمین آینده فرزندان
۵۲.۱٪	صرف هزینه زیاد برای بزرگ کردن فرزند
۴۵.۱٪	صرف وقت زیاد برای نگهداری فرزندان
۴۲.۴٪	کافی بودن تعداد فعلی فرزندانم
۴۲.۴٪	افزایش مشکلات اقتصادی زندگی ام با بچه دار شدن
۳۸.۵٪	در اولویت نبودن فرزندآوری در برنامه زندگی
۳۱.۳٪	باور به زندگی بهتر با کم فرزند
۲۷.۸٪	تجربه مشکلات در بارداری قبلی
۲۵.۳٪	کم یا زیاد بودن سن فعلی برای بارداری
۲۳.۳٪	عدم همکاری همسر در بچه داری و امور خانه
۲۲.۲٪	باور به موفقیت بیشتر خانواده های کم جمعیت
۲۲.۱٪	تداخل فرزندآوری با شغل و فعالیت اجتماعی ام
۱۹.۸٪	عدم ضرورت وجود بچه در زندگی
۱۹.۸٪	عدم تمایل همسر به بچه داری
۱۱.۱٪	از بین رفتن تناسب اندام

نمودار درصد فراوانی ایده آل فرزندآوری از نظر پاسخگویان



## نتایج و بحث:

آمارهای توصیفی نشان از تمایل پایین (۳۰.۱٪) پاسخگویان به تمایل به بارداری بود. متوسط تعداد فرزند و ایده آل فرزندآوری پاسخگویان به ترتیب ۲.۵۳ و ۳.۵۵ بود. بیشترین دلایل عنوان شده برای تمایل به فرزندآوری، علاقه به بچه ۸۴.۷٪ و علاقه به پدر/مادر شدن ۸۲.۳٪ و بیشترین دلایل عدم تمایل به فرزندآوری، نگرانی در مورد تأمین آینده فرزندان جدید با ۵۶.۳٪ و نگرانی در مورد افزایش مشکلات اقتصادی با آوردن فرزند دیگر با ۵۲.۱٪ بوده. یافته های آزمون های همبستگی بیانگر عدم تفاوت آماری بین دو جنس در تمایل به بارداری بود. وضعیت اشتغال و طول مدت ازدواج افراد با تمایل به بارداری رابطه معناداری نشان ندادند. از طرفی نتایج حاکی از آن بود که با افزایش سطح تحصیلات و تعداد فرزندان پاسخگویان، تمایل به فرزندآوری کمتر است. به نظر می توان گفت با توجه به گزارش مقدار مطلوب متوسط ایده آل فرزندآوری توسط پاسخگویان (حدود ۳.۵ فرزند) و از طرفی با توجه به گزارش علاقه بالای به فرزند و نگرانی از آینده فرزندان به عنوان بیشترین دلایل مطروحه عدم تمایل به فرزندآوری، مرتفع کردن مشکلات اقتصادی اعم از اشتغال زایی، رونق اقتصادی و در نظر گرفتن امکانات رفاهی برای آنان می تواند نقش مهمی در افزایش فرزندآوری داشته باشد.



مقدمه: تقریباً ۱۵ درصد از زوج‌ها در دوره‌ای از زندگی خود از ناباروری رنج می‌برند. ناتوانی در باردار شدن پس از ۱ سال رابطه جنسی مکرر محافظت نشده ناباروری نامیده می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی شرایط روانی و اجتماعی افراد نابارور و اقدامات مورد نیاز در کلیه ی سطوح بهداشتی و درمانی جهت بهبود بحران روانی و اجتماعی افراد نابارور انجام شده است.

مواد و روش ها : مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ در پایگاههای اطلاعاتی pubmed, ISIweb of science, Cochrane Library, accessss, tripdatabase, وard مطالعه شدند.

یافته ها: در مجموع ۶۲۴ مقاله در بررسی اولیه به دست آمده است که در نهایت ۱۱ مقاله وارد مطالعه شدند. بررسی متون نشان داده است که ناباروری به طور اجتناب ناپذیری احساسات مختلف در ابعاد فردی و اجتماعی افراد به وجود می آورد و منجر به مشکلات روانی، کاهش عزت نفس، حقارت، ناامیدی، شرم، اندوه، احساس بی ارزشی، انزوای اجتماعی و حتی طلاق می شود. هر دو شریک باید با هم یا جداگانه تشویق شوند تا به دنبال علایق جدید در زندگی باشند. در صورت تمایل زوجین باید اطلاعاتی در مورد امکان فرزندخواندگی به آنها داده شود. پس از شکست درمان، باید بررسی شود که آیا زوجین نیاز به حمایت روانی و مشاوره ای دارند یا خیر. ناباروری یک مشکل روانی-اجتماعی است و در صورت مواجهه با آن، ارائه دهنده ی مراقبت های بهداشتی نباید تنها بر جنبه های پزشکی مشکل تمرکز کنند. درمان ناباروری هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی باید انجام شود. ورود متخصص حرفه ای برای کمک به مشکلات جنسی احتمالی و همچنین احساس گناه، عصبانیت، غم و اندوه، ضروری است. حمایت گروه همسالان ممکن است قابل توجه باشد. گروه همسالان از زوج هایی که تحت بررسی ها و درمان ناباروری قرار می گیرند، کسانی که در نتیجه درمان بچه دار شده اند یا فرزندی را به فرزندی قبول کرده اند، زوج هایی که فرآیند فرزندخواندگی را آغاز کرده اند و کسانی که تصمیم به بی فرزندی دارند کمک کننده است.

نتیجه: شرایط روانی و اجتماعی و ناباروری اثرات متقابلی بر روی هم دارند و در درمان و مدیریت ناباروری باید به اهمیت بعد روانی و اجتماعی زوجین توجه گردد و در این راستا مراقبین بهداشتی در کلیه ی سطوح ارائه ی خدمت باید به ارزیابی، شناسایی و مدیریت بحران روانی و اجتماعی افراد توجه ویژه داشته باشند.

کلیدواژه: روانی، اجتماعی، ناباروری، کمک باروری، حمایت اجتماعی، مراقبین بهداشتی

## مقدمه:

ناباروری یک مشکل بالینی رایج است. تقریباً ۱۵ درصد از زوج‌ها در دوره‌ای از زندگی خود از ناباروری رنج می‌برند. ناتوانی در باردار شدن پس از ۱ سال رابطه جنسی مکرر محافظت نشده ناباروری نامیده می‌شود. در جامعه ی ما داشتن فرزند نشان دهنده ی یک زندگی کامل است بنابراین زوج هایی که نمی توانند باردار شوند احساس عقیمی و ناقص بودن می کنند. بنابراین ناباروری بیش از یک مشکل پزشکی است و همه ی جنبه های زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد که مهم ترین آن سلامت روان است. با توجه به اهمیت و تاثیر ناباروری بر شرایط روانی و اجتماعی افراد نابارور لازم است تا به این بعد بر اساس بهترین شواهد پاسخ داده شود. بنابراین مطالعه ی حاضر با هدف بررسی شرایط روانی و اجتماعی افراد نابارور و اقدامات مورد نیاز در کلیه ی سطوح بهداشتی و درمانی جهت بهبود بحران روانی و اجتماعی افراد نابارور مبتنی بر بهترین شواهد انجام شده است.

## مواد و روش ها:

مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ در پایگاههای اطلاعاتی pubmed, ISI web of science, Cochrane Library, accessss, \_BMJ Best Practice, tripdatabase, uptodate بررسی شده اند و مطالعاتی که مسائل روانی و اجتماعی افراد نابارور و اقدامات مورد نیاز را بررسی کرده اند وارد مطالعه شدند.

## بحث و نتیجه گیری:

شرایط روانی و اجتماعی و ناباروری اثرات متقابلی بر روی هم دارند و در درمان و مدیریت ناباروری باید به اهمیت بعد روانی و اجتماعی زوجین توجه گردد و در این راستا مراقبین بهداشتی در کلیه ی سطوح ارائه ی خدمت باید به ارزیابی، شناسایی و مدیریت بحران روانی و اجتماعی افراد توجه ویژه داشته باشند. بنابراین جهت درمان افراد باید تیم به دوگروه درمانی و مشاوره ای تقسیم شوند و بر اساس شرایط بیمار نوع مشاوره و محتوای مشاوره تعیین گردد. ارائه ی خدمات مشاوره ای باید توسط مشاوران آموزش دیده و متخصص به صورت روتین به همه ی زوجین نابارور مدنظر قرار گیرد.

## یافته :

در مجموع ۶۲۴ مقاله در بررسی اولیه به دست آمده است که در نهایت ۱۱ مقاله وارد مطالعه شدند. بررسی متون نشان داده است که ناباروری به طور اجتناب ناپذیری احساسات مختلف در ابعاد فردی و اجتماعی افراد به وجود می آورد و منجر به مشکلات روانی، کاهش عزت نفس، حقارت، ناامیدی، شرم، اندوه، احساس بی ارزشی، انزوای اجتماعی و حتی طلاق می شود. هر دو شریک باید با هم یا جداگانه تشویق شوند تا به دنبال علایق جدید در زندگی باشند. در صورت تمایل زوجین باید اطلاعاتی در مورد امکان فرزندخواندگی به آنها داده شود. پس از شکست درمان، باید بررسی شود که آیا زوجین نیاز به حمایت روانی و مشاوره ای دارند یا خیر. ناباروری یک مشکل روانی-اجتماعی است و در صورت مواجهه با آن، ارائه دهنده ی مراقبت های بهداشتی نباید تنها بر جنبه های پزشکی مشکل تمرکز کنند. درمان ناباروری هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی باید انجام شود. ورود متخصص حرفه ای برای کمک به مشکلات جنسی احتمالی و همچنین احساس گناه، عصبانیت، غم و اندوه، ضروری است. حمایت گروه همسالان ممکن است قابل توجه باشد. گروه همسالان از زوج هایی که تحت بررسی ها و درمان ناباروری قرار می گیرند، کسانی که در نتیجه درمان بچه دار شده اند یا فرزندی را به فرزندی قبول کرده اند، زوج هایی که فرآیند فرزندخواندگی را آغاز کرده اند و کسانی که تصمیم به بی فرزندی دارند کمک کننده است.

updated 2017 Sept, summary can be found in BMJ 2013 Feb 20;346:f650  
2.Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010 Mar 6;8:21full-text  
3.Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and treatment of infertility. *Am Fam Physician.* 2015 Mar 1;91(5):308-14full-text, correction can be found in *Am Fam Physician* 2015 Sep 15;92(6):437, commentary can be found in *Am Fam Physician* 2015 Oct 15;92(8):668  
4.Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015 Jun;103(6):e44-50  
5.Myers ER, Eaton JL, McElligott KA, et al. Management of infertility. *Comparative Effectiveness Review No. 217. AHRQ Publication No. 19-EHC014-EF.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2019. (Systematic review)  
6. Practice Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013 Jan;99(1):63.  
7.Logan, S., Gu, R., Li, W., Xiao, S., & Anazodo, A. (2019). Infertility in China: Culture, society and a need for fertility counselling. *Asian Pacific Journal of Reproduction, 8*(1), 1.  
8.Shreffler, K. M., Gallus, K. L., Peterson, B., & Greil, A. L. (2020). Couples and infertility. *The handbook of systemic family therapy, 3*, 385-406.  
9.Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The social construction of infertility among Iranian infertile women: a qualitative study. *Journal of reproduction & infertility, 20*(3), 178  
10.Aiyenigba, A. O., Weeks, A. D., & Rahman, A. (2019). Managing psychological trauma of infertility. *African Journal of Reproductive Health, 23*(2), 76-91.  
11.Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2020). Infertility-related stress and psychological health outcomes in infertile couples undergoing medical treatments: testing a multi-dimensional model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27*(4), 662-676.  
12.



عنوان: آموزش پیشگیری از ناباروری: مروری بر بهترین شواهد

نویسندگان: دکتر زینب حمزه گردشی<sup>۱</sup>، فرنگیس حبیبی تیرتاشی<sup>۲</sup>

دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

استاد، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، ساری، ایران

E-mail: habibi71.farangis@gmail.com

hamzehgardeshi@yahoo.com



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران

مقدمه: ۸۰ تا ۸۵ درصد زوج هایی که بدون پیشگیری از بارداری وارد روابط جنسی می شوند، در صورتی که زن کمتر از ۳۸ سال سن داشته باشد، به مدت یک سال باردار می شوند ناتوانی در باردار شدن پس از ۱ سال رابطه جنسی مکرر محافظت نشده ناباروری نامیده می شود. اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از یک مشکل بالقوه انجام می شود، در مطالعه ی حاضر تصمیم داریم تا اقدامات آموزشی موثر در راستای پیشگیری از ناباروری را مورد بررسی قرار دهیم

مواد و روش ها : مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ در پایگاههای اطلاعاتی **pubmed, ISIweb of science, Cochrane Library, accessss, tripdatabase**، مورد بررسی شده اند و مطالعاتی که اقدامات آموزشی مناسب را در راستای پیشگیری از ناباروری را مورد بررسی قرار داده اند وارد مطالعه شدند.

یافته ها: در مجموع ۴۸۰ مقاله در بررسی اولیه به دست آمده است که در نهایت ۱۴ مقاله وارد مطالعه شدند. بررسی متون نشان داده است که سلامت باروری ممکن است با پیشگیری و درمان بهینه عفونت کلامیدیا، حفظ وزن طبیعی بدن، تشخیص تأثیر سن بر باروری و با پرهیز از استعمال دخانیات بهبود یابد. علاوه بر اقدامات انجام شده، برای تشویق سبک زندگی سالم ( تغذیه، مصرف مکمل های غذایی، فعالیت فیزیکی، عدم مصرف دخانیات و الکل، کنترل استرس، بعد روانی و اجتماعی مناسب)، آموزش جنسی و باروری در مدارس و امکانات و بستر آموزشی مناسب باید افزایش یابد. مشاوره و آموزش می تواند مبتنی بر بند های بهترین شواهد که شامل مشاوره ی حضوری، ارائه ی کتابچه ی آموزشی، استفاده از اپلیکیشن ها ی آموزش سلامت همراه، مشارکت دادن افراد در انجام امور، ارزیابی افراد در بهبود سبک زندگی و فرصت بحث و پرسش و پاسخ دادن به افراد صورت گیرد.

نتیجه: جهت انجام اقدامات پیشگیری از ناباروری باید در کلیه ی سطوح بهداشت و درمان آموزش مناسب و موثر جهت افزایش آگاهی و ایجاد و درک حساسیت در افراد در زمینه ی عوامل به وجود آورنده و تشدید کننده ی ناباروری صورت پذیرد.

کلیدواژه: ناباروری، پیشگیری از ناباروری، آموزش، مراقبین بهداشتی

## مقدمه:

مقدمه: ۸۰ تا ۸۵ درصد زوج هایی که بدون پیشگیری از بارداری وارد روابط جنسی می شوند، در صورتی که زن کمتر از ۳۸ سال سن داشته باشد، به مدت یک سال باردار می شوند ناتوانی در باردار شدن پس از ۱ سال رابطه جنسی مکرر محافظت نشده ناباروری نامیده می شود. اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از یک مشکل بالقوه انجام می شود، در مطالعه ی حاضر تصمیم داریم تا اقدامات آموزشی موثر در راستای پیشگیری از ناباروری را مورد بررسی قرار دهیم.

## یافته :

یافته ها: در مجموع ۴۸۰ مقاله در بررسی اولیه به دست آمده است که در نهایت ۱۴ مقاله وارد مطالعه شدند. بررسی متون نشان داده است که سلامت باروری ممکن است با پیشگیری و درمان بهینه عفونت کلامیدیا، حفظ وزن طبیعی بدن، تشخیص تأثیر سن بر باروری و با پرهیز از استعمال دخانیات بهبود یابد. علاوه بر اقدامات انجام شده، برای تشویق سبک زندگی سالم ( تغذیه، مصرف مکمل های غذایی، فعالیت فیزیکی، عدم مصرف دخانیات و الکل، کنترل استرس، بعد روانی و اجتماعی مناسب)، آموزش جنسی و باروری در مدارس و امکانات و بستر آموزشی مناسب باید افزایش یابد. مشاوره و آموزش می تواند مبتنی بر بند های بهترین شواهد که شامل مشاوره ی حضوری، ارائه ی کتابچه ی آموزشی، استفاده از اپلیکیشن ها ی آموزش سلامت همراه، مشارکت دادن افراد در انجام امور، ارزیابی افراد در بهبود سبک زندگی و فرصت بحث و پرسش و پاسخ دادن به افراد صورت گیرد.

## مواد و روش ها:

### روش کار:

مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ در پایگاههای اطلاعاتی **pubmed, ISIweb of science, Cochrane Library, accessss, tripdatabase, BMJ Best Practice, uptodate** مورد بررسی شده اند و مطالعاتی که اقدامات آموزشی مناسب را در راستای پیشگیری از ناباروری را مورد بررسی قرار داده اند وارد مطالعه شدند

## بحث و نتیجه گیری:

جهت انجام اقدامات پیشگیری از ناباروری باید در کلیه ی سطوح بهداشت و درمان آموزش مناسب و موثر جهت افزایش آگاهی و ایجاد و درک حساسیت در افراد در زمینه ی عوامل به وجود آورنده و تشدید کننده ی ناباروری صورت پذیرد.

- 1.National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guideline on assessment and treatment for people with fertility problems. NICE 2013 Feb 20:CG156PDF, updated 2017 Sept, summary can be found in BMJ 2013 Feb 20;346:f650
- 2.Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010 Mar 6;8:21full-text
- 3.Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and treatment of infertility. *Am Fam Physician.* 2015 Mar 1;91(5):308-14full-text, correction can be found in *Am Fam Physician* 2015 Sep 15;92(6):437, commentary can be found in *Am Fam Physician* 2015 Oct 15;92(8):668
- 4.Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015 Jun;103(6):e44-50
- 5.Myers ER, Eaton JL, McElligott KA, et al. Management of infertility. *Comparative Effectiveness Review No. 217.* AHRQ Publication No. 19-EHC014-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2019. (Systematic review)
6. Practice Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013 Jan;99(1):63.
- 7.Logan, S., Gu, R., Li, W., Xiao, S., & Anazodo, A. (2019). Infertility in China: Culture, society and a need for fertility counselling. *Asian Pacific Journal of Reproduction, 8*(1), 1.
- 8.Shreffler, K. M., Gallus, K. L., Peterson, B., & Greil, A. L. (2020). Couples and infertility. *The handbook of systemic family therapy, 3*, 385-406.
- 9.Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The social construction of infertility among Iranian infertile women: a qualitative study. *Journal of reproduction & infertility, 20*(3), 178
- 10.Aiyenigba, A. O., Weeks, A. D., & Rahman, A. (2019). Managing psychological trauma of infertility. *African Journal of Reproductive Health, 23*(2), 76-91.
- 11.Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2020). Infertility-related stress and psychological health outcomes in infertile couples undergoing medical treatments: testing a multi-dimensional model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27*(4), 662-676.
- 12.



# بررسی عوامل مؤثر بر تأخیر در سن ازدواج در جوانان مواجه با تأخیر ازدواج در ایران

محمد ترکاشوند مرادآبادی

عضو هیات علمی، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، m.torkashvand@yazd.ac.ir  
واحد سرش

دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد

## چکیده

مقدمه: سن ازدواج جوانان در کشور ایران در سال‌های اخیر تغییرات قابل توجهی کرده است. سیاست‌گذاری‌های جمعیتی در ایران نیز معطوف به تشویق جوانان به ازدواج (ازدواج در سن مناسب) و جلوگیری از بالا رفتن سن ازدواج بوده است. هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت ازدواج، علت تأخیر در ازدواج، سن ایده‌آل ازدواج و عوامل مؤثر بر تأخیر در سن ازدواج جوانان ایران است.

روش: روش تحقیق کمی و مبتنی بر تحلیل ثانویه داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله سازمان ثبت‌احوال ایران در طرح ملی ازدواج و طلاق در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ است. جامعه آماری این تحقیق را تعداد ۹۵۰۰ نفر از جوانان در شرف ازدواج که به دفتر ثبت منتخب در کشور مراجعه کرده بودند تشکیل می‌دهد. سئوالات اصلی مورد تحلیل شامل سن مناسب ازدواج، علت تأخیر در ازدواج و تفاوت سن ازدواج بر حسب جنسیت بوده است که با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی پاسخگویان مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۴۷ درصد از پاسخگویان ۲۵ تا ۳۰ سال و ۹/۲۳ درصد، ۲۰ تا ۲۵ سال را سن مناسب ازدواج بیان کرده‌اند. سن مناسب ازدواج در بین مردان نسبت به زنان بالاتر است و مردان تمایل به ازدواج در سنین بالاتر از زنان را دارند. سن مناسب ازدواج با افزایش درآمد ماهیانه خانواده پدری و درآمد ماهیانه فرد افزایش می‌یابد. عمده‌ترین دلیل تأخیر در ازدواج شرایط نامناسب اقتصادی (۹۸/۳ درصد) و پیدانکردن فرد مناسب (۳۷/۶ درصد) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: عمده جوانان تمایل دارند که در سن مناسب ازدواج کنند و کافی است که شرایط اقتصادی و اجتماعی ازدواج برای آن‌ها فراهم باشد. در سیاست‌های جمعیتی توجه ویژه به مسائل اقتصادی و شغلی جوانان صورت گیرد. همچنین در سیاست‌های جمعیتی در کنار فراهم کردن شرایط اجتماعی و فرهنگی جوانان در دوران تحصیل، به مسائل اقتصادی، شغل و امنیت شغلی جوانان توجه جدی صورت بگیرد.

## مقدمه

ازدواج یک نهاد اجتماعی و حقوقی مهم است که از طریق فراهم کردن مجموعه خاصی از حقوق، امتیازات، تعهدات، مسئولیت‌ها و انتظارات نقشی جدید، از روابط زناشویی حمایت می‌کند و موجب بقا و تداوم نهاد خانواده و ساختار اجتماعی می‌شود (احمدی و دیگران ۱۳۹۰: ۱۳۷). هم از نظر فرد، هم از دیدگاه زیستی و هم از منظر اجتماعی هیچ نهادی نیست که همانند ازدواج جهانی، ثابت و پایدار باشد. از این رو، هیچ نهادی نیز همانند آن تحت تأثیر دگرگونی‌های اجتماعی قرار نمی‌گیرد (میشل، ۱۳۵۴: ۱۵۱).

در وضعیت کنونی جامعه ایران، پدیده ازدواج تحت تأثیر تحولات ساختاری و ارزشی جامعه از یک سو و شرایط بی‌سازمانی و ناهماهنگی خرده نظام‌های اجتماعی از سوی دیگر، به عنوان یک مسئله اجتماعی نمود یافته است. افزایش مشکلات اقتصادی و مؤلفه‌هایی چون تورم، رکود، کاهش تولید، بیکاری، مصرف‌گرایی و افزایش سطح انتظارات، آثار منفی بر سن ازدواج جوانان گذاشته و موانع را در سر راه ازدواج جوانان به وجود آورده است. ازدواج و تشکیل خانواده به عنوان شاخص انتقال از دوره کودکی و جوانی به دوره بزرگسالی در مسیر زندگی اهمیت خود را از دست داده است و بیشتر مردم استقلال اقتصادی، داشتن شغل، اتمام تحصیلات و حمایت از یک خانواده را شرط انتقال به بزرگسالی می‌دانند (عباسی شوازی و دیگران، ۱۳۹۴).

انتخاب جامعه جوانان به عنوان جامعه هدف تحقیق به این دلیل است که این قشر به عنوان پیش‌گامان تغییر در جامعه و شکل‌دهنده آینده تغییرات جمعیتی در کشور هستند. بررسی نگرش آن‌ها در باب ازدواج نشان می‌دهد که تا چه اندازه وضعیت ازدواج در ایران ناشی از تغییر نگرش‌ها است یا شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه وضعیت ازدواج را در شرایط جاری قرار داده است. سیاست‌گذاری در حوزه ازدواج در کشور در وهله اول نیاز به این دارد که مشخص شود تغییرات ازدواج حاصل کدام یک از موارد فوق است.

## مواد و روش‌ها

رویکرد تحقیق حاضر از نوع کمی با روش تحلیل ثانویه است. این تحقیق بر اساس داده‌های که سازمان ثبت‌احوال کشور در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ جمع‌آوری کرده بود، سن مناسب ازدواج را تجزیه و تحلیل کرده است. در تحقیق حاضر با توجه به هدف مطالعه که سنجش نگرش به سن ازدواج است جامعه مورد پژوهش از بین جوانان در شرف ازدواج (مراجعه‌کننده برای آزمایش قبل از ازدواج) انتخاب شده است. مطالعه نگرش‌های این افراد به سن تشکیل خانواده می‌تواند به سئوالات زیادی در رابطه با افزایش سن ازدواج در جامعه پاسخ بدهد. پژوهش حاضر دو سؤال اساسی دارد.

✓ وضعیت ایدئال سن ازدواج از نظر افراد چگونه است؟

✓ عوامل مؤثر بر سن ایدئال ازدواج چیست؟

متغیرهای مستقل شامل تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین، درآمد والدین، محل سکونت والدین و تعداد خواهر و برادر، جنس، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، مسکن ملکی و محل تأمین مسکن بعد از ازدواج است. متغیر وابسته سن مناسب ازدواج است.

در بخش توصیفی، ویژگی‌های فردی و خانوادگی پاسخگویان مورد توصیف و تحلیل قرار گرفته است. در توصیف ویژگی‌های فردی و خانوادگی پاسخگویان از جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مقتضی بهره گرفته شده است. در بخش استنباطی، جهت بررسی و آزمون فرضیه‌های تحقیق به ارتباط متغیرهای وابسته و مستقل در تحقیق پرداخته شد.

## یافته‌ها

### سن مناسب ازدواج از دیدگاه پاسخگویان

سن مناسب ازدواج	تعداد	درصد
پایین‌تر از ۲۰ساله	۴۴	۱۷.۵
۲۰ تا ۲۵ساله	۶۰	۲۳.۹
۲۵ تا ۳۰ساله	۱۱۸	۴۷
بالاتر از ۳۰ساله	۲۹	۱۱.۶
جمع	۲۵۱	۱۰۰

### تفاوت سن مناسب ازدواج در بین زن و مرد

	سن مناسب ازدواج			
	کمتر از ۲۰	۲۰ تا ۲۵	۲۵ تا ۳۰	۳۰ به بالا
فراوانی	۹	۲۵	۷۰	۲۲
مرد	۷.۱٪	۱۹.۸٪	۵۵.۶٪	۱.۱٪
فراوانی	۳۵	۳۵	۴۸	۷
زن	۲۸.۰٪	۲۸.۰٪	۳۸.۴٪	۵.۶٪
جمع	۴۴	۶۰	۱۱۸	۲۹
درصد	۱۷.۵٪	۲۳.۹٪	۴۷.۰٪	۱۱.۶٪

### دلیل دیر ازدواج کردن پاسخگویان

دلیل پاسخگویان	تعداد	درصد
شرایط اقتصادی	۱۰	۳.۹۸
پیدانکردن فرد مناسب	۱۶	۶.۳۷
عدم تفاهم با افراد خواستگار	۱	۰.۳۹
داشتن استقلال مالی و اجتماعی	۲	۰.۷۹
کسب تجربیات بیشتر برای زندگی	۲	۰.۷۹
ازدواج ناموفق قبلی	۱	۰.۳۹
دنبال کردن فراهم کردن شرایط ازدواج	۳	۱.۱۹
سربازی	۱	۰.۳۹
ازدواج دوم	۴	۱.۵۹
شرایط نامناسب خانوادگی	۱	۰.۳۹
تحصیل	۱	۰.۳۹
نبود شرایط مناسب	۶	۲.۳۹
دنبال پیدا کردن دختر مناسب برای ازدواج	۲	۰.۷۹
بی‌پاسخ	۱۰	۳.۹۸
جمع پاسخگو	۶۰	۲۳.۹۰
داده‌های از دست رفته	۱۹۱	۷۶.۰۹
جمع کل	۲۵۱	۱۰۰

### وضعیت مسکن ملکی و سن مناسب ازدواج پاسخگویان

	کمتر از ۲۰	۲۰ تا ۲۵		جمع
		۲۵ تا ۳۰	۳۰ به بالا	
بلی	۱۴	۱۵	۳۷	۷۶
درصد	۱۸.۴٪	۱۹.۷٪	۴۸.۷٪	۱۳.۲٪
نخیر	۳۰	۴۵	۸۰	۱۷۴
درصد	۱۷.۲٪	۲۵.۹٪	۴۶.۰٪	۱۰.۹٪
بی‌پاسخ	۰	۰	۱	۱
درصد	۰.۰٪	۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۰.۰٪
جمع	۴۴	۶۰	۱۱۸	۲۵۱
درصد	۱۷.۵٪	۲۳.۹٪	۴۷.۰٪	۱۱.۶٪

## نتایج و بحث

ازدواج یکی از مهم‌ترین وقایع جمعیتی در کنار سایر وقایع نظیر تولد، مرگ و مهاجرت است که تأثیر مهمی بر زندگی افراد دارد. با توجه به شرایط کنونی جامعه ایران می‌توان گفت ازدواج و سازوکارهای مرتبط با آن تبدیل به یک مسئله اجتماعی گردیده است.

بر اساس نتایج مطالعه پاسخگویان سن مناسب ازدواج را ۲۵ تا ۳۰ سال (۴۷ درصد) و ۲۰ تا ۲۵ (۲۳ درصد) بیان کرده‌اند. به طور کلی می‌توان گفت که سن مناسب ازدواج در بین مردان نسبت به زنان بالاتر است و مردان تمایل به ازدواج در سنین بالاتر از زنان دارند.

سن مناسب ازدواج با افزایش درآمد ماهیانه خانواده پدری افزایش می‌یابد و فرزندان خانواده‌های ثروتمند در سنین بالاتری ازدواج می‌کنند. سن مناسب ازدواج در شهر بالاتر از سن مناسب ازدواج در روستا است.

افراد با درآمد بالای ماهیانه سن مناسب ازدواج را بالاتر از افراد با درآمد ماهیانه پایین می‌دانند و با افزایش درآمد سن مناسب ازدواج بالا می‌رود و با کاهش درآمد ماهیانه سن ازدواج پایین می‌آید. به طور کلی اکثر افراد در هر گروه سن بین ۲۵ تا ۳۰ سال را مناسب ازدواج دانسته‌اند. ۷/۱۵ درصد از افراد دارای ملک سن کمتر از ۲۰ سال و ۵/۱۳ درصد آنها سن بالای ۳۰ سال را مناسب اعلام کرده‌اند. کسانی که دارای ملک پدری هستند و یا خودشان ملک دارند بیشتر از کسانی که ملک اجاره کرده‌اند تمایل به ازدواج در سنین پایین دارند. تعداد خواهر و برادر نیز در تعیین سن مناسب ازدواج مؤثر هست. ۳۰/۵۸ درصد از تک‌فرزندها سن کمتر از ۲۰ سال را مناسب ازدواج بیان کرده‌اند و هر چه تعداد خواهر و برادر بیشتر شود، تمایل به ازدواج در سنین بالاتر افزایش می‌یابد.

عمده دلیل دیر ازدواج کردن پاسخگویان شرایط نامناسب اقتصادی (۹۸/۳ درصد) و پیدانکردن فرد مناسب (۳۷/۶ درصد) بوده است. اما عمده‌ترین دلیل زود ازدواج کردن، پیدانکردن فرد مناسب (۱۸/۳ درصد)، موقعیت مناسب و شرایط مناسب و علاقه (۹۹/۱ درصد) بوده است. به عنوان نتیجه می‌توان گفت که عمده جوانان تمایل دارند که در سن مناسب ازدواج کنند و کافی است که شرایط اقتصادی و اجتماعی ازدواج برای آن‌ها فراهم باشد. در سیاست‌های جمعیتی توجه ویژه به مسائل اقتصادی و شغلی جوانان صورت گیرد. همچنین در سیاست‌های جمعیتی در کنار فراهم کردن شرایط اجتماعی و فرهنگی جوانان در دوران تحصیل، به مسائل اقتصادی، شغل و امنیت شغلی جوانان توجه جدی صورت بگیرد.

Abbasi-Shavazi, M.J. and McDonald, p. (2008a), "Family change in Iran: Religion, Revolution and the state", in Thornton, et al. "International Family change", Ed New York: Taylor and Francis Group.

Allen, S.M, Kalish, R.A (1984), Professional Women and Marriage, Journal of Marriage and Family, 46(2): 375-382.

Barbara S. Mensch, Susheela Singh and John B. Casterline (2005), "Trends in the Timing of First Marriage among Men and Women in the Developing World", The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries: Selected Studies, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Becker, Gary S. (1974), A Theory of Marriage, Part II; The Journal of Political Economy, 82(2): S11-S26.

Boulier, Bryan L. and Mark R. Rosenzweig (1984), Schooling, Search and Spouse Selection: Testing Economic Theories of Marriage and Household Behavior; The Journal of Political Economy, Vol. 92, No. 4.

Brien, Michael J. and Lee A. Lillard (1994), Education, Marriage, and First Conception in Malaysia; The Journal of Human Resources, Vol. 29, No.4.

Brüderl, Josef and Andreas Diekmann (1997), Education and Marriage: A Comparative Study; Institute of Sociology, Munich.

Davis, K. (1984). Wives and work: the sex role revolution and its consequences. Population and Development Review, 10(3), 397-417.

Hamplova, Dana (2003), Marriage and Educational Attainment: A Dynamic Approach to First Union Formation, Institute of Sociological Review, 2003, vol. 39, No.

Ikamari, Lawrence (2005), The Effect of Education on the Timing of Marriage in Kenya; Demographic Research, Vol.12, Max Planck Institute for Demographic Research.



# بررسی عوامل مؤثر بر تأخیر در سن ازدواج در جوانان مواجه با تأخیر ازدواج در ایران

محمد ترکاشوند مرادآبادی

عضو هیات علمی، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، m.torkashvand@yazd.ac.ir  
واحد سرش

دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد

## چکیده

مقدمه: سن ازدواج جوانان در کشور ایران در سال‌های اخیر تغییرات قابل توجهی کرده است. سیاست‌گذاری‌های جمعیتی در ایران نیز معطوف به تشویق جوانان به ازدواج (ازدواج در سن مناسب) و جلوگیری از بالا رفتن سن ازدواج بوده است. هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت ازدواج، علت تأخیر در ازدواج، سن ایده‌آل ازدواج و عوامل مؤثر بر تأخیر در سن ازدواج جوانان ایران است.

روش: روش تحقیق کمی و مبتنی بر تحلیل ثانویه داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله سازمان ثبت‌احوال ایران در طرح ملی ازدواج و طلاق در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ است. جامعه آماری این تحقیق را تعداد ۹۵۰۰ نفر از جوانان در شرف ازدواج که به دفتر ثبت منتخب در کشور مراجعه کرده بودند تشکیل می‌دهد. سئوالات اصلی مورد تحلیل شامل سن مناسب ازدواج، علت تأخیر در ازدواج و تفاوت سن ازدواج بر حسب جنسیت بوده است که با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی پاسخگویان مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۴۷ درصد از پاسخگویان ۲۵ تا ۳۰ سال و ۹/۲۳ درصد، ۲۰ تا ۲۵ سال را سن مناسب ازدواج بیان کرده‌اند. سن مناسب ازدواج در بین مردان نسبت به زنان بالاتر است و مردان تمایل به ازدواج در سنین بالاتر از زنان را دارند. سن مناسب ازدواج با افزایش درآمد ماهیانه خانواده پدری و درآمد ماهیانه فرد افزایش می‌یابد. عمده‌ترین دلیل تأخیر در ازدواج شرایط نامناسب اقتصادی (۹۸/۳ درصد) و پیدانکردن فرد مناسب (۳۷/۶ درصد) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: عمده جوانان تمایل دارند که در سن مناسب ازدواج کنند و کافی است که شرایط اقتصادی و اجتماعی ازدواج برای آن‌ها فراهم باشد. در سیاست‌های جمعیتی توجه ویژه به مسائل اقتصادی و شغلی جوانان صورت گیرد. همچنین در سیاست‌های جمعیتی در کنار فراهم کردن شرایط اجتماعی و فرهنگی جوانان در دوران تحصیل، به مسائل اقتصادی، شغل و امنیت شغلی جوانان توجه جدی صورت بگیرد.

## مقدمه

ازدواج یک نهاد اجتماعی و حقوقی مهم است که از طریق فراهم کردن مجموعه خاصی از حقوق، امتیازات، تعهدات، مسئولیت‌ها و انتظارات نقشی جدید، از روابط زناشویی حمایت می‌کند و موجب بقا و تداوم نهاد خانواده و ساختار اجتماعی می‌شود (احمدی و دیگران ۱۳۹۰: ۱۳۷). هم از نظر فرد، هم از دیدگاه زیستی و هم از منظر اجتماعی هیچ نهادی نیست که همانند ازدواج جهانی، ثابت و پایدار باشد. از این رو، هیچ نهادی نیز همانند آن تحت تأثیر دگرگونی‌های اجتماعی قرار نمی‌گیرد (میشل، ۱۳۵۴: ۱۵۱).

در وضعیت کنونی جامعه ایران، پدیده ازدواج تحت تأثیر تحولات ساختاری و ارزشی جامعه از یک سو و شرایط بی‌سازمانی و ناهماهنگی خرده نظام‌های اجتماعی از سوی دیگر، به عنوان یک مسئله اجتماعی نمود یافته است. افزایش مشکلات اقتصادی و مؤلفه‌هایی چون تورم، رکود، کاهش تولید، بیکاری، مصرف‌گرایی و افزایش سطح انتظارات، آثار منفی بر سن ازدواج جوانان گذاشته و موانع را در سر راه ازدواج جوانان به وجود آورده است. ازدواج و تشکیل خانواده به عنوان شاخص انتقال از دوره کودکی و جوانی به دوره بزرگسالی در مسیر زندگی اهمیت خود را از دست داده است و بیشتر مردم استقلال اقتصادی، داشتن شغل، اتمام تحصیلات و حمایت از یک خانواده را شرط انتقال به بزرگسالی می‌دانند (عباسی شوازی و دیگران، ۱۳۹۴).

انتخاب جامعه جوانان به عنوان جامعه هدف تحقیق به این دلیل است که این قشر به عنوان پیش‌گامان تغییر در جامعه و شکل‌دهنده آینده تغییرات جمعیتی در کشور هستند. بررسی نگرش آن‌ها در باب ازدواج نشان می‌دهد که تا چه اندازه وضعیت ازدواج در ایران ناشی از تغییر نگرش‌ها است یا شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه وضعیت ازدواج را در شرایط جاری قرار داده است. سیاست‌گذاری در حوزه ازدواج در کشور در وهله اول نیاز به این دارد که مشخص شود تغییرات ازدواج حاصل کدام یک از موارد فوق است.

## مواد و روش‌ها

رویکرد تحقیق حاضر از نوع کمی با روش تحلیل ثانویه است. این تحقیق بر اساس داده‌های که سازمان ثبت‌احوال کشور در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ جمع‌آوری کرده بود، سن مناسب ازدواج را تجزیه و تحلیل کرده است. در تحقیق حاضر با توجه به هدف مطالعه که سنجش نگرش به سن ازدواج است جامعه مورد پژوهش از بین جوانان در شرف ازدواج (مراجعه‌کننده برای آزمایش قبل از ازدواج) انتخاب شده است. مطالعه نگرش‌های این افراد به سن تشکیل خانواده می‌تواند به سئوالات زیادی در رابطه با افزایش سن ازدواج در جامعه پاسخ بدهد. پژوهش حاضر دو سؤال اساسی دارد.

✓ وضعیت ایدئال سن ازدواج از نظر افراد چگونه است؟

✓ عوامل مؤثر بر سن ایدئال ازدواج چیست؟

متغیرهای مستقل شامل تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین، درآمد والدین، محل سکونت والدین و تعداد خواهر و برادر، جنس، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، مسکن ملکی و محل تأمین مسکن بعد از ازدواج است. متغیر وابسته سن مناسب ازدواج است.

در بخش توصیفی، ویژگی‌های فردی و خانوادگی پاسخگویان مورد توصیف و تحلیل قرار گرفته است. در توصیف ویژگی‌های فردی و خانوادگی پاسخگویان از جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مقتضی بهره گرفته شده است. در بخش استنباطی، جهت بررسی و آزمون فرضیه‌های تحقیق به ارتباط متغیرهای وابسته و مستقل در تحقیق پرداخته شد.

## یافته‌ها

### سن مناسب ازدواج از دیدگاه پاسخگویان

سن مناسب ازدواج	تعداد	درصد
پایین‌تر از ۲۰ساله	۴۴	۱۷.۵
۲۰ تا ۲۵ساله	۶۰	۲۳.۹
۲۵ تا ۳۰ساله	۱۱۸	۴۷
بالاتر از ۳۰ساله	۲۹	۱۱.۶
جمع	۲۵۱	۱۰۰

### تفاوت سن مناسب ازدواج در بین زن و مرد

	سن مناسب ازدواج			
	کمتر از ۲۰	۲۰ تا ۲۵	۲۵ تا ۳۰	۳۰ به بالا
فراوانی	۹	۲۵	۷۰	۲۲
مرد	۷.۱٪	۱۹.۸٪	۵۵.۶٪	۱.۱٪
فراوانی	۳۵	۳۵	۴۸	۷
زن	۲۸.۰٪	۲۸.۰٪	۳۸.۴٪	۵.۶٪
جمع	۴۴	۶۰	۱۱۸	۲۹
درصد	۱۷.۵٪	۲۳.۹٪	۴۷.۰٪	۱۱.۶٪

### دلیل دیر ازدواج کردن پاسخگویان

دلیل پاسخگویان	تعداد	درصد
شرایط اقتصادی	۱۰	۳.۹۸
پیدانکردن فرد مناسب	۱۶	۶.۳۷
عدم تفاهم با افراد خواستگار	۱	۰.۳۹
داشتن استقلال مالی و اجتماعی	۲	۰.۷۹
کسب تجربیات بیشتر برای زندگی	۲	۰.۷۹
ازدواج ناموفق قبلی	۱	۰.۳۹
دنبال کردن فراهم کردن شرایط ازدواج	۳	۱.۱۹
سربازی	۱	۰.۳۹
ازدواج دوم	۴	۱.۵۹
شرایط نامناسب خانوادگی	۱	۰.۳۹
تحصیل	۱	۰.۳۹
نبود شرایط مناسب	۶	۲.۳۹
دنبال پیدا کردن دختر مناسب برای ازدواج	۲	۰.۷۹
بی‌پاسخ	۱۰	۳.۹۸
جمع پاسخگو	۶۰	۲۳.۹۰
داده‌های از دست رفته	۱۹۱	۷۶.۰۹
جمع کل	۲۵۱	۱۰۰

### وضعیت مسکن ملکی و سن مناسب ازدواج پاسخگویان

	جمع	کمتر از ۲۰ تا ۲۵			
		۲۰ تا ۲۵	۲۵ تا ۳۰	۳۰ تا ۳۵	۳۵ به بالا
بلی	۱۴	۱۵	۳۷	۱۰	۷۶
درصد	۱۸.۴٪	۱۹.۷٪	۴۸.۷٪	۱۳.۲٪	۱۰۰.۰٪
نخیر	۳۰	۴۵	۸۰	۱۹	۱۷۴
درصد	۱۷.۲٪	۲۵.۹٪	۴۶.۰٪	۱۰.۹٪	۱۰۰.۰٪
بی‌پاسخ	۰	۰	۱	۰	۱
درصد	۰.۰٪	۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۰.۰٪	۱۰۰.۰٪
جمع	۴۴	۶۰	۱۱۸	۲۹	۲۵۱
درصد	۱۷.۵٪	۲۳.۹٪	۴۷.۰٪	۱۱.۶٪	۱۰۰.۰٪

## نتایج و بحث

ازدواج یکی از مهم‌ترین وقایع جمعیتی در کنار سایر وقایع نظیر تولد، مرگ و مهاجرت است که تأثیر مهمی بر زندگی افراد دارد. با توجه به شرایط کنونی جامعه ایران می‌توان گفت ازدواج و سازوکارهای مرتبط با آن تبدیل به یک مسئله اجتماعی گردیده است.

بر اساس نتایج مطالعه پاسخگویان سن مناسب ازدواج را ۲۵ تا ۳۰ سال (۴۷ درصد) و ۲۰ تا ۲۵ (۲۳ درصد) بیان کرده‌اند. به طور کلی می‌توان گفت که سن مناسب ازدواج در بین مردان نسبت به زنان بالاتر است و مردان تمایل به ازدواج در سنین بالاتر از زنان دارند.

سن مناسب ازدواج با افزایش درآمد ماهیانه خانواده پدری افزایش می‌یابد و فرزندان خانواده‌های ثروتمند در سنین بالاتری ازدواج می‌کنند. سن مناسب ازدواج در شهر بالاتر از سن مناسب ازدواج در روستا است.

افراد با درآمد بالای ماهیانه سن مناسب ازدواج را بالاتر از افراد با درآمد ماهیانه پایین می‌دانند و با افزایش درآمد سن مناسب ازدواج بالا می‌رود و با کاهش درآمد ماهیانه سن ازدواج پایین می‌آید. به طور کلی اکثر افراد در هر گروه سن بین ۲۵ تا ۳۰ سال را مناسب ازدواج دانسته‌اند. ۷/۱۵ درصد از افراد دارای ملک سن کمتر از ۲۰ سال و ۵/۱۳ درصد آنها سن بالای ۳۰ سال را مناسب اعلام کرده‌اند. کسانی که دارای ملک پدری هستند و یا خودشان ملک دارند بیشتر از کسانی که ملک اجاره کرده‌اند تمایل به ازدواج در سنین پایین دارند. تعداد خواهر و برادر نیز در تعیین سن مناسب ازدواج مؤثر هست. ۳۰/۵۸ درصد از تک‌فرزندها سن کمتر از ۲۰ سال را مناسب ازدواج بیان کرده‌اند و هر چه تعداد خواهر و برادر بیشتر شود، تمایل به ازدواج در سنین بالاتر افزایش می‌یابد.

عمده دلیل دیر ازدواج کردن پاسخگویان شرایط نامناسب اقتصادی (۹۸/۳ درصد) و پیدانکردن فرد مناسب (۳۷/۶ درصد) بوده است. اما عمده‌ترین دلیل زود ازدواج کردن، پیدانکردن فرد مناسب (۱۸/۳ درصد)، موقعیت مناسب و شرایط مناسب و علاقه (۹۹/۱ درصد) بوده است. به عنوان نتیجه می‌توان گفت که عمده جوانان تمایل دارند که در سن مناسب ازدواج کنند و کافی است که شرایط اقتصادی و اجتماعی ازدواج برای آن‌ها فراهم باشد. در سیاست‌های جمعیتی توجه ویژه به مسائل اقتصادی و شغلی جوانان صورت گیرد. همچنین در سیاست‌های جمعیتی در کنار فراهم کردن شرایط اجتماعی و فرهنگی جوانان در دوران تحصیل، به مسائل اقتصادی، شغل و امنیت شغلی جوانان توجه جدی صورت بگیرد.

Abbasi-Shavazi, M.J. and McDonald, p. (2008a), "Family change in Iran: Religion, Revolution and the state", in Thornton, et al. "International Family change", Ed New York: Taylor and Francis Group.

Allen, S.M, Kalish, R.A (1984), Professional Women and Marriage, Journal of Marriage and Family, 46(2): 375-382.

Barbara S. Mensch, Susheela Singh and John B. Casterline (2005), "Trends in the Timing of First Marriage among Men and Women in the Developing World", The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries: Selected Studies, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Becker, Gary S. (1974), A Theory of Marriage, Part II; The Journal of Political Economy, 82(2): S11-S26.

Boulier, Bryan L. and Mark R. Rosenzweig (1984), Schooling, Search and Spouse Selection: Testing Economic Theories of Marriage and Household Behavior; The Journal of Political Economy, Vol. 92, No. 4.

Brien, Michael J. and Lee A. Lillard (1994), Education, Marriage, and First Conception in Malaysia; The Journal of Human Resources, Vol. 29, No.4.

Brüderl, Josef and Andreas Diekmann (1997), Education and Marriage: A Comparative Study; Institute of Sociology, Munich.

Davis, K. (1984). Wives and work: the sex role revolution and its consequences. Population and Development Review, 10(3), 397-417.

Hamplova, Dana (2003), Marriage and Educational Attainment: A Dynamic Approach to First Union Formation, Institute of Sociological Review, 2003, vol. 39, No.

Ikamari, Lawrence (2005), The Effect of Education on the Timing of Marriage in Kenya; Demographic Research, Vol.12, Max Planck Institute for Demographic Research.



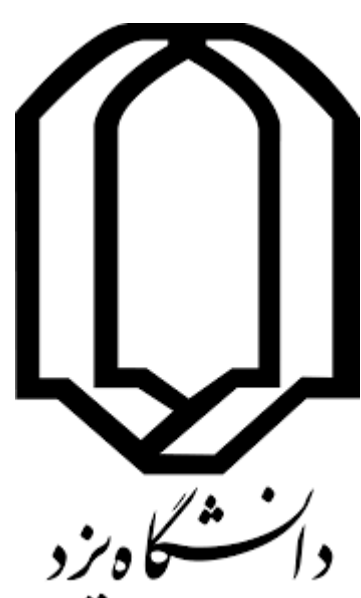
## مطالعه وضعیت میانگین سن فرزندآوری و تاثیر آن بر باروری در شهرستان های ایران ۱۳۹۵

راضیه کاویانی (نویسنده مسئول)

دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، nazi.kvn1997@gmail.com  
محمد تر کاشوند مرادآبادی

عضو هیات علمی، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، m.torkashvand@yazd.ac.ir  
حجیه بی بی رازقی نصرآباد

دانشیار گروه مطالعات خانواده، موسسه تحقیقات جمعیت کشور hajiieh.razeghi@nipr.ac.ir



### چکیده

مقدمه: ایران یکی از کشورهای با باروری زیر سطح جانشینی است. در ایران طی دهه‌های اخیر تغییرات و تحولات مهمی در زندگی افراد جامعه پیش آمده است. این تغییرات شامل سن اولین ازدواج، بالاتر رفتن سن فرزندآوری، افزایش فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول و افزایش فاصله بین موالید است که در نهایت منجر به کاهش باروری شده است. تحقیق حاضر متمرکز بر اثر سن فرزندآوری، بر میانگین تعداد فرزندان است.

روش: روش تحقیق کمی و تحلیل ثانویه داده سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ است. در سطح شهرستان‌های کشور، میانگین تعداد فرزندان رنده به دنیا آمده و میانگین سن فرزندآوری محاسبه و ارتباط بین آنها، پس از بررسی شاخص‌های نرمال بودن و حذف داده پرت، از طریق ضریب همبستگی تحلیل شد.

یافته‌ها: در سال ۱۳۹۵ میانگین سن فرزندآوری در شهرستان‌های کشور از ۲۳ تا ۳۳ سال در تغییر بوده و متوسط آن ۲۹.۳ سال است. میانگین باروری از ۱.۷ تا ۵ فرزند در تغییر بوده و متوسط آن ۲.۸ است. یافته‌ها نشان از این است که بین میانگین سن فرزندآوری و فرزندآوری رابطه‌ی معنادار، ضعیف و مثبت (۰.۱۲۳) برقرار است.

بحث و نتیجه‌گیری: برخلاف مبانی نظری، رابطه مثبت بین میانگین سن فرزندآوری و تعداد فرزندان وجود دارد و شهرستان‌های با میانگین سنی بالاتر، تعداد فرزندان بیشتری را نیز داشته‌اند. البته این رابطه ضعیف است. در هر صورت عدم وجود رابطه منفی قوی نشان از این است که فرزندآوری در کشور، هر چند با تاخیر مواجه باشد، نهایتاً انجام خواهد شد. بر اساس نتایج مطالعات دیگر، جوانان ایرانی میل به فرزندآوری در حدود ۲ فرزند داشته و هرچند آنرا به تاخیر بیندازند، آنرا به فعلیت خواهند رساند. بنابراین باید به این موضوع تاکید نمود سیاست‌های جمعیتی در کشور ایران عمدتاً باید متمرکز بر فراهم‌سازی شرایط برای باروری جوانان باشد، چرا که عمده جوانان دارای میل به باروری هستند.

### مقدمه

یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی دهه‌های اخیر در ایران کاهش میزان باروری بوده است. باروری که خود یک رفتار اجتماعی است تحت تاثیر عوامل گوناگونی از جمله محیط و بستر اجتماعی - فرهنگی خاصی اتفاق می‌افتد. نهادها و روابط اجتماعی اعضای جوامع، ارزش‌ها و هنجارهای باروری را تنظیم می‌کنند. امروزه به دلیل وضعیت پیش آمده، ایران به یکی از کشورهای تبدیل شده که باروری زیر سطح جانشینی را تجربه می‌کنند. در ایران طی دهه‌های اخیر تغییرات و تحولات مهمی در زندگی افراد جامعه پیش آمده است. این تغییرات در افزایش سن اولین ازدواج، بالاتر رفتن سن فرزندآوری، افزایش فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول و افزایش فاصله بین موالید و در نهایت منجر به کاهش باروری شده است. با توجه به اهمیت باروری و پیامدهای ناشی از باروری زیر سطح جایگزینی از جمله تغییر در ساختار جمعیت و سالخوردگی جمعیت مطالعه الگوهای باروری و فاصله بین موالید از جمله مباحثی است که توجه محققان و سیاست‌گذاران را در بسیاری از جوامع با باروری پایین جلب نموده است.

کشور ایران تغییرات شگرفی را در تعداد فرزندان خانواده تجربه کرده است. سیاست‌گذاری‌های جمعیتی در کشور معطوف به افزایش باروری بوده و نیازمند چشم‌اندازی از وضعیت آینده فرزندآوری در کشور است. هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت میانگین سن فرزندآوری زنان ۱۵-۴۹ ساله و اثر گذاری آن بر میزان فرزندآوری زنان ۱۵-۴۹ ساله تعداد فرزندان و عوامل موثر ایران است.

اگر بخواهیم از عوامل تأثیرگذار در افزایش میانگین سن فرزندآوری صحبت کنیم پس ابتدا باید با همان عوامل افزایش سن ازدواج و کاهش باروری، شروع کنیم؛ زیرا که نتایج این دو عامل یعنی عوامل افزایش سن ازدواج و کاهش باروری، بر شاخص افزایش میانگین سن ازدواج هم تأثیر می‌گذرد. میانگین سن فرزندآوری مستقیماً متأثر از سن ازدواج و تعداد فرزندان است و لذا افزایش آن را باید در افزایش سن ازدواج و کاهش تعداد فرزندان جستجو نمود.

هدف تحقیق حاضر محاسبه میانگین سن فرزندآوری در سطح شهرستان‌های ایران و بررسی ارتباط آن با میزان فرزندآوری است.

### مواد و روش‌ها

روش تحقیق کمی و تحلیل ثانویه داده سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ است. در سطح شهرستان‌های کشور، میانگین تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده و میانگین سن فرزندآوری محاسبه و ارتباط بین آنها، پس از بررسی شاخص‌های نرمال بودن و حذف داده پرت، از طریق ضریب همبستگی تحلیل شد.

یکی از سوالات موجود در سرشماری، تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده زنان است. با تقسیم تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده بر جمعیت زنان در گروه‌های سنی، متوسط تعداد فرزندان زنان در گروه سنی بدست می‌آید.

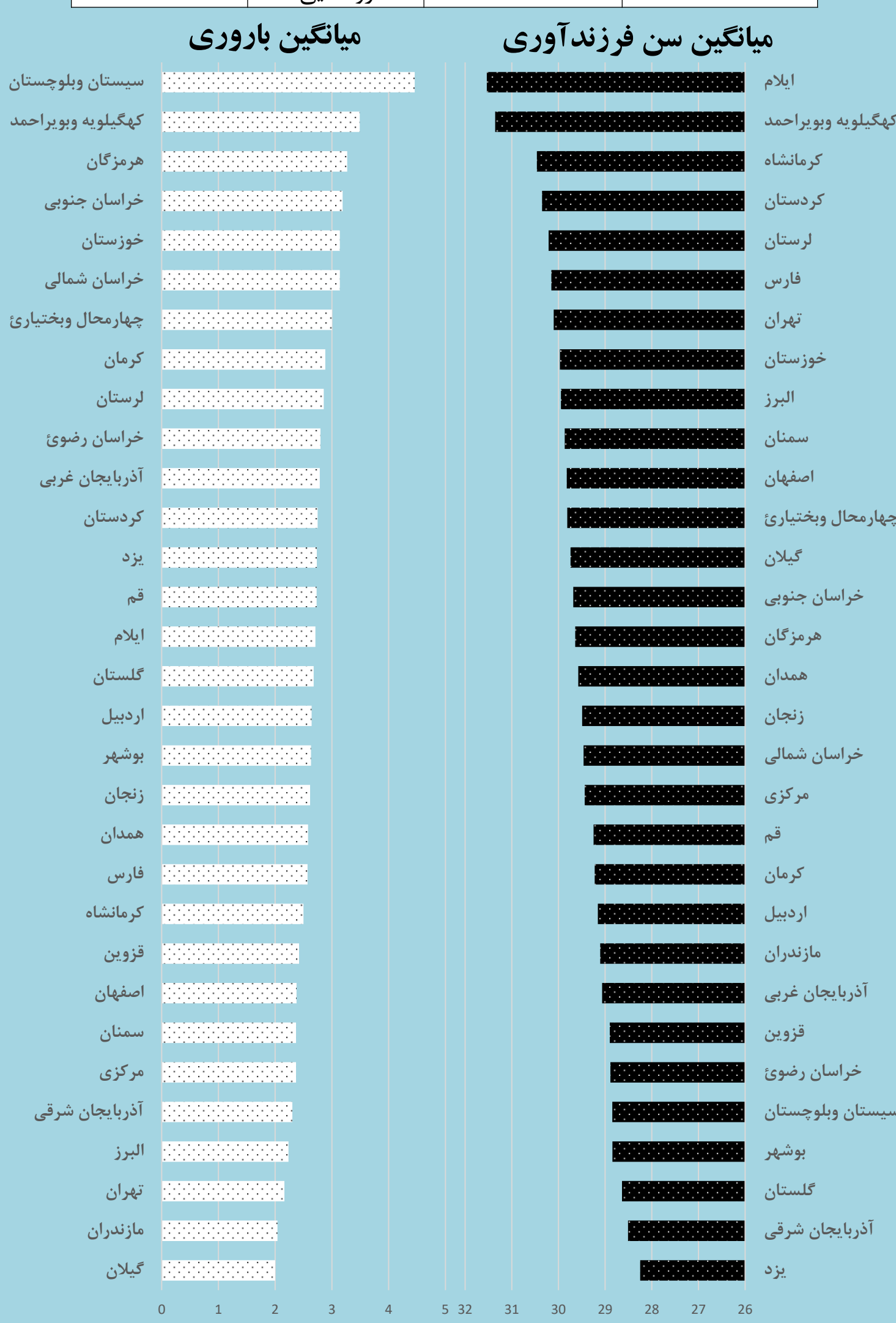
با استفاده از میانگین تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده زنان در گروه‌های سنی و روش جمعیت‌شناختی آریاگا، میانگین سن فرزندآوری و میانگین باروری کل محاسبه میشود. این محاسبات در سطح کل کشور، استان و شهرستان‌های کشور در سال ۱۳۹۵ انجام شده است.

محاسبات روش در نرم افزار مورتیک در قسمت اپلیکشن FERTCB انجام شده است و داده ورودی شامل تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده و تعداد زنان در گروه‌های سنی پنج ساله در فاصله سنی ۱۵ تا ۴۹ سالگی است.

### یافته

جدول شماره ۱. توزیع تعداد جمعیت زنان و تعداد کل فرزندان زنده به دنیا آورده از سال ۱۳۸۵-۱۳۹۵ بر حسب محل سکونت

سال	محل سکونت	زنان ۱۰ساله و بیشتر	تعداد کل فرزندان زنده به دنیا آورده
۱۳۸۵	کل	۲۱۲۱۱۲۸۴	۳۱۲۱۱۶۲۴
	شهری	۱۴۹۰۵۶۹۲	۲۰۶۷۴۹۲۸
	روستایی	۶۲۷۴۷۳۵	۱۰۴۷۷۲۸۲
۱۳۹۰	کل	۲۲۳۹۰۹۴۳	۳۱۲۱۶۰۸۰
	شهری	۱۶۳۲۷۰۸۰	۲۱۴۰۱۶۵۴
	روستایی	۶۰۴۸۲۰۴	۹۷۸۴۴۵۸
۱۳۹۵	کل	۲۲۶۹۵۶۷۴	۳۰۴۴۰۹۰۷
	شهری	۱۷۱۹۹۳۵۴	۲۱۶۷۵۵۵۵
	روستایی	۵۴۸۲۸۱۲	۷۳۸۰۳۹۲



جدول شماره ۲. توزیع میانگین سن فرزندآوری و باروری کل از سال ۱۳۸۵-۱۳۹۵ بر حسب محل سکونت

سال	محل سکونت	میانگین سن فرزندآوری	باروری کل
۱۳۸۵	کل	۳۱.۰۴	۳.۸۸
	شهری	۳۰.۹۵	۳.۵۴
	روستایی	۳۱.۴۷	۴.۸۴
۱۳۹۰	کل	۳۰.۶۶	۳.۲۳
	شهری	۳۰.۷۸	۳.۰۰
	روستایی	۳۰.۶۵	۳.۹۵
۱۳۹۵	کل	۲۹.۴۶	۲.۵۹
	شهری	۲۹.۷۲	۲.۴۳
	روستایی	۲۹.۲۲	۳.۰۰

جدول شماره ۳. رابطه میان میانگین سن فرزندآوری و باروری در شهرستان‌های استان‌های ایران ۱۳۹۵.

همبستگی شهرستان‌های ایران ۱۳۹۵	
باروری کل	همبستگی
۰.۱۵۵	پیرسون
۰.۰۰۱	سطح معناداری
۴۲۹	تعداد

### نتایج و بحث

در محاسبات انجام شده، میزان باروری کل و میانگین سن فرزندآوری در سطح کشور در طی دوره زمانی ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ محاسبه شده است. میزان باروری کل و میانگین سن فرزندآوری در کشور در طی زمان کاهش داشته است.

بنا بر نتایج جدول شماره ۲، میانگین باروری کل در سال ۱۳۸۵ در کل کشور ۳.۸۸ بوده که در سال ۱۳۹۵ به مقدار ۲.۵۹ کاهش یافته است. میانگین سن فرزندآوری نیز در این دوره از مقدار ۳۱ به ۲۹.۵ کاهش داشته است.

در نمودار ارائه شده، میانگین سن فرزندآوری و میزان باروری کل در سطوح استانی ارائه شده است.

استانهای ایلام، کهگیلویه و کرمانشاه و کردستان دارای بالاترین میانگین سن فرزندآوری و استان‌های یزد، آذربایجان شرقی، گلستان و بوشهر، پایین‌ترین میانگین سن فرزندآوری را دارند.

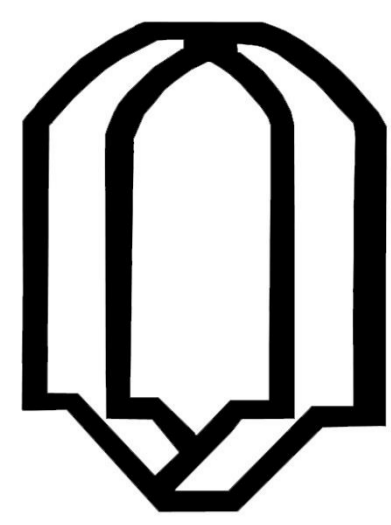
استان‌های سیستان، کهگیلویه، هرمزگان و خراسان جنوبی، بالاترین میزان باروری و استان‌های گیلان، مازندران، تهران و البرز، دارای کمترین میزان باروری هستند.

در سال ۱۳۹۵ میانگین سن فرزندآوری در شهرستان‌های کشور از ۲۳ تا ۳۳ سال در تغییر بوده و متوسط آن ۲۹.۳ سال است. میانگین باروری از ۱.۷ تا ۵ فرزند در تغییر بوده و متوسط آن ۲.۸ است. یافته‌ها نشان از این است که بین میانگین سن فرزندآوری و فرزندآوری رابطه‌ی معنادار، ضعیف و مثبت (۰.۱۲۳) برقرار است.

برخلاف مبانی نظری، رابطه مثبت بین میانگین سن فرزندآوری و تعداد فرزندان وجود دارد و شهرستان‌های با میانگین سنی بالاتر، تعداد فرزندان بیشتری را نیز داشته‌اند. البته این رابطه ضعیف است. در هر صورت عدم وجود رابطه منفی قوی نشان از این است که فرزندآوری در کشور، هر چند با تاخیر مواجه باشد، نهایتاً انجام خواهد شد. بر اساس نتایج مطالعات دیگر، جوانان ایرانی میل به فرزندآوری در حدود ۲ فرزند داشته و هرچند آنرا به تاخیر بیندازند، آنرا به فعلیت خواهند رساند. بنابراین باید به این موضوع تاکید نمود سیاست‌های جمعیتی در کشور ایران عمدتاً باید متمرکز بر فراهم‌سازی شرایط برای باروری جوانان باشد، چرا که عمده جوانان دارای میل به باروری هستند.

### منابع

- 1- United Nation (MORTPAK FOR WINDOWS). New York, 2013.
- 2-United Nations, Mean Age at Chidbearing.Department of Economic and Social Affairs, Population Division,2021
- 3-United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019. File FERT/8: Female mean age of childbearing by region, subregion and country1950-2100 (years). Estimates, 1950 - 2020,
- 4-United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Fertility Data 2008. POP/DB/Fert/Rev2008
- 5-Mathews TJ, Hamilton BE. Mean age of mothers is on the rise: United States, 2000-2014. NCHS data brief, no 232. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2016.
- 6-التجانی، عزیز زاده. (۱۳۹۵). «بررسی عوامل اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر سن ازدواج در ایران، یک مطالعه میان‌استانی». جامعه پژوهی فرهنگی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال ۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵: ص ۱-۱۹
- ۷-محمد پور، تقوی. (۱۳۹۲). «عوامل اجتماعی بالا رفتن سن ازدواج جوانان». مطالعات جامعه‌شناسی، سال پنجم، شماره بیستم، پائیز ۱۳۹۲، ص ۳۹-۵۳
- ۸-مرکز آمار ایران (۱۳۹۶)، «تحولات میانگین سن در اولین ازدواج در ایران با تأکید بر نتایج سرشماری ۱۳۹۵»، درگاه ملی آمار، تابستان ۱۳۹۶
- ۹-کشاورز، حقیقتیان، توسلی دینانی. (۱۳۹۲). «بررسی عوامل مؤثر بر فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، مطالعه موردی: زنان متأهل ۴۹-۲۰ ساله شهر اصفهان». جامعه‌شناسی کاربردی، سال ۲۴، شماره ۴۹، شماره ۲، تابستان ۹۲، ص ۱۲۶-۱۱۱
- ۱۰-بهجتی ارکانی، عباسی شوازی، سفیدر، معینی، آخوندی. (۱۳۸۶). «تأثیر افزایش سن در باروری و باروری جایگزین»، فصلنامه پایش، ۳۳۱-۳۳۰ سال ششم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۶ صص ۳۴-۱۱
- ۱۱-عباسی شوازی، حسینی چاوشی، بنی‌هاشمی، فتحی، میرزائی، نصیری پور، جاوید، عباسی، سرخیل، حسینی (۱۳۹۹)، «تحولات باروری در ایران از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۹۵»، پژوهشگاه آمار، تابستان ۱۳۹۹
- ۱۲-کشاورز، حقیقتیان، توسلی دینانی. (۱۳۹۲). «بررسی عوامل مؤثر بر فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، مطالعه موردی: زنان متأهل ۴۹-۲۰ ساله شهر اصفهان». جامعه‌شناسی کاربردی، سال ۲۴، شماره ۴۹، شماره ۲، تابستان ۹۲، ص ۱۲۶-۱۱۱
- ۱۳-التجانی، عزیز زاده. (۱۳۹۵). «بررسی عوامل اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر سن ازدواج در ایران، یک مطالعه میان‌استانی»، جامعه پژوهی فرهنگی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال ۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵: ص ۱-۱۹



دانشگاه یزد

## تفاوت‌های قومی در نگرش زنان و مردان به فاصله میان ازدواج تا تولد اولین فرزند

حاتم محمدی، دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه یزد

Mohammadiyaser1375@gmail.com

عباس عسکری ندوشن، دانشیار جمعیت‌شناسی دانشگاه یزد\*

aaskarin@yazd.ac.ir

دکتر حاتم حسینی، دانشیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه بوعلی

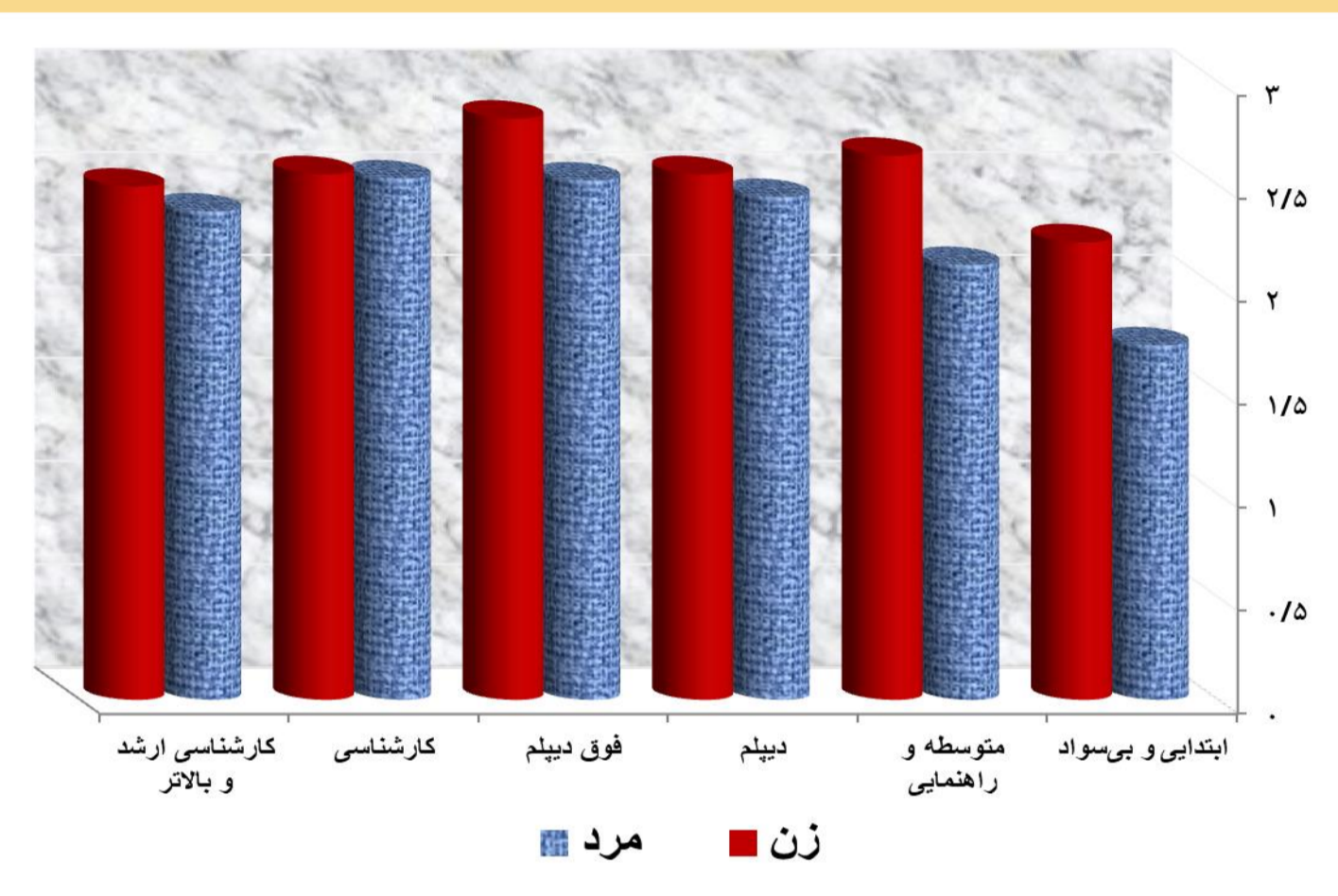
h-hosseini@basu.ac.ir



### چکیده:

هدف این مقاله، بررسی ترجیحات فاصله‌گذاری بین زمان ازدواج تا تولد اولین فرزند در میان قومیت‌های مختلف ایران است. جمعیت آماری، زوجین در آستانه ازدواج در مراکز استان‌های کشور، غیر از تهران، است که برای آزمایش‌های قبل از ازدواج مراجعه و از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۷۵۰۰ نفر انتخاب شد. تحلیل داده‌ها با بررسی مقایسه‌ای ترجیحات باروری زنان و مردان صورت گرفت. نتایج نشان داد که میانگین کشوری فاصله‌گذاری مطلوب بین ازدواج تا تولد اولین فرزند از نظر مردان و زنان به ترتیب حدود ۲/۴ سال و ۲/۶ سال است. کمترین میانگین فاصله‌گذاری ترجیحی میان ازدواج تا تولد فرزند اول، مربوط به مردان و زنان عرب (مردان و زنان به‌طور متوسط ۱/۹ و ۲ سال) و بلوچ (مردان و زنان به‌طور متوسط ۲/۰ و ۱/۷ سال) است. در مقابل، ترجیح گروه‌های قومی فارس و ترک تأخیر و فاصله‌گذاری بیشتر است (مردان حدود ۲/۵ سال و زنان هر دو گروه قومی به‌طور متوسط حدود ۲/۷ سال). تفاوت‌های قومی در ترجیح فاصله‌گذاری بین ازدواج تا تولد فرزند، هم برای مردان و هم برای زنان معنادار است. نتایج همچنین نشان داد که رابطه معکوسی بین سن ازدواج و ترجیح سرعت فرزندآوری اول بعد از ازدواج وجود دارد. به موازات افزایش سن زوجین هنگام ازدواج، فاصله ایده‌آل بین ازدواج تا تولد فرزند اول، از نظر زنان و مردان به‌طور معناداری کاهش می‌یابد.

نمودار ۵ میانگین شاخص‌های ترجیحات باروری زنان و مردان برحسب سطح تحصیلات به تفکیک جنس



### نتایج و بحث:

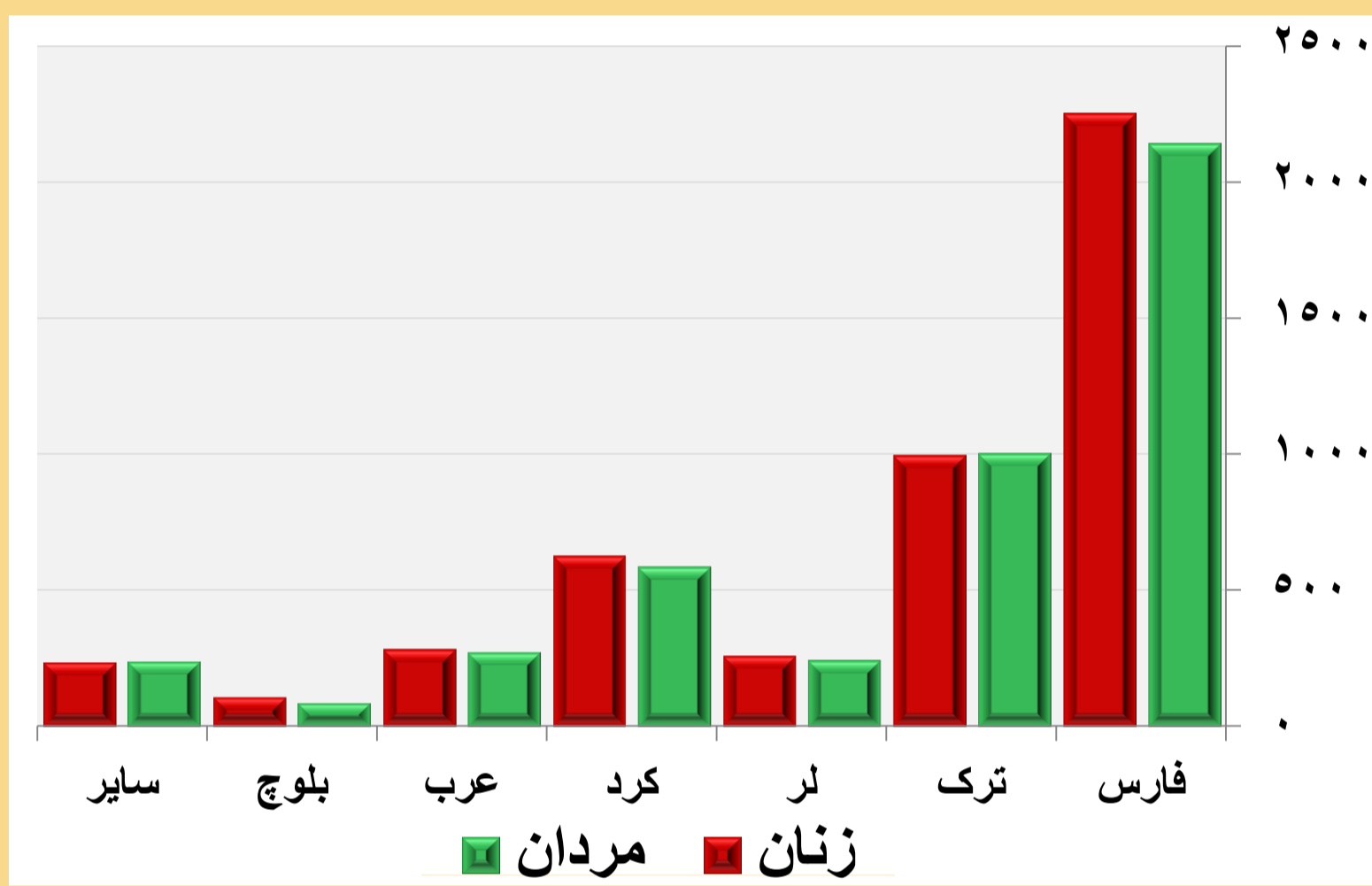
نتایج نشان داد ترجیح فاصله‌گذاری از ازدواج تا تولد نخستین فرزند در میان قومیت‌های ایرانی تحت تأثیر روندها و الگوهای کاهش باروری جامعه تغییرات زیادی داشته است. یافته‌ها از وجود یک همگرایی نسبی بین ترجیحات فاصله‌گذاری ازدواج تا تولد فرزند در قومیت‌های مختلف حکایت دارد. بر پایه نتایج به‌دست‌آمده، دستیابی به هدف افزایش باروری در سیاست‌های جمعیتی جدید دولت مستلزم توجه به زمینه‌های اجتماعی فرهنگی و تفاوت‌های قومی در ترجیحات باروری در پهنه‌ی جغرافیایی ایران است.

### منابع:

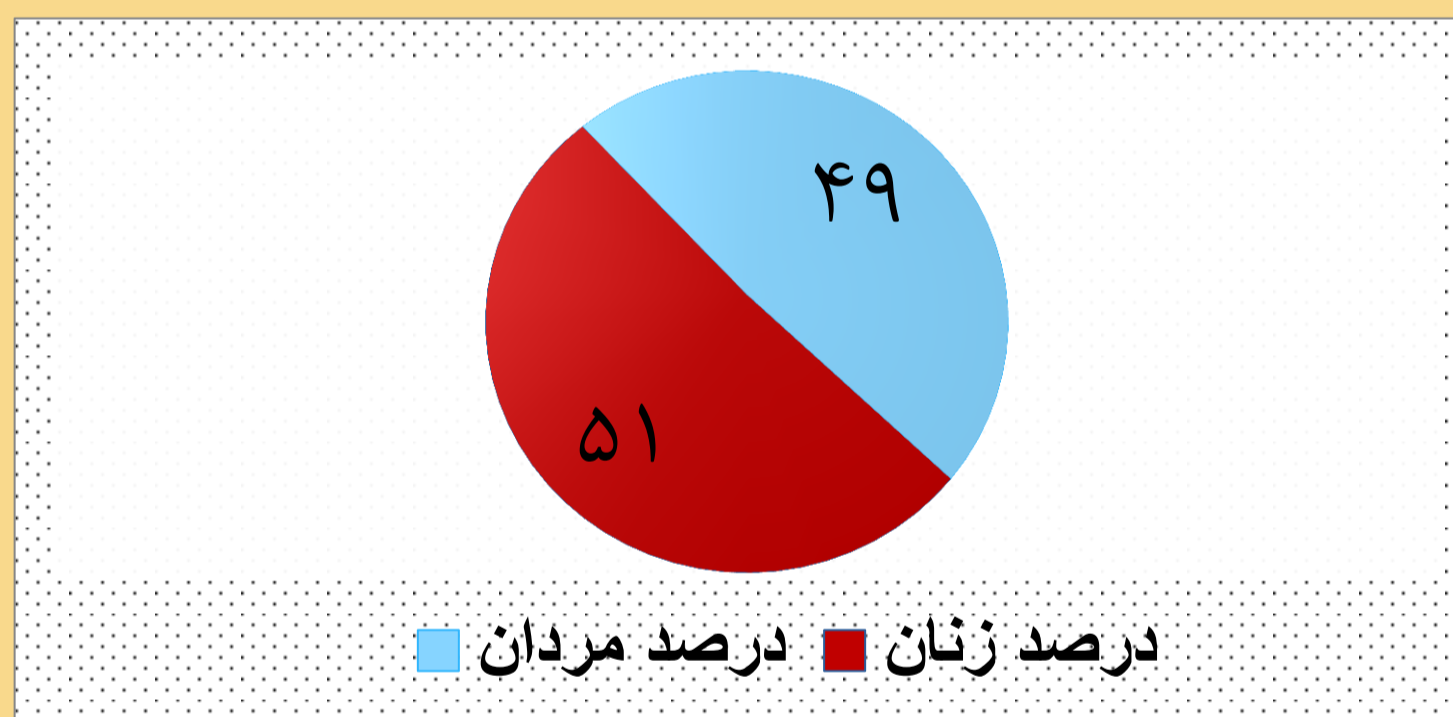
عباسی شوازی، محمدجلال؛ میمنت، حسینی‌چاوشی؛ پیتر، مکدونالد؛ بهرام، دل‌اور (۱۳۸۳). تحولات باروری در ایران؛ شواهدی از چهار استان منتخب، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. عباسی شوازی، محمدجلال؛ حاتم، حسینی (۱۳۸۷). تفاوت‌های قومی باروری در ایران: روندها و عوامل مؤثر بر آن، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۸، شماره ۴، صص ۳۶-۳.

عسکری ندوشن، عباس؛ محمدجلال، عباسی شوازی؛ رسول صادقی (۱۳۹۱). مادران، دختران و ازدواج (تفاوت‌های نسلی در ایده‌ها و نگرش‌های ازدواج شهر یزد)، مطالعات راهبردی زنان، دوره ۱۱، شماره ۴۴ (مسائل دختران)، صص ۳۶-۷.

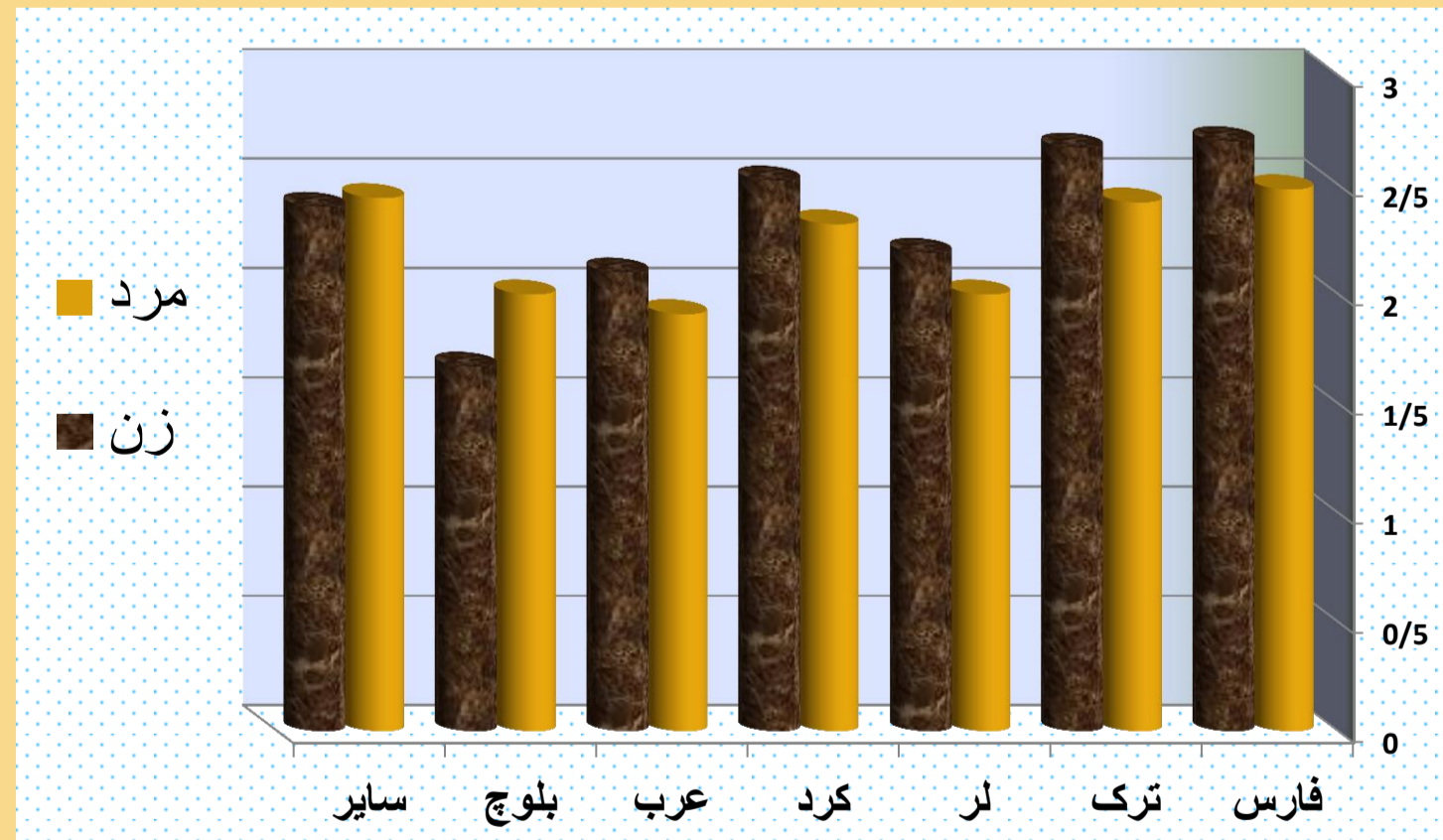
نمودار ۱ توزیع فراوانی جمعیت نمونه براساس قومیت



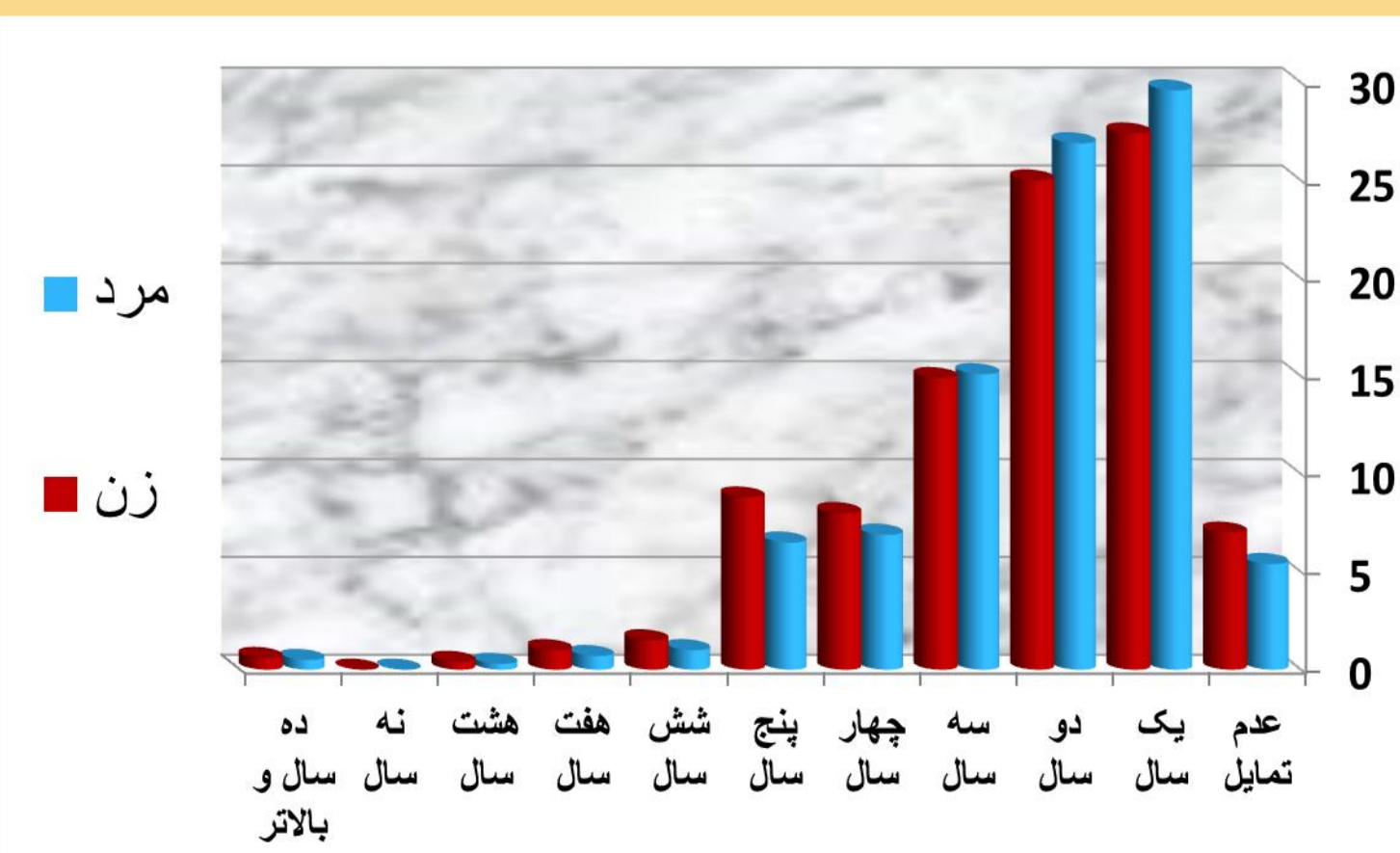
نمودار ۲ توزیع جمعیت نمونه به تفکیک جنس



نمودار ۳ میانگین شاخص‌های ترجیحات باروری زنان و مردان از قومیت‌های مختلف



نمودار ۴ توزیع جمعیت نمونه بر حسب فاصله‌ی ازدواج تا فرزند اول به تفکیک جنس



### مقدمه:

باروری نقش تعیین‌کننده‌ای در تحولات کمی و کیفی جمعیت هر کشور دارد. شواهد نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر نگرش افراد نسبت به ازدواج و فرزندآوری، در بیشتر نقاط جهان به‌طور اساسی تغییر کرده است. ایران نیز از این تحولات در امان نبوده است. کاهش چشمگیر باروری طی چهار دهه‌ی اخیر، ضرورت توجه به تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن را به‌منظور سیاست‌گذاری مناسب اجتناب‌ناپذیر ساخته است. در ایران، ازدواج و باروری رابطه‌ی تنگاتنگی با یکدیگر دارند. یکی از انگیزه‌های اصلی ازدواج فرزندآوری و بقاء نسل است. این امر سبب شده است تا در فرهنگ ایرانی فرزندآوری در فاصله کوتاهی از ازدواج اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. با این وجود، شمار فرزندان و گرایش به ترجیح جنسی در قومیت‌های مختلف متفاوت است. هدف این مقاله بررسی مقایسه‌ای تفاوت‌های قومی در نگرش به فاصله میان ازدواج تا تولد اولین فرزند است.

### مواد و روش‌ها:

روش نمونه‌گیری، غیراحتمالی سهمیه‌ای متناسب با مناطق هدف، یعنی مراکز استان‌هاست که سهم‌ها متناسب با تعداد ازدواج و طلاق‌های ثبت شده در مراکز استان‌ها می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش، زوجین در آستانه ازدواج در مراکز استان‌های کشور، غیر از تهران است که برای آزمایش‌های قبل از ازدواج مراجعه و از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۷۵۰۰ نفر انتخاب شده است. این داده‌ها در قالب طرح پیمایش ملی ازدواج که توسط سازمان ثبت احوال کشور در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ اجرا شد، گردآوری شده است.

توجه به نیازهای بهداشت باروری مادران نوجوانان به عنوان یک گروه آسیب پذیر در برنامه جوانی جمعیت: بررسی تجارب کشورهای دیگر  
نویسندگان: سمانه یوسف لویا، شهناز کهن\* ۲  
۱- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- استاد مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## نتایج و بحث

با توجه به پیش‌بینی افزایش بارداری نوجوانان در ایران ضرورت برنامه‌ریزی در راستای کاهش پیامدهای منفی بارداری و زایمان و همچنین افزایش توانمندی مادران نوجوان در مراقبت از خود، کودک و خانواده بیش از پیش آشکار می‌شود. لذا لازم است سیاستگذاران و مراقبین بهداشتی سیاستهایی در جهت انطباق صحیح این مادران با تغییرات نقشی و همچنین ارتقای توانمندی مراقبتی آنها اتخاذ نمایند



## اشکال و جداول

بررسی نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که باید به دوران بارداری و زایمان نوجوانان به صورت متفاوت نگریسته شود و این برنامه‌ها باید متناسب با ویژگی‌های نوجوانی باشد و بتواند تمام نیازهای آنها را تامین کند. کشورهای مختلف برنامه‌های متعددی را جهت توانمندی و ارتقای سلامت مادران نوجوان در قالب الگوی خدمات‌های بعد دوستار نوجوان، انجام مراقبت از زایمان مبتنی بر مدرسه، های مبتنی بر وب، ارائه مراقبت صورت مراقبت در منزل، خدمات به های مراقبت گروهی، مداخله مدل های اولیه ارائه داده-مبتنی بر مراقبت اند؛ که بیانگر تاثیر مثبت این مداخلات در جهت توانمندی مادران نوجوان در مراقبت از خود و شیرخوار می‌باشد.

: باروری یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تحولات جمعیتی است که نقش عمده‌ای در دگرگونی کمی و حتی کیفی جمعیت هر کشور ایفا می‌کند. اجرای سیاست‌های جمعیتی و مشوق‌های مالی می‌تواند زمینه را برای افزایش ازدواج و به دنبال آن باروری در این گروه سنی افزایش دهد. لذا در صورتی که جامعه آمادگی لازم برای رویایی با این مهم را نداشته باشد، بارداری نوجوانان میتواند تبعات جبران‌ناپذیری برای فرد، خانواده و جامعه داشته باشد. لذا در پژوهش حاضر برنامه‌ها و اقدامات کشورهای دیگر در زمینه ارائه خدمات بهداشت باروری در زمینه ارتقای توانمندی مادران نوجوان مورد بررسی قرار گرفته است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه مروری در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر با کلیدواژه‌هایی مانند "برنامه" و "مداخله" و "بسته خدمتی" و "بهداشت باروری" و "نوجوانان" صورت گرفته است. در ابتدا تمامی مقالات منتشر شده تا ۱۷ نوامبر ۲۰۲۲ سرچ شده و وارد نرم افزار اندنوت می‌شوند، پس از حذف مقالات مشابه در ابتدا عنوان و چکیده مقالات و سپس مقاله کامل مطالعه شدند و در صورتی که مرتبط با موضوع باشند وارد مطالعه شدند. ارزیابی کیفیت مقالات در مطالعات کارآزمایی بالینی با استفاده از ابزار کوکران صورت گرفته است.

1. Powers ME, Takagishi J, Alderman EM, Chung RJ, Grubb LK, Lee J, et al. Care of Adolescent Parents and Their Children. *Pediatrics*. 2021;147(5).
2. Wu JJ, Ahmad N, Samuel M, Logan S, Mattar CN. The Influence of Web-Based Tools on Maternal and Neonatal Outcomes in Pregnant Adolescents or Adolescent Mothers: Mixed Methods Systematic Review. *Journal of medical Internet research*. 2021;23(8):e26786.
3. Harper J, Hopper D, Keating B, Harding J. NM GRADS: Lessons learned from implementing a school-based program for young parents across New Mexico. *Maternal and Child Health Journal*. 2020;24(2):163-70.
4. Pintye J, Kinuthia J, Roberts DA, Wagner AD, Mugwanya K, Abuna F, et al. Integration of PrEP services into routine antenatal and postnatal care: experiences from an implementation program in Western Kenya. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2018;79(5):e59.
5. Letourneau NL, Stewart MJ, Barnfather AK. Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of adolescent health*. 2004 Dec 1;35(6):509-25
6. Fulton AM, Murphy KK, Anderson SL. Increasing adolescent mothers' knowledge of child development. An intervention program. *Adolescence*. 1991 Apr 1;26(101):73.
7. Barnett B, Liu J, DeVoe M, Duggan AK, Gold MA, Pecukonis E. Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. *The Annals of Family Medicine*. 2009 Sep 1;7(5):436-45.
8. Koniak-Griffin D, Anderson NL, Verzemnieks I, Brecht ML. A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. *Nursing research*. 2000 May 1;49(3):130-8.
9. Riva Crugnola C, Ierardi E, Peruta V, Moiola M, Albizzati A. Video-feedback attachment based intervention aimed at adolescent and young mothers: effectiveness on infant-mother interaction and maternal mind-mindedness. *Early Child Development and Care*. 2021 Feb 17;191(3):475-89.
10. Riva Crugnola C, Ierardi E, Albizzati A, Downing G. Effectiveness of an attachment-based intervention program in promoting emotion regulation and attachment in adolescent mothers and their infants: A pilot study. *Frontiers in Psychology*. 2016 Feb 24;7:195.
11. Firk C, Dahmen B, Dempfle A, Niessen A, Baumann C, Schwarte R, Koslowski J, Kelberlau K, Konrad K, Herpertz-Dahlmann B. A mother-child intervention program for adolescent mothers: Results from a randomized controlled trial (the TecMo study). *Development and Psychopathology*. 2021 Aug;33(3):992-1005.
12. Riva Crugnola C, Ierardi E, Peruta V, Moiola M, Albizzati A. Video-feedback attachment based intervention aimed at adolescent and young mothers: effectiveness on infant-mother interaction and maternal mind-mindedness. *Early Child Development and Care*. 2021 Feb 17;191(3):475-89.
13. Firk C, Dahmen B, Lehmann C, Niessen A, Koslowski J, Rauch G, Schwarte R, Stich K, Konrad K, and Herpertz-Dahlmann B. 2015. A mother-child intervention program in adolescent mothers and their children to improve maternal sensitivity, child responsiveness and child development (the TecMo study), study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 16(1), pp.1-9.



## **بخش سوم**

# **روشهای نوین تشخیص و درمان ناباروری**



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی دامانی استان زنجان

# لزوم مراقبت‌های قبل و حین بارداری در زنان مبتلا به صرع

صبا رحمتی کله سرائی\*<sup>۱</sup>، مهدی اسکندری<sup>۱</sup>، حسین مصطفوی<sup>۱</sup>، محمد اکبری<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دپارتمان فیزیولوژی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

\*Saba\_rahmati76@yahoo.com



## مقدمه:

صرع یک اختلال عصبی مزمن و شایع است. حدود ۱/۱ میلیون زن در سنین باروری مبتلا به بیماری صرع می باشند. ترس از مصرف دارو در بارداری و عدم آگاهی راجع به مصرف درست دارو، باعث تصمیم اشتباه در دوره بارداری می شود. هدف از این مطالعه بررسی اهمیت مراقبت های دوران بارداری بر زایمان نوزادان سالم زنان مبتلا به صرع می باشد.

## روش:

این مقاله مروری با مطالعه متون و مقالات مختلف پیرامون موضوع و با روش جستجوی الکترونیکی در پایگاه های الکترونیک Science direct، Magiran، SID و Pubmed به دست آمد که براساس کلمات کلیدی، از ۷۰ مقاله گرد آوری شده ۲۶ مورد آن برای تحلیل نهایی مناسب بود.

## یافته‌ها:

نتایج پژوهش نشان داد که در مادران مبتلا به صرع که بدون آموزش صحیح و نظارت پزشک متخصص، باردار شده‌اند؛ احتمال تولد نوزادان با ناهنجاری مادرزادی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افراد غیر صرعی است. ناهنجاری‌های مادرزادی عمده‌ای در نوزادان زنان مبتلا به صرع مشاهده نشد، ولی ۲ مورد شکاف کام لب و ۱ مورد سقط جنین به دلیل استفاده از داروهای ضد صرع که در دسته داروهای پرخطر بارداری هستند دیده شد.

## بحث و نتیجه گیری:

زنان مبتلا به صرع با مصرف داروهای ضد صرع باید از نظر بررسی سلامت جنین و نتایج بارداری بطور مرتب توسط پزشک متخصص اعصاب و زنان تحت نظر و کنترل باشند. اثرات تراژون بعضی داروها مانند توپیرامات و والپروات سدیم در بارداری اثبات شده است. بنابراین لزوم برنامه ریزی برای بارداری، روش پیشگیری درست قبل از تصمیم به بارداری، نظارت بر دارودرمانی و مصرف منظم دارو، آگاهی از بیماری صرع و آموزش درست، مشاوره قبل از بارداری و حین بارداری زیر نظر پزشک متخصص و ماما جهت حاملگی بی خطر و تولد نوزاد سالم ضروری است.

**واژگان کلیدی:** صرع، بارداری، مراقبت های بارداری، داروهای ضدصرع

7. King A, Gerard EE. Contraception, fecundity, and pregnancy in women with epilepsy: an update on recent literature. *Curr Opin Neurol*. 2022 Apr 1;35(2):161-168. doi: 10.1097/WCO.0000000000001039. PMID: 35191408; PMCID: PMC9230745.

8. Dupont S, Vercueil L. Epilepsy and pregnancy: What should the neurologists do? *Rev Neurol (Paris)*. 2021 Mar;177(3):168-179. doi: 10.1016/j.neuro.2021.01.003. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33610349.

9. Tomson T, Battino D, Bromley R, Kochen S, Meador K, Pennell P, Thomas SV. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epileptic Disord*. 2019 Dec 1;21(6):497-517. doi: 10.1684/epd.2019.1105. PMID: 31782407

10. Craig JJ, Scott S, Leach JP. Epilepsy and pregnancy: identifying risks. *Pract Neurol*. 2022 Apr;22(2):98-106. doi: 10.1136/practneurol-2019-002304. Epub 2021 Dec 9. PMID: 34887343.

11. Kaplan YC, Demir O. Use of Phenytoin, Phenobarbital Carbamazepine, Levetiracetam Lamotrigine and Valproate in Pregnancy and Breastfeeding: Risk of Major Malformations, Dose-dependency, Monotherapy vs Polytherapy, Pharmacokinetics and Clinical Implications. *Curr Neuropharmacol*. 2021;19(11):1805-1824. doi: 10.2174/1570159X19666210211150856. PMID: 33573557; PMCID: PMC9185784.

12. Beydoun A, DuPont S, Zhou D, Matta M, Nagire V, Lagae L. Current role of carbamazepine and oxcarbazepine in the management of epilepsy. *Seizure*. 2020 Dec;83:251-263. doi: 10.1016/j.seizure.2020.10.018. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33334546.

13. Khuda I, Aljaafari D. Epilepsy in pregnancy. A comprehensive literature review and suggestions for saudi practitioners. *Neurosciences (Riyadh)*. 2018 Jul;23(3):185-193. doi: 10.17712/nsj.2018.3.20180129. PMID: 30007993; PMCID: PMC8015586

14. Melikova SY. Problema depressii u bol'nykh epilepsiei zhenshchin v period beremennosti i posle rodov (obzor zarubezhnoĭ literatury) [The problem of depression in women with epilepsy during pregnancy and after childbirth]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2019;119(11. Vyp. 2):70-73. Russian. doi: 10.17116/jnevro201911911270. PMID: 32207734.

15. Li J, Toffa DH, Nguyen DK. Epilepsy and Pregnancy: An Audit of Specialized Care. *Can J Neurol Sci*. 2022 Sep;49(5):678-687. doi: 10.1017/cjn.2021.190. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34353406.

16. Stephen LJ, Harden C, Tomson T, Brodie MJ. Management of epilepsy in women. *Lancet Neurol*. 2019 May;18(5):481-491. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30495-2. Epub 2019 Mar 8. PMID: 30857949.

17. Johnson EL, Burke AE, Wang A, Pennell PB. Unintended pregnancy, prenatal care, newborn outcomes, and breastfeeding in women with epilepsy. *Neurology*. 2018 Sep 11;91(11):e1031-e1039. doi: 10.1212/WNL.0000000000006173. Epub 2018 Aug 10. PMID: 30097479.

18. Askarieh A, MacBride-Stewart S, Kirby J, Fyfe D, Hassett R, Todd J, Marshall AD, Leach JP, Heath CA. Delivery of care, seizure control and medication adherence in women with epilepsy during pregnancy. *Seizure*. 2022 Aug;100:24-29. doi: 10.1016/j.seizure.2022.06.002. Epub 2022 Jun 9. PMID: 35728343.

19. Baishya J, Jose M, AS R, Sarma PS, Thomas SV. Do women with epilepsy benefit from epilepsy specific pre-conception care? *Epilepsy Res*. 2020 Feb;160:106260. doi: 10.1016/j.eplepsyres.2019.106260. Epub 2019 Dec 23. PMID: 31901787.

20. Li Y, Meador KJ. Epilepsy and Pregnancy. *Continuum (Minneapolis)*. 2022 Feb 1;28(1):34-54. doi: 10.1212/CON.0000000000001056. PMID: 35133310; PMCID: PMC9642109.

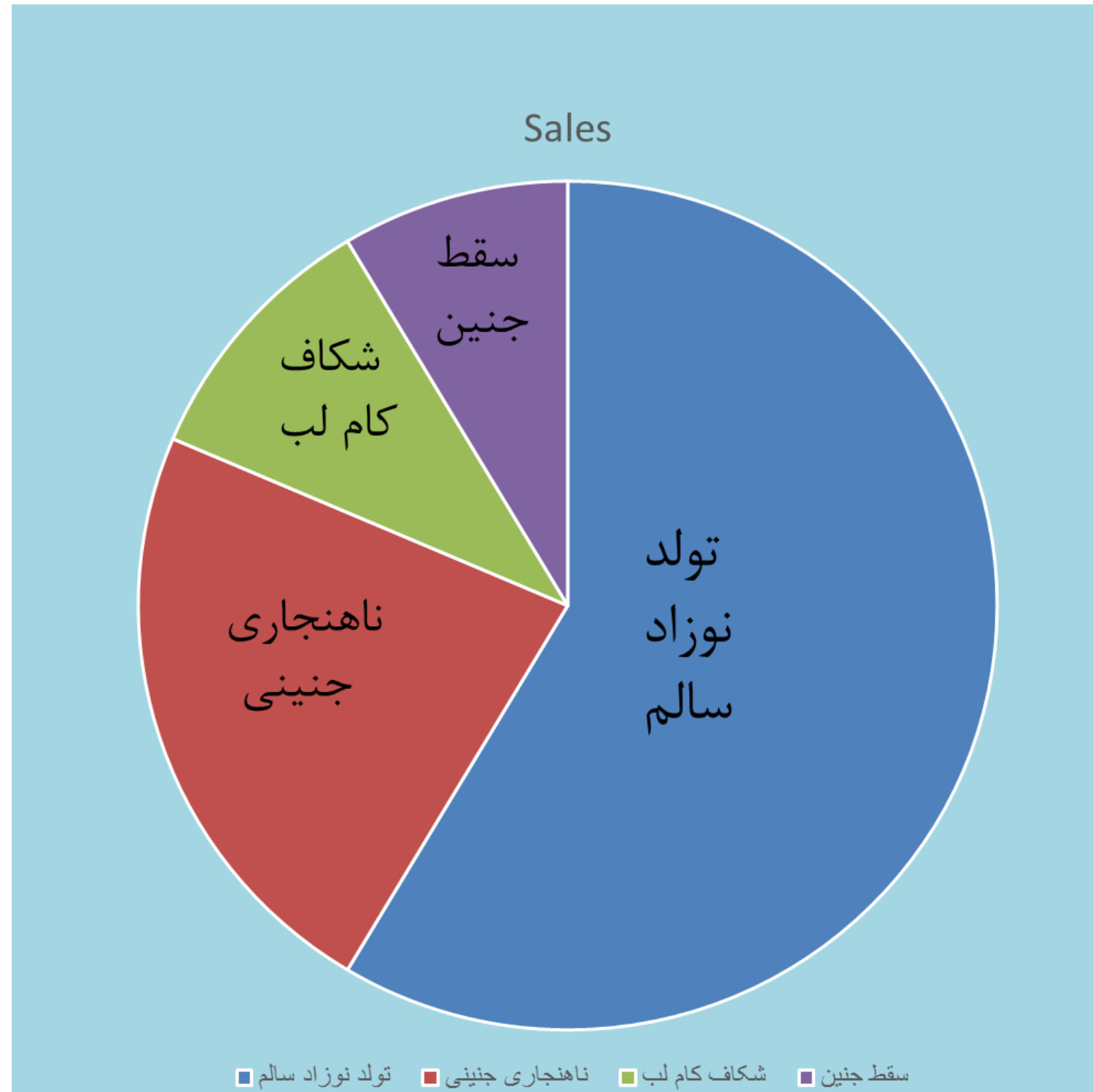
21. Harden C, Lu C. Epilepsy in Pregnancy. *Neurol Clin*. 2019 Feb;37(1):53-62. doi: 10.1016/j.ncl.2018.09.008. PMID: 30470275.

22. Pennell PB, French JA, Harden CL, Davis A, Bagiella E, Andreopoulos E, Lau C, Llewellyn N, Barnard S, Allien S. Fertility and Birth Outcomes in Women With Epilepsy Seeking Pregnancy. *JAMA Neurol*. 2018 Aug 1;75(8):962-969. doi: 10.1001/jamaneuro.2018.0646. PMID: 29710218; PMCID: PMC6142930.

23. Markoula S, Siarava E, Keramida A, Chatzistefanidis D, Zikopoulos A, Kyritsis AP, Georgiou I. Reproductive health in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2020 Dec;113:107563. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107563. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33242778.

24. فریده مصطفی زاده، مهرناز مشعوفی، خدیجه دیده براه، رافت کاظم زاده، (۱۳۸۷). پیامدهای بارداری در زنان مبتلا به بیماری صرع مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل، فصلنامه سلامت و مراقبت، ۱۰(۴)، ۱۲-۷. magiran.com/p1027259

25. Abbas Sheikhtaheri, Fatemeh Ghandali, Gholamreza Zamani Ghaletaki, (2017). Determination of the Required Educational Content in the Development of Educational Mobile Application for Patients with Epilepsy: Perspectives of Patients and Physicians, *Journal of Health and Biomedical Informatics*, 4(1), 11-20. magiran.com/p1758111



## منابع:

- Błaszczyc B, Miziak B, Pluta R, Czuczwar SJ. Epilepsy in Pregnancy-Management Principles and Focus on Valproate. *Int J Mol Sci*. 2022 Jan 25;23(3):1369. doi: 10.3390/ijms23031369. PMID: 35163292; PMCID: PMC8836209.
- Kirkpatrick L, Harrison E, Borrero S, Miller E, Sogawa Y, Stransky OM, Talabi MB, Urban A, Kazmerski TM. Sexual and reproductive health concerns of women with epilepsy beginning in adolescence and young adulthood. *Epilepsy Behav*. 2021 Dec;125:108439. doi: 10.1016/j.yebeh.2021.108439. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34839241.
- Kirkpatrick L, Harrison E, Borrero S, Davis AR, Miller E, Sogawa Y, Stransky OM, Talabi MB, Urban A, Van Cott AC, Kazmerski TM. Preferences and experiences of women with epilepsy regarding sexual and reproductive healthcare provision. *Epilepsy Behav*. 2022 Apr;129:108631. doi: 10.1016/j.yebeh.2022.108631. Epub 2022 Mar 2. PMID: 35247834.
- Haseitel MA, Hardaman CG. Anticoncepción en mujeres epilépticas [Contraception in epileptic women]. *Medicina (B Aires)*. 2021;81(1):62-68. Spanish. PMID: 33611246.
- Bui E. Women's Issues in Epilepsy. *Continuum (Minneapolis)*. 2022 Apr 1;28(2):399-427. doi: 10.1212/CON.0000000000001126. PMID: 35393964.
- Barnard S, French J. Collaboration of Care for Women with Epilepsy in their Reproductive Years. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Mar;28(3):339-345. doi: 10.1089/jwh.2018.7506. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30767686.

## مقدمه:

صرع یک اختلال عصبی مزمن و شایع است. حدود ۱/۱ میلیون زن در سنین باروری مبتلا به بیماری صرع می باشند. ترس از مصرف دارو در بارداری و عدم آگاهی راجع به مصرف درست دارو، باعث تصمیم اشتباه در دوره بارداری می شود. هدف از این مطالعه بررسی اهمیت مراقبت های دوران بارداری بر زایمان نوزادان سالم زنان مبتلا به صرع می باشد.

## مواد و روش ها:

این مقاله مروری با مطالعه متون و مقالات مختلف پیرامون موضوع و با روش جستجوی الکترونیکی در پایگاه های الکترونیک Science direct، Magiran، SID و Pubmed به دست آمد که براساس کلمات کلیدی، از ۷۰ مقاله گرد آوری شده ۲۶ مورد آن برای تحلیل نهایی مناسب بود.



## نتایج و بحث:

نتایج پژوهش نشان داد که در مادران مبتلا به صرع که بدون آموزش صحیح و نظارت پزشک متخصص، باردار شده‌اند؛ احتمال تولد نوزادان با ناهنجاری مادرزادی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افراد غیر صرعی است. ناهنجاری‌های مادرزادی عمده‌ای در نوزادان زنان مبتلا به صرع مشاهده نشد، ولی ۲ مورد شکاف کام لب و ۱ مورد سقط جنین به دلیل استفاده از داروهای ضد صرع که در دسته داروهای پرخطر بارداری هستند دیده شد.

بنابراین زنان مبتلا به صرع با مصرف داروهای ضد صرع باید از نظر بررسی سلامت جنین و نتایج بارداری بطور مرتب توسط پزشک متخصص اعصاب و زنان تحت نظر و کنترل باشند. اثرات تراژون بعضی داروها مانند توپیرامات و والپروات سدیم در بارداری اثبات شده است. بنابراین لزوم برنامه ریزی برای بارداری، روش پیشگیری درست قبل از تصمیم به بارداری، نظارت بر دارودرمانی و مصرف منظم دارو، آگاهی از بیماری صرع و آموزش درست، مشاوره قبل از بارداری و حین بارداری زیر نظر پزشک متخصص و ماما جهت حاملگی بی خطر و تولد نوزاد سالم ضروری است.



# نقش عوامل ژنتیکی در سقط مکرر

عطاله شرفی<sup>۱</sup>، غلامرضا پورسیفی خیمه سری<sup>۲</sup>  
۱ مرکز جراحی محدود و درمان ناباروری مهر، ایمیل: atasharafi83@gmail.com  
۲ مرکز جراحی محدود و درمان ناباروری مهر



چکیده:

سقط جنین، به عنوان از دست دادن خود به خودی بارداری قبل از رسیدن جنین به حیات تعریف می‌شود. بنابراین این اصطلاح شامل تمام از دست رفتن‌های بارداری از زمان لقاح تا هفته ۲۴ بارداری می‌شود. سقط مکرر حاملگی یک اختلال باروری است که به عنوان دو یا چند سقط حاملگی متوالی و خود به خودی تعریف می‌شود و در حدود ۱ تا ۵ درصد برای زوج‌هایی که سعی در باردار شدن دارند اتفاق می‌افتد. هدف از این مطالعه شناسایی عوامل خطر ژنتیکی و اپی‌ژنتیکی بالقوه برای سقط مکرر و درک اتیولوژی ژنتیکی این بیماری است. علل شایع سقط مکرر شامل سندرم آنتی‌فسفولیپید، اختلالات کروموزومی، ناهنجاری‌های رحمی، اختلالات متابولیک و هورمونی می‌باشد. علل دیگری از جمله آندومتریت مزمن، ترومبوفیلی‌های ارثی، سطوح بالای شکست DNA، عفونت‌ها، سن مادر، چاقی و عوامل محیطی می‌توانند هر کدام با سقط مکرر مرتبط باشند. از میان این عوامل، عامل ژنتیکی نقش بسزایی در سقط مکرر دارد. سقط مکرر می‌تواند ناشی از نقص ساختاری یا عددی در کروموزوم‌های والدین یا جنین باشد. سقط مکرر با چندین زن، از جمله زن‌های دخیل در استرس اکسیداتیو، رگ‌زایی، لخته شدن و التهاب مرتبط است. با وجود چندین عامل اتیولوژیک شناخته شده، علت سقط مکرر در بیش از نیمی از موارد ناشناخته است.

مقدمه:

سقط مکرر حاملگی یک اختلال باروری است که به عنوان دو یا چند سقط حاملگی متوالی و خود به خودی از زمان لقاح تا هفته ۲۴ بارداری تعریف می‌شود و در حدود ۱ تا ۵ درصد برای زوج‌هایی که سعی در باردار شدن دارند اتفاق می‌افتد. علت سقط مکرر حاملگی (RPL) به طور گسترده به موارد زیر طبقه بندی می‌شود:

- ژنتیکی
- آناتومیک
- غدد درون ریز
- سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید
- ایمونولوژیک
- فاکتورهای محیطی

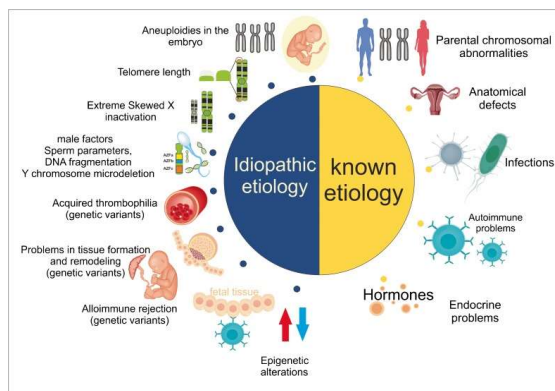
طبقه بندی علل سقط مکرر:

ژنتیکی: آنپلوئیدی یکی از شایع ترین علل RPL است. جایجایی‌های متعادل، متقابل و رابرتسونین در جنین می‌تواند زمینه ساز سقط جنین خود به خودی باشد.

آناتومیک: ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه مولرین می‌تواند باعث RPL شود. یک متآنالیز از چندین مطالعه به این نتیجه رسید که نقایص مادرزادی رحم در حدود ۱۲.۶ درصد از بیماران با سقط مکرر حاملگی وجود دارد. ناهنجاری‌های اکتسابی رحم مانند فیبروم، پولیپ و سندرم آشرمن نیز می‌تواند خطر ابتلا به RPL را در زنان افزایش دهد. غدد درون ریز: اختلالات غدد درون ریز مادر مانند دیابت و اختلال عملکرد تیروئید می‌تواند باعث RPL شود و باید در بیماران مبتلا به RPL مورد ارزیابی و درمان مناسب قرار گیرد.

سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید (APLS): حدود ۸ تا ۴۲ درصد از بیماران مبتلا به RPL را تشکیل می‌دهد. APLS باعث افزایش خطر ترومبوز و نارسایی جفت می‌شود که باعث RPL می‌شود. عوامل محیطی: پیشنهاد می‌شود که سیگار بر عملکرد تروفوبلاستیک تأثیر بگذارد و با افزایش خطر RPL مرتبط است. چاقی به طور مستقل با افزایش خطر سقط مکرر بارداری در زنانی که به طور طبیعی باردار می‌شوند مرتبط است. سایر عادات سبک زندگی مانند مصرف الکل، مصرف کوکائین و مصرف زیاد کافئین نیز با افزایش خطر سقط جنین خود به خودی همراه است.

ایمونولوژیک: آزمایش روتین زنان مبتلا به RPL برای ترومبوفیلی ارثی در حال حاضر توصیه نمی‌شود. غربالگری برای ترومبوفیلی ارثی ممکن است زمانی نشان داده شود که بیمار سابقه شخصی ترومبومبولی وریدی در شرایط یک عامل خطر غیرعودکننده (مانند جراحی) یا یکی از بستگان مبتلا به ترومبوفیلی پرخطر شناخته شده یا مشکوک داشته باشد.



نتایج و بحث:

بر اساس آخرین گایدلاین سقط مکرر ESHRE (۲۰۲۲) موارد زیر در ارتباط با موارد ژنتیکی، ایمنی و انعقادی مرتبط با سقط مکرر توصیه گردیده است: آنالیز ژنتیکی بافت حاملگی به طور معمول توصیه نمی‌شود، اما می‌توان آن را برای اهداف توضیحی انجام داد. برای تجزیه و تحلیل ژنتیکی بافت حاملگی، Array-CGH بر اساس کاهش اثر آلودگی مادر توصیه می‌شود. کاربوتایپ والدین به طور معمول در زوج‌های مبتلا به RPL توصیه نمی‌شود. می‌توان آن را پس از ارزیابی فردی ریسک انجام داد. برای زنان مبتلا به RPL، توصیه می‌شود که برای ترومبوفیلی ارثی غربالگری نکنند، مگر در چارچوب تحقیقات، یا در زنانی که عوامل خطر بیشتری برای ترومبوفیلی دارند. برای زنان مبتلا به RPL، غربالگری آنتی بادی‌های آنتی فسفولیپید، پس از دو بار از دست دادن بارداری توصیه می‌شود. برای زنان مبتلا به RPL غربالگری برای  $\beta 2GPI$  می‌تواند پس از دو بار از دست دادن بارداری در نظر گرفته شود.

## References

Kling C, Hedderich J and Kabelitz D. Fertility after recurrent miscarriages: results of an observational cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2018, 297, 205–219.

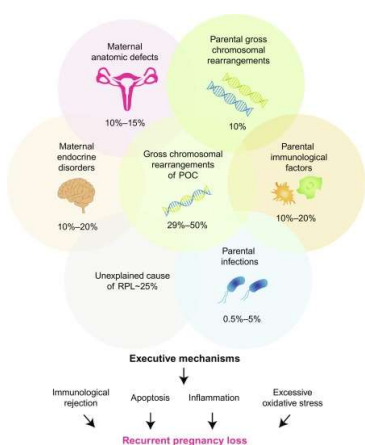
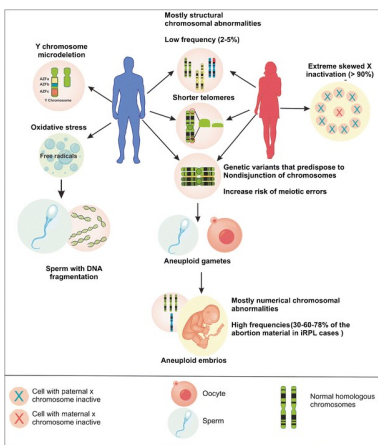
Andersen AMN. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ.* 2020, 320, 1708–1712.

Pereza N, Ostojić S, Kapović M and Peterlin B. Systematic review and meta-analysis of genetic association studies in idiopathic recurrent spontaneous abortion. *Fertil Steril.* 2017, 107, 150-159.e2.

Colley E, Hamilton S, Smith P, Morgan NV, Coomarasamy A and Allen S. Potential genetic causes of miscarriage in euploid pregnancies: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2019, 25, 452–472.

Woolner AMF, Nagdeve P, Raja E, Bhattacharya S and Bhattacharya S. Family history and risk of miscarriage: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020, 99, 1584–1594.

ESHRE Guideline Group on RPL. Recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open.* 2022.



مقدمه:

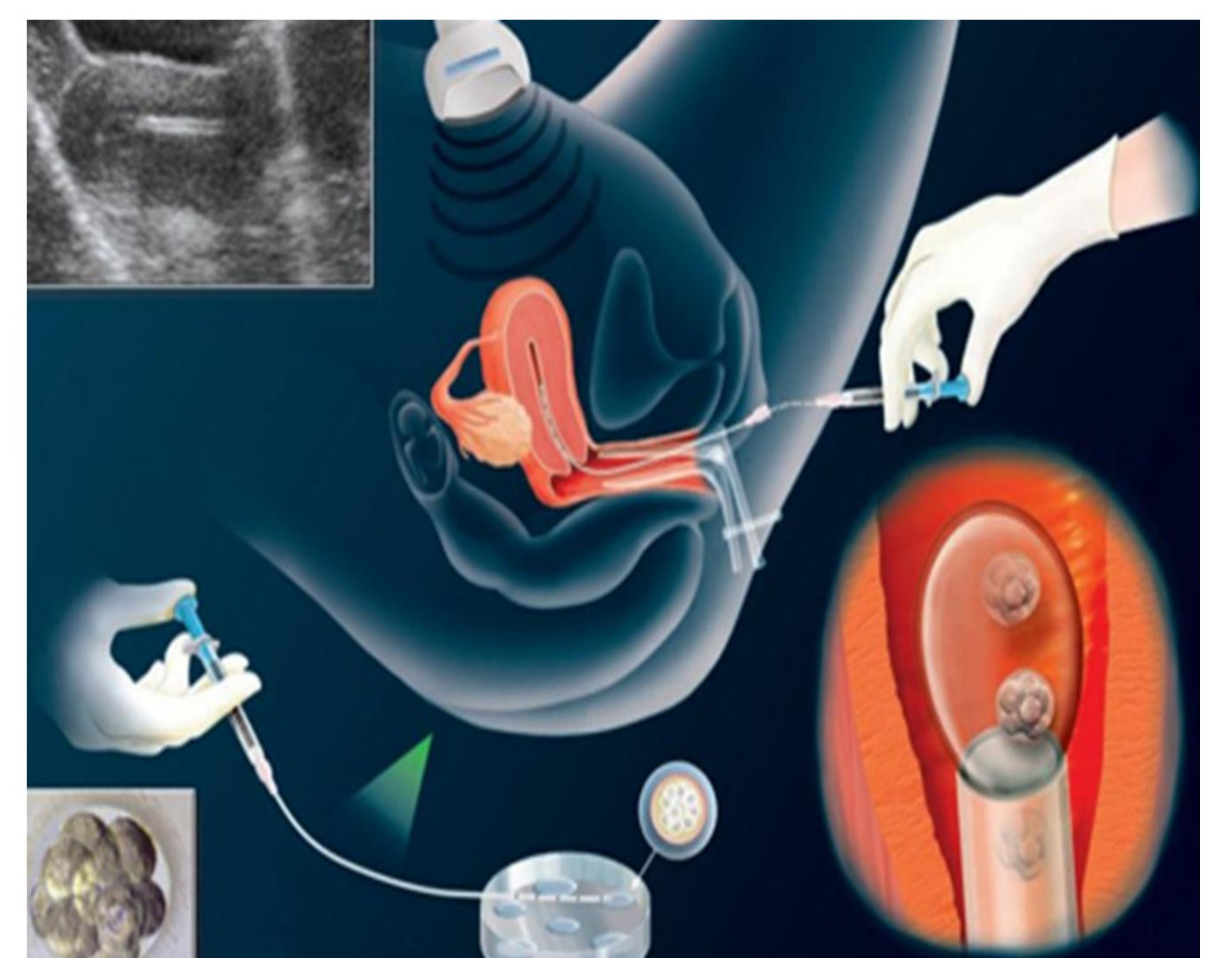
نازایی یکی از عمده مشکلاتی است که بنیان خانواده را دچار تزلزل می کند و بعضاً موجب فروپاشی این نهاد مقدس میشود. لقاح مصنوعی به معنی باردار شدن زن به وسیله آلات پزشکی بدون انجام عمل مقاربت و نزدیکی جنسی می باشد. یکی از تکنیک های کمی تولیدمثل، لقاح خارج رحمی، IVF است که مراحل آن به ترتیب شامل:

تحریک تخمک گذاری، جمع آوری تخمکها، تهیه و آماده سازی اسپرم، لقاح و رشد رویان در محیط آزمایشگاه و انتقال رویان به داخل رحم است.

مسائل قانونی در IVF در دو دسته بررسی شدند: لقاح همگون یا تلقیح بین همسران که پای شخص ثالث در میان نیست و لقاح ناهمگون که در سه دسته تقسیم بندی شدند و پای شخص ثالثی در میان است. در این مقاله به بررسی مسائل حقوقی IVF در ایران تحت عنوان تلقیح بین تخمک زن با اسپرم شوهر، تلقیح بین تخمک زن با اسپرم غیرشوهر و نطفه در رحم همسر و بحث اهدای تخمک گذاری و اشتراک تخمک گذاری پرداخته شد.

روش کار:

موضوعات و مطالعات و مقالات کم وبیشی در ایران و خارج از ایران در موضوع تلقیح مصنوعی انسان انجام شده است. اینجانب سعی کرده ام با مروری بر مقالات حقوقی و فقهی بین سال های ۸۷ تا ۹۸ که به چاپ رسیده است با استفاده از کلیدواژه ی IVF، لقاح مصنوعی، تخمک، اسپرم با جستجو در سایت SID و دیگر سایت های معتبر علمی، مطالب مربوط به مسائل حقوقی IVF در ایران در زمینه ی تلقیح بین تخمک زن با اسپرم شوهر، تلقیح بین تخمک زن با اسپرم غیرشوهر و نطفه در رحم همسر و بحث اهدای تخمک گذاری و اشتراک تخمک گذاری پرداخته شد.



اشکال و جداول

تلقیح تخمک زن با اسپرم شوهر:

هرگاه شوهر نتواند با همسر خود نزدیکی کند و از طریق عادی صاحب فرزند شود ولی عقیم نبوده و اسپرمش دارای ماده حیاتی باشد، در این صورت اگر تلقیح مصنوعی با اسپرم شوهر در زمان حیات او در محیط آزمایشگاهی انجام و از این طریق طفلی متولد شود، طفل بی شک ملحق به شوهر یعنی صاحب اسپرم خواهد بود و از او ارث خواهد برد. عمل مزبور علی الاصول فاقد جنبه کیفری و ماهیت جرم و حرمت شرعی است، مگر اینکه عمل حرام و یا احياناً اینکه جرم صورت گیرد که فقط همان عمل، جرم یا حرام است. طبق ماده ۸۷۵ قانون مدنی شرط وراثت، زنده بودن حین فوت مورث است و اگر حملی باشد، در صورتی ارث میبرد که نطفه او حین الموت منعقد بوده و زنده متولد شود اگرچه فوراً پس از تولد بمیرد.

تلقیح تخمک با اسپرم غیرشوهر:

هنگامی مورد استفاده قرار میگیرد که زن بارور ولی شوهر نابارور است. طفل متولده به یکی از دو صورت خواهد بود: ۱. در صورتی که مرد و زنی که لقاح مصنوعی در مورد آنان انجام شده است، جاهل به حقیقت امر بوده اند، طفل ملحق به پدر و مادر طبیعی خود می باشد، زیرا دخول با مرد اجنبی واقع نشده است. ۲. در صورت علم زن و مرد در هر صورت برابر ماده ۱۱۶۷ قانون مدنی فقط طفل متولد از زنا، به پدر و مادر طبیعی ملحق نمی شود و تلقیح مصنوعی زنا محسوب نمی شود و طفل ناشی از آن نیز ولد زنا نیست تا نتوان او را به صاحبان نطفه ملحق کرد.

اهدای تخمک گذاری و اشتراک تخمک گذاری:

در مواردی که به علت نارسایی زودرس تخمدان یا برداشتن تخمدان ها از راه جراحی، به دست آوردن تخمک در فرد غیرممکن است یا به علت کیفیت بد اووسیت ها استفاده از آنها برای انجام لقاح مناسب نیست می توان از تخمک اهدایی استفاده کرد. انجمن های بین المللی، اهدای تخمک بیش از ۶ بار توسط یک فرد ممنوع کرده اند. اگر فرد نابارور بدون مشکل تخمک گذاری تحت تحریک تخمک گذاری قرار بگیرد و موافقت کند تا نیمی از تخمک های خود را در مقابل کاهش هزینه های درمانی به فرد نابارور دیگری اهدا کند به آن اشتراک تخمک گفته می شود. اشتراک تخمک از همه نظر مشابه اهدای تخمک است با این تفاوت که اهداکننده به جای یک فرد سالم، فردی نابارور و تحت درمان است.

نتایج و بحث:

در این مقاله در مورد لقاح نا همگون، مسائل حقوقی مرتبط به رحم اجاره که پای شخص ثالث در میان هست، پرداخته نشد که از بحث های چالش برانگیز است و همچنین در مورد تلقیح تخمک با اسپرم غیرشوهر در صورت علم زن و مرد، بین صاحب نظران علم حقوق اختلاف است: بعضی بر این باورند که فرزند در این فرض در حکم ولد زنا می باشد و ملحق به پدر و مادر طبیعی خود نمی باشد، زیرا با علم زن و مرد به نبودن رابطه زوجیت، احترامی برای منی آنها از نظر اجتماعی موجود نیست. بعضی دیگر نیز معتقدند که فرزند مزبور فقط به مادر طبیعی ملحق می شود، چون فرزند ملحق به مادر است، مگر آن که از زنا باشد. یکی از صاحب نظران هم، بعد از اشاره به دو دیدگاه فوق می نویسد: «آنچه از اصول حقوقی و مخصوصاً مواد قانون مدنی ایران استنباط می شود آن است که هر فرزند طبیعی، قانونی است، مگر آن که قانون تصریح برخلاف نموده باشد و موردی که تصریح برخلاف شده و قانونی نیست، ولد ناشی از زنا است که ملحق به کسی که مرتکب زنا شده نمی گردد و در بقیه موارد طفل ملحق به پدر و مادر است و فرقی هم بین پدر و مادر از جهت آن که نطفه به وسیله طبیعی در رحم زن قرار گرفته یا به وسیله مصنوعی، نمی توان گذارد».

و در آخر نازایی نقطه ی پایان زندگی زناشویی نیست بلکه با دانستن روش های کمک باروری می توان به تحکیم بنیان خانواده و به طرح جوانی جمعیت کمک کرد، نه فقط به خاطر خود بلکه برای آینده کشورمان، هم چنین باید این نکته را هم در نظر داشت که قبل از اقدام برای روش های فناوری کمک باروری، مسائل قانونی آن را هم بدانیم تا با آگاهی انتخابی درست بکنیم.

منابع

- <http://ijmedicallaw.ir/article-1-65-fa.pdf>
- <http://ijmedicallaw.ir/article-1-100-fa.pdf>
- [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_96852.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_96852.html)
- [http://wikifeqh.ir/%D8%AA%D9%84%D9%82%DB%8C%D8%AD\\_%D9%85%D8%B5%D9%86%D9%88%D8%B9%DB%8C](http://wikifeqh.ir/%D8%AA%D9%84%D9%82%DB%8C%D8%AD_%D9%85%D8%B5%D9%86%D9%88%D8%B9%DB%8C)
- <https://www.sid.ir/paper/837226/fa>
- <https://www.sid.ir/paper/6763/fa>



# درمان ناباروری مردان از طریق تغییر در اپی ژنتیک اسپرم با تغییر در سبک زندگی

لیلا کوشش

Department of Genetics, Fars Academic Center for Education, Culture and Research, ACECR, Shiraz, Iran  
koosheshle@yahoo.com  
\*Corresponding author E-mail address: koosheshle@yahoo.com



## چکیده

**مقدمه :** عوامل اپی ژنتیک نقش مهمی در ناباروری مردان ایفا می کنند. در سلولهای زایای نر، تغییرات اپی ژنتیک از جمله تغییر در متیلاسیون DNA، هیستون، ساختار کروماتین و بیان Non-coding RNAs بدون هیچ تغییری در توالی DNA برفعالیت و بیان ژنهای مرتبط با باروری تأثیر گذاشته و منجر به ناباروری مردانه شده و حتی با انتقال به نسلهای آینده بر حساسیت آنها در ابتلا به بیماریهای مرتبط با تولید مثل و ناباروری می افزاید. عوامل محیطی مختلف از جمله آلاینده ها و سبک زندگی ( نوع رژیم غذایی، فعالیت بدنی و ورزش، میزان استرس و عاداتها) می توانند منجر به ایجاد این تغییرات اپی ژنتیکی در سلولهای زایای نر در مراحل اولیه رشد گردند. در این راستا یکی از حساسترین دوره هایی که اپی ژنوم سلولهای زایای نر توسط عوامل محیطی تحت تأثیر قرار گرفته و منجر به ناباروری می شود در زمان بازبرنامه ریزی اپی ژنتیکی در طول رشد سلولهای زایای اولیه در طی فرایند اسپرماتوزنیزس قبل از اقدام به فرزندآوری می باشد. از آنجائیکه این تغییرات اپی ژنتیکی برگشت پذیر هستند بنابراین تغییر در سبک زندگی و کاهش تماس با آلاینده های محیطی در مرد قبل از اقدام به فرزندآوری می تواند بسیار مهم بوده و منجر به تنظیم اپی ژنتیکی و در نهایت کنترل بیان ژنهای مرتبط با باروری در سلولهای اسپرم شده و باعث افزایش احتمال لقاح موفق و رشد مناسب جنین و کاهش اثرات منفی بر سلامت فرزندان گردد.

**روش :** در این مقاله مروری، مقالات موجود در پایگاههای اطلاعاتی PubMed و Scopus و همچنین در Google Scholar بررسی شد و مطالعات مرتبط با اثر فاکتورهای محیطی بر تغییر اپی ژنتیک اسپرم و ناباروری مورد توجه قرار گرفت.

**نتیجه گیری :** بهبود شرایط محیطی و سبک زندگی در مردان نابارور قبل از اقدام به فرزندآوری میتواند در ایجاد تغییرات مفید اپی ژنتیکی در سلولهای اسپرم جهت افزایش نرخ باروری و رشد مناسب جنین و کاهش اثرات منفی بر سلامت فرزندان موثر باشد.

**کلمات کلیدی :** ناباروری مردان، سبک زندگی، اپی ژنتیک اسپرم

## نتیجه گیری

بهبود شرایط محیطی و سبک زندگی در مردان نابارور قبل از اقدام به فرزندآوری میتواند در ایجاد تغییرات مفید اپی ژنتیکی در سلولهای اسپرم جهت افزایش نرخ باروری و رشد مناسب جنین و کاهش اثرات منفی بر سلامت فرزندان موثر باشد. در این راستا، تحقیقات بیشتر جهت مشخص کردن پاسخ این سوال که آیا شرایط محیطی به طور یکنواخت بر پروفایل های اپی ژنتیکی اسپرم تأثیر می گذارند و یا اینکه زیرمجموعه ای از اسپرماتوگونی ها نسبت به مواجهه با این فاکتورهای محیطی حساس تر هستند لازم بوده و می تواند منجر به ایجاد ابزارهای تشخیصی جهت جداسازی اسپرمها از طریق پروفایل های اپی ژنتیکی آنها به منظور انتخاب اسپرمهایی با بهترین ظرفیت تولیدمثلی و پیش آگهی برای سلامت جنین و رشد نسل های آینده شود.

## مراجع

- 1- Marcho C, Oluwayiose OA, Pilsner JR. The preconception environment and sperm epigenetics. 2020;(August 2019):924-42.
- 2- Rotondo JC, Lanzillotti C, Mazziotta C, Tognon M. Epigenetics of Male Infertility: The Role of DNA Methylation. 2021;9(July).
- 3- Pisarska MD, Chan JL, Lawrenson K, Gonzalez TL, Wang ET. on Outcomes. 2019;104(September 2018):1871-86.
- 4- Giacone F, Cannarella R, Mongioi LM, Alamo A, Condorelli RA, Calogero AE, et al. Epigenetics of Male Fertility: Effects on Assisted Reproductive Techniques. 2019;37(2):148-56.
- 5- Sharpe RM. Lifestyle and environmental contribution to male infertility. 2000;56(3):630-42.

جدول 1: مطالعات منتخب در مورد مواجهه پدر قبل از بارداری زن و انحرافات اپی ژنتیکی اسپرم

Exposure	Species	Sperm epigenetic aberrations following exposure
<b>Drug</b>		
Chemotherapy	Human	Over 2000 DMRs mostly within the CpG desert regions of exposed spermatozoa
Cigarettes	Human	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hypomethylation in H3K4 and H3K27 in mature spermatozoa</li><li>• Alteration in sperm methylation of H19 and SNRPN</li><li>• Alteration in sperm methylation at 7 CpG sites related to MAPK8IP3 and TKR</li><li>• 11 CpG loci in spermatozoa within PGAM5, PTPRN2, and TYRO3</li></ul>
Cannabis	Human Rat	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3979 sperm DMRs including genes, PTPRN2 and MAPK8IP3,</li><li>• Hypomethylation of specific loci found within intronic region of DLGAP2</li></ul>
Ethanol	Mice	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hypomethylation of Bdnf promoter of spermatozoa</li><li>• Alteration in expression of sperm small RNAs and epididymosomal tRNA</li></ul>
<b>Endocrine-disrupting compounds</b>		
Phthalates	Human	Associated with majority of sperm DMRs, enriched in genes associated with blastocyst quality, growth and development, and cellular function and maintenance.
Dioxins	Human	Methylation alterations at 36 sperm gene regions that included H19
<b>Diet</b>		
Low protein diet	Mice	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depletion of gene promoter H3K27me3 in F0 spermatozoa</li><li>• Downregulation of let-7 miRNA and upregulation of 5' tRFs in sperm</li><li>• Global hypomethylation and reduced expression of Dnm1 and Dnm4l in spermatozoa.</li></ul>
High-fat diet	Mice Rat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Differential expression of four miRNAs in spermatozoa and global hypomethylation in late elongating spermatids</li><li>• Alteration in sperm DNA methylation profile and expression of snRNAs</li><li>• Alteration in sperm tRNA and was associated with F1 metabolic disorder</li></ul>
Obesity	Human	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteration in sperm piRNAs</li><li>• Alteration in methylation at imprinted loci of spermatozoa</li></ul>
<b>Exercise</b>		
Long-term	Mice	Alteration in sperm DNA methylation in metabolic genes and miRNA profiles
Voluntary wheel running	Mice	Alteration in sperm miRNA and tRNA expression
Short-term training/detraining	Human	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteration in sperm piRNA expression.</li><li>• Sperm methylation alterations at regions functionally related to neurogenesis, neuron differentiation, and axon guidance</li></ul>
Stress	Mice	Alteration in sperm miRNA profiles

## مقدمه

قرار گرفتن مردان در معرض فاکتورهای محیطی قبل از اقدام به فرزندآوری می تواند بر اپی ژنتیک اسپرم اثر گذاشته و متعاقباً نتایج باروری، رشد جنین و سلامت فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از این فاکتورهای محیطی ترکیبات مختل کننده غدد درون ریز یا EDC هستند که گروه گسترده ای از مواد شیمیایی آلاینده را تشکیل داده و می توانند علاوه بر اختلال در هورمون های طبیعی مردان بر اپی ژنتیک اسپرم نیز اثر گذاشته و سلامت باروری مردان را به خطر اندازند. مهمترین ترکیبات در این دسته، بیس فنول، دیوکسین ها، پرکلرات و پلی فلوروآلکیل و فتالات هستند. علاوه بر این ترکیبات شیمیایی مصرف دارو به ویژه در طول شیمی درمانی، ممکن است بر بافت های دیگر بدن مردان مانند سلول های زایا در بیضه تأثیر گذاشته و منجر به تغییرات ژنتیکی و اپی ژنتیکی قابل انتقال به نسل بعد شود. مطالعات نشان داده اند که تغییرات اپی ژنتیکی بدنبال درمان سرطان بیشتر به صورت تغییرات متیلاسیون در کل کروموزوم های اسپرم در مردان بالغ دیده می شود. در کنار داروهای درمانی، استعمال مواد مخدر مانند سیگار، حشیش و الکل توسط پدر قبل از فرزند آوری نیز می تواند با تغییر اپی ژنتیکی اسپرم بر پروسه اسپرماتوزنیزس، تحرک، مورفولوژی و ظرفیت یابی اسپرم و در نهایت باروری او و سلامت کودک اثر گذارد. فاکتورهای مرتبط با سبک زندگی مردان مانند رژیم غذایی، ورزش و استرس های محیطی نیز پیش از بارداری زن نقش مهمی در اپی ژنتیک اسپرم و فنوتیپ بعدی فرزندان دارند. و اکثر تحقیقات اولیه در این خصوص از مطالعات تغذیه ای در مدل های جوندگان مشتق شده اند. نتایج حاصل از تحقیقات در خصوص اثر فاکتورهای محیطی و سبک زندگی بر تغییرات اپی ژنتیکی اسپرم و ناباروری به صورت خلاصه در جدول 1 آورده شده است.

یکی از حساسترین دوره هایی که اپی ژنوم سلولهای زایای نر و سلولهای اسپرم توسط این فاکتورهای محیطی تحت تأثیر قرار گرفته و منجر به ناباروری می شود در زمان بازبرنامه ریزی اپی ژنتیکی در طول رشد سلولهای زایای اولیه در طی فرایند اسپرماتوزنیزس قبل از اقدام به فرزندآوری می باشد و از آنجائیکه این تغییرات اپی ژنتیکی برگشت پذیر هستند بنابراین تغییر در سبک زندگی و کاهش تماس با آلاینده های محیطی در مرد قبل از اقدام به فرزندآوری می تواند بسیار مهم بوده و منجر به تنظیم اپی ژنتیکی و در نهایت کنترل بیان ژنهای مرتبط با باروری در سلولهای اسپرم شده و باعث افزایش احتمال لقاح موفق و رشد مناسب جنین و کاهش اثرات منفی بر سلامت فرزندان گردد.

در این مقاله، تغییرات اپی ژنتیکی ایجاد شده در زمان اسپرماتوزنیزس و رشد اولیه جنین که به نظر می رسد بدنبال قرار گرفتن مردان در معرض فاکتورهای محیطی در طول دوره پیش از فرزندآوری اتفاق افتاده و منجر به ناباروری و یا اختلال در رشد جنین شده مورد ارزیابی قرار می گیرند.

## روش

در این مقاله مروری، مقالات موجود در پایگاههای اطلاعاتی PubMed و Scopus و همچنین در Google Scholar بررسی شد و مطالعات مرتبط با اثر فاکتورهای محیطی بر تغییر اپی ژنتیک اسپرم و ناباروری مورد توجه قرار گرفت.



# تأثیر صرع بر عملکرد سیستم تولید مثلی در مردان

محمد اکبری\*<sup>۱</sup>، مهدی اسکندری<sup>۱</sup>، حسین مصطفوی<sup>۱</sup>، صبا رحمتی کله سرائی<sup>۱</sup>

دپارتمان فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

mohammadd0480@gmail.com



## چکیده

### مقدمه:

صرع یک بیماری شایع است که منجر به تشنج های دوره ای و مکرر می گردد. تشنج ها در حقیقت فعالیت های الکتریکی انفجاری در مغز هستند که عملکرد آن را موقتا تحت تاثیر قرار می دهند. شیوع صرع ۴/۰ تا ۱ درصد در هر هزار نفر بوده و حدود ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از این بیماری رنج می برند. بیماران مبتلا به صرع علائم مختلفی از جمله خستگی، سفتی یا پرش عضلانی، فلج موقت پس از تشنج، سردرد، بیهوشی، اختلالات جنسی و... را تجربه می کنند. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر صرع بر عملکرد تولید مثلی مردان است.

### روش:

این مقاله مروری با مطالعه متون و مقالات مختلف پیرامون موضوع و با روش جستجوی الکترونیکی در پایگاه های الکترونیک Science direct، Google scholar و Pubmed به دست آمد که براساس کلمات کلیدی، از ۱۵ مقاله گرد آوری شده ۶ مورد آن برای تحلیل نهایی مناسب بود.

### یافته ها:

نتایج حاصل از پنج مطالعه نشان داده است که مردان مبتلا به صرع نسبت به مردان سالم، اختلالات جنسی بیشتری را تجربه می کنند؛ از جمله کاهش میل جنسی، سطوح پایین تستوسترون، کاهش حجم بیضه ها، ایجاد اختلال در اسپرم و ناباروری. سیستم نورواندوکرین شامل هیپوتالاموس، هیپوفیز، بیضه ها و همچنین آمیگدال در تنظیم، تولید و ترشح هورمون های جنسی نقش بسیار مهمی ایفا می کند. در جریان تشنج، ارتباطات این سیستم با سایر نقاط مغزی دچار بی نظمی هایی می شود؛ به طور مثال درگیری لوب تمپورال در حمله صرع منجر به تغییرات منفی در هیپوفیز و هیپوتالاموس می گردد. همچنین داروهای ضد تشنج مستقیما مناطق مغزی مرتبط با امیال جنسی را تحت تاثیر قرار می دهند، فعالیت هورمون های جنسی را مختل کرده و سطح هورمون های جنسی مردانه را تغییر می دهند.

### بحث و نتیجه گیری:

صرع می تواند بر عملکرد تولیدمثلی انسان تاثیر منفی داشته باشد. بنابراین به مردان مبتلا به صرع پیشنهاد می شود که برای کاهش عوارض جانبی داروها و پاتوفیزیولوژی این بیماری، درمان های مرتبط با عوارض ناشی از داروهای ضد صرع را در رژیم دارویی خود در نظر داشته باشند.

واژگان کلیدی: صرع، تولیدمثلی، داروهای ضد تشنج، هورمون های جنسی مردانه

## نتایج

نتایج حاصل از پنج مطالعه نشان داده است که مردان مبتلا به صرع نسبت به مردان سالم، اختلالات جنسی بیشتری را تجربه می کنند؛ از جمله کاهش میل جنسی، سطوح پایین تستوسترون، کاهش حجم بیضه ها، ایجاد اختلال در اسپرم و ناباروری. سیستم نورواندوکرین شامل هیپوتالاموس، هیپوفیز، بیضه ها و همچنین آمیگدال در تنظیم، تولید و ترشح هورمون های جنسی نقش بسیار مهمی ایفا می کند. در جریان تشنج، ارتباطات این سیستم با سایر نقاط مغزی دچار بی نظمی هایی می شود؛ به طور مثال درگیری لوب تمپورال در حمله صرع منجر به تغییرات منفی در هیپوفیز و هیپوتالاموس می گردد. همچنین داروهای ضد تشنج مستقیما مناطق مغزی مرتبط با امیال جنسی را تحت تاثیر قرار می دهند، فعالیت هورمون های جنسی را مختل کرده و سطح هورمون های جنسی مردانه را تغییر می دهند.

## بحث

صرع می تواند بر عملکرد تولیدمثلی انسان تاثیر منفی داشته باشد. بنابراین به مردان مبتلا به صرع پیشنهاد می شود که برای کاهش عوارض جانبی داروها و پاتوفیزیولوژی این بیماری، درمان های مرتبط با عوارض ناشی از داروهای ضد صرع را در رژیم دارویی خود در نظر داشته باشند.

## منابع

1. Penovich PE. The effects of epilepsy and its treatment on sexual and reproductive function. *Epilepsia*. 2000;41 Suppl 2:S53-61. doi: 10.1111/j.1528-1157.2000.tb01524.x. PMID: 10885740.
2. Isojärvi J. Disorders of reproduction in patients with epilepsy: antiepileptic drug related mechanisms. *Seizure*. 2008 Mar;17(2):111-9. doi: 10.1016/j.seizure.2007.11.007. Epub 2007 Dec 27. PMID: 18164216.
3. Isojärvi JI, Löfgren E, Juntunen KS, Pakarinen AJ, Päiväsalo M, Rautakorpi I, Tuomivaara L. Effect of epilepsy and antiepileptic drugs on male reproductive health. *Neurology*. 2004 Jan 27;62(2):247-53. doi: 10.1212/01.wnl.0000098936.46730.64. PMID: 14745062.
4. Velíšková J, Desantis KA. Sex and hormonal influences on seizures and epilepsy. *Horm Behav*. 2013 Feb;63(2):267-77. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.03.018. Epub 2012 Apr 4. PMID: 22504305; PMCID: PMC3424285.
5. Çubuk, C., Peköz, M. T., Bozdemir, H., & Aslan, K. (2021). Reproductive Functions in Male Patients with Epilepsy. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 27(4).
6. Blume WT. Low fertility in men with epilepsy: unhappy, uninterested, unable. *Epilepsy Curr*. 2009;9(3):69-70. doi:10.1111/j.1535-7511.2009.01296.x Blume WT. Low fertility in men with epilepsy: unhappy, uninterested, unable. *Epilepsy Curr*. 2009;9(3):69-70. doi:10.1111/j.1535-7511.2009.01296.x



## مقدمه

صرع یک بیماری شایع است که منجر به تشنج های دوره ای و مکرر می گردد. تشنج ها در حقیقت فعالیت های الکتریکی انفجاری در مغز هستند که عملکرد آن را موقتا تحت تاثیر قرار می دهند. شیوع صرع ۴/۰ تا ۱ درصد در هر هزار نفر بوده و حدود ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از این بیماری رنج می برند. بیماران مبتلا به صرع علائم مختلفی از جمله خستگی، سفتی یا پرش عضلانی، فلج موقت پس از تشنج، سردرد، بیهوشی، اختلالات جنسی و... را تجربه می کنند. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر صرع بر عملکرد تولید مثلی مردان است.

## مواد و روش ها

این مقاله مروری با مطالعه متون و مقالات مختلف پیرامون موضوع و با روش جستجوی الکترونیکی در پایگاه های الکترونیک Science direct، Google scholar و Pubmed به دست آمد که براساس کلمات کلیدی، از ۱۵ مقاله گرد آوری شده ۶ مورد آن برای تحلیل نهایی مناسب بود.

# کاربرد فناوری های اومیکس در درمان سقط مکرر و ناباروری

غلامرضا پورسفی خیمه سری

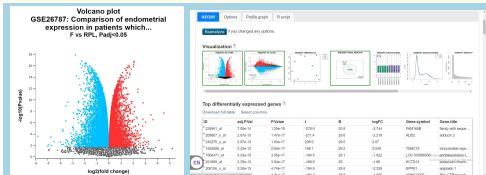
دکتری ژنتیک، مرکز جراحی محدود و درمان ناباروری مهر (بخش ژنتیک و IVF)، رشت، ایمیل:

rp.seifi@gmail.com



## چکیده:

امروزه حدود ۱۵ درصد از جمعیت با مشکلات باروری درگیر هستند. فناوری‌های کمک باروری (ART) می‌توانند در حل این مشکلات راه‌گشا باشند. اما میزان اثربخشی این فناوری‌ها هنوز رضایت‌بخش نیست، یکی از دلایل این چالش، نبود دانش کافی از فیزیولوژی سلول‌های اسپرم، تخمک، رویان و اندومتر رحم است که این سه رکن اصلی، تعیین‌کننده نتایج مطلوب درمان ناباروری است. روش‌های درمانی رایج در این موارد تکرار درمان‌های پیشین است که معمولاً بدون کشف ریشه اصلی ناباروری در زوج مورد نظر انجام می‌شود. معیارهای مناسب برای سنجش دست کیفیت اسپرم، تخمک، رویان و اندومتر می‌تواند پیش‌گویی‌کننده احتمال موفقیت در درمان ناباروری باشد. سنجش‌های کنونی عمدتاً بر پایه ریکت‌شناسی اسپرم، تخمک و رویان بوده و اگرچه این استراتژی‌ها نتایج درمان را بهبود می‌بخشند، اما نیاز شدیدی به ابزارهای تشخیصی و درمانی جدید وجود دارد. پیدایش فناوری‌های اومیکس (ای‌ژنومیکس، ژنومیکس، ترانسکرپتومیکس، پروتئومیکس و متابولومیکس)، با حجم بالای اطلاعات درباره فرآیندهای بیولوژیک در موفقیت تولیدمثل نقش دارند، امکان گسترش دانش ما در این زمینه را فراهم کرده و افق دید ما را با هزینه و تلاش نسبتاً اندکی در مورد سیستم‌های بیولوژیک پیچیده گسترش می‌دهد. با استفاده از پلتفرم‌های اومیکس تمامی رده‌ها و اجزای بیولوژیک، از جمله نشانه‌های اپی‌ژنتیک، ژن‌ها، mRNA، پروتئین‌ها و متابولیت‌ها همگی مورد آنالیز قرار می‌گیرند. به بیان دیگر، ژنومیکس و ترانسکرپتومیکس امکان ارزیابی اطلاعات بافوق را فراهم کرده و پروتئومیکس اجزای ارزیابی‌پلان‌های درمانی واقعی اجرا شده را داده و متابولومیکس هم عمدتاً نتایج به دست آمده به دنبال اجرای این پلان‌ها را نمایش می‌دهد.



نمودار آتشفشانی رونوشت های افتراقی (نقاط قرمز زن های افزایش بیان، نقاط آبی زن های کاهش بیان و نقاط خاکستری رونوشت های غیرمعنی دار هستند. پس از انجام آنالیز رونوشت‌هایی بیشترین اختلاف را بین نمونه های سقط مکرر و کنترل نشان دادند به منظور انتخاب به عنوان بیومارکر پیش‌گویی‌کننده ی سقط مکرر در بارداری بعدی، در ابزارهای بیوانفورماتیک آنالیز KEGG، CYTOSCAPE، DAVID، ArrayExpress و سایر نرم افزارها مورد پردازش و آنالیز قرار می‌گیرند. در جدول زیر لیستی از ۱۷ رونوشت که بیشترین تفاوت را در میزان بیان در گروه سقط مکرر و گروه کنترل دارند نشان داده شده است. به عنوان مثال ژن FAM166B که در صدر این جدول جای گرفته با مقادیر بیان شده اش در دو تیمار در شکل زیر نشان داده شده است. چنانچه دیده می‌شود با افزایش بیان این ژن از سطح پایه، سقط جنین روی می‌دهد و بدین ترتیب این ژن می‌تواند در صورت بررسی های بعدی جهت معرفی به عنوان یک بیومارکر پیشنهاد شود.



NIH National Library of Medicine GEO DataSets. Search results for 'recurrent abortion'. The search results show 3 items, with the top result being 'Comparison of endometrial expression in patients which underwent previous recurrent abortions...'. The search filters include 'Expression profiling by array' and 'Human gene expression data'.

NCBI GEO Accession Display for GSE26787. The page shows the title 'Comparison of endometrial expression in patients which underwent previous recurrent abortions, implantation failure after IVF/ICSI compared to control fertile', the organism 'Homo sapiens', and the overall design 'Total RNA were extracted and used for hybridizing Affymetrix chips (GeneChip Human Genome U133 Plus2.0 Array)'. The page also includes contributor information and submission dates.

```
# Version info: 3.2.3, Bioconductor 3.20.0, GEOquery 2.40.0, limma 3.26.8
# Differential expression analysis with limma
library(GEOquery)
library(limma)

# Load series and platform data from GEO
getGE = getGEO("GSE26787", GSEMatrix=TRUE, Annot=FALSE)
if (length(getGE) > 1) idx <- group("GPL570", attr=get, "name") else idx <- 1
get <- get[getGE]

# Make proper column names to match table
rownames(get) <- make.names(rownames(get))

# Group membership for all samples
get <- "R000000001"
get <- get[get, "R000000001"]

# Filter out excluded samples (marked as "X")
sel <- which(is.na(get))
get <- get[sel, ]

# Log2 transformation
log <- log2(get)

# Fit linear model
fit <- lmFit(log)
fit <- eBayes(fit)

# Use an estimate of common variance and empirical Bayes coefficients
fit <- eBayes(fit, robust=TRUE)
fit <- eBayes(fit, robust=TRUE, level=0.01)
fit <- eBayes(fit, robust=TRUE, level=0.01)

# Create Q-Q plot for t-statistics
plot(log, log=log, las=1, las2=1, las3=1, las4=1, las5=1, las6=1, las7=1, las8=1, las9=1, las10=1, las11=1, las12=1, las13=1, las14=1, las15=1, las16=1, las17=1, las18=1, las19=1, las20=1, las21=1, las22=1, las23=1, las24=1, las25=1, las26=1, las27=1, las28=1, las29=1, las30=1, las31=1, las32=1, las33=1, las34=1, las35=1, las36=1, las37=1, las38=1, las39=1, las40=1, las41=1, las42=1, las43=1, las44=1, las45=1, las46=1, las47=1, las48=1, las49=1, las50=1, las51=1, las52=1, las53=1, las54=1, las55=1, las56=1, las57=1, las58=1, las59=1, las60=1, las61=1, las62=1, las63=1, las64=1, las65=1, las66=1, las67=1, las68=1, las69=1, las70=1, las71=1, las72=1, las73=1, las74=1, las75=1, las76=1, las77=1, las78=1, las79=1, las80=1, las81=1, las82=1, las83=1, las84=1, las85=1, las86=1, las87=1, las88=1, las89=1, las90=1, las91=1, las92=1, las93=1, las94=1, las95=1, las96=1, las97=1, las98=1, las99=1, las100=1, las101=1, las102=1, las103=1, las104=1, las105=1, las106=1, las107=1, las108=1, las109=1, las110=1, las111=1, las112=1, las113=1, las114=1, las115=1, las116=1, las117=1, las118=1, las119=1, las120=1, las121=1, las122=1, las123=1, las124=1, las125=1, las126=1, las127=1, las128=1, las129=1, las130=1, las131=1, las132=1, las133=1, las134=1, las135=1, las136=1, las137=1, las138=1, las139=1, las140=1, las141=1, las142=1, las143=1, las144=1, las145=1, las146=1, las147=1, las148=1, las149=1, las150=1, las151=1, las152=1, las153=1, las154=1, las155=1, las156=1, las157=1, las158=1, las159=1, las160=1, las161=1, las162=1, las163=1, las164=1, las165=1, las166=1, las167=1, las168=1, las169=1, las170=1, las171=1, las172=1, las173=1, las174=1, las175=1, las176=1, las177=1, las178=1, las179=1, las180=1, las181=1, las182=1, las183=1, las184=1, las185=1, las186=1, las187=1, las188=1, las189=1, las190=1, las191=1, las192=1, las193=1, las194=1, las195=1, las196=1, las197=1, las198=1, las199=1, las200=1, las201=1, las202=1, las203=1, las204=1, las205=1, las206=1, las207=1, las208=1, las209=1, las210=1, las211=1, las212=1, las213=1, las214=1, las215=1, las216=1, las217=1, las218=1, las219=1, las220=1, las221=1, las222=1, las223=1, las224=1, las225=1, las226=1, las227=1, las228=1, las229=1, las230=1, las231=1, las232=1, las233=1, las234=1, las235=1, las236=1, las237=1, las238=1, las239=1, las240=1, las241=1, las242=1, las243=1, las244=1, las245=1, las246=1, las247=1, las248=1, las249=1, las250=1, las251=1, las252=1, las253=1, las254=1, las255=1, las256=1, las257=1, las258=1, las259=1, las260=1, las261=1, las262=1, las263=1, las264=1, las265=1, las266=1, las267=1, las268=1, las269=1, las270=1, las271=1, las272=1, las273=1, las274=1, las275=1, las276=1, las277=1, las278=1, las279=1, las280=1, las281=1, las282=1, las283=1, las284=1, las285=1, las286=1, las287=1, las288=1, las289=1, las290=1, las291=1, las292=1, las293=1, las294=1, las295=1, las296=1, las297=1, las298=1, las299=1, las300=1, las301=1, las302=1, las303=1, las304=1, las305=1, las306=1, las307=1, las308=1, las309=1, las310=1, las311=1, las312=1, las313=1, las314=1, las315=1, las316=1, las317=1, las318=1, las319=1, las320=1, las321=1, las322=1, las323=1, las324=1, las325=1, las326=1, las327=1, las328=1, las329=1, las330=1, las331=1, las332=1, las333=1, las334=1, las335=1, las336=1, las337=1, las338=1, las339=1, las340=1, las341=1, las342=1, las343=1, las344=1, las345=1, las346=1, las347=1, las348=1, las349=1, las350=1, las351=1, las352=1, las353=1, las354=1, las355=1, las356=1, las357=1, las358=1, las359=1, las360=1, las361=1, las362=1, las363=1, las364=1, las365=1, las366=1, las367=1, las368=1, las369=1, las370=1, las371=1, las372=1, las373=1, las374=1, las375=1, las376=1, las377=1, las378=1, las379=1, las380=1, las381=1, las382=1, las383=1, las384=1, las385=1, las386=1, las387=1, las388=1, las389=1, las390=1, las391=1, las392=1, las393=1, las394=1, las395=1, las396=1, las397=1, las398=1, las399=1, las400=1, las401=1, las402=1, las403=1, las404=1, las405=1, las406=1, las407=1, las408=1, las409=1, las410=1, las411=1, las412=1, las413=1, las414=1, las415=1, las416=1, las417=1, las418=1, las419=1, las420=1, las421=1, las422=1, las423=1, las424=1, las425=1, las426=1, las427=1, las428=1, las429=1, las430=1, las431=1, las432=1, las433=1, las434=1, las435=1, las436=1, las437=1, las438=1, las439=1, las440=1, las441=1, las442=1, las443=1, las444=1, las445=1, las446=1, las447=1, las448=1, las449=1, las450=1, las451=1, las452=1, las453=1, las454=1, las455=1, las456=1, las457=1, las458=1, las459=1, las460=1, las461=1, las462=1, las463=1, las464=1, las465=1, las466=1, las467=1, las468=1, las469=1, las470=1, las471=1, las472=1, las473=1, las474=1, las475=1, las476=1, las477=1, las478=1, las479=1, las480=1, las481=1, las482=1, las483=1, las484=1, las485=1, las486=1, las487=1, las488=1, las489=1, las490=1, las491=1, las492=1, las493=1, las494=1, las495=1, las496=1, las497=1, las498=1, las499=1, las500=1, las501=1, las502=1, las503=1, las504=1, las505=1, las506=1, las507=1, las508=1, las509=1, las510=1, las511=1, las512=1, las513=1, las514=1, las515=1, las516=1, las517=1, las518=1, las519=1, las520=1, las521=1, las522=1, las523=1, las524=1, las525=1, las526=1, las527=1, las528=1, las529=1, las530=1, las531=1, las532=1, las533=1, las534=1, las535=1, las536=1, las537=1, las538=1, las539=1, las540=1, las541=1, las542=1, las543=1, las544=1, las545=1, las546=1, las547=1, las548=1, las549=1, las550=1, las551=1, las552=1, las553=1, las554=1, las555=1, las556=1, las557=1, las558=1, las559=1, las560=1, las561=1, las562=1, las563=1, las564=1, las565=1, las566=1, las567=1, las568=1, las569=1, las570=1, las571=1, las572=1, las573=1, las574=1, las575=1, las576=1, las577=1, las578=1, las579=1, las580=1, las581=1, las582=1, las583=1, las584=1, las585=1, las586=1, las587=1, las588=1, las589=1, las590=1, las591=1, las592=1, las593=1, las594=1, las595=1, las596=1, las597=1, las598=1, las599=1, las600=1, las601=1, las602=1, las603=1, las604=1, las605=1, las606=1, las607=1, las608=1, las609=1, las610=1, las611=1, las612=1, las613=1, las614=1, las615=1, las616=1, las617=1, las618=1, las619=1, las620=1, las621=1, las622=1, las623=1, las624=1, las625=1, las626=1, las627=1, las628=1, las629=1, las630=1, las631=1, las632=1, las633=1, las634=1, las635=1, las636=1, las637=1, las638=1, las639=1, las640=1, las641=1, las642=1, las643=1, las644=1, las645=1, las646=1, las647=1, las648=1, las649=1, las650=1, las651=1, las652=1, las653=1, las654=1, las655=1, las656=1, las657=1, las658=1, las659=1, las660=1, las661=1, las662=1, las663=1, las664=1, las665=1, las666=1, las667=1, las668=1, las669=1, las670=1, las671=1, las672=1, las673=1, las674=1, las675=1, las676=1, las677=1, las678=1, las679=1, las680=1, las681=1, las682=1, las683=1, las684=1, las685=1, las686=1, las687=1, las688=1, las689=1, las690=1, las691=1, las692=1, las693=1, las694=1, las695=1, las696=1, las697=1, las698=1, las699=1, las700=1, las701=1, las702=1, las703=1, las704=1, las705=1, las706=1, las707=1, las708=1, las709=1, las710=1, las711=1, las712=1, las713=1, las714=1, las715=1, las716=1, las717=1, las718=1, las719=1, las720=1, las721=1, las722=1, las723=1, las724=1, las725=1, las726=1, las727=1, las728=1, las729=1, las730=1, las731=1, las732=1, las733=1, las734=1, las735=1, las736=1, las737=1, las738=1, las739=1, las740=1, las741=1, las742=1, las743=1, las744=1, las745=1, las746=1, las747=1, las748=1, las749=1, las750=1, las751=1, las752=1, las753=1, las754=1, las755=1, las756=1, las757=1, las758=1, las759=1, las760=1, las761=1, las762=1, las763=1, las764=1, las765=1, las766=1, las767=1, las768=1, las769=1, las770=1, las771=1, las772=1, las773=1, las774=1, las775=1, las776=1, las777=1, las778=1, las779=1, las780=1, las781=1, las782=1, las783=1, las784=1, las785=1, las786=1, las787=1, las788=1, las789=1, las790=1, las791=1, las792=1, las793=1, las794=1, las795=1, las796=1, las797=1, las798=1, las799=1, las800=1, las801=1, las802=1, las803=1, las804=1, las805=1, las806=1, las807=1, las808=1, las809=1, las810=1, las811=1, las812=1, las813=1, las814=1, las815=1, las816=1, las817=1, las818=1, las819=1, las820=1, las821=1, las822=1, las823=1, las824=1, las825=1, las826=1, las827=1, las828=1, las829=1, las830=1, las831=1, las832=1, las833=1, las834=1, las835=1, las836=1, las837=1, las838=1, las839=1, las840=1, las841=1, las842=1, las843=1, las844=1, las845=1, las846=1, las847=1, las848=1, las849=1, las850=1, las851=1, las852=1, las853=1, las854=1, las855=1, las856=1, las857=1, las858=1, las859=1, las860=1, las861=1, las862=1, las863=1, las864=1, las865=1, las866=1, las867=1, las868=1, las869=1, las870=1, las871=1, las872=1, las873=1, las874=1, las875=1, las876=1, las877=1, las878=1, las879=1, las880=1, las881=1, las882=1, las883=1, las884=1, las885=1, las886=1, las887=1, las888=1, las889=1, las890=1, las891=1, las892=1, las893=1, las894=1, las895=1, las896=1, las897=1, las898=1, las899=1, las900=1, las901=1, las902=1, las903=1, las904=1, las905=1, las906=1, las907=1, las908=1, las909=1, las910=1, las911=1, las912=1, las913=1, las914=1, las915=1, las916=1, las917=1, las918=1, las919=1, las920=1, las921=1, las922=1, las923=1, las924=1, las925=1, las926=1, las927=1, las928=1, las929=1, las930=1, las931=1, las932=1, las933=1, las934=1, las935=1, las936=1, las937=1, las938=1, las939=1, las940=1, las941=1, las942=1, las943=1, las944=1, las945=1, las946=1, las947=1, las948=1, las949=1, las950=1, las951=1, las952=1, las953=1, las954=1, las955=1, las956=1, las957=1, las958=1, las959=1, las960=1, las961=1, las962=1, las963=1, las964=1, las965=1, las966=1, las967=1, las968=1, las969=1, las970=1, las971=1, las972=1, las973=1, las974=1, las975=1, las976=1, las977=1, las978=1, las979=1, las980=1, las981=1, las982=1, las983=1, las984=1, las985=1, las986=1, las987=1, las988=1, las989=1, las990=1, las991=1, las992=1, las993=1, las994=1, las995=1, las996=1, las997=1, las998=1, las999=1, las1000=1, las1001=1, las1002=1, las1003=1, las1004=1, las1005=1, las1006=1, las1007=1, las1008=1, las1009=1, las1010=1, las1011=1, las1012=1, las1013=1, las1014=1, las1015=1, las1016=1, las1017=1, las1018=1, las1019=1, las1020=1, las1021=1, las1022=1, las1023=1, las1024=1, las1025=1, las1026=1, las1027=1, las1028=1, las1029=1, las1030=1, las1031=1, las1032=1, las1033=1, las1034=1, las1035=1, las1036=1, las1037=1, las1038=1, las1039=1, las1040=1, las1041=1, las1042=1, las1043=1, las1044=1, las1045=1, las1046=1, las1047=1, las1048=1, las1049=1, las1050=1, las1051=1, las1052=1, las1053=1, las1054=1, las1055=1, las1056=1, las1057=1, las1058=1, las1059=1, las1060=1, las1061=1, las1062=1, las1063=1, las1064=1, las1065=1, las1066=1, las1067=1, las1068=1, las1069=1, las1070=1, las1071=1, las1072=1, las1073=1, las1074=1, las1075=1, las1076=1, las1077=1, las1078=1, las1079=1, las1080=1, las1081=1, las1082=1, las1083=1, las1084=1, las1085=1, las1086=1, las1087=1, las1088=1, las1089=1, las1090=1, las1091=1, las1092=1, las1093=1, las1094=1, las1095=1, las1096=1, las1097=1, las1098=1, las1099=1, las1100=1, las1101=1, las1102=1, las1103=1, las1104=1, las1105=1, las1106=1, las1107=1, las1108=1, las1109=1, las1110=1, las1111=1, las1112=1, las1113=1, las1114=1, las1115=1, las1116=1, las1117=1, las1118=1, las1119=1, las1120=1, las1121=1, las1122=1, las1123=1, las1124=1, las1125=1, las1126=1, las1127=1, las1128=1, las1129=1, las1130=1, las1131=1, las1132=1, las1133=1, las1134=1, las1135=1, las1136=1, las1137=1, las1138=1, las1139=1, las1140=1, las1141=1, las1142=1, las1143=1, las1144=1, las1145=1, las1146=1, las1147=1, las1148=1, las1149=1, las1150=1, las1151=1, las1152=1, las1153=1, las1154=1, las1155=1, las1156=1, las1157=1, las1158=1, las1159=1, las1160=1, las1161=1, las1162=1, las1163=1, las1164=1, las1165=1, las1166=1, las1167=1, las1168=1, las1169=1, las1170=1, las1171=1, las1172=1, las1173=1, las1174=1, las1175=1, las1176=1, las1177=1, las1178=1, las1179=1, las1180=1, las1181=1, las1182=1, las1183=1, las1184=1, las1185=1, las1186=1, las1187=1, las1188=1, las1189=1, las1190=1, las1191=1, las1192=1, las1193=1, las1194=1, las1195=1, las1196=1, las1197=1, las1198=1, las1199=1, las1200=1, las1201=1, las1202=1, las1203=1, las1204=1, las1205=1, las1206=1, las1207=1, las1208=1, las1209=1, las1210=1, las1211=1, las1212=1, las1213=1, las1214=1, las1215=1, las1216=1, las1217=1, las1218=1, las1219=1, las1220=1, las1221=1, las1222=1, las1223=1, las1224=1, las1225=1, las1226=1, las1227=1, las1228=1, las1229=1, las1230=1, las1231=1, las1232=1, las1233=1, las1234=1, las1235=1, las1236=1, las1237=1, las1238=1, las1239=1, las1240=1, las1241=1, las1242=1, las1243=1, las1244=1, las1245=1, las1246=1, las1247=1, las1248=1, las1249=1, las1250=1, las1251=1, las1252=1, las1253=1, las1254=1, las1255=1, las1256=1, las1257=1, las1258=1, las1259=1, las1260=1, las1261=1, las1262=1, las1263=1, las1264=1, las1265=1, las1266=1, las1267=1, las1268=1, las1269=1, las1270=1, las1271=1, las1272=1, las1273=1, las1274=1, las1275=1, las1276=1, las1277=1, las1278=1, las1279=1, las1280=1, las1281=1, las1282=1, las1283=1, las1284=1, las1285=1, las1286=1, las1287=1, las1288=1, las1289=1, las1290=1, las1291=1, las1292=1, las1293=1, las1294=1, las1295=1, las1296=1, las1297=1, las1298=1, las1299=1, las1300=1, las1301=1, las1302=1, las1303=1, las1304=1, las1305=1, las1306=1, las1307=1, las1308=1, las1309=1, las1310=1, las1311=1, las1312=1, las1313=1, las1314=1, las1315=1, las1316=1, las1317=1, las1318=1, las1319=1, las1320=1, las1321=1, las1322=1, las1323=1, las1324=1, las1325=1, las1326=1, las1327=1, las1328=1, las1329=1, las1330=1, las1331=1, las1332=1, las1333=1, las1334=1, las1335=1, las1336=1, las1337=1, las1338=1, las1339=1, las1340=1, las1341=1, las1342=1, las1343=1, las1344=1, las1345=1, las1346=1, las1347=1, las1348=1, las1349=1, las1350=1, las1351=1, las1352=1, las1353=1, las1354=1, las1355=1, las1356=1, las1357=1, las1358=1, las1359=1, las1360=1, las1361=1, las1362=1, las1363=1, las1364=1, las1365=1, las1366=1, las1367=1, las1368=1, las1369=1, las1370=1, las1371=1, las1372=1, las1373=1, las1374=1, las1375=1, las1376=1, las1377=1, las1378=1, las1379=1, las1380=1, las1381=1, las1382=1, las1383=1, las1384=1, las1385=1, las1386=1, las1387=1, las1388=1, las1389=1, las1390=1, las1391=1, las1392=1, las1393=1, las1394=1, las1395=1, las1396=1, las1397=1, las1398=1, las1399=1, las1400=1, las1401=1, las1402=1, las1403=1, las1404=1, las1405=1, las1406=1, las1407=1, las1408=1, las1409=1, las1410=1, las1411=1, las1412=1, las1413=1, las1414=1, las1415=1, las1416=1, las1417=1, las1418=1, las1419=1, las1420=1, las1421=1, las1422=1, las1423=1, las1424=1, las1425=1, las1426=1, las1427=1, las1428=1, las1429=1, las1430=1, las1431=1, las1432=1, las1433=1, las1434=
```

**بخش چهارم**

**سقط جنین**





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
استان زنجان  
معاونت بهداشت

## بررسی شیوع سقط و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت استان زنجان طی سالهای ۱۴۰۰-۱۳۹۹

زهرا خالقی<sup>\*</sup>، مامایی، کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، معاونت بهداشت،  
شیرین بخشی، پزشک عمومی، دکتری حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، معاونت بهداشت،  
شهناز زمانی، مشاوره در مامایی، کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، معاونت بهداشت،  
زهرا اسلامی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس ارشد، علوم پزشکی زنجان، معاونت بهداشت



چکیده

مقدمه: سقط جنین یک پدیده پزشکی-اجتماعی است که در اکثر کشورهای جهان هنوز بر سر آن بحث و مناقشه وجود دارد. دسترسی به عوامل مرتبط با سقط جهت برنامه ریزی برای کاهش تعداد موارد سقط و بهبود سلامت زنان ضروری است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع سقط و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت استان زنجان طی سالهای ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد. روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که از طریق بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت استان زنجان طی سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از چک لیست محقق ساخته در دو بعد جمعیت شناختی و عوامل مرتبط با سقط در ۸ شهرستان تابعه استان جمع آوری با شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: در بازه زمانی اول فروردین ۱۳۹۹ تا پایان اسفند ۱۴۰۰ جمعاً ۲۱۶۷ مورد سقط در سامانه ثبت شده است. بر این اساس شیوع کلی سقط در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب ۸.۰۶٪ و ۷.۳۷٪ بود. شیوع سقط زودرس (زیر ۱۲ هفته بارداری) در سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب ۶۵.۶۴٪ و ۵۹.۲۵٪ بود. بیشترین درصد سقط در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب در شهرستان‌های خدابنده (۱۰.۳۱٪) و خرمدره (۸.۹۹٪) و کمترین درصد شیوع در هر دو بازه زمانی ذکر شده در سلطانیه (۶.۰۱٪) و (۴.۸۱٪) درصد بود، در این سالها فراوانی سقط در مناطق شهری و روستایی به نسبت مساوی بود. بارداری ناخواسته با شیوع ۱۳.۴۳٪ در سال ۱۳۹۹ و ۱۲.۳٪ در سال ۱۴۰۰ از مهمترین دلایل سقط ثبت شده بود. میانگین سنی زنان دارای حداقل یک مورد سقط جنین در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب ۳۰.۳۳ سال و ۲۹.۵۸ سال بود. بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه‌گیری کرد شیوع سقط در طی سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۹ کاهش جزئی داشت با توجه به اهمیت مقوله جوانی جمعیت در کشور و مرتبط بودن بارداری ناخواسته با میزان سقط در هر دو بازه زمانی برنامه ریزی جهت کاهش بارداری ناخواسته خصوصاً در زنان نیازمند مراقبت و توجه ویژه ضروری می‌باشد. واژگان کلیدی: سقط، سقط زودرس، بارداری ناخواسته

### نتایج و بحث:

در بازه زمانی اول فروردین ۱۳۹۹ تا پایان اسفند ۱۴۰۰ جمعاً ۲۱۶۷ مورد سقط در سامانه ثبت شده است. بر این اساس شیوع کلی سقط در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب ۸.۰۶٪ و ۷.۳۷٪ بود. شیوع سقط زودرس در سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب ۶۵.۶۴٪ و ۵۹.۲۵٪ درصد بود. در این سالها فراوانی سقط در مناطق شهری و روستایی به نسبت مساوی بود. بارداری ناخواسته با شیوع ۱۳.۴۳٪ در سال ۱۳۹۹ و ۱۲.۳٪ در سال ۱۴۰۰ از مهمترین دلایل سقط ثبت شده بود. میانگین سنی زنان دارای حداقل یک مورد سقط جنین در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب ۳۰.۳۳ سال و ۲۹.۵۸ سال بود. می‌توان نتیجه‌گیری کرد شیوع سقط در طی سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۹ کاهش جزئی داشت با توجه به اهمیت مقوله جوانی جمعیت در کشور و مرتبط بودن بارداری ناخواسته با میزان سقط در هر دو بازه زمانی برنامه‌ریزی جهت کاهش بارداری ناخواسته خصوصاً در زنان نیازمند مراقبت و توجه ویژه ضروری می‌باشد.

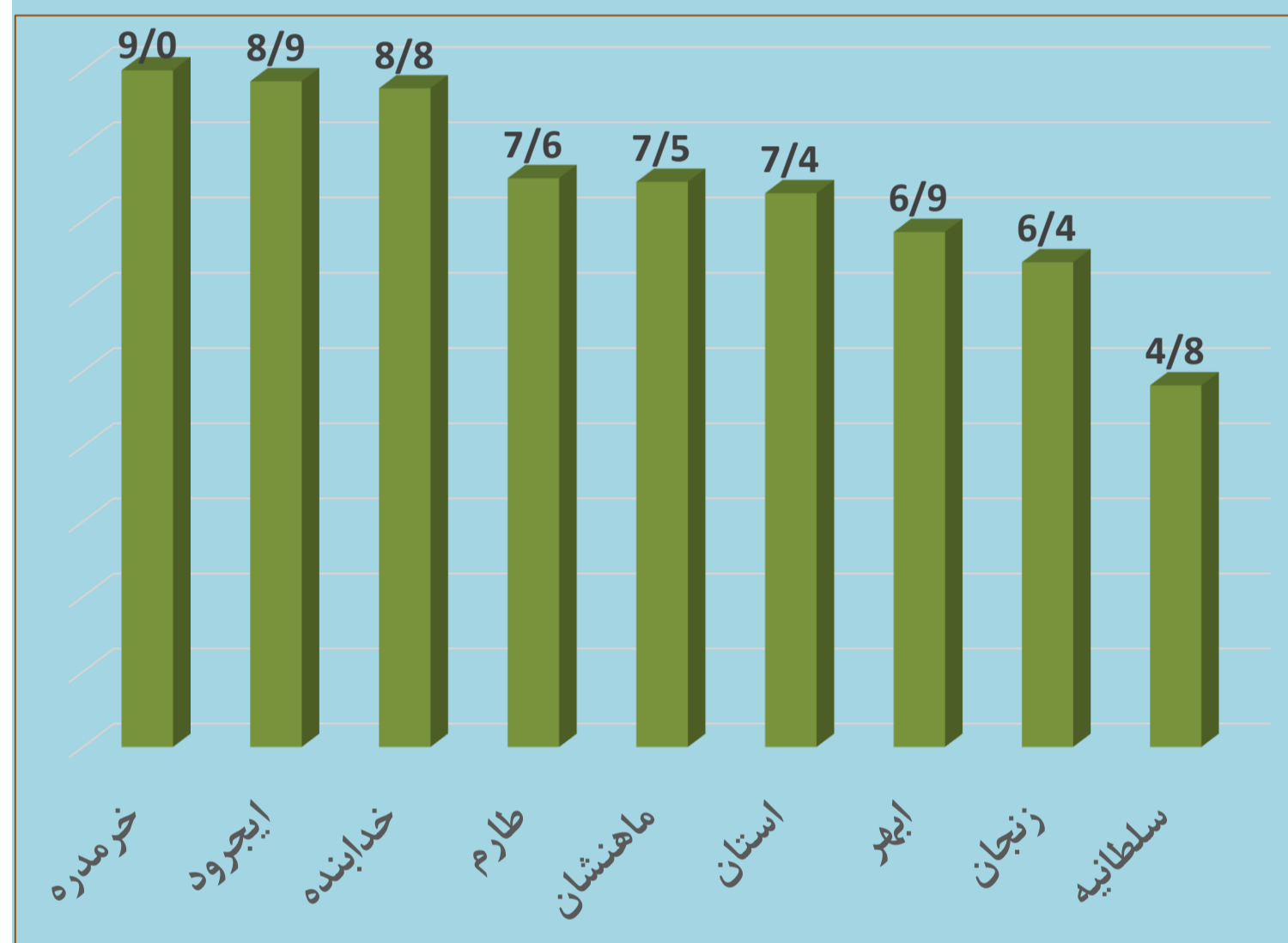
### منابع

- [Moradinazar .M Najafi F, Moradi Nazar Z "Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study"pubmed DOI: 10.1155/2020/4871494](#)
- Neuman ME, Simonovich SD, Amer K. Exploring the protective effects of judaism on risky behaviors in college students: a pilot study. J Pediatr Nurs. 2019;49:79-84. [DOI:10.1016/j.pedn.2019.09.003]
- شجاعی ج، عرفانی آ، "شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران: میزان ها، دلایل و تغییرات"، مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، سال بیست و هشتم شماره ۱ (پیاپی ۷۳، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹)

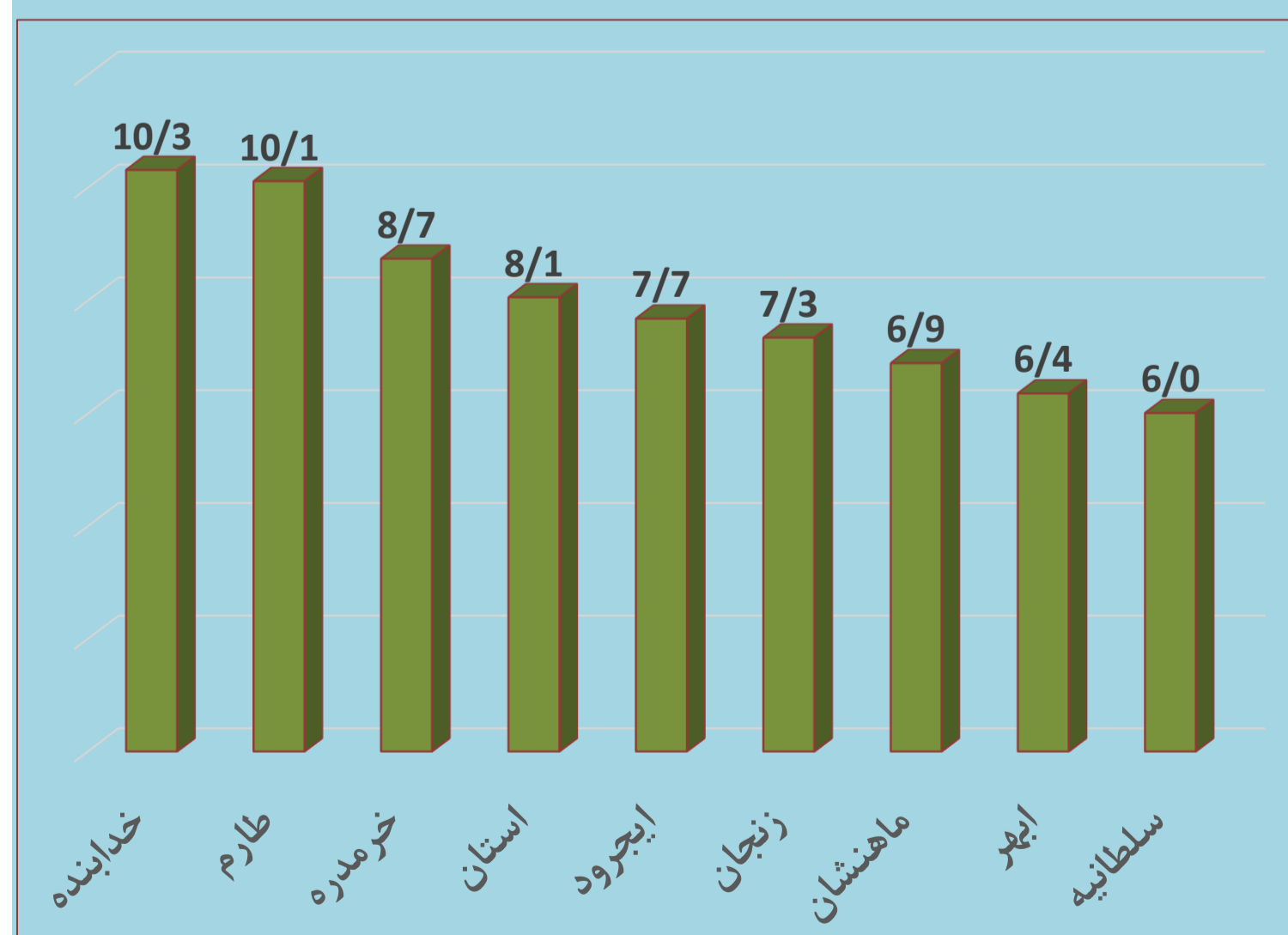
### مقدمه:

سقط جنین یک پدیده پزشکی-اجتماعی است که در اکثر کشورهای جهان هنوز بر سر آن بحث و مناقشه وجود دارد. دسترسی به عوامل مرتبط با سقط جهت برنامه ریزی برای کاهش تعداد موارد سقط و بهبود سلامت زنان ضروری است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع سقط و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت استان زنجان طی سالهای ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد.

نمودار شماره ۱: درصد شیوع سقط در شهرستانهای استان زنجان سال ۱۴۰۰



نمودار شماره ۲: درصد شیوع سقط در شهرستانهای استان زنجان سال ۱۳۹۹



### مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که از طریق بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت استان زنجان طی سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از چک لیست محقق ساخته در دو بعد جمعیت شناختی و عوامل مرتبط با سقط در ۸ شهرستان تابعه استان جمع آوری با شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند.

# بررسی علت سقط جنین در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت دانشگاه تبریز براساس سامانه سیب در سال ۱۴۰۰



رزینا فیروزنیا\*، دکتر مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس مادران معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز،  
نسرین فرشباف قاسمی راسخ، کارشناس مادران معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز،  
نازیلا قیطرانی کارشناس جوانی جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تبریز،  
ناهید ذاکری کارشناس مادران دانشگاه علوم پزشکی تبریز،  
دکتر ناصر رهبری فرزو، مدیر گروه واحد سلامت جمعیت و خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**نتایج و بحث:** تعداد زایمانهای انجام گرفته در سال ۱۴۰۰ دانشگاه تبریز ۴۲۸۰۹ نفر بوده است که در کنار این آمار تعداد سقط های انجام گرفته براساس سامانه سیب ۳۴۲۱ می باشد. از این تعداد ۲۷۸۳ سقط به دلیل سقط خودبخودی، ۵۰۱ سقط به دلیل بیماری یا ناهنجاری های تایید شده پزشک قانونی، ۴۷ سقط به دلیل حاملگی خارج از رحم، ۴۱ سقط به دلیل اختلالات ژنتیکی، ۴۲ سقط به دلیل بیماری مادر می باشد. اگرچه سقط جنین، در نگاه اول موضوعی طبی است؛ ولی حیطة های مختلف، هر یک بر حسب زاویه نگاه خود، نظر کارشناسانه، قضاوت مدار و تعیین کننده، بر موضوع دارند. تصمیم گیری برای پایان دادن به بارداری، هرگز آسان نیست. بعد از سقط جنین، داشتن احساس ناراحتی یا احساس گناه امری طبیعی است. این احساسات می تواند در هر فرد به شکل متفاوتی خود را نشان دهد. در اکثر مادرانی که تجربه سقط را داشته اند با مشکلات روحی همراه بوده است لذا برای مقابله با این مشکلات باید دلایل سقط را دانسته و با توجه به علت سقط های انجام گرفته با برنامه ریزی و اقدامات لازم در مراقبتهای پیش از بارداری و دوران بارداری از سقط پیشگیری نمود.

**مقدمه:** سقط جنین به خاتمه بارداری قبل از اینکه جنین توانایی زندگی در خارج از رحم مادر را یافته باشد اطلاق می گردد. در حقیقت خروج محصول بارداری قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری یعنی ۲۱ هفته و ۶ روز می باشد. علت های متعددی می تواند باعث سقط جنین شوند. طبق مطالعات انجام گرفته یکی از مهم ترین مسائلی که می تواند سقط جنین سریع را باعث شود و معمولاً در هفته های اول بارداری اتفاق می افتد اختلالات کروموزومی می باشد. و از دیگر دلایل سقط می توان به مشکلات رحمی، سن، مشکلات هورمونی و مشکلات دهانه رحم و... اشاره کرد. لذا این مطالعه با هدف بررسی علت سقط جنین در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت دانشگاه تبریز براساس سامانه سیب در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت.

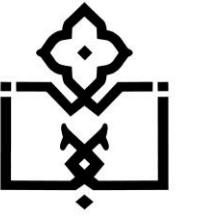
**موارد و روشها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی است. داده هاد از سامانه سیب استخراج شده است و در برنامه نرم افزاری Excel جمع بندی و تحلیل شده است و علت سقط جنین در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت مورد بررسی قرار گرفت.

**منابع:** سامانه سیب، دستورالعمل بخشنامه ها



# تحلیل قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از منظر «جرم‌شناسی حقوقی انتقادی»

دکتر مهدی خاقانی اصفهانی  
استادیار حقوق جزا و جرم‌شناسی  
پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی «سمت»  
[khaghani@samt.ac.ir](mailto:khaghani@samt.ac.ir)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
استان زنجان

همایش جوانی جمعیت،  
دانشگاه علوم پزشکی زنجان،  
۱۴۰۱

## چکیده

حمایت حقوقی از جوانی جمعیت، نیازمند سیاستگذاری تقنینی، قضایی و اجرایی است و جلوه‌های حمایت، از الزام نهادهای دولتی به ارائه طیف وسیعی از خدمات و مشوق‌های ازدواج و فرزندآوری گرفته، تا پاسخ‌گذاری کیفری به صورت خطیر تهدید علیه کیان خانواده، در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت پیش‌بینی شده است. حمایت کیفری، در قالب جرم‌انگاری رفتارهای ناقض ارزش‌ها و کیفردهی به مرتکبان آنها چنانچه ناهمسو با اهداف عدالت جزایی صورت می‌گیرد مورد مطالعه بخشی از دانش جرم‌شناسی، همانا جرم‌شناسی حقوقی انتقادی، است که نقش نارسایی‌های قوانین کیفری و رفتار مجریان این قوانین را بر تشدید بحران بزهکاری می‌سنجد. برخورداری از یک سیاست جنایی و کیفری متناسب با شرایط و وضعیت صغار و نوجوانان می‌تواند به جامعه مدنی جهت پیشبرد یکی از اهدافش که پیشگیری از وقوع جرایم در آینده است، کمک فراوانی کند. قوانین کیفری به لحاظ ویژگی‌های انحصاری خود، بازخوردهای کیفری خاصی را در خصوص اطفال و نوجوانان بزهکار اتخاذ می‌کنند. زیرا شرایط جسمی و روانی این گروه ایجاب می‌نماید تا رویکردی حمایتی و هدفمند محور گزینه‌های واکنش‌های کیفری قرار گیرد.

## مقدمه

از منظر جرم‌شناسی حقوقی انتقادی، قانون جوانی جمعیت موجب افزایش سرسام‌آور آمار سقط مجرمانه‌ی جنین‌های معلول در مراکز و مطب‌ها و زیرزمین‌های آلوده و خطرناک توسط پزشکان تبه‌کار و ماماها بزهکار می‌شود و ناباروری، جرایمی نظیر ایراد جرح عمدی (با توجه به این که سقط غیرقانونی، خارج از شمول عملیات طبی مشروع به عنوان یکی از علل موجهه جرم است)، ایراد زوال دائم یا موقت منافع، اخذی، تحصیل مال از طریق نامشروع، اقدام علیه بهداشت عمومی، تهدید و توهین و افترا و تجاوز و قتل و جرایم ناموسی و انتقامی گسترده در این ارتباط، و حتی جرایم پیرامونی مانند سرقت برای تأمین هزینه سقط غیرقانونی و نیز افزایش طلاق و خشونت خانگی و روسپی‌گری و تبعات فروپاشی خانواده و افزایش هزینه‌های عمومی کشور و صدمه به سرمایه اجتماعی خواهد شد. همچنین تنش قوانین با هم، از عوامل اصلی اضمحلال انسجام سیاست جنایی است. آشفتگی‌های قانونی، محرک بزهکاران به ارتکاب جرایم، از باب اطمینان از عدم قطعیت موضع قضات در استناد به قانون جهت محکومیت ایشان است. مغایرت مواد ۳۸، ۴۱، ۴۳، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳ و ۵۴ «طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» با سیاست‌های کلی نظام و اصول ۵۷، ۷۵ و ۱۱۰ قانون اساسی به لحاظ تعارض این طرح با بند ۷-۱ «سیاست‌های کلی سلامت» و تعارض مضمون «سیاست‌های کلی خانواده» و تعارض با بند ۴۳-۲ «سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه توسعه» و بند «الف» ماده ۷۲ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و مغایرت با راهبردهای کلان سوم و چهارم نقشه مهندسی کشور، جلوه‌هایی از تشتت تقنینی در سیاستگذاری حقوق خانواده در حوزه مدیریت جمعیت کشور بود، که رفع نشد و به همان شکل تصویب شد.

## روش و یافته‌ها

این مقاله به روش توصیفی-تحلیلی، پس از گردآوری کتابخانه‌ای داده‌ها، به تحلیل کیفی و استنباطی آنها در قلمرو بین‌رشته‌ای جرم‌شناسی، حقوق کیفری خانواده و سیاستگذاری عمومی می‌پردازد. در مورد مفاد ماده ۲۳ «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» اقداماتی برای حمایت از شیرخوارگاه‌ها و مراکز نگهداری شبانه‌روزی حمایت از کودکان بی‌سرپرست و خیابانی مقرر شده است. بند (ب) این ماده، سازمان بهزیستی کشور را مکلف کرده در هر یک از مراکز مذکور حداقل یک نفر آشنا به تربیت اسلامی کودک با معرفی مراکز مدیریت حوزه‌های علمیه در چارچوب قوانین مربوط به کارگیری شود. ابهام و ایراد این تبصره را عدم استفاده از ظرفیت تعداد زیادی از متخصصان روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی، حقوق خانواده، روان‌شناسی خانواده و رشته‌های مرتبط می‌دانم. ای کاش در کنار استفاده از «یک نفر آشنا به تربیت اسلامی» - که در این ماده، ملاک احراز دقیق هم درج نشده و ضابطه‌مندی ساختاری مشخصی هم تصریح نشده است- از ظرفیت متخصصان دانشگاهی تربیت اسلامی کودک در این موضوع استفاده می‌شد. به علاوه، بند (پ) ماده ۲۳ قانون مزبور که سازمان بهزیستی کشور را مکلف به برنامه‌ریزی برای تولید محتوای تربیتی، آموزشی، ابعاد معنوی و مذهبی با همکاری حوزه علمیه کرده، درحالی که نهاد مسئول تولید محتوای آموزشی، نهاد ناظر بر تولید این محتوا و نهاد مکلف به بکارگیری از این محتوا نیازمند رفع ابهام است.

## بحث

برخی ایرادهای قانون جوانی جمعیت از منظر جرم‌شناسی حقوقی انتقادی:

۱- «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، تعارض احتمالی ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با قسمتی از ماده ۱۰۴ قانون مجازات اسلامی است. بر اساس ماده ۱۰۴ ق.م.ا، ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی فصل تعزیرات - که ناظر بر سقط جنین از طریق ضرب و جرح و آزار و اذیت زن حامله است - قابل گذشت اعلام شده است. باتوجه به ماده ۵۶ این سؤال مطرح می‌شود که نظر به این‌که ماده ۵۶ به صورت مطلق اعلام کرده سقط جنین همانا دارای جنبه عمومی است، آیا ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی از شمار جرایم قابل گذشت خارج شده یا خیر؟ سیاست جنایی تقنینی در این زمینه، ساکت است و پیش‌بینی می‌شود این «سکوت تقنینی» به «تشتت قضایی» بینجامد. تشتت مورد پیش‌بینی، آن‌گاه تشدید خواهد شد که توجه کنیم ماده ۵۶ قانون جوانی جمعیت، ابطال پروانه پزشکی را نیز به ضمانت‌اجراهای کیفری مندرج در ماده ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی افزوده است و ابطال را که با عنایت به ماده ۲۳ قانون مجازات اسلامی ماهیت کیفر تکمیلی اختیاری دارد، به مجازات تکمیلی اجباری یا شاید به مجازات اصلی (در همین دو، هم ابهام وجود دارد) مبدل نموده است.

۲- نگاهی به ماده ۵۶ «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» نشان می‌دهد قانونگذار تلاش کرده از طریق جایگزینی رویکرد قضایی به جای رویکرد پزشکی، موارد سقط درمانی را کاهش دهد. جلوه‌های این رویکرد در فرآیند رسیدگی به مجوز سقط درمانی، تغییر در ساختار رسیدگی به درخواست مجوز و نیز تشدید تدابیر کیفری مشاهده می‌شود. نقش پزشکی قانونی در صدور مجوز سقط درمانی باید پررنگ‌تر شود. وانگهی، در ماده ۵۶ به صورت مطلق «مراکز پزشکی قانونی» را مرجع دریافت درخواست دانسته است. اما ادامه ماده درخصوص مرجع ارجاع درخواست به کمیسیون سقط قانونی، به «مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها» اشاره کرده است. گرچه پیش‌بینی امکان ارائه درخواست مجوز در کلیه مراکز پزشکی قانونی موجب راحتی مادران خواهد شد، اما از آنجا که مراکز پزشکی قانونی صلاحیت ارجاع موضوع به کمیسیون مراکز پزشکی قانونی مراکز استان‌ها این اختیار را ندارند و صرفاً را دارند، محل نقد است.

## اهم منابع

انصاری، سپیده (۱۳۹۷)، آگاهی‌بخشی به والدین و مراقبان کودک از کودک‌آزاری جنسی و راهبردهای پیشگیرانه و مقابله‌ای، فصلنامه تعلیم و تربیت استثنائی، سال هجدهم، شماره ۴.  
حسینی، انسیه؛ شاملو، باقر (۱۳۹۹)، حق بر سلامت روان کودکان و نوجوانان بزهکار در پرتو عدالت کیفری افتراقی، فصلنامه تحقیقات حقوقی، دوره ۲۴، شماره ۹۲.  
حیدری، مسعود؛ رضوانی جویباری، ناصر (۱۳۹۸)، نقد و بررسی بی-تفاوتی اجتماعی نسبت به جرم کودک‌آزاری (مطالعه تطبیقی حقوق کیفری ایران با ایالت تگزاس آمریکا)، فصلنامه تحقیقات حقوقی و کیفری، شماره ۴۱.  
خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۳۹۹)، ظرفیت‌سنجی لایحه قضایی «تأمین امنیت بانوان در برابر خشونت» در تحکیم حق سلامت کودکان، پژوهش‌نامه زنان، سال یازدهم، شماره ۳.  
خاقانی اصفهانی، مهدی؛ محمدی، قاسم (۱۳۹۸)، راهبردهای پیشگیری از بزه‌دیدگی کودکان کار؛ الگوی مبتنی بر نوع فعالیت، فصلنامه حقوق کودک، سال اول، شماره ۲.



# کاهش سقط عمدی به مثابه راهکاری جهت مبارزه با کاهش نرخ باروری کلی: یک مطالعه مروری

دکتر صغری خانی<sup>۱</sup>، صدیقه حسنی مقدم<sup>۲\*</sup>

۱- دانشیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Tell: 09111120639 .Email: [khanisog343@gmail.com](mailto:khanisog343@gmail.com)

۲- کارشناسی ارشد، مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

Tell: 09111964795 .Email: [s.hasanimoghadam@gmail.com](mailto:s.hasanimoghadam@gmail.com),

## یافته ها:

نتایج مطالعه حاضر در ۲ سطح قرار گرفت: سطح ساختاری شامل: طرح‌های تشویقی دولت مثل دادن مسکن، توسعه زیر ساخت‌های اقتصادی برای بهبود وضعیت اقتصادی خانواده‌ها، ارائه تسهیلات ویژه برای فرزندان جدید، پرداخت هزینه‌های دوران حاملگی، باز کردن حساب‌های آتیه برای نوزادان، اطلاع رسانی به مردم در مورد اثرات منفی کاهش جمعیت، آموزش روش صحیح تغذیه و ورزش برای جلوگیری از ناباروری، جلوگیری از سقط غیر قانونی جنین، ارائه خدمات ویژه برای شهرهای مختلف، نظیر استان شدن شهرستان‌ها، کاهش هزینه‌های زایمان، تغییر دادن طرز فکر افراد با استفاده از رسانه‌ها و فرهنگ سازی، استقلال فرزندان در سن ۱۸ سالگی. سطح عاملیت شامل: ایجاد ذخیره‌های ویژه توسط مردم برای تأمین وضعیت اقتصادی خانوارها، ایجاد آرامش در بین افراد خانواده توسط اقوام و پدر و مادر، تشویق پدر و مادر جهت فرزند آوری فرزندان، کاهش تجمل گرایی و ترویج فرهنگ ساده زیستی، ایجاد ذوق و تشویق دختران توسط مادرهای خود جهت فرزند آوری، زشت دانستن طلاق در میان خانواده‌ها، افزایش درآمد و کاهش هزینه‌ها، افزایش احساسات و عشق در خانواده‌ها برای پایدار کردن زندگی زناشویی.

## نتیجه گیری:

با توجه به اینکه افزایش قدرت و اقتدار بخشی به کشور و شکل گیری تمدن آن تابعی از رشد و افزایش جمعیت در آینده است، لذا باید با راهکارهای فوق، به کاهش سقط عمدی و افزایش جمعیت کشور کمک کنیم.

## مقدمه:

کاهش نرخ باروری و پیری جمعیت، امروزه نگرانی‌هایی را در کشورهای مختلف جهان ایجاد کرده است که دلیل اصلی آن کاهش نرخ زاد و ولد است. این موضوع باعث شده تا کشورها راهکارها و ابتکار عمل‌هایی را برای تغییر روند کاهش جمعیت بکار بگیرند. به همین منظور، مطالعه حاضر با هدف مروری بر کاهش سقط عمدی: راهکاری جهت مبارزه با کاهش باروری کلی انجام شد.

## مواد و روش ها:

این مطالعه به روش مروری نقلی بوده است و جهت انجام تعیین شد و جستجو MESH آن، کلید واژه‌ها بر اساس PubMed, Google Scholar, SID, WHO Science Direct در پایگاه‌های اطلاعاتی، و با استفاده از کلمات کلیدی فرزند آوری، جمعیت، باروری کلی، سقط عمدی، راهکار از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۱ صورت گرفت.

Percoco, M. (2013). Geography, institutions and urban development: Italian cities, 1300-1861. *Annals of Regional Science*, 50(1), 135-152. doi:10.1007/s00168-011-0482-0.

Hassan, M. S. (2010). The long-run relationship between population and per capita income growth in China. *Journal of policy Modeling*, 32, 355-372. doi:10.1016/j.jpolmod.2009.09.005.

## مقدمه:

سقط جنین همواره دربرگیرنده چالشهایی در حوزه های اخلاقی، حقوقی، دینی، فلسفی و بهداشتی باروری بوده است. امروزه سقط جنین یکی از مباحث مهم حوزه پزشکی ایران است. تحولات اجتماعی و افزایش سطح سواد سلامت و آگاهی و مشارکت زنان در عرصه های اجتماعی و اقتصادی منجر به ناسازگاری جنبه های نظری و عملی در این حوزه ها شده و زنان در مواقعی بدون توجه به احکام شرعی و قوانین کیفری، اقدام به سقط جنین می کنند. در ایران علل سقط قانونی شامل تهدید حیات مادر، اختلالات جنینی شدید و مغایر با حیات است. در این مطالعه به

## نتایج و بحث

رعایت اخلاق در مراقبت از بیمار از جنبه های مهم مراقبتی محسوب می شود. احترام به اعتقادات مذهبی بیمار یکی از ارکان با اهمیت رعایت اخلاق پزشکی است. در ایران به دلیل عدم ارائه خدمات در هنگام سقط غیر قانونی، جهت افزایش آگاهی و تغییر دیدگاه بیماران نسبت به موضوع و اتخاذ بهترین و مناسب ترین تصمیم با لحاظ شرایط خانوادگی و آرمانی و عرفی جامعه، از مشاوره های خانواده، مذهبی و پزشکی کمک طلبید. متأسفانه هدف مراجعه زنان، انجام مشاوره برای یافتن بهترین راه حل مقابله با بارداری ناخواسته نیست بلکه برای جلب همکاری جهت ختم بارداری شان است. مشاوره پیش از سقط باید کلیه جنبه های مربوط به حاملگی را در برگیرد. همچنین باید در برگیرنده مباحثی چون مقایسه روش های دارویی و جراحی، ادامه حاملگی و راه های مختلف برای فرزند خواندگی قانونی باشد. ارزیابی میزان امکان پذیر بودن سقط از لحاظ اجتماعی، شخصی و شرعی یکی از فرایندهای سقط غیر قانونی می باشد. شاید بتوان با روشن سازی عللی که زنان را به درک بارداری ناخواسته و در نتیجه تلاش برای ختم بارداری آنها می کشاند، راه های مقابله موثرتر در پیشگیری از بارداری و یا برخورد مناسب تر در هنگام وقوع از حیطة پیشنهاد و نظر، به حیطة اجرا و عمل کشاند. سقط جنین به دلیل ارتباط با جسم و روان افراد، باید منحصر در صلاحیت گروه پزشکی بوده و در مراکز علمی معتبر انجام شود. ممانعت از این عمل سبب می شود گروه های متخصص جهت درگیر نشدن در این موارد از انجام علمی آن خودداری و در نتیجه به دست افراد غیر متخصص و در مراکز غیر استاندارد انجام گیرد. برای تصمیم گیری باید مسئله توسط افراد صاحب نظر و اهل فن همچون حقوق دانها، فقها، پزشکان، جامعه شناسان و روانشناسان مورد تجدید نظر قرار گرفته تا موضوع از حدود عوام خارج و از خسارات ناشی از سقط های غیر قانونی جلوگیری گردد.

## پیشهادات

سقط جنین به دلیل ارتباط با جسم و روان افراد، باید منحصر در صلاحیت گروه پزشکی بوده و در مراکز علمی معتبر انجام شود. ممانعت از این عمل باعث خودداری متخصصین این حوزه از انجام علمی آن به جهت درگیر نشدن در مشکلات مربوطه و در نتیجه انجام آن توسط افراد غیر متخصص و در مراکز غیر استاندارد می شود. مسئله باید توسط افراد صاحب نظر و اهل فن مورد تجدید نظر قرار گرفته تا موضوع از حدود عوام، خارج و از خسارات ناشی از آن جلوگیری گردد. با توجه به وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور و با توجه به گرایش های فکری و اخلاقی افراد و گروه های مختلف، سقط جنین یکی از مصادیق بارز ضرورت ایجاد توازن میان واقعیت و ارزش می باشد. همان طور که نمی توان بدون توجه به باورهای بنیادین و ارزشی یک جامعه در خصوص یک مسئله حکم راند، درست به همان اندازه هم نمی توان بدون توجه به اقتضانات ناشی از واقعیات زندگی فردی و جمعی در دنیای کنونی، تصمیمات صحیح اتخاذ نمود.

**یک نکته را نمی توان فراموش کرد: از آجایی که در سقط جنین مسئله "انسان" به عنوان "یک شخص" مطرح است، جواز یا منع این عمل باید حول محور شخص انسانی بگردد.**

## مواد و روشها

در این تحقیق از روش مطالعه اسنادی، کتابخانه ها و جستجو در پایگاه های اطلاعاتی رایج شامل اطلاعات جامع پزشکی (مدلاین) و منابع اطلاعاتی معتبر شامل پابمد، ساین سداپرکت، گوگ لاسکالر و وب آف ساینس استفاده شد. ضمناً پایگاه های اطلاعاتی فارسی زبان شامل پایگاه اطلاعات علمی SID بانک اطلاعات نشریات کشور (مگیران) و ایران مدکس از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۰ با کلیدواژه های یاد شده جستجو شد.

- ۱- R Rashidpouraie , M Sharifi , M Rashidpouraie. Abortion Laws and Regulations in Iran and European Countries During the COVID-۱۹ Pandemic.
- ۲- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics.
- ۳- Mosavi Bojnordi SM. [A jurisprudential and legal study of abortion with an approach to the theories of Imam Khomeini.
- ۴- Okonofua FE, Odimegwu C.
- ۵- Bennett LR. Single experiences of premarital pregnancy and induced abortion in Iloilo, Eastern Indonesia.
- ۶- Bergant QA, Heim K, Ulmer H.
- ۷- Beauchamp, Tom, L. And Walters, Leroy.
- ۸- قرآن کریم
- ۹- جعفری، علامه محمد تقی
- ۱۰- طباطبائی، علامه سیدمحمدحسین، ترجمه تفسیر المیزان،
- ۱۱- قرآنی، محسن، تفسیر نور،
- ۱۲- ری شهری، محمد، میزان الحکمه با ترجمه فارسی،
- ۱۳- جرّ، خلیل: "فرهنگ عربی به فارسی لاروس".
- ۱۴- عمید، حسن "فرهنگ فارسی عمید
- ۱۵- ابن منظور، جمال الدین محمد: "لسان العرب.
- ۱۶- آریان پور، عباس: "فرهنگ کامل انگلیسی- فارسی.
- ۱۷- سید جواد، فانی و خرمشاهی
- ۱۸- صورنژاد: "مسأله زن، اسلام و فمینیسم در دفاع از حقوق زنان
- ۱۹- فریدمن، جین: "فمینیسم"،
- ۲۰- آیت الهی، زهرا: "زن و خانواده"،
- ۲۱- عباسی، محمود: "حقوق پزشکی"، مجموعه مقالات، انتشارات حقوقی
- ۲۲- قضاویی، صمد: "پزشکی قانونی"،
- ۲۳- عباسی، محمود: "حقوق پزشکی"،
- ۲۴- خامنهای، آیه الله سید علی، پزشکی در آئینه اجتهاد،
- ۲۵- محقق داماد: تحقیقی در مورد سقط جنین، عوارض و مسائل پیرامون
- ۲۶- معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، ۱۳۷۰



چکیده

مقدمه: بسیاری از بارداری‌ها به دلایل مختلفی به سقط منجر می‌شود. آگاهی از فراوانی سقط در اجتماع می‌تواند معیاری غیرمستقیم از وضعیت سلامت مادران باشد. برای کاهش میزان سقط با هدف حمایت از خانواده و نجات فرزندان سالم از سقط لازم است که دلایل مرتبط شناسایی و با ارائه راهکارهای مناسب به مقابله با این معضل بهداشتی پرداخت. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع سقط و علل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت استان زنجان طی دوره پنج ساله انجام شد. روش کار: این پژوهش مطالعه توصیفی مقطعی است که از طریق تحلیل و بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت استان زنجان طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته سقط در استان و شهرستانهای تابعه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از ابتدای فروردین ۱۳۹۶ تا پایان اسفند ۱۴۰۰ تعداد ۶۳۷۲ (۸۲/۲۸ درصد بارداریها) سقط در سامانه ثبت شده است. بیشترین درصد سقط در شهرستان‌های خدابنده (۹/۹۶٪) و ابهر (۹/۲۳٪) و کمترین درصد شیوع ماهنشان (۷/۰۸) بود، در این سال‌ها فراوانی سقط در مناطق شهری، روستایی و حاشیه شهر تفاوت معنی داری نداشت. بیشترین درصد سقط در گروه‌های سنی ۴۵-۴۹ سال (۳۲/۳٪) و ۴۰-۴۴ سال (۲۱٪) و کمترین درصد در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال (۶/۳۵٪) بود. علل سقط به ترتیب سقط خودبخودی (۷۷/۶۱٪)، ناهنجاری جنین با تایید پزشکی قانونی (۱۵/۶۶٪)، سایر علل (۲/۶۵٪)، حاملگی خارج رحم (۱/۶۸٪)، مثبت بودن جواب آمینوستز (۱/۵۲٪)، بیماری مادر (۰/۸۵٪) و سقط به دنبال آمینوستز با کاربوتایپ سالم (۰/۰۳٪) بود. شیوع سقط زودرس ۷۰/۷ درصد بود. بحث و نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر آن است که بالاترین درصد سقط در شهرستان‌های خدابنده و ابهر و بیشترین علت، سقط خودبخودی و در گروه سنی ۴۵-۴۹ سال بوده است. بنابراین توجه به ازدواج بهنگام، مشاوره فرزند آوری در سن مناسب و ارائه مراقبت‌های ویژه به مادران باردار بالای ۴۰ سال از نکات ضروری در برنامه ریزی‌ها به نظر می‌رسد.  
واژگان کلیدی: بارداری، سقط، سقط خودبخودی

مقدمه:

بسیاری از بارداری‌ها به دلایل مختلفی به سقط منجر می‌شود. آگاهی از فراوانی سقط در اجتماع می‌تواند معیاری غیرمستقیم از وضعیت سلامت مادران باشد. برای کاهش میزان سقط با هدف حمایت از خانواده و نجات فرزندان سالم از سقط لازم است که دلایل مرتبط شناسایی و با ارائه راهکارهای مناسب به مقابله با این معضل بهداشتی پرداخت. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع سقط و علل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت استان زنجان طی دوره پنج ساله انجام شد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش مطالعه توصیفی مقطعی است که از طریق تحلیل و بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت استان زنجان طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته سقط در استان و شهرستانهای تابعه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شد.

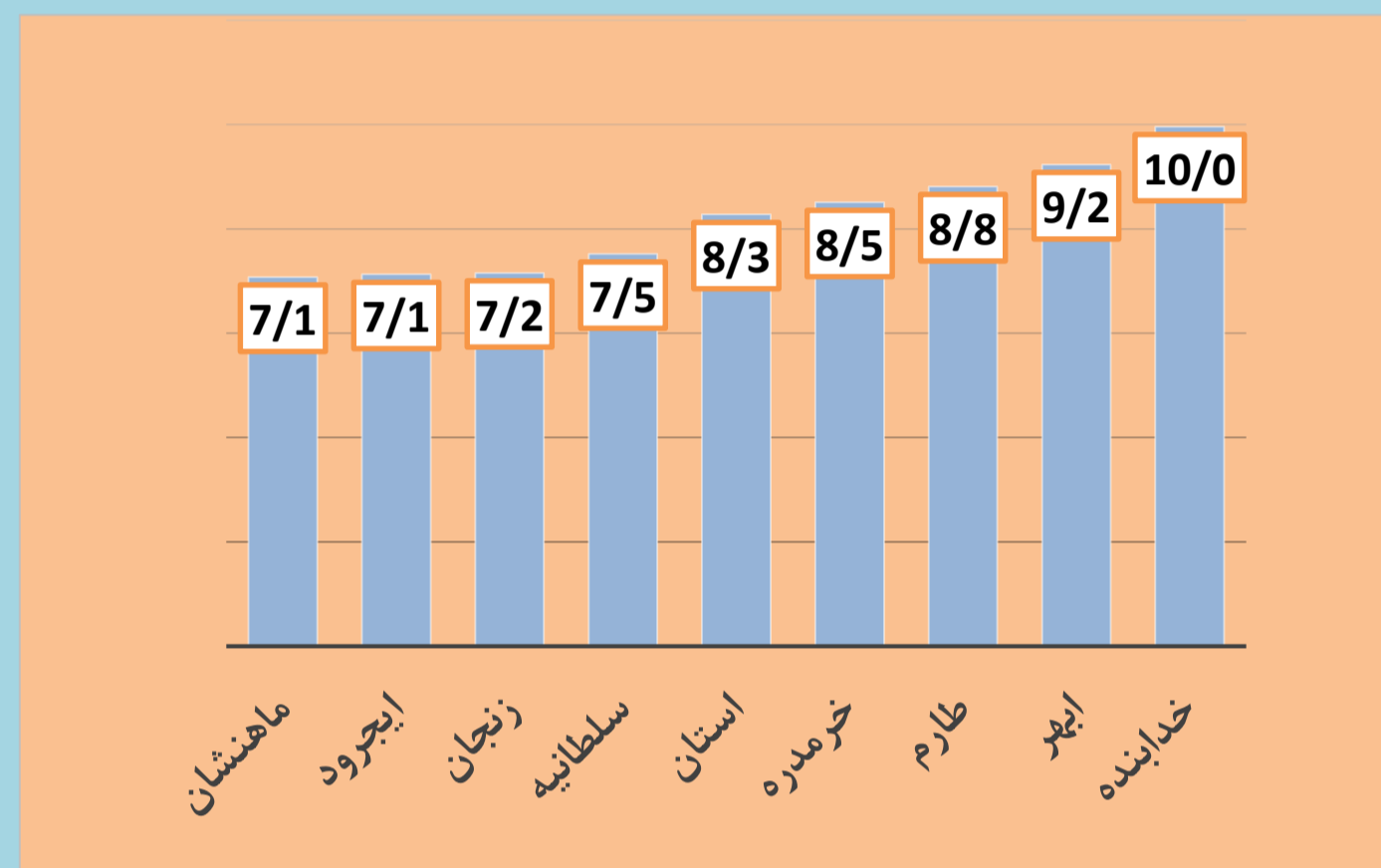
### نتایج و بحث:

از ابتدای فروردین ۱۳۹۶ تا پایان اسفند ۱۴۰۰ تعداد ۶۳۷۲ سقط در سامانه ثبت شده است. در این سال‌ها فراوانی سقط در مناطق شهری، روستایی و حاشیه شهر تفاوت معنی داری نداشت. بیشترین درصد سقط در گروه‌های سنی ۴۵-۴۹ سال (۳۲/۳٪) و ۴۰-۴۴ سال (۲۱٪) و کمترین درصد در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال (۶/۳۵٪) بود. علل سقط به ترتیب سقط خودبخودی، ناهنجاری جنین با تایید پزشکی قانونی، سایر علل، حاملگی خارج رحم، مثبت بودن جواب آمینوستز، بیماری مادر و سقط به دنبال آمینوستز با کاربوتایپ سالم بود. شیوع سقط زودرس ۷۰/۷ درصد بود. نتایج بیانگر آن است که بیشترین علت، سقط خودبخودی و در گروه سنی ۴۵-۴۹ سال بوده است. بنابراین توجه به ازدواج بهنگام، مشاوره فرزند آوری در سن مناسب و ارائه مراقبت‌های ویژه به مادران باردار بالای ۴۰ سال از نکات ضروری در برنامه ریزی‌ها به نظر می‌رسد.

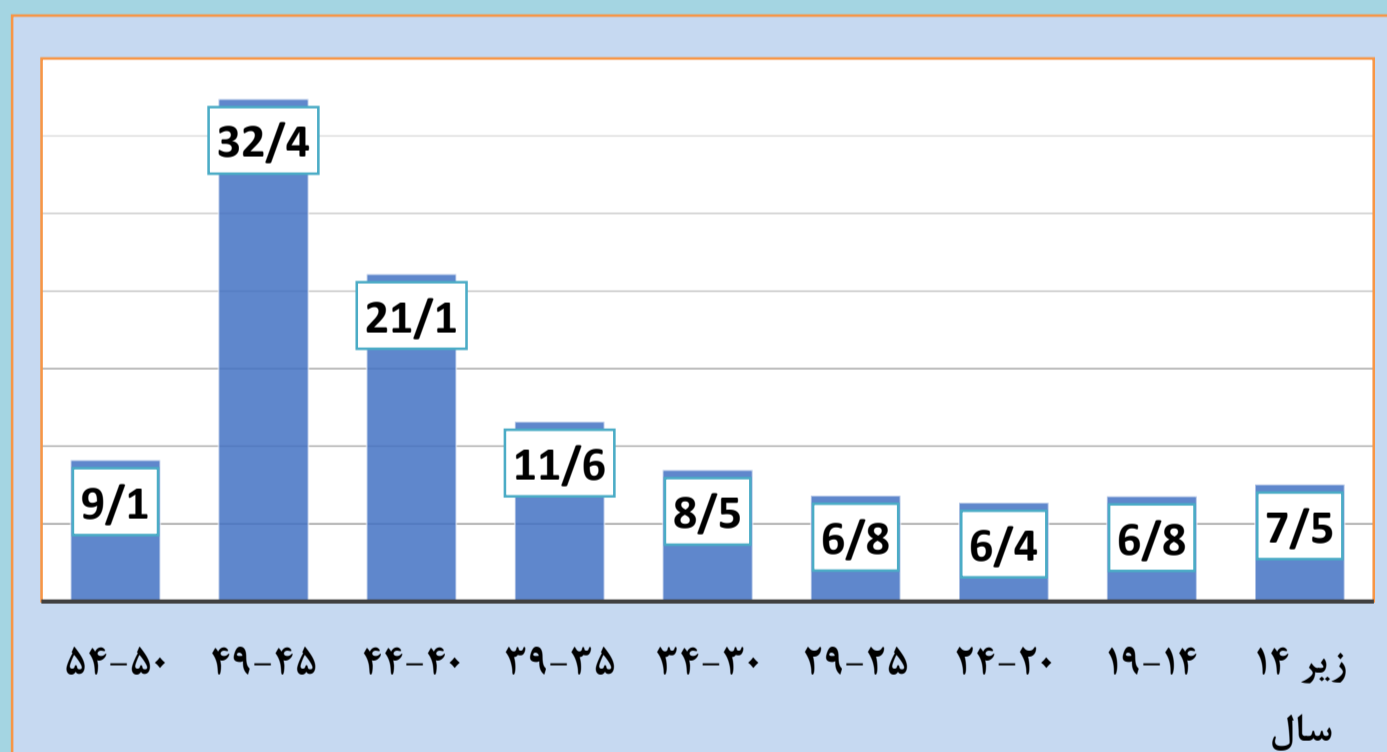
### منابع:

- سامانه آنلاین یکپارچه بهداشت (سیب)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- شجاعی ج، عرفانی آ، "شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران: میزان‌ها، دلایل و تغییرات"، مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، سال بیست و هشتم شماره ۱ (پیاپی ۷۳، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹)
- Moradinazar M, Najafi F, Moradi Nazar Z. "Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study" PubMed DOI: [10.1155/2020/4871494](https://doi.org/10.1155/2020/4871494).
- Neuman ME, Simonovich SD, Amer K. Exploring the protective effects of judaism on risky behaviors in college students: a pilot study. J Pediatr Nurs. 2019;49:79-84.

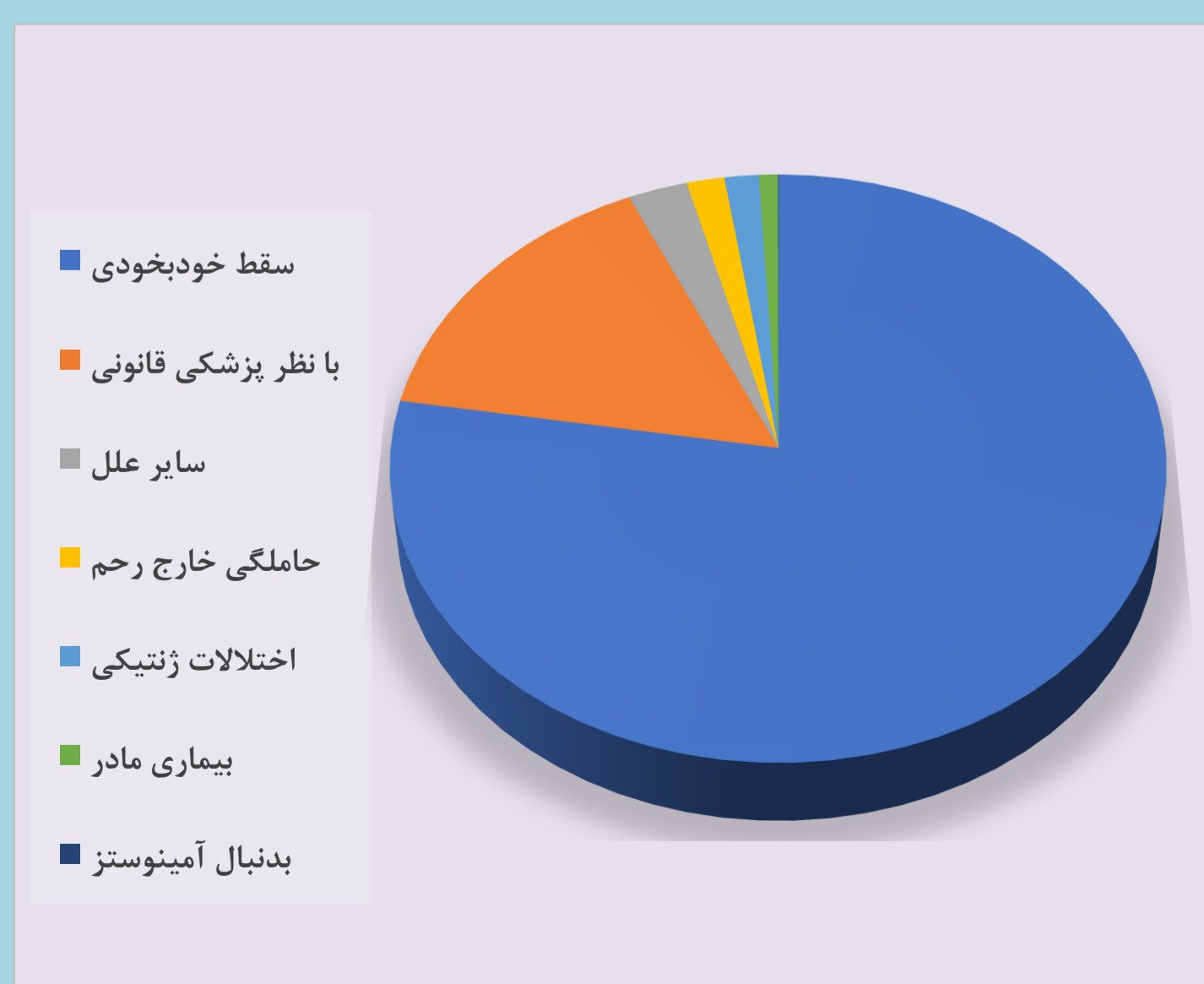
درصد سقط به تفکیک شهرستانهای استان زنجان در سالهای ۱۳۹۶-۱۴۰۰

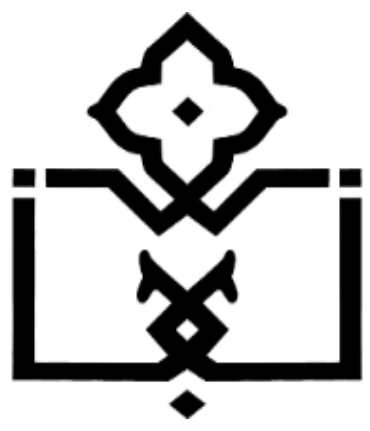


درصد سقط به تفکیک گروه‌های سنی در سالهای ۱۳۹۶-۱۴۰۰



درصد علل سقط در سالهای ۱۳۹۶-۱۴۰۰





چکیده

مقدمه: بارداری نوجوانان یک مشکل جهانی است که متاثر از فاکتورهای فردی، اجتماعی و اقتصادی می باشد. حاملگی زود هنگام در میان نوجوانان با پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی همراه است و در سطح کلان، اجتماع را تحت تأثیر قرار می دهد. در راستای جوانی جمعیت و حمایت از خانواده شناسایی شیوع ختم زودرس بارداری در این گروه سنی و دلایل مرتبط با آن جهت برنامه ریزی برای بهبود سلامت زنان ضروری است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع ختم زود هنگام بارداری در مادران باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت استان زنجان سال ۱۴۰۰-۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی است که از طریق بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت استان زنجان از ابتدای فروردین ۱۳۹۶ تا پایان اسفند ۱۴۰۰ انجام شد. پس از جمع آوری داده های بارداری و سقط در استان با استفاده از آمار توصیفی با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: شیوع کلی بارداری نوجوانان در استان زنجان طی دوره ۵ ساله ۵.۸ درصد می باشد که به تفکیک محل سکونت ۵۲.۲ درصد در مناطق شهری و ۴۷.۸ درصد در مناطق روستایی است. سقط خودبخودی شایع ترین علت ختم زود هنگام بارداری که در مادران ۱۶-۱۸ سال ۸۴.۹٪ و زیر ۱۶ سال ۶۸.۵٪ درصد ثبت شده بود. هم چنین در ۷۳.۲۸٪ موارد حاملگی قبل از هفته ۱۲ خاتمه یافته بود. شیوع کلی سقط در طی این دوره ۵ ساله در مادران باردار نوجوان ۶.۹٪ درصد و روند آن در سالهای ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ به ترتیب ۷.۴۱٪، ۶.۱۴٪، ۶.۵۵٪، ۷.۸۸٪، ۶.۴۹٪ درصد بود. شیوع بارداری ناخواسته ۶.۱۰٪ درصد را شامل می شود. بحث و نتیجه گیری: براساس نتایج به دست آمده بیشترین علت ختم زود هنگام بارداری در مادران نوجوان سقط خودبخودی بود. با توجه به عواقب جسمی و روانی ناشی از سقط در سلامت زنان، برنامه ریزی در جهت دریافت به موقع و مناسب مراقبت های پیش از بارداری در مادران نوجوان ضروری است. همچنین بکارگیری استراتژیهای مداخله ای در قالب آموزش برای توانمندسازی و افزایش آگاهی نوجوانان و خانواده پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: نوجوان، حاملگی، سقط خودبخودی

مقدمه:

بارداری نوجوانان یک مشکل جهانی است که متاثر از فاکتورهای فردی، اجتماعی و اقتصادی می باشد. حاملگی زود هنگام در میان نوجوانان با پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی همراه است و در سطح کلان، اجتماع را تحت تأثیر قرار می دهد. در راستای جوانی جمعیت و حمایت از خانواده شناسایی شیوع ختم زودرس بارداری در این گروه سنی و دلایل مرتبط با آن جهت برنامه ریزی برای بهبود سلامت زنان ضروری است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع ختم زود هنگام بارداری در مادران باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت استان زنجان سال ۱۴۰۰-۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش ها:

این مطالعه توصیفی مقطعی است که از طریق بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت استان زنجان از ابتدای فروردین ۱۳۹۶ تا پایان اسفند ۱۴۰۰ انجام شد. پس از جمع آوری داده های بارداری و سقط در استان با استفاده از آمار توصیفی با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج و بحث:

شیوع کلی بارداری نوجوانان در استان زنجان طی دوره ۵ ساله ۵.۸ درصد می باشد که به تفکیک محل سکونت ۵۲.۲ درصد در مناطق شهری و ۴۷.۸ درصد در مناطق روستایی است. سقط خودبخودی شایع ترین علت ختم زود هنگام بارداری ثبت شده بود. در ۷۳.۲۸٪ موارد حاملگی قبل از هفته ۱۲ خاتمه یافته بود. شیوع کلی سقط در طی این دوره ۵ ساله در مادران باردار نوجوان ۶.۹٪ درصد بود. شیوع بارداری ناخواسته ۶.۱۰٪ درصد را شامل می شود. براساس نتایج به دست آمده بیشترین علت ختم سقط در مادران نوجوان سقط خودبخودی بود. با توجه به عواقب جسمی و روانی ناشی از سقط در سلامت زنان، برنامه ریزی در جهت دریافت به موقع و مناسب مراقبت های پیش از بارداری در مادران نوجوان ضروری است و بکارگیری استراتژیهای مداخله ای در قالب آموزش برای توانمندسازی و افزایش آگاهی نوجوانان و خانواده پیشنهاد می گردد.

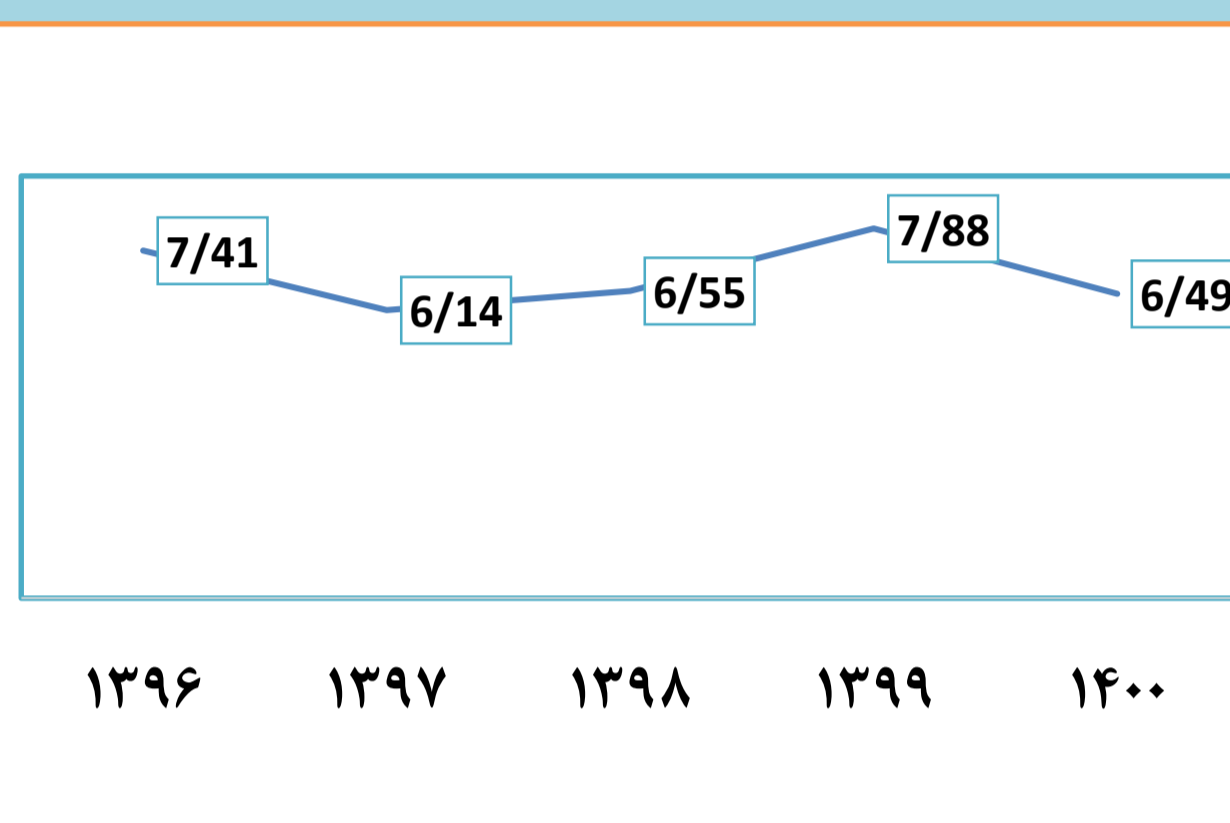
منابع:

• سامانه آنلاین یکپارچه بهداشت (سیب)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

• [Moradinazar M, Najafi F, Moradi Nazar Z. "Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study" PubMed DOI: 10.1155/2020/4871494.](#)

• [Vakilian K, Mirzaii K. Reproductive health in Iran: international conference on population and development goals. Oman Med J 2011; 26\(2\): 143-7.](#)

روند سقط در نوجوانان از سال ۱۴۰۰-۱۳۹۶



سن	نوجوانان زیر ۱۶ سال	نوجوانان ۱۶-۱۸ سال
درصد	۶۸,۵	۸۴,۹

درصد ختم زود هنگام حاملگی خودبخودی در مادران نوجوان

محل سکونت	شهر	روستا
درصد	۵۲/۲	۴۷/۸

درصد ختم زود هنگام حاملگی در مادران نوجوان به تفکیک محل سکونت

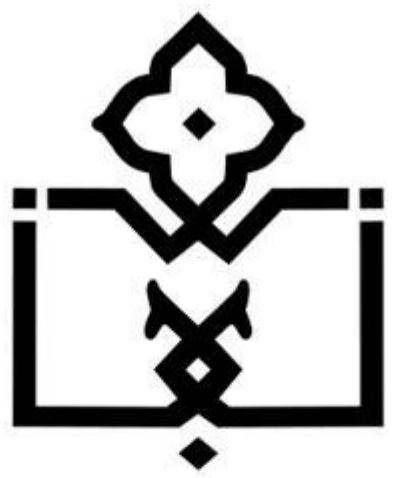


# بررسی مسائل فقهی، حقوقی و اخلاقی درباره سقط جنین

زهرا نوروزی دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

zahranorouzi23178@gmail.com



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی دامانی استان زنجان

## چکیده

**مقدمه:** با توجه به اهمیت حفظ نظام خانواده و نیز افزایش شیوع سقط جنین به خصوص به صورت غیر قانونی که سبب افزایش مرگ و میر مادران در ایران و جهان می شود، این مطالعه با هدف بررسی مسائل فقهی، حقوقی و اخلاقی درباره سقط جنین انجام شده است.

**روش کار:** این مطالعه با روش بررسی منابع کتابخانه ای و جستجو در پایگاه های اطلاعاتی SID.ir و google scholar با استفاده از کلید واژه های سقط جنین، فقهی، حقوقی و اخلاقی انجام شده است. اطلاعات حاصل از کتاب و مقالات بدست آمده سازماندهی شد که در این مقاله به مواردی از آنها می پردازیم.

**یافته ها و نتیجه گیری:** پس از بیان تعریف و انواع سقط جنین، دیدگاه مکاتب و ادیان مختلف و مقررات کشور ها در این مورد بررسی شده است که اکثر آنها بر لزوم سقط جنین در صورت وجود بیماری کشنده مادر یا جنین قبل از ۴ ماهگی توافق دارند. همچنین مسائل حقوقی و چالش های جدید نظیر بیماری های خاص جنین و سقط جنین حاصل از تجاوز به عنف نیز بیان شده که در قانون سقط به آن اشاره نشده است ولی نظر برخی مراجع تقلید در این باره مثبت است و به نظر می رسد قانون سقط درمانی در این باره نیاز به بررسی مجدد دارد.

## مقدمه:

### تعریف سقط:

از نظر علمی شامل خروج محصولات حاملگی قبل از ۲۲ هفته یا کمتر از ۵۰۰ گرم و از نظر حقوقی عبارتست از اخراج حمل قبل از موعد طبیعی زایمان به نحوی که زنده یا قابل زیستن نباشد (۱).

### انواع سقط:

از نظر قانونی مستلزم قصاص، دیه و تعزیر است. از نظر معنوی به سه دسته عمدی، غیرعمدی و خطای محض تقسیم شده و از نظر سازمان پزشکی قانونی شامل انواع طبیعی (بر اثر عوامل ژنتیکی، محیطی و عاطفی)، جنایی (بوسیله ی دستکاری رحم، ضرب و شتم یا خوردن دارو توسط مادر، دیگران یا قصور پزشکی) و طبی (بدلیل بیماری های مادر یا ناهنجاری های جنین) می باشد (۱).

## مواد و روش ها:

این مطالعه با روش بررسی منابع کتابخانه ای و جستجو در پایگاه های اطلاعاتی SID.ir و google scholar با استفاده از کلید واژه های سقط جنین، فقهی، حقوقی و اخلاقی انجام شده است. اطلاعات حاصل از کتاب و مقالات بدست آمده سازماندهی شد که در این مقاله به مواردی از آنها می پردازیم.

## ریافت های اخلاقی:

1. محافظه کارانه: سقط جنین را به مثابه قتل نفس می داند.
2. آزادی خواهانه: با تاکید بر آزادی زن و حق انتخاب او سقط جنین را امری شخصی و در حوزه اختیارات مادر می شمارد.
3. میانه روانه: با توجه به رشد جنین تا زمانی سقط جنین را انتخابی شخصی و پس از آن چنین عملی را غیر اخلاقی می داند (۳).

## دیدگاه مکاتب:

1. مکتب اصالت وظیفه: قابلیت در ادراک شرط لازم برای مختار بودن اخلاقی است لذا شاید در ماه های اول پس از لقاح، سقط جنین بلا مانع باشد. پیروان این مکتب دو دسته اند: عده ای قانونی بودن سقط جنین را در راستای حق حیات، آزادی و سلامت بدنی زنان می دانند ولی عده ای حق جنین را مقدم می شمارند.
2. مکتب اصالت سودمندی: عموماً موافق سقط جنین می باشند و این امر را دفاع از حقوق زنان می دانند و بالاخره حق اتونومی کاملی در این موارد برای مادران در تدبیر برای جنین خود قائل هستند (۴).

## دیدگاه ادیان مختلف:

### الف) مسیحیت:

جنین از همان لحظه ی انعقاد نطفه انسان کامل است و حق حیات دارد و سقط آن جایز نیست. مسیحی ها با استدلال های اخلاقی قیاسی، مقتدرانه و نتیجه گرا معتقدند که سقط با تقدس زندگی تناقض دارد و مخالفت با خواست خداست و از طریق استیناف به اصول دین سقط را جایز نمی دانند همچنین منع سقط را به عنوان ابزاری در کنترل مسائل جنسیتی و برای محدود کردن فعالیت زنان به خانه می دانند.

### ب) یهودیت:

1. سقط جنین عمدی: ممنوع شمرده شده است. اگر زن در هنگام زایمان دچار مشکل شود، احتمال مرگ وجود داشته باشد و جنین هنوز در رحم باشد، باید با کشتن جنین جان مادر را نجات داد.
2. زنا: زن شوهر داری که از راه زنا باردار شده باشد می تواند جنین خود را سقط کند؛ یا زمانی که بخواهند مجازات اعدام را درباره ی زنی که از راه زنا باردار شده است به اجرا در آورند مگر آنکه وضع حمل آغاز شده باشد.
3. معلولیت جنین: بعضی از حقوقدانان جدید یهودی برخلاف اکثر آن ها، در مواردی سقط جنین را مجاز دانسته اند.

### ج) اسلام:

در قرآن کریم سفارش شده است که نفسی را که خداوند متعال محترم شمرده است به ناحق مکشید؛ بنابراین، جنینی که پس از حلول روح که به انسانی کامل تبدیل می شود خاتمه دادن به زندگی او قتل محسوب می شود.

## مقررات کشور های مختلف:

1. ایران باستان: انجام سقط جنین مجازات سخت و سنگینی در پی داشته است. سقط جنین اولین بار در ۴۰۰۰ سال پیش ب موجب قوانین حمورابی مطرح بوده است و بموجب قانون چنانکه کسی موجب از بین رفتن جنین زنی به نوععمد میشد باید جریمه معینه را می پرداخت.
2. یونان باستان: برای کنترل جمعیت، سقط جنین انجام می پذیرفت.
3. اروپا: در هفته های اول بارداری و اغلب تا بیش از هفته ۱۲ بطور کامل سقط جنین را قانونی اعلام کرده اند. در لهستان سقط جنین را تنها در شرایط خاص مجاز دانسته اند. در کشورهای اسلامی مانند کویت، عمان، عراق، اندونزی و مراکش جز در موارد مشخص، سقط جنین جرم محسوب می گردد (۵).

## تعریف حقوقی سقط جنین:

سقط درمانی باتشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن، موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر، که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز است و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود.

لازم به ذکر است، عدم لزوم قانونی اخذ رضایت از شوهر برای سقط درمانی، کاملاً منطبق با نص قانون سقط درمانی است و به مادران بارداری که سلامتشان در خطر است و شوهرشان در دسترس نیست یا همکاری نمی کند، در دسترسی به خدمات سقط درمانی کمک می کند.

## شرایط درخواست پذیرش سقط جنین قانونی:

1. تقاضا از سوی زوجین یا بر مبنای دستور قضائی.
2. درخواست باید قبل از ولوج روح در جنین باشد (قبل از چهار ماهگی).
3. در مورد اندیکاسیون های جنینی حداقل دو نوبت سونوگرافی برای تعیین سن جنین.
4. نظریه دو نفر پزشک متخصص مشاور در جهت تأیید نظریه پزشک معالج ارائه شود.
5. در موارد خارج از فهرست اندیکاسیون های اعلام شده ارائه نظریه سه نفر پزشک متخصص در مورد ناهنجاری های منجر به مرگ جنین یا خطر مرگ برای مادر.
6. تصویر شناسنامه و مدارک مربوط به احراز هویت زوجین و نیز نتایج آزمایشات پاراکلینیکی (مهموز به مهر و ملصق به عکس بیمار و حاوی مشخصات شناسنامه ای بیمار) باید به پیوست تقاضا تقدیم شود.

## کیفر سقط جنین (قصاص):

1. در قانون تعزیرات اسلامی سابق مجازات سقط جنین در موارد ولوج روح در جنین قصاص تعیین شده بود.
2. ولی در قانون جدید جنایت عمدی بر جنین، هر چند بعد از ولوج روح باشد موجب قصاص نیست در این صورت مرتکب علاوه بر پرداخت دیه به مجازات تعزیری محکوم می شود. لکن اگر جنین زنده متولد شود و دارای قابلیت ادامه حیات باشد و جنایت قبل از تولد، منجر به نقص یا مرگ او پس از تولد شود و یا نقص او بعد از تولد باقی بماند قصاص ثابت است.

## دیه سقط جنین:

1. نطفه ای که در رحم مستقر شده است دو صدم دیه کامل
  2. علقه که در آن جنین بصورت خون بسته در می آید چهار صدم دیه کامل
  3. مضغه که در آن جنین بصورت توده گوشتی در می آید شش صدم دیه کامل
  4. عظام که در آن جنین بصورت استخوان در می آید هشت صدم دیه کامل
  5. جنینی که در آن گوشت و استخوان بندی تمام شده ولی روح دمیده نشده یک دهم دیه کامل
  6. دیه جنینی که در آن روح دمیده شده است اگر پسر باشد دیه کامل و اگر دختر باشد نصف آن و اگر مشتبّه باشد سه چهارم دیه کامل
- هر گاه در اثر جنایت وارده بر مادر، جنین از بین برود علاوه بر دیه یا ارش جنایت وارده بر مادر دیه جنین را در هر مرحله ای از رشد باشد پرداخت می شود.
- هر گاه چند جنین در یک رحم باشد دیه هر کدام جداگانه محاسبه می شود.
- دیه اعضا و دیگر صدمات وارده بر جنین در هر مرحله ای که استخوان بندی کامل شده ولی روح در آن دمیده نشده است به نسبت جنین در این مرحله محاسبه می گردد و بعد از دمیده شدن روح، حسب جنسیت جنین، دیه محاسبه می گردد و چنانکه بر اثر همان جنایت، جنین از بین برود فقط دیه جنین پرداخته می شود .
- بدیهی است چنانکه صاحب دیه با ابراء ذمه به سقط جنین رضایت داده باشد دیگر حق مطالبه دیه جنین را نخواهد داشت.

## الف) کیفر سقط جنین بوسیله مادر:

از منظر عنصر قانونی سقط جنین بوسیله مادر فاقد هر گونه مجازات تعزیری اعم از حبس تعزیری و یا شلاق تعزیری و یا جزای نقدی است و مادر در هر صورت برابر نظر مقنن فقط به پرداخت دیه محکوم می شود.

هر گاه زنی جنین خود را در هر مرحله باشد به عمد یا شبه عمد یا خطا از بین ببرد دیه جنین توسط مرتکب یا عاقله او پرداخت می شود.

هر گاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی دارد و به منظور حفظ حیات مادر سقط شود دیه ثابت نمی شود.

## ب) کیفر سقط جنین توسط افراد عادی:

اگر زن حامله را عالماً و عمداً دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از سه تا شش ماه محکوم خواهد شد مگر اینکه ثابت شود این اقدام برای نجات مادر است. در هر مورد حکم به پرداخت دیه هم محکوم خواهد شد.

هر کس بواسطه دادن ادویه یا وسایل دیگر موجب سقط جنین گردد به شش ماه تا یکسال محکوم می شود .

هر کس عالماً و عمداً به واسطه ضرب یا اذیت و آزار زن حامله، موجب سقط جنین وی شود علاوه بر پرداخت دیه یا قصاص حسب مورد به حبس از یک تا سه سال محکوم خواهد شد.

## ج) کیفر سقط جنین بوسیله پزشک، ماما یا فروشنده داروجات:

اگر طبیب یا ماما یا دارو فروش و اشخاصی که به عنوان طبابت یا مامائی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می کنند وسائل سقط جنین فراهم سازند و یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه هم مطابق مقررات مربوطه خواهد شد.

علت تشدید مجازات این است که اولاً این طیف افراد قسم خورده اند که ناجی جان انسانها و حافظ نسل باشند نه قاتل آنها، و از طرفی مراجعه مردم به آنها ناشی از اعتماد مفروض می باشد به علاوه معلومات پزشکی آنها نیز انجام این جنایت را تسهیل می کند (۶).

## چالش های جدید در مورد سقط جنین:

1. تجاوز به عنف
2. جنین مبتلا به بیماری های خاص

## تجاوز به عنف:

پیامدهای ناخوشایند روابط نامشروع پسران و دختران به خصوص در شهرهای پرجمعیت و شلوغ، نگرانی و ترس از بی آبرویی و تهدید حیثیت خانوادگی، اموری است که تحمل کودک ناخواسته را دشوارتر می کند؛ لذا این افراد به علت قبح سقط غیرقانونی، جان خود را در معرض هلاکت قرار می دهند و یا پس از تولد کودک او را در خیابان رها می کنند.

اما در نظرگاه فقهای معاصر شیعه طبق استفتائات صورت گرفته از ایشان، اکثر آنها معتقد به جواز سقط ناشی از زنا، قبل از ولوج روح در جنین هستند؛ در صورتی که موجب حرج مادر باشد که بیمار روحی و روانی را نیز جزو حرج وی به شمار آورده اند.

## پاسخ مراجع تقلید:

اگر بقای جنین موجب عسرت شدید والدین یا خطر جانی مادر باشد، ضمن اینکه عمومیت حکم و حرمت سقط جنین به قوت خود باقی است، در موارد خاص به واسطه وجود عسر و حرج، حکم حرمت به جواز تبدیل می شود؛ این حکم ثانویه که صرفاً در موارد خاص ساری و جاری است، در فقه شیعه مبتنی بر ضرورت اجتماعی و عسر و حرج است.

از آنجا که در این نوع بارداری مادر هیچ نقشی نداشته و اراده اش سلب شده است، تنها کسی که حق تصمیم گیری برای ادامه بارداری یا پایان دادن به آن را دارد مادر است و اخلاقاً کسی نمی تواند او را در صورتی که دست به سقط جنین زد ملامت کند. دلالتی که می توان برای عدم امکان داوری اخلاقی دیگران درباره مادر آورد، عبارتند از: دفاع از خود- حق شخص بر تن خود- اصل عدالت- مسئولیت جامعه (۳).

## سقط درمانی جنین مبتلا به بیماری های خاص:

معلولیت های زیادی مانند نابینایی، ناشنوایی، مشکلات عضلانی، منگولیسم و ... وجود دارد که نوزاد به دنیا آمده را تا آخر عمر درگیر می کند؛ در حالی که این بیماری ها در لیست ارائه شده، برای سقط وجود ندارد.

در حالی که با توجه به آزمایش های پزشکی، به راحتی می توان بسیاری از این بیماری ها، ناتوانی های عضلانی و اختلالات کروموزومی و ژنتیکی را قبل از چهارماهگی تشخیص و بسیاری از تولدهای با معلولیت های حاد و سنگین را کنترل و از یک عمر رنج و سختی آنان پیشگیری کرد.

## نتیجه گیری:

بر اساس دیدگاه مکاتب و ادیان مختلف و مقررات کشور ها، اکثر آنها بر لزوم سقط جنین در صورت وجود بیماری کشنده مادر یا جنین قبل از ۴ ماهگی توافق دارند. همچنین مسائل حقوقی و چالش های جدید نظیر بیماری های خاص جنین و سقط جنین حاصل از تجاوز به عنف نیز بیان شده که در قانون سقط به آن اشاره نشده است ولی نظر برخی مراجع تقلید در این باره مثبت است و به نظر می رسد قانون سقط درمانی در این باره نیاز به بررسی مجدد دارد.

## منابع:

1. عباسی محمود و همکاران، مبانی سقط درمانی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم، بهار ۱۳۹۱
2. شکور مهسا و همکاران، ابعاد اخلاقی سقط جنین در آموزش پزشکی، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ششم، شماره ۵، آذر ۱۳۹۲
3. اسلامی سید حسن، رهیافت های اخلاقی به سقط جنین: یک بررسی موردی، فصلنامه باروری و ناباروری / پاییز ۱۳۸۴
4. لاریجانی باقر، پزشک و ملاحظات اخلاقی، جلد اول مروری بر مبانی اخلاق پزشکی، چاپ اول، انتشارات برای فردا، سال ۱۳۸۳
5. طباطبایی نژاد سید محمد و همکاران، توریسم اخلاقی ملاحظات اخلاقی و گزینش قانون حاکم در فرآیند سقط جنین، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال نهم، شماره سی و چهارم، زمستان ۱۳۹۴
6. جوادی هدایت الله و همکاران، مسئولیت کیفری پزشک ناشی از تحول مقررات سقط جنین در نظام های حقوقی ایران انگلیس فرانسه، فصلنامه تحقیقات حقوق خصوصی و کیفری، شماره ۴۳، بهار ۱۳۹۹



## **بخش پنجم**

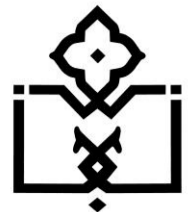
# **طب ایرانی و مکمل در درمان ناباروری**

# تأثیر دارچین بر شاخص های اسپرمی در موش های دریافت کننده رژیم غذایی پرچرب

مهدی اسکندری<sup>۱</sup>، حسین مصطفوی<sup>۱</sup>

دپارتمان فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

mehdiesk@zums.ac.ir



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
استان زنجان

## چکیده

مقدمه: ناباروری به عنوان عدم توانایی زوجین در بارداری پس از یکسال فعالیت جنسی طبیعی، بدون پیشگیری تعریف می شود. تحقیقات و تلاش های مستمری برای پیشگیری و درمان ناباروری در جریان می باشد که از آن جمله می توان به استفاده از گیاهان دارویی اشاره کرد. مطالعات پیشین، اثر تقویتی دارچین بر باروری را نشان داده اند. از سوی دیگر، اثر منفی هیپرلیپیدمی بر باروری هم گزارش شده است. بر این اساس، در این مطالعه اثر عصاره هیدروالکلی دارچین بر بهبود شاخص های اسپرم در موش صحرایی نر نژاد ویستار دریافت کننده رژیم غذایی پرچرب مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار: ۴۸ سر موش صحرایی نر در شش گروه کنترل، مدل (هیپرلیپیدمی)، ویکل (حلال لوواستاتین)، لوواستاتین (کنترل مثبت)، دارچین با دوز پایین (۱۳۰ میلی گرم بر رت) و دارچین با دوز بالا (۲۶۰ میلی گرم بر رت) انتخاب شدند. حیوانات تمامی گروه ها به جز گروه کنترل، به مدت ۸ هفته غذای پرچرب دریافت کردند. سپس گروه ویکل کربوکسی متیل سلولار ۰/۵ درصد (۵ میلی گرم بر کیلوگرم)، گروه کنترل مثبت (۱۰ میلی گرم بر کیلوگرم لوواستاتین) و گروه های دریافت کننده دارچین به ترتیب دوز ۱۳۰ و ۲۶۰ میلی گرم را به صورت داخل صفاقی به مدت ۶ هفته به همراه غذای نرمال دریافت کردند. در انتهای مطالعه بافت اپی دیدیم جهت مطالعه شاخص های اسپرم بوسیله جراحی از بدن حیوان خارج شد.

یافته ها: عصاره هیدروالکلی دارچین با دوز پایین در کاهش کلسترول و تری گلیسیرید سرم ( $P < 0.05$ ) و دوز بالای دارچین در کاهش LDL سرم ( $P < 0.05$ ) موثر عمل نمود. استفاده از رژیم پرچرب تأثیری در تعداد، تحرک و تغییر مورفولوژی اسپرم نداشت و پیش تغذیه با هر دو دوز عصاره دارچین روی تعداد اسپرم اثر کاهشی داشته و بر روی تحرک و مورفولوژی اسپرم بی تأثیر بود.

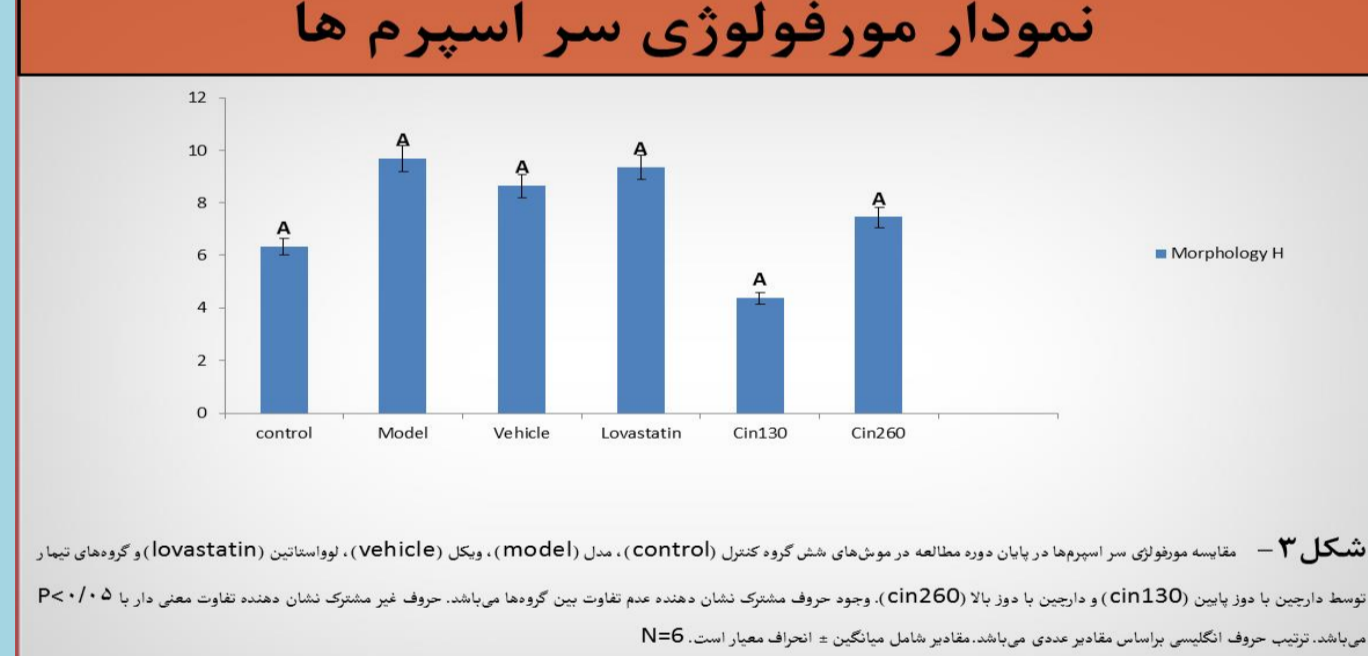
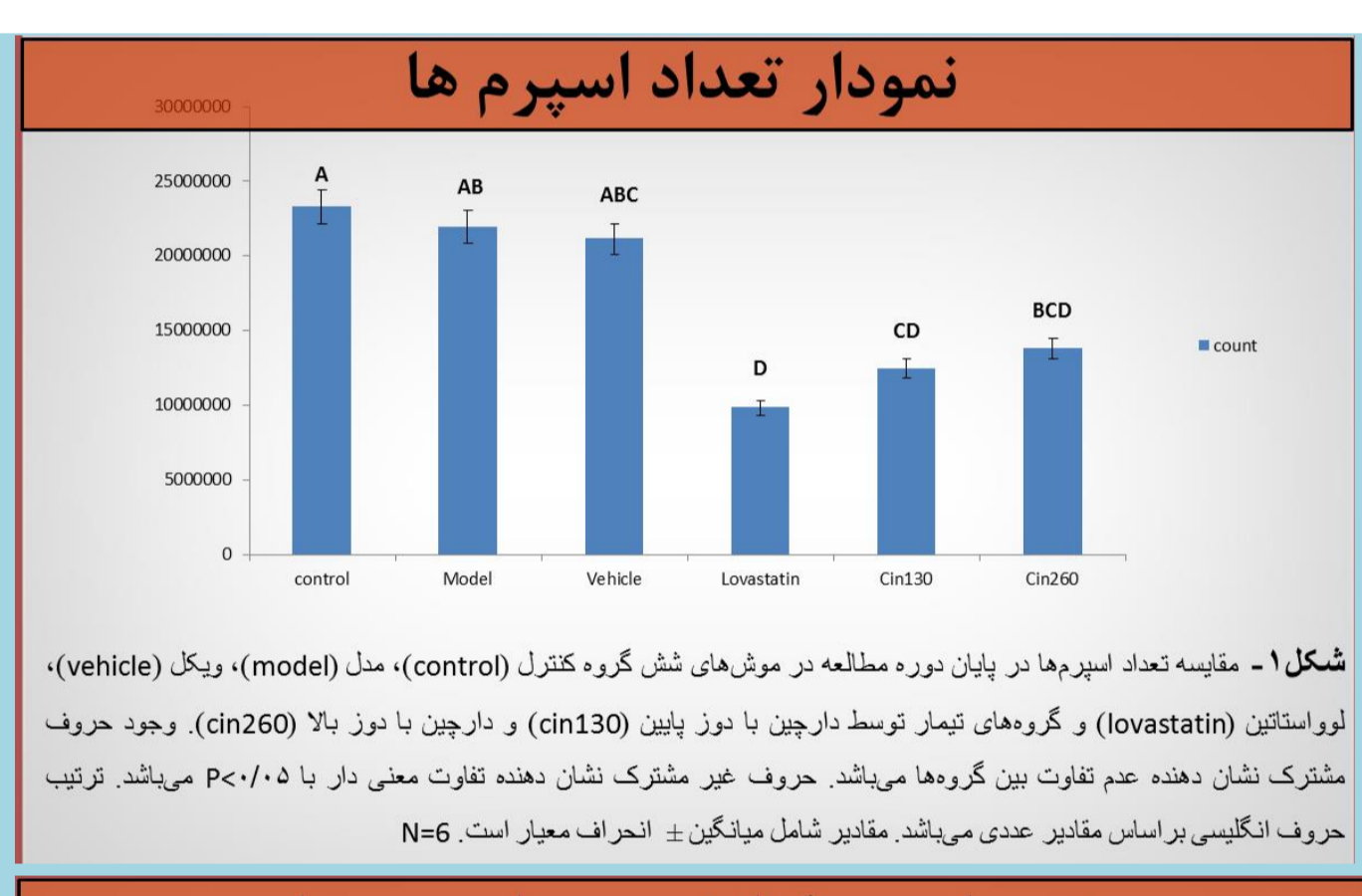
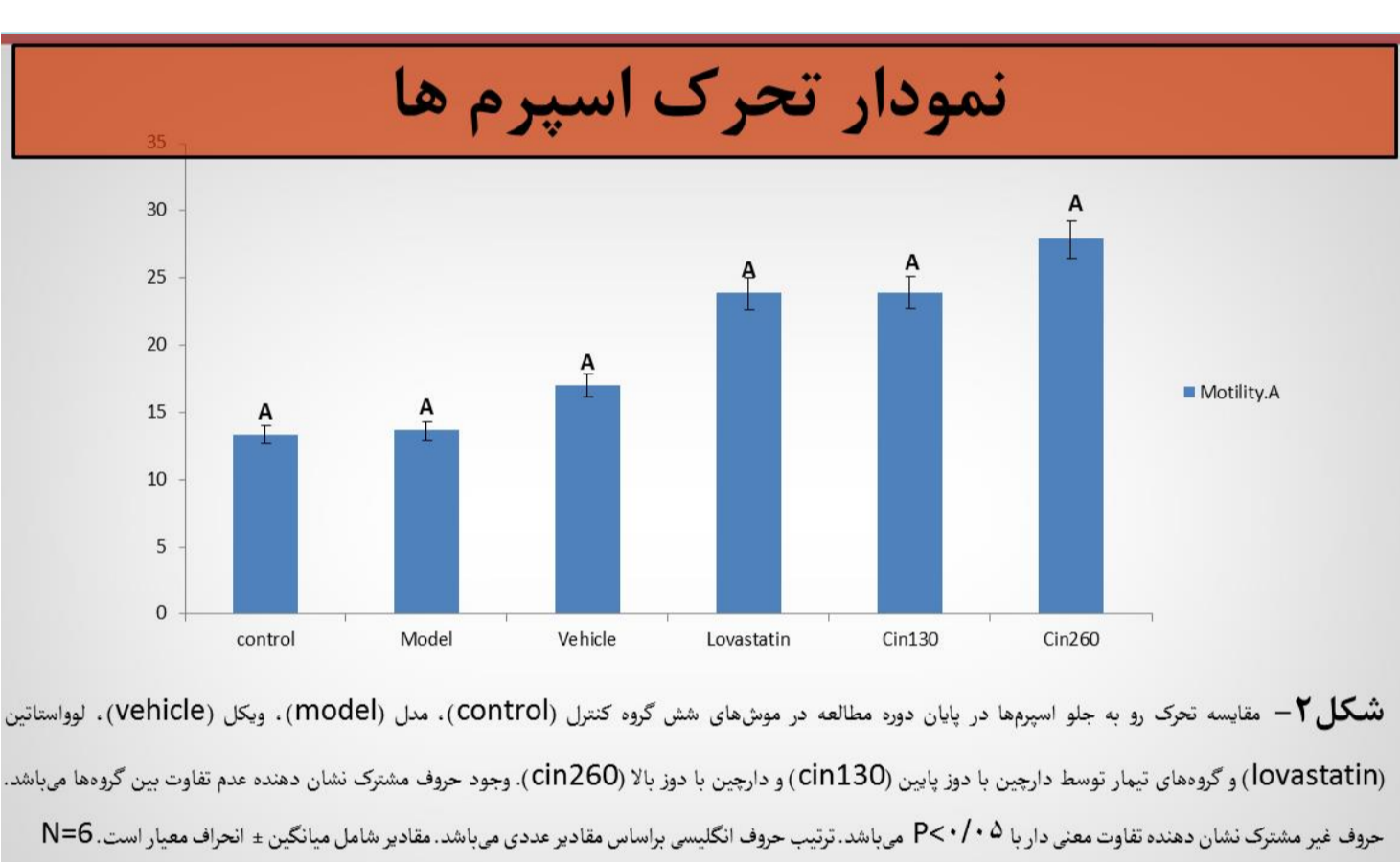
بحث و نتیجه گیری: به نظر می رسد دارچین با دوز پایین بعنوان پیش درمانگر اثرات مفید و کاهنده ای بر میزان پروفایل لیپیدی سرم دارد. دارچین در پیش درمان با دو دوز بالا و پایین باعث کاهش تعداد اسپرم شده و بر روی تحرک و مورفولوژی آن بی تأثیر بوده است. اختلاف نتایج به دست آمده با نتایج مطالعات قبلی نیاز به بررسی بیشتر دارد.

واژگان کلیدی: کانال کلسیمی، دارچین، ناباروری، هیپرلیپیدمی

## مقدمه:

ناباروری معمولاً به عنوان عدم توانایی زوجین در بارداری پس از یک سال فعالیت جنسی طبیعی، بدون پیشگیری تعریف می شود. هیپرلیپیدمی یکی از ریسک فاکتورهای قابل پیشگیری در بروز ناباروری و الیگواسپرمی در مردان است. دارچین از پوست داخلی درخت از گونه *Cinnamomum Zeylanicum* (CZ) به دست می آید، ارزش دارویی این گیاه بیشتر به دلیل روغن فرار آن است. ترکیبات اصلی این اسانس سینامالدهید، اوزنول و سافرول است. استفاده از داروهایی که کیفیت و کمیت اسپرم را تحت تأثیر قرار می دهند به عنوان یکی از محورهای درمان ناباروری مطرح می باشد. با توجه به اثرات گزارش شده دارچین در تقویت جنسی و کاهش وزن، در این مطالعه اثر عصاره دارچین بر پارامترهای اسپرمی در موش های دریافت کننده رژیم غذایی پرچرب مورد مطالعه قرار گرفت.

## نتایج:



## بحث:

به نظر می رسد دارچین با دوز پایین بعنوان پیش درمانگر اثرات مفید و کاهنده ای بر میزان پروفایل لیپیدی سرم دارد. دارچین در پیش درمان با دو دوز بالا و پایین باعث کاهش تعداد اسپرم شده و بر روی تحرک و مورفولوژی آن بی تأثیر بوده است. با توجه به قابلیت استفاده از دارچین در رژیم غذایی طبیعی افراد، به نظر می رسد با گنجاندن این چاشنی در رژیم غذایی، بتوان از اثرات مفید آن در پیشگیری از برخی اختلالات بهره مند شد. اختلاف نتایج به دست آمده با نتایج مطالعات قبلی نیاز به بررسی بیشتر دارد.

## منابع:

- Babakhanzadeh E, Nazari M, Ghasemifar S, Khodadadian A. Some of the Factors Involved in Male Infertility: A Prospective Review. *International journal of general medicine*. 2020;13:29-41.
- Lainez NM, Coss D. Obesity, Neuroinflammation, and Reproductive Function. *Endocrinology*. Nov 1 2019;160(11):2719-2736.
- Leisegang K, Sengupta P, Agarwal A, Henkel R. Obesity and male infertility: Mechanisms and management. *Andrologia*. Feb 2021;53(1):e13617.
- Khaki A, Khaki AA, Hajhosseini L, Golzar FS, Ainehchi N. The anti-oxidant effects of ginger and cinnamon on spermatogenesis dysfunction of diabetes rats. *African journal of traditional, complementary, and alternative medicines : AJTCAM*. 2014;11(4):1-8.
- Khaki A. Effect of Cinnamomum zeylanicum on Spermatogenesis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(2).
- Mostafavi H, Hatami M, Alipour M, Mousavi S.S, H. F. Effect of cinnamon on antioxidant content and ZO-1 gene expression in brain following middle cerebral artery occlusion in rats receiving high-fat diet. *Physiology and Pharmacology*. 2022.
- Ranasinghe P, Perera S, Gunatilake M, et al. Effects of Cinnamomum zeylanicum (Ceylon cinnamon) on blood glucose and lipids in a diabetic and healthy rat model. *Pharmacognosy research*. Apr 2012;4(2):73-79

## روش کار



گروه	تیمار	دوره	نوع خونگیری	تیمار	دوره	نوع خونگیری	تیمار	دوره	نوع خونگیری
کنترل	8 W	6 W	خونگیری	کنترل	8 W	6 W	خونگیری	کنترل	8 W
مدل	8 W	6 W	خونگیری	مدل	8 W	6 W	خونگیری	مدل	8 W
ویکل	8 W	6 W/CMC	خونگیری	ویکل	8 W	6 W/CMC	خونگیری	ویکل	8 W
لوواستاتین	8 W	6 W/Lovastatin	خونگیری	لوواستاتین	8 W	6 W/Lovastatin	خونگیری	لوواستاتین	8 W
دارچین با دوز پایین	8 W	6 W/Cin130	خونگیری	دارچین با دوز پایین	8 W	6 W/Cin130	خونگیری	دارچین با دوز پایین	8 W
دارچین با دوز بالا	8 W	6 W/Cin260	خونگیری	دارچین با دوز بالا	8 W	6 W/Cin260	خونگیری	دارچین با دوز بالا	8 W

غذای نرمال  
غذای پرچرب

## مقدمه



ناباروری یکی از شایعترین اختلالات بین زوجین است، که در ایران ۳۹.۹ درصد مربوط به علل مردانه و ۴۰.۳ درصد مرتبط با علل زنانه و ۱۰.۱ درصد از موارد نازایی مربوط به علت های ناشناخته می باشد. (۱) ناباروری به صورت عدم بروز بارداری به مدت یک سال نزدیکی محافظت نشده تعریف می گردد. (۲) این اختلال دارای ابعاد فردی، اجتماعی، خانوادگی بوده و جهت بقای نسل دارای اهمیت فراوان می باشد. طب ایرانی یکی از مکاتب طب مکمل و کل نگر و دارای راهکارهای مناسب و متفاوت در جهت بهبود و درمان این اختلال است که پژوهش حاضر، به ارائه این روش ها در طب ایرانی پرداخته است.

## مواد و روش ها



این مطالعه یک تحقیق مروری بر اساس داده ها و اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از کلید واژه هایی از جمله ناباروری، باروری، عسر حبل، infertility و سایر واژگان مرتبط با ناباروری و انواع روش های درمان آن، از منابع معتبر طب ایرانی از جمله قانون ابن سینا، اکسیر اعظم، طب اکبری، خلاصه الحکمه، کامل الصناعه، ذخیره خوارزمشاهی، معالجات عقیلی و غیره و همچنین جستجوی مقالات مرتبط فارسی و انگلیسی در پایگاه های جستجو از جمله Pubmed، Magiran، SID، google scholar و تحلیل آنها، می باشد.

## نتایج و بحث

بر اساس متون طب ایرانی، ناباروری دارای علل گوناگون عملکردی و ساختمانی در زن و مرد است که در درمان آنها علاوه بر سلامت دستگاه تناسلی، نیاز به سالم بودن سایر اعضا، از جمله قلب، مغز، کبد و معده می باشد که در درمان و ارتقای سلامت آنها روش های مختلفی از جمله توجه به شش اصل ضروری زندگی (سته ضروریه) و تلاش برای بهبود آن (شامل بهداشت آب و هوا، نوع تغذیه، خواب و بیداری متعادل، حبس و دفع مواد از بدن و توجه به حرکت و سکون بدنی و بهداشت روان) (۳)، یکی از مهمترین بخش های قابل توجه است. پس از آن بر اساس علت ایجاد ناباروری، استفاده از انواع داروهای گیاهی تکی (مانند انار، پیاز، هویج، انجیر و غیره) و یا داروهای ترکیبی خوراکی و موضعی در زنان (مانند انواع شیاف های واژینال) و در مردان (بر آلت تناسلی) مورد استفاده قرار میگیرد. در این میان استفاده از اعمال دستی از جمله روش های انجام حجامت، بادکش، ماساژ، انواع روش های جراحی کمک کننده می باشد و همچنین توصیه های نحوه و آداب روابط زناشویی که در متون طب ایرانی ذکر شده اند، حائز اهمیت هستند. (۶۰۵)

استفاده از این روش های کمک باروری و ارتقا دهنده سلامت بدنی، جنسی و روانی زوجین در طب ایرانی، می تواند پنجره جدیدی در مبحث درمان ناباروری گشوده و در این زمینه به تنهایی یا در کنار روش های درمانی طب کلاسیک، راهگشا باشد.

## منابع



۱. دیرکوند مقدم، اشرف، دل پیشه، سایه میری. بررسی میزان ناباروری در ایران به روش مرور سیستماتیک. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. ۲۰۱۳؛ ۱۶(۸۱): ۱-۷. Dec 22;16(81):1-7
2. Oliva A, Spira A, Multigner L. Contribution of environmental factors to the risk of male infertility. Human reproduction. 2001 Aug 1;16(8):1768-76.
۳. عقیلی علوی شیرازی، سید محمد حسین: خلاصه الحکمه. تحقیق، تصحیح و ویرایش: ناظم، اسماعیل. ج ۱، موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، انتشارات اسماعیلیان، تهران، ۱۳۸۵.
۴. اخترى الهام، تن ساز مؤگان، مکبری نژاد روشنگر، بیوس سودابه. مروری بر جایگاه اعراض نفسانی و اثر آن بر نازایی: از گذشته تا امروز. مجله طب سنتی اسلام و ایران ۱۳۹۲؛ ۴ (۳): ۲۴۶-۲۵۴.
۵. احمدوندز، منتظرالقائما، کثیریم، & علیانف. (۲۰۱۹). روش های جراحی و درمان های یدوای بیماری های رحمی زنان از منظر طبای اسلامی (از قرن سوم تا نهم قمری). مجله تاریخ پزشکی - علمی پژوهشی، ۱۱(۳۸)، ۷-۱۸.
۶. مستاجران زینب، امتیازی مجید. بررسی علل ناباروری زنان و توصیه های غذایی در طب ایرانی. مجله طب سنتی اسلام و ایران ۱۳۹۵؛ ۷ (۳): ۲۵۹-۲۶۷.

دانشیار گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
پژوهشگر گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

haniehbabaei92@gmail.com

#### نتایج

در مطالعات جدید و تحقیقات اخیر تأثیر عواملی همچون خواب، ورزش، تغذیه سالم و... به اثبات رسیده است به دلیل قدمت و غنای منابع توصیه کننده طب ایرانی و تطبیق بسیاری از اطلاعات آنها با تحقیقات اخیر، با تدوین برنامه‌ای جامع برای سبک زندگی سالم ایرانی میتوان به سلامت زوجین و کاهش ناباروری کمک شایانی کرد.

#### مقدمه

در سال‌های اخیر میزان باروری و رشد جمعیت به طور محسوسی کاهش یافته است، چنانکه در حال حاضر نرخ جانشینی جمعیت به زیر ۲ رسیده که به معنای منفی شدن نرخ رشد جمعیت است. یکی از چالش‌های موجود با افزایش میزان ناباروری در دهه‌های اخیر می‌باشد در این مطالعه اصول حفظ سلامتی زوجین با توجه به منابع طب ایرانی جهت پیشگیری از بیماری و کمک به باروری بهتر جمع بندی شده‌اند.



#### • تدبیر هوا

شامل: خصوصیات هوای خوب، اثرات هواهای مختلف بر بدن آدمی و تدابیر مستقل هر فصل و...

#### • اصول صحیح غذا خوردن و نوشیدن

شامل: اصول و آداب تغذیه سالم، ناسازگاریهای غذایی، و تناسب غذاها و نوشیدنیها و...

#### • اصول مربوط به خواب و بیداری

مانند: خصوصیات خواب خوب، عوارض بی‌خوابی، محل خواب، عوارض خواب روز و...

#### • تدبیر سکون و حرکت

مانند: تعریف ورزش، انواع آن، زمان و میزان انجام آن و فوائد ورزش

#### • تدبیر احتباس

آنچه باید در بدن حفظ شود و استفراغ آنچه باید از بدن بیرون رانده شود مواردی مانند: قاعدگی، یبوست، تعریق، دفع خون به هر طریق و...

#### • تدبیر حالات مختلف روحی و نفسانی

مانند: ترس، خشم، شادی، آرزو، خجالت و اندوه

#### مواد و روش‌ها

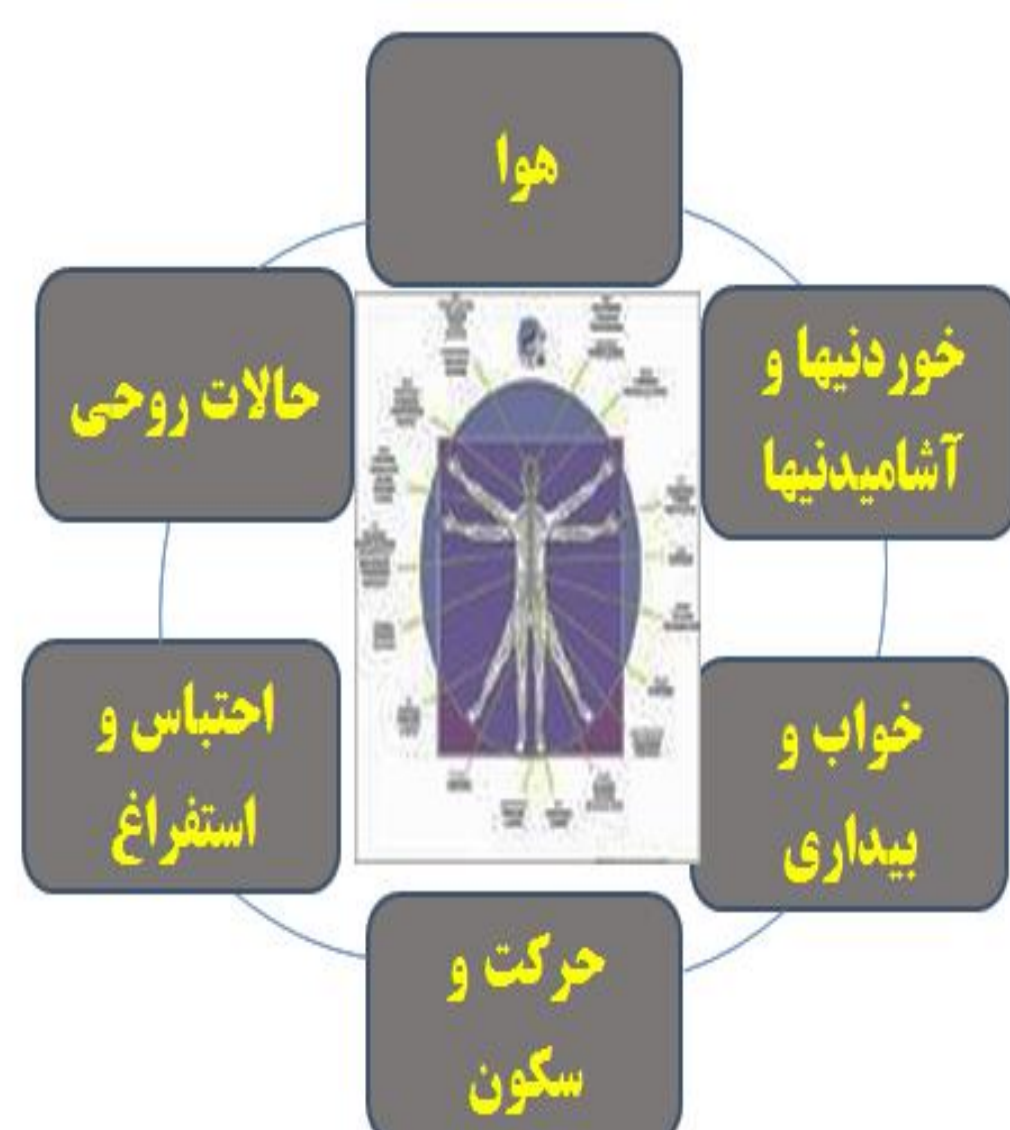
در این مقاله مروری منابع اصلی طب سنتی ایران مورد جستجو قرار گرفته است و مطالب اصلی دسته بندی گردیده است.



#### بحث و نتایج

دستورهای اصلی در حفظ تندرستی در طب ایرانی تحت عنوان اصول ششگانه ضروری طبقه بندی شده اند که علاوه بر حفظ سلامتی، از ابتلا به بیماری در افراد نیز پیشگیری می‌کند و باعث افزایش باروری می‌گردند، این اصول عبارتند از:

دستورهای اصلی در حفظ تندرستی در طب ایرانی تحت عنوان اصول ششگانه ضروری طبقه بندی شده اند که علاوه بر حفظ سلامتی، از ابتلا به بیماری در افراد نیز پیشگیری می‌کند و باعث افزایش باروری می‌گردند، این اصول عبارتند از:



#### منابع

1. ناصری محسن، جعفری فرهاد، عزیززاده مهدی. اصول حفظ سلامتی و بهداشت در طب سنتی ایران. فصلنامه طب سنتی اسلام و ایران ۱۳۸۹؛ ۱(۱): ۴۴-۳۹.
2. ابو علی سینا، حسین. قانون فی الطب. ج ۳، بیروت: الاعلمی للمطبوعات؛ ۲۰۰۵.
3. عقیلی خراسانی شیرازی، محمد حسین. خلاصه الحکمه. ج ۲، قم: اسماعیلیان، اول؛ ۱۳۸۵.
4. ارزانی، محمد اکبر. مفرح القلوب، چاپ لاهور: بی‌تا؛ ۱۳۳۳
5. A Review of Pioneer Physicians' Work on Maternal Health in Pregnancy in Ancient Iran; Narrative Systematic Review, E Jafari-Dehkordi, R Mokaberinejad, B Minaei... - Iranian journal of public health, 2013

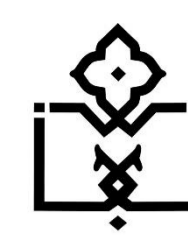


دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اهواز

# علل و درمان ناباروری مردان از دیدگاه طب سنتی: یک مطالعه ی مروری

نسیم یوسفی قندعلی\*

کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان ۲۲ بهمن مسجد سلیمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. Nsm.yoosefi@gmail.com



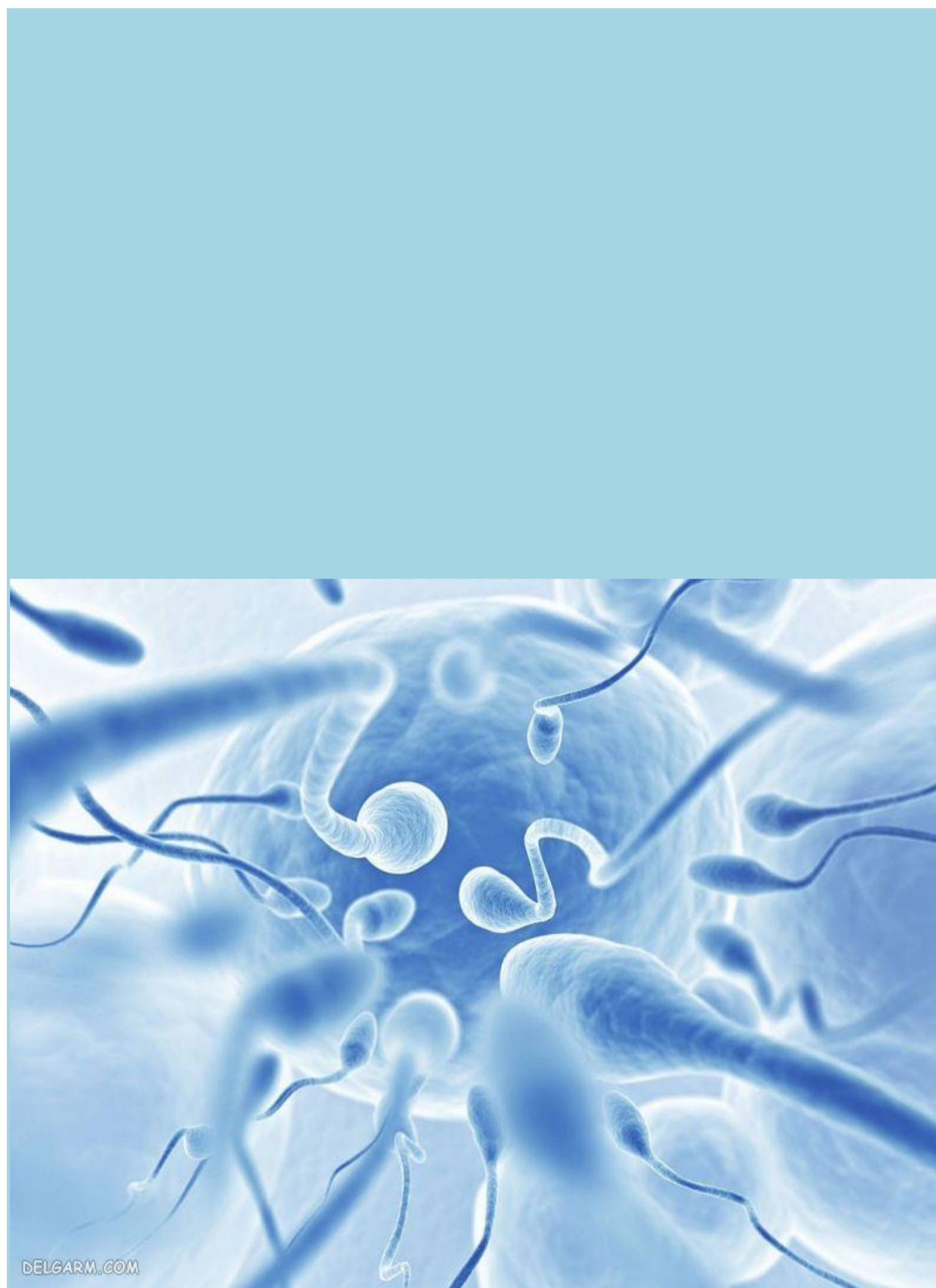
دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی  
استان زنجان

همایش جوانی جمعیت،  
دانشگاه علوم پزشکی زنجان،  
۱۴۰۱

چکیده

نتایج و بحث: علل ناباروری میتواند مربوط به ساختار دستگاه تناسلی (بیضه ها، مجاری و آلت تناسلی) باشد؛ گاهی علت در قبل از بیضه ها مانند اختلال در عملکرد مغز، کبد و کلیه ها است و در برخی موارد اختلالات مقاربتی میتواند در ناباروری نقش داشته باشد. در طب سنتی برای بررسی علل اختلال منی توجه ویژه ای به تمامی مراحل تولید منی وجود دارد. منی محصول هضم چهارم غذا میباشد، لذا نقش ماده اولیه یعنی غذا در سلامت منی بسیار پررنگ است. اصلاح رژیم غذایی و سبک صحیح زندگی اولین مداخله ای است که باید برای بیماران نابارور صورت بگیرد. حکما توجه زیادی به موضوع حفظ الصحة و رعایت اصول سلامتی داشته اند و قدم اول درمانی خود را تدابیر حفظ سلامتی قرار داده اند. در این بین خوردن و آشامیدن (چه مقدار خوردن، چه چیزی خوردن، چگونه خوردن)، خواب و بیداری (چه مقدار خوابیدن، محل خوابیدن)، حرکت و سکون، جماع (بهترین وقت جماع، اوقات نامناسب جماع، تدبیر بعد از جماع) و مسائل روحی روانی از جمله موارد مورد توجه جهت درمان می باشد.

تغذیه در طب سنتی، اساس درمان هر بیماری از جمله ناباروری مردان است؛ از طرفی طب سنتی نگرشی مزاجی- اخلاطی دارد؛ لذا نوع غذا و درمانی که به افراد توصیه میشود، متناسب با مزاج هر فرد یا سوء مزاج او متفاوت است. بر اساس این یافته ها، استفاده از تجربیات درمانی طب سنتی در کنار درمانهای امروزی میتواند به پیشرفتهای درمان کمک کند.



مقدمه: باروری به جهت بقای نسل در سلامت خانواده و جامعه بسیار درخور توجه است، به طوری که یکی از شاخصهای سلامت جامعه محسوب می شود. ناتوانی فرد برای انجام طبیعی فرآیند تولید مثل و صاحب فرزند شدن، یکی از تجربیات تلخ زندگی است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می تواند بر اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به بحران کند. روش های درمان طبی مدرن ناباروری در حال گسترش است. در این بین داروهای طب سنتی و مکمل که عموماً در دسترس هستند میتوانند به عنوان روش های درمانی ناباروری مورد استفاده قرار گیرند. بدین منظور مطالعه ی حاضر با هدف تعیین علل ناباروری مردان از دیدگاه طب سنتی: یک مطالعه ی مروری انجام شد.

**مواد و روش ها:** مطالعه حاضر مطالعه ای مروری است، جهت ارائه مقاله، پژوهشگران جستجوی کامپیوتری را در پایگاههای اطلاعاتی scholar Google, Scopus, SID, Springer, Pubmed, Direct Science استفاده از کلید واژه های ناباروری، ناباروری مردان، طب سنتی و معادل انگلیسی آنها از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ انجام دادند. نهایتاً ۸ مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

## منابع:

- 1- Mahroozade S, Sohrabvand F, Bios S, Nazem I, Nazari SM, Dabaghyan FH, Taghavi Shirazi M, Iranzad Asl M. Male infertility in Iranian Traditional Medicine, causes, treatment and compares it with modern medicine. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2016; 18(183): 1-11.
- 2- Gurunath S, Pandian Z, Anderson RA, Bhattacharya S. Defining infertility--a systematic review of prevalence studies. Hum Reprod Update 2011; 17(5):575-88.
- 3- Tournaye HJ, Cohlen BJ. Management of male-factor infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2012; 26(6):769-75

## مقدمه:

با توجه به شیوع بالای ناباروری در سطح جهانی و به تبع آن در ایران استفاده از روش های کمک باروری همچون IVF In Vitro (Fertilization) در حال افزایش می باشد. (1)

یکی از مشکلات شایع در فرایند باروری به روش IVF عدم افزایش مناسب ضخامت اندومتر با وجود مصرف داروهای همچون استرادیول است که باعث می شود فرد کاندید مناسبی برای انتقال جنین محسوب نشود. (2)

هدف از انجام این پژوهش توصیه به استفاده همزمان طب ایرانی در کنار طب مدرن برای افزایش شانس باروری به روش IVF و کمک به حل مشکلات احتمالی است.

## روش:

مطالعه حاضر از نوع مروری بوده و بر اساس جستجوی کتابخانه ای در منابع اصلی و مکتوب طب سنتی ایران و تطبیق آن ها با مقالات روز و منابع طب رایج تدوین شده است.



## یافته ها:

ضخامت اندومتر در روز ۶ عامل مهمی جهت موفقیت کاشت (Implant) و حاملگی میباشد و چنانچه ضخامت اندومتر ۸-۹ میلیمتر یا بیشتر باشد، بهترین نتیجه و اگر در روز مذکور ضخامت اندومتر کمتر از ۶-۷ میلیمتر باشد، شانس باروری کاهش می یابد. (2)

در برخی موارد با وجود استفاده از ماکزیموم دوز داروهای مورد استفاده جهت افزایش ضخامت اندومتر، این افزایش اتفاق نیفتاده و منجر به عدم امکان انتقال جنین در آن سیکل دارویی می شود.

فیتواستروژن ها یا (فیتواستروئول ها) استروژن های گیاهی ترکیبات غیر استروئیدی با منشاء گیاهی هستند که از نظر ساختمان و عمل شبیه ۱۷-بتا استرول می باشند و اثراتی شبیه استروژن ایجاد می کنند. (3)

نتایج برخی مطالعات نشان می دهد استفاده از فیتواستروژن ها می تواند در افزایش ضخامت اندومتر نقش مثبتی را ایفا کند. (4)



## بحث و نتیجه گیری:

بنظر می رسد یکی از راه های افزایش شانس باروری به روش IVF استفاده از طب مکمل و بصورت اختصاصی طب ایرانی در کنار طب مدرن باشد. فیتواستروژن ها ترکیبات گیاهی در دسترس، ارزان و مبتنی بر اصول طب ایرانی (4,5) هستند که بنظر می رسد توانایی کمک به افزایش ضخامت اندومتر را در فرایند بارداری به روش IVF را دارا باشند.

- 1.La Marca, Antonio, and Elisa Mastellari. "Infertility: Epidemiology and etiology." Female Reproductive Dysfunction (2020): 211-233.
- 2.Gao, Ge, et al. "Endometrial thickness and IVF cycle outcomes: a meta-analysis." Reproductive biomedicine online 40.1 (2020): 124-133.
- 3.Desmawati, Desmawati, and Delmi Sulastri. "Phytoestrogens and their health effect." Open access Macedonian journal of medical sciences 7.3 (2019): 495.
- 4.Mehasen, Mohamed Nagi, et al. "Use of phytoestrogen with clomiphene citrate for ovulation induction in polycystic ovary syndrome." Egyptian Journal of Medical Research 1.1 (2020): 91-105.
- 5.Ibn Sina AAH (Avicenna). Canon of Medicine (Al-Qanun fi al-Teb). Translated by Sharafkandi AR. Tehran: Soroush press; 2008 [in Persian].
- 6.Aghili SMH. Makhzan-ol-Advieh (Storehouse of Medicaments). Edited by Shams MR. Tehran: Tehran University publication; 2008.

## نقش بهداشت خواب بر باروری زنان از دیدگاه طب ایرانی



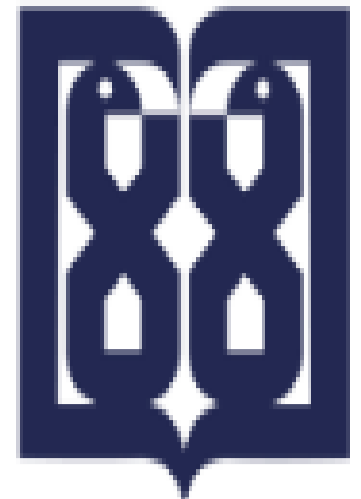
معصومه نوروزی\*، مائده رزقی

۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران،

[norouzi7378@gmail.com](mailto:norouzi7378@gmail.com)

۲- دکترای تخصصی داروسازی سنتی، استادیار دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی

بابل، [maedehrezghi@yahoo.com](mailto:maedehrezghi@yahoo.com)



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

### مقدمه

کمیت و کیفیت خواب از عوامل مهمی است که می تواند بر سلامت و باروری زنان تاثیر بگذارد. در طب ایرانی اصلاح سبک زندگی بر اساس اصول شش گانه حفظ سلامتی که یکی از آنها بهداشت خواب است را در درمان ناباروری موثر می دانند. از همین رو این مطالعه مروری با هدف بررسی ابعاد تاثیر بهداشت خواب بر باروری زنان از دیدگاه طب ایرانی انجام گردید.

### مواد و روش ها

مقاله مروری با جستجوی کلمات کلیدی در پایگاه های اطلاعاتی پابمد، گوگل اسکالر و اسکوپوس و همچنین منابع معتبر طب ایرانی مانند کتاب ذخیره خوارزمشاهی حکیم سید اسماعیل جرجانی و القانون فی الطب ابن سینا به دست آمد.

### یافته ها

میزان خواب کافی در طب ایرانی بر اساس سن، جنس، مزاج و محیط زندگی افراد متفاوت است. به طور کلی خواب عمیق و خواب شب که از دو ساعت بعد از اذان مغرب تا اذان صبح ادامه دارد و همچنین زمان بندی منظم در خواب، برای سلامتی بسیار حیاتی است. معیار خواب کافی احساس سبکی و نشاط پس از بیدار شدن و آمادگی ذهنی در طی روز است. کمیت و کیفیت خواب در ترشح هورمون های تولید مثل مانند ملاتونین موثر است. ملاتونین یا هورمون تاریکی یا هورمون خواب به عنوان آنتی اکسیدان در حفاظت از تخمدان نقش چشمگیری دارد. اختلال در خواب باعث کاهش ترشح ملاتونین، اثر مخرب بر تخمدان و کاهش ذخیره تخمدانی می گردد. همچنین بررسی ها نشان داده است خواب کافی در بهبود نتایج روشهای کمک باروری مانند IVF تاثیر بسزایی دارد.

### بحث و نتیجه گیری

کمیت و کیفیت خواب می تواند باروری زنان را تحت تاثیر قرار دهد و با اصلاح خواب می توان قدرت باروری را افزایش داد.

### واژگان کلیدی:

خواب، باروری، طب ایرانی





# تأثیر طب ایرانی بر درمان ناباروری زوج ها

فلتره کردلو<sup>1</sup>، مانده کردلو<sup>2</sup>، فائزه عارفیان<sup>3</sup>، حامد رزاق پور<sup>4</sup>  
1، 2، 3- دانشجوین کارشناسی هوشبری دانشگاه علوم پزشکی زنجان  
4- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، مری

## چکیده:

مقدمه: اگر زوجی قصد بارداری داشته باشد و پس از یک سال (۱۲ماه) اقدام منظم و بدون پیشگیری، بارداری رخ ندهد باید برای تشخیص و درمان ناباروری اقدام کنند. بر اساس مطالعات آماری، حدود ۲۰ درصد از زوج های کشور با مشکل ناباروری مواجه اند. توجه ویژه به این زوج ها و فراهم نمودن امکان درمان ناباروری می تواند راهبردی برای افزایش جمعیت در کشور باشد. امروزه با پیشرفت های چشم گیر در علم پزشکی در زمینه ی درمان ناباروری و با استناد بر دانش طب ایرانی و سنتی، می توان امیدوار بود که روند درمان ناباروری زوج های ایرانی رو به افزایش خواهد بود. روش کار: این مطالعه از نوع مروری نظام مند، با بررسی مقالات مرتبط از سال ۲۰۱۵ تا کنون، در پایگاه های google scholar، magiran، Paped، SID، science direct انجام شده است. یافته ها: بررسی ها نشان می دهد که گیاهانی نظیر خارخاسک، سیر، بابونه، دانه هویج و جعفری اثر مثبتی بر درمان ناباروری مردان داشته است. گیاهانی نظیر رازیانه، شیرین بیان، چای سبز، سیاهدانه و پنجه انگشت نیز بر درمان ناباروری زنان موثر بوده اند. گیاه مرزنجوش در هر دو جنس مرد و زن اثرات مطلوبی بر باروری داشته است. برخی گیاهان مانند زعفران در جنس مرد موجب افزایش طول عمر اسپرماتوزئید ها و افزایش تعداد اسپرماتوزئید های زنده می شود ولی در جنس زن موجب سقط جنین خواهد شد. نتیجه گیری: از نظر طب ایرانی، سلامت جسمی می تواند نقش مهمی در درمان بسیاری از امراض به ویژه ناباروری داشته باشد. از این رو می توان با استناد بر دانش طب سنتی، روش های درمانی را پیشنهاد داد. روش ها می توانند با مصرف گیاهان دارویی در کنار داروهای شیمیایی خود، روند درمان خود را بهبود بخشند. کلید واژه: طب سنتی، ناباروری، درمان ناباروری، گیاهان دارویی

## مقدمه:

اگر زوجی قصد بارداری داشته باشد و پس از یک سال (۱۲ماه) اقدام منظم و بدون پیشگیری، بارداری رخ ندهد باید برای تشخیص و درمان ناباروری اقدام کنند. بر اساس مطالعات آماری، حدود ۲۰ درصد از زوج های کشور با مشکل ناباروری مواجه اند. توجه ویژه به این زوج ها و فراهم نمودن امکان درمان ناباروری می تواند راهبردی برای افزایش جمعیت در کشور باشد. طب ایرانی نیز می تواند در کنار طب نوین به حل این مشکل کمک کند. شناخت خواص و کاربرد گیاهان دارویی مورد استفاده در طب ایرانی حائز اهمیت است. امروزه با پیشرفت های چشم گیر در علم پزشکی در زمینه ی درمان ناباروری و با استناد بر دانش طب ایرانی و سنتی، می توان امیدوار بود که روند درمان ناباروری زوج های ایرانی رو به افزایش خواهد بود.

## مواد و روش ها:

روش کار: این مطالعه از نوع مروری نظام مند، با بررسی مقالات مرتبط از سال ۲۰۱۵ تا کنون، در پایگاه های google scholar، magiran، Paped، SID، science direct انجام شده است. کلید واژه هایی نظیر طب سنتی، ناباروری، درمان ناباروری، گیاهان دارویی، ناباروری مردان برای یافتن مطالب، مورد بررسی قرار گرفته اند.

## اشکال و جداول:

جدول ۱- گیاهان با فعالیت بر روی مردان

نام گیاه	نام علمی	اثرات
بابونه	Matricaria inodora	افزایش اسپرماتوزوئید
سیر	Allium sativum	افزایش تعداد اسپرم
مرزنجوش	Chamaemelum	افزایش سلول های منقبض شده اسپرم
جعفری	Petroselinum crispum	افزایش سلول های منقبض شده اسپرم
رازیانه	Crotus sativus	افزایش طول عمر اسپرماتوزئید ها و افزایش تعداد اسپرماتوزئید های زنده
میرزاپاش	Viloidi Origano vulgare	افزایش نرخ حرکت اسپرم ۱۴ و اسپرماتوزئید
ماریچک	Tribulus terrestris	افزایش تعداد و حرکت اسپرم ها



جدول ۲- گیاهان با فعالیت بر روی زنان

نام گیاه	نام علمی	اثرات
روغن بادام شیرین	Foeniculum vulgare	تعدیل سیکل قاعدگی و کاهش دردهای قاعدگی
سیر	Oxyrhiza glabra	تعدیل سیکل قاعدگی و کاهش دردهای قاعدگی
پنجه انگشت	Carum verticillatum	تعدیل سیکل قاعدگی
پنجه انگشت	Vitis	اثر مثبت بر روی سیکل قاعدگی
سیاهدانه	Nigella arvensis	تعدیل سیکل قاعدگی
مرزنجوش	Viloidi Origano vulgare	افزایش فعالیت اسپرماتوزئید ها و افزایش تعداد اسپرماتوزئید های زنده
قزوين	Cuscuta epithymum	افزایش میزان حرکت اسپرم



## نتایج و بحث:

بحث: با توجه به تاکید های سازمان بهداشت جهانی بر سلامت جامعه و میزان باروری، استفاده از گیاهان دارویی به عنوان جانشین یا مکمل دارو های شیمیایی مطرح می باشد. امروزه در سراسر جهان، افزایش تقاضا برای دارو های گیاهی را شاهد هستیم. بررسی ها نشان می دهد گیاهانی نظیر خارخاسک، سیر، بابونه، دانه هویج و جعفری اثر مثبتی بر درمان ناباروری مردان داشته است. گیاهانی نظیر رازیانه، شیرین بیان، چای سبز، سیاهدانه، دارچین و پنجه انگشت نیز بر درمان ناباروری زنان موثر بوده اند. گیاه مرزنجوش در هر دو جنس مرد و زن اثرات مطلوبی بر باروری داشته است. این در حالی است که برخی گیاهان روی یکی از زوج ها اثر مثبت داشته و روی دیگری اثر منفی دارد. گیاه زعفران در جنس مرد موجب افزایش طول عمر اسپرماتوزئید ها و افزایش تعداد اسپرماتوزئید های زنده می شود ولی در جنس زن موجب سقط جنین خواهد شد. نتیجه گیری: از نظر طب ایرانی، سلامت جسمی می تواند نقش مهمی در درمان بسیاری از امراض به ویژه ناباروری داشته باشد. از این رو می توان با استناد بر تدابیر موجود در طب سنتی در کنار طب نوین بر درمان این اختلال گام برداشت. زوج ها می توانند با مصرف گیاهان دارویی در کنار دارو های شیمیایی خود، با آگاهی کامل از مقدار و دوز صحیح، روند درمان خود را بهبود بخشند.

## منابع:

1. Roozbeh N, Rostami S, Abdi F. A review on herbal medicine with fertility and infertility characteristics in males. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(13):18-32.
2. Tansaz M, Adhami S, Mokaberinejad R, Namavar Jahromi B, Atarzadeh F, Jaladat AM. An overview of the causes and symptoms of male infertility from the perspective of traditional persian medicine. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;18(182):11-7.
3. Mohammadi F, Nikzad H, Taherian A, Amini Mahabadi J, Salehi M. Effects of herbal medicine on male infertility. Anatomical Sciences Journal. 2013 Nov 10;10(4):3-16.
4. Mahroozade S, Sohrabvand F, Bios S, Nazem I, Nazari SM, Dabaghyan FH, Taghavi Shirazi M, Iranzad Asl M. Male infertility in Iranian traditional medicine, causes, treatment and compares it with modern medicine. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;18(183):1-1.





## تأثیر گیاهان دارویی بر درمان ناباروری خانم‌ها و پیشگیری از سقط جنین از منظر طب ایرانی

فائزه عارفیان<sup>۱\*</sup>، مانده کردلو<sup>۲</sup>، فائزه کردلو<sup>۳</sup>، حامد رزاق پور<sup>۴</sup>  
۱، ۲، ۳- دانشجویان کارشناسی هوشیاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان  
۴- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، مری  
Faezhez16@gmail.com\*

### چکیده:

مقدمه: ۱۵ تا ۱۷ درصد زوج‌ها در سراسر جهان از ناباروری رنج می‌برند. شکست در فرزندآوری، می‌تواند تأثیرات مخربی را از لحاظ جسمی و روانی برای افراد ایجاد و هزینه‌ی زیادی را بر جامعه تحمیل کند. نازایی در زنان می‌تواند به دلیل مشکلات تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ، گردن رحم و اختلالات هورمونی رخ دهد. طب سنتی یکی از روش‌های رایج درمان ناباروری می‌باشد. همچنین بعضی از افراد در زمان بارداری، از مواد گیاهی استفاده می‌کنند، که عدم آگاهی از خواص آن‌ها می‌تواند منجر به بروز مشکلاتی از قبیل سقط جنین شوند. لذا بهره‌گیری از این دانش، می‌تواند در بحث درمان ناباروری و جوانی جمعیت و پیشگیری از سقط جنین موثر باشد.  
روش: این مطالعه از نوع مروری نظام‌مند، با بررسی مقالات مرتبط از سال ۲۰۱۵ تا کنون، در پایگاه‌های PubMed، SID، science direct، google scholar، magiran انجام شده است.  
یافته‌ها: برخی از داروهای گیاهی می‌توانند از طریق تنظیم هورمون‌ها، کاهش ریسک عفونت و التهاب، تخمک‌گذاری و لانه‌گزینی مناسب احتمال بارداری را افزایش می‌دهند. مانند: انار، بابونه، گیاه پنجه انگشت، گیلاس زمستانی، شنبدر قرمز، خرما، دارچین، رازیانه، سیاه دانه، شربین بیان، چای سبز، تعدادی از گیاهان با تأثیر بر میزان هورمون‌ها، افزایش انقباضات رحمی و با اختلال در ریزش رحمی باعث سقط جنین در دوزهای نسبتاً بالا می‌شوند. مانند: زعفران، بابونه، آویشن، روغن کرچک، کنجد، مرزنجوش، حنا، گلپر، اسفند، کرفس، گون، پونه، جعفری، زنجبیل، مریم‌گلی و دارچین گیاهانی با فعالیت ضد استروژن و مانع شدن از لانه‌گزینی باعث ناباروری در خانم‌ها می‌شوند. مانند: گل ابریشم، الونه‌ور، عناب، فلفل هندی، فلفل سیاه، پونه، گلپر، شاهینند، کاسنی، زنجبیل، شنبلیله، شاهانه، زردچوبه.  
نتیجه‌گیری: استفاده از طب ایرانی و گیاهان دارویی به‌تنهایی یا در کنار داروهای شیمیایی در بحث درمان ناباروری، همین‌طور دوری از گیاهانی که منجر به ناباروری و یا سقط می‌شوند می‌تواند راندمان درمان را افزایش دهد و موجب جوانی جمعیت گردد.

### مقدمه:

بر اساس استنادهای جمعیتی، جمعیت‌هایی که ساکنان آن بیش از ۱۰ درصد تمام افراد جامعه را به خود اختصاص دهند، ساکنانده نطفی می‌شوند. بروز مسئله سالمندی جمعیت، تبعات متعدد و گسترده‌ای در حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جامعه به وجود می‌آورد. بخت جوانی جمعیت با میزان باروری افراد ارتباط مستقیم دارد. بنابراین می‌توان با اتخاذ رویکردهای درمانی مختلف در بحث ناباروری، به جوانی جمعیت کمک کرد.  
۱۵ تا ۱۷ درصد زوج‌ها در سراسر جهان از ناباروری رنج می‌برند که ۵۰ درصد آن‌ها مربوط به مشکلات نازایی در خانم‌هاست. شکست در فرزندآوری، می‌تواند تأثیرات مخربی را از لحاظ جسمی و روانی برای افراد ایجاد و هزینه‌ی زیادی را بر جامعه تحمیل کند. نازایی در زنان می‌تواند به دلیل مشکلات تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ، گردن رحم و اختلالات هورمونی رخ دهد. طب سنتی یکی از روش‌های رایج درمان ناباروری می‌باشد. همچنین بعضی از افراد در زمان بارداری، از مواد گیاهی استفاده می‌کنند، که عدم آگاهی از خواص آن‌ها می‌تواند منجر به بروز مشکلاتی از قبیل سقط جنین شوند. لذا بهره‌گیری از این دانش، می‌تواند در بحث درمان ناباروری و جوانی جمعیت و پیشگیری از سقط جنین موثر باشد. هدف از این مطالعه افزایش آگاهی عمومی در بحث باروری و درمان ناباروری زنان و جلوگیری از سقط جنین است.



### یافته‌ها:

داروهای موثر در باروری خانم‌ها از طریق تنظیم هورمون‌ها، کاهش ریسک عفونت و التهاب، تخمک‌گذاری و لانه‌گزینی مناسب می‌توانند احتمال بارداری را افزایش دهند. مانند: انار، بابونه، گیاه پنجه انگشت، گیلاس زمستانی، شنبدر قرمز، خرما، دارچین، رازیانه، سیاه دانه، شربین بیان، چای سبز، باجهال شب، نخل آره ای، گل صد تومانی و ریشه قاصدک. تعدادی از گیاهان با تأثیر بر میزان هورمون‌ها، افزایش انقباضات رحمی و با اختلال در ریزش رحمی باعث سقط جنین در دوزهای نسبتاً بالا می‌شوند. مانند: زعفران، بابونه، آویشن، روغن کرچک، کنجد، گل همیشه بهار، رزماری، بادام تلخ، روتاس، ریواس، ریحان، گل گاوزبان، کوهش آبی، مرزنجوش، حنا، گلپر، مر، سنبله ای، اسفند، سداب، های مرز، کرفس، گون، پونه، جعفری، کاج زمینی، زنجبیل، مریم‌گلی و دارچین. گیاهانی با فعالیت ضد استروژن و مانع شدن از لانه‌گزینی باعث ناباروری در خانم‌ها می‌شوند که شامل گل ابریشم، الونه‌ور، عناب، سداب، فلفل هندی، فلفل سیاه، لاله مرابی، پونه، گلپر، شاهینند، کاسنی، زنجبیل، زیرفون، شنبلیله، شاهانه، زردچوبه و بام حشی هستند.

گیاهان موثر در افزایش باروری خانم‌ها

نام گیاه	نام علمی
انار	Punica granatum
بابونه	Matricaria chamomilla
پنجه انگشت	Vitex agnus-castus
گیلاس زمستانی	Withania somnifera
شنبدر قرمز	Trifolium pratense
خرما	Phoenix dactylifera
دارچین	Cinnamomum verum
رازیانه	Foeniculum vulgare
سیاه دانه	Nigella arvensis
شربین بیان	Glycyrrhiza glabra
چای سبز	Camellia sinensis
پونه	Oenothera biennis
کرفس	Serenoa repens
گون	Foeniculum
ریشه قاصدک	Taraxacum

گیاهان با ویژگی های کاهش باروری ایجاد ناباروری در خانم‌ها

نام گیاه	نام علمی
گل ابریشم	Aloe vera
الونه‌ور	Ziziphus jujube mill
عناب	Ruta graveolens
سداب	Capiscum annuum
فلفل هندی	Piper nigrum
فلفل سیاه	Nelumbo nucifera
لانه‌گزینی	Mentha pulegium
پونه	Heracleum persicum
گلپر	Verbena
شاهینند	Cichorium intybus
کاسنی	Zigiber officinale
زنجبیل	Tilia
زردچوبه	Trigonella foenum-graecum
شاهانه	Cannabis
زردچوبه	Curcuma longa
بام حشی	Dioscorea villosa



### مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع مروری نظام‌مند، با بررسی ۱۳۰ مقاله مرتبط در سال‌های ۲۰۱۵ تا کنون، در پایگاه‌های google scholar، science direct، PubMed، SID، magiran انجام شده است. ابتدا با کلیدواژه‌های fertility، infertility، traditional medicine، abortion نام گیاهان دارویی استخراج شدند سپس MESH تمامی گیاهان با پایگاه PubMed به دست آمد و در نهایت نام گیاهان و ارتباط آن‌ها با باروری و ناباروری و سقط جنین به‌طور مجزا در پایگاه‌های مذکور، جست و جو شدند. پس از بررسی تک‌تک مطالعات، مقالات غیر مرتبط و تکراری رد و مقالات مرتبط مشخص شدند.

### آمار میزان ناباروری



### نتایج و بحث:

استفاده از گیاهان دارویی برای درمان بیماری‌ها قدمتی هزاران ساله دارد و آشنایی با خواص، فواید و مضرات گیاهان دارویی، می‌تواند ما را به سمت استفاده آگاهانه و ایمن از آن‌ها سوق دهد. از عوارض ناخواسته جلوگیری می‌کند. استفاده از طب ایرانی و گیاهان دارویی به‌تنهایی یا در کنار داروهای شیمیایی در بحث درمان ناباروری، و همین‌طور دوری از گیاهانی که منجر به ناباروری و یا سقط می‌شوند می‌تواند راندمان درمان را افزایش دهد و موجب جوانی جمعیت گردد و از مشکلاتی که به دنبال سالخوردگی جمعیتی می‌تواند در کشور رخ دهد جلوگیری کند و از هزینه‌ها بکاهد.

### گیاهان دارویی موثر در سقط جنین

افزایش انقباضات رحمی  
عوزی، پنجه انگشت، شاهینند، سنبله ای، گیاه پنجه انگشت

کاهش هورمون زنانه و اختلال در تخمک‌گذاری  
حنا، پونه، کرفس

منع شدن از لانه‌گزینی  
گل ابریشم، الونه‌ور، عناب، سداب، فلفل هندی، فلفل سیاه، لاله مرابی، پونه، گلپر، شاهینند، کاسنی، زنجبیل، زیرفون، شنبلیله، شاهانه، زردچوبه و بام حشی هستند.

### منابع:

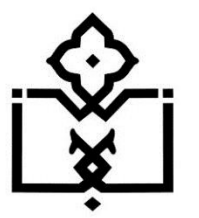
- Esmailzadeh, M., Moradi, B. Medicinal herbs with side effects during pregnancy- An evidence-based review article. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2017; 20(supplement): 9-25. doi: 10.22038/ijogi.2017.9724
- Saha A, Chatterjee A, Singh S, Ghosh J, Majumdar M, Roy S, Roy P. Herbal Agents Having Abortive Activity. Journal for Research in Applied Sciences and Biotechnology. 2022 Aug 31;1(3):204-15.
- Kadam A, Gaykar B. A review on medicinal plants exhibiting Antifertility and Contraceptive activities. Journal of Basic Sciences www. skpubs. com ISSN. 2015;2395-1265.
- Akbarbazzam M, Goodarzi N, Rahimi M. Female infertility and herbal medicine: An overview of the new findings. Food science & nutrition. 2021 Oct;9(10):5869-82.



# مرور نظام مند اثرات چای سبز و مشتقات آن بر پارامترهای اسپرم انسانی

نویسندگان

اعظم ملکی\*، دکترای تخصصی بهداشت باروری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران. آدرس ایمیل: [malekia@zums.ac.ir](mailto:malekia@zums.ac.ir)  
ناهید جعفری، فوق تخصص نوزادان، عضو هیات علمی گروه نوزادان بیمارستان آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران. آدرس ایمیل: [nahidjafari@zums.ac.ir](mailto:nahidjafari@zums.ac.ir)  
سمیه محبی، کارشناس کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران. آدرس ایمیل: [s.mlibrarian@yahoo.com](mailto:s.mlibrarian@yahoo.com)



دانشگاه علوم پزشکی زنگنه  
استان زنجان

همایش جوانی جمعیت،  
دانشگاه علوم پزشکی زنجان،  
۱۴۰۱

## چکیده

مقدمه و هدف

مرور مطالعات نشان می دهد چای سبز حاوی پلی فنولها است که فعالیت آنتی اکسیدانی آن می تواند پارامترهای اسپرم را در حیوانات بهبود بخشد. علی رغم اثرات مفید مصرف چای سبز در کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی، چاقی، دیابت، بیماری های عصبی، سرطان و کاهش وزن در انسان اثرات آن بر پارامترهای اسپرم انسانی به طور سیستماتیک جمع بندی نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف مرور سیستماتیک مقالات منتشر شده در زمینه اثرات چای سبز و مشتقات آن بر پارامترهای اسپرم در نمونه های انسانی انجام شد.

روش کار

با استفاده از استراتژی جستجو تدوین شده در پایگاه داده الکترونیکی PubMed، Scopus، Embase، ProQuest، Web of Science و منابع خاکستری با محدودیت زبان انگلیسی، مقالات مداخله ای که با هدف بررسی اثرات چای سبز و مشتقات آن بر پارامترهای اسپرم انسانی است و تا نوامبر ۲۰۲۲ به چاپ رسیده جستجو شدند. چک لیست PRISMA برای گزارش نتیجه و چک لیست CASP برای ارزیابی کیفیت مطالعات استفاده شد. سوگیری انتشار با استفاده از ترسیم فائل پلات و آزمون های Egger و Begg تعیین شد.

یافته ها

در مجموع ۳۲۶ مقاله در جستجوی اولیه استخراج شد. از این میان، ۸ مقاله تکراری بودند. سیصد و هیجده (۳۱۸) مقاله وارد فرآیند غربالگری چکیده و عنوان شدند. از این تعداد، تنها ۴ مطالعه با ۳۹۲ نمونه برای بررسی نهایی وارد شدند. کیفیت سه مطالعه خوب و یک مطالعه ضعیف بود. اثرات مثبت چای سبز بر بهبود بقای اسپرم، درصد حرکت کلی و حرکت پیشرونده اسپرم انسانی در ۴ مطالعه و کاهش تخریب DNA در برابر استرس اکسیداتیو در دو مطالعه گزارش شده بود. تاثیر چای سبز بر روی پارامترهای اسپرم وابسته به دوز دارو و مدت زمان تماس بود.

نتیجه گیری

تعداد مقالات منتشر شده برای نتیجه گیری مناسب خیلی محدود است. با در نظر گرفتن این یافته که چای سبز و مشتقات آن اثرات مثبت وابسته به دوز را بر روی پارامترهای اسپرم انسانی دارد. پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری برای رسیدن به نتایج مناسب انجام شود.

کلیدواژه ها

چای سبز، اسپرم، مرور سیستماتیک، انسان

## نتیجه گیری و بحث:

بر اساس جستجوی سیستماتیک این مطالعه اولین مطالعه مرور سیستماتیک است که در زمینه اثرات چای سبز و مشتقات آن بر پارامترهای اسپرم در نمونه های انسانی انجام شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد تاثیر چای سبز بر روی پارامترهای اسپرم انسانی وابسته به دوز دارو و مدت زمان تماس بود. نتایج گزارش شده در یک مقاله مروری که با هدف بررسی عصاره چای سبز بر تولید مثل انجام شده بود نشان می دهد چای سبز در بهبود برخی از پارامترهای تولیدمثلی تاثیر دارد [۸]. ترکیبات فعال چای سبز آنتی اکسیدان های قوی به نام پلی فنول ها هستند. در میان پلی فنول های موجود در چای، خانواده ای از ترکیبات به نام فلاونوئیدها وجود دارد که توانایی آن در تعدیل، بهبود و محافظت از سمیت رادیکال های آزاد بر تولید مثل انسان مورد تاکید قرار گرفته است [۹]. از سوی دیگر مطالعات کمی اثر نامطلوب عصاره چای سبز را بر شاخص های تولید مثل گزارش کرده اند. بنابراین عصاره چای سبز به عنوان یک کاندید امیدوارکننده برای درمان نازایی در انسان مطرح است. ترکیب شیمیایی چای سبز بسته به آب و هوا، فصل، شیوه های باغبانی و موقعیت برگ روی شاخه برداشت شده متفاوت است. انجام مطالعات بیشتر در آینده برای روشن کردن مزایای درمانی و مقادیر بهینه دوز موثر مصرف چای سبز بر درمان عامل مردانه مورد نیاز است. با در نظر گرفتن این یافته که چای سبز و مشتقات آن اثرات مثبت وابسته به دوز را بر روی پارامترهای اسپرم انسانی دارد پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری برای رسیدن به نتایج مناسب انجام شود.

کلیدواژه ها

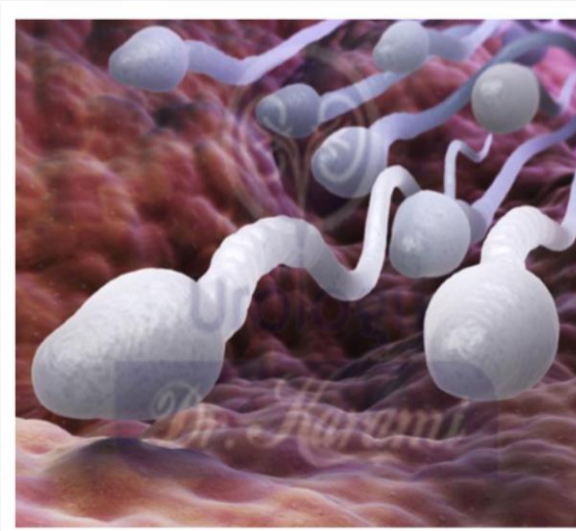
چای سبز، اسپرم، مرور سیستماتیک، انسان

## مواد و روش ها:

روش کار با استفاده از استراتژی جستجو تدوین شده در پایگاه داده الکترونیکی PubMed، Scopus، Embase، ProQuest، Web of Science و منابع خاکستری با محدودیت زبان انگلیسی، مقالات مداخله ای که با هدف بررسی اثرات چای سبز و مشتقات آن بر پارامترهای اسپرم انسانی است و تا نوامبر ۲۰۲۲ به چاپ رسیده جستجو شدند. چک لیست PRISMA برای گزارش نتیجه و چک لیست CASP برای ارزیابی کیفیت مطالعات استفاده شد. سوگیری انتشار با استفاده از ترسیم فائل پلات و آزمون های Egger و Begg تعیین شد.

## یافته ها:

در مجموع ۳۲۶ مقاله در جستجوی اولیه استخراج شد. از این میان، ۸ مقاله تکراری بودند. سیصد و هیجده (۳۱۸) مقاله وارد فرآیند غربالگری چکیده و عنوان شدند. از این تعداد، تنها ۴ مطالعه با ۳۹۲ نمونه برای بررسی نهایی وارد شدند که در کشورهای ایتالیا، چین، افریقای جنوبی و عراق (هر کدام یک مورد) چاپ شده بودند. کمترین حجم نمونه ۶ مورد و بیشترین حجم نمونه ۲۸۱ نفر بود. تاثیر چای سبز بر روی پارامترهای اسپرم وابسته به دوز دارو و مدت زمان تماس بود به طوری که اثر چای سبز در سه مطالعه بر روی نمونه اسپرم طبیعی و در یک مطالعه بر روی اسپرم افراد نابارور بررسی شده بود. کیفیت سه مطالعه خوب و یک مطالعه ضعیف بود. در ۴ مطالعه اثرات مثبت چای سبز با غلظت کم باعث بهبود بقای اسپرم، درصد حرکت کلی و حرکت پیشرونده اسپرم انسانی و در ۲ مطالعه باعث کاهش تخریب DNA در برابر استرس اکسیداتیو شده بود این در حالی است که در یک مطالعه نتیجه معکوس بود.



## مقدمه:

ناباروری به عنوان ناتوانی در بارداری شدن بعد از ۱۲ ماه تمرین جنسی بدون استفاده از پیشگیری از بارداری شناخته می شود [۱]. ناباروری یکی از مشکلات جامعه بشری است؛ که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) ۱۵-۱۰ درصد زوج ها برخی از اشکال ناباروری را تجربه می کنند. عامل سببی ۴۰ درصد از ناباروری ها عامل مردانه است [۲، ۳]. لازمه توانایی تولید مثل در مرد شامل تولید مایع منی حاوی اسپرم طبیعی است [۴]. دلایل متعددی در بروز ناباروری مردان دخیل است مانند اختلالات ژنتیکی، انسداد مجرای تناسلی، واریکوسل، کاهش تولید اسپرم، کاهش پارامترهای مایع منی، اختلال نعوظ و ناتوانی جنسی در مردان [۲]. مطالعات نشان داده اند که پارامترهای مایع منی در ۲۵ تا ۴۰ درصد از مردان جوان کمتر از استاندارد سازمان بهداشت جهانی است [۴]. درمان های مختلفی مانند جراحی، مواد شیمیایی و داروهای گیاهی و روش های آزمایشگاهی برای کمک به باروری در دسترس هستند [۵]. مرور مطالعات نشان می دهد چای سبز حاوی پلی فنولها است که فعالیت آنتی اکسیدانی آن می تواند پارامترهای اسپرم را در حیوانات بهبود بخشد [۶] علی رغم اثرات مفید مصرف چای سبز در کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی، چاقی، دیابت، بیماری های عصبی، سرطان و کاهش وزن در انسان [۷]. اثرات آن بر پارامترهای اسپرم انسانی به طور سیستماتیک جمع بندی نشده است. هم چنین گیاهان دارویی در مقایسه با سایر روش های درمانی کمتر تهاجمی و هزینه کمتری دارند. لذا مطالعه حاضر با هدف مرور سیستماتیک مقالات منتشر شده در زمینه اثرات چای سبز و مشتقات آن بر پارامترهای اسپرم در نمونه های انسانی انجام شد.

## References

1. Bashir A, Tahir M, SameeW, Munir B. Effect of tribulus terrestris on testicular development of immature albino rats. Biomedica. 2009. 25:63-68
2. Kashani HH, Malekzadeh Shiravani S, Hoshmand F. The effect of aqueous extract of Salep prepared from root-tubers of Dactylorhiza maculate (Orchidaceae) on the testes and sexual hormones of immature male mice. Journal of Medicinal Plants Research. 2012. 6(24):4102-4106
3. Henkel R, Maaß G, Bodeker RH, Scheibelhut C, Stalf T. Sperm function and assisted reproduction technology. Reproductive Medicine and Biology. 2005. 4(1):7-30
4. Andersen A, Jensen TK, Carlsen E, Jørgensen N. High frequency of sub-optimal semen quality in an unselected population of young men. Human Reproduction. 2000. 15(2):366- 372.
5. Wal A, Wal P, Pandey A, Vig H, Karunakaran R, Dash B. Conventional treatment options and herbal remedies for male infertility: An overview. Asian Pacific Journal of Reproduction. 2022 Jul 1;11(4):158.
6. Chesya Raifela Devirza, 2Boenga Nurcita, 3Yudhi Nugraha. Potensi teh hijau (Camellia sinensis L.) terhadap kualitas spermatozoa dengan stress oksidatif: sebuah tinjauan systematic review. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala. 2022. 22(2): 80-88
7. Idowu OO. Green tea extract and reproduction: A review. E3 J. Med. Res. 2017;6:001-6.
8. Pastore R (2005). Green & White Tea Max: A Closer Look at the Benefits of Green and White Tea. Pastore formulations 2005.
9. Tarek MH, Abdel-Tawab HM, Azza WI, Hala FA (2014). Oxidative damage and Reproductive toxicity associated with cyromazine and chlorpyrifos in male rats: The protective effects of green tea extract. Res. J. Environ. Toxicol.; 8 (2): 53-67.

Author	Locat ion	Type of Study	Sample size (specimen)	Extracted active ingredient	Semen evaluation quality				
					motility	Progressive motility	Viability	ROS	DNA fragmentation
De Amicis, 2012	Italy	Experim ental	6 Normozoospe rmia samples	EGCG from green tea	EGCG at low concentration was effective to increase	EGCG at low concentration was effective to increase	EGCG at low concentration was effective to increase	Low ROS concentrations were decreased	High
Alqaw asmeH, 2021	China	Experim ental	20 Normozoospe rmia samples	GTE	GTE at low concentrations was effective to increase	GTE at low concentrations was effective to increase	-	-	High
			45 patients cryo-preserved	GTE as cryoprotective media	GTE at low concentrations was effective to increase	GTE at low concentrations was effective to increase			High
Setum o, 2022	Sout h Africa	Experim ental	40 Normozoospe rmia samples	aqueous GTE	GTE at low concentrations was effective to increase	GTE at low concentrations was effective to increase	GTE at high concentration was effective to increase	GTE at high concentrations had been increased	High
Mahda wi, 2010	Iraq	Experim ental	281 Fresh specimens of Infertile men	GTE and vit E	Control= 63% GTE =75% GTE and vit E= 80%	Control= 50% GTE =58% GTE and vit E= 69%			low

جدول شماره ۱ توصیف داده های مقالات استخراج شده در مرور سیستماتیک  
Significant  $\alpha < 0.05$ , Reactive Oxygen Species (ROS), Epigallocatechin gallate (EGCG), Green tea extract (GTE), cryo-preserved (CP), Human Tubular Fluid (HTF)

**بخش ششم**

**محور عواقب سالمندی جمعیت**



## چکیده

✓**زمنینه و هدف**

✓**نظام سلامت کشور پاسخگوی خدمترسانی مسنولانه، مقابله با چالش‌ها و موانع رویارویی موفق با پدیده سالمندی است؛** در این راستا مطالعه باهدف شناسایی ناکارآمدی‌ها و راهکارهای رویارویی با پدیده سالمندی جمعیت از منظر حوزه سلامت ایران و سایر کشورها انجام شد.

✓**روش بررسی**

✓**مطالعه** از نوع مرور دامنه ای است که با جستجوی واژه‌های تخصصی در پایگاه‌های وب آو ساینس، اسکوپوس، پایمد، کاکرین، امپیس و پروکوست و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایراندک و پایگاه استنادی جهان اسلام انجام شد.

✓**تحلیل یافته‌ها** بر مبنای ۵۷ مقاله انجام شد. جهت معین سازی یافته‌ها نظر ۵ متخصص در تکمیل داده‌ها استفاده گردید.

✓**یافته‌ها**

✓**طبق یافته‌های مطالعه، چالش‌های نظام سلامت در رویارویی با پدیده سالمندی عبارت بودنداز «ناکارآمدی‌های نظام سلامت»، «مشکلات دارو و درمان»، «هزینه‌ها و تامین مالی نظام سلامت»، «چالش‌های اطلاعاتی و فناوری»، «چالش‌های خدمترسانی»، «سواد سلامت و سبک زندگی نامطلوب»، و «موانع فردی اجتماعی» و راهکارهای رویارویی موفقیت‌آمیز با پدیده سالمندی شامل «تدوین قوانین و سیاست‌های اجرایی»، «پیشگیری و درمان»، «تامین و توسعه منابع»، «توسعه دانش و عملکرد فناورانه»، «توسعه مشارکت ذینفعان»، «سالمند محوری»، و «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» بودند.**

✓**نتیجه گیری**

✓**نظام سلامت برای رویارویی موفق با پدیده سالمندی، بایستی در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، قانون‌گذاری و اجرایی به‌روز و تقویت شود و برنامه‌های توانمندسازی و بهبود نگرش هم برای مدیران و هم سالمندان را مدنظر قرار دهد.** یافته‌های این مطالعه برای نظام سلامت کشور قابل‌استفاده است و سالمندان از اصلی‌ترین بهره‌برداران آن هستند.

✓**واژه‌های کلیدی:** سالمندی، نظام سلامت، ایران

## نام و سمت نویسنده رویارویی با پدیده سالمندی جمعیت

## راحل‌ه سموعی ۱\*، محمود کیوان آراا، عدرا دائی ۲،

### 1. Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan,

Iran.

samoueir@gmail.com

### 2. Department of Medical Library and Infromation Sciences, School of management and medical information sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (گان)

افزایش سالمندی جمعیت از مهم‌ترین تغییرات قرن بیستم بود که بسیاری کشورها با آن مواجه شدند یا در حال تجربه آن هستند (۱). موضوع آژان‌رو اهمیت دارد که سالمندان بزرگ‌ترین گروه مصرف‌کننده خدمات سلامت در بیشتر کشورهای صنعتی و درحال‌توسعه هستند (۲) و افزایش نیازهای مراقبت از سالمندان از چالش‌های نظام سلامت کشورهایی است که جمعیتشان در حال سالمند شدن است (۳).

طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، جمعیت سالمندی در کشورهای درحال‌توسعه ازجمله ایران بیشترین رشد را نسبت به سایر کشورها دارد (۴). در این خصوص، بررسی‌های آماری و مطالعات جمعیت‌شناسی در ایران نشان می‌دهند شتاب سالمند شدن جمعیت به دلیل کاهش سریع نرخ تولد در مدت کوتاه، بسیار زیاد است؛ به‌طوری‌که بر اساس پیش‌بینی‌های اعلام‌شده سازمان ملل، ایران پس از امارات و بحرین، سومین کشور جهان ازنظر سرعت سالمندی جمعیت است (۵).

سالمندی جمعیت با پیامدهای مختلفی همراه است. در گزارشی برآورد شده هزینه فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد سالمند سه تا پنج برابر این هزینه‌ها برای افراد جوان‌تر است (۶). مطالعات نشان می‌دهد که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی روند تصاعدی دارد و گاه هزینه سلامت و درمان دو سال آخر عمر، با هزینه مابقی زندگی برابری می‌کند (۷). در این خصوص مطالعه‌ای گزارش کرده مخارج سلامت در خانوارهای ایرانی دارای سالمند، نسبت به سایر خانوارها به‌طور معنی‌داری بیشتر است (۸).

به‌طورکلی تضمین دسترسی به خدمات سلامت و بهره‌مندی از آن در بین سالمندان، به دلیل افزایش تقاضای مراقبت‌های سلامت در جمعیت در حال رشد سریع سالمندان و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی مرتبط با آن، نگرانی قابل‌توجهی در سراسر جهان ایجاد کرده است (۹) و کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف به‌ویژه در سالمندان، از اهداف اصلی سیاست‌گذاران سلامت است. اما حتی در کشورهایی با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، میزان بهره‌مندی از خدمات متفاوت است (۱۰).

ازجمله پیامدهای دیگر سالمندی جمعیت به‌جز مسائل مالی، تغییر در الگوهای پس‌انداز و سرمایه‌گذاری، کمبود نیروی کار، نبود سیستم رفاهی کافی، به‌ویژه در اقتصادهای درحال‌توسعه، کاهش احتمالی بهره‌وری و رشد اقتصادی است (۱۱). در این زمینه یکی از اساسی‌ترین جنبه‌هایی که در بخش سلامت باید در نظر گرفته شود هزینه خدمات سالمندان است که می‌تواند شامل هزینه‌های درمان سرپایی، بستری شدن، داروها، آزمایش و مواردی ازاین‌دست باشد (۱۲). بر همین اساس برنامه‌ریزی مالی، فیزیکی و منابع انسانی یکی از جنبه‌های چالش‌برانگیز فعالیت‌های نظام سلامت است که به برنامه‌ریزی نیاز دارد (۱۳)؛ در این خصوص نظام سلامت بایستی برای ارائه خدمات تخصصی و به‌موقع به سالمندان در ساختار و روند ارائه خدمات و مراقبت، تغییرات مناسبی ایجاد کند (۱۲، ۱۴).

با توجه به چالش‌های سالمندی جمعیت و هزینه‌های زیاد خدمات سلامت در سالمندان، شناسایی عوامل تسهیل‌کننده بهره‌مندی از خدمات سلامت در سالمندان و از بین بردن موانع بهره‌مندی اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۵). در این راستا این مطالعه از طریق مرور مقالات مرتبط داخلی و سایر کشورها باهدف شناسایی ناکارآمدی‌ها و راهکارهای رویارویی با پدیده سالمندی جمعیت از منظر حوزه سلامت ایران و سایر کشورها انجام شد.

روش مطالعه، مروری از نوع دامنه ایّ است. اطلاعات در این مطالعه، از پایگاه‌ها و مجلات معتبر علمی جمع‌آوری شد. برای انجام مرور، ابتدا راهبرد جستجوی اطلاعات مشخص شد؛ به این صورت که واژه‌های کلیدی مرتبط با موضوع به فارسی و انگلیسی تدوین شد. واژه‌هایی که در حوزه سلامت و تحت پوشش اصطلاح‌نامه مش هستند، با صورت پذیرفته‌شده و انواع صورت‌های دیگر آن‌ها در این اصطلاح‌نامه، جستجو شدند. واژه‌هایی که در پوشش اصطلاح‌نامه مش قرار نگرفتند به همان صورت انتخاب شدند.

واژه‌های فارسی شامل «سالمند»، «کهن‌سال»، «پیر»، «مسن»، «سالخورده»، «مانح»، «مشکل»، «محدودیت»، «چالش»، «بازدارنده»، «تهدید»، «ضعف»، «راهکار»، «تسهیل‌کننده»، «قوت» «فرصت»، «نظام سلامت»، «نظام بهداشتی»، «سیستم مراقبت بهداشتی»، «سیستم بهداشت و درمان»، «مراقبت بالینی»، «مراقبت سلامت»، بودند و واژه‌های انگلیسی عبارت بودند از:

elder\* OR aging\* OR senior\* OR senescence\* OR "end-of-life\*" OR aged\* AND barrier\* OR hindrance\* OR difficult\* OR restriction\* OR obstacle\* OR challenge\* OR limit\* OR characteristic\* OR "effective factor\*" OR facilitate\* OR accelerate\* OR enable\* OR impede\* OR problem\* OR deterrent\* OR weakness\* OR threat\* AND "health system\*" OR "health care system\*" OR "healthcare system\*" OR OR "public health service\*" OR "health service\*" OR "healthcare service\*" OR "health care service\*"

پایگاه‌های اطلاعاتی مورد جستجو عبارت بودند از وب آو ساینس ، اسکوپوس ، پایمد ، کاکرین ، امپیس و پروکوست و از بین پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی بانک اطلاعات نشریات کشور ، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ، ایرانداک و پایگاه استنادی جهان اسلام جستجو شدند. همه مدارک مرتبط منتشرشده در انواع مختلف (پژوهشی اصیل، مروری، کوتاه، نامه به سردبیر، سرمقاله) به زبان فارسی و انگلیسی در نظر گرفته شدند.

پس از وارد کردن راهبردهای جستجوی موردنظر در هر یک از پایگاه‌های انتخاب‌شده، نتیجه جستجو وارد نرم‌افزار آندنوت شد و پس از حذف موارد تکراری، توسط پژوهشگران عنوان و چکیده مقاله‌ها و سپس، متن کامل مدارک بررسی و استفاده شدند.

پس از استخراج کدهای مرتبط با سوال های پژوهش از مقالات، داده‌ها طبقه‌بندی‌شده و جهت معتبر سازی در اختیار ۵ نفر از اساتید متخصص در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پزشکی اجتماعی، روانشناسی و سیاست‌گذاری سلامت قرار گرفت. نظرات ایشان درباره طبقه‌بندی داده‌ها و تکمیل آن‌ها اضافه و در جدول طبقه‌بندی گزارش شد.

طبقه فرعی	جدول 1: شناسایی راهکارهای نظام‌های سلامت در رویارویی موفقیت‌آمیز با پدیده سالمندی طبق مرور مورن و جلسه مشخصمان طبقه اصلی	مفهوم
	کدها	راهکارهای مرتبط بر نظام سلامت
	تدوین قوانین پزشکی مبتنی بر شواهد (۲۳)	تدوین قوانین و سیاست‌های اجرایی
	تدوین قوانین حمایتی (۴۸)	تدوین قوانین و سیاست‌های اجرایی
	تدوین سیاست‌های حوزه سلامت و آژان‌های نظام سلامت برای خدمت‌رسانی (۲۹، ۸، ۵۶)	تدوین قوانین و سیاست‌ها
	اصلاح نابرابری (۵۲)	
	تدوین قوانین عدالت محور	
	تمرکززدایی مراقبت‌های بهداشتی (۵۸)	تمرکز بر رویکردهای اجرایی کارآمد
	تقسیم مراقبت سالمندان بین چند سازمان (۵۹)	
	ادغام خدمات بهداشتی (۶۰)	
	اجرای هماهنگ مراقبت‌های بهداشتی (۵۸)	
	انتشار رویکرده منسجم برای اصلاحات در حوزه سلامت	
	تعین اولویت‌های خدمات سالمندان	
	جایگزینی سالمندان با پیونداری محوری (۴۸، ۵۲، ۵۱، ۲۹، ۵۲)	پیشگیری و درمان
	سرمایه‌گذاری استراتژیک برای بهبود سلامت و رفاه (۲۵)	برنامه‌ریزی باهدف توسعه منابع
	ارائه مراقبت‌های طب تسکینی (۱۹، ۵۷، ۵۸)	
	برنامه‌ریزی برای ارتقاء سلامت روان (۵۹)	
	آموزش سبک زندگی سالم از ابتدای بزرگسالی (۶۱)	
	برنامه‌ریزی برای نشاط اجتماعی (۴۸)	
مدیریت اختلالات	پیشگیری و مدیریت اولیه و ثانویه بیماری‌های غیر واگیر (۲۵)	پیشگیری و درمان
	پیشگیری و درمان اختلالات و بیماری‌های روانی	پیشگیری و درمان
	مدیریت بیماری‌های چندگانه (۵۱)	برنامه‌ریزی باهدف توسعه منابع
	مدیریت ایمنی و ایمنی‌ها ازجمله کوریون (۱۹)	
	مدیریت سوءترتیب مولد و دور	
	پزشش و توسعه طرح بده (۲۴، ۶۱)	تامین و توسعه منابع
	توسعه بیمه تکمیلی سالمندی	تامین و توسعه منابع
	تامین هزینه‌های درمان و خدمات (۴۸، ۵۲، ۵۹، ۶۲)	تامین و توسعه منابع
	توسعه طرح بازنشستگی (۶۱)	تامین و توسعه منابع
	ارائه مشاوره‌های رایگان خدمات سلامت (۴۳)	تامین و توسعه منابع
	حمایت مالی از خانواده‌های دارای سالمند (۸)	تامین و توسعه منابع
	حمایت از خانواده‌های کم‌آورد (۱۹)	تامین و توسعه منابع
	کنترل هزینه‌ها	
	مشارکت مالی خانواده دولت	
	مشارکت مالی خبرین	
تامین منابع	تامین مالی نظام سلامت (۴۴)	
	تامین منابع مالی در حوزه سلامت (۴۸)	
	جذب پزشکان طب سالمندی (۵۸)	
توانمندسازی	تامین جهت‌افزایی بهداشتی، درمانی، مراقبتی و توانمندسازی (۶۱)	توانمندسازی
	تقویت روش‌های آموزشی مبتنی بر شواهد و خانواده‌گذاران محوری (۶۲)	توانمندسازی
	استاندارد کردن شرایط کاری کادر درمان (۶۴)	
توسعه فناوری	جایگزینی ربات‌ها با کارکنان در برخی خدمات خطرناک یا دشوار	
	راهاندازی فناوری پوشیدنی (۶۵)	
	توسعه خدمات فناوری در سیستم مراقبت بهداشتی (۶۶)	
	استفاده از فناوری ۳* کاربرد تشخیصی، درمانی و سرگرمی (۶۷)	
	ارائه مراقبت رایگان بهداشتی به سالمندان (۶۵)	
	راهاندازی اینترنت و تلفن هوشمند در خدمت‌رسانی (۶۰، ۶۱)	
	راه‌اندازی سیستم هشدار مراقبت خانگی (۶۸)	
	تعامل مبدل‌ان سالم آینده‌ای مرتبط با سالمندان (۶۹)	
	به‌کارگیری رویکردهای مشارکت در خانواده و بهداشتی اجتماعی (۵۱)	
	ایجاد مشارکت بین ذینفعان (۶۶)	
	بهبود روابط سالمند و ارائه‌دهندگان خدمات (۴۰)	
	بهبود بنگرش کادر درمان به سالمندان (۳۵)	
توانمندسازی	تقویت تاب‌آوری سالمندی در منزل (۷۰، ۷۱، ۴۰)	
	تقویت خدمات سلامت در منزل (۷۱)	
	تعریف خدمات جامع‌مفهوم (۷۷)	
	ایجاد فرهنگ مراقبت دافوظانه فرزندان از والدین (۶۱)	
	تقویت تاب‌آوری افراد و خانواده‌ها و مراقبین سالمند	
	مدیریتی به خدمات در کوتاه‌ترین زمان	
	مدیریتی به خدمات در کوتاه‌ترین زمان	
	حمایت‌های بلندمدت (۵۷)	
	رعایت حقوق بهداشتی (۵۸)	
	رعایت حقوق اخلاقی (۵۵، ۷۳)	
	سرمایه‌گذاری در محیط طوطی و رفداری مناسب (۵۶)	
	ارائه خدمات باززرش و احترام به سالمندان	
	آگاهی‌رسانی خدمت‌رسانان حوزه سلامت به سالمندان (۷۷)	
	آموزش خودمراقبتی به سالمند (۵۱، ۲۵)	
	برنامه‌های توانمندسازی سالمندان (۴۰)	
	آژان‌های سالمندان نسبت به حقوق خود	
	توانمند سازی سالمندان در بیان نیازها	
	مشکلات کودکان در ارائه خدمات (۲۷)	
	پیشگیری از اجبار (۵۷)	
	حکایت‌های اجتماعی (۷۷)	
	حمایت اجتماعی (۲۷)	
	دانش فرزند یا همراه (۴۷)	
	جنبشیت زن (۲۷)	
	سواد بلدین (۲۷)	
	سطح تحصیلات بیشتر (۲۷)	
	شامل باغل (۲۷)	
	درآمد بهتر (۲۷)	

ازجمله راهکارهای رویارویی موفقیت‌آمیز با پدیده سالمندی «تدوین قوانین و سیاست‌های اجرایی» بود که مواردی چون تدوین قوانین حمایتی، مبتنی بر شواهد، عدالت محور، اصلاح نابرابری و تمرکززدایی، اجرای هماهنگ، منسجم، ادغام یافته و اولویت‌دار خدمات در مطالعات دیگر مطابقت داشت (۸، ۲۳، ۴۸، ۴۹، ۵۶–۶۰). نظام سلامت برای پاسخگویی بهتر به رسالت خود، نیازمند تدوین قوانین، سیاست‌گذاری، تعیین اولویت‌های خدمات سلامت، هماهنگی ارائه خدمات و ارائه خدمات هماهنگ می‌باشد که باهدف ارتقای سلامتی و ارائه خدمات و مراقبت‌های بهتر همراه می‌باشد. توجه به این نکته مهم است که چالش‌ها و محدودیت‌های جدید، نیازمند قوانین و برنامه‌های جدید و مبتنی بر شواهد و مستندات است.

«پیشگیری و درمان» به‌عنوان راهکار دیگر معرفی شد. این یافته با مواردی چون سلامت‌محوری، ارائه مراقبت‌های طب تسکینی، سلامت روان، سبک زندگی، نشاط اجتماعی، پیشگیری و درمان، مدیریت بیماری‌ها و اپیدمی‌ها هماهنگ بود (۱۹، ۲۹، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۱، ۵۷، ۵۹، ۶۱). همواره در متون و برنامه‌های علمی تاکید شده که پیشگیری مهم‌تر و مقرون‌بصرفه‌تر از درمان است؛ به‌ویژه که در سطوح مختلف با نگاه سلامت‌محور و با در نظر داشتن ویژگی‌های خدمت‌گیرندگان توصیه شوند. به‌عنوان نمونه برنامه‌های طب تسکینی، آموزش‌های سلامت روان، سبک زندگی سالم وزندگی شاد از ملزومات آموزش‌های سالمندی هستند که در حوزه پیشگیری قابل‌برنامه‌ریزی هستند.

«تامین و توسعه منابع»به‌عنوان راهکار مدنظر قرار گرفت و با مواردی ازجمله توسعه بیمه، بیمه تکمیلی، طرح بازنشستگی، مشاوره رایگان، مشارکت خیرین، حمایت خانواده‌ها، کنترل هزینه و تامین منابع در مطالعات دیگر مشخص شد (۸، ۲۷، ۲۹، ۳۴، ۴۳، ۴۸، ۵۰، ۵۷، ۵۹، ۶۱–۶۳). با توجه به این‌که با افزایش سن و قرار گرفتن در مسیر پیری، فرد به سمت بازنشستگی و کمتر مولد بودن ازنظر اقتصادی پیش می‌رود به‌نوعی نیازمند حمایت بیشتر است که گاهای بخشی از این فشارها دولت و خانواده جوان‌تر فرد تجربه می‌کنند. این کمبود منابع مالی، گاهای در سالمند حس نگرانی و سربار بودن ایجاد می‌کند. آشنایی با این روند، نیازمند توسعه طرح‌های حمایتی، تامین و کنترل هزینه‌هاست که جای آن در ساختار نظام سلامت خالی است.

«توسعه دانش و عملکرد فناورانه» راهکار نوین مطرح‌شده بود. این یافته با یافته‌های مطالعات دیگر درزمینه های استاندارد کردن شرایط کاری، تقویت آموزش‌ها، به‌کارگیری فناوری و مراقبت‌های رایزینگی هماهنگ است (۴۰، ۶۳–۶۸). با توجه به متفاوت شدن نیاز انس آن‌ها، زندگی فناوری و استفاده از تکنولوژی اجتناب‌ناپذیر است؛ به‌ویژه در حوزه سلامت در بخش‌های مختلف آموزش، مراقبت، درمان و درمجموع خدمت‌رسانی‌ها، استفاده از فناوری و روش‌های هوشمند پاسخگوی خیلی از نیازهاست که می‌تواند به کادر نظام سلامت در خدمت‌رسانی دقیق، سریع، امن و ایمنه کمک کند. «توسعه مشارکت ذینفعان» ازجمله راهکارهای دیگر بود و با این موارد تعامل مدیران، مشارکت ذینفعان، تقویت مراقبت‌ها، خدمات جامعه‌محور و تاب‌آوری خانواده در مطالعات دیگران مرتبط بود (۲۰، ۴۵، ۴۰، ۵۱، ۶۰، ۶۱، ۶۶، ۶۶، ۶۹–۷۱). در هر برنامه گسترده و طولانی‌مدت، حضور گروه‌های مختلف بهره‌بردار در بخش‌های گوناگون قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا ضروری و مهم است. مشارکت‌ها از سطوح فردی تا بین بخشی و فرا منطقه‌ای قابل‌برنامه‌ریزی است. بسیاری سازمان‌های دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد در سطح کشور و جهان تجارب، طرح‌ها و خدماتی دارند که اگر کل آن قابل‌استفاده نباشد به‌کارگیری ایده‌های مرتبط آن‌ها به دستاوردهای دیگر می‌انجامد و با مشارکت بهره‌بردان و تعاملات بین سازمانی، فرد، جامعه و نظام سلامت توانمندتری وارد همکاری و فعالیت می‌شوند.

«سالمند محوری» نیز به‌عنوان راهکار مورد تاکید قرار گرفت. این یافته با یافته‌های مطالعات دیگر درزمینه های دسترسی عادلانه، آسان، در کوتاه‌ترین زمان، با رعایت حقوق و شایستگی خدمت‌گیرندگان، آگاهی‌رسانی‌ها، آموزش‌ها و توانمندسازی سالمندان مرتبط است (۱۷، ۲۰، ۲۷، ۵۱، ۵۶–۵۸، ۷۲).

مدیریت دقیق و مسئولانه سلامتی، از وظایف نظام سلامت است و به معنای خدمت‌رسانی بدون چشم‌داشت و پاسخگویی به انتظارات است که به شکل‌های گوناگون ازجمله ایجاد دسترسی‌های آسان و سریع به خدمات، ارائه خدمات به‌صورت شایسته و ارزشمند با رعایت کلیه حقوق، و ارائه کامل خدمات، آموزش‌ها و آگاهی باهدف بهبود قابلیت خدمت‌گیرندگان قابل‌ارائه است. همه این موارد اگر به‌طور هدفمند مورد برنامه‌ریزی قرار گیرند به بهبود کارایی نظام سلامت می‌انجامد.

«تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» نیز به‌عنوان راهکار مطرح شد. عوامل مرتبط با این یافته شامل حمایت اجتماعی، دارای همراه، فرزند یا متاهل بودن، زن بودن، شاغل بودن، دارای تحصیلات و درآمد بهتر در مطالعه‌ای مطرح‌شده است (۲۷). برخورداری از سرمایه و حمایت‌های اجتماعی ازجمله داشتن‌هایی است که می‌تواند بار مراقبت و بیماری را کاهش داده و پاسخگویی به نیازها رااین افراد یا گروه‌های مختلف تقسیم کند. این امر کمک می‌کند فرد نیازمند خدمات یا سیستم اصلی مسئول، به‌تنهایی تحت‌فشار و پاسخگویی نباشند و فرصت ارائه خدمات را داشته باشند. ضمناً با شناسایی ویژگی‌های تعیین‌گر سلامتی، برنامه‌ریزی‌ها و توانمندسازی‌های مطمئن‌تر و مفیدتری می‌توان ارائه نمود.

	1. Sadeghyan F, Raei M, Hashemi M, Amirī M, Chaman R (2011). Elderly and Health Problems: a cross Sectional Study in the Shahrood township. <i>Salmand Iran J Ageing</i> . 6(2): 26-30. [PMID]	
	2. Momtaz YA, Hamid TA, Ibrahim R. Unmet needs among disabled elderly Malaysians. <i>Social Science &amp; Medicine</i> . 2012;75(5):859-63. [DOI:10.1016/j.socscimed.2012.03.047] [PMID]	
	3. Mohammadshelbi A, Hassanzadeh A, Rezaianzadeh A. Socio-economic inequity in health care utilization. <i>Iranian Journal of Epidemiology and Global Health</i> . 2013; 3(3):139-46. [DOI:10.1016/j.ijegh.2013.03.006] [PMID]	
	4. The World Bank. GNI per capita, Atlas method (currentUS\$) - Iran, Islamic Rep [Internet]. 2020 [Updated 2020]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=IR	
	5. Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Nasari A. (Persian). <i>Aspects of ageing</i> [Persian]. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(1):92-105. [http://samjand.uisu.ac.ir/article-1-702-on.html]	
	6. Holtz C. Global health care: issues and policies. 2 th ed. United States: Jones & Bartlett Learning; 2013. https://books.google.com/books?id=PS0C2Ueudc&printsec=frontcover&source=gb_je_summary.&cad=0iv-onpage&q&f=false	
	7. Poor Reza A, Khabiri Nemati R. [Health economics and aging (Persian)]. <i>Salmand: Iranian Journal of Ageing</i> . 2007; 1(2):80-7. http://samjand.uisu.ac.ir/article-1-17-an.html	
	8. Yahiyei Dizaji J, Tajvar M, Mohammadsadeh V, Marzoufi H. [The effect of the presence of an elderly member on health care costs of Iranian households (Persian)]. <i>Salmand: Iranian Journal of Ageing</i> . 2020; 14(4):462-77. [DOI: 10.32598/ija.13.10.4020]	
	9. Yam HK, Mercer SW, Wong LY, Chan WK, Yeoh EK. Public and private healthcare services utilization by non-institutional elderly in Hong Kong: is the inverse care law operating? <i>Health Policy</i> . 2009; 91(3):229-38. [Doi: 10.1016/j.healthpol.2008.12.012] [PMID]	
	10. Chiavegatto Filho AD, Wang YP, Malik AM, Takaoka J, Viana MC, Andrade LU. Determinants of the use of health care services: Multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. <i>Revista de Saude Publica</i> . 2015; 49(15). [DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005246] [PMID]	
	11. Yoshino N, Kim CJ, Sirivannabool P. Aging population and its impacts on fiscal sustainability [Internet]. 2019 [Updated 2019 March 15]. Available from:https://t20japan.org/policy-brief-aging-population-impacts-fiscal-sustainability/	
	12. Ruseel M, Aradan A. The future of aging and health care costs: a reminder to the national health system. <i>Salmand Iran J Ageing</i> . 2007; 2(4): 300-52.	
	13. Rejeh N, Heravi-Karimioun M, Ferozghan M (2010). The needs of hospitalized elderly patients: A qualitative study. <i>Salmand Iran J Ageing</i> . 3 (1): 42-50.	
	14. Asadzadeh M, Mahser A, Jafari M, Ali mohammadsadeh K, Hoseni S. Review Health Care Service Patterns for Older Adults: A narrative Review [2015 to 2020]؛ 1:3-13.	
	15. McKeen NA, Chipperfield JG, Campbell DW. A longitudinal analysis of discrete negative emotions and health-services use in elderly individuals. <i>Journal of Aging and Health</i> . 2004; 16(2):204-27. [DOI:10.1177/0898264303262468] [PMID]	
	16. Azad Armani T, Kooreshi M, Parvaei SK. A critical approach to commodification, health, and the exclusion of the poor. <i>Social Studies and Research in Iran</i> . 2021; 10 (1): 175-212	
	17. Gonçalves DC, Coelho CM, Byrne GJ. The use of healthcare services for mental health problems by middle-aged and older adults. <i>Archives of gerontology and geriatrics</i> . 2014; 59(1):93-7.	
	18. Zarghani H, Kharazmi Q, Johari A. Evaluation of indicators of elderly friendly city in Mashhad with emphasis on socio-cultural indicators. <i>Human Geography Research</i> . 2015; 47 (4): 673-88.	
	19. Harmon L, Hickman S, Walshall J, Heltz P, Torke A. Emergency Physicians' Current Practice and Barriers to Palliative Focused End-of-Life Care in the Healthcare System (S76). <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> . 2014 Feb 1;47(2):480-1.	
	20. Cheraghi P, Cheraghi Z, Zanjari N. A Survey of Health Services Cost Patterns in Iranian Elderly: A Systematic Review. <i>Pajouhan Scientific Journal</i> . 201۰; 9 (1 7(3)): 1 – 7. Doi: 10.29252/psj.17.3	
	21- Irani A, Dastgiri S, Azizi Zain Al-Hajja A. Population aging and disease burden (review study). <i>Health Image Magazine</i> . 2015; 4 (2): 54-61.	
	22- Ruiz Ramos J, Jaenes Borrero AM, Blazquez Andion M, Mangués Bafalluy MA, Puig Campmany M. Elderly People With Drug-Related Problems Identified in the Emergency Department: Impact of Therapeutic Complexity on Consultations to the Health System. <i>SAGE Open</i> . 2020 May10(2):2158244202024373. doi:10.1177/2158244202024373	
	23- Amprino V, Azzan E, Gusmano MR, Siliquini R, Varese P, Gentili G. Depressive risk in elderly patients: new challenges to the Italian National Health System. <i>Maria Rosaria Gualano</i> . The European Journal of Public Health. 2016 Nov 1;26(suppl_1):ckw165-029.	
	24-Eteraf Oskoueï T, Vatankhah E, Najafi M. [The Status of Potentially Inappropriate Medication Prescription by Gen-eral Physicians for The Elderly in Tabriz (Iran) According to Beers Criteria (Persian)]. <i>Iranian Journal of Ageing</i> . 2021; 16(2):274-287. https://doi.org/10.32598/ija.16.2.2065.1	
	25- Anderson I, Irawa W. The implications of aging on the health systems of the Pacific Islands: challenges and opportunities. <i>Health Systems &amp; Research</i> . 2017 Jul 3;(3):191-202.	
	26- Mollahosseini S, Zare M, Tavakoli N, Hemati M. Service quality perceptions from the perspectives of elderly patients and their families: Using SERVQUAL. 2016. <i>Journal of Health Administration</i> . 2018 Apr 10;21(1):107-16.	
	27- Soleimanvandian Azar N, Moinchebaghi Karal SH, Sajadi H, Ghasemini Harouni GR, Karimi S, Feroozan AS. Barriers and Facilitators of the Outpatient Health Service Use by the Elderly. <i>Iranian Journal of Ageing</i> . 2020 Oct 10;15(3):238-77.	
	28- Sánchez-García S, Sánchez-Arenas R, García-Peña L, Ruíz-Arregui L, Juárez-Cedillo T. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health status and the use of health services. <i>Geriatrics &amp; gerontology international</i> . 2014 Apr;14(2):395-402.	
	29- Ebadî Fard Azar F, Rezapour A, Bagheri-Faradobeh S, Bagheri-Faradobeh H, Abdolmanafi SH, Jahangiri R. The Economic Burden of Alzheimer's Disease in the Elderly in Tehran City, Iran. <i>J Health Syst Res</i> 2018; 14(3): 340-6	
	30 Chauhan M, Saxena S. Barriers to Utilization of Public Health Services by Elderly Sub Dweller in Jalpur City. <i>Indian Journal of Public Health Research &amp; Development</i> . 2020 Apr 1(1):41.	

تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	توانمندسازی مالی
توسعه فناوری	توسعه منابع
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	توانمندسازی مالی
توسعه فناوری	توسعه منابع
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	توانمندسازی مالی
توسعه فناوری	توسعه منابع
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	توانمندسازی مالی
توسعه فناوری	توسعه منابع
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	توانمندسازی مالی
توسعه فناوری	توسعه منابع
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	توانمندسازی مالی
توسعه فناوری	توسعه منابع
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
مدیریت اختلالات	پیشگیری و درمان
تامین منابع	تامین و توسعه منابع
توانمندسازی	

# بررسی نگرش ارائه دهندگان مراکز خدمات جامع سلامت نسبت به برنامه های باروری سالم و فرزندآوری و عوامل مرتبط با آن

ملیحه مسعودی فرد\* معصومه اخوان دکتر مسعود دهقانی

کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز بهداشت شهرستان کاشان - Email: m.masoudifard@yahoo.com  
کارشناس ارشد جمعیت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز بهداشت شهرستان کاشان  
دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز بهداشت شهرستان کاشان

## چکیده

**مقدمه:** دانش و نگرش ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نقش مهمی در موفقیت برنامه های مرتبط با باروری و سیاستگذاری در حوزه سلامت باروری و جمعیت دارد از اینرو مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش ماماها و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مشغول به کار در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کاشان نسبت به برنامه های باروری سالم و فرزندآوری در سال ۱۴۰۰ انجام شد. روش کار: این مطالعه مقطعی روی ۱۵۲ نفر از ماماها و مراقبین سلامت که در ۵۰ مرکز و پایگاه و ۲۵ خانه بهداشت در شهرستان کاشان مشغول به کار هستند انجام شد. جامعه مورد مطالعه ماماها و مراقبین سلامت و بهورزان در نظر گرفته شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه نگرش سنجی با مقیاس لیکرت نسبت به سیاست های جدید جمعیتی و فرزندآوری جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) با استفاده از آمار توصیفی و همچنین آزمون های همبستگی ساده و چند متغیره انجام شد. **یافته ها:** ۲۵ درصد پاسخ دهندگان مخالف سیاست های جدید افزایش جمعیت هستند و ۵۳ درصد اقدامات اتخاذ شده وزارت بهداشت را بر افزایش جمعیت مثبت نمی دانند. همچنین درصد نگرش مثبت نسبت به تاثیر عوامل مرتبط با عدم تمایل و اقدام به فرزندآوری زوجین شامل: بالارفتن سطح تحصیلات زوجین ۶۷ درصد، اشتغال زنان ۸۰ درصد، بالارفتن سطح رفاهی جامعه ۵۲ درصد، پیشرفت تکنولوژی و دنیای مدرن ۵۶ درصد، تغییر عقاید و باروری های دینی ۶۱ درصد، تغییر پذیرش اجتماعی و بارورهای فرهنگی ۷۰ درصد، مهارت ناکافی فرزندپروری ۷۶ درصد و کمبود مهارت های زندگی ۸۰ درصد بوده است و بر اساس نظرسنجی و اولویت بندی انجام شده سه اولویت اول بر عدم تمایل و اقدام برای فرزندآوری به ترتیب: مشکلات اقتصادی، کمبود مهارتهای زندگی و مهارت ناکافی در فرزندپروری بوده است. **نتیجه گیری:** ماماها و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نقش اساسی در تقویت دانش جامعه و بهبود نگرش آنها نسبت به فرزندآوری دارند. از این رو، پیشنهاد می شود سیاستگذاری های باروری سالم و جمعیت در راستای ارتقاء دانش و نگرش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و به تبع آن افزایش آگاهی جامعه در زمینه اهمیت مسئله کاهش جمعیت و ضرورت نیاز به تغییر رویکرد جمعیتی قبلی به سیاست جدید فعلی صورت گیرد. **کلید واژه:** فرزندآوری، باروری سالم، نگرش، ارائه دهندگان خدمات سلامت

## مقدمه:

دانش و نگرش ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نقش مهمی در موفقیت برنامه های مرتبط با باروری و سیاستگذاری در حوزه سلامت باروری و جمعیت دارد (۱). برای سالیان متمادی، کارکنان مراقبت های بهداشتی نقش مهمی در برنامه های مرتبط با باروری ایفا کرده اند. آنها بیشتر به ارائه آموزش و مشاوره برای مددجویان با هدف برنامه های تنظیم خانواده پرداخته اند (۲). در سال های اخیر همزمان با تغییر سیاست های جمعیتی در ایران، اقدامات زیادی برای افزایش نرخ باروری در جامعه صورت گرفته است. بنابراین نقش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی ارتقای نگرش ها و مشاوره مطلوب در راستای سیاست های جدید جمعیتی کشور است دستیابی به این هدف مستلزم آموزش و تغییر نگرش مراقبین سلامت است تا بتوانند خانواده ها را در مورد فرزندآوری سالم آگاه و متقاعد کنند. (۳).

## مواد و روش ها:

این مطالعه مقطعی روی ۱۵۲ نفر از ماماها و مراقبین سلامت که در ۵۰ مرکز و پایگاه و ۲۵ خانه بهداشت در شهرستان کاشان مشغول به کار هستند انجام شد. جامعه مورد مطالعه ماماها و مراقبین سلامت و بهورزان در نظر گرفته شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه نگرش سنجی با مقیاس لیکرت (موافقم، مخالفم، نظری ندارم) نسبت به سیاست های جدید جمعیتی و فرزندآوری جمع آوری شد. روایی پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی رشته های مامایی، بهداشت باروری، پرستاری و روانشناسی تایید شد. پس از اعمال نظرات آنها، نسبت اعتبار محتوا و شاخص اعتبار محتوا محاسبه و روایی محتوایی ابزار تایید شد. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) با استفاده از آمار توصیفی و همچنین آزمون های همبستگی ساده و چند متغیره انجام شد.

## نتایج و بحث:

۲۵ درصد پاسخ دهندگان مخالف سیاست های جدید افزایش جمعیت هستند و ۵۳ درصد اقدامات اتخاذ شده وزارت بهداشت را بر افزایش جمعیت مثبت نمی دانند. همچنین درصد نگرش مثبت نسبت به تاثیر عوامل مرتبط با عدم تمایل و اقدام به فرزندآوری زوجین شامل: بالارفتن سطح تحصیلات زوجین ۶۷ درصد، اشتغال زنان ۸۰ درصد، بالارفتن سطح رفاهی جامعه ۵۲ درصد، پیشرفت تکنولوژی و دنیای مدرن ۵۶ درصد، تغییر عقاید و بارورهای های دینی ۶۱ درصد، تغییر پذیرش اجتماعی و بارورهای فرهنگی ۷۰ درصد، مهارت ناکافی فرزندپروری ۷۶ درصد و کمبود مهارت های زندگی ۸۰ درصد بوده است و بر اساس نظرسنجی و اولویت بندی انجام شده سه اولویت اول بر عدم تمایل و اقدام برای فرزندآوری به ترتیب: مشکلات اقتصادی، کمبود مهارتهای زندگی و مهارت ناکافی در فرزندپروری بوده است. در مطالعه خدیوزاده هم بین نگرش نسبت به فرزندآوری و فاصله مورد نظر بین ازدواج و تولد اولین فرزند تشویق کارکنان دولتی همبستگی معنی داری مشاهده شد (۴).

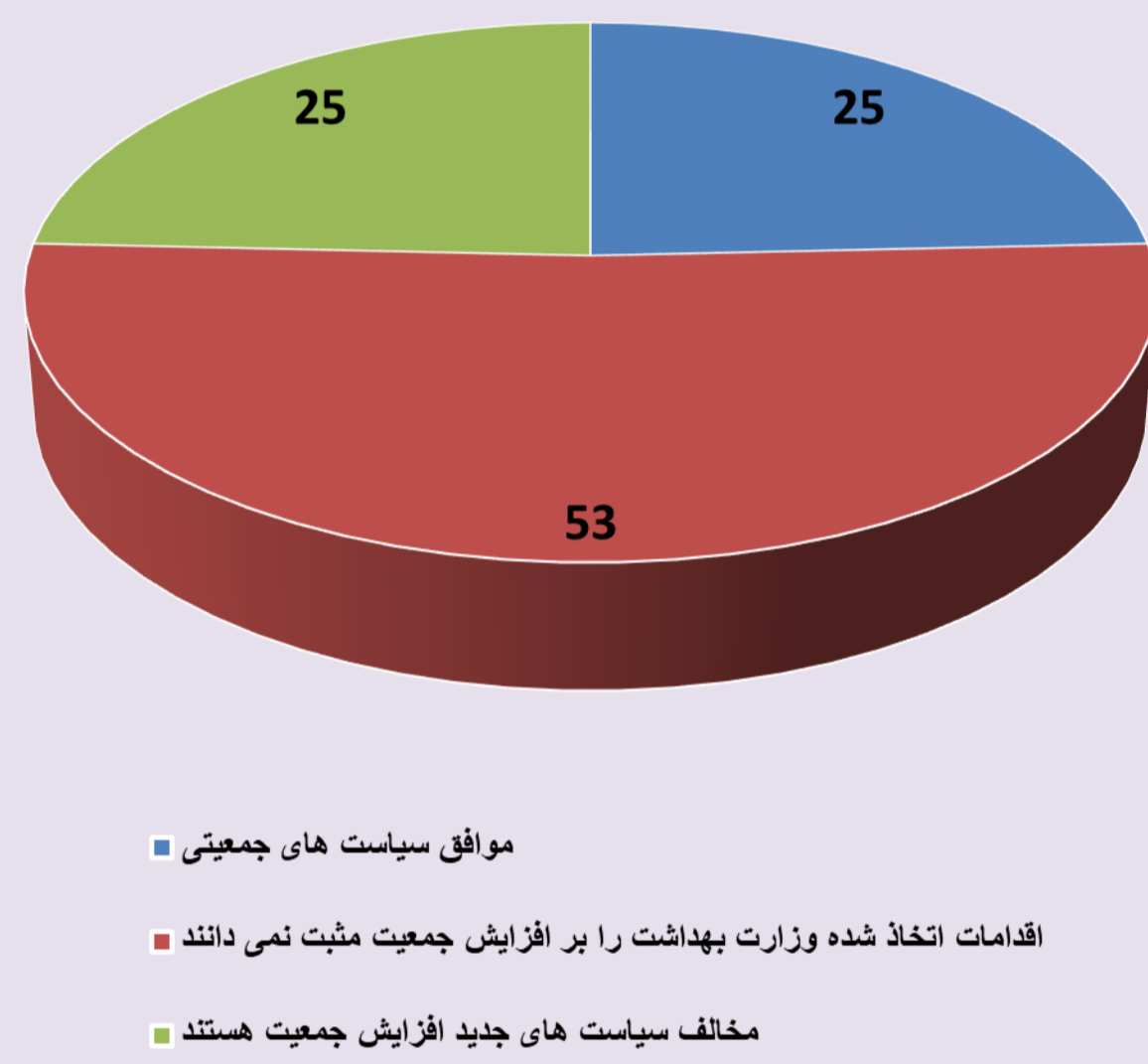
**نتیجه گیری:** ماماها و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نقش اساسی در تقویت دانش جامعه و بهبود نگرش آنها نسبت به فرزندآوری دارند. از این رو، پیشنهاد می شود سیاستگذاری های باروری سالم و جمعیت در راستای ارتقاء دانش و نگرش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و به تبع آن افزایش آگاهی جامعه در زمینه اهمیت مسئله کاهش جمعیت و ضرورت نیاز به تغییر رویکرد جمعیتی قبلی به سیاست جدید فعلی صورت گیرد.

## References:

- 1) Raziye Rahmati (MSc), Talat Khadivzadeh (PhD) Habibollah Esmaily (PhD), Hamid Reza Bahrami (PhD), Knowledge and Attitude of Staff Working in Healthcare Centers Regarding Childbearing, journal of midwifery & reproductive health, 2017.
- 2) Khadivzadeh T, Arghavani E, Shokrollahi P, Ghazanfarpour M, Kareshki H. Factorial structure of the Persian version of Childbearing Questionnaire in first time engaged couples in Iran. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018; 38(4):1-6.
- 3) Roudsari RL, Khadivzadeh T, Bahrami M. A grounded theory approach to understand the process of decision making on fertility control methods in urban society of Mashhad, Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2013; 18(5):408.
- 4) Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude toward governmental incentives on childbearing and its relationship with fertility preferences in couples attending premarital counseling clinic in health centers in Mashhad. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015

## اشکال و جداول:

نمودار نگرش کارکنان نسبت به سیاست های جدید جمعیتی



نتایج نگرش سنجی ۱۵۲ نفر از پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کاشان در خصوص سیاست های جدید جمعیتی و فرزندآوری

مجموع سوالات نگرشی	جمع بندی نظرات
تاثیر بالارفتن سن ازدواج بر تصمیمات باروری زوجین	بین ۸۰ تا ۹۳٪ پاسخ دهندگان با تاثیر بالارفتن سن ازدواج بر عدم تمایل بر فرزندآوری، ترس از فرزندآوری و کاهش قدرت باروری توافق دارند.
تاثیر محدودیت در ارائه روش های پیشگیری از بارداری بر باروری های پرخطر، ناخواسته و سقط و افزایش جمعیت و نوع ترکیب جمعیت	۴۴٪ پاسخ دهندگان مخالف تاثیر محدودیت در ارائه روش های پیشگیری بر افزایش جمعیت هستند. ۷۳٪ پاسخ دهندگان بر تاثیر محدودیت آرایه روش ها بر افزایش جمعیت اقرار کم درآمد توافق دارند. بین ۸۲ تا ۸۸٪ پاسخ دهندگان بر تاثیر محدودیت آرایه روش های پیشگیری بر افزایش بارداری های ناخواسته، پرخطر و سقط عمدی توافق دارند. ۶۸٪ از پاسخ دهندگان اتخاذ تصمیم محدودیت در ارائه روش های پیشگیری از بارداری را روشی درست نمی دانند. ۶۰٪ پاسخ دهندگان مخالف تاثیر گذاری تصمیم محدودیت در ارائه روش های پیشگیری بر تغییر رویکرد زوجین به فرزندآوری هستند.
تاثیر سن ازدواج، تصمیمات باروری و شیوه زندگی زوجین بر بروز ناباروری	بین ۸۰ تا ۹۴٪ پاسخ دهندگان بر تاثیر بالارفتن ازدواج، طولانی شدن ازدواج از بارداری اول، طولانی شدن فاصله بارداریها و شیوه زندگی نامناسب بر بروز ناباروری توافق دارند. ۹۴٪ پاسخ دهندگان موافق آموزش عوامل خطر ناباروری از دوران نوجوانی و قبل از ازدواج هستند.
تاثیر عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، مهارتی و ... بر عدم تمایل و اقدام برای فرزندآوری	۹۹٫۳٪ پاسخ دهندگان بر تاثیر مشکلات اقتصادی بر عدم تمایل و اقدام زوجین به فرزندآوری توافق دارند. همچنین درصد توافق بر تاثیر عوامل ذیل بر عدم تمایل و اقدام به فرزندآوری زوجین به شرح ذیل بوده است: بالارفتن سطح تحصیلات زوجین: ۶۷٪ / اشتغال زنان: ۸۰٪ / بالارفتن سطح رفاهی جامعه: ۵۲٪ / پیشرفت تکنولوژی و دنیای مدرن: ۵۶٪ / تغییر عقاید و باروری های دینی: ۶۱٪ / تغییر پذیرش اجتماعی و بارورهای فرهنگی: ۷۰٪ / تغییر در تعریف و جایگاه خانواده: ۷۰٪ / مهارت ناکافی فرزندپروری: ۷۶٪ / کمبود مهارت های زندگی: ۸۰٪

جدول عوامل مرتبط با عدم تمایل و اقدام به فرزندآوری زوجین

عوامل مرتبط با عدم تمایل و اقدام به فرزندآوری زوجین	درصد
اشتغال زنان	۸۰
آشنایی ناکافی با مهارت های زندگی	۸۰
مهارت ناکافی فرزندپروری	۷۶
تغییر پذیرش اجتماعی و بارورهای فرهنگی	۷۰
افزایش سطح تحصیلات زوجین	۶۷
تغییر عقاید و باروری های دینی	۶۱
پیشرفت تکنولوژی و دنیای مدرن	۵۶
بالارفتن سطح رفاهی جامعه	۵۲



## چکیده

افزایش جمعیت سالمند، از مهمترین چالشهای اقتصادی اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم بوده و تبعات بسیاری به دنبال خواهد داشت. سالمندی جمعیت که امروزه در جهان صنعتی شکل گرفته، به تدریج در جهان سوم نیز در حال تکوین بوده و در حال جهانی شدن می باشد. ایران هم در دهه های اخیر تغییرات گسترده ای را در مسایل جمعیت تجربه کرده است. مطالعه حاضر با هدف توجه خاص به اهمیت پدیده قریب الوقوع سالمندی جمعیت در ایران و پیامدهای آن انجام شده است. **مواد و روشها:** پژوهش حاضر یک مطالعه مروری است که در آن داده های به دست آمده از منابع مختلف از جمله مرکز آمار ایران، وب سایت سازمان جهانی بهداشت، پایگاه های انگلیسی و فارسی، گزارش سازمان های فعال از نظر مسائل سالمندی، کتاب ها، پایان نامه ها، مجلات جمع آوری شده اند. **یافته ها:** تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آینده، حاکی از وجود چالشها و مشکلات فراوان در حال حاضر، و پیچیده تر شدن و گسترش یافتن این چالشها و مشکلات در آینده ای نه چندان دور است. لیکن هنوز برنامه ریزی و تمرکز کافی در این زمینه صورت نگرفته، و ساماندهی امور سالمندان از پشتوانه قانونی کافی برخوردار نمی باشد. لذا توجه جدی به ساماندهی، حمایت و ارتقاء سلامت سالمندان، گرچه دیر هنگام ولی امری اجتناب ناپذیر است. **بحث و نتیجه گیری:** مشکل سالمندی در ایران به سرعت و بدون برنامه ریزی و تمرکز کافی ظاهر می شود. سالخوردگی جمعیت باید به عنوان یکی از مهمترین چالش های پیش روی کشور در نظر گرفته شود، همچنین لازم است سالمندان به عنوان یک اقشار آسیب پذیر جامعه مورد توجه قرار گیرند. و آماده ساختن جمعیت برای ورود به دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاستهای کلان کشوری و مبنای توسعه اجتماعی و اقتصادی باشد.

**کلید واژه ها:** جمعیت، سالمندی، سالمندی جمعیت، عواقب سالمندی جمعیت

## مقدمه

امروزه در میان اکثر جوامع، مشکل سالمندی به عنوان یک موضوع اجتماعی به دلیل افزایش سریع و پیامدهای آن، متمرکز شده است. جمعیت ایران نیز در چند دهه اخیر شواهد روند افزایشی در گروه سنی میانسالان و سالمندان بوده است، به طوری که بر اساس آمار سرشماری نفوس و مسکن منتشر شده توسط مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران، ۷ میلیون و ۴۱۴ هزار نفر گزارش شده است. با توجه به کاهش نرخ رشد جمعیت و این تغییر در هرم سنی، انتظار می رود جمعیت سالمندی در دهه های پیش رو نیز روند رو به رشدی داشته باشد. (۴)

## تحولات جمعیتی جهان

در سالهای اخیر نرخ رشد جمعیت سالمند جهان با ۱/۹ درصد به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از نرخ رشد کل جمعیت جهان با ۲/۱ درصد بوده و پیش بینی ها نشان می دهد در دوره زمانی ۲۰۳۰-۲۰۲۵، جمعیت سالمند رشدی معادل ۵/۳ برابر رشد کل جمعیت خواهد داشت (۶)

## ساختار و تحولات جمعیتی ایران

ایران در دهه های اخیر تغییرات گسترده ای را در مسایل جمعیتی تجربه کرده است. در حال حاضر گروه های سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بیشترین سهم را در هرم جمعیتی کشور دارا هستند، و تا سال ۲۰۵۵ میلادی بیشترین نسبت جمعیتی کشور مربوط به گروه های سنی بالای ۶۰ سال خواهد بود (۱۰).

## تحولات جمعیتی و برنامه ریزی اجتماعی

در واقع از آن جایی که برنامه ریزی برای رفع نیازهای جمعیت صورت می گیرد، مهمترین متغیری که در برنامه ریزی باید به آن توجه داشت، جمعیت و ویژگیهای آن می باشد و یکی از ویژگی های مهم جمعیت، ترکیب سنی آن می باشد (۱۳).

## پیامد و نیازهای سالمندی جمعیت

اهمیت تغییرات جمعیتی اخیر، تا حدی است که از سالمندی جمعیت به عنوان یک فوریت جهانی (Global Emergency) نام برده می شود. افزایش جمعیت سالمند به خودی خود مهم نبوده، بلکه تبعات آن بر ابعاد مختلف اجتماعی اقتصادی، بهداشتی و درمانی، اهمیت آن را دوچندان می کند (۱۸).

## یافته ها: تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای

آینده، حاکی از وجود چالشها و مشکلات فراوان در حال حاضر، و پیچیده تر شدن و گسترش یافتن این چالشها و مشکلات در آینده ای نه چندان دور است. لیکن هنوز برنامه ریزی و تمرکز کافی در این زمینه صورت نگرفته، و ساماندهی امور سالمندان از پشتوانه قانونی کافی برخوردار نمی باشد. لذا توجه جدی به ساماندهی، حمایت و ارتقاء سلامت سالمندان، گرچه دیر هنگام ولی امری اجتناب ناپذیر است.

## بحث و نتیجه گیری: مشکل سالمندی در

ایران به سرعت و بدون برنامه ریزی و تمرکز کافی ظاهر می شود. سالخوردگی جمعیت باید به عنوان یکی از مهمترین چالش های پیش روی کشور در نظر گرفته شود، همچنین لازم است سالمندان به عنوان یک اقشار آسیب پذیر جامعه مورد توجه قرار گیرند. و آماده ساختن جمعیت برای ورود به دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاستهای کلان کشوری و مبنای توسعه اجتماعی و اقتصادی باشد.

### منابع

۱. شجاعی فروغ، محسنی زنوزی سید جمال الدین، محمدزاده یوسف. اثرات پیری جمعیت بر هزینه مراقبت های بهداشتی. فصلنامه تامین اجتماعی. ۱۳۹۸؛ ۱۴(۲): ۱۲۷-۱۳۲.
2. United Nations Development Programme (September 2005). [UN Human Development Report 2005, International Cooperation at a Crossroads-Aid, Trade and Security in an Unequal World](#) (PDF). United Nations Development Programme. ISBN 978-0-19-530511-1. [\[cite book\]](#): External link in [|format=](#) (help)
۳. عزیزی زینالاحاجلو اکبر، امینی ابوالقاسم، تبریزی جعفر صادق. پیامدهای جمعیت سالمندی با تأکید بر چالش روزافزون نظام سلامت در ایران (مطالعه مروری) ۱۳۹۴؛ ۱۶(۱): ۴۴-۵۳.
۴. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه کشوری دمانس در نظام سلامت ایران جهت اجرا در بازه زمانی ۱۴۰۵-۱۴۰۰. نوبت اول.
5. PAHO, WHO. Health of Older Persons. Aging and Health: A Shift in the Paradigm 1998. Available from: [http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp25\\_12.pdf](http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp25_12.pdf).
6. Nations U. World Population Aging: 1950-2050. 2002. Nations U. World Population Prospects. 2010.



# بررسی عوامل مرتبط با شروع زودرس یائسگی

نویسندگان: دکتر زهره شاه حسینی ۱، سیده ملیحه ساداتی\*۲

۱. استاد، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی نسیه، ساری، ایران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران



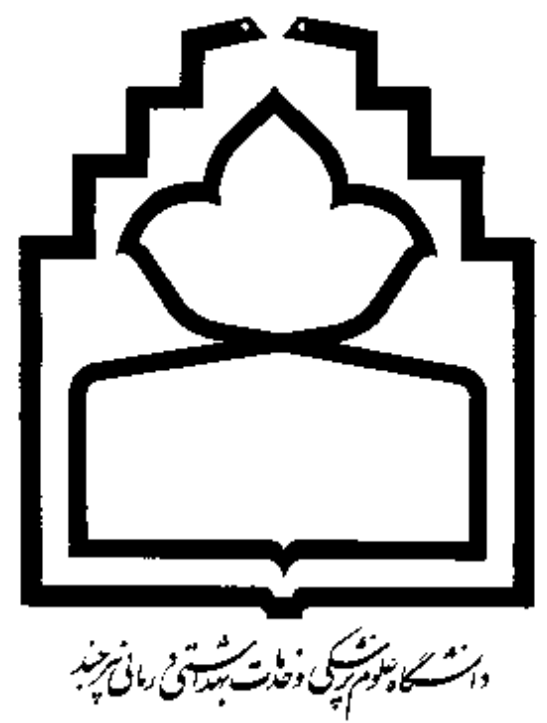
مقدمه و هدف : یائسگی طبیعی در سنین بین ۴۵ تا ۵۵ سال رخ می دهد. از آنجا که یائسگی با تغییرات سیستم باروری و بروز علائم ازوموتور و مشکلات جسمی و روانی همراه است. بروز عوارض زودرس یائسگی می تواند کیفیت زندگی زنان را به شدت تحت تاثیر قرار دهد. لذا هدف مطالعه حاضر بررسی عوامل مرتبط با شروع زودرس یائسگی می باشد.

یافته ها : شروع زود هنگام یائسگی در زنان مجرد، زنان با تعداد کم تولد یا بدون فرزند، با شیردهی محدود یا بدون شیردهی، منارک زودتر از ۱۴ سال، مصرف کم داروهای ضد بارداری خوراکی، مشکلات هورمونی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی ضعیف، BMI پایین، و در زنان سیگاری و دارای اعتیاد به مواد مخدر مشاهده گردید. برخی دیگر از عوامل مانند رژیم غذایی پرچرب، عدم تعادل انرژی بدن، میزان کم مطالعه و استرس بیماری و کیفیت رشد دوران کودکی و نوجوانی نیز در سن یائسگی اثرگذار است.

روش جستجو: مطالعه مروری حاضر، با جستجوی اینترنتی در بازه های زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ در پایگاه های اطلاعاتی ایرانی و بین المللی ISI, Web of, SID, scopus, pubmed, science, cochrane library, magiran, civilica, iranmedex Up to date, موتور جست و جو google scholar با گردآوری 54 مقاله که در نهایت 7 مقاله با کلمات کلیدی:

Premature Menopause, Menopause symptoms, Onset of menopause, Early Menopause مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه گیری : شناسایی عوامل موثر در بروز یائسگی در مدیریت علائم و جلوگیری از بروز یائسگی زودرس اثرگذار خواهد بود.



# The factors affecting Childbearing Intention in Employee women in Birjand: Application of the theory of planned behavior

Toktam Alizadeh<sup>1</sup>, Mitra Moodi<sup>2</sup>, Fatemeh Salmani<sup>3</sup>, Asieh Moudi<sup>4</sup>\*

<sup>1</sup> Student Research Committee, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. (toktamalizadeh76@gmail.com)

<sup>2,3</sup> Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

<sup>4</sup> Department of Midwifery, Qaen School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.



## Abstract

**Background:** Childbearing is one of the most important determinants of population fluctuations. Identifying factors affecting childbearing is necessary for the proper implementation of population programs. This study aimed to determine the factors affecting childbearing Intention among Employee women in Birjand based on the theory of planned behavior.

**Materials and Methods:** In this descriptive-correlational study, 405 Employee women in the offices of Birjand city in 2022 were selected by stratified random sampling and completed a two-part questionnaire including demographic information and questions related to the theory of planned behavior. Data were analyzed using SPSS v 19 and Pearson's correlation, logistic regression, independent t-test, and ANOVA.

**Results:** The mean age of the participants in the study was 37.82±6.39 years and mean number of current children was 1.77±0.92. The mean score of childbearing intention was 8.80±3.06, the attitude was 66.04±11.50, the subjective norm was 27.03± 6.95, and perceived behavioral control was 32.90±7.80. Also, there was a significant negative and direct relationship between all the Constructs of the theory of planned behavior and childbearing intention ( $P<0.01$ ). The variables of age, the number of current children, and the ideal number of children were predictors of childbearing intention. According to the standardized beta coefficients, the strongest predictor of intention was the number of current children ( $\beta = -0.464$ ).

**Conclusion:** The findings showed that various demographic factors are efficient in childbearing intention. Findings of this study can provide a picture of current situation of factors affecting childbearing intention in society and be used as a guide for the authorities in fertility planning.

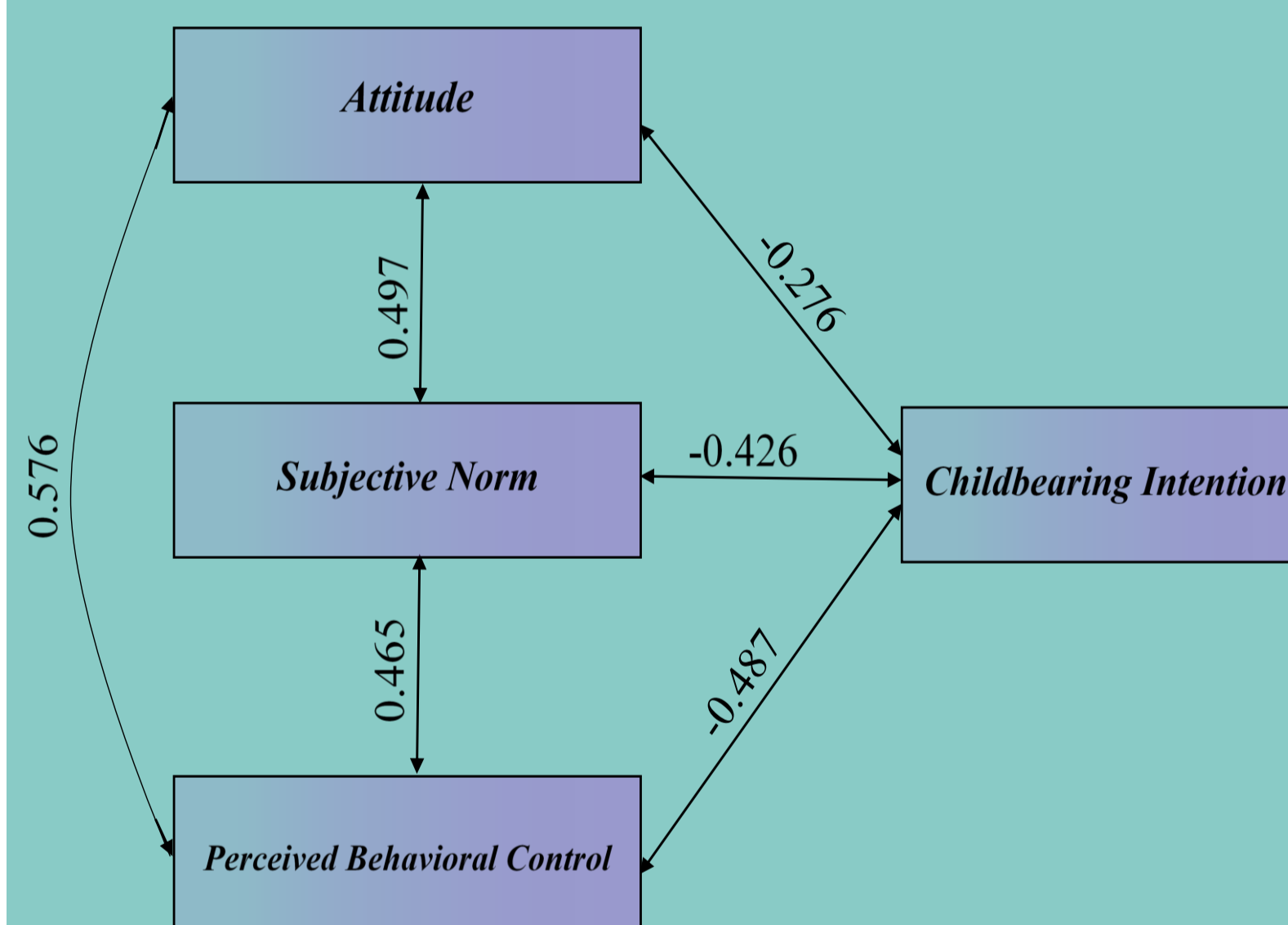
**Keywords:** Attitude, Fertility, Intention, Women

## Background

In recent years, significant demographic changes have occurred around the world and fertility and having children are the major determinants of demographic fluctuations. Decrease in the fertility rate and the transformation of natural fertility into controlled fertility, the construct of the population has gradually shifted from youth to old age. Iran has currently the lowest fertility rate in the Middle East. Having children is multi-factorial, and various individual, psychological, economic, social, cultural, demographic, and biological factors affect it. Identifying factors affecting childbearing is necessary to implement population policies and programs. Therefore, this study was conducted to determine the factors affecting the intention to have children among working women in Birjand based on the TPB.

## Results

The mean age of the participants in the study was 37.82±6.39 years and mean number of current children was 1.77±0.92. The variables of age, the number of current children, and the ideal number of children were predictors of childbearing intention. According to the standardized beta coefficients, the strongest predictor of intention was the number of current children ( $\beta = -0.464$ ).



**Correlation between Constructs of TPB**

## Conclusion

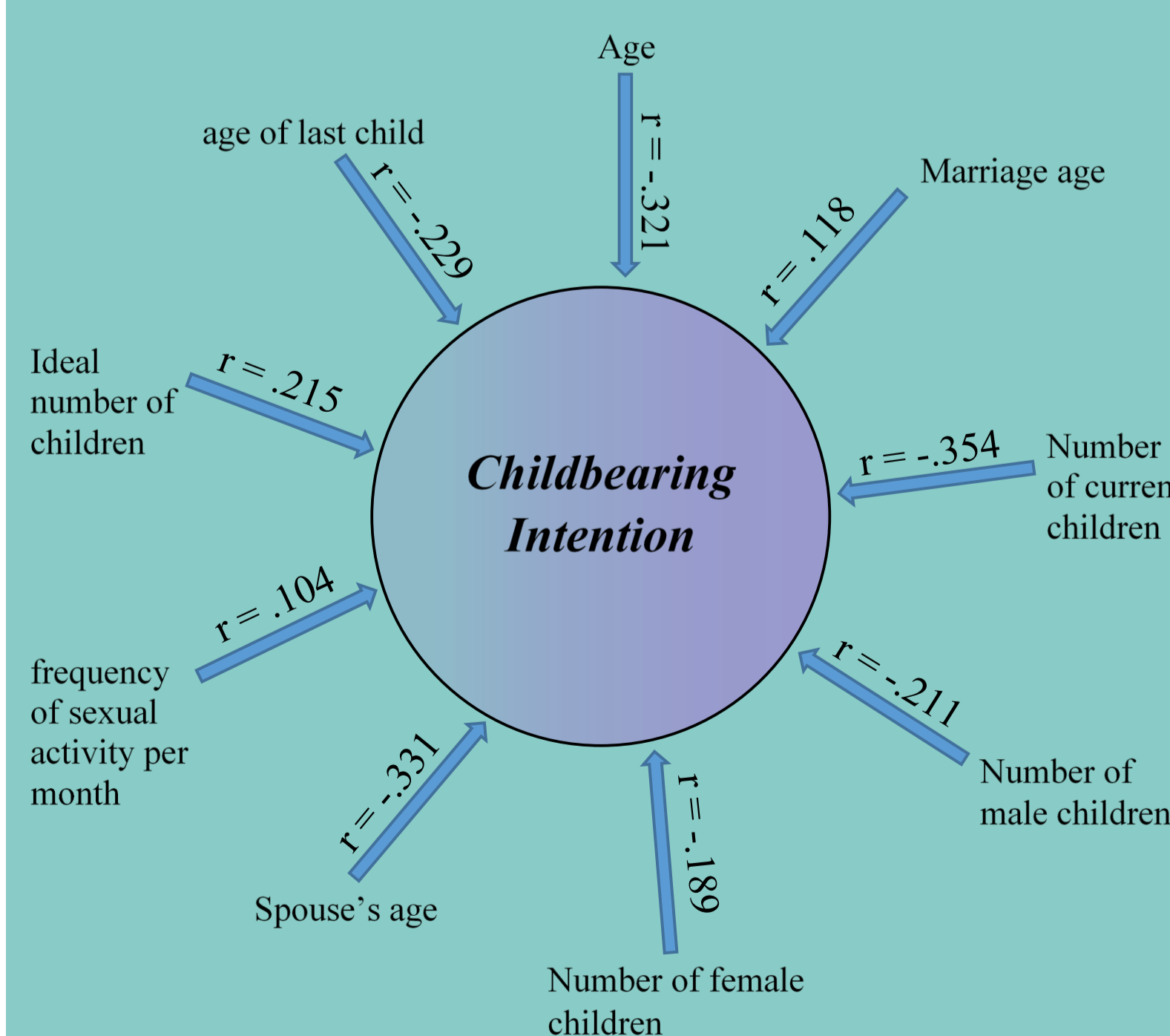
The findings showed that various demographic factors are efficient in childbearing intention. Also, the theory of planned behavior can be presented as a suitable framework for designing and implementing educational interventions with the aim of creating intention in people. Findings of this study can provide a picture of current situation of factors affecting childbearing intention in society and be used as a guide for the authorities in fertility planning. One of limitations of this study was target population whom were merely employee women in government offices. It is suggested to conduct more research on housewives and employee women in the private institutions.

## Methods

This descriptive-correlation study (cross-sectional type) was conducted in 2022 on 405 Employee women in the government offices of Birjand city. women selected by stratified random sampling. The data collection tool was a demographic questionnaire and questionnaire on the intention to have children designed based on the TPB and using by brainstorming, studying sources, and the existing questionnaire. Data were analyzed using SPSS v19 and Pearson's correlation, logistic regression, independent t-test, and ANOVA.

## References

1. Lee JN, Hwang MJ. Determinants on the number of children among married women in Korea. Journal of Population and Social Studies [JPSS]. 2019;27(1):53-69.
2. Ghaffari F, Motaghi Z. Factors Affecting Childbearing Based On Women's Perspectives: A Qualitative Study. J Navid No. 2021; 23(76):33-43.
3. Lee JJ, Kang CH. Factors Related to Childbirth Intention of Migrant Women in Multicultural Marriages in Korea. Iranian journal of public health. 2020;49(8):1447-54.



**Demographic factors affecting childbearing intention**





## چکیده

مقدمه: با افزایش سرعت سالمند شدن جمعیت در جهان، پیش‌بینی می‌شود تا ۳۰ سال آینده یک چهارم جمعیت جهان را سالمندان تشکیل دهند. سرشماری‌ها در ایران بیانگر رشد جمعیت سالمندان از ۵٪ در سال ۱۳۵۵ به ۱۰٪ در سال ۱۳۹۸ است و برآورد می‌شود در سال ۱۴۲۰ به ۲۰٪ برسد. این در حالی است که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته جهان، دو برابر شدن جمعیت سالمندی در طول بیش از صد سال اتفاق می‌افتد و کشور ما بالاترین شیب و شتاب افزایش جمعیت سالمندی در دنیا را دارد، استان زنجان دهمین استان پیر کشور می‌باشد. این مطالعه با هدف توصیف وضعیت سالمندی در استان و برجسته نمودن اهمیت توجه به پدیده قریب‌الوقوع سالمندی جمعیت انجام شده است. روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بوده و جامعه آماری آن جمعیت سالمندان استان زنجان طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۴۰۰ به تفکیک جنسیت، محل سکونت در کل استان و شهرستان‌های تابعه و براساس سامانه سبب می‌باشد. اطلاعات پس از جمع‌آوری با شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: جمعیت سالمندان استان زنجان در سال ۱۳۹۷ از ۱۱۴۳۷۰ نفر به ۱۲۴۶۵۴ در سال ۱۴۰۰ رسیده است، رشد جمعیت سالمندی در استان زنجان به ترتیب در طی این سال‌ها ۱۱.۳۱، ۱۱.۳۵، ۱۱.۳۹ و ۱۱.۴۲ درصد است، در استان سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بوده و سهم سالمندان زن بیشتر از مرد می‌باشد. شهرستان‌های ایجرود پیرترین و خدابنده جوان‌ترین شهرستان استان با شاخص‌های سالخوردگی ۱۳.۷۳ و ۱۰.۷۶ می‌باشند. بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه و روند افزایشی رشد جمعیت سالمندان در استان و نظر به وجود چالش‌ها و مشکلات فراوان و پیچیده‌تر شدن و گسترش یافتن چالش‌ها و مشکلات در آینده نه چندان دور، توجه جدی به ساماندهی، حمایت و ارتقاء سلامت سالمندان، گرچه دیر هنگام ولی امری اجتناب ناپذیر است. با توجه به بررسی تحولات جمعیت سالمندان استان و ایران، برنامه ریزی موثر برای تامین نیازهای افراد سالمند که جمعیت آنان در دهه‌های آتی با سرعت بیشتری روبه افزایش خواهد بود، ضروری است. واژگان کلیدی: سالمندی، رشد جمعیت سالمند، شاخص سالمندی

## مقدمه:

با افزایش سرعت سالمند شدن جمعیت در جهان، پیش‌بینی می‌شود تا ۳۰ سال آینده یک چهارم جمعیت جهان را سالمندان تشکیل دهند. سرشماری‌ها در ایران بیانگر رشد جمعیت سالمندان از ۵٪ در سال ۱۳۵۵ به ۱۰٪ در سال ۱۳۹۸ است و برآورد می‌شود در سال ۱۴۲۰ به ۲۰٪ برسد. این در حالی است که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته جهان، دو برابر شدن جمعیت سالمندی در طول بیش از صد سال اتفاق می‌افتد و کشور ما بالاترین شیب و شتاب افزایش جمعیت سالمندی در دنیا را دارد، استان زنجان دهمین استان پیر کشور می‌باشد. این مطالعه با هدف توصیف وضعیت سالمندی در استان و برجسته نمودن اهمیت توجه به پدیده قریب‌الوقوع سالمندی جمعیت انجام شده است.

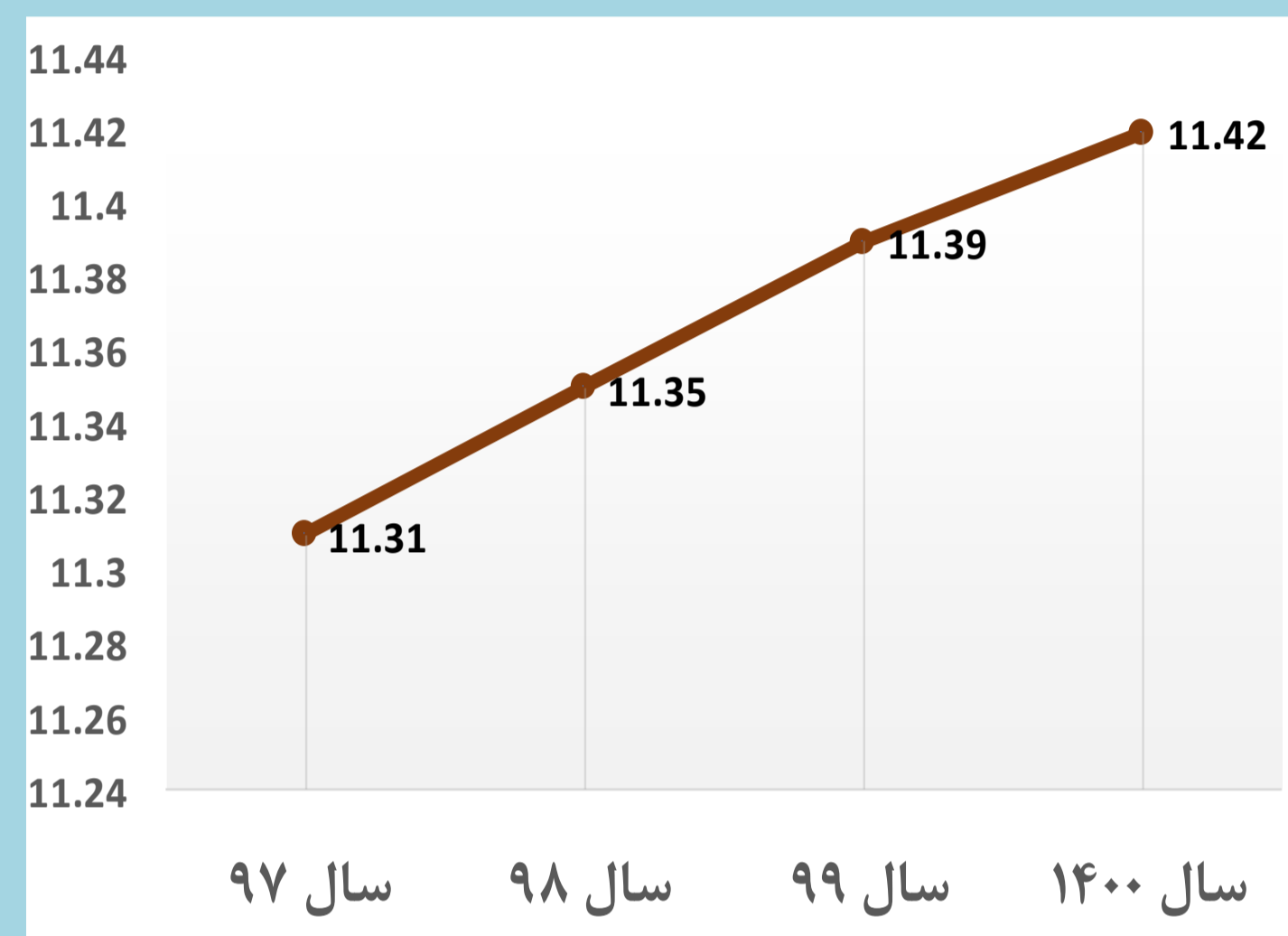
## روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بوده و جامعه آماری آن جمعیت سالمندان استان زنجان طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۴۰۰ به تفکیک جنسیت، محل سکونت در کل استان و شهرستان‌های تابعه و براساس سامانه سبب می‌باشد. اطلاعات پس از جمع‌آوری با شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته‌ها:

جمعیت سالمند استان زنجان در سال ۱۳۹۷ از ۱۱۴۳۷۰ نفر به ۱۲۴۶۵۴ در سال ۱۴۰۰ رسیده است، نمودار رشد جمعیت سالمندی و جداول مربوط به فراوانی به تفکیک جنسیت و محل سکونت آورده شده است، سهم جمعیت سالمندان در مناطق روستایی و شهر مناطق شهری و بوده و سهم سالمندان زن بیشتر از مرد می‌باشد. ایجرود پیرترین و خدابنده جوان‌ترین شهرستان استان با شاخص‌های سالخوردگی ۱۳.۷۳ و ۱۰.۷۶ می‌باشند. با توجه به روند افزایشی رشد جمعیت سالمندان در استان و نظر به وجود چالش‌ها و مشکلات فراوان و پیچیده‌تر شدن و گسترش یافتن چالش‌ها و مشکلات در آینده نه چندان دور، توجه جدی به ساماندهی، حمایت و ارتقاء سلامت سالمندان، گرچه دیر هنگام ولی امری اجتناب ناپذیر است. با توجه به بررسی تحولات جمعیت سالمندان استان و ایران، برنامه ریزی برای تامین نیازهای سالمندان که جمعیت آنان در دهه‌های آتی با سرعت بیشتری روبه افزایش خواهد بود، ضروری است.

نمودار شماره ۱: رشد جمعیت سالمندی استان زنجان



جنسیت	سال ۱۴۰۰		سال ۹۹		سال ۹۸		سال ۹۷	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
درصد	۱۰.۶۷	۱۲.۲	۱۰.۶۶	۱۲.۱۵	۱۰.۹۳	۱۲.۴۷	۱۰.۹۴	۱۲.۴۸

جدول شماره ۱: فراوانی سالمندان بر اساس جنسیت

سال	سال ۹۹	سال ۹۸	سال ۹۷	محل سکونت
۳۸.۶۹	۳۹.۴	۴۰.۳۱	۴۰.۱	روستا
۴۷.۷۸	۴۶.۹۸	۴۵.۸۷	۴۶.۲	شهر
۱۳.۵۳	۱۳.۶۱	۱۳.۸۲	۱۳.۷	حاشیه شهر

جدول شماره ۲: فراوانی سالمندان بر اساس محل سکونت

## منابع

- سامانه آنلاین یکپارچه بهداشت (سبب)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- سالنامه آماری سال ۱۳۹۵، اطلاعات آماری سالهای ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ ثبت احوال کشور
- Khaje-Bishak.y , Payahoo.y, Pourghasem.B : Assessing of the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran . Journal of Caring Sciences, 2014, 3(4), 257-263
- Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Selfreported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Stud 2005;42(2):147-58.



## چکیده

مقدمه: نظر به افزایش شاخص امید به زندگی و مدت بقاء در دوره سالمندی بعد از انقلاب، ایران وارد منحصر به فردترین شتاب سالمندی در دنیا شده است. پیری جمعیت معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد و هزینه قابل توجهی به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. لذا شناسایی سالمندان نیازمند مراقبت و توجه ویژه و فاکتورهای خطر سالمندی مانند تنه‌زیستی، حاشیه‌نشینی و سن بالای ۷۵ سال ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف بررسی فاکتورهای خطر سالمندی در استان زنجان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بوده و جامعه آماری آن جمعیت سالمندان استان زنجان در سال ۱۴۰۰ است که پس از انجام خدمت شناسایی و طبقه‌بندی خطرپذیری سالمندان توسط مراقبین سلامت و به‌روزان بصورت حضوری و تلفنی در سامانه یکپارچه بهداشت در استان، اطلاعات جمع‌آوری و گزارش‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار اکسل تحلیل شد.

یافته‌ها: پس از ارزیابی و طبقه‌بندی ۹۴٫۷۵ درصد از سالمندان استان زنجان (۱۱۸۱۱۰ نفر) در سال ۱۴۰۰ و بررسی فاکتورهای خطر مورد مطالعه، تعداد ۵۹۴۵۰ نفر در گروه با حداقل خطر (۵۰٫۳٪)، ۲۸۸۹۳ نفر در گروه کم‌خطر (۲۳٫۶٪)، ۸۵۸۲ نفر در گروه با خطر متوسط (۷٫۲٪)، ۱۸۷۹۴ نفر در گروه پرخطر (۱۵٫۹٪) و ۳۳۹۰ نفر در گروه بسیار پرخطر (۲٫۹٪) قرار گرفتند. فاکتورهای خطر سالمندی استان، سن بالای ۷۵ سال، ۲٫۹۹ درصد، حاشیه‌نشینی ۱۳٫۵۳٪ و تنه‌زیستی ۱۳٫۲۲ درصد بود. تنه‌زیستی در زنان ۲۳٫۰۲٪ و مردان ۶٫۵٪ بود. تنه‌زیستی در حاشیه شهر ۱۲٫۳۳٪ بوده که سهم مردان ۱۶٫۵۱٪ و زنان ۸٫۱۹٪ است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به آمار به دست آمده، نیمی از سالمندان استان حداقل یک فاکتور خطر را دارند و نظر به پیش‌بینی رشد جمعیت سالمندان و به تبع آن افزایش عوامل خطرپذیری سالمندان از جمله جمعیت بالای ۷۵ سال، زندگی در حاشیه شهر و تنه‌زیستی، نبود سازمانهای حمایت‌کننده، شرایط دشوارتری برای سالمندان در آینده ایجاد خواهد شد. لذا اتخاذ سیاستها و برنامه‌هایی در سطح ملی و دانشگاهی برای بهبود کیفیت زندگی این قشر جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: سالمندی، فاکتور خطر، تنه‌زیستی، حاشیه‌شهر

## مقدمه:

نظر به افزایش شاخص امید به زندگی و مدت بقاء در دوره سالمندی بعد از انقلاب، ایران وارد منحصر به فردترین شتاب سالمندی در دنیا شده است. پیری جمعیت معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد و هزینه قابل توجهی به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. لذا شناسایی سالمندان نیازمند مراقبت و توجه ویژه و فاکتورهای خطر سالمندی مانند تنه‌زیستی، حاشیه‌نشینی و سن بالای ۷۵ سال ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف بررسی فاکتورهای خطر سالمندی در استان زنجان انجام شد.

## مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بوده و جامعه آماری آن جمعیت سالمندان استان زنجان در سال ۱۴۰۰ است که پس از انجام خدمت شناسایی و طبقه‌بندی خطرپذیری سالمندان توسط مراقبین سلامت و به‌روزان بصورت حضوری و تلفنی در سامانه یکپارچه بهداشت در استان، اطلاعات جمع‌آوری و گزارش‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار اکسل تحلیل شد.

## یافته‌ها:

نتایج ارزیابی و طبقه‌بندی ۹۴٫۷۵ درصد از سالمندان استان زنجان (۱۱۸۱۱۰ نفر) در سال ۱۴۰۰ و بررسی فاکتورهای خطر مورد مطالعه، در نمودار شماره ۱ گزارش گردید. فاکتورهای خطر سالمندی استان، سن بالای ۷۵ سال، ۲٫۹۹ درصد، حاشیه‌نشینی ۱۳٫۵۳٪ و تنه‌زیستی ۱۳٫۲۲ درصد بود. تنه‌زیستی در زنان ۲۳٫۰۲٪ و مردان ۶٫۵٪ بود.

با توجه به آمار به دست آمده، نیمی از سالمندان استان حداقل یک فاکتور خطر را دارند و نظر به پیش‌بینی رشد جمعیت سالمندان و به تبع آن افزایش عوامل خطرپذیری سالمندان از جمله جمعیت بالای ۷۵ سال، زندگی در حاشیه شهر و تنه‌زیستی، نبود سازمانهای حمایت‌کننده، شرایط دشوارتری برای سالمندان در آینده ایجاد خواهد شد. لذا اتخاذ سیاستها و برنامه‌هایی در سطح ملی و دانشگاهی برای بهبود کیفیت زندگی این قشر جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

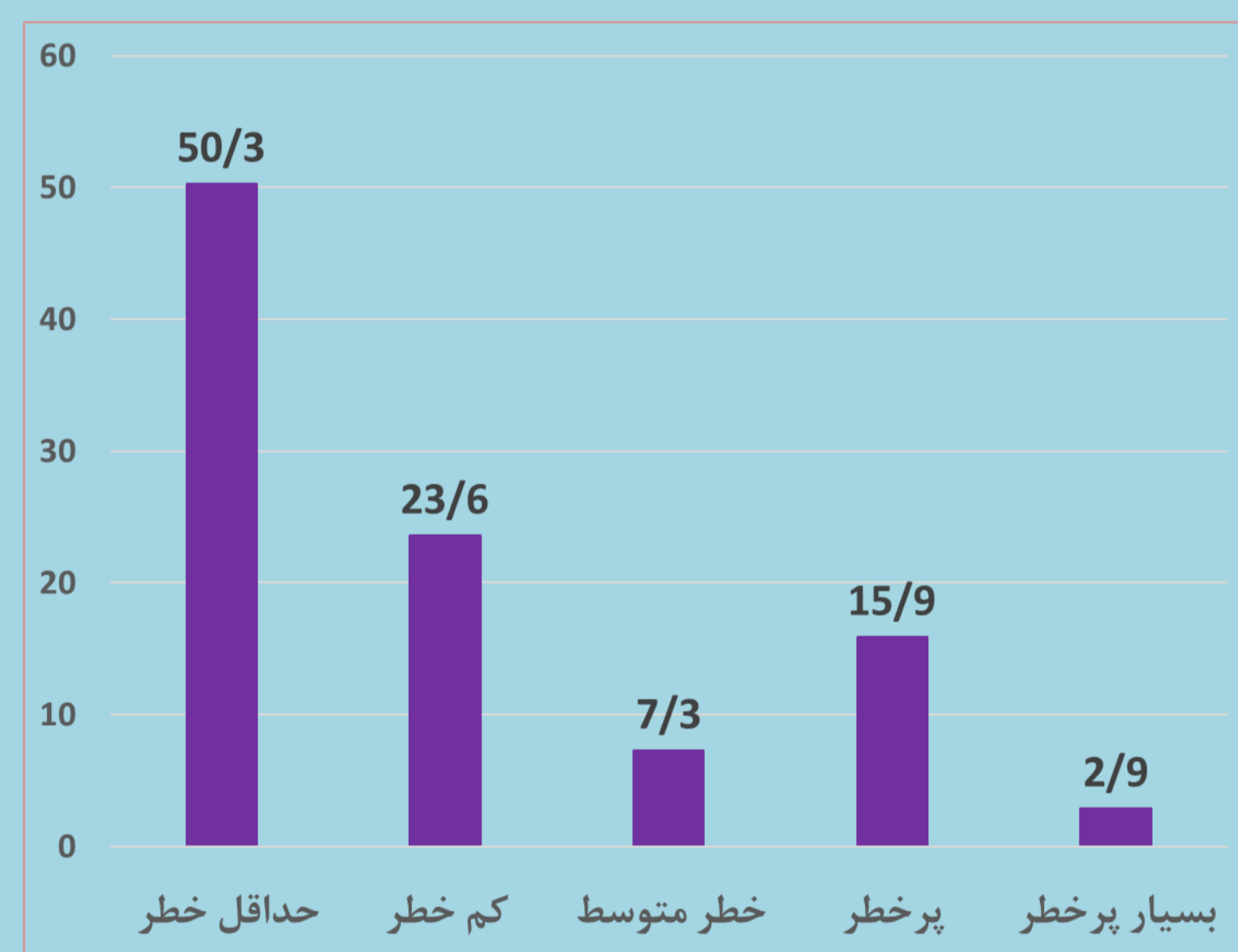
## منابع:

- سامانه آنلاین یکپارچه بهداشت (سیب)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- سالنامه آماری سال ۱۳۹۵، اطلاعات آماری سالهای ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ ثبت احوال کشور
- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud 2006; Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Selfreported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Stud 2005;42(2):147-58.
- 43(3):293- 300. 2. Canbaz S, Sunter A.T

جدول شماره ۱: درصد توزیع فاکتورهای خطر سالمندی

فاکتور خطر	تنه‌زیستی	حاشیه‌نشینی	سن بالای ۷۵ سال
درصد	۱۳٫۲۲	۱۳٫۵۳	۲٫۹۹

نمودار شماره ۱: درصد طبقه بندی خطر پذیری سالمندان



جنسیت	مرد	زن
درصد	۱۶٫۵۱	۸٫۱۹

جدول شماره ۲: فراوانی جنسیت تنها زیستی در حاشیه شهر



## عنوان : آینده سالمندی جمعیت و سرمایه انسانی در ایران: پیش بینی وضع سواد و تحصیلات تا سال

۱۴۲۰

**\*کلتوم ایران نژاد، کارشناس ارشد جمعیت شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد**

**محمد تر کاشوند مرادآبادی، عضو هیات علمی، گروه جمعیت شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد**

چکیده:

مقدمه: بررسی تحولات ساختار سنی اهمیت ویژه‌ای در نظام برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی دارد. در کشور ایران، افزایش درصد سالمندان در ایران بسیار سریع خواهد بود و لذا لازم است آمادگی مواجهه با سالخودگی جمعیت از طریق سیاست‌گذاری مناسب انجام شود. هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی آینده وضعیت سالمندی جمعیت و وضعیت سواد و تحصیلات در ایران درجهت شناخت بهتر سالمندان در آینده کشور است.

روش: پژوهش حاضر به لحاظ داده مورد استفاده یک طرح ثانویه هست. منبع اصلی داده‌ها برگرفته از نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵ و همچنین نتایج ثبت سالانه وقایع حیاتی در سازمان ثبت احوال است. در کنار استفاده ثانویه از داده‌ها با استفاده از فنون جمعیت‌شناسی به آینده‌نگری در خصوص وضعیت سواد و تحصیلات سالمندان کشور پرداخته شده است.

یافته‌ها: نتایج یافته‌ها نشان از این است که وضعیت باسوادی درایران افزایش یافته است ولی میزان باسوادی مردان همچنان بیشتر از زنان است، میزان باسوادی در میان سالمندان پایین است و تفاوت جنسیتی آشکارا قابل توجه است. بیش از ۹۵ درصد زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر در سال ۱۳۵۵ حتی توانایی خواندن و نوشتن نداشتند. در فاصله سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵ حدود ۲۴ درصد بر میزان باسوادی سالمندان افزوده شده است. با توجه به نتایج پیش‌بینی در سال ۱۴۲۰ درصد باسوادی در کل جمعیت به ۹۷ درصد و درصد باسوادی سالمندان نیز از ۳۷٫۹ درصد به ۸۴٫۹ درصد ارتقاء خواهد یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: نقطه قوت آینده سالمندی جمعیت در کشور ایران، افزایش سطح سواد سالمندان است. سالخوردگان تحصیل کرده نه تنها از نظر درآمد و رفاه از وضعیت بهتری برخوردار خواهند بود بلکه به دلیلی آگاهی و دانش از وضعیت سلامت و بهداشت، سبک زندگی مناسب‌تری خواهند داشت کمتر دچار بیماری و ناتوانی شده نوع مواجهه‌ی آنان با بیماری متفاوت است و بار کمتری هم به لحاظ اقتصادی و هم به‌لحاظ احساسی بر جامعه و اطرافیان خود وارد می‌کنند. لذا نیاز است در سیاست‌گذاری سالخوردگی در جمعیت ایران به این ویژگی سالمندان توجه ویژه‌ای صورت بگیرد.

واژگان کلیدی: سالمندی جمعیت، سرمایه انسانی، وضعیت سواد، تحصیلات، ایران

### مقدمه

سالخوردگی جمعیت یک فرایند شناخته شده به عنوان پیامد انتقال جمعیت شناختی است که در آن باروری و مرگ و میر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش پیدا می کند. مهمترین عوامل موثر بر سالخورده شدن جمعیت، کاهش مرگ و میر، خصوصا مرگ و میر نوزادان و کودکان و کاهش اساسی و مستمر باروری و به تبع آن کاهش رشد جمعیت است که باعث تغییرات اساسی در ساختار سنی جمعیت اکثر جوامع از جمله ایران شده است. در سال ۲۰۳۰، نزدیک به نیمی از جمعیت جهان (۴۴٫۷ درصد) بالای ۵۰ سال خواهند داشت، یک چهارم جمعیت بالای ۶۵ سال و ۱۲٫۷ درصد نیز بالای ۷۵ ساله خواهند بود. طول عمر در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود امید به زندگی نوزادان تازه‌متولدشده در اروپا بیش از ۱۰۰ سال خواهد شد.(سازمان ملل ۲۰۱۷).شواهد اخیر مبتنی بر سرشماری ۱۳۹۵ در ایران نشان می‌دهد که آهنگ پیری رشد بیشتری در پیش گرفته است. با وجودی که باروری از اوج خود در اوایل دهه ۱۳۶۰ به سطح پایین و در حد جانشینی در دهه ۱۳۸۰ سقوط کرده و رشد جمعیت را به کمتر از ۷/۱ درصد در سال‌های ۱۳۶۵–۹۰ کاهش داده است، جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بیشتر به نرخ رشدی سالانه بیش از ۵ درصد در همان دوره رسیده است(۱). در چند دهه اخیر به علت تغییرات سریع جمعیتی و اهمیت مسئله سالمندی مطالعات زیادی روی این پدیده متمرکز شده است. مطالعه ساعی ارسی (۱۳۸۸) با استفاده از تست ورتهایم و ورنه به بررسی تغییرات ساختار سنی کشور در طی دوره زمانی ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ پرداخته شد و با توجه به نتایج این شاخص‌ها نظر به جوانی کشور در دوره ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۵ و شدیدتر شدن این جوانی در دوره ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ سرعت این کاهش شدیدتر از ۱۳۶۵ تا شدت این جوانی کاسته شده و در دوره ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ سرعت این کاهش شدیدتر می‌شود(۲). میر فلاح نصیری (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود به استفاده از تست ورتهایم و سایر شاخص‌های مرتبط با ساختار سنی چون درصد افراد در گروه‌های سنی بزرگ در سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۸۵ پرداخته و با مقایسه نرخ رشد سالمندان در مقابل نرخ رشد جمعیت کشور به روند شدید سالمندی در آینده کشور اشاره می‌نماید(۳). در گروه دیگری از مطالعات علاوه بر روندهای گذشته به پیش‌بینی روندهای آینده تحولات ساختار سنی جمعیت نیز پرداخته شد. در بررسی ترکاشوند و حسینی (۱۳۹۱) با استفاده از معیارهای شرایاک و سیکل در مورد شاخص هایی چون میانه سنی، نسبت جمعیت جوان و شاخص سالخوردگی به مرحله بندی گذار ساختار سنی جمعیت کشور در دوره زمانی ۱۳۳۰ تا ۱۴۵۰ پرداخته شد و نظر بر این بود که دوره زمانی قبل از ۱۳۸۰، دوره جوانی و دوره بعد از ۱۴۱۵ دوره سالخوردگی در جمعیت کشور می‌باشد و دوره بین این دو، دوره گذار از جوانی به سالمندی در کشور است (۴). مشفق و میرزایی (۱۳۸۹)، مشفق و حسینی (۱۳۹۰) و بلوری بجنندی نیز در بررسی خود هم به روندهای گذشته و هم به روندهای آینده تغییرات ساختار سنی و زناگی سالمندی کشور و به مرحله بندی تغییرات ساختار سنی کشور به کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی و سالخوردگی پرداخته نظر به این داشتند که جمعیت ایران مراحل کودکی، نوجوانی و جوانی خود را سپری کرده و از سال ۱۳۹۰ وارد دورهٔ میانسالی خود شده و از ۱۴۱۰ نیز وارد دوران سالخوردگی می‌شود(۵، ۷، ۶). آینهوند (۱۳۸۸) تحولات جمعیت سالخورده کشور در طی دوره ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ را مورد مطالعه قرار داده‌است و به افزایش سریع نسبت سالخوردگان در آینده توجه داشتند(۸). در بررسی سوری و کیانی (۱۳۸۲) نیز بحث بالا بودن مصرف در دوره جوانی و سالخوردگی مطرح گردید، که در دوره سالمندی هزینه‌های افراد بیشتر می‌شود و هزینه‌های بالایی بر بخش خدمات وارد می‌گردد(۹). با توجه به اهمیت موضوع سالمندی جمعیت و تاثیر آن روی ساختار سنی جمعیت و آینده جمعیتی کشور این پژوهش با دسترسی به داده‌های سطح کشور در نظر دارد به بررسی آینده سالمندی در کشور و پیش بینی وضعیت سواد و تحصیلات در آینده بپردازد.

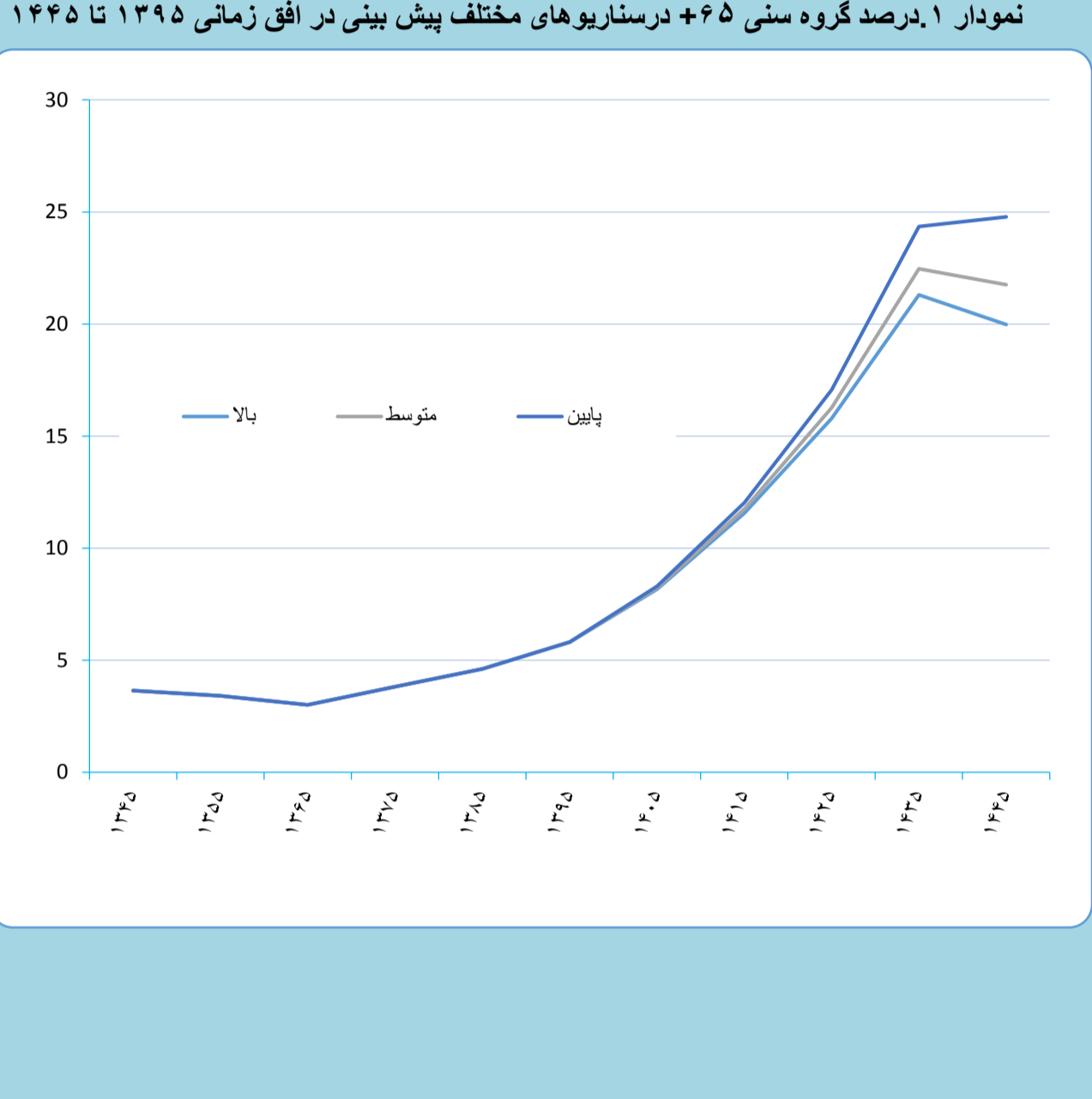
### مواد و روش:

مطالعه حاضر به لحاظ هدف کاربردی، به لحاظ روش کمی و به لحاظ داده مورد استفاده به‌صورت تحلیل ثانویه انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد۶۵ ساله و بالاتری است که در سرشماری سال ۱۳۹۵ حضور داشته اند. منبع اصلی داده‌ها برگفته از نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن و همچنین نتایج ثبت سالانه وقایع حیاتی در سازمان ثبت احوال است. در این تحقیق در کنار استفاده ثانویه از اطلاعات با استفاده از فنون جمعیت‌شناختی به آینده نگری در حوزه تغییرات جمعیتی و وضعیت سواد سالمندان پرداخته شده است. نوبت باسوادی در ایران از ۱۵٫۱ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۸۷٫۶ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است. میزان افزایش نسبت باسوادی در طی این سال‌ها برای زنان بیشتر از مردان بوده است. برای انجام تحلیل و پردازش داده‌ها از محیط اکسل و نرم افزار spss نرم افزارهای جمعی استفاده شده است. یافته‌ها

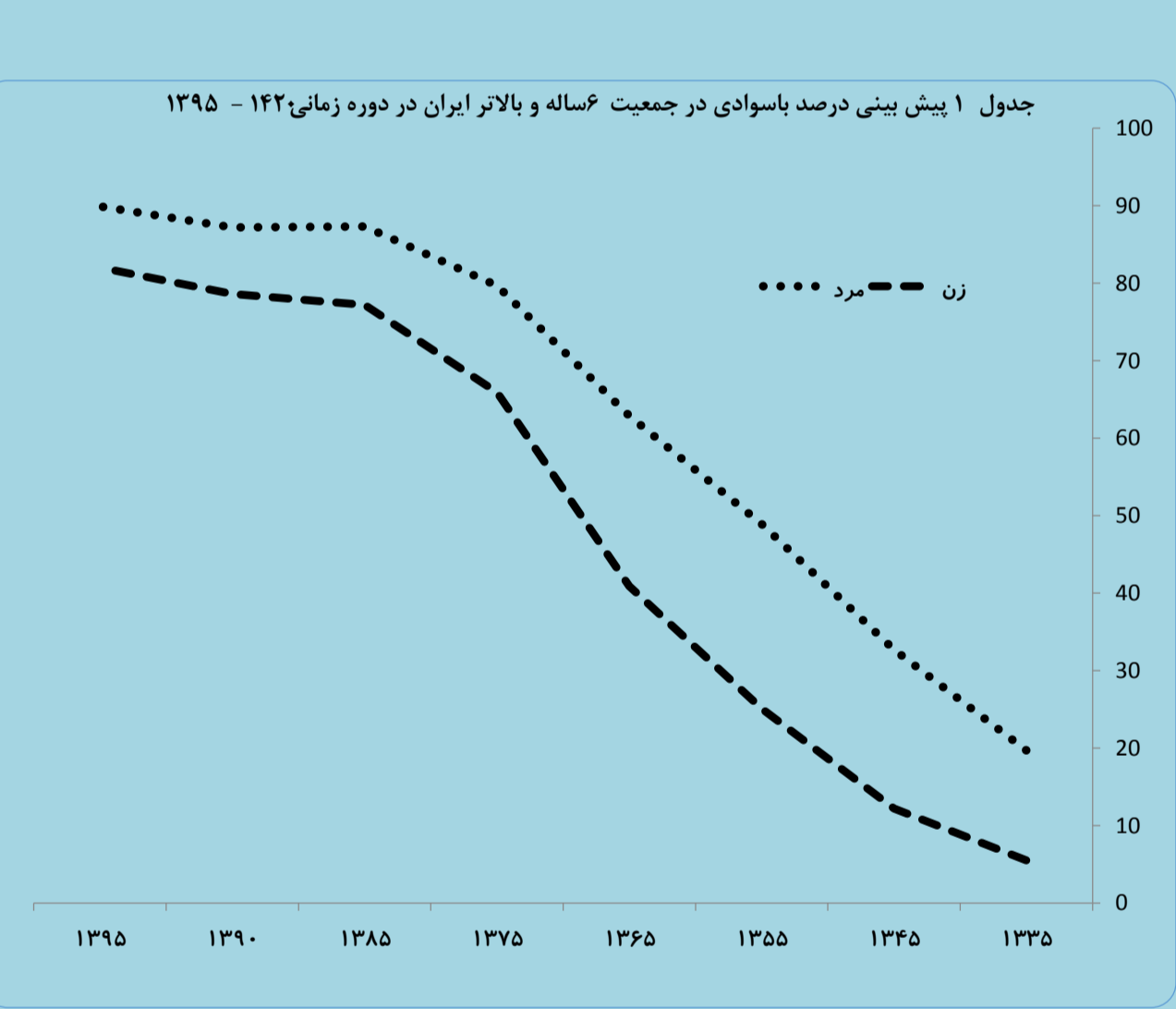
با توجه به نتایج نمودار ۱. جمعیت گروه سنی ۶۵ به بالا از حدود ۴٫۵ میلیون در سال ۱۳۹۵ پیش بینی می شود به حدود ۲۲٫۵ میلیون در سال ۱۴۳۵ برسد. در رابطه با درصد جمعیت گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر در سنین مختلف، تغییرات باروری در سناریوهای متفاوت تنها در حدود ۵ درصد نسبت این گروه در کل جمعیت را تغییر می‌دهد. درصد جمعیتی این گروه در سناریوی پایین ۲۰ درصد و در سناریوی بالا ۲۵ درصد می‌باشد.

. نمودار شماره۲ به خوبی نشان از کاهش تفاوت نسبت باسوادی زنان و مردان در طی زمان است.وضعیت سواد سالمندان در ایران نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۵ حدود ۳۷ درصد از سالمندان مرد و زن کشور باسواد بوده‌اند، که در مقایسه با سایر گروه‌ها که نرخ باسوادی به بیش از ۹۵ درصد می‌رسد، بسیار پایین است. در عین حال این میزان در سرشماری های قبل حتی کمتر بوده است. از نمودار شماره ۳ نکته مهمی که می‌توان استنباط کرد این است که سالمندان آینده کشور متشکل از نسل‌هایی خواهند بود که میزان باسوادی بالاتر و تفاوت جنسیتی پایین‌تری دارند. این تغییر چشمگیر که یکی از آثار مثبت توسعه است، آینده امیدوارکننده‌ای برای سالمندان کشور ترسیم می‌کند. در جهت پیش بینی تغییرات آینده وضعیت سواد در کشور ابتدا وضعیت تغییرات نسبت باسوادی در گروه های سنی بررسی شد و بر اساس آن به پیش بینی روند آینده پرداخته شده است، مروری بر نسبت باسوادی در طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵ نشان داد که اکثر جمعیت بی‌سواد در گروه‌های سنی سالمندی قرار دارند. بااین حال، در طی این دوره درصد بی‌سوادی در همه‌ی گروه‌های سنی کاهش یافته و این کاهش در گروه سنی سالمندی نیز وجود داشته است. آینده نسبت باسوادی حاصل جابه جایی نسل‌ها از یک طرف و از طرف دیگر فراگیری دانش در طی سن است. در سنین بالا، فراگیری دانش چندان تاثیرگذار نبوده و عمدتا در طی جانشینی نسل‌ها نسبت باسوادی دچار تغییر شده است. بر همین اساس در جدول شماره درصد باسوادی در جمعیت ۶ سال و بالاتر کشور در دوره‌ی زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۲۰ پیش‌بینی شده است. با توجه به داده‌های پیش‌بینی شده تا افق ۱۴۲۰ درصد باسوادی در کل جمعیت به ۹۷ درصد و در سن زیر ده سال به ۹۹٫۵ درصد خواهد رسید و درصد باسوادی سالمندان نیز از ۳۷٫۹ درصد به ۸۴٫۹ درصد ارتقاء خواهد یافت که نشان دهنده‌ی بهبود وضعیت تحصیلی در بین سالخوردگان می‌باشد

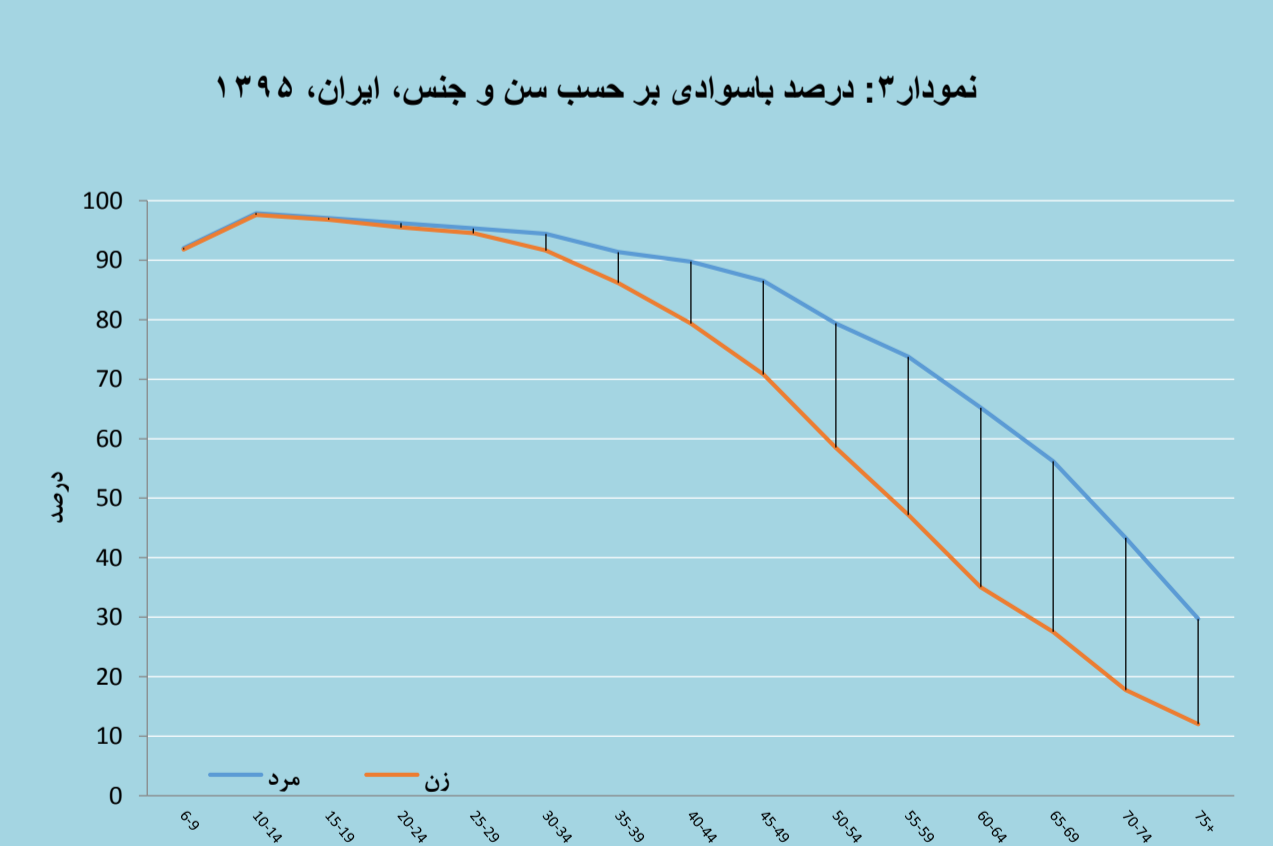
نمودار ۱.درصد گروه سنی ۶۵+ درسناریوهای مختلف پیش بینی در افق زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۴۵



نمودار ۲. درصد باسوادی بزرگسالان برحسب جنس ۱۳۹۵-۱۳۳۵



جدول ۱ پیش بینی درصد باسوادی در جمعیت ۶۵ساله و بالاتر ایران در دوره زمانی۱۴۲۰ - ۱۳۹۵



نمودار ۳: درصد باسوادی بر حسب سن و جنس، ایران، ۱۳۹۵

۱۳۹۵	۱۴۰۰	۱۴۰۵	۱۴۱۰	۱۴۱۵	۱۴۲۰
۹۶٫۲	۹۸٫۷	۹۹٫۲	۹۹٫۳	۹۹٫۴	۹۹٫۵
۹۸٫۴	۹۸٫۸	۹۹٫۳	۹۹٫۴	۹۹٫۶	۹۹٫۶
۹۷٫۵	۹۸٫۵	۹۸٫۷	۹۸٫۳	۹۹٫۴	۹۹٫۵
۹۷٫۲	۹۷٫۵	۹۸٫۴	۹۸٫۷	۹۹٫۳	۹۹٫۴
۹۶٫۴	۹۷٫۲	۹۷٫۵	۹۸٫۴	۹۸٫۷	۹۹٫۳
۹۵٫۹	۹۶٫۴	۹۷٫۲	۹۷٫۵	۹۸٫۴	۹۸٫۷
۹۳٫۹	۹۵٫۹	۹۶٫۴	۹۷٫۵	۹۷٫۵	۹۸٫۴
۹۰٫۱	۹۳٫۹	۹۵٫۹	۹۷٫۲	۹۷٫۲	۹۷٫۵
۸۵٫۴	۹۰٫۱	۹۳٫۹	۹۵٫۹	۹۶٫۴	۹۷٫۲
۷۹٫۳	۸۵٫۴	۹۰٫۱	۹۳٫۹	۹۵٫۹	۹۶٫۴
۶۱٫۷	۶۹٫۵	۷۹٫۳	۸۵٫۴	۹۰٫۱	۹۲٫۹
۳۷٫۹	۴۲٫۵	۶۰٫۰	۶۹	۷۸	۸۴٫۹
۸۴٫۵	۸۸٫۰	۹۱٫۶	۹۳٫۹	۹۵٫۷	۹۶٫۹

جدول ۱ پیش بینی درصد باسوادی در جمعیت ۶۵ساله و بالاتر ایران در دوره زمانی۱۴۲۰ - ۱۳۹۵



### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سالمندی جمعیت و پیش‌بینی وضعیت سواد و تحصیلات در ایران تا سال ۱۴۲۰ با استفاده از داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۵ انجام شده است. که با توجه به نتایج درصد جمعیت کهنسالان کشور از ۴ میلیون در سال ۹۵ به ۲۲ میلیون در سال ۱۴۳۵ خواهد رسید، به طور کلی هر چه به سمت جلوتر می‌رویم درصد سالمندان افزایش خواهد یافت، که نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش میر فلاح نصیری (۱۳۸۶) و ترکاشوند و حسینی (۱۳۹۱) می‌باشد، به طور کلی با توجه به روند تغییرات ساختار سنی کشور در این پژوهش می‌توان گفت که در انتهای دوره زمانی پیش‌بینی، جمعیت ایران نزدیک به مرحله سالخوردگی جمعیت شده است، جدای از درصد کهنسالان در جمعیت تعداد آنها نیز می‌تواند برای برنامه‌ریزی‌ها بسیار مهم باشد، مطالعات پیشین مثل پژوهش مشفق و میرزایی (۱۳۸۹) نتایجی مشابه با مطالعه حاضر داشتند. با توجه به داده‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵ درصد باسوادی زنان روند افزایشی داشته ولی با این وجود درصد باسوادی مردان نسبت به زنان همچنان بالاتر است. سالمندان ایرانی از نظر وضعیت سواد و آموزش دو ویژگی مهم دارند. اول این‌که میزان باسوادی در کل در میان سالمندان پایین است و دوم اینکه تفاوت جنسیتی آشکارا قابل توجه است. میزان باسوادی سالمندان در کل کشور در سال ۱۳۵۵ به سختی به ۱۳ درصد می‌رسیده و در میان زنان سالمند رقم ناچیز حدوداً ۵ درصد مشاهده شده است. این بدان معنی است که ۹۵ درصد از زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر در این سال حتی توانایی خواندن و نوشتن نداشتند. تغییر این نرخ در فاصله سال‌های ۹۵–۱۳۵۵ نشان می‌دهد که حدود ۲۴ درصد به میزان باسوادی سالمندان افزوده شده است. این افزایش از دو عامل ریشه گرفته است. اول این‌که با جانشینی سالمندان توسط نسل‌های جوان‌تر که میزان باسوادی بالاتر دارند، این درصد افزایش می‌یابد. دوم این‌که توفیق بزرگسالان به فراگیری خواندن و نوشتن در چارچوب آموزش اکابر و پس از پیروزی انقلاب اسلامی توسط سازمان نهضت سوادآموزی نیز میزان باسوادی نسل‌های موجود را کم‌وبیش افزایش داده است. به‌طوری‌که میزان باسوادی سالمندان در دوره ۳۵ ساله ۹۰–۱۳۵۵ مستمراً افزایش یافته است. با وجود بهبود نسبی میزان باسوادی سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر کشور چه در نقاط شهری و چه در نقاط روستایی، فاصله زیاد نقاط شهری و روستایی و تفاوت جنسیتی چشمگیری که در این وضعیت همچنان وجود دارد، وضعیت سوادسالمندان و وضعیت اجتماعی آنها را شکننده کرده است. برای جلوگیری از مسئله‌آمیز شدن سالخوردگی در ایران باید نهادهای مرتبط از همین حالا به فکر این جمعیت سالخورده با ویژگی‌های خاص فرهنگی و اجتماعی ایران باشند.جدای از این درصدها و نسبت‌ها باید بگوییم آنچه می‌تواند برای برنامه‌ریزان اهمیت بیشتری را داشته باشد، تعداد جمعیت سالخوردگان است. تعداد افراد ۶۰ ساله و بالاتر ایران به سرعت در حال رشد است. در آینده‌ای نه چندان دور کشور ایران باید خود را برای مواجه شدن با جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر بنتر از ۱۰ میلیون آماده کند. روشن است که اگر از همین الان خود را برای این وضعیت آماده نکنیم، این تعداد سالخورده می‌توانند نتایج اقتصادی و اجتماعی مخربی را برای کشور ما به بار بیاورند. در واقع اقتصاد ما باید خود را برای تأمین اجتماعی (بیمه و بازنشستگی) و مراقبت بهداشتی یک جمعیت ۱۹ میلیون نفری آماده بکند.نقطه قوت سالمندی در آینده بالا بودن سطح سواد سالمندان است، بالاترین نسبت باسوادی در میان مردان سالمند شهری به میزان حدود ۶۰ درصد و پایین‌ترین آن در میان زنان روستایی به میزان ۵ درصد مبین ترکیبی از نابرابری شهری- روستایی و جنسیتی است. آنچه مهم است این‌که اگر رابطه‌ای بین وضعیت سواد و کیفیت زندگی سالمندان وجود دارد، که مطالعات وجود این رابطه را تایید می‌کنند، بنابراین همه سیاست‌گزارها، تلاش‌ها و برنامه‌های سالمندی کشور باید معطوف به نسل‌های کنونی سالمندان باشد. اگر چه آینده نگری سالخوردگی جمعیت کشور در برنامه‌ی رفاهی ضروری است، اما با توجه به اثر مثبت سواد و تحصیلات بر کیفیت زندگی ضرورت پرداختن بیشتر به سالمندان کنونی منطقی‌تر از ارزی‌نگرانی در مورد آینده است. آینده‌ای که وضعیت روشن‌تر و امیدوارکننده‌تری نسبت به سالمندان کنونی را نشان می‌دهد. با توجه به داده‌های پیش‌بینی شده تا افق ۱۴۲۰ درصد باسوادی در کل جمعیت به ۹۷ درصد و در سن زیر ده سال به ۹۹٫۵ درصد خواهد رسید و درصد باسوادی سالمندان نیز از ۳۷٫۹ درصد به ۸۴٫۹ درصد ارتقاء خواهد یافت که نشان دهنده‌ی بهبود وضعیت تحصیلی در بین سالخوردگان می‌باشد. سالخوردگان تحصیل کرده نه تنها از نظر درآمد و رفاه از وضعیت بهتری برخوردار خواهند بود بلکه به دلیلی آگاهی و دانش از وضعیت سلامت و بهداشت، سبک زندگی مناسب‌تری خواهند داشت کمتر دچار بیماری و ناتوانی شده نوع مواجهه‌ی آنان با بیماری متفاوت است و بار کمتری هم به لحاظ اقتصادی و هم به‌لحاظ احساسی بر جامعه و اطرافیان خود وارد می‌کنند.

#### منابع

- ترکاشوند مرادآبادی محمد، زندی لیلا، شمس فقیرایی مهزی (۱۴۰۰) بررسی روند سالمندی جمعیت در ایران و پیشنهادات سیاست گذاری، صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور بهار ۱۴۰۰
- ارسی ساعی ایرج (۱۳۸۸): *جوانی جمعیت ایران*: فصلنامه علوم رفتاری، شماره ۱ پاییز ۱۳۸۸
- میرفلاح نصیری نعمت الله (۱۳۸۶): *مشخصه های جمعیت شناختی سالمندی جمعیت و نماگر های مربوط در ایران*: گزیده مطالب آماری، سال ۱۸، شماره ی ۲، پاییز و زمستان ۱۳۸۶
- ترکاشوند محمد، حاتم حسینی(۱۳۹۱):*کنار ساختار سنی ایران (۱۳۵۰ تا ۱۴۵۰)*: ششمین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران، تحولات ساختار سنی و جمعیت ایران و پیامدهای آن، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ۱۷ و ۱۸ آبان ۱۳۹۱
- مشفق محمود، محمد میرزایی (۱۳۸۹): *انتقال سنی در ایران: تحولات علمی جمعیت و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی*، فصلنامه جمعیت، شماره ۷۱ و ۷۲، بهار و تابستان ۱۳۸۹
- مشفق محمود، قربان حسینی (۱۳۹۰): *مقایسه گذار ساختار سنی ایران با کشورهای منتخب توسعه یافته و در حال توسعه*: همایش تحلیل روندهای جمعیتی کشور، دانشگاه تربیت مدرس، ۲۹ و ۳۰ آذر ۱۳۹۰
- بلوری بجنندی بهناز (۱۳۸۴): *بررسی ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی سالمندان ایران*: گذشته، حال و آینده؛ دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، راهنما: حسین محمودیان، اسفند ماه ۱۳۸۴
- آئینه‌وند کوروش (۱۳۸۴): *روند سالمندی بازنشستگان تأمین اجتماعی طی سال های ۱۳۵۵-۸۲*: دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد جمعیت شناسی، راهنما: دکتر محمد میرزایی، تابستان ۱۳۸۴
- سوری علی، رضا کیانی حکمت (۱۳۸۲): *بررسی تاثیر ساختار سنی جمعیت بر مخارج دولت در ایران: فصلنامه جمعیت، شماره ۵۰، پاییز و زمستان ۱۳۸۲*
- سرابی، حسن (۱۳۸۲)، *روشهای مقدماتی تحلیل توزیع و ترکیب جمعیت (با تأکید بر ترکیب سنی جمعیت)*: تهران: انتشارات دانشگاه علامه‌ی طباطبائی.

## **بخش هفتم**

# **فناوری‌های نوین در درمان ناباروری**



همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

همایش ملی جوانی جمعیت

## روش:

این تحقیق در پژوهشگاه علوم تولید مثل یزد، مطب دکتر متخصص، منازل اشخاص، در طول بازده زمانی ۵ ماهه (از مهرماه تا بهمن ماه ۱۳۹۹) به انجام رسیده است. در این تحقیق مادران جایگزین نمونه اصلی را تشکیل می‌دهند. با ۱۲ نفر از مادران که حداقل تجربه یکبار جایگزینی را داشته اند مصاحبه شد . مصاحبه ها به صورت رسمی نبوده بلکه با لحنی صمیمانه و از راه دلسوزی انجام گرفته است. داده‌ها با روش مشاهده مشارکتی و مصاحبه نیمه ساختار یافته گردآوری شده و داده‌ها با روش تحلیل محتوایی کیفی آنالیز شده‌اند.

روش تحلیل محتوا به هر رویه ایی که برای تحلیل، تلخیص، طبقه بندی و استنباط کردن خصوصیاتنی خاص از متن منجر میشود و در مواردی معناهای پنهان واقع در آن هویدا شده و گاهی امکان مقایسه چندین متن را به ما میدهد. اطلاق میشود.

## مقدمه:

فناوری‌های کمک باروری نمادی اساسی از زمان ما هستندکه نشان دهنده پیشرفت روزافزون تکنولوژی‌ها در شکل‌گیری هویت‌های فردی، خانوادگی و جمعی هستند(۱). لذا به وضوح باعث تحولات در بسیاری از حوزه‌های فرهنگ می‌شوند. می‌توان گفت، فناوری‌های کمک باروری یک دریچه روشنی فراهم می‌کند که از طریق آن می‌توان روابط اجتماعی معاصر را در یک دوران بسیار پیچیده بررسی کرد (۱)علاوه براین یکی از اساسی‌ترین و بنیادی‌ترین کارکرد این فناوری این است که ممکن است موجب تغییر تعاریف سنتی و متعارف خانواده و خوشاوندی شوند (۲) به همین جهت است که در حال حاضر گروهی از انسان‌شناسان در سراسر جهان درباره این فناوری‌ها تحقیق می‌کنند.

فناوری مادر جانشین یا مادر جایگزین یکی از انواع روش‌های نوین کمک‌باروری است که اخیرا در بسیاری از جوامع برای مقابله با ناباروری استفاده می‌شود. این روش برای درمان زنانی به‌کار می‌رود که قادر به نگهداری جنین در رحم خود نبوده و لذا این کار را زنی دیگر انجام می‌دهد.

طریقه انتخاب مادر جایگزین به طور قابل توجهی متفاوت است، در برخی مواقع ممکن است با یکی از بستگان زن مثلاً خواهر زن (۳) یا حتی توسط یک دوست مطمئن و شناخته شده این عمل انجام گیرد (۴).

رحم جایگزین به دلایلی از جمله نبود رحم در زن به علل مادرزایی یا اکتسابی، ساختمان غیرطبیعی رحم و سقط‌های مکرر، ابتلای زن به بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و سرطان استفاده می‌شود. امروزه علم و فن آوری‌های نوین کمک باروری یا جایگزین برای بارداری طبیعی مانند (IVF، اهدای گامت و جنین و به طور مشخص، روش رحم جایگزین به عملی کلیدی در تعریف، ساختاربندی و ساخت مجدد فرآیندهای اجتماعی و مفاهیم کلیدی مربوط به باروری مانند خانواده، ازدواج، خویشاوندی، نژاد، صفات و تجربیات زیسته پدری، مادری، خواهری، برادری و جز آن‌ها بدل شده‌اند (۵).

اشکال رحم جایگزین:

جایگزینی کامل: در این روش، تخمک و اسپرم زوج نابارور، به روش لقاح خارج رحمی به جنین تبدیل شده و سپس جنین حاصل به رحم شخصی دیگری (غیر از مادر ژنتیکی) منتقل می‌گردد.

جایگزینی مصنوعی یا نسبی: در این روش، بانوی صاحب رحم در نتیجه لقاح مستقیم یا آزمایشگاهی تخمک وی با اسپرم زوج ناباروری حاصل می‌شود. به عبارت روشن‌تر در این روش، هم تخمک و هم رحم از مادر جایگزین است. در این روش بانوی صاحب رحم از نظر ژنتیکی به کودک وابسته بوده و مادر ژنتیک محسوب می‌شود.

جایگزینی با استفاده از تخمک یا جنین اهدایی: در این روش جنین حاصل از اسپرم پدر حکمی و تخمک اهدا شده در رحم مادر جایگزین کاشت می‌شود که در این صورت مادر جایگزین از نظر ژنتیکی به کودک وابسته نبوده ولی پدر قانونی با کودک مرتبط است

در ایران درباره این فناوری کارهای مختلفی انجام شده است که اکثرا به انگیزه این مادران پرداخته است اما هدف از مطالعه حاضر درک مفهوم مادری از دیدگاه مادران جانشین و شناسایی دیدگاه آنها نسبت به انطباق عنوان مادر به مادر جانشین است.

## یافته ها:

## جدول مشخصات مصاحبه شوندگان:

شماره	سن	محل اقامت	وضعیت تاهل	تعداد فرزند
۱	۴۲	یزد	بیوه	۲
۲	۳۳	روستاهای یزد	مطلقه	۲
۳	۳۵	روستاهای یزد	مطلقه	۱
۴	۳۲	روستاهای یزد	متاهل	۱
۵	۳۲	بندرعباس	متاهل	۳
۶	۳۷	اصفهان	مطلقه	۱
۷	۳۵	یزد	مطلقه	۱
۸	۳۵	مشهد	متاهل	۲
۹	۳۱	کرمان	متاهل	۲
۱۰	۲۷	یزد	مطلقه	۱
۱۱	۳۰	روستاهای یزد	مطلقه	۱
۱۲	۴۲	یزد	متاهل	۲

## مفاهیم و مقولات مربوط به نگرش زنان نسبت به انطباق مادر به مادر جایگزین:

مفاهیم	زیر مقوله	مقوله	تم
حالا هرچی بچه مردم باشه اما با گوشت و خون من داره رشد میکنه و من بهش عادت کردم.	مقایله با احساسات	رابطه زیستی و عاطفی	
من تا ۳ ماه مدام گریه میکردم و شپها به دنبال صدای گریه بچه بودم اصلا حال خوبی نداشتم، با مشاوره توانستم دوباره به زندگی عادی برگردم."	وابستگی شدید		
من دوتا پسر دارم و خیلی میخوام این یکی دختر بشه.	غریبه آشنا		دایگی
آخه من بهش شیر دادم، به جوریا از خودمه			
سعی میکنم بهش فکر نکنم و خودمو دلداری میدم که نباید به روزی په روزی به جایی سر راهش قرار بگیرم و بیمنشم.	نزدیکی و فاصله	مادری ناتمام	
وقتی یکی ازت دور باشه فراموش میکنی اما این بچه ۹ ماه با من بوده			
درسته بچه مردم هست ولی با خون من داره رشد میکنه			
من مادر واقعیش نیستم ولی حق مادری دارم برایش	عدم پیوند ژنتیکی		

# شناسایی دیدگاه مادران جانشین نسبت به انطباق عنوان مادر به مادر جانشین

**زهرا قانع مخلصونی ، \*حجیه بی‌بی رازقی نصرآباد ، عباس عسکری ندوشن ، احمد کلانه ساداتی**

**. دانش آموخته کارشناسی ارشد مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران zahraghane2@gmail.com**

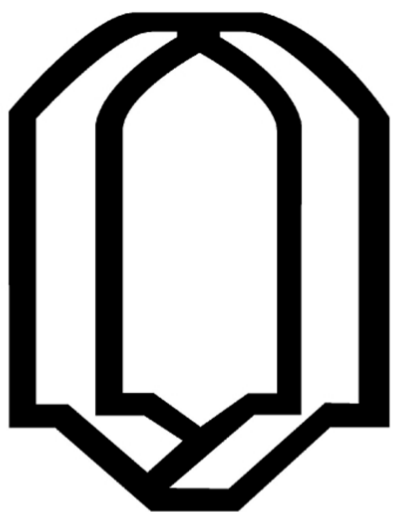
**. دانشیار جمعیت‌شناسی، مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) hajjiih.razeghi@nipr.ac.ir**

**. دانشیار جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد ایران aaskarin@yazd.ac.ir**

**. دانشیار جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد ایران asadati@yazd.ac.ir**

## چکیده:

فناوری مادر جانشین یا مادر جایگزین یکی از انواع روش‌های نوین کمک باروری است که اخیرا در بسیاری از جوامع برای مقابله با ناباروری استفاده می‌شود. روش این مطالعه کیفی، از نوع تحلیل محتوا است که در طول بازده زمانی ۵ ماهه در پژوهشکده علوم تولید مثل یزد درسال ۱۳۹۹ انجام شده است. گردآوری داده‌ها از طریق مشاهده مشارکتی و مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۲ نفر از مادران جایگزینی که حداقل یکبار تجربه جایگزینی را داشته‌اند، انجام شده است. آنها فرایند مادری ناتمام خود را به دایگی نزدیک می‌دانند و از نظر آنها گرچه مادر جانشین به عنوان مادر واقعی نمی‌گنجد اما بازسازی نقش دایگی در فرایند تغییرات اجتماعی عصر حاضر مقبولیت دارد و در بستر اجتماعی فرهنگی جامعه ایران و شهر یزد امکان دایه تلقی شدن فراهم است. اگرچه فناوری کمک باروری دریچه روشنی از پیشرفت علم و راهی برای مقابله با ناباروری است اما می‌تواند در سطح اجتماع و فرهنگ تغییراتی ایجاد کند و مانند سایر علوم تأثیراتی مثبت و منفی بوجود آورد. عدم شناخت جنبه های اجتماعی و فرهنگی مادر جانشینی، بستر آسیبهای فردی خانوادگی و اجتماعی را به وجود می آورد. شناخت دغدغه های مادران جانشین و مادران ژنتیکی و فرزندان حاصل از این فرایند در سیاستگذاری های جمعیتی و برنامه های حمایتی زوجین نابارور موثر و لقع خواهد شد.



دانشگاه یزد

## بحث و نتیجه گیری:

براساس مصاحبه های انجام شده، مادر جایگزین در طول دوران بارداری با کودک رابطه عاطفی برقرار میکند البته در چندین موارد مادران سعی در انکار این وابستگی داشتند و با طولانی شدن مصاحبه این وابستگی و دل بستگی با کودک محسوس می شود در برخی از موارد این وابستگی بسیار شدید میشود که حتی مادر جایگزین بعد از تحویل کودک دچار افسردگی شده و با مراجعه به مشاور میتواند باز به زندگی عادی برگردد.

از یک سو مادر جایگزین از اینکه حس مادری را، به یکی که هیچ وقت قرار نیست مادر بشود، هدیه میدهد بسیار احساس خوشنودی میکند اما از سویی دیگر خودش دچار بحران میشود که با این کودک که شاید از لحاظ ژنتیکی مادر او نباشد ولی حس مادری اش به کودک کمتر از حس مادر ژنتیکی نیست حتی شاید بیشتر باشد، باید چه کرد، آیا این حق او نیست که به کودک معرفی شود و یا حداقل به عنوان یک دوست رابطه خود را با خانواده اصلی کودک نگه دارد تا شاهد بزرگ شدن کودکش باشد. در برخی از موارد این رابطه برای همیشه بین مادر جایگزین و خانواده کودک حفظ میشود اما در برخی از موارد والدین اصلی کودک حتی اجازه نمیدهند که مادر جایگزین بعد از تولد حتی یکبار کودک را ببیند و این برخورد سبب ناراضیاتی مادر جایگزین شده و سعی می کند به هر روشی در آینده به آن کودک نزدیک شده و راز را برای کودک فاش کند. این نوع برخورد بحران تعددی مادی را برای کودکان آینده در بی خواهد داشت و تغییراتی در سطح اجتماعی و فرهنگی ایجاد خوانند شد.

در انجام مصاحبه ها نیز مادران این واقعیت را پذیرا میشوندند که مادری آنان ناقص است زیرا به لحاظ ژنتیکی آنان با کودک پیوند ندارند و تنها به عنوان یک پرستار وظیفه بزرگ کردن را عهده دار هستند و این همان فقدان پیوند ژنتیکی با کودک است.

براساس تحقیقات انجام گرفته در این زمینه میتوان گفت که برای گروهی از زنان درک و فهم کار مادران جایگزین به عنوان "کار عشق" تلقی می‌گردد، همین عشق، زنان را تشویق کرده است که بارها و بارها نقش حمل‌کنندگی نوزادان را برعهده داشته باشند. این احساس و عشق، آموخته و درونی است که هم سبب مفهوم سازی فرهنگی مادر جایگزین و هم زمینه‌ای برای انجام این عمل می‌شود(۶).

براساس داده‌های قوم نگاری از مطالعات رابرتز (۱۹۹۸) و ژاکوبسون (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که مادران جایگون با نوزادانی که حمل می‌کنند پیوند برقرار می‌کنند و یا امید به پیوند با والدین ژنتیکی نوزاد دارند. مادران جایگزین خود را "مادر" نوزاد نمی‌دانند، اما می‌خواهند والدین ژنتیکی نوزاد، آنان را هم در دوران بارداری و هم پس از تولد مورد قدردانی قرار دهند(۷).

همانطور که اشاره شد، رشد مراحل جنینی برای مادر جایگزین می‌تواند دربرگیرنده ادراک، احساسات و تجارب خاص باشد. این ادراکات و تجارب بی‌ارتباط با معنای و مفاهیم تولید شده در جهان اجتماعی و فرهنگی مادر نیست، درک مادران جایگزین از این فرایند، مادری ناتمام است که به دلیل فقدان ژنتیکی از فرزند خود دور شده و ناشناس باقی مانده‌اند. بر اساس استدلال های این مادران آنان اگرچه از لحاظ عاطفی ۹ ماه با جنین هستند اما پیوند ژنتیکی بیشناب نبوده و تنها در این ۹ ماه به عنوان پرستار یا دایه از این جنین مواظبت کرده اند.

با این حال، آنها خود را مادر کودک دانسته و امید دارند که مورد حمایت والدین ژنتیکی جنین قرار گیرند و یا فرزندشان به‌سوی آنها بازگردد، اما از طرفی نگران این هستند که کودکان حاصل از رحم جایگزین در آینده، دچار بحران تعدد مادری شوند. آنها فرایند مادری ناتمام خود را به دایگی نزدیک می‌دانند، دایگی که از دوران های دور حتی در تاریخ ما شاهد دایگی بوده ایم با این تفاوت که در دوران گذشته دایگی بعد از تولد انجام میگرفته اما با پیشرفت تکنولوژی و علوم امروزه دایگی قبل از تولد انجام میگردد و از نظر آنها گرچه مادر جانشین به‌عنوان مادر واقعی تلقی نمیشود، اما بازسازی نقش دایگی در فرایند تغییرات اجتماعی عصر حاضر مقبولیت دارد و در بستر اجتماعی فرهنگی جامعه ایران و شهر یزد امکان دایه تلقی شدن فراهم است.

اگرچه فناوری کمک باروری دریچه روشنی از پیشرفت علم و راهی برای مقابله با ناباروری است اما عدم شناخت جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی مادر جانشینی، بستر آسیب‌های فردی خانوادگی و اجتماعی را به‌وجود می‌آورد. شناخت دغدغه‌های مادران جانشین و مادران ژنتیکی و فرزندان حاصل از این فرایند در سیاستگذاری‌های جمعیتی و برنامه‌های حمایتی زوجین نابارور موثر واقع خواهد شد.

## Reference:

- Inhorn, M. C. and D. Birenbaum-Carmeli (2008). " Assisted reproductive technologies and culture change." Annual Review of Anthropology 37: 177-196
- Hassanpour Azghadi, Seyedeh Batool (2013). Social construction of infertility among Iranian infertile women seeking treatment, PhD Thesis in Reproductive Health, Shahid Beheshti University
- Kirkman, M. and A. Kirkman (2002). "Sister-to-sister gestational'surrogacy'13 years on: A narrative of parenthood." Journal of Reproductive and Infant Psychology 20 (3): 135-147.
- Edelmann, R. J. (2004). "Surrogacy: the psychological issues." Journal of Reproductive and Infant Psychology 22 (2): 123-136.
- Ghazi Tabatabai, Seyed Mahmoud; Dataher, Abu Ali (1387. Alternative uterus: A constructivist reflection on maternal medicine. Reproduction and Infertility Quarterly, Volume 9, Number 2, 144-164.
- Berend, Z. (2012). The Romance of Surrogacy 1. Sociological Forum, Wiley Online Library.
- Teman, E. and Z. Berend (2018). "Surrogate non-motherhood: Israeli and US surrogates speak about kinship and parenthood." Anthropology & medicine 25 (3): 296-310.

## روش:

این تحقیق در پژوهشگاه علوم تولید مثل یزد، مطب دکتر متخصص، منازل اشخاص، در طول بازده زمانی ۵ ماهه (از مهرماه تا بهمن ماه ۱۳۹۹) به انجام رسیده است. در این تحقیق مادران جایگزین نمونه اصلی را تشکیل می‌دهند. با ۱۲ نفر از مادران که حداقل تجربه یکبار جایگزینی را داشته اند مصاحبه شد . مصاحبه ها به صورت رسمی نبوده بلکه با لحنی صمیمانه و از راه دلسوزی انجام گرفته است. داده‌ها با روش مشاهده مشارکتی و مصاحبه نیمه ساختار یافته گردآوری شده و داده‌ها با روش تحلیل محتوایی کیفی آنالیز شده‌اند.

روش تحلیل محتوا به هر رویه ایی که برای تحلیل، تلخیص، طبقه بندی و استنباط کردن خصوصیاتنی خاص از متن منجر میشود و در مواردی معناهای پنهان واقع در آن هویدا شده و گاهی امکان مقایسه چندین متن را به ما میدهد. اطلاق میشود.