

# دانشور

## پزشکی

### بررسی ارتباط توانمندی زنان با رفتارهای باروری

نویسندگان: سهیلا فروزانفر<sup>۱</sup>، فرشته مجلسی<sup>۲\*</sup>، عباس رحیمی<sup>۳</sup> و ابوالقاسم پوررضا<sup>۴</sup>

۱- کارشناس ارشد مامایی - معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استاد - گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ایران

۳- دانشیار - گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ایران

۴- استاد - گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ایران

Email: dr\_f\_majlessi@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: فرشته مجلسی

#### چکیده

مقدمه و هدف: کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) در سال ۱۹۹۴، به طور خاص «توانمندسازی زنان» را به عنوان عنصری ضروری برای رسیدن به نتایج مطلوب سلامت باروری و جمعیت مشخص می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط میان توانمندی و رفتارهای باروری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، برای ۶۲۹ نفر از زنان از طریق نمونه‌گیری تصادفی پرسش‌نامه تکمیل و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار ۱۶ SPSS انجام شد. از آمار توصیفی برای تعیین فراوانی نسبی، میانگین، نحراف معیار متغیرهای کمی و از آزمون آماری کای دو نیز برای تعیین ارتباط میان متغیرهای کیفی استفاده شد. به منظور بررسی اثر توان متغیرهای مستقل که با آزمون کای دو تأثیر معنادار بر رفتار باروری داشتند، آنالیز رگرسیون لجستیک به کار گرفته شد.

نتایج: طبق نتایج مطالعه، ۲۹/۶ درصد زنان دارای رفتار باروری خوب و ۲۰/۸ درصد دارای توانمندی بالا بودند. بطور کلی توانمندی و رفتار باروری بهتر در زنان دیده شد. آزمون کای دو، بین رفتار باروری با توانمندی ( $p=0.007$ )، سن زن ( $p=0.01$ )، تحصیلات زن ( $p=0.002$ ) ارتباط معنی دار و مستقیم و بین رفتار باروری با تعداد فرزندان ( $p=0.002$ ) و مدت ازدواج ( $p=0.001$ ) ارتباط معنی دار و معکوس نشان داد. رگرسیون لجستیک بین اثر توانمندی بر رفتار باروری ارتباط معنی دار نشان داد که دلیل آن می‌تواند به علت وجود همبستگی بین متغیرهایی مانند سن و تحصیلات که بطور همزمان در رگرسیون لجستیک وارد شده و هم چنین کمبود بعضی سوالات مربوط به توانمندی در پرسشنامه باشد.

نتیجه‌گیری: از آنجاکه در این مطالعه رفتار باروری به وسیله آموزش و عوامل اجتماعی اقتصادی که از عوامل تعیین‌کننده توانمندی هستند تحت تأثیر قرار گرفته؛ از این رو توجه خاص به موضوع توانمندی زنان به منظور بهبود رفتارهای باروری ضروری است.

واژگان کلیدی: توانمندسازی، رفتار باروری

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم - شماره ۹۹

تیر ۱۳۹۱

دریافت: ۹۱/۱/۱۴

آخرین اصلاح‌ها: ۹۱/۴/۲۶

پذیرش: ۹۱/۴/۲۸

## مقدمه

زنان به طور تقریبی، نیمی از جمعیت دنیا را به خود اختصاص می‌دهند، دوسوم از ساعات کار جهان را انجام داده، یک‌دهم از درآمدهای دنیا را دریافت می‌کنند (۱). برخی از واقعیت‌های اجتماعی که اثری نامطلوب بر سلامت زنان دارند عبارت‌اند از شیوع فقر و وابستگی اقتصادی در میان زنان، انواع تبعیضات، خشونت ضد زنان، قدرت و اختیار محدود در زندگی جنسی و تولیدمثل، نداشتن تأثیر و نفوذ در تصمیم‌گیری، نداشتن آگاهی و گسترده بودن دامنه نیازهای زنان به مراقبت‌های بهداشتی (۲). در چهارمین اجلاس جهانی زن (پکن، ۱۹۹۵)، بحث ارتقای مشارکت زنان و دستیابی به اهداف برابری جنسیتی به گونه‌ای مطرح شد که پیشرفت و مشارکت زنان، محور اساسی بحث توسعه پایدار را تشکیل داد. اعلامیه کپنهاک در اجلاس هیئت رئیسه سازمان ملل در سال ۱۹۹۵ توسعه جهانی را چنین تعریف می‌کند: اشتغال کامل، برابری میان مردان و زنان و دسترسی آنان به مسائل اقتصادی، سیاسی، آموزشی و مراقبت‌های بهداشتی که باید در اولویت قرارگیرد (۳). در سال ۱۹۹۵ میلادی، گزارش توسعه انسانی سازمان ملل متحد، شاخص‌هایی را به شاخص‌های عمومی برای سنجش توسعه انسانی جوامع و کشورهای مختلف اضافه کرد که برای تعیین جایگاه زنان در هر کشور مناسب بود؛ این دو شاخص که برپایه عوامل متعدد اقتصادی، اجتماعی و سیاسی هر جامعه درباره زنان به دست می‌آید، عبارت است از: شاخص توسعه جنسیتی و شاخص توانمندسازی جنسیتی (۴)؛ براساس گزارش این سازمان، ایران در سال ۲۰۱۰ بین ۱۳۴ کشور دنیا، با شاخص ۰/۵۹۳۳ در رتبه ۱۲۳ قرارگرفت (۵). براساس تعریف سازمان ملل متحد، از عوامل توانمندسازی زنان، دسترسی به امکانات و فرصت‌های بهتر در عرصه اجتماعی، اقتصادی، حقوق و سیاسی، حق زنان در کنترل زندگی خود در خانواده و در جامعه و قدرت زنان در عین و تغییر مسائل اجتماعی و اقتصادی در سطح ملی و بین‌المللی است.

مشکلات بهداشت باروری، علت منتهی‌شونده به بیماری و مرگ زنان قرارگرفته سنین باروری در سراسر دنیا است. زنان فقیر به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه از حاملگی‌های ناخواسته، بیماری، عفونت‌های قابل انتقال از راه تماس جنسی مانند HIV، خشونت وابسته به جنس و سایر مشکلات مرتبط با سیستم باروری و رفتارهای جنسی رنج می‌برند. زن سالم، محور خانواده و جامعه سالم است. اگر زنان، سالم باشند، توسعه پایدار محقق خواهد شد چون زنان، عامل اصلی زادوولد به‌شمار می‌آیند، موقعیت آنها می‌تواند بر رفتار باروری تأثیرگذارد، لذا کشورها باید به‌منظور توانمندساختن زنان فعالیت کرده، گام‌هایی را برای ازبین‌بردن نابرابری‌هایی که میان زنان و مردان وجود دارد، بردارند (۶).

مطالعات نشان می‌دهند عواملی نظیر افزایش سطح تحصیلات و آموزش زنان، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و دسترسی به منابع مالی، عواملی مؤثر در توانمندی زنان بوده و سبب بهبود رفتار باروری آنها می‌شود. به گفته عباسی در میان عوامل اقتصادی - اجتماعی، آموزش و تحصیل همواره به‌عنوان عاملی قوی، تأثیر خود را بر رفتارهای باروری نشان داده (۷) و نتایج به‌دست آمده از بررسی نوروژی در زمینه تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر میزان باروری زنان در ایران، نشانگر آن است که افزایش سطح تحصیلات والدین از مؤثرترین عوامل در کاهش میزان باروری زنان در ایران است (۸).

فرض بر این است که چون زنان، عامل اصلی زادوولد به‌شمار می‌آیند، توانمند شدن آنها می‌تواند بر رفتار باروری‌شان تأثیر بگذارد و در صورت افزایش توانمندی، نقش آنها در تصمیم‌گیری‌های مربوط به رفتارهای باروری پررنگ‌تر و به بهبود آن منجر می‌شود (۹). با توجه به اینکه در این مطالعه توانمندی در ابعاد تصمیم‌گیری و مشارکت زنان در امور زندگی خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مورد توجه بوده، عواملی مانند تحصیلات، شغل مناسب، بهره‌مندی از یک

عناصر توانمندی زنان هستند مورد نظر بوده‌است و با توجه به اینکه در بخش رفتار باروری، عواملی دیگر بجز پیشگیری از بارداری که در پرسش‌نامه‌های پیش ساخته رفتار باروری موجودند، مدنظر بوده، برای بخش توانمندی و بخش رفتار باروری پرسش‌نامه تهیه شد. برای تعیین نسبت اعتبار محتوا (CVR) پرسش‌نامه به ۲۰ نفر از افراد متخصص داده‌شد. براساس شاخص‌های استاندارد جدول تصمیم‌گیری درخصوص نسبت اعتبار محتوا (جدول لاوشه)، حداقل امتیاز با حضور ۲۰ متخصص ۰/۴۲ است؛ لذا با توجه به میانگین نسبت اعتبار محتوا برای پرسش‌های بخش عوامل اجتماعی و اقتصادی و بخش رفتار باروری و برای کل پرسش‌نامه از اعتبار محتوایی قابل قبولی بهره‌مند بود و با توجه به کسب امتیاز نمره بیش از ۰/۷۹، کلیه عبارات پرسش‌نامه از نظر شاخص اعتبار محتوا (CVI) تأیید شدند.

برای تعیین پایایی پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. در بخش رفتار باروری، پانزده پرسش و در بخش توانمندی، چهارده پرسش با ضریب آلفای ۰/۶۵ برای محاسبه دو متغیر مورد تأیید قرار گرفتند. پرسش‌نامه شامل سه بخش است: بخش اول پرسش‌ها مربوط به اطلاعات دموگرافیک و تاریخچه باروری؛ بخش دوم و سوم شامل پرسش‌ها مربوط به عوامل اجتماعی و اقتصادی بود. متغیر وابسته رفتار باروری با پرسش‌هایی در زمینه ترجیح نوع زایمان، سابقه سقط عمدی، حاملگی ناخواسته، پیشگیری از بارداری، پاپ اسمیر و معاینه پستان، ترجیح جنسیت فرزند و تعداد فرزندان، حاصل شد؛ این متغیر دارای ۱۹ امتیاز که از نمره ۱۴ تا ۱۹ رتبه خوب، ۱۰ تا ۱۳/۹ متوسط و کمتر از ۱۰ رتبه ضعیف را شامل می‌شد.

متغیر توانمندی شامل پرسش‌هایی در زمینه داشتن هرگونه مهارت، داشتن فعالیت اجتماعی، اجازه کار یا تحصیل و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های اجتماعی، خانوادگی، استقلال اقتصادی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های اقتصادی بود که به‌منظور تعیین متغیر مستقل توانمندی، دو متغیر عوامل اجتماعی و عوامل

مهارت یا هنر، اختصاص بخشی از ساعات روز به خود یا داشتن یک فعالیت اجتماعی، دسترسی به منابع مالی و استقلال مالی که می‌توانند در توانمندسازی زنان، نقشی مؤثر ایفاکنند، مورد نظرند؛ لذا این مطالعه با هدف سنجش ارتباط میان توانمندی و رفتارهای باروری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی غرب تهران انجام شده‌است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی، تحلیلی است که در ۶۲۹ نفر از زنان واجد شرایط همسر دار (۱۵ تا ۵۰ ساله)، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی، غرب تهران در سال ۱۳۸۹ به‌طور مقطعی انجام شد. با توجه به اینکه در مطالعات انجام‌شده روی رفتارهای باروری، تنها به یک پرسش درباره تعداد فرزند توجه می‌شده‌است، بنابراین مطالعه‌ای که آمار دقیق راجع به اینکه زنان منطقه غرب تهران چه درصدی رفتار باروری درست داشته و چه درصدی نداشته‌اند، وجود نداشت؛ سپس به‌منظور تعیین حجم نمونه، نسبت زنان با رفتار باروری درست، ۵۰ درصد در نظر گرفته شد و نمونه طوری تعیین شد که با سطح اطمینان ۹۵ درصد این نسبت با خطای حداکثر ۵ درصد نسبت به واقعیت برآورد شود؛ بنابراین تعداد نمونه از فرمول زیر به دست آمد:

$$n = z^2 * p(1-p) / d^2$$

با توجه به بافت جمعیتی در غرب تهران که از نظر پوشش به هفت منطقه عمده تقسیم می‌شود و با توجه به جمعیت زنان همسر دار سنین باروری هر منطقه برای هر منطقه وزن آن تعیین شد؛ سپس تعداد نمونه متناسب با حجم هر منطقه تعیین و با اعمال ضریب اثر طرح، در مجموع ۶۲۹ زن همسر دار واجد شرایط برای نمونه‌گیری تعیین شد. پس از اخذ مجوز و معرفی‌نامه لازم، پرسشگر به مراکز مراجعه کرده، با توجه به رضایت مراجعه‌کننده از شرکت در طرح با روش نمونه‌گیری تصادفی تا تکمیل تعداد مورد نیاز، کار نمونه‌گیری را ادامه داده‌است. با توجه به اینکه در این مطالعه مؤلفه‌های مشارکت در زندگی اجتماعی و شرایط اقتصادی که از

اقتصادی تعیین و رتبه‌بندی شدند. متغیر توانمندی دارای ۲۰ امتیاز است که از نمره ۱۴ تا ۲۰ رتبه خوب و کمتر از ۱۴ رتبه متوسط و پایین، حاصل شد.

پس از ورود اطلاعات در نرم‌افزار آماری SPSS ۱۶، از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده‌ها و از آزمون استنباطی به منظور بررسی ارتباط و مقایسه میان متغیرها استفاده شد. به منظور بررسی اثر توان متغیرهای مستقل که با آزمون کای دو تأثیر معنادار بر رفتار باروری داشتند از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده شد.

### نتایج

این مطالعه به منظور تعیین ارتباط میان توانمندی و رفتارهای باروری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران انجام شد. میانگین سنی زنان مطالعه ۳۲ سال بود. درصد رفتار باروری خوب در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال ۱۷/۲ و در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، ۳۳/۹ درصد بوده، به طوری که با افزایش سن، نسبت رفتار باروری ضعیف کاهش و رفتار باروری خوب افزایش داشته است؛ آزمون کای دو این اختلاف درصدها را معنی‌دار نشان داد ( $p=0/002$ ).

۸/۸ درصد زنان مطالعه در اولین بارداری خود، کمتر از ۱۸ سال سن داشتند. ۲۲/۵ درصد زنانی که دارای رفتار باروری ضعیف بودند، سن ازدواج آنها کمتر از ۱۸ سال و ۱۳/۳ درصد بیش از ۱۸ سال بود. در گروه با رفتار باروری خوب، سن ازدواج در ۲۶/۴ درصد زنان کمتر از ۱۸ سال و در ۱۳/۷ درصد زنان بیش از ۱۸ سال بوده است؛ یعنی با افزایش سن ازدواج، نسبت رفتار باروری خوب، اضافه شده است؛ این اختلاف در درصدها از نظر آماری نیز با آزمون کای دو تست شد و نتایج نشان می‌دهند که میان سن ازدواج و رفتار باروری ارتباط معنی‌دار بود ( $p=0/01$  value=). میانگین تعداد فرزندان زنان مطالعه ۱/۵ بود. رفتار

باروری ضعیف در گروه دارای ۱ فرزند ۱۱/۶ و در گروه دارای ۳ تا ۶ فرزند ۲۳/۷ درصد بود، به طوری که با افزایش تعداد فرزندان، رفتار باروری ضعیف، افزایش یافت و نسبت رفتار باروری خوب کاهش نشان داد. میان متغیر رفتار باروری با تعداد فرزندان ارتباط معنی‌دار و معکوس دیده شد ( $p=0/002$ ). با توجه به نتایج به دست آمده، رفتار باروری ضعیف در زنان بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی ۲۲/۲ و در گروه دارای تحصیلات دانشگاهی ۹/۶ درصد بود، همچنین رفتار باروری خوب در گروه بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی ۲۰ و در گروه دارای تحصیلات دانشگاهی ۳۶/۴ درصد بود؛ یعنی با افزایش تحصیلات، در نسبت رفتار باروری خوب، افزایش و در رفتار باروری ضعیف، کاهش دیده شد. آزمون کای دو، ارتباط میان تحصیلات و رفتار باروری را معنی‌دار نشان داد ( $p=0/002$ ) جدول ۱.

نتایج نشان می‌دهند که بیشتر زنان مطالعه (۵۲/۸ درصد) از نظر رفتار باروری در سطح متوسط بودند. معنادار بر شانس ضعیف بودن رفتار باروری دارد. طوری که این شانس در زنان گروه سنی زنان ۲۰ تا ۳۵ سال  $0/543(0/92 و 0/32)$  (۹۵CI: درصد) برابر همان شانس در زنان بالای ۳۵ سال است. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که پس از کنترل برای متغیرهای تعداد فرزندان، سواد زن، سن زن، سن اولین بارداری، سن ازدواج، تأثیر متغیر توانمندی بر ضعف رفتارهای باروری به طور آماری، تأثیری معنی‌دار نشده است طوری که شاخص OR در افراد با توانمندی بالا ۰/۵۳ است که با توجه به فاصله اطمینان ۱/۰۹-۰/۲۶ (حد پایین، حد بالا) که ۱ را دربردارد بنابراین براساس داده‌های این مطالعه، توانمندی بر رفتار باروری اثر معنی ندارد.

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سطوح رفتار باروری زنان تحت مطالعه

برحسب متغیرهای دموگرافیک (n=۶۱۷)

شاخص آماری	ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خوب تعداد(درصد)		
p=۰.۰۱ X <sup>2</sup> =۲۰.۶۴	(۲۷.۶)۸	(۵۵.۲)۱۶	(۱۷.۲)۵	کمتر از ۲۰	سن(سال) ۳۲.۱±۰.۸۵۵
	(۱۳)۵۲	(۵۳.۱)۲۱۳	(۳۳.۹)۱۳۶	۲۰-۳۵	
	(۲۰.۹)۹۱	(۵۵.۱)۱۰۳	(۲۴.۱)۴۵	بیش از ۳۵	
p=۰.۰۲ X <sup>2</sup> =۱۰.۸۳	(۲۸.۳)۱۵	(۵۶.۶)۳۰	(۱۵.۱)۸	کمتر از ۱۸ سال	سن اولین بارداری ۲۲.۶±۶.۹
	(۱۵.۱)۸۱	(۵۳.۱)۲۸۴	(۳۱.۸)۱۷۰	بیشتر از ۱۸ سال	
	(۶۲.۷)۱۶۰	(۲۲.۷)۵۸	(۱۴.۵)۳۷	بیش از ۱۰ سال	
p=۰.۰۱ X <sup>2</sup> =۸.۳۳	(۲۲.۵)۴۱	(۵۱.۱)۹۳	(۲۶.۴)۴۸	کمتر از ۱۸ سال	سن ازدواج ۲۱.۶±۴.۴۸
	(۱۳.۳)۵۸	(۵۴.۹)۲۳۹	(۳۱.۷)۱۳۸	بیش از ۱۸ سال	
p=۰.۰۰۲ X <sup>2</sup> =۲۰.۶۴	(۱۴.۹)۷	(۶۱.۷)۲۹	(۲۳.۴)۱۱	۰	تعداد فرزند ۱.۵±۰.۸۵
	(۱۱.۶)۳۰	(۵۲.۹)۱۳۷	(۳۵.۵)۹۲	۱	
	(۱۹)۴۸	(۵۰.۴)۱۲۷	(۳۰.۶)۷۷	۲	
	(۲۳.۷)۱۴	(۶۶.۱)۳۹	(۱۰.۲)۶	۳-۶	
p=۰.۰۰۲ X <sup>2</sup> =۱۱.۳۶	(۲۲.۲)۱۰	(۵۷.۸)۲۶	(۲۰)۹	بیسواد، ابتدایی	سواد زن
	(۱۷.۷)۱۴	(۵۸.۲)۴۶	(۱۷.۷)۱۴	راهنمایی، دبیرستان	
	(۱۸.۵)۴۷	(۵۱.۶)۱۳۱	(۲۹.۹)۷۶	دیپلم	
	(۹.۶)۲۳	(۵۴)۱۲۹	(۳۶.۴)۸۷	دانشگاهی	
	(۲۸.۳)۱۵	(۵۶.۶)۳۰	(۱۵.۱)۸	کمتر از ۱۸ سال	

جدول ۲. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سطوح رفتار باروری در زنان تحت مطالعه

درصد	فراوانی	
۲۹.۶	۱۸۶	خوب
۵۲.۸	۳۳۲	متوسط
۱۵.۷	۹۹	ضعیف
۱۰۰	۶۱۷	کل

جدول ۳. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سطوح توانمندی در زنان تحت مطالعه

درصد	فراوانی	سطوح توانمندی
۲۰.۸	۱۳۱	بالا
۷۹.۲	۴۹۸	متوسط و پایین
۱۰۰	۶۲۹	کل

جدول ۴. عوامل مؤثر بر ضعف رفتارهای باروری

نام متغیر	p.value	OR	۹۵٪ CI برای OR	
			سطح بالا	سطح پایین
توانمندی	۰.۰۸۵			
توانمندی بالا		۰/۵۳۳	۰/۲۶۰	۱/۰۹۱
توانمندی پایین		۱	-	-
تعداد فرزندان	۰.۲۳			
بدون فرزند		۱/۶۵۴	۰/۳۶۹	۶/۹۰۳
۱		۰/۶۳۹	۰/۲۶۸	۱/۵۰۸
۲		۱/۰۰۳	۰/۴۶۵	۲/۱۶۵
۳ تا ۶ فرزند		۱	-	-
سواد زن	۰.۱۳			
بی‌سواد-ابتدایی		۱/۹۷۶	۰/۷۹۵	۴/۹۱۳
راهنمایی-دیبرستان	۰.۰۷	۲/۰۵۲	۰/۹۴۳	۴/۴۶۷
دیپلم	۰.۲۶	۱/۹۴۱	۱/۰۸۴	۳/۴۷۴
دانشگاهی		۱	-	-
سن زن	۰.۰۴			
کمتر از ۲۰ سال		۱/۰۷۴	۰/۳۲۳	۳/۴۷۴
۲۰ تا ۳۵ سال	۰.۰۲	۰/۵۴۳	۰/۳۲۰	۰/۹۲۰
بالای ۳۵ سال		۱	-	-
سن اولین بارداری	۰.۴۸			
کمتر از ۱۸ سال		۰/۴۲۷	۰/۰۷۸	۲/۳۴۴
بیشتر از ۱۸ سال		۱/۳۰۵	۰/۶۲۴	۲/۷۳۱
سن ازدواج	۰.۸۶			
سن ازدواج کمتر از ۱۸ سال		۱/۱۷۱	۰/۲۰۰	۶/۸۶۶
سن ازدواج بیشتر از ۱۸ سال		۱	-	-

رسمی و افزایش درآمد ناشی از مشارکت بیشتر آنان نسبت به مردان می‌شود (۱۱). در مطالعه‌ای در نامیبیا، در زنان توانمندتر، تمایل کمتری به داشتن فرزند بیشتر نشان داده‌اند (۱۲). صادقی در بررسی عوامل اجتماعی اقتصادی و جمعیت‌شناختی مؤثر بر باروری، نشان داد که سطح تحصیلات بالاتر زوجین سبب کاهش تعداد فرزندان می‌شود (۱۳). در مطالعه رجیبی دیده‌شد که در میان شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی، تحصیلات زنان، یکی از عوامل مؤثر بر باروری است و زنانی که از سطح سوادی بالاتر بهره‌مندند، تعداد کمتری فرزند به دنیا می‌آورند (۶). آموزش، زمینه مشارکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی را فراهم آورده، آن را ارتقای دهد، در فرد اعتماد به خود، ایجاد کرده، تمایل وی برای استفاده از قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهد و افزایش مشارکت اقتصادی وی را به دنبال دارد. براساس نتایج تحقیق کلاتری، افزایش تحصیلات و سن ازدواج زنان از

## بحث

مطالعات نشان می‌دهند عواملی نظیر افزایش سطح تحصیلات و آموزش زنان، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، مشارکت اقتصادی، دسترسی به منابع مالی و بهره‌مندی از پشتوانه مالی، عواملی مؤثر در توانمندسازی زنان هستند و زنان از طریق توانمندسازی می‌توانند کنترل زندگی خود را در دست داشته باشند. آموزش زنان به عنوان معیاری اساسی در بهبود سلامت خانواده، کاهش مرگ و میر کودکان و تغییر رفتار باروری مؤثر است. با آموزش، اعتماد به نفس و عزت نفس زن افزایش می‌یابد. زنان تحصیل کرده به احتمال، بیشتر خود ساخته بوده، در فعالیت‌ها مشارکت داشته، به دنبال سلامتی برای خود و فرزندان‌شان هستند (۱۰). در این پژوهش، با افزایش سطح تحصیلات زنان، در رفتار باروری آنها بهبود دیده شد. مطالعات در افریقا، امریکای لاتین و آسیا نشان می‌دهد که سطوح بالای تحصیلی زنان، سبب افزایش احتمال اشتغال آنها در مشاغل

عوامل مؤثر در کاهش باروری زنان بوده است (۱۴).

در این مطالعه، متغیر سواد زن، تأثیر معناداری بر شانس ضعیف بودن رفتار باروری نشان داد. در گروه زنان با سطح تحصیلات متوسطه، رفتار باروری ضعیف، کمتر از گروه‌های دیگر تحصیلی و حتی دانشگاهی دیده شد. به نظر می‌رسد زنان با تحصیلات بالاتر، کمتر به استفاده از روش‌های مدرن و مطمئن‌تر پیشگیری از بارداری تمایل دارند؛ زیرا با افزایش میزان تحصیلات، میزان استفاده از روش طبیعی افزایش می‌یابد. نتایج بررسی وزارت بهداشت در کشور نشان داد با بالارفتن سطح تحصیلات از بی‌سواد تا دانشگاهی به‌طور معناداری استفاده از روش‌های سستی پیشگیری افزایش می‌یابد (از حدود ۹ درصد به حدود ۳۴ درصد) و در گروهی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند نیز در جهت عکس (از ۱۳ درصد به حدود ۱۰ درصد) تغییری معنی‌دار مشاهده می‌شود. در این مطالعه، متغیر سن، تأثیر معنادار بر شانس ضعیف بودن رفتار باروری را نشان داد به‌طوری‌که در گروه سنی زنان ۲۰ تا ۳۵ سال، رفتار باروری ضعیف کمتر و رفتار باروری خوب، بیشتر از سایر گروه‌های سنی دیده شد. با توجه به بررسی وزارت بهداشت گرچه با افزایش سن به‌طور معنی‌داری بر پوشش تنظیم خانواده افزوده می‌شود به‌طور مشخصی نیز استفاده از روش‌های مدرن و مطمئن کاهش می‌یابد (۱۵).

در این مطالعه با افزایش تعداد فرزندان، رفتار باروری، ضعیف افزایش نشان داد. نتایج مطالعه سمینا بدر به‌منظور یافتن هر گونه ارتباط میان توانمندی و رفتار باروری زنان در پاکستان، میان توانمندی زنان و تعداد فرزندان ارتباط معکوس نشان داد (۱۶). عباسی در بررسی تحول‌های باروری در ایران می‌گوید: هرچه سطح توسعه یافتگی در منطقه یا کشوری بالاتر باشد، میزان باروری در آن کشور پایین‌تر است و برعکس در مناطق کمتر توسعه یافته، میزان باروری بالاتر است (۱۷). مطالعه‌ای توسط پانندی با عنوان توانمندی زنان و ارزش‌های فردی به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده بهداشت باروری در هند بین ۳۰ زن شاغل و ۳۰ زن غیرشاغل انجام شد؛ نتایج نشان دادند که زنان شاغل احساس توانمندی و برتری بیشتر در اجتماع، دموکراسی و در لذت‌جویی داشته و نیز برنامه تنظیم خانواده منظم و

وضعیت بهداشت باروری بهتری نسبت به همکاران غیرشاغل خود داشتند (۱۸).

یافته‌های این پژوهش، شرایط اجتماعی زنان را در سطح متوسط و پایین و وضعیت اقتصادی را در سطح متوسط نشان می‌دهد. گرچه در این مطالعه، شغل، تأثیری بر رفتار باروری نشان‌داد که به احتمال به دلیل کم بودن سطح اشتغال زنان مطالعه است، نتایج مطالعات نشان می‌دهند که بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی در جامعه با افزایش میزان اشتغال زنان ملازم است؛ همچنین وجود تبعیض‌های فرهنگی و به‌خصوص، تفاوت‌های اجتماعی میان زن و مرد، مانعی جدی در افزایش مشارکت اقتصادی زنان بوده، عامل توسعه الزامی دربردارنده رفع تبعیض‌ها و موانع اجتماعی و فرهنگی است (۳). به گزارش پرویزنژاد از بررسی تحول‌های باروری در ایران که عباسی و چاوشی صورت دادند، عواملی نظیر قومیت، مذهب، میزان سواد، آن را باورهای فرهنگی، آموزش‌های تنظیم خانواده و اقتصاد، از جمله مواردی هستند که در دیدگاه زنان هر منطقه نسبت به باروری با سایر مناطق مؤثرند؛ همچنین هر قدر استقلال زنان در تصمیم‌گیری‌های خانواده بیشتر باشد در همه امور دیگر از جمله محدود کردن تعداد فرزندان نیز تأثیرگذار خواهد بود (۱۷). یکی از مهم‌ترین عواملی که در استقلال تصمیم‌گیری‌های زنان در خانواده مؤثر است، اشتغال آنهاست؛ به این منظور که زنان شاغل در تصمیم‌گیری‌ها بیشتر استقلال دارند (۱۸). به احتمال، مشارکت خانوادگی و اجتماعی که سبب دخالت زنان در تصمیم‌گیری‌های زندگی می‌شود، همچنین استقلال در تحرک زنان از عوامل مهم کاهش باروری زنان هستند. در بررسی ضیایی، وضعیت بعد قدرت تصمیم‌گیری تا حدودی مناسب‌تر بوده است (۱۹).

شادی‌طلب در بررسی زن در توسعه و سیاست، میزان مشارکت اجتماعی زنان شهر تهران را در سطحی پایین بیان می‌کند (۲۰). یافته‌های اولولول، ارتباط میان تحصیلات زنان و دسترسی به منابع اقتصادی را عامل افزایش توانمندی زنان به‌خصوص در زمینه رفتار باروری آنها دانسته، دسترسی بیشتر به این منابع را عاملی عمده برای رسیدن به توانمندی مطلوب‌تر می‌داند (۲۱).

### منابع

- Gandhikingdon Geeta. Women education and socio-economical development. [Internet]. [updated 2009 Aug 1]. J reaserch. Available from: <http://hamzaban.org/category>
- Rafeefar Shahram. Women Empowerment. J Payame Zan [Internet]. 2002 Feb; 131: 46. Available from: <http://www.hawzah.net>
- Aghapoor Eslam. Gender inequality in Iran. women studies. [Internet]. 2010 Jun 14 [cited 2010 Jun 16]. Available from: [http://www.iranzanan.ir/women\\_studies/cat\\_](http://www.iranzanan.ir/women_studies/cat_)
- Fanni Zohreh. Viewpoints and indices of gender equality. Woman rights as a part of human right. Jsociety [Internet]. 2010 Feb 10 [cited 2010 Jun 19]; 15 Available from: <http://www.farzanehjournal.com/ind>
- World Economic Forum - Global Gender Gap Report. [Internet]. Geneva Switzerland. Available from: <https://members.weforum.org/pdf/gendergap/corporate2010>.
- Rajabee Mahrokh. The role of women situation on reproductive behavior in Shiraz. [Internet]. Iran Demography Association; 2010 April 26. Available from: <http://www.demography.ir/Category/Population-html>
- Abbassishoazi Mohammadjalal, Chavoshi Meimanat. Unwanted pregnancy and effective factors on it in Iran. Journal of fertility and infertility. 2003; 5(1): 62-76.
- Noroozi Ladan. Assesment of the effect of socioeconomic factors on the women fertility rate in Iran. Jpbud. 1998; (6, (serial 30)): 61-78.
- Abbassishoazi Mohammadjalal, mandegari Malihe. Different dimentions of women independency on their reproductive behavior in Iran. Journal of Pajoohesh 2010; 28(1): 31.
- Shireen J. Jeebhoy. Women education, autonomy and reproductive behaviour, Experience from developing countries (International Studies in Demography)-Oxford university Press. 1998 Dec. [cited 2010 Aug 2] Available from: <http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Sociology/Women>
- Gupta Geeta Rao, Anju Malhotra. Empowering women through investments in reproductive health and rights. International Center for Research on Women (ICRW) Prepared for the David and Lucile Packard Foundation Population Program Review Task Force, 2006 Jan. Available from: ICRW
- Ushma D. Upadhyay, Deborah Karasek, ICF Macro, Calverton, Maryland, USA. Women's Empowerment and achievement of desired fertility in sub Saharan-Africa. 2010 Dec. Available from: <http://www.measuredhs.com/publications/publication>
- Sadeghi Mirmohammad. Effective socio-economic and demographical factors on reproduction in rural areas of Najafabad. J reaserch of women. 2010 spring; 8(1): 28: 143-159; [cited 2012 Jul 18] Available from: <http://www.sid.ir/fa/ViewPaper>
- Kalantari Samad and etal. Effective social factor on women reproductive behavior of Yazd. Women in development and politic. Journal of quarterly research women. 2005 sum; 3(2, (serial 12)): 137-156. (SID)
- Ministry of health, Iran. Integrated Monitoring and Evaluation System; 2005.
- Badar Samina and Mischah shahid. Effect of women empowerment on their fertility behavior. Professional J Med. 2007 Jun; 14(2): 295-299.
- Parviznegad Maryam. The report of association of reproductive evolutions in four province of Iran. 2007 April, May; (24). Available from: [www.hawzah.net](http://www.hawzah.net)
- Pandey Sushma, Manjari Singh. Women Empowerment and Personal Values as Predictors of Reproductive Health. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2008 July; 34(2): 309-316.
- Ziaee Keyvan. Women empowerment. 2010 Feb. [cited 2010 July 19]. Available from: <http://hamshahrionline.ir/>
- Shaditalab Zhalah. Women social participation. Journal of woman research. 2003; (7): 141
- Nigeria odutolu, et al. Economic empowerment and reproductive behaviour of young women in Osun State Nigeria. African journal of Reproductive Health (WHARC). 2003 Dec; 7(3): 92-100.

سرانجام یافته‌های این پژوهش، توانمندی زنان مطالعه را در سطح متوسط و پایین‌تر بیان می‌کند. در بررسی ضیایی راجع به توانمندی زنان تهرانی، «ظرفیت اقتصادی زنان در شرایط نامطلوب و تقریباً در حد ضعیف، وضعیت بعد قدرت تصمیم‌گیری تاحدودی مناسب، وضعیت ظرفیت انسانی و اجتماعی هر دو در حد متوسط» بوده و به‌طور کلی، او، وضعیت زنان تهرانی را از نظر ابعاد توانمندسازی در سطح متوسط اعلام می‌کند (۱۹).

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان‌داد رفتار باروری به‌وسیله آموزش و عوامل اجتماعی اقتصادی که از عوامل تعیین‌کننده توانمندی هستند، تحت تأثیر قرار گرفته‌است و یافته‌ها در زنان توانمندتر، رفتار باروری بهتری را نشان داد؛ از این رو، توجه خاص به موضوع توانمندی زنان به‌منظور بهبود رفتارهای باروری ضروری است. اما هرچند که اثر توانمندی بر رفتار باروری برخلاف کای دو در رگرسیون لجستیک معنادار نشد، این موضوع می‌تواند به دلیل وجود همبستگی میان توانمندی و متغیرهایی مانند سن و تحصیلات باشد که به‌طور هم‌زمان در رگرسیون لجستیک وارد شده‌اند و علاوه بر آن به احتمال، پرسش‌نامه توانمندسازی به پرسش‌های بیشتری برای اندازه‌گیری دقیق آن نیاز داشته‌است؛ پس توجه به امر توانمندسازی زنان که نیمی از جمعیت کشور را تشکیل داده، از طرفی، سهمی مؤثر در پرورش بقیه افراد جامعه دارند، امری بسیار مهم و سازنده برای ساختن آینده جامعه است و هیچ برنامه‌ای بدون توجه به آنان، چندان توفیق‌نمی‌یابد. عوامل شناسایی‌شده در این مطالعه می‌تواند راهنمایی برای افزایش توانمندی زنان به‌منظور ارتقای رفتارهای باروری آنها باشد؛ لذا برنامه‌ریزی سیاست‌گذاران در ارتقای شاخص‌های توانمندسازی توسعه انسانی و رفتارهای باروری زنان می‌تواند به‌صورت فعالیتی دوجانبه در جهت حذف موانع فعالیت زنان و افزایش توانایی‌ها و قابلیت‌های آنها از طریق افزایش آگاهی و آموزش آنها باشد و قراردادن توانمندسازی زنان در رأس امور و مسائل کشور می‌تواند کمک‌کننده باشد.



**Daneshvar**

**Medicine**

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
Seventeenth Year,  
No.99  
June, July  
2012*

Received: 4/4/2012

Last revised: 16/7/2012

Accepted: 18/7/2012

## **Assesment of the relationship between empowerment and reproductive behavior**

Soheila Froozanfar<sup>1</sup>, Fereshteh Majlessi<sup>2\*</sup>, Abbas Rahimi Forroshani<sup>3</sup>,  
Abolghasem Pour Reza<sup>4</sup>

1-Master of Midwifery - Deputy of health, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2-Professor, Department of Health Education & Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Professor, Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**E-mail:** dr\_f\_majlessi@yahoo.com

### **Asbtract**

**Background and Objective:** The 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) specifically identified "empowering women" as an essential ingredient for achieving desirable reproductive health and population outcomes. This study was done to determine the relation between women empowerment and reproductive behaviors.

**Materials and Methods:** An analytical descriptive survey was carried out for 629 married women aged 15-50 in western Tehran health centers. Data gathering was through the questionnaires of demographic, sexual, reproductive history and socio-economical information. Randomized sampling was done by interview. Data was analyzed in spss16. Descriptive statistics was used to describe the samples and X<sup>2</sup> test for determination of relation between qualitative variables. Logistic regression analysis was used for assessing the power of independent variables that had a significant effect on reproductive behavior.

**Results:** Findings showed that 29.6% of cases were in good level of reproductive behavior and 20.8% of them were in high level of empowerment. Overall, women empowerment and reproductive behavior were in the mid-level, but an improvement was seen in the reproductive behavior with improvement of the women empowerment. There was also a significant relationship between reproductive behavior and women age (p=0.01), literacy (p=0.002), empowerment (p=0.007) and a negative significant relationship with the number of children (p=0.002) and marital duration (p=0.001). There was no significant relationship between empowerment and reproductive behavior in logistic regression because of correlation between variables such as age and education that inserted in logistic regression simultaneously.

**Conclusion:** Reproductive behavior was considerably affected by education and socio-economical factors that are determinant factors of empowerment, hence great attention to women empowerment issue is necessary for improvement of human development indices and reproductive behaviors.

**Key words:** Empowerment, Reproductive behavior