بررسی شیوع ناباروری زوجها در غرب تهران در سال ۱۳۷۹

*دکتر مرضیه نجومی I
دکتر مهناز اشرفی II
دکتر جلیل کوهپایه‌زاده III

چکیده

این مطالعه به منظور تعیین شیوع ناباروری زوجها (اولیه و ثانویه)، تعیین پی‌آمد بارداری و جستجوی خدمات درمانی در این زمینه و بررسی برخی عوامل دموگرافیک زنان در یک جمعیت تعریف شده، انجام شده است. در این مطالعه ۱۲۰۰ زن متاهل بین سنین ٤٠ تا ٥٠ سال که ساکن در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران (غرب تهران) بودند توسط مصاحبه ـ پرسشنامه و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده انتخاب شدند. ٢٦ پرسشنامه که بطور صحیح و کامل پر نشده بود از مطالعه حذف گردید. بنابراین میزان پاسخ‌دهی ۹۸ درصد بود. نوع مطالعه مقطعی (Cross-sectional) بود و داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. از ١١٧٤ زن بررسی شده ۸۷/۳% مشکلی در باروری نداشتند. ۹۸ نفر (۸/۳%) نازایی اولیه را تجربه کرده و ٤٣ نفر (۳/۷%) دچار نازایی ثانوی بودند (با تعریف ۱ ساله نازایی). از ۹۸ زن (۸/۳%) با تجربه نازایی اولیه، ۸۰ نفر (٦/۸%)، و از ٤٣ زن (۳/۷%) با نازایی ثانوی ۳۳ نفر (۲/۸%) در نهایت باردار شدند و ٤٩ نفر (٤/۲%) مشکل ناباروری حل نشده داشتند. ٦٣% زنان با مشکل در ناباروری، از پزشک متخصص کمک گرفته بودند و ۷% به طور کلی بدنبال خدمات درمانی در این زمینه نبودند.

بین جستجوی خدمات درمانی و شغل و تحصیلات زنان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. شیوع کلی نازایی زوجها ۱۲% بود که بیش از $\frac{2}{3}$ آنها در نهایت باردار شدند. شیوع نازایی اولیه بیش از نازایی ثانوی بود و تنها ٦٣% زنان برای حل مشکل ناباروری خود به پزشک متخصص مراجعه کرده بودند.

کلیدواژه‌ها: ۱- ناباروری ۲- نازایی اولیه و ثانویه ۳- جستجوی خدمات درمانی

مقدمه

نازایی عبارت است از ۱ سال آمیزش محافظت نشده بدون صورت گرفتن باروری که تقریباً ۱۵-۱۰ % زوجها را در طول سنین باروری مبتلا می‌کند(۱). در کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده در طی سالهای اخیر، کاهشی در باروری رخ داده است که علل آن را تغییر نقش زنان در فعالیتهای اجتماعی، تأخیر در سن ازدواج، تغییر در سن داشتن فرزند، افزایش استفاده از روشهای پیشگیری از باروری، آزادشدن سقط جنین و وضعیت اقتصادی نامطلوب، ذکر می‌کنند. از بین این علل، تأخیر در سن ازدواج و تولد فرزند را مهمترین تغییرات در جوامع صنعتی می‌دانند(۱). در طی ۲ دهه گذشته در بررسی نازایی ۳ تغییر عمده رخ داده است:

۱- تغییر و تحول در مورد باروری مصنوعی (IVF) و سایر تکنولوژیهای باروری کمک شده (ART). ۲- آگاهی

این مقاله در قالب طرح پژوهشی با شماره ٣٦٥ در دفتر معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به ثبت رسیده است. همچنین در دومین کنگره بین‌المللی رویان در تهران شهریور ماه سال ۱۳۸۰ ارائه شده است.

I) استادیار بخش پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران(*مولف مسؤول)
II) استادیار بیماریهای زنان و زایمان، عضو هیئت علمی، بیمارستان اکبرآبادی و مرکز رویان، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران
III) دستیار رشته پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

بیشتر جمعیت از درمانهای موجود برای نازایی. ۳- افزایش تعداد زنان بالای ۳۵ سال، که درجستجوی خدمات درمانی برای نازایی هستند(۱). تقریباً آنچه که در مورد خصوصیات زنان نابارور در دسترس می‌باشد، براساس مطالعه روی موارد مراجعه به کلینیک و درمانگاهها بوده است و تنها مربوط به کسانی می‌شود که در جستجوی خدمات درمانی در این زمینه بوده‌اند و به هیچ وجه قابل تعمیم به جامعه نیست(۲). مطالعه براساس جمعیت روش خوبی برای ارزیابی کلی شیوع نازایی می‌باشد. این مطالعات در انگلستان، اسکاندیناوی و استرالیا انجام شده است که شیوع ناباروری در سراسر عمر را از ۳۵% در sheffield انگلستان تا ۱٤% در Aberdeen اسکاتلند گزارش کرده‌اند(۷-۲).

این اختلاف ممکن است بعلت همگروههای سنی متفاوت (اغلب مطالعات، کل جمعیت زنان سنین باروری را مورد بررسی قرار داده‌اند) یا بعلت اختلاف واقعی در شیوع نازایی در جمعیتهای مختلف باشد(۸). به هر حال عدم وجود تعریف استاندارد از نازایی باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه تحقیق و برآورد شیوع آن می‌گردد.

در برخی مطالعات نازایی، ناتوانی در باروری پس از ۲ سال آمیزش محافظت نشده و در برخی دیگر ۱ سال در نظر گرفته شده است(٤).

الگو و میزان نازایی شاخص مناسبی برای سلامت خانواده و برنامه‌ریزی در جهت آن می‌باشد ولی داده‌های مربوط به سلامت باروری و جنبه‌های دموگرافیک و اجتماعی آن به میزان کافی در دسترس نمی‌باشد. در مناطق روستایی نیجریه داشتن فرزند و بخصوص جنس مذکر، باعث هویت زن در خانواده می‌شود و در واقع زن بدون فرزند هیچ چیز نیست! (she is nothing at all). یک زن بدون فرزند احساس ناامنی و تزلزل در زندگی زناشویی خود می‌کند. برخی محققین ذکر کرده‌اند که ناتوانی یک زن درتولد فرزند، می‌تواند منجر به انگ اجتماعی (Social Stigma) و فشارهای زیاد خانوادگی گردد(۹).

درصد نازایی در بین خانمهای ۲۰ تا ٤۰ ساله امریکایی از ۳/٦% در سال ۱۹٦۵ به ۱۰/۹% در سال ۱۹۸۲ افزایش یافته است که شاید یکی از علل آن، افزایش بیماریهای مقاربتی در این سنین باشد، در سایر گروههای سنی تغییر محسوسی گزارش نشده است(۱۰). در یک بررسی نشان داده شده است که تقریباً ۵۰% زوجهایی که به درمانگاههای نازایی ارجاع داده می‌شود، از روشهای کمک باروری سود می‌برند(۱۱). بنابراین لازم و اساسی است که در مورد اپیدمیولوژی نازایی در کل جمعیت و استفاده از سرویسهای موجود و خدمات‌دهی آنها و نیاز مردم، اطلاعات بیشتری بدست آورده و با این اطلاعات، منابع را بطور مناسبتری به این زمینه اختصاص دهیم.

در سال ۷۷ در یک بررسی در شهر تهران، شیوع کلی نازایی اولیه ۲۱/۹% گزارش شد(۱۲) اما در مورد شیوع کلی نازایی و خصوصیات اپیدمیولوژیک آن در کشور اطلاعات کمی در دسترس است. این مطالعه به منظور تعیین شیوع ناباروری زوجها در غرب تهران و مشخص کردن برخی خصوصیات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته است. در نظر است که این شیوع، در کل شهر تهران نیز مورد بررسی قرار گیرد. دستیابی به این شیوع برای برنامه‌ریزی دقیق در جهت ارتقا خدمات ارائه شده در این زمینه، کمک کننده خواهد بود.

از آنجائی که نازایی می‌تواند هم بعلت مشکلات زنان و هم مردان ایجاد شود، باید این مسئله را در نظر داشت که در بررسیهایی که بر پایه جمعیت انجام می‌شود، مسائلی که هر دو زوج را تحت تاثیر قرار می‌دهند ۲ بار محاسبه نگردند. همچنین از آنجائیکه معمولاً زنان همه موارد بارداری را چه به پایان رسیده و چه نرسیده را بهتر به یاد دارند در این بررسیها توصیه می‌گردد تنها زنان، مورد مطالعه قرار گیرند(٤).

روش بررسی

این مطالعه بصورت مقطعی (Cross-sectional) انجام شد و جمعیت مورد مطالعه کلیه زنان متاهل ٤۰ تا ۵۰ ساله

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

ساکن در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۹ بودند که با استفاده از آمار سرشماری سال ۷۵، تعداد آنها ۳۳۰۴۳ نفر برآورد گردید. فرض شد که زنان این گروه سنی اغلب دوران تولد فرزند را سپری کرده و خانواده خود را تکمیل نموده‌اند.

با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده (Stratified Random Sampling)، حجم نمونه مورد نظر با خطای نوع اول ۵% و حدود اطمینان ۹۵%، و فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد یک نسبت، به میزان ۱۲۰۰ نفر، بدست آمد.

حجم نمونه از بین مناطق ۲، ۵، ٦، ۹، ۱۸ و به نسبت تراکم جمعیت زنان ٤۰ تا ۵۰ ساله این مناطق، بدست آمد. وسیله جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل ۱۱ سوال بود.

قسمت اول حاوی سوالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک و قسمت دوم شامل سوالاتی در مورد وضعیت باروری بود. در این پرسشنامه، از افراد در مورد سن، سواد، شغل، مدت زمان ازدواج، وضعیت باروری، سن اولین حاملگی، مدت زمان تلاش برای داشتن فرزند، سابقه مصرف سیگار، جستجوی خدمات درمانی و سابقه حاملگی‌های قبلی، سوال شد.

پرسشنامه‌ها توسط پرسشگرهای آموزش دیده به روش مصاحبه پرشد. به منظور تامین حجم نمونه لازم، از خانمهای خانه‌دار و غیره، در صبح و بعدازظهر نمونه‌گیری انجام شد.

اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS، و آزمونهای آماری t-test و Chi-square و Kruskal.wallisو phiKolmogrov.smirnovو cramer's تجزیه و تحلیل گردید. از ۱۲۰۰ پرسشنامه بررسی شده، ۲٦ پرسشنامه (۲%) به طور کامل و صحیح پر نشده بود که از مطالعه حذف گردید. بنابراین میزان پاسخ‌دهی ۹۸% بود.

در این بررسی، نازایی با تعریف ۱ ساله آن در نظر گرفته شد. زنان با تجربه نازایی اولیه، شامل زنان با نازایی اولیه بعلاوه زنان با نازایی اولیه به همراه نازایی ثانوی بودند (نازایی اولیه + نازایی اولیه و ثانویه).

نتایج

زنانی که بعد از ۱ سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری نداشتند تحت عنوان " مشکل در باروری" طبقه‌بندی شدند. نازایی اولیه مربوط به اولین حاملگی و نازایی ثانوی مربوط به حاملگی‌های بعدی بوده است.

براساس تاریخچه باروری، زنان بررسی شده در این مطالعه، به ۵ گروه شامل، بدون مشکل در باروری، نازایی اولیه به تنهایی، نازایی ثانوی به تنهایی، نازایی اولیه به همراه ثانویه و عدم تمایل به داشتن فرزند تقسیم شدند.

از ۱۲۰۰ پرسشنامه مورد بررسی، ۲٦ پرسشنامه بدلیل عدم صحت در پاسخگویی به سوالات حذف گردید. از ۱۱۷٤ زن مورد بررسی، ۳۰/۷%، ۲۷/٦%، ۱۲/۱%، ۱۱/۲% و ۱۸/٤% به ترتیب مربوط به مناطق ۲، ۵، ٦، ۹ و ۱۸ تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند.

از نظر سطح سواد ۱۱/۸% بی‌سواد، ۱۳% در حد خواندن و نوشتن، ۱۵/۳% زیر دیپلم، ٤۸/۱% دیپلم و ۱۱/۷% تحصیلات دانشگاهی داشتند. از کل زنان مورد بررسی ۸۲/۵% خانه‌دار بودند. ۸۹/۳% سیگار مصرف نمی‌کردند و ۳/۳% ترک کرده بودند. از بین زنان سیگاری ۳/۸% کمتر از ۵ نخ در روز و ۳/۲% بین ۵ تا ۲۰ نخ در روز،و ۰/٤% (۵ نفر) بیش از ۲۰ نخ سیگار در روز مصرف می‌کردند. از کل زنان با مشکل در باروری، ۷% به مراکز خدمات درمانی، مراجعه نکرده بودند. ٦۳% به پزشک متخصص و ۱٦% به ماما و غیره مراجعه داشتند. هیچ یک از آنها برای حل مشکل خود به پزشک عمومی مراجعه نکرده بودند.

میانگین سنی زنان مورد بررسی ٤۵/۳۷ سال، میانگین سن اولین حاملگی ۲۰/۷ سال و در بین زنان با مشکل در باروری، میانگین طول مدت تلاش برای داشتن فرزند ۵/۷ سال با حداقل زمان ۱ و حداکثر زمان ۲۰ سال بود. میانگین

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

تعداد تولدهای زنده ۳/۱ بود با حداکثر ۱۲ تولد زنده. حداکثر موارد سقط القا شده در ۱ مورد ۱۶ بار گزارش شد حداکثر تولد نوزاد مرده و حاملگی خارج از رحم به ترتیب ۳ و ۲ مورد بدست آمد.

در این تحقیق شیوع کلی نازایی ۱۲% (Cl=%۱۰-۱٤) بود. ۸۷/۳% از کل زنان بررسی شده مشکلی در باروری نداشتند. ۸ نفر عدم تمایل به داشتن فرزند را ذکر کردند که در بین آنها زنان مبتلا به بیماریهای مزمن و عقب‌ماندگی ذهنی و زنانی که مدت کمی پس از ازدواج همسر خود را از دست داده بودند، وجود داشت.

بدلیل تعداد کم، این افراد در تجزیه تحلیلهای بعدی، حذف شدند. از کل ۹۸ زن که نازایی اولیه را تجربه کرده بودند (شامل نازایی اولیه به تنهایی بعلاوه نازایی اولیه و ثانویه با هم)، ۱۸ نفر (۱/۵%) هرگز باردار نشدند. از زنان باقیمانده در این گروه ۸۰ نفر (٦/۸%) در نهایت باردار شدند ولی همچنان ۳۳ نفر (۲/۸%) مشکل در بارداریهای بعدی خود داشتند. ٤۳ نفر (۳/۷%) مشکلی در اولین بارداری نداشتند، ولی در بارداریهای بعدی خود دچار مشکل شده بودند که بالاخره ۳۳ نفر از آنها (۲/۸%) باردار شدند و ۱۰ نفر همچنان نابارور باقی ماندند(جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی وضعیت باروری در زنان مورد مطالعه ـ تهران ۱۳۷۹

وضعیت باروری	تعداد (درصد)
ـ نازایی اولیه فقط	٦۵(۵/۵)
باردار نشده	۱۸(۱/۵)
باردار شده	٤۷(٤)
ـ نازایی اولیه و ثانویه	۳۳(۲/۸)
باردار نشده	۲۱(۱/۸)
باردار شده	۱۲(۱)
ـ نازایی ثانوی فقط	٤۳(۳/۷)
باردار نشده	۱۰(۰/۹)
باردار شده	۳۳(۲/۸)
ـ عدم تمایل به داشتن فرزند	۸(۰/۷)
ـ بدون مشکل در باروری	۱۰۲۵(۸۷/۳)
جمع	۱۱۷٤(۱۰۰)

از نظر بررسی وضعیت شغلی و سایر متغیرها، زنان مورد مطالعه به ۳ گروه، با تجربه نازایی اولیه، نازایی ثانوی به تنهایی و بدون مشکل در باروری تقسیم شدند.

وضعیت این گروهها از نظر شغل، مصرف سیگار، سطح سواد و جستجوی خدمات درمانی (در مورد زنان با مشکل در باروری) به ترتیب در جدولهای ۲ تا ۵ آمده است.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی شغل بر حسب وضعیت باروری در زنان مورد مطالعه ـ تهران ۱۳۷۹

شغل	وضعیت باروری		
	مشکلی نداشته n=۱۰۲۵	نازایی اولیه n=۹۸	نازایی ثانوی n=٤۳
خانه‌دار	۸۵۲(۸۳/۱)	۷٤(۷۵/۵)	۳۸(۸۸/٤)
کارگر	-	۱(۱)	-
کارمند	۱٦۱(۱۵/۷)	۲۲(۲۲/٤)	۵(۱۱/٦)
آزاد	۱۲(۱/۲)	۱(۱)	-

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مصرف سیگار بر حسب وضعیت باروری در زنان مورد مطالعه ـ تهران۱۳۷۹

مصرف سیگار	وضعیت باروری		
	بدون مشکل در باروری n=۱۰۲۵	نازایی اولیه n=۹۸	نازایی ثانویه n=٤۳
عدم مصرف سیگار	۹۱٦(۸۹/٤)	۸۲(۸٤/۵)	٤۲(۹۷/۷)
ترک کرده	۳٤(۳/۳)	۳(۳/۱)	۱(۲/۳)
کمتر از ۵ نخ در روز	۳۸(۳/۷)	٦(٦/۲)	-
۲۰-۵ نخ در روز	۳٤(۳/۳)	٤(٤/۱)	-
بیش از ۲۰ نخ در روز	۳(۰/۳)	۳(۲/۱)	-

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی سطح سواد بر حسب وضعیت باروری در زنان مورد مطالعه ـ تهران ۷۹

سطح سواد	وضعیت باروری		
	بدون مشکل در باروری n=۱۰۲۵	نازایی اولیه n=۹۸	نازایی ثانویه n=٤۳
بی‌سواد	۱۱۸(۱۱/۵)	۱۹(۱۹/٤)	۲(٤/۷)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

خواندن و نوشتن	(۱۲/۷)۱۳۰	(۱۵/۳)۱۵	(۱۸/٦)۸
زیر دیپلم	(۱٦/۳)۱٦۷	(۸/۲)۸	(۱۱/٦)۵
دیپلم	(٤۸)٤۹۲	(٤۲/۹)٤۲	(۵۸/۱)۲۵
تحصیلات دانشگاهی	(۱۱/۵)۱۱۸	(۱٤/۳)۱٤	(۷)۳

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی جستجوی خدمات درمانی برحسب وضعیت نازایی در زنان با مشکل باروری ـ تهران ۱۳۷۹

منبع مراجعه	وضعیت باروری		
	نازایی اولیه n=۹۸	نازایی ثانویه n=٤۳	کل n=۱٤۱
جستجو نداشته	(۸/۲)۸	(٤/۷)۲	(۷)۱۰
پزشک متخصص	(٦۷/۳)٦٦	(۵۳/۵)۲۳	(٦۳)۸۹
ماما و غیره	(۹/۲)۹	(۳۰/۲)۱۳	(۱٦)۲۲
بدون پاسخ	(۱۵/۳)۱۵	(۱۱/٦)۵	(۱٤)۲۰

در توزیع فراوانی ۳ گروه از نظر وضعیت شغلی و سواد و مصرف سیگار اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه زنان بدون مشکل باروری (۸۳/۱%) در برابر زنان با تجربه نازایی اولیه(۷۵/۵%)، شغل خانه‌داری بیشتر مشاهده شد. بیشترین میزان عدم مصرف سیگار در زنان با نازایی ثانوی وجود داشت(۹۷/۷%) که با سایر گروهها از نظرآماری اختلاف معنی‌داری نداشت. از نظر جستجوی خدمات درمانی در زمینه حل کردن مشکل باروری، بین زنان با تجربه نازایی اولیه و نازایی ثانوی بتنهایی، اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید(P<۰/۰۰۳).

اغلب زنان با تجربه نازایی اولیه به پزشک متخصص مراجعه کرده بودند و نسبت زنانی که در این گروه جستجویی برای خدمات درمانی نداشتند بیش از زنان با نازایی ثانوی به تنهایی، بود(۸/۲% در برابر ٤/۷%).

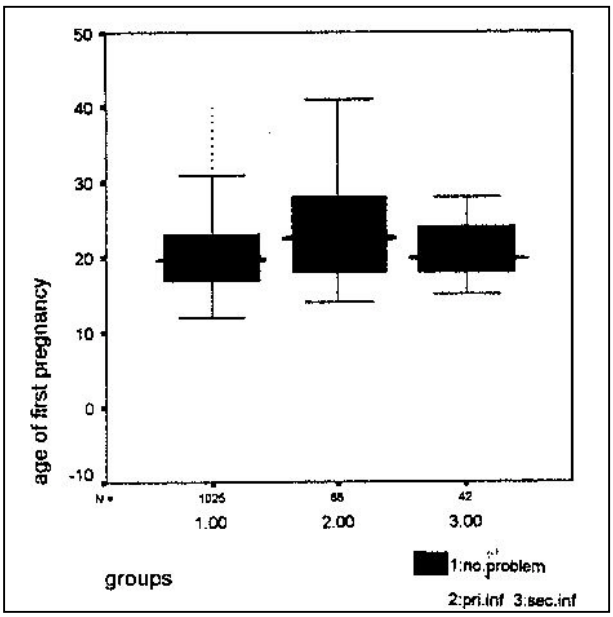
جدول شماره ٦ پی‌آمدهای بارداری را در گروه زنان با مشکل در باروری، حل شده، و بدون مشکل در باروری نشان می‌دهد. میانگین تعداد تولد زنده در ۳ گروه، اختلاف معنی‌دار آماری داشت(P<۰/۰۰۳).

از نظر سقط، بارداری خارج از رحم و تعداد تولد نوزاد مرده، اختلاف معنی‌داری بین ۳ گروه مشاهده نشد.

میانگین سن اولین حاملگی در زنان بدون مشکل در باروری ۲۰ سال، در زنان با تجربه نازایی اولیه ۲۲ سال و در زنان با نازایی ثانوی به تنهایی، ۲۱ سال بدست آمد که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار بود(P<۰/۰۰۱)(نمودار شماره ۱).

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی نتیجه باروری در زنان مورد بررسی ـ تهران ۷۹

پی‌آمد حاملگی	وضعیت باروری		
	نازایی اولیه n=۸۰	ثانوی n=٤۳	بدون مشکل n=۱۰۲۵
تولد زنده	(۷۷)۲۲۳	(۸٤/۷)۱۳۲	(۸٤)۳۳۰۳
سقط خودبخودی	(۱۰/٦)۳۱	(٦/٤)۱۰	(۸)۳۱۸
سقط القا شده	(۱۰/٦)۳۱	(۷/٦)۱۲	(۸/۲)۳۳۵
بارداری خارج از رحم	(۰)۰	(۰)۰	(۰/۱)٤
تولد نوزاد مرده	(۱/۸)۵	(۱/۳)۲	(۱/۵)٦۳
کل‌بارداریها	۲۹۰	۱۵٦	۳۹۲۳



نمودار شماره ۱- مقایسه سن اولین حاملگی بین گروههای مورد مطالعه تهران ۱۳۷۹

بحث

در این مطالعه شیوع نازایی و برخی عوامل مربوط به آن مورد بررسی قرار گرفت. از آنجائیکه روش جمع‌آوری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

اطلاعات، پرسشنامه و مصاحبه بود، میزان پاسخ‌دهی کامل و صحیح به سوالات بسیار بالا و حدود ۹۸% بدست آمد.

در مطالعاتی که پرسشنامه توسط پست فرستاده می‌شود این میزان پاسخ‌دهی، معمولاً بدست نمی‌آید و اغلب بین ۸۲ تا ۸٦ درصد متفاوت است(۲). در یک مطالعه دردانمارک توسط مصاحبه، این میزان ۷٦% گزارش شد(۱۳). شیوع کلی ناباروری زوجها در این بررسی براساس تعریف ۱ ساله آن ۱۲% بدست آمد. این میزان با تعریف ۲ ساله در مطالعه Aberdeen حدود ۱٤% بود(۲). و در مطالعه دیگری در Somerset با تعریف ۱ ساله دیده شد که ۲٦/٤% از زنان در مقطعی از دوران باروری خود با مشکل ناباروری روبرو می‌شوند(٤).

بنظر می‌رسد بهترین آمار در این زمینه، مربوط به مطالعات ملی ایالات متحده روی رشد خانوار باشد که در سال ۱۹۸۲ ناباروری را در زنان گروه سنی ۱۵ تا ٤٤ سال، ۱۳/۹% گزارش کرد. از این تعداد ۳۰% نازایی اولیه و ۷۰% نازایی ثانوی داشتند(۱٤).

در مطالعه دیگری در یک جمعیت روستایی در انگلستان، شیوع نازایی ۱۷/۳% گزارش گردید(۸). در یک بررسی در منطقه‌ای روستایی در نیجریه، نسبت کل نازایی ٦۷% بدست آمد که ٥٤% آن مربوط به نازایی ثانوی بود(۹). این اختلاف در میزانهای شیوع در جمعیت و مکانهای متفاوت، ممکن است بعلت بررسی همگروههای متفاوت سنی باشد. در برخی تحقیقات کل جمعیت زنان در سنین باروری، جامعه مورد مطالعه در نظر گرفته شدند و برخی دیگر تنها زنانی را مورد مطالعه قرار دادند که زمان باروری آنها رو به پایان است و تقریباً تعداد فرزند مورد نظر خود را دارا هستند. در مطالعه‌ای که سال ۷۷ به منظور بررسی نازایی اولیه در تهران انجام شد، زنان مورد بررسی ۲۰ تا ٤۹ ساله بوده و میزان ناباروری کلی ۲۱/۹% گزارش شد(۱۲).

بنظر می‌رسد اختلاف در همگروههای سنی مورد بررسی، باعث تفاوت در این شیوع، با مطالعه حاضر باشد. همچنین زنان در گذشته به میزان کمتری دچار مشکل ناباروری بوده‌اند تا زنانی که اخیراً ازدواج کرده‌اند. علت دیگر تفاوت در شیوع نازایی در جمعیتهای مختلف، ممکن است اختلاف واقعی این شیوع باشد.

بعنوان مثال در مطالعه نیجریه که درصد نازایی بسیار بالا است، علت آن عمدتاً شیوع بالای انواع بیماریهای پارازیتی و بخصوص انکوسرکیازیس می‌باشد. در این مطالعه دیده شد که بیش از نیمی از زنان با مشکل در باروری، سرانجام باردار شدند که این میزان با مطالعه Aberdeen همخوانی دارد(۲). شیوع ناباروری ثانوی بتنهایی در این بررسی ۳/۷% بود که این میزان در مطالعه Aberdeen، ٥/۲% گزارش شده است(۲).

میزان نازایی هرگز بارور نشده، در مطالعه ما ۲/٤% بود که این میزان در مطالعات دیگر بین ٤/۳% و ٥/۸% گزارش شده است(۲و ۸).

در این مطالعه دیده شد که ۸/۲% از زنان با تجربه نازایی اولیه و ٤/۷% از زنان با نازایی ثانوی برای حل مشکل خود در جستجوی خدمات درمانی در این زمینه نبودند که در مطالعه Aberdeen این میزانها به ترتیب ۲۸% و ۳٥% بدست آمد(۲).

به نظر می‌رسد فرهنگ مردم کشور ما در زمینه داشتن فرزند و در نتیجه پی‌گیری مشکلات مربوط به آن، علت این اختلاف باشد. خلاصه اینکه در این مطالعه شیوع کلی نازایی ۱۲% بدست آمد که ۸/۳% آن نازایی اولیه و ۳/۷% آن مربوط به نازایی ثانوی بوده است. این میزانها در مطالعه دیگری به ترتیب ۱٤% و ۸/۹% و ٥/۲% گزارش شده است(۲).

در مطالعه‌ای دیگر نیز این میزانها ۱۷/۳%، ۱۰/٦% و ٦/۷% بدست آمد(۸). در مطالعات دیگر نیز این میزانها از ۱۳-۱٤% تا ٥٤-٥٥% متفاوت گزارش شده است(۹). که همگی نشانگر شیوع بسیار متفاوت نازایی در جمعیتها و مکانهای مختلف می‌باشد. بنابراین میزان شیوع ناباروری که در اغلب کتابهای مرجع ۱۰% ذکر می‌شود بسیار گیج کننده است(۱). پیشنهاد می‌گردد برای بدست آوردن شیوع دقیقتر ناباروری جمعیت بیشتری از زنان در همگروههای سنی مختلف مورد بررسی قرار گیرند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

استفاده از شیوع نازایی و ناباروری حل نشده، بهترین راه ارزیابی اثر خدمات درمانی در زمینه نازایی است. در مطالعه ما و برخی مطالعات دیگر (۱۵و ۱۶) بین جستجوی خدمات درمانی و بالاخره باردارشدن زنان با "مشکل در باروری" ارتباط معنی‌داری دیده نشد.

از محدودیتهای این مطالعه می‌توان به اطلاعات مربوط به سن اولین حاملگی و مدت زمان ازدواج اشاره کرد که قابل اعتماد نمی‌باشد چون نیاز به استفاده از حافظه افراد مورد بررسی داشته است. همچنین از آنجایی که نداشتن فرزند و بطور کلی مشکل در باروری از نظر اجتماعی و فرهنگی به آسانی بیان نمی‌گردد ممکن است آمار واقعی شیوع ناباروری بیش از میزان بدست آمده باشد.

منابع

1- Speroff LE., Glass RH., Kase NG., Clinical Gynecologic endocrinology and infertility. Sixth edition, Baltimorel maryland, lippin cott williams & Wilkins. 1999, PP: 1015-1037.

2- Templeton A., Fraser C., Thompson B., The epidemiology of infertility in Aberdeen. Br Med J, 1991, 301: 148-52.

3- Page H., Estimation of the prevalence and incidence of infertility in a population: a pilot study. Fertil Steril. 1989, 51: 571-7.

4- Gunnell DJ., Ewings P., Infertility prevalence, need assesment and purchasing. J public Health Med. 1994, 16: 29-35.

5- Hogberg U., Sandstorm A., Nilsson NG., Reproductive patterns among Swedish women born 1930-1960. Acta obstet Gynecol Scand. 1992, 71: 207-14.

6- Schmidt L., Munster K., Helm P., Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. Br J obstet Gynecol. 1995, 102: 978-84.

7- Webb S., Holman D., A survery of infertility, surgical sterlity and associated reproductive disability in perth. Western Australia. Aust J public Health. 1992, 16: 376-82.

8- Buckett W., Bentick B., The Epidemiology of infertility in a rural population. Acta obstet Gynecol Scand. 1997, 76: 233-237.

9- Ebomoyia E., Adetoro O.O. Socio-biological Factors influencing infertility in a rural Nigerian Community. Jnt. J. Gynecol. Obstet 1990, 33: 41-47.

10- Wulff M., Hoberg U., Stenlund H., Infertility in an industrial setting. Acta obstet Gynecol scan, 1997, 79: 679-683.

11- Anon. The management of subfertility. Efective Health Care Bulletin. 1992, 3: 1-24.

۱۲- باروتی، عصمت، رمضانی تهرانی فهیمه، حیدری سراج مهناز و همکاران ـ نازایی اولیه براساس سن ازدواج ـ حکیم. سال ۱۳۷۸، شماره دهم، ص ۹۳-۸۸.

13- Rachootin P., Olsen J., prevalence and socia economic corelates of subfecundity and spontaneous abortion in Denmark. Int J Epidemiol 1982, 11: 245-9.

14- Mosher WD., Infertility trends among united states couples, 1962-1976. Fam plann perspect. 1982, 1: 22-27.

15- Bemstein D., Levin S., Amsterdam E., Insler V., Is conception in infertile couples treatment-related? A survey of 309 pregnancies. Int J fertile. 1979, 24: 65-67.

16- Collins JA., Wrixon W., Janes LB., et al., Treatment-independent pregnancy among infertile couples. N Engl J Med. 1983, 309: 1201-6.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

STUDY OF COUPLES INFERTILITY IN THE WEST OF TEHRAN, IN THE YEAR OF 2000

*M. Nojomi, MD [I] M. Ashrafi, MD [II] J. Koohpayehzadeh, MD [III]

ABSTRACT

To study the prevalence of infertility, both primary and secondary, also outcome of pregnancy and uptake of medical services about that and some demographic factors in a given population of women. An interview-questionnaire survey of 1200 married women in the age group 40-50 who lived in the west of Tehran. Method of women selection was stratified random sampling. 26 questionnaire excluded because of incorrectly completed. Therefore response rate was 98%. The type of study was cross-sectional. Analysis of data performed by SPSS.

Among the 1174 women contacted, 87.3% reported no difficulties in having children. 98 (8.3%) women had primary infertility and 43(3.7%) had secondary infertility (definition of one year). In total 98 (8.3%) women with primary infertility, 80(6.8%) eventually conceived. Of the 43 (3.7%) with secondary infertility only 33(2.8%) conceived. Overall 49(4.2%) of the population were left with an unresolved problem of infertility. Only 63% infertile women had made use of specialist and 7% did not seek medical services. Between use of medical services and occupation and literacy of women were not significant difference. The prevalence of infertility was 12%, although 2/3 of these women eventually conceived. Primary infertility was more common that secondary infertility and only 63% of infertile women attended specialist services.

Key Words: 1) Infecundity 2) Primary and secondary infertility 3) Medical services use

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

This article is recorded in undersecretary of research of Iran University of Medical Sciences and Health Services.(No: 365)
***I*)** *Assistant professor of epidemiology, Medical faculty, Satarkhan St. Iran University of Medical Sciences and Health Services,Tehran, Iran(*Corresponding author)*
***II*)** *Assistant professor of obstetrics and gynecology, AkbarAbadi hospital and Royan, Molavi St, Iran University of Medical Sciences and Health Services,Tehran, Iran.*
***III*)** *Resident of epidemiology, Iran University of Medical Sciences and Health Services,Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]