Archive of SID

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هجدهم شماره ۶۶ مهر و آبان سال ۱۳۸۷ (۷۰-۶۳)

بررسی فاصله گذاری بین تولدها و عوامل مرتبط با آن در مادران چندم زای مراجعه کننده به زایشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری بابل [۱۳۸۶]

کریم ا... حاجیان *+ نساء اصنافی ** فروغ علی اکبرنیا عمران ***

چکیده

سابقه و هدف: فاصله گذاری مناسب بین موالیداز عوامل موثر سلامت مادران و کودکان می باشد. این مطالعه به منظور تعیین الگوی فاصله گذاری بین موالید و برخی عوامل مرتبط با آن در مادران چندم زای شهرستان بابل انجام گردید.

مواد و روش ها: این بررسی به صورت مقطعی بر روی نمونه ۵۰۰ نفر از مادران چندم زای مراجعه کننده به زایشگاههای دولتی و خصوصی ونیز مادران چندم زا دارای کودک زیر ۶ سال و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری بابل در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. اطلاعات دموگرافیک و مشخصه های باروری مادران از طریق مصاحبه توسط پرسشنامه مدون جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از آزمون کای دو و مدل رگرسیونی لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار فاصله بین تولدها ۲۵/۷±۶۱ ماه بود. تنها در ۳/۸درصد مادران فاصله تولد کمتر از ۲ سال مشاهده گردید و بر عکس در بیشتر از ربع مادران (۲۸درصد) فاصله گذاری بیش از ۶ سال بوده است. اکثریت مادران (۷۶/۸درصد) در سن۳۴-۲۰ سال قرار داشتند. با وجود این سن ۳۵ سال یا بالاتر در ۲۲/۴درصد موارد مشاهده گردید در حالیکه سن کمتر از ۲۰ سال تنها در ۰/۸درصد موارد وجود داشت. از بین متغیرهای مورد بررسی، سن مادر، تعداد زایمان، دوره شیردهی در زایمان قبلی، جنس فرزند قبلی، نوع روش جلوگیری از بارداری و وضعیت زایمان قبلی (مرده زا/ زنده زا)، مرگ ومیر زیر یکسال و نحوه مراجعه مادران به کلینیک تنظیم خانواده با فاصله بین موالید ارتباط معنی دار نشان داد($p<0/05$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد که سن مادر، تعداد زایمان ها، دوره شیردهی، مرده زایی، مرگ و میر زیر یکسال و نحوه مراجعه به کلینیک تنظیم خانواده و استفاده از روش های نوین از عوامل مرتبط با فاصله گذاری تولد ها می باشد. گرچه فاصله گذاری تولدها در اکثریت مادران در محدوده توصیه شده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. با توجه به افزایش سن مادر درمواردفاصله گذاری طولانی بین موالید و با ملاحظه به اینکه در این مطالعه نیز حدود ربع موارد خانم ها در سن بارداری بالاتر از ۳۵ سال که جزء موارد حاملگی پرخطر محسوب می شوند، قرار دارند. لزوم بازنگری در برنامه آموزشی مدون جهت جلوگیری از افزایش بی رویه فاصله بین موالید در حد نامطلوب بالاتر از ۶ سال که منجر به افزایش سن مادر در بارداری‌های بعدی می شود توصیه می گردد.

واژه‌های کلیدی: فاصله گذاری بین تولد ها، تنظیم خانواده، عوامل مرتبط

+ **مولف مسئول : دکتر کریم اله حاجیان**- بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
Email:drhajian@yahoo.com
*دکترای آمار حیاتی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل ** دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل *** پزشک عمومی
تاریخ دریافت : ۸۷/۱/۳۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۷/۳/۱ تاریخ تصویب: ۸۷/۷/۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

فاصله گذاری تولدها به فاصله زمانی بین تولد نوزاد با زایمان قبلی (مرده زا یا زنده زا) اطلاق می گردد و فاصله مطلوب ۳ تا ۵ سال توصیه شده است. برنامه تنظیم خانواده در بعد خانوادگی، روشی برای فاصله گذاری مناسب بین فرزندان و جلوگیری از تولد فرزند ناخواسته می باشد و در بعد اجتماعی، یکی از راههای برقراری تعادل میان توسعه اقتصادی، اجتماعی و میزان رشد جمعیت است. لذا تنظیم خانواده امروزه به عنوان یکی از بندهای اساسی حقوق بشر و یکی از اجزاء حیاتی توسعه پایدار شناخته شده است، و از اهداف مهم آن ایجاد کانون خانوادگی سالم می باشد که در راس آن مادر و کودک سالم قرار می گیرد (۱). فاصله گذاری بین حاملگی ها گام مهم در تامین سلامت مادر و کودک است(۲). مطالعات متعددی عوارض فاصله گذاری نامناسب بر مادر و کودک را نشان داده است که از آن جمله می تواند موجب افزایش خطر مرگ مادر، خونریزی سه ماهه سوم بارداری (۳ تا ۵)، کم خونی و سوء تغذیه مادران گردد و نیز از عوارض متعددی که بر روی کودکان به جا می گذارد می توان به نارسی، وزن کم هنگام تولد، مرده زایی، مرگ دوران نوزادی، کاهش بهره هوشی و کاهش رشد جسمی و فیزیکی اشاره کرد(۷،۶).

مطالعه فاصله گذاری بین تولدها و شناخت عوامل بیولوژیک و غیر بیولوژیک مرتبط با آن باعث می شود تا کنترل موالید به درستی انجام پذیرد و در پی آن از هزینه های اضافی ناشی از عوارض فاصله گذاری کوتاه مدت جلوگیری شود. از این رو در بسیاری از کشورها از جمله ایران برنامه فاصله گذاری بین تولدها جزء برنامه های ملی ارتقاء بهداشت سلامت مادران و کودکان می باشد. فاصله گذاری بین تولدها متاثر از یک سری عوامل دموگرافی، اقتصادی، اجتماعی وفرهنگی می باشد که می توان آنها را به دو دسته تقسیم نمود:

۱) عواملی که مستقیماً بر روی فاصله گذاری بین موالید اثر می گذارند، که شامل: قابلیت باروری، تکرر تماس جنسی، شیردهی، استفاده از روشهای ضدبارداری می باشد. ۲)عواملی که به طور غیر مستقیم اثرات خود را بر روی فاصله گذاری بین تولدها اعمال می کنند، که شامل: مرده زایی، مرگ کودک زیر یکسال، دسترسی به کلینیک تنظیم خانواده، سن، شغل، تحصیلات مادر می باشد. سایر عوامل نظیر: محل سکونت، جنس نوزاد قبلی، رتبه تولد و سقط نیز در یکسری مطالعات انجام شده بر روی فاصله بین تولدها تاثیر داشته است (۸،۳). در مطالعه با شیر و همکاران(۲۰۰۰) در مصر، محل سکونت و مدت شیردهی از عوامل موثر در فاصله گذاری بین تولدها بوده است(۹). همچنین مطالعه پولو و همکاران(۲۰۰۰) در اسپانیا بیانگر این بود که رتبه تولد و مرده زایی نقش مهمی در فاصله بین تولدها داشته است(۱۰). در بررسی رشید و همکاران (۲۰۰۲) در عربستان، مهم ترین عوامل موثر بر فاصله گذاری بین تولدها؛ سن مادر، تحصیلات مادر و مدت شیردهی گزارش گردید(۱۱).

در مناطق مختلف، برحسب شرایط بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی، فاصله بین تولدها به عوامل متعددی بستگی دارد که در نتیجه آن الگوی فاصله گذاری تولدها و عوامل تعیین کننده آن در جوامع مختلف متفاوت است. از آنجایی که اطلاعات دقیقی از الگوی فاصله گذاری بین تولدها در بابل موجود نمی باشد، این بررسی جهت تعیین وضعیت فاصله گذاری بین تولدها عوامل مرتبط با آن در مادران چندم زا انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش مقطعی در ۶ ماه اول سال ۱۳۸۶ در شهرستان بابل انجام گردید. جمعیت مورد مطالعه مادران چندم زا بودند که جهت زایمان دوم و یا بیشتر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

به زایشگاه‌های بابل مراجعه کرده و نیز مادرانی چندم زایی که کودک زیر ۶ سال داشتند و به ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری بابل (در ۵ منطقه: شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی شهر به تصادف انتخاب شده بودند) مراجعه کرده بودند. خانم هایی که سقط مکرر (۳ سقط یا بیشتر) قبل از زایمان داشته اند و نیز تمام خانم هایی که بار داری فعلی شان بیشتر از یک سال از قطع روش جلوگیری اتفاق افتاد و یا به دنبال درمان با روش های کمک باروری و تحریک تخمک گذاری بارور شده بودند، از مطالعه خارج گردیدند. در این مطالعه فاصله زمانی بین موالید از زایمان قبلی (اعم از زنده زا یا مرده زا) تا زایمان آخر تعریف گردید. اندازه نمونه با توجه به انحراف معیار فاصله بین موالید ۲۵ ماه و در سطح اطمینان ۹۵درصد و با حداکثر حد اشتباه d=۲/۲ ماه حدود ۵۰۰ مورد برآورد گردید.

داده ها توسط پرسشنامه مدون جمع آوری شد و پرسشنامه حاوی ۲۵ سئوال اعم از اطلاعات دموگرافی شامل سن مادر هنگام تولد کودک مورد مطالعه، تحصیلات پدر و مادر، شغل مادر، اطلاعات باروری شامل فاصله تولدها، جنس فرزند قبلی، رتبه تولد، طول دوره شیردهی، مرگ و میر کودک قبلی زیر یکسال(IMR)، مرده زایی، نوع روش ضدبارداری، تعداد دفعات تماس جنسی، تعداد سقط ها، تعداد حاملگی و نحوه مراجعه به کلینیک تنظیم خانواده بود. روایی پرسشنامه برحسب نظر کارشناسی متخصص زنان و پایایی آن از طریق آزمون مجدد مورد تایید قرار گرفت. از کلیه مادران مراجعه کننده به زایشگاهها و مراکز بهداشتی درمانی توسط کارشناسان آموزش دیده ماما و دانشجوی پزشکی اینترن مصاحبه به عمل آمده و اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS، آزمون کای دو و مدل رگرسیونی لجستیک تجزیه و تحلیل شد. نسبت شانس عوامل تعیین کننده در خطر فاصله گذاری کمتر از سه سال برآورد گردید و حدود اطمینان ۹۵٪ آن محاسبه گردید. درتجزیه و تحلیل آماری مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین (± انحراف معیار) فاصله بین تولدها ۲۵/۷±۶۱/۰۲ ماه بود و تنها در ۳/۸ درصد مادران فاصله بین تولدها کمتر از ۲ ساله و در ۲۸ درصد مادران فاصله تولدها ۶ سال یا بیشتر بود. میانگین سنی مادران در زمان تولد کودک مورد مطالعه ۵±۳۰/۳ سال بود(دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال) همچنین ۵۷٪ مادران سن ازدواج کمتر از ۱۹ سال داشتند.

جدول ۱ نشان می دهد که اکثریت مادران مورد مطالعه از نظر تحصیلات در حد راهنمایی و سیکل بوده و ساکن شهر بودند. در اکثریت مادران تعداد زایمانها (۷۱/۴درصد) ۲ بار بوده است. اکثریت مادران (۵۶/۸درصد) حداقل ۲ سال به فرزندان خود شیر داده اند و بیشترین روش مورد استفاده برای جلوگیری از بارداری، روش طبیعی (۵۴/۶ درصد) بوده است. همچنین ۴/۷درصد مادران در زایمان قبلی خود مرده زایی داشتند و نیز ۲/۲ درصد مادران مرگ و میر کودک زیر یکسال را تجربه کرده بودند. با توجه به جدول ۱ میانگین و انحراف معیار فاصله بین تولدها در مادران کمتر از ۲۰ سال ۲۷/۴±۳۶/۲ ماه و در مادران بالای ۳۵ سال ۲۸/۴±۷۰/۳ ماه بود که با افزایش سن مادر در هنگام تولد کودک مورد مطالعه، میانگین فاصله بین تولدها افزایش یافته است و این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). اگرچه در مادران بی سواد میانگین فاصله بین تولدها بیشتر از سایر سطوح تحصیلی بوده ولی در کل با افزایش سطح تحصیلات مادر میانگین فاصله بین تولدها افزایش یافته و این ارتباط از لحاظ آماری معنی دار بوده است (p<۰/۰۵). بین میانگین فاصله بین تولدها با محل سکونت و سن ازدواج مادران ارتباط معنی داری مشاهده نشد. همچنین میانگین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

فاصله گذاری بین تولد زمانی که جنس فرزند قبلی پسر بود بیشتر از زمانی است که جنس فرزند قبلی دختر بوده است و جنس فرزند قبلی با فاصله بین موالید ارتباط داشته و این ارتباط از لحاظ آماری معنی دار بوده است.

طبق جدول ۱ مادرانی که کمتر از ۶ ماه به فرزندان خود شیر داده اند، میانگین فاصله بین تولدها (انحراف معیار) ۳۴/۲±۲۱/۱ ماه بوده در حالیکه مادرانی که بیشتر از ۲۴ ماه به کودکان خود شیر داده اند این فاصله ۶۴/۹±۲۱/۹ ماه بوده که نشان می دهد با افزایش طول دوره شیردهی، میانگین فاصله بین تولدها نیز افزایش یافته و این ارتباط از لحاظ آماری معنی دار بوده است($p<۰/۰۵$). همچنین اگرچه میانگین فاصله بین تولدها(انحراف معیار) در مادرانی که مرگ و میر کودک زیر یکسال داشتند ۵۱/۵±۲۳/۳ ماه بوده و این رقم در آنهایی که مرگ و میر کودک زیر یکسال نداشته ۶۱/۱±۲۵/۷ ماه بود.

در رابطه با فاصله بین موالید با سن مادر نتایج نشان داد که از ۴ نفر مادر زیر ۲۰ سال، ۲ نفر (۵۰ درصد) فاصله گذاری بین تولدهایشان کمتر از ۲۴ ماه بود در حالیکه از ۱۱۲ نفر مادران بالای ۳۵ سال، ۴۷ نفر (۴۲/۹ درصد) فاصله بین موالیدشان ۷۲ ماه یا بیشتر بود. با افزایش سن، فاصله تولد کمتر از ۲ سال کاهش یافت و بین سن مادر و فاصله گذاری بین تولدها از لحاظ آماری ارتباط معنی دار وجود دارد ($p<۰/۰۵$).در مقایسه دو به دو بین فاصله گذاری موالید و طول مدت شیردهی ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردید. بطوری که با افزایش دوره شیردهی، فاصله تولدها به طور معنی داری افزایش یافت. به همین ترتیب، در مقایسه دو به دو بین فاصله گذاری تولدها با جنس نوزاد قبلی و وضعیت زایمان قبلی از نظر مرده زایی و روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی دار وجود داشته است ($p<۰/۰۵$) و افرادی که ۳ بار یا بیشتر در هفته با همسر تماس جنسی داشته اند، شیوع فاصله گذاری تولد کمتر از ۲ سال بطور معنی داری بیشتر از آنهایی بود که ۱ یا ۲ بار در هفته تماس جنسی داشتند ($p<۰/۰۰۱$). در حالیکه فاصله بین موالید با محل سکونت مادر، شغل ماد، سن ازدواج مادر ارتباط معنی داری از لحاظ آماری مشاهده نشد.

جدول شماره۱: توزیع فراوانی و درصد مادران چندم زا و میانگین و انحراف معیار (±SD) فاصله بین تولدها برحسب متغیرهای دموگرافی و باروری

متغیرها	فراوانی مادران (درصد)	فاصله بین تولدها انحراف معیار± میانگین (ماه)	P-value
سن مادر			۰/۰۰۰
کمتر از ۲۰ سال	٤ (۰/۸)	۳٦/۲۵±۲۷/٤۳	
۲۵-۳٤	۳۸٤ (۷٦/۸)	۵۸/۵۵±۲٤/۱۷	
≥۳۵	۱۱۲ (۲۲/٤)	۷۰/۳۸±۲۸/٤۳	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷۳	
سواد مادر			۰/۰۱۲
بیسواد	۵ (۱/۰)	۸۳±۵۸/۰۱	
ابتدایی	۹۸ (۱۹/٦)	٦۱/۵۰±۲۹/٤٤	
راهنمایی	۲٤۳ (٤۸/٦)	۵۷/۸۰±۲۳/٤۹	
دیپلم – فوق دیپلم	۱۳۵ (۲۷/۰)	٦٤/۱۸±۲٤/٦۸	
لیسانس و بالاتر	۱۹ (۳/۸)	۷۱/٦۳±۲۲/۵۱	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷۳	
مرگ و میر زیر یکسال			۰/.۲٤
نداشته	٤۸۹ (۹۸/۸)	٦۱/۱±۲۵/۷	
داشته	۱۱ (۲/۲)	۵۱/۵±۲۳/۳	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷	
دوره شیردهی			۰/۰۰۰
کمتر از ٦ ماه	۲۹ (۵/۸)	۳٤/۲٤±۲۱/۱۹	
۶-۱۱	۳۳ (٦/٦)	۵٦/٦٤±۲۸/٤۳	
۱۲-۱۷	۷۵ (۱۵/۰)	۵۵/٦۱±۲۹/۰۸	
۱۸-۲۳	۷۹ (۱۵/۸)	٦۳/۵۷±۲۸/۷۵	
≥۲٤	۲۸٤ (۵٦/۸)	٦٤/۹۹±۲۱/۹٤	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷۳	
محل سکونت			۰/٦۲۱
شهر	۳۷٦ (۷۵/۲)	٦۰/۷۰±۲۵/۸۱	
روستا	۱۲٤ (۲٤/۸)	٦۲/۰۲±۲۵/۵٦	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷۳	
سن ازدواج مادر			۰/۰۸
کمتر از ۱۹ سال	۲۸۵ (۷۵/۰)	٦۲/۸۸±۲۷/۰۵	
۲۰-۲۹	۲۰۸ (۲۵/٦)	۵۸/۷۱±۲۳/۷٦	
≥۳۰	۷ (۱/٤)	٤۸/۲۹±۱۵/۲۲	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷۳	
جنس نوزاد قبلی			۰/۰۳
پسر	۲۸۲ (۵٦/٤)	٦۳/۱۷±۲۷/۰۱	
دختر	۲۱۸ (۵۳/٦)	۵۸/۲۵±۲۳/۷٤	
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)	٦۱/۰۲±۲۵/۷۳	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

جدول۲ نتایج تجزیه تحلیل مدل رگرسیونی و نسبت شانس خطر فاصله گذاری کمتر از سه سال وقتی که هریک از متغیر ها به تنهایی در مدل رگرسیونی قرار گیرند را نشان می دهد. همچنین در تحلیل رگرسیونی چندگانه به روش گام به گام، نتایج نسبت شانس تطبیق شده نشان می دهد که خطر فاصله گذاری تولد کمتر از ۳ سال با افزایش تعداد زایمان ها و افزایش دوره شیردهی مادر و استفاده از روش‌های نوین ضد بارداری به طور معنی داری کاهش می یابد و با مرگ و میر زیر یکسال و مرده زایی این خطر به مراتب به طور معنی داری از نظر آماری افزایش می یابد (p<۰/۰۵).

جدول شماره ۲: نسبت شانس خطر فاصله تولد زیر ۳ سال و فاصله اطمینان ۹۵٪ برحسب سطوح متغیرهای مختلف وقتی که هر یک از متغیرها به تنهایی در مدل رگرسیونی لجستیک وارد شوند

متغیرها	OR	فاصله اطمینان ۹۵درصد	P-value
سن مادر			
۳۴-۲۰ سال	۱	(-)	
کمتر از ۲۰ سال	۷/۹	۵۷/۵و ۱/۰۸	۰/۰۴
≥۳۵ سال	۰/۴۵	۱/۰۸و ۰/۱۸	۰/۰۷
تعداد زایمانهای مادر			
۲	۱	-	-
۳	۰/۹۸	۱/۰۹ و ۰/۵۰	۰/۹
۴	۰/۷۸	۶/۲ و ۰/۰۹	۰/۸۲
۵	۰/۰۲	۱/۴×۱۰۴ و ۰/۰۰	۰/۷۵
سواد مادر			
دیپلم و بالاتر در مقابل سیکل و پایین تر	۰/۵۸	۱/۱۷و ۰/۲۹	۰/۱۳
دوره تغذیه با شیر مادر			
کمتر از ۶ ماه	۱	-	-
۱۱-۶	۰/۳	۰/۸۷ و ۰/۱	۰/۰۳
۱۷-۱۲	۰/۱۸	۰/۴۷ و۰/۰۷	۰/۰۰۱
۲۳-۱۸	۰/۰۸	۰/۲۳ و۰/۰۳	۰/۰۰۰۱
≥۲۴	۰/۰۱	۰/۰۴۶ و۰/۰۰۴	۰/۰۰۰۱
روش جلوگیری از بارداری			
اصلا نداشته	۱	-	-
روش طبیعی۱	۰/۰۶	۰/۲۲ و ۰/۰۲	۰/۰۰۰۰۱
روش نوین۲	۰/۰۳	۰/۱۱ و ۰/۰۰۸	۰/۰۰۰۰۱
وضعیت زایمان قبلی			
مرده زایی در مقابل زنده زایی	۱۴/۹	۳۶/۴ و ۶/۱	۰/۰۰۰۰۱
مرگ و میر زیر یکسال داشته در مقابل نداشته	۵/۷۶	۳۲/۰۲ و۱/۰۴	۰/۰۴

۱. طبیعی: منقطع و پریودیک و شیردهی
۲. نوین: قرص،کاندوم،آی-یو-دی، نورپلند، توبکتومی، وازکتومی و آمپول

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین (± انحراف معیار) فاصله بین تولدها در شهرستان بابل ۲۵/۷±۶۱ ماه بود. حدود ۳/۸٪ از مادران فاصله گذاری زیر ۲ سال و ۲۸٪ مادران دارای فاصله تولد ۶ سال یا بیشتر داشته اند. در مقایسه با مطالعات انجام شده، در مطالعه باغملایی و همکاران در بوشهر(۱۳۸۴) فاصله بین تولدها ۰/۸±۳/۵۱ سال گزارش گردید(۱۲) و در مطالعه یوهانیس و همکاران در اتیوپی (۱۹۹۳)، این رقم ۲۲/۱ ماه بود(۱۳). مطالعه دیگری که توسط ال- الی و همکاران در عربستان (۲۰۰۵) انجام شد، ۵/۲ درصد زنان فاصله بین تولد کمتر از ۲ سال داشتند (۱۴). عدم همخوانی بین نتایج احتمالا به علت تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و تفاوت آن در مناطق مختلف جغرافیایی می باشد و نیز این مطالعات در سالهای مختلف انجام شده که تاثیر و پوشش برنامه تنظیم خانواده در این سالها متفاوت بوده است. در مطالعه حاضر فاصله تولدها در اکثریت مادران در محدوده مطلوب توصیه شده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (یعنی۳ تا ۶ سال) بود که نشان دهنده افزایش عملکرد برنامه تنظیم خانواده در شهرستان بابل می باشد. براساس نتایج این بررسی اگرچه درصد مادران با فاصله تولد کوتاه پایین بود ولی نگرانی از افزایش نسبی مادران با فاصله تولد ۶ سال یا بیشتر بود که بیش از ربع مادران (۲۸درصد) را شامل می شود. به عبارت دیگر در ۲۸درصد موارد فاصله گذاری در محدوده مطلوب مذکور قرار نمی گیرد (بیشتر از ۶ سال) و افزایش سن مادر به دلیل فاصله گذاری بیشتر از ۶ سال، منجر به حاملگی ها در سن بالای ۳۵ سال شده که به عنوان حاملگی پرخطر محسوب شده و در این مورد شانس عوارض حاملگی از جمله پره اکلامپسی، دیابت، ناهنجاری های کروموزومی جنین و سقط بالاتر می رود (۱۵).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

از نتایج دیگر این مطالعه این بود که فاصله بین موالید در مادران زیر ۳۵ سال ۲۷/۴±۳۶/۲ ماه و در مادران بالای ۳۵ سال این رقم ۲۸/۴±۷۰/۳ ماه بود و با افزایش سن، فاصله بین تولدها نیز افزایش یافته که از لحاظ آماری این ارتباط معنی دار بود. این یافته ها با نتایج مطالعه ای که توسط پولو و همکاران (۲۰۰۰) در اسپانیاو مطالعه دیگری در ایران- بوشهر توسط باغملایی و همکاران (۱۳۸۴) و همچنین با نتایج مطالعه ای که توسط ال- الی و همکاران(۲۰۰۵) در عربستان انجام شد، همخوانی دارد(۱۴،۱۲،۱۰). افزایش فاصله تولد با افزایش سن مادران در زمان تولد کودک احتمالا به علت افزایش تجربه و آگاهی مادران با افزایش سن بوده و یا به علت اختلاف خصوصیات جسمی و فیزیولوژیک گروههای سنی مختلف و کاهش شانس باروری با افزایش سن می باشد. بهرحال، وجود این ارتباط آماری و نیز میانگین بالای فاصله گذاری بین موالید (۲۸/۴±۷۰/۳ ماه) در مادران بالای ۳۵ سال، هشداری برای مسئولین بهداشتی منطقه ما می باشد که باید با آموزش کافی مادران از فاصله گذاری بسیار طولانی (بیشتر از ۶ سال) که منجر به حاملگی در سن بالای مادر همراه با عوارض مربوطه می گردد، کاسته شود.

در مطالعه حاضر رابطه بین سن ازدواج مادران با فاصله بین موالید از لحاظ آماری معنی دار نبود که با مطالعه رم و همکاران (۱۹۹۴) در کانادا همخوانی دارد (۱۶) ولی باغملایی و همکاران نشان دادند که با افزایش سن ازدواج فاصله بین تولدها کاهش می یابد (۱۲) که احتمالا به این علت است که با افزایش سن ازدواج و نگرانی از عدم باروری و بیماری ژنتیکی، زوجین می خواهند که هرچه زودتر به تعداد فرزند مطلوب برسند.

بر اساس یافته های این بررسی، در مادران بالای دیپلم شانس فاصله گذاری تولد زیر ۳ سال در مقابل مادران زیر دیپلم کاهش قابل توجه داشته و به نصف رسیده است ولی از لحاظ آماری معنی دار نبوده است که ممکن است به علت کم بودن نمونه های بالاتر از دیپلم بوده باشد. در مطالعات بشیر(۲۰۰۰) در مصر و بررسی ال-ناهید و همکاران(۱۹۹۵) در عربستان با افزایش سطح تحصیلات فاصله بین موالید نیز افزایش داشته است (۱۷،۹). افزایش تحصیلات باعث افزایش آگاهی مادران نسبت به عوارض فاصله گذاری کوتاه می شود.

در مطالعه ما بین محل سکونت با فاصله گذاری بین تولدها ارتباط معنی دار نشان نداد. ولی بشیر و همکاران (۲۰۰۰) در مصر و نیز فلاح زاده در یزد نشان دادند که فاصله گذاری بین موالید در شهر بیشتر از روستا می باشد(۱۸،۹). در نمونه مورد مطالعه ما تعداد مادران ساکن روستا کمتر بوده و عدم اختلاف واضح بین فاصله گذاری تولدها در شهر و روستا شاید به دلیل نزدیکی جغرافیایی دو منطقه و به همین ترتیب تشابه سطح آگاهی و فرهنگی آنها و نیز نقش فعال و مثبت بهورزان خانه های بهداشت در ارائه خدمات تنظیم خانواده در جمعیت روستایی مربوط دانست.

طول مدت شیردهی در زایمان قبلی و نوع روش ضدبارداری مورد استفاده از دیگر عواملی بودند که با فاصله گذاری بین تولدها ارتباط معنی دار نشان دادند که با نتایج مطالعات انجام شده توسط بشیر و همکاران(۲۰۰۰) در مصر(۹)، رشید و همکاران(۲۰۰۰) در عربستان (۱۱) و فلاحیان(۱۳۷۲) در شهر ری مشابه بوده است(۱۹). طولانی تر شدن فاصله بین تولدها با افزایش دوره شیردهی می تواند به این دلیل باشد که مکیدن پستان، ترشح هورمون پرولاکتین از هیپوفیز افزایش یافته و میزان FSH و LH در خون کاهش می یابد و به این ترتیب تخمک گذاری متوقف شده و طول دوره آمنوره طولانی تر می شود و احتمال وقوع بارداری کاهش می یابد (۳، ۲۰). همچنین استفاده از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

روش ضدبارداری مناسب باعث جلوگیری از تولد فرزند ناخواسته و فاصله گذاری کوتاه می شود (۲۱).

در این مطالعه جنس دختر در فرزند قبلی و سابقه مرده زایی و مرگ ومیر زیر یکسال در زایمان قبلی نیز باعث کاهش فاصله گذاری شده است و از لحاظ آماری نیز معنی دار بوده است که با نتایج یشیر و همکاران (۲۰۰۰) در مصر،(۹) و ماس و همکاران (۱۹۹۷) در آفریقا نیز همخوانی دارد (۲۱). دلیل ارتباط فاصله تولدها با جنس فرزتد قبلی به باورها و اعتقادات و تمایل بیشتر به جنس مذکر خصوصا در فرهنگ جوامع شرقی می توان مربوط دانست. دلیل ارتباط فاصله تولدها با مرده زایی و مرگ ومیر زیر یکسال را می توان به نیاز والدین به جایگزینی فرزند از دست رفته مربوط دانست (۲۰،۹) و نیز IMR و مرده زایی باعث توقف شیردهی و در نتیجه برگشت تخمک گذاری می شود که می تواند باعث کوتاه شدن فاصله تولدها گردد(۲۰،۲۱).

از دیگر عواملی که در این مطالعه ارتباط نزدیکی با فاصله گذاری بین تولدها داشت، نحوه مراجعه مادران مورد مطالعه به کلینیک تنظیم خانواده می باشد. با مراجعه مرتب مادران به کلینیک تنظیم خانواده سطح آگاهی آنها افزایش یافته و وسایل جلوگیری از بارداری مناسب در اختیار آنها قرار داده می شود و به این ترتیب فاصله گذاری کوتاه بین فرزندان کاهش می یابد.

یوهانیس و همکاران (۱۹۹۳) در اتیوپی نیز به نتایج مشابهی دست یافته بودند(۱۳).

یکی دیگر از متغیرهای که ارتباط معنی داری با فاصله تولدها داشت تکرر تماس جنسی در هفته بود که با افزایش تعداد دفعات تماس جنسی در هفته، فاصله تولدها کاهش پیدا کرد که با نتایج مطالعه فلاح زاده (۱۳۷۵) در یزد (۱۸) و مطالعه تانگ و همکاران (۱۹۹۵) در ویتنام همخوانی دارد (۲۳).

یافته های این بررسی دلالت می کند که سن مادر، تعداد زایمان ها، دوره شیردهی، مرده زایی، مرگ و میر زیر یکسال و نحوه مراجعه به کلینیک تنظیم خانواده و استفاده از روش های نوین از عوامل مرتبط بر فاصله گذاری تولد ها می باشد. گرچه فاصله گذاری تولدها در اکثریت مادران در محدوده توصیه شده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی قرار دارد، اما در بیش از ربع مادران مورد بررسی فاصله بین تولدها بالاتر از محدوده مطلوب ۶ سال بود که احتمال افزایش سن مادر در محدوده بالاتر از ۳۵ سال را افزایش می دهد که به نوبه خود موجب حاملگی های پرمخاطره می گردد. لزوم بازنگری در برنامه آموزشی مدون جهت جلوگیری از افزایش بی رویه فاصله بین موالید در حد نامطلوب بالاتر از ۶ سال که منجر به افزایش سن مادر در بارداری‌های بعدی می شود توصیه می گردد.

References

1. Jehanfar M, Jenanfar S. Population and Family planning, fertility health, a step for development. Tehran, Cultural World publication; 2004; pp: 94-95.
2. Walsh T, Ronal D, Hopkins J. Population information program, WHO, USAID. The essential of contraceptive technology. A hand book for clinic staff. 2001. pp: 1-2.
3. Boerma J, Bicego G. Preceding birth interval and child survival. Studies in family planning. 1999. p: 243.
4. Zhu BP, Rolfs RT, Nangk BE. Effect of the interval between pregnancy on perinatal outcomes. New Engl J Med . 1999; 3(4): 589-594.
5. Hsieh TT, Chen SF. The impact of interpregnancy interval and previous

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

preterm birth on the subsequent risk of preterm birth. J Soc Gynecol Invest 2005; 12(3):2002-2007.

6. Rosos BA, Kafury GA. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes. JAMA 2006; 31(3):245-248.

7. Da Vanzo J, Starbird EH. Correlates of short birth intervals in Peninsular Malaysia: their pathways of influence through breastfeeding and contraceptive use. Stud Fam Plann. 1991 22(4): 241-254

8. Zanjani H, Shadpor K. Population, development and fertility heath. 10th edition, Tehran, Boshra publication; 2006. p 128-132.

9. Baschier A, Hinde A. Determinants of fertility and birth interval in Egypt. Demographic Res 2000; 16(30): 54-70.

10. Polo V, Luna F. Determinants of birth interval in rural Mediterranean population. J Biosciences 2000; 72(5): 877-895.

11. Rasheed P, Al-Dabal BK. Perception and practices among urban – based Saudi Arabian women. East Meditrranian Heal J 2007; 13(4): 881-892.

12. Mohamadi_Baghmalaie M, et al. Factors associated with inter-pregnancies interval in women referring to Boshehr health centers. Dena Quarter Publication; 2005. 1(!):12-20.

13. Yohannis A, Abebe GM. Birth interval and pregnancy outcome. East Afr Med J 1996; 73(8):552-557.

14. AL-AL Aie SM. The pattern and factors associated with child spacing in eastern Saudi Arabia. Royal Society Health J 2005; 123(4): 217-222.

15. Cunningham FG, Levenok KJ, Bloom SL, Hauth JC, GilstrapIII LC, Wenstrom KD. Williams Obstetric. Chapter 7 22th edition, McGraw-Hill company; 2005 p 194-195.

16. Ram B, Rahim A. Emerging pattern of child spacing in Canada. J Biosoc Science 1994; 26(2):155-167.

17. AL-Nahedh NA. The effect of socio demographic variables on child spacing in rural Saudi Arabia. East Mediterranean Health J 1999; 5(1): 136-140.

18. Fallahzadeh H. Study of pattern of birth spacing in women aged 15-49 years in Yazd. J Yazd Med Sci Univ 1996; 6(1):42-54.

19. Fallhian M, Kazemneghat A, Ebrahimi N. Determinants of short birth interval. Behbod J Kermanshah Med Sci Univ 1993; 18(2):35-48.

20. Bushra F, Manan E. effect of feeding practice on birth interval and morbidity among children of Pakestan. East Mediatrranian Health J 1995; 8(2):69-72.

21. Audrey E, Rosner MA. Birth interval among breastfeeding women not using contraceptive. Official J Am Pediat Academy 1990; 86(5): 747-752.

22. Mace R, Sear R. Birth interval and the sex of children in African population. J Bioscience Sci 1997; 29(4): 499-517.

23. Thang NM, Swenson I. Determinants of birth intervals in Vietnam: a hazard model analysis. J Trop Pediatr 1995; 34(3):163-167.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]