

# بررسی مقایسه‌ای شاخصهای باروری دو جمعیت ایرانی و غیرایرانی خان‌های بهداشت شهرستان ری در سال ۱۳۷۶

دکتر حمیدرضا صادقی پور رودسری، دانشیار و معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر آتسا مهدوی، کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر سعید تأملی، مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری  
زهره جلالی، مدیر آموزشگاه بهورزی شهرستان ری

## Comparison of Fertility Indices in Iranian and Non-Iranian Populations Under Coverage of Ray's Health Houses, 1376 ABSTRACT

We studied fertility indices of Iranian and non-Iranian populations which were covered by 23 Rays health houses. This cross-sectional study aimed to prove the effect of increasing number of non-Iranian immigrants on health indices of the area covered by Tehran University of Medical Sciences and Health Services, consequently giving attention to specific health programs. The data collection method was census of permanent residents of the villages by means of vital horoscopes.

8494 of 27611 persons were non-Iranian. Dependency ratio and natural growth rate was 75%, 1.14% in Iranians and 98% , 1.74% in non-Iranians, respectively. Mortality in non-Iranians was 1.24 times more than Iranians.

General Fertility Rate in Iranians was 60 and in non-Iranians was 110 live births in 1000 women of child bearing age. Total Fertility Rate in Iranians was 1.73 and in non-Iranians 3.27 neonates for each woman. Age-Specific Fertility Rates were absolutely higher in non-Iranians. Gross Reproductive Rate was 0.87 in Iranians and 1.59 in non-Iranians. Mean number of girls born by a non-Iranian mother will be double times of an Iranian mother ( $P < 0.01$ ).

Modern contraceptive methods coverage was 70% in Iranian couples and less than 40% in non-Iranian couples. 96.94% of Iranian deliveries and 70.9% of non Iranian deliveries were safe ( $P < 0.01$ ).

**Key Words:** Fertility indices; Immigrants; Population; Iranian; Ray

## چکیده

۸۴۹۴ نفر از ۲۷۶۱۱ نفر افراد تحت مطالعه غیرایرانی بودند. نسبت سرباری و میزان رشد طبیعی جمعیت به ترتیب، در ایرانی‌ها ۷۵٪ و ۱/۱۴ درصد و در غیرایرانی‌ها ۹۸٪ و ۱/۷۴ درصد بود. مرگ و میر در غیرایرانی‌ها ۱/۲۴ برابر ایرانی‌ها برآورد گردید. میزان باروری عمومی در جمعیت ایرانی ۶۰ و در جمعیت غیرایرانی ۱۱۰ تولد زنده در یک‌هزار زن در سن باروری و میزان باروری کلی در جمعیت ایرانی ۱/۷۳ و در جمعیت غیرایرانی ۳/۲۷ نوزاد برای هر زن بود. میزان تجدید نسل ناخالص در ایرانی‌ها ۰/۸۷ و در غیرایرانی‌ها ۱/۵۹ محاسبه شد، بطوری که تعداد دختران یک

شاخصهای باروری دو جمعیت ایرانی و غیرایرانی تحت پوشش ۲۳ خانه بهداشت شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری در سال ۷۶ را مورد بررسی قرار دادیم. این مطالعه مقطعی به منظور بررسی تأثیر جمعیت رو به افزایش مهاجران غیرایرانی حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان تهران بر شاخص‌های بهداشتی، و در نتیجه توجه به برنامه‌ریزی‌های خاص به موازات برنامه‌های اصلی انجام گردید. گردآوری داده‌ها توسط سرشماری ساکنان دائم روستاهای تحت مطالعه و با استفاده از زیج‌های حیاتی صورت گرفت.

محل سکونت آنان، که این مسأله نه تنها درمان و بهبودی کامل فرد بیمار را دچار اشکال می‌کند، بلکه موجب اشاعه بیماریهای واگیر در سطح جامعه می‌گردد. این مشکل در موارد اقامتهای غیرمجاز که همراه با شرایط نامساعدتر اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی است سبب افزایش بیشتر مشکلات بهداشتی می‌گردد، زیرا بیماران یا در جستجوی درمان نیستند و یا در صورت اطلاع از بیماری و تمایل به درمان شدن، به دلایل مختلف آدرس واقعی خود را ارائه نمی‌نمایند.

۹- پایین بودن پوشش برنامه‌های تنظیم خانواده در جمعیت غیرایرانی.

۱۰- نامطلوب بودن وضعیت بهداشت مادر و کودک در

مهاجرین.

۱۱- تأثیر مهاجران بر پوشش واکسیناسیون منطقه.

۱۲- پایین بودن میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی ارائه شده از

جانب واحدهای بهداشتی درمانی به مراجعان غیرایرانی.

بنابراین توجه تنها به ارزان بودن نیروی کار مهاجران بدون در نظر گرفتن نکاتی که به برخی از آنها در بالا اشاره شد، نیز موضوعی قابل بحث است. در مصاحبه با پناهندگان افغانی ایالات متحده آمریکا که از اوایل سالهای ۱۹۸۰ به آن کشور مهاجرت کرده‌اند آنها با چهار مشکل عمده اجتماعی مواجه بوده‌اند:

مشکلات اقتصادی و شغلی، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، مشکلات خانواده و کودکان، مشکلات مهاجرتی و قومی (۴) که بنظر می‌رسد افغانه مقیم ایران نیز با مشکلاتی کم و بیش مشابه مواجه باشند. با توجه به اینکه در بررسی منابع ایرانی موجود، تحقیق مشابهی وجود نداشت، امید است نتایج حاصل از این مطالعه مورد استفاده سایر محققان، برنامه‌ریزان، مدیران و مجریان برنامه‌های بهداشتی قرار گیرد.

## روش و مواد

مقایسه شاخصهای باروری دو جامعه ایرانی و غیرایرانی ساکن در روستاهای تحت پوشش ۲۳ خانه بهداشت شهرستان ری واقع در جنوب استان تهران به صورت مقطعی یکساله و به روش سرشماری با استفاده از زیجهای حیاتی صورت گرفت. از ابتدای سال ۷۶ هر یک از خانه‌های بهداشت موظف به تهیه و تکمیل دو زیج حیاتی گردیدند. جهت ثبت صحیح داده‌ها با توجه به مسأله مهاجرت افغانه بین روستاها و شهرها بخصوص در مناطق

مادر غیرایرانی دو برابر تعداد دختران یک مادر ایرانی خواهد بود ( $P < 0/01$ ).

پوشش روشهای مدرن پیشگیری از بارداری در زوجهای ایرانی ۷۰٪ و در زوجهای غیرایرانی کمتر از ۴۰٪ محاسبه گردید. ۹۶/۹۴ درصد زایمانهای جمعیت ایرانی و ۷۰/۹ درصد زایمانهای جمعیت غیرایرانی، ایمن و بهداشتی بود ( $P < 0/01$ ).

**واژه‌های کلیدی: شاخص‌های باروری؛ مهاجران؛ جمعیت؛ ایرانی؛ ری**

## مقدمه

اجرای برنامه‌های بهداشتی با کمیت و کیفیت استاندارد و مطلوب یکی از محورهای اصلی توسعه و رفاه اجتماعی است. با توجه به اینکه ارتقای کمی و کیفی خدمات بهداشتی درمانی مستلزم تجزیه و تحلیل وضعیت موجود، تعیین مشکلات و نیازهای بهداشتی با در نظر گرفتن تقاضاهای مردم، تعیین اهداف، ارزیابی منابع، تعیین اولویت‌ها، اجرا، پایش و ارزشیابی خدمات می‌باشد و چون وقایع دموگرافیک ناشی از جمعیت رو به افزایش مهاجران غیرایرانی (عمدتاً افغانه) بر شاخصهای بهداشتی تأثیر بسزایی دارد، لذا تصمیم گرفتیم مقایسه‌ای بین شاخص‌های باروری دو جمعیت ایرانی و غیرایرانی تحت پوشش خانه‌های بهداشت انجام دهیم. اهمیت و مناسبت این بررسی با توجه به موارد ذیل واضحتر می‌گردد:

۱- جمعیت فراوان و رو به افزایش افغانه در مناطق تحت پوشش.

۲- اقامت غیرمجاز بسیاری از مهاجران غیرایرانی، که موجب عدم دسترسی به آمار واقعی جمعیت آنها می‌شود.

۳- شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مهاجران غیرایرانی (فقر، بی‌سوادی و جهل، باورهای نادرست، موقعیت زنان، ...).

۴- آمار بالای مراجعان غیرایرانی به خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی تابعه.

۵- وضعیت غیربهداشتی محل‌های سکونت مهاجران (زندگی دسته جمعی، زندگی در کوره‌پزخانه‌ها و ...).

۶- مهاجرت سریع بین روستاها و شهرهای اطراف.

۷- اشاعه بیماریهای واگیر و ظهور برخی بیماریهایی که قبلاً کنترل شده بود.

۸- مشکلات ناشی از پی‌گیری بیماران غیرایرانی به علت تغییر

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی گروه‌های سنی جمعیت ایرانی و غیرایرانی خانه‌های بهداشت شهری - سال ۱۳۷۶

گروه سنی	ایرانی		غیرایرانی		کل	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
زیر یکسال	۳۵۲	۱/۸۴	۲۴۴	۲/۸۷	۵۹۶	۲/۲
زیر ۵ سال	۲۰۲۸	۱۰/۶۰	۱۲۳۴	۱۴/۵۲	۳۲۶۲	۱۱/۸
زیر ۱۵ سال	۷۴۷۶	۳۹/۱۰	۳۹۹۸	۴۷/۰۷	۱۱۴۷۴	۴۱/۵۶
۱۵-۶۴ سال	۱۰۹۵۳	۵۷/۳۰	۴۲۸۷	۵۰/۳۷	۱۵۲۴۰	۵۵/۲۰
۶۵ سال به بالا	۶۸۸	۳/۶۰	۲۰۹	۲/۴۶	۸۹۷	۳/۲۳
زنان ۱۵-۴۹ سال	۴۸۳۳	۲۵/۳	۱۶۲۴	۱۹/۱	۶۴۵۷	۲۳/۴
* زنان ۱۵-۴۹ سال همسر دار	۳۵۲۰	۷۲/۸۳	۱۲۰۵	۷۴/۱۹	۴۷۲۵	۷۳/۲۶
کل جمعیت	۱۹۱۱۷	-	۸۴۹۴	-	۲۷۶۱۱	-

\* مخرج کسر در محاسبه فراوانی نسبی گروه‌های سنی، کل جمعیت همان ملیت و در محاسبه فراوانی نسبی زنان ۱۵-۴۹ سال همسر دار، کل زنان ۱۵-۴۹ سال همان ملیت می‌باشد.

درصد جمعیت ایرانی و ۲/۸۷ درصد جمعیت غیرایرانی زیر یکسال بودند که می‌تواند بیانگر بالاتر بودن میزان باروری در جمعیت غیرایرانی باشد. ۷۲/۸۳ درصد زنان ۱۵-۴۹ سال ایرانی و ۷۴/۱۹ درصد زنان ۱۵-۴۹ سال غیرایرانی همسر دار بودند (جدول ۱).

بررسی فراوانی نسبی زنان متأهل هر یک از گروه‌های سنی هشت‌گانه نسبت به کل جمعیت زنان همان گروه سنی نشان می‌دهد که اکثریت زنان بالای بیست سال در هر دو ملیت همسر دار می‌باشند. البته ازدواج زودرس در غیرایرانی‌ها بیشتر می‌باشد، بطوری که ۲۴ درصد خانم‌های ایرانی ۱۵-۱۹ سال و ۴۰ درصد خانم‌های غیرایرانی ۱۵-۱۹ سال همسر دار گزارش گردیده‌اند.

نسبت سربری<sup>(۱)</sup> که بیانگر جمعیت غیرفعال به جمعیت فعال از نظر اقتصادی و اشتغال است، در جمعیت ایرانی ۷۵ درصد و در جمعیت غیرایرانی ۹۸ درصد و در کل ۸۱ درصد می‌باشد. به عبارتی به ازای هر یکصد نفری که کار می‌کردند ۱۸۱ نفر مصرف کننده بوده‌اند.

میزان رشد طبیعی در جمعیت ایرانی ۱/۱۴ درصد و در جمعیت غیرایرانی ۱/۷۴ درصد می‌باشد.

حاشیه‌ای شهر تهران، تصمیم گرفته شد در هر خانه بهداشت یک زیج حیاتی مخصوص جمعیت ایرانی و یک زیج حیاتی مخصوص جمعیت غیرایرانی که در سال ۷۶ ساکن دائم آن روستا باشند، تهیه و نصب گردد. سرشماری، ثبت اطلاعات جمعیتی، وقایع حیاتی و محاسبه شاخصهای جمعیتی و باروری برای هر یک از جمعیت‌های ایرانی، غیرایرانی و کل صورت گرفت (۲،۱). محاسبه شاخص‌های هر یک از دو جمعیت با استفاده از نرم‌افزار سایه و DTRAH انجام شد و جهت مقایسه میزان‌های مرگ و میر، روش غیرمستقیم تطبیق میزانها مورد استفاده قرار گرفت (۳).

## یافته‌ها

از آنجا که اهمیت برخی شاخصها در جوامع مختلف با توجه به وضع جمعیت و بهداشت آن جوامع تغییر می‌کند، نتایج این مطالعه در سه قسمت شاخصهای جمعیتی، رفتارهای باروری و مرگ و میر ارائه می‌گردد.

## الف - شاخصهای جمعیتی

ساکنین دائم روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهری غیرایرانی و حدود نیمی از آنها زیر ۱۵ سال بوده‌اند. همچنین ۱/۸۴

جدول ۲- شاخصهای باروری در جمعیت ایرانی و غیرایرانی خانه‌های بهداشت شهر ری - ۱۳۷۶\*

شاخص	ایرانی	غیرایرانی	کل
میزان تولد خام (در هزار)	۱۵/۳۸	۲۱/۰۷	۱۷/۱۳
رشد طبیعی جمعیت (درصد)	۱/۱۴	۱/۷۴	۱/۳۳
میزان باروری عمومی (در هزار)	۶۰/۸۳	۱۱۰/۲۲	۷۳/۲۵
میزان باروری کلی	۱/۷۳	۳/۲۷	۲/۱
میزان تجدید نسل ناخالص	۰/۸۷	۱/۵۹	۱/۰۵

\*P &lt; ۰/۰۱

## ب - شاخصهای باروری و تنظیم خانواده میزانهای باروری

میزان تولد خام<sup>(۱)</sup> در جمعیت غیرایرانی بیشتر از جمعیت ایرانی می‌باشد و مقدار این میزان ۱۷/۱۳ تولد در یکهزار نفر جمعیت، برای کل خانه‌های بهداشت تابعه می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۳- میزانهای باروری اختصاصی سنی در جمعیت ایرانی و غیرایرانی خانه‌های

بهداشت

گروه سنی	ایرانی	غیرایرانی
۱۵-۲۰	۳۹/۰۳	۶۹/۵
۲۰-۲۵	۱۲۲/۳	۱۵۰/۳
۲۵-۳۰	۹۴/۴	۱۸۲/۱
۳۰-۳۵	۴۶/۳	۱۲۵/۵
۳۵-۴۰	۴۱/۵	۷۷/۸
۴۰-۴۵	۲/۵	۲۹/۲
۴۵-۴۹	۰	۲۰/۴

میزان باروری عمومی<sup>(۲)</sup> که تعداد کل موالید از یکهزار نفر زن در سن باروری می‌باشد در جمعیت غیرایرانی تقریباً دو برابر جمعیت ایرانی است. این میزان در ایرانی‌ها ۶۰ تولد زنده و در غیرایرانی‌ها ۱۱۰ تولد زنده در یک هزار نفر جمعیت زنان ۱۵۴۹ ساله همان ملیت است، که لزوم توجه جدی تر دست‌اندرکاران برنامه‌های تنظیم خانواده را برای مداخله مؤثرتر و کاراتر خصوصاً از طریق گسترش بیشتر برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای در بین خانواده‌های غیرایرانی گوشزد می‌نماید.

جدول ۴- مقایسه نسبت استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری در هر یک

از دو جمعیت ایرانی و غیرایرانی\*

نوع وسیله	ایرانی	غیرایرانی
قرص	۴۱/۱	۴۰
کاندوم	۱۱	۲۰
IUD	۱۹	۲۰
توبکتومی	۲۳	۱۲
واژکتومی	۳/۴	۱/۲۵
آمپول	۲/۱	۶/۷۵
نورپلانت	۰/۴	۰
جمع	۱۰۰	۱۰۰

\* قابل یادآوری است ۷۰٪ زوجهای ایرانی و کمتر از ۴۰٪ زوجهای افغانی از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند و جدول فوق نسبت استفاده از هر یک از روشهای مدرن را در بین استفاده کنندگان نشان می‌دهد

- میزان باروری اختصاصی سنی<sup>(۳)</sup> یا تعداد موالید زنده زنان هر گروه سنی در یکهزار نفر از زنان همان گروه سنی، میزان بسیار مهمی است که ضمن حذف اثر تغییرات ترکیب سنی بر باروری، به مقایسه و توضیح اختلافات و تغییرات الگوی باروری در دوران‌ها مختلف حیات می‌پردازد.

بطوری که در جدول ۳ مشخص است میزان باروری در کل سنین، حتی در دو انتهای طیف باروری در جمعیت زنان غیرایرانی به مراتب بالاتر از جمعیت زنان ایرانی است. حداکثر ASFR جمعیت ایرانی ۱۲۲/۳ تولد به ازای یکهزار زن در گروه سنی ۲۵-۳۰ و حداکثر ASFR در جمعیت غیرایرانی تولد به ازای هر

1- Crude birth rate

2- General fertility rate

3- Age specific fertility rate (ASFR)

تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو گروه را نشان می‌دهد. همین پوشش پایین در غیرایرانی‌ها نیز مدیون تلاش و زحمات چندین ساله بهورزان در این زمینه می‌باشد. این در حالی است که پوشش تنظیم خانواده در مهاجران غیرایرانی ساکن موقت روستاها به مراتب کمتر از این میزان است. باورها و اعتقادات خاص در مورد برخی روشهای پیشگیری از بارداری تمایل به داشتن فرزند بیشتر بر اساس باورهای فرهنگی، عدم مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده (مثل مخالفت مردان با استفاده از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری، نگرش منفی نسبت به وازکتومی و در نتیجه استقبال اندک مردان از وازکتومی)، موقعیت زنان در خانواده و دیگر عوامل فرهنگی اجتماعی از موانع مهم آموزشی بهورزان در مشاوره با مراجعین غیرایرانی خانه‌های بهداشت می‌باشد.

جدول ۴ نسبت استفاده از انواع روشهای مدرن پیشگیری از بارداری در هر یک از دو گروه تحت مطالعه را نشان می‌دهد. قابل ذکر است یک دلیل استقبال بیشتر خانمهای واجد شرایط تنظیم خانواده غیرایرانی از آمپول پیشگیری از بارداری، توانایی استفاده از آن بدون اطلاع همسر به علت مخالفت او در استفاده از روشهای غیرسنتی جلوگیری از بارداری می‌باشد.

لازم به یادآوری است عدم استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری و تداوم استفاده از روشهای سنتی، پیامدهایی چون افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان، افزایش حاملگی ناخواسته و ناتوانیهای ناشی از آن، سوءتغذیه مادران و کودکان، حاملگی‌های پرخطر شامل حاملگی زیر ۱۸ سال و بالای سن ۳۵ سال و فاصله کمتر از ۳ سال بین حاملگی‌ها، تعدد فرزندان و ... را به دنبال خواهد داشت که عوارض اقتصادی، اجتماعی، روانی و فیزیکی آن کاملاً روشن می‌باشد.

### شرایط زایمان

مراقبتهای دوران بارداری، زایمانهای ایمن و بهداشتی و مراقبتهای پس از بارداری، از طریق معاینات و آزمایشات معمول دوران بارداری، واکسیناسیون کزاز خانمهای باردار، کاهش خونریزیهای هنگام زایمان، کاهش عفونت پس از زایمان و توصیه‌های بهداشتی سبب تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و کودکان خواهد شد.

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود اختلاف کاملاً

زن در گروه سنی ۲۵-۳۰ می‌باشد و حداقل ASFR در جمعیت ایرانی صفر در گروه سنی ۴۹-۴۵، در جمعیت غیرایرانی ۲۰/۴ تولد به ازای یکهزار زن در همان گروه سنی ۴۹-۴۵ سال می‌باشد. با آنکه یک روند کاهشی در میزان باروری در سن بالاتر از ۴۰ سال بین دو گروه مشاهده می‌شود، لیکن زاد و ولد در افاغنه در مقایسه با ایرانی‌ها به مراتب بالاتر می‌باشد.

میزان باروری کلی<sup>(۱)</sup> یا تعداد فرزندان<sup>(۲)</sup> که یک زن در صورت تبعیت از میزانهای باروری اختصاصی سنی فوق‌الذکر در طول دوران باروری خود می‌تواند به دنیا آورد، در این مطالعه ۱۷۳۰ نوزاد برای یکهزار زن ایرانی و ۳۲۷۰ نوزاد برای یکهزار زن غیرایرانی می‌باشد. نکته دیگر قابل اهمیت، بالا بودن درصد بارداری‌های زیر سن ۱۸ سال و بالای سن ۳۵ سال در خانمهای غیرایرانی می‌باشد، بطوری که این موضوع عامل ۲۴٪ حاملگیهای پرخطر در افاغنه و ۱۵٪ حاملگیهای پرخطر در ایرانی‌ها را تشکیل می‌دهد. لذا تلاش در جهت کاهش حاملگی‌های ناخواسته حاملگی‌های زیر سن ۱۸ سال، بالای سن ۳۵ سال و جلوگیری از تعداد فرزندان بیشتر از ۳ نفر با تکیه بر تکنولوژی آموزشی مناسب در خصوص ترویج بیشتر روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری ضروری است.

جدول ۵- شرایط زایمان در جمعیت ایرانی و غیرایرانی خانه‌های بهداشت سال ۱۳۷۶

شرایط زایمان	ایرانی	غیرایرانی
درصد زایمان در بیمارستان یا زایشگاه	۹۶/۹۴	۷۰/۹
درصد زایمان در منزل توسط:		
الف) مامای تحصیل کرده به کل زایمانهای در منزل	۱۰	۰
ب) مامای دوره‌دیده به کل زایمانها در منزل	۵۰	۲
ج) مامای دوره‌ندیده به کل زایمانها در منزل	۴۰	۹۸

$P < 0.01$

- میزان تجدید نسل ناخالص<sup>(۳)</sup> یا به عبارتی تعداد دختران متولد شده به ازای هر مادر در یک خانواده به شرط آنکه در سراسر طول باروری خود به الگوی باروری کنونی ادامه دهد، در ایرانی‌ها ۰/۸۷ و در غیرایرانی‌ها ۱/۵۹ می‌باشد که تفاوت کاملاً معنی‌داری را بین دو ملیت نشان می‌دهد ( $P < 0.01$ ).

### پوشش تنظیم خانواده

طبق این بررسی ۷۰٪ زوجهای ایرانی و کمتر از ۴۰٪ زوجهای غیرایرانی از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند، که

1- Total fertility rate

2- Gross reproductive rate

معنی‌داری بین زایمانهای جمعیت ایرانی و غیرایرانی از نظر رعایت اصول بهداشتی و ایمنی وجود دارد ( $P < 0/01$ ).

جدول ۶- مقایسه میزان‌های مرگ خام و استاندارد شده در جمعیت ایرانی و

غیرایرانی خانه‌های بهداشت سال ۱۳۷۶

میزان	ایرانی	غیرایرانی	جمع
میزان مرگ و میر خام	۳/۹۸	۲/۶۵	۳/۸۸
نسبت مرگ استاندارد شده	۰/۹۷	۱/۲	۱/۰۱

## پ - شاخصهای مرگ و میر

میزان مرگ و میر خام که تعداد مرگها را به ازاء هزار نفر در یک جامعه نشان می‌دهد، در جامعه ایرانی بیشتر می‌باشد، و لیکن پس از در نظر گرفتن توریع سنی (با استفاده از روش غیرمستقیم تطبیق میزانها یعنی به کار بردن میزان اختصاصی معیار در دو جامعه مورد مطالعه، (۳) مشاهده می‌شود که مرگ و میر در افغانه ۱/۲۴ برابر جمعیت ایرانی‌ها می‌باشد، که این مطلب می‌تواند گویای شرایط بد بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی آنها باشد (جدول ۶).

میزان مرگ و میر کودکان، خصوصاً کودکان زیر یکسال یکی از مهمترین شاخصهای بهداشتی است، زیرا با بهبود وضع بهداشت این میزان کاهش می‌یابد. میزان‌های مرگ و میر نوزادان کودکان زیر یکسال و کودکان زیر ۵ سال به موالید زنده کل جمعیت به ترتیب ۸/۴۶ در هزار، ۱۰/۵۷ در هزار و ۱۶/۹۱ در هزار می‌باشد. میزان‌های مرگ نوزادان، کودکان زیر یکسال و کودکان زیر ۵ سال به موالید زنده در جمعیت غیرایرانی بیشتر از جمعیت ایرانی می‌باشد. این میزان‌ها برای غیرایرانی‌ها به ترتیب ۱۶/۷۵ در هزار، ۲۲/۳۴ در هزار و ۳۳/۵۲ در هزار و برای ایرانی‌ها ۳/۴ در هزار، ۳/۴ در هزار و ۶/۸ در هزار بوده است.

## بحث

در بررسیهای بعمل آمده در منابع ایرانی، تحقیقی را که به مقایسه شاخصهای سلامت در دو جمعیت ایرانی و غیرایرانی پردازد بدست نیامد. در حالیکه در بعضی از کشورها مشکلات اقتصادی، شغلی و امکان دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی مهاجرین را مورد بررسی قرار داده‌اند (۴).

این پژوهش نشان داد که  $\frac{1}{3}$  ساکنین دایم منطقه تحت بررسی

غیرایرانی بوده و ازدواج زودرس در بین آنها شایع تر می‌باشد، بطوری که ۷۴/۱۹ درصد از زنان سنین باروری در این گروه همسر دار می‌باشند و با توجه به اینکه استفاده از روشهای پیشگیری در بارداری و تمایل به داشتن فرزند بیشتر به باورهای فرهنگی، مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده، موقعیت زنان در خانواده و دیگر عوامل فرهنگی و اجتماعی بستگی دارد استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد (به ترتیب در ایرانیها و غیرایرانیها ۷۰٪ و ۴۰٪) و این امر سبب شده است که میزان باروری عمومی در جمعیت غیرایرانی، تقریباً دو برابر جمعیت ایرانیها گردد و درصد جمعیت زیر یکسال نیز بالاتر باشد (۱/۸۴ و ۲/۸۷ درصد به ترتیب در ایرانیها و غیرایرانیها)، که با توجه به اینکه میزان رشد طبیعی در جمعیت ایرانی ۱/۱۴ درصد، ولی در جمعیت غیرایرانی ۱/۷۴ درصد می‌باشد، اگر مهاجرت‌ها را نیز ثابت فرض نموده و هر یک از دو جمعیت، به الگوی کنونی باروری خود ادامه دهند، سالانه حدود ۲۲۰ کودک به جمعیت ایرانی و ۱۵۰ کودک به جمعیت غیرایرانی ساکن در منطقه تحت پوشش خانه‌های بهداشت اضافه خواهد شد. بطوری که زمان لازم برای دو برابر شدن (Doubling time) جمعیت فعلی افغانه  $\frac{2}{3}$  مدت زمان لازم برای دو برابر شدن جمعیت فعلی ایرانی‌ها خواهد بود که لزوم توجه جدی تر دست‌اندرکاران برنامه‌های تنظیم خانواده را برای مداخله مؤثرتر و کاراتر، بخصوص از طریق گسترش بیشتر برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای در بین خانواده‌های غیرایرانی و تلاش و پیگیری در جهت افزایش استفاده از روشهای مطمئن و دایم پیشگیری از بارداری، مثل تویکتومی و وازکتومی را گوشزد می‌نماید. ضمناً تعداد دختران متولد شده از یک مادر غیرایرانی ۲ برابر تعداد دختران متولد شده از یک مادر ایرانی بود، لذا با رسیدن آنها به سن تولیدمثل، مسأله افزایش جمعیت غیرایرانیها بعد تازه‌ای به خود می‌گیرد. در افراد غیرایرانی درصد زایمانهای غیربهداشتی و غیرایمن به دلایل گوناگون از قبیل اعتقاد به مامای سنتی یا در دسترس بودن افراد بومی، تعصب همسران نسبت به زایمان در خانه، ترس از زایمان در بیمارستان، بیمه نبودن و نداشتن کارت اقامت بالا می‌باشد؛ لذا لزوم اتخاذ برنامه‌های مختلف از قبیل جلب مشارکت رابطان بهداشتی غیرایرانی و انتقال آموزشها از طریق آنها به سایرین، تربیت ماما در روستا، ارتقای سواد و آگاهی کلیه گروههای سنی و جنسی آن ملیت ضروری است.

ضمناً موارد اشاره شده سبب گردیده است که درصد مرگ و میر نوزادان، کودکان زیر یکسال و کمتر از ۵ سال به موالید زنده در

آشامیدنی سالم و ارتقای وضعیت بهداشتی مادران و کودکان از راهکارهای ضروری است.

### پیشنهاد

با توجه به تأثیر مهاجران غیرایرانی بر برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت بهداشتی و نظر به شرایط بهداشتی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی حاکم بر زندگی این گروه و اختصاص بخش عمده‌ای از منابع و امکانات بهداشتی درمانی، توجه بیشتر برنامه‌ریزان، مدیران و مجریان بهداشتی مورد انتظار است، زیرا شاخصهای بهداشتی هنگامی ایده‌آل خواهد شد که برنامه‌ریزی‌های خاص به موازات برنامه‌های اصلی جهت این جمعیت کثیر مهاجران غیرایرانی صورت پذیرد تا از بروز معضلات بهداشتی در امان باشیم.

### منابع

- ۱- محمد، کاظم؛ ملک‌افشاری، حسین؛ نهاییان، وارنکس؛ روشهای آماری و شاخص‌های بهداشتی؛ چاپ نهم؛ سال ۱۳۷۷.
- ۲- مازنی، جودیت؛ آنتاک، بان؛ ترجمه اصول اپیدمیولوژی؛ چاپ سوم؛ مرکز نشر دانشگاهی تهران؛ سال ۱۳۶۹.
- 3- Armitage P, Berry G. "Statistical methods in medical research"; third edition: Blackwell scientific publications: 1994, 436-443.
- 4- Lipson JG, Omidian PA. "Afghan refugee issues in the U.S. Social environment"; Nest. J Nurs. Res: 1997 Feb, 19(1): 110-26.
- 5- Toole MJ, Waldman RJ. "The public health aspects of complex emergencies and Refugee situations"; Annu Rev Pubic Health: 1997, 18: 283-312.

جمعیت غیرایرانی بیشتر از جمعیت ایرانی گردد.

در خاتمه با توجه به این نکته که جمعیت‌هایی که تحت تأثیر اختلافات نظامی و جنگ قرار گرفته‌اند، عواقب نامطلوب و شدید بهداشتی را تجربه نموده‌اند و این تأثیرات بهداشتی در کشورهای در حال توسعه در آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین شدیدتر بوده است، این مقاله می‌تواند در ارتقای وضعیت بهداشتی مهاجران کمک‌کننده باشد. بعنوان مثال میزان مرگ و میر در مهاجران و پناهندگان به مراتب بالاتر از میزان‌های پایه مورد انتظار است. در آفریقا میزان مرگ و میر خام، ۸۰ برابر میزان پایه است و عمده‌ترین علل مرگ اسهال، سرخک، عفونت‌های حاد تنفسی و مالاریا بوده است (۵). لذا کنترل بیماری‌های واگیر، تأمین نیازهای تغذیه‌ای و رفع مشکلات تغذیه‌ای (شامل کمبودهای غذایی و سوءتغذیه حاد)، تأمین آب