

مقاله اصلی

ارزیابی تعیین کننده های جمعیتی بر شکل گیری بارداری زودهنگام در بین نوجوانان دختر متأهل ۱۳ تا ۱۸ سال شهر ساری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۹

خلاصه

مقدمه: مادر شدن در نوجوانی سلامت، رفاه و پیشرفت تحصیلی دختر را مختل می کند. هدف پژوهش پیشرو، ارزیابی تعیین کننده های جمعیتی بر شکل گیری بارداری زودهنگام در بین دختران ازدواج کرده بین ۱۳ تا ۱۸ سال و بالای ۱۹ سال شهر ساری بوده است.

روش کار: روش پژوهش، از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ جمع آوری داده ها، توصیفی-تحلیلی و پیمایشی می باشد. نمونه آماری شامل ۱۵۰ نفر از زنان ازدواج کرده بین ۱۳ تا ۱۸ سال و بالای ۱۹ سال شهر ساری مراجعه کننده به مراکز بهداشت و درمان بوده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS، در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، درصد، نمودارها و آماره ای مانند میانه و در بخش آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون های کای اسکور (χ^2) فی (Phi) و وی کرامرز (Cramer's V) و آزمون تی مستقل (Independent Sample T-Test) و به منظور تحلیل چند متغیره داده ها از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است و برای این کار از استفاده شد.

نتایج: یافته ها نشان داد، در متغیر سن، هرچه سن همسر هنگام ازدواج پایین تر باشد، زمان بارداری زنان آنان نیز پایین تر است. در متغیر وضعیت تأهل، بین شاخص "نوع ازدواج پاسخ دهنده از نظر روابط" و متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری وجود دارد. در متغیر مشخصات مامایی، شاخص های "تعداد دفعات سقط جنین"، و "دفعات ویزیت قبل از زایمان"، دارای رابطه معناداری با متغیر "زمان بارداری" نبوده اند. در شاخص های مرتبط با فرزند همچون "جنسیت فرزند"، "تمایل به فرزندآوری دوباره"، و "اهمیت جنسیت در فرزندآوری دوباره" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری وجود دارد. علاوه براین، روشن شد که، بین شاخص "میزان تحصیلات پاسخ دهنده" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری وجود دارد. در مولفه درآمد، شاخص "عضو کدام دهک درآمدی جامعه" دارای رابطه معناداری با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" بوده است. در مولفه مکان؛ بین شاخص های "محل سکونت پاسخ دهنده"، "وضعیت مالکیت محل سکونت پاسخ دهنده"، و "منطقه زندگی در شهرستان ساری" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری وجود دارد. در مورد مولفه قوانین و مصوبات قانونی؛ بین شاخص "قوانین و مصوبات قانونی" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری وجود دارد. اما: در مولفه شغل شاخص های "وضعیت شغلی پاسخ دهنده"، و "وضعیت شغلی همسر" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری و همچنین؛ مولفه ابعاد خانوار؛ شاخص های "اندازه خانوار"، و "جنسیت سرپرست خانوار"، و "نسبت پاسخ دهنده با سرپرست خانوار" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام"؛ در مولفه مذهب؛ شاخص "دین پاسخ دهنده" با متغیر "شکل گیری بارداری زودهنگام" رابطه معناداری ندارد.

نتیجه گیری: تنظیم خانواده برای زوجین زیر ۱۸ سال ارتباط مستقیمی با بودجه دولت دارد. دولت باید مسئولیت خود را در قبال زنان فقیری که با حاملگی ناخواسته مواجه می شوند مشخص کند.

کلمات کلیدی

بارداری زودهنگام، ویژگی های جمعیت شناختی، دختران نوجوانان، ساری
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

علی پزهران*

نرجس دهمرده^۲

^۱ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران
مرکزی- دانشکده علوم اجتماعی، ارتباطات و
رسانه.

^۲ گروه علوم تشریحی دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

Email: pezhhan_ali@yahoo.com

مقدمه

ازدواج زود هنگام بر سلامت و تغذیه، رفاه فردی و جامعه، سلامت جنسی و باروری و مرگ و میر مادران تأثیر منفی دارد. در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، علل مادری هنوز در بین اصلی ترین علت مرگ و میر در میان نوجوانان دختر ۱۰ تا ۲۴ سال است (۱). سالانه بیش از ۱۶ میلیون تولد در بین زنان ۱۵ تا ۱۹ سال اتفاق می افتد که ۱۱ درصد کل زایمان ها را تشکیل می دهد. اگرچه آمار ازدواج زود هنگام در ایران کمتر از بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط دیگر اتفاق می افتد، اما همچنان رواج دارد. این امر، در سال ۲۰۱۸، برای دختران زیر ۱۵ سال به میزان ۳ درصد و برای افراد زیر ۱۸ سال به میزان ۱۷ درصد بوده است. سن قانونی ازدواج در ایران برای دختران ۱۳ سال بوده و در برخی مناطق مانند استان اردبیل، میانگین ازدواج قبل از ۱۵ سالگی تا ۹ درصد گزارش شده است (۲). بارداری نوجوانی که به عنوان حاملگی نوجوانی نیز شناخته می شود، در برگیرنده بارداری در یک زن زیر ۲۰ سال است. بارداری می تواند با آمیزش جنسی پس از شروع تخمک گذاری و قبل از اولین دوره قاعدگی اتفاق بیفتد، اما معمولاً پس از شروع قاعدگی رخ می دهد (۳).

طبق بررسی های سازمان جهانی بهداشت، تقریباً ۱۲ میلیون دختر ۱۵ تا ۱۹ ساله و حداقل ۷۷۷.۰۰۰ دختر زیر ۱۵ سال هر ساله در کشورهای در حال توسعه زایمان می کنند. همچنین، آمارها نشان می دهد که، حداقل ۱۰ میلیون حاملگی ناخواسته هر ساله در بین دختران ۱۵ تا ۱۹ ساله در کشورهای در حال توسعه صورت می گیرد. عوارض دوران بارداری و زایمان علت اصلی مرگ دختران ۱۵ تا ۱۹ ساله در سراسر جهان است. تخمین زده شده که، از ۵.۶ میلیون سقط که هر ساله در میان دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۹ ساله رخ می دهد، ۳.۹ میلیون ناامن بوده و منجر به مرگ و میر مادران، عوارض و مشکلات سلامت پایدار می شود (۴).

زایمان در دوران نوجوانی، می تواند رشد سالم دختران را تا بزرگسالی مختل کند و تأثیرات منفی بر تحصیل، معیشت و زندگی آنها داشته باشد. سادات حسینی (۵)؛ میری و ملاکی مقدم

(۶)؛ نوبهاری (۷) و مرادی (۸) اظهار داشتند که، بسیاری از دخترانی که باردار هستند تحت فشار قرار می گیرند یا مجبور به ترک تحصیل می شوند، که می تواند بر آینده و فرصت های تحصیلی و شغلی آنها تأثیر بگذارد. بارداری زود هنگام و فرزندآوری نیز می تواند پیامدهای اجتماعی برای دختران داشته باشد، از جمله کاهش موقعیت در خانه و جامعه، انگ، طرد شدن و خشونت توسط اعضای خانواده، همسالان و شرکا و ازدواج زود هنگام و اجباری است. بارداری نوجوانان یک مشکل اجتماعی است که در کشورهای در حال توسعه و برخی کشورهای توسعه یافته حل نشده است (۹ و ۱۰).

مطالعات جهانی نشان داده است که نرخ بالای بارداری در میان دختران نوجوان با فقدان تحصیلات، قدرت تصمیم گیری کمتر در خانواده و تنظیم خانواده، دانش کمتر باروری، فقر و تجربه ازدواج زود هنگام مرتبط است (۱۱). همچنین بر اساس مطالعه موشی و تلیشی^۱ (۱۲) عوامل مرتبط با بارداری نوجوانان شامل: سکونت شهری، وضعیت تحصیلی پایین مادران؛ دانش ضعیف در مورد سلامت جنسی و باروری؛ وضعیت اقتصادی پایین خانواده؛ گروه همسالان؛ ازدواج زود هنگام و سوء استفاده جنسی بوده است. یونسکو در سال ۲۰۲۰، با انتشار اخباری درباره بارداری زودرس و ناخواسته، توصیه هایی در حیطه اثرات مخرب این امر بر سلامتی، اجتماع، اقتصاد و تحصیلات دختران نوجوان و خطرات جانی آن به آموزش و پرورش ارائه داده است. از اینرو، یونسکو مامور شد تا به دولت ها و فعالان آموزشی کمک کند تا اثرات بارداری زودرس و ناخواسته و اقدامات لازم برای جلوگیری از آن را درک کرده و همچنین، اطمینان حاصل کنند که همه دختران، از جمله آنهایی که باردار و والد هستند، می توانند حق خود را برای آموزش در مدرسه ای امن و حمایتی تحقق بخشند (۱۳).

تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان در خدمات بهداشتی درمانی همه جوامع در دنیا جایگاه ویژه ای دارد و شاخص "نسبت مرگ و میر مادران" از مهم ترین شاخص های ارزیابی آن است. در نظام بهداشت و درمان کشور ایران نیز

¹ Moshi & Tilisho

همواره کاهش این شاخص از اهداف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسناد بالادستی از جمله برنامه های پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی کشور و سیاست های کلان سلامت در سطح ملی و از اهداف توسعه پایدار در سطح بین المللی بوده است (۱۴).

هدف جهانی برای کاهش عادلانه مرگ مادری " پایان دادن به مرگ های قابل اجتناب " تعیین شده و پیشنهاد گردیده است که تا سال ۲۰۳۰ بسیاری از کشورها از جمله ایران رقم شاخص مرگ مادر خود را به اندازه دو سوم آن نسبت به سال ۲۰۱۰ کاهش دهند (۱۵). درک عواملی که منجر به بارداری زود هنگام در نوجوانان می شود، جهت اطلاع رسانی، سیاست گذاری ها و برنامه ریزی مداخله ای در ایران و بهبود سلامت جنسی و باروری و همچنین، رفاه اجتماعی و اقتصادی زنان داخل کشور ضروری است (۱۶). در پژوهش های قبلی تأثیر افسردگی دوران بارداری و بی خوابی زنان باردار (۱۷)، تمایل به فرزندآوری (۱۸)، ازدواج زود هنگام بر سلامت جنسی (۱۹)، روش های پیشگیری از بارداری (۲۰) بر زنان جوان و نوجوان بررسی شده است. با این حال، بر روی عوامل مؤثر جمعیت شناختی در بارداری نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال در ایران پژوهش های چندانی صورت نگرفته است. از اینرو، هدف پژوهش حاضر، پاسخگویی به این سوال است که، تعیین کننده های جمعیتی مؤثر بر شکل گیری بارداری زود هنگام در بین دختران نوجوان متأهل شهر ساری کدام است؟

روش کار:

روش پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی و از منظر گردآوری اطلاعات، توصیفی-تحلیلی و پیمایشی بوده است. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر متأهل ۱۳ تا ۱۸ سال و بالای ۱۹ سال دارای حداقل یک فرزند، مراجعه کننده به مراکز بهداشت و درمان جهت مراقبت های دوران بارداری و مراقبت از نوزادان تازه متولد شده در شهر ساری در یک بازه زمانی ۶ ماهه از بهمن ماه ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ بوده است.

نمونه آماری شامل ۱۵۰ نفر از نوجوانان دختر متأهل که ۶۹ نفر آنها بین ۱۳ تا ۱۸ سال و ۸۱ نفر از آنها بالای ۱۹ سال بوده که به مراکز بهداشت و درمان جهت مراقبت های دوران بارداری و مراقبت از نوزادان تازه متولد شده در شهر ساری مراجعه کردند. در پژوهش حاضر تعداد ۱۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که در ابتدا از ۲۶ مرکز بهداشت و درمان در شهر ساری، ۹ مرکز با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شد. سپس، با مراجعه به این مراکز، لیست تمام دختران نوجوان باردار بین ۱۳ تا ۱۸ سال و بالای ۱۹ سال که تحت مراقبت بارداری از ماه اول تا نهم بارداری بودند در دسترس پژوهشگر قرار گرفت. جمع آوری داده ها از طریق طراحی سوالات به صورت پرسشنامه محقق ساخته صورت گرفت. پرسشنامه اولیه پس بررسی روایی صوری و محتوایی و همچنین انجام پری تست با نمونه ۳۰ نفر از دختران نوجوان متأهل سیزده تا هجده سال، با ۴۱ سوال درمورد تعیین کننده های جمعیت شناختی نهایی شد. تعیین کننده های جمعیتی شامل مواردی همچون؛ سن، وضعیت تأهل، سن اولین بارداری، مشخصات مامایی، متغیرهای مرتبط با فرزند، تحصیلات، درآمد، مکان زندگی، ابعاد خانوار، شغل مذهب، قوانین و مصوبات می باشد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS، در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، درصد، نمودارها و آماره ای مانند میانه و در بخش آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون های کای اسکور (χ^2) فی (Phi) و وی کرامرز (Cramer's V) و آزمون تی مستقل (Independent Sample T-Test) و به منظور تحلیل چند متغیره داده ها از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است و برای این کار از استفاده شد.

نتایج

بر اساس یافته ها ۴۶ درصد پاسخگویان زیر ۱۸ سال و ۵۴ درصد آنان بالای ۱۹ سال بودند. از نظر تحصیلات ۷ درصد از پاسخگویان بی سواد، ۵۶ درصد کمتر از دیپلم، ۱۵ درصد دیپلم

های سن از آزمون تی مستقل استفاده شده است. با توجه به جدول یافته ها نشان داد شاخص های "سن کنونی پاسخ دهنده"، "سن پاسخ دهنده هنگام ازدواج"، "سن پاسخ دهنده در اولین رابطه جنسی" دارای رابطه معناداری با متغیر "زمان بارداری" بوده، ($Sig = ۰/۰۰۰$). اما، شاخص "تفاوت سنی زوجین" دارای رابطه معناداری با متغیر "زمان بارداری" نبوده است ($Sig = ۰/۰۸۴$).

و ۲۲ درصد دارای تحصیلات عالی بودند. میانگین سن پاسخ دهندگان هنگام ازدواج ۱۵/۴۹ سال، کمترین سن ازدواج ۱۳ سال و بیشترین سن ۱۸ سال بوده است. میانگین سن پاسخ دهندگان در اولین رابطه جنسی ۱۶/۰۹ سال، کمترین سن اولین رابطه جنسی ۱۳ سال و بیشترین سن اولین رابطه جنسی ۲۱ سال بوده است. برای شناخت رابطه بین زمان بارداری (زود هنگام/دیر هنگام) و شاخص

جدول ۱. آزمون تی مستقل بین شاخص های سن و شکل گیری بارداری زود هنگام

متغیر وابسته		متغیرهای مستقل		زمان بارداری							
شاخص ها	زود هنگام (X<18)	دیر هنگام (X>19)	معناداری آمون		سطح معناداری (Sig.)	درجه آزادی	آماره T	لوین (همگنی واریانس ها)	انحراف میانگین	انحراف معیار	میانگین
سن کنونی پاسخ دهنده	۱۲/۷	۰/۴۴۸	۲/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۰	-۱۲/۰۰	۱۴۸	۰/۰۰۰			
سن پاسخ دهنده هنگام ازدواج	۱۵/۸۵	۱/۵۵۰	۱۴/۸۷	۱/۴۰۲	۰/۵۵۴	۳/۸۶	۱۴۸	۰/۰۰۰			
تفاوت سنی زوجین	۳/۵۰	۲/۰۴۶	۴/۱۰	۲/۰۶۰	۰/۲۲۶	-۱/۷۳۷	۱۴۸	۰/۰۸۴			
سن پاسخ دهنده در اولین رابطه جنسی	۱۶/۴۹	۱/۵۹۰	۱۵/۴۰	۱/۵۷۱	۰/۱۳۴	۴/۰۸۱	۱۴۸	۰/۰۰۰			

های "تعداد دفعات سقط جنین"، و "دفعات ویزیت قبل از زایمان"، دارای رابطه معناداری با متغیر "زمان بارداری" نبوده اند ($Sig > ۰/۰۵$).

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، بر اساس آزمون تی مستقل، شاخص "تعداد دفعات بارداری" دارای رابطه معناداری با متغیر "زمان بارداری" بوده است ($Sig = ۰/۰۰۰$). اما، شاخص

جدول ۲. آزمون تی مستقل بین شاخص های مشخصات مامایی و شکل گیری بارداری زود هنگام

متغیر وابسته		زمان بارداری		متغیرهای مستقل					
شاخص ها	زود هنگام ($X < 18$)		دیر هنگام ($X > 19$)		معناداری آزمون لوین (همگنی واریانس ها)	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری (Sig.)	
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف معیار	میانگین					
	تعداد دفعات بارداری	۱/۵۴	۰/۶۶۴	۲/۱۸	۰/۷۴۷	۰/۶۴۸	-۵/۳۷۹	۱۴۸	۰/۰۰۰
تعداد دفعات سقط جنین	۸/۶۴	۴/۱۹۹	۹/۵۶	۳/۵۱۵	۰/۱۰۵	-۱/۳۷۲	۱۴۸	۰/۱۷۲	

۰/۹۳۹	۱۴۸	۰/۰۷۷	۰/۸۷۷	۰/۲۹۰	۱/۰۹	۰/۲۹۴	۱/۰۹	دفعات ویزیت قبل از زایمان
-------	-----	-------	-------	-------	------	-------	------	---------------------------

از سوی دیگر، برای پی بردن به شدت رابطه بین دو متغیر از آزمون $Cramer's V$ استفاده شده است. مقدار عددی این آماره برای شاخص "زمان اولین مراقبت های دوران بارداری" برابر با $۰/۵۳۳$ و برای شاخص "زمان مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی" برابر با $۰/۴۵۷$ می باشد که می توان نتیجه گرفت که شدت رابطه این دو شاخص با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" در حد متوسطی است. همچنین علامت آماره وی کرامر نشان از وجود یک رابطه مثبت میان دو متغیر دارد، بدین معنا که هر چقدر "زمان اولین مراقبت های دوران بارداری" و "زمان مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی" بالاتر رود موجب شکل گیری بارداری دیر هنگام می گردد.

به توجه به جدول ۳ بر اساس آزمون کای اسکور بین دو شاخص "زمان اولین مراقبت های دوران بارداری" و "زمان مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری وجود دارد. ($Sig= ۰/۰۰۰$). اما شاخص های مشخصات مامایی همچون "سابقه سقط جنین"، "نوع زایمان پاسخ دهنده"، "سابقه زایمان زودرس"، "نوع بارداری پاسخ دهنده"، "اطلاع از روش های پیشگیری از بارداری"، "شرکت در کلاس های تنظیم خانواده"، "شیوه جلوگیری از بارداری"، "سابقه تجربه مادر از حاملگی نوجوانی"، "سابقه تجربه خواهر از حاملگی نوجوانی"، "سابقه تجربه دوستان از حاملگی نوجوانی"، با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری ندارند.

جدول ۳. آزمون کای اسکور بین شاخص های مشخصات مامایی و شکل گیری بارداری زود هنگام

متغیر وابسته	متغیر مستقل	زمان بارداری		آماره های آزمون
		زود هنگام ($X < 18$)	دیر هنگام ($X > 19$)	
بله	سابقه سقط جنین	۲۳	۸	$X^2 = ۱/۹۸۵$
خیر		۷۲	۴۷	$Phi = ۰/۱۱۵$
کل		۹۶	۵۵	$Sig = ۰/۱۵۹$
طبیعی	نوع زایمان پاسخ دهنده	۶۸	۴۱	$X^2 = ۰/۱۵۹$
سزارین		۱۹	۱۰	$Cramer's V = ۰/۰۳۳$
کل		۹۵	۵۵	$Sig = ۰/۹۲۴$
بله	سابقه زایمان زودرس	۱۸	۱۲	$X^2 = ۰/۱۷۹$
خیر		۷۷	۴۳	$Phi = -۰/۰۳۵$
کل		۹۵	۵۵	$Sig = ۰/۶۷۲$
با برنامه ریزی	نوع بارداری پاسخ دهنده	۴۳	۲۹	$X^2 = ۰/۷۷۸$
بدون برنامه ریزی		۵۲	۲۶	$Phi = -۰/۰۷۲$
کل		۹۵	۵۵	$Sig = ۰/۳۷۸$

		۶۹	۳۶		
بله					
اطلاع از روش های	خیر	۲۶	۱۹	$\chi^2 = ۰/۸۵۴$	
پیشگیری از بارداری	کل	۹۵	۵۵	$\Phi = ۰/۰۷۵$	
				$\text{Sig} = ۰/۳۵۵$	
بله		۴۳	۲۵	$\chi^2 = ۰/۰۰۱$	
شرکت در کلاس های	خیر	۵۲	۳۰	$\Phi = -۰/۰۰۲$	
تنظیم خانواده	کل	۹۵	۵۵	$\text{Sig} = ۰/۹۸۲$	
کاندوم		۲۴	۱۳		
قرص ضد		۳۱	۲۳	$\chi^2 = ۱/۳۶۰$	
بارداری				$\text{Cramer's } V = ۰/۰۹۵$	
روش های		۴۰	۱۹	$\text{Sig} = ۰/۵۰۷$	
دیگر			۵۵		
کل		۹۵			
از یک ماهه		۰	۳		
اول					
از سه ماهه اول		۴۶	۰	$\chi^2 = ۴۲/۶۴۷$	
از سه ماهه دوم		۲۲	۲۹	$\text{Cramer's } V = ۰/۵۳۳$	
از سه ماهه سوم		۲۷	۲۳	$\text{Sig} = ۰/۰۰۰$	
کل		۹۵	۵۵		
ماهی یکبار		۴	۴		
هر سه ماه یکبار		۱۷	۱۱		
هر شش ماه		۳۲	۰	$\chi^2 = ۳۱/۳۴۸$	
یکبار				$\text{Cramer's } V = ۰/۴۵۷$	
هر نه ماه یکبار		۲۰	۳۰	$\text{Sig} = ۰/۰۰۰$	
سالی یکبار		۲۲	۱۰		
کل		۹۵	۵۵		
بله		۸۴	۴۷	$\chi^2 = ۰/۲۷۷$	
سابقه تجربه مادر از	خیر	۱۱	۸	$\Phi = ۰/۰۴۳$	
حاملگی نوجوانی	کل	۹۵	۵۵	$\text{Sig} = ۰/۵۹۹$	
بله		۶۱	۳۵	$\chi^2 = ۰/۰۰۵$	
سابقه تجربه خواهر از	خیر	۳۴	۲۰	$\Phi = ۰/۰۰۶$	
حاملگی نوجوانی	کل	۹۵	۵۵	$\text{Sig} = ۰/۹۴۴$	
بله		۵۱	۳۴	$\chi^2 = ۰/۹۳۹$	
سابقه تجربه دوستان از	خیر	۴۴	۲۱	$\Phi = -۰/۰۷۹$	
حاملگی نوجوانی					

کل	۹۵	۵۵	Sig= ۰/۳۳۳
----	----	----	------------

با توجه به جدول ۴، بین شاخص "میزان تحصیلات پاسخ دهنده" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری وجود دارد. (Sig= ۰/۰۰۰). و مقدار عددی Cramer's V برای شاخص "میزان تحصیلات پاسخ دهنده" در بازه ۰/۶-۰/۸ بوده است. که نشانگر رابطه قوی مثبت میان شاخص نامبرده با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" می باشد. همچنین بین شاخص "میزان تحصیلات همسر" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری مشاهده نشد.

جدول ۴. آزمون کای اسکوئر بین شاخص های مرتبط با تحصیلات و شکل گیری بارداری زود هنگام

متغیر وابسته	زمان بارداری		آماره های آزمون
	زود هنگام (X<18)	دیر هنگام (X>19)	
بی سواد	۱۰	۰	$X^2 = 57/239$ Cramer's V = ۰/۶۱۸ Sig= ۰/۰۰۰
آموزش ابتدایی	۱۰	۲	
متوسطه اول	۱۹	۱۳	
متوسطه دوم	۳۸	۲	
دیپلم	۲	۲۰	
فوق دیپلم	۹	۹	$X^2 = 5/512$ Cramer's V = ۰/۱۹۲ Sig= ۰/۴۸۰
لیسانس	۷	۹	
کل	۹۵	۵۵	
بی سواد	۵	۷	
آموزش ابتدایی	۵	۲	
متوسطه اول	۲۵	۱۱	$X^2 = 5/512$ Cramer's V = ۰/۱۹۲ Sig= ۰/۴۸۰
متوسطه دوم	۱۷	۱۵	
دیپلم	۲۴	۱۰	
فوق دیپلم	۱۴	۷	
لیسانس	۵	۳	
کل	۹۵	۵۵	

و جنسیت سرپرست خانوار، و نسبت پاسخ دهنده با سرپرست خانوار با متغیر (دین پاسخگویان و شاخص های مرتبط با شغل (وضعیت شغلی پاسخ دهند و وضعیت شغلی همسر) و متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری مشاهده نشد.

همانطور که جدول ۵ مشاهده می شود، شاخص "عضو کدام دهک درآمدی جامعه" دارای رابطه معناداری با متغیر "زمان بارداری" بوده است. (Sig= ۰/۰۳۰) همچنین بر اساس یافته های این مطالعه بین شاخص های مرتبط با ابعاد خانوار (اندازه خانوار،

جدول ۵. آزمون تی مستقل بین شاخص مرتبط با درآمد و شکل گیری بارداری زود هنگام

متغیر وابسته	زمان بارداری
--------------	--------------

متغیرهای مستقل

شاخص ها	زود هنگام ($X < 18$)		دیر هنگام ($X > 19$)		معناداری آزمون لوین (همگنی واریانس ها)	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری (Sig.)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
عضو کدام دهک درآمدی جامعه	۶/۸۴	۱/۹۵۸	۷/۶۵	۲/۵۳۲	۰/۱۴۳	-۲/۱۹۴	۱۴۸	۰/۰۳۰

- به منظور تحلیل چند متغیره داده ها با استفاده از رگرسیون لجستیک به روش اینتر تأثیر مجموع متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (زمان بارداری) مورد بررسی قرار گرفت. متغیر وابسته (زمان بارداری) به صورت دو وجهی (سن بارداری زیر ۱۸ سال/زود هنگام=۱ و سن بارداری بالای ۱۹ سال/دیر هنگام=۲) در مدل آورده شده است. با توجه به جدول (۱۱)، مقدار کای اسکوئر مدل نشان می دهد که تأثیر متغیرهای مستقل وارد شده و ارتباط آنها با زمان بارداری (قبل از ۱۸ سالگی / بعد از ۱۹ سالگی) با احتمال ۹۹ درصد معنی دار است. با توجه به ضریب تعیین ملاحظه می شود که ۹۲/۴ درصد از تغییرات بارداری زود هنگام توسط متغیرهای مستقل تبیین می شود. با توجه به نسبت های برتری^۱ متغیرها و متغیرهای وارد شده در مدل به روابط متغیرهای مستقل با زمان بارداری می پردازیم.
- از میان متغیرهای وارد شده به مدل رگرسیون، در حضور کلیه عوامل نام برده، تنها روابط بین متغیرهای مشخصات مامایی (تعداد دفعات بارداری)، با متغیر زمان بارداری از نظر آماری معنادار شدند.
- از میان متغیرهای معنی دار در معادله رگرسیون، قوانین و مصوبات قانونی بیشترین رابطه را با بارداری زود هنگام داشته است. از لحاظ اهمیت متغیرهای مستقل در پیش بینی احتمال بارداری زود هنگام، بعد از متغیر قوانین و مصوبات قانونی به ترتیب متغیرهای تعداد دفعات بارداری، نوع ازدواج پاسخ دهنده از نظر روابط و منطقه زندگی پاسخ دهنده در شهرستان ساری قرار دارند.

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک مربوط به پیش بینی احتمال بارداری زود هنگام توسط متغیرهای مستقل

متغیرها	علامت اختصاری	آماره B	خطای استاندارد (S.E.)	سطح معناداری (Sig.)	نسبت برتری تعدیل یافته Adjusted (OR)	95% CI for OR	
						حد پایین (Lower)	حد بالا (Upper)
سن پاسخ دهنده	A1	۳۴/۹۹۹	۲۸۹۸/۳۰۸	۰/۹۹۰	۱/۵۸۵	۰/۰۰۰	.
سن هنگام ازدواج	A2	-۲/۹۷۲	۱/۹۲۶	۰/۱۲۳	۰/۰۵۱	۰/۰۰۱	۲/۲۳۳
سن همسر هنگام ازدواج	A3	۱/۱۰۵	۰/۶۴۰	۰/۰۸۴	۳/۰۲۱	۰/۸۶۲	۱۰/۵۸۷
سن در اولین رابطه جنسی	A6	-۱/۰۵۱	۱/۱۲۹	۰/۳۵۲	۰/۳۵۰	۰/۰۳۸	۳/۱۹۵
نوع ازدواج پاسخ دهنده از نظر روابط	B3	-۶/۹۷۹	۳/۳۷۳	۰/۰۳۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۶۹۳
تعداد دفعات بارداری	C1	-۳/۴۴۱	۱/۷۱۸	۰/۰۴۵	۰/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۳۰
زمان اولین مراقبت های دوران بارداری	C10	-۱/۱۳۱	۱/۳۵۲	۰/۴۰۳	۰/۳۲۳	۰/۰۲۳	۴/۵۶۴

^۱. Odds Ratio (OR)

۱۶۵/۰۵۲	۰/۷۵۶	۱۱/۱۶۸	۰/۰۷۹	۱/۳۷۴	۲/۴۱۳	C11	زمان مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی
۵۶۷/۳۳۶	۰/۷۶۶	۲۰/۸۴۱	۰/۰۷۲	۱/۶۸۶	۳/۰۳۷	D1	جنسیت فرزند
۹/۸۱۲	۰/۰۰۵	۰/۲۳۰	۰/۴۴۳	۱/۹۱۴	-۱/۴۶۸	D2	تمایل پاسخ دهنده به فرزندآوری دوباره
۱/۱۱۸	۰/۰۰۲	۰/۰۴۳	۰/۰۵۸	۱/۶۵۷	-۳/۱۳۶	D3	اهمیت جنسیت در فرزندآوری دوباره
۱/۶۷۹	۰/۱۸۸	۰/۵۶۲	۰/۳۰۲	۰/۵۵۹	-۰/۵۷۷	E1	میزان تحصیلات پاسخ دهنده
۲/۳۶۷	۰/۱۷۴	۰/۶۴۱	۰/۵۰۵	۰/۶۶۶	-۰/۴۴۵	F1	عضو کدام دهک درآمدی جامعه
۷۵۳/۵۳۹	۰/۰۰۰	۰/۲۰۳	۰/۷۰۳	۴/۱۹۵	-۱/۵۹۶	G1	محل سکونت پاسخ دهنده
۶۰/۰۳۴	۰/۰۰۴	۰/۵۱۷	۰/۷۸۶	۲/۴۲۶	-۰/۶۵۹	G2	وضعیت محل سکونت پاسخ دهنده
۰/۹۱۶	۰/۰۴۱	۰/۱۹۳	۰/۰۳۸	۰/۷۹۴	-۱/۶۴۴	G3	منطقه زندگی در شهرستان ساری
۲۶/۴۰۰	۰/۰۴۵	۱/۰۹۳	۰/۹۵۶	۱/۶۲۵	۰/۰۸۹	J2	مناسک/رسم و رسومات سنتی
۵۳/۶۲۴	۱/۰۲۴	۷/۴۱۱	۰/۰۴۷	۱/۰۱۰	۲/۰۰۳	K1	تصمیم گیری های مصوب قانونی
کای اسکوئر (χ^2)							۱۶۸/۹۰۴**
log likelihood							۲۸/۲۴۳
شبه ضریب تعیین (آماره Nagelkerke R Square)							۰/۹۲۴
درصد درستی (Percentage Correct)							۹۷/۳
P<0.01.**							

بحث

در تحلیل دلایل تعیین کننده های جمعیتی شناختی بر شکل گیری بارداری زود هنگام در بین نوجوانان دختر متأهل ۱۳ تا ۱۸ سال شهر ساری می توان گفت که پدیده ازدواج زود هنگام در جامعه ایران امری دیرین و دیرپاست. هر چند این پدیده در بعضی مناطق شهری و پیشرفته امروزه کم رنگ تره شده است. اما همچنان در بسیاری از مناطق شهری و روستایی کشور ما تعداد زیادی از نوجوانان در معرض خطر ازدواج زود هنگام قرار دارند و با شرایط فرهنگی موجود در جامعه و آموزش های سطح کلان در جامعه و گسترش خدمات اجتماعی هنوز معضل مهمی به شمار می آید. ازدواج زود هنگام در زنجیره نابرابری جنسیتی تحت تاثیر تحصیلات، فقر و خشونت فرهنگی، همچنان به عنوان یک الگوی سنتی زناشویی در میان بسیاری از اقوام رواج دارد.

یافته های نشان می دهد که شاخص "تفاوت سنی زوجین" دارای رابطه معناداری با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" نبوده است. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهش های زارع و همکاران (۲)، خوششیده و شهریاری (۲۱)، شیر و بیداریان

(۲۲)، ملکی مقدم و میری (۲۳)، کسایل و آیلی (۲۴) همسو بوده است.

شاخص های "تعداد دفعات سقط جنین"، و "دفعات ویزیت قبل از زایمان"، دارای رابطه معناداری با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" بوده اند. یافته های این فرضیه در پژوهش های خوششیده و شهریاری (۲۱)، شیر و بیداریان (۲۲)، کسایل و آیلی (۲۴) موشی و تلیشی (۱۲) همسو بوده است.

طبق یافته ها، شاخص های مرتبط با تحصیلات "میزان تحصیلات پاسخ دهنده"، و "میزان تحصیلات همسر" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری دارند. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهش های شیر و بیداریان (۲۲)، زارع و همکاران (۲۲)، اوئیزیه و همکاران (۲۵)، سافا و همکاران (۲۶)، موشی و تلیشی (۱۲) همسو بوده است. وادو، سولی و موماه (۲۷) در پژوهش خود در زمینه یارداری و مادرشدن زود هنگام در بین دختران متأهل در کشورهای آفریقایی، بیان کردند که، هرچه میزان تحصیلات زنان افزایش یابد میزان بارداری زود هنگام در آنها کاهش می یابد البته در سطوح تحصیلی پایین چندان تفاوتی

شیردهی قوانینی در نظر گرفته شده است که شامل پوشش بیمه‌ای آزمایش‌های مادر و جنین براساس ضوابط قانونی، ارتقای مهارت‌های مامایی کشور و افزایش تعداد ماماها به ازای هر دو مادر در حال زایمان یک ماما می باشد.

نتیجه گیری

سیاست های جمعیتی به خصوص برنامه تنظیم خانواده با بودجه دولت ارتباط مستقیمی دارد. دولت باید مسئولیت خود را در قبال زنان فقیری که با حاملگی ناخواسته مواجه می شوند مشخص کند و بر بهداشت و درمان زنان باردار متمرکز شود و نحوه پرداخت مراقبت های مربوط به بارداری در کشور را اصلاح کند. حاملگی می تواند در سنین مختلفی اتفاق بیافتد، یعنی می تواند قبل از موعد فیزیولوژیک و نرمال، و یا این که دقیقاً در زمان مناسب باشد. اما بارداری خارج از محدوده نرمال زمانی و فیزیولوژیک ممکن است دارای عوارض بیشتری داشته باشد.

مادرانی که در سن نوجوانی اقدام به بارداری می کنند طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب اقتصادی و اجتماعی را در طول این دوران و بعد از آن در زندگی خود خواهند داشت. نوجوانانی که باردار شده و زایمان می نمایند، اغلب از ادامه تحصیل محروم شده و یا این که امکان ادامه تحصیل در سطوح عالی را از دست می دهند، امکان داشتن یک شغل مناسب در اجتماع را کمتر پیدا می کنند یا اصلاً به آن دست نمی یابند. عوامل زیادی بر بارداری زود هنگام دختران نوجوان تأثیرگذار بوده و معمولاً دختران نوجوان به دلیل نداشتن اطلاعات و دانش کافی از روش های پیشگیری خیلی زود باردار می شوند. بنابراین پیشنهاد می شود تا ترمیم رویه حاکم بر نظام حقوقی ایران (ازدواج زیر ۱۸ سال) صورت گیرد. با توجه به یافته های این مطالعه که متغیر قوانین و مصوبات قانونی از جمله مهمترین عوامل پیش بینی کننده بارداری زود هنگام بوده است، می بایست قوانین ازدواج دختران مورد بازنگری قرار گیرد. همچنین توجه به رویه قضایی می تواند دست قضات را در پرداختن به جزئیاتی که قانون در خصوص آنها سکوت کرده باز بگذارد و این فرصت را ایجاد کند که پرونده های درخواست ازدواج در سنین پایین مورد بررسی و

از لحاظ نسبت بارداری زود هنگام زنان مشاهده نشد به طوری که نسبت بارداری زود هنگام زنان در بین زنان بیسواد تقریباً همانند زنان دارای تحصیلات ابتدایی تا دیلم است.

یافته ها مشخص کرد که، شاخص "عضو کدام دهک درآمدی جامعه"، دارای رابطه معناداری با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" بوده است. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهش های کیانی و همکاران (۲۸) و زمانی و همکاران (۲۹) همسو بوده است.

شاخص های "اندازه خانوار"، و "جنسیت سرپرست خانوار" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری ندارند. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهشهای شیری و بیداریان (۲۲)، اویزه و همکاران (۲۶)، ترفه (۳۰)، همسو بوده است. نتایج این تحقیق با یافته های اونر و همکاران (۳۱) همسو نبوده و آنها اظهار داشتند که، در گروه نوجوان، فراوانی خانواده بدون تامین اجتماعی بیشتر از گروه بزرگسال بود.

شاخص های "وضعیت شغلی پاسخ دهنده"، و "وضعیت شغلی همسر" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری ندارند. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهش های آساره و همکاران (۳۲) موشی و تلیشی (۱۲) همسو بوده است. در واقع می توان بیان کرد زمانی که به تحصیلات عالی دست مییابند؛ عموماً جاه طلبی شغلی بالاتری دارند و مایلند به جای ازدواج زود هنگام، مشاغل مناسب داشته باشند. در میان مهم ترین فاکتورهای مدرنیزاسیون میتوان به گسترش فرصت های تحصیلی، تغییرات در نیروی کار و فعالیت های شغلی، اشتغال زنان و شهرنشینی اشاره کرد.

شاخص های "دین پاسخ دهنده"، و "مناسک/رسم و رسومات سنتی" با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری ندارند. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهشات آساره و همکاران (۳۲)، موشی و تلیشی (۱۲) همسو نمی باشد.

شاخص "قوانین و مصوبات قانونی"، با متغیر "شکل گیری بارداری زود هنگام" رابطه معناداری دارد. یافته های این فرضیه در پژوهش با یافته های پژوهشهای ملکی مقدم و میری (۴)، موشی و تلیشی (۱۲) همسو بوده است. در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیز در خصوص حمایت های دوران بارداری و

لازم است تا ارتقای آگاهی بخشی از طریق رسانه ها به خانواده ها در مورد پیامدهای بارداری زود هنگام و خطرات آن صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسنده مقاله از تمامی کسانی که بسترها و فرصت های انجام این پژوهش را فراهم نمودند، از جمله سازمان ثبت احوال کل کشور و دانشگاه علوم پزشکی استان مازندران تشکر می نماید.

پیگیری قضائی قرار گیرند. لذا لازم است تا تشخیص اهلیت برای ازدواج توسط دستگاه های ذی ربط صورت گیرد. مثلاً صدور مجوز از سوی پزشک قانونی مبنی بر آمادگی جسمانی، جنسی و فکری. ساعات آموزشی مختص آموزش مهارت های اجتماعی در مدارس ابتدایی تا دبیرستان به دانش آموزان دختر اختصاص یابد. چرا که آموزش عامل مهمی در حفاظت از بارداری زود هنگام محسوب می شود. ممنوعیت مطلق فواصل غیر طبیعی سن زوجه و جرم انگاری آن لازم است صورت گیرد. همچنین

References

1. Nobahari, Mahnaz. Meta-analysis of child marriage studies in Iran: Analysis of its causes, consequences and solutions, *Journal of Islamic Human Sciences*, 23, 2020: 114- 125.
2. Zare, M. Ziapor, A. Reproductive health status of adolescent mothers in an Iranian environment, *scientific research journal, Ardabil University of Medical Sciences and Health Services*, 2022.
3. Gatbonton, R. R. G. Educational Experiences of Adolescent Mothers while Studying College in the Philippines. *IAFOR Journal of Education*, 9(1), 2021: 41-58.
4. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2020: 2000–2015. Retrieved from Geneva.
5. Sadat hossini, Zahra. Evaluation and investigation of the demographic status of late fertility of working women in the central part of Tehran. Master's Thesis, Demography, Islamic Azad University, Central Tehran, 2010.
6. Miri, Mohammadreza, melaki moghadam, hakime. Factors affecting the age of first pregnancy in married couples of Birjand city. *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 2000.
7. Nobahari, Mahnaz. Meta-analysis of child marriage studies in Iran: Analysis of its causes, consequences and solutions, *Journal of Islamic Human Sciences*, 23, 2020: 114- 125.
8. Moradi, Samira. Examining the prevalence and factors affecting early and late births in 6 months before and 6 months after the covid-19 pandemic. Master's thesis, Tarbiat Modares University, Tehran, 2021.
9. Ashimolowo, O. R., Ojebiyi, W. G., Adelakun, I. I., Odediran, O. F., Soetan, O. J., & Iskil-Ogunyomi, S. O. Causes and consequences of teenage pregnancy among rural youths in Ejigbo Local Government area of Osun State, Nigeria. *Scholarly Journal of Science Research and Essay*, 6(1), 2017: 10-17.
10. Gbogbo, S. Early motherhood: voices from female adolescents in the Hohoe Municipality, Ghana—a qualitative study utilizing Schlossberg's Transition Theory. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 2020: 1716620. <http://doi.org/10.1080/17482631.2020.1716620>
11. Monari, N., Orwa, J., & Agwanda, A. Adolescent fertility and its determinants in Kenya: Evidence from Kenya demographic and health survey 2014. *Plos one*, 17(1), e, 2022: 0262016.
12. Moshi, F. V., & Tilisho, O. The magnitude of teenage pregnancy and its associated factors among teenagers in Dodoma Tanzania: a community-based analytical cross-sectional study. *Reproductive Health*, 20(1), 2023: 28.
13. Musa, S. S., Odey, G. O., Musa, M. K., Alhaj, S. M., Sunday, B. A., Muhammad, S. M., & Lucero- Priso, D. E. Early marriage and teenage pregnancy: The unspoken consequences of COVID-19 pandemic in Nigeria. *Public Health in Practice*, 2, 2021: 100152. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100152>
14. Ministry of Health and Medical Education. Safe Motherhood National Program: Integrated Maternal Health Care. Tehran: Office of Family and Population Health, Department of Maternal Health, 2022.
15. Family and School Population Health Department of Golestan Province Health Center. Pre-pregnancy services promotion project 2019- 2022, Golestan University of Medical Sciences and Health Services, 2022.
16. Shejah, Mohammad, Shejah, Hossin, Shejah, Gharai, Esmail. Investigating the prevalence of preterm birth and its related factors in pregnant women referred to Bent Al-Hadi Hospital in Bojnord city. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* No 7. 2015: 855-863.
17. Talebi, Maryam. Antenatal depression and insomnia in pregnant women: predictive role of nocturnal rumination and mindfulness. *Women and society magazine*, No 13, 2022: 174-184.

18. Tavoosi , M. Motlagh, M. Eslami, M. Haeri mehrizi, A. Montazeri A. Having children and related factors from the perspective of the people of Tehran: a preliminary test of a national study. Paish magazine, No 11, 2017: 597-605.
19. Meghdadi , Mohammadmehdi, Javadpor, Maryam. The effect of early marriage on children's sexual health and coping mechanisms, Journal of medical law , No 11, 2017: 31-60.
20. Aghababai , S. Rafar, B. Rahele, M. Contraceptive methods in unwanted pregnancies, Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, azd, No 18, 2010: 307-314.
21. Khooshideh, M., & Shahriari, A. Pregnancy outcome in teenagers in East Southern of Iran. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 58(10), 2008: 541.
22. Shiri, T. Bidarian, S. Investigating economic-demographic factors affecting the pregnancy of women aged 15 to 49. Journal of social science research. No 3. 2009: 193-197.
23. Melki moghadam, H. Miri M. Factors affecting the age of first pregnancy among women in Birjand city. Journal of Qom University of Medical Sciences, Volume 12, Number 3, 2018.
24. Kassa, B. G., Belay, H. G., & Ayele, A. D. Teenage pregnancy and its associated factors among teenage females in Farta woreda, Northwest, Ethiopia, 2020: A community-based cross-sectional study. Population Medicine, 3(July), 2021: 1-8.
25. Uwizeye, D., Muhayiteto, R., Kantarama, E., Wiehler, S., & Murangwa, Y. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. Heliyon, 6(10), e, 2020: 5037.
26. Thapa, P., Thapa, P., Shrestha, D. B., Budhathoki, P., Karki, B., & Mahat, B. Teenage pregnancy and the sociodemographic attributes as a major contributor: Findings from an urban referral center in Nepal. World Journal of Obstetrics and Gynecology, 10(2), 2021: 16-25.
27. Wado, Y. D., Sully, E. A., & Mumah, J. N. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. BMC pregnancy and childbirth, 19(1), 2019: 1-11.
28. Kiani, G. Investigating teenage pregnancy: a challenge for health, Golestan University of Medical Sciences and Health Services Master's Terminal, 2019.
29. Zamani, P., Ziaie, T., Mokhtari Lakeh, N., & Kazemnejad Leili, E. Childbirth experience and its related socio-demographic factors in mothers admitted to postpartum ward of AL Zahra Hospital of Rasht City, (Iran). Qom University of Medical Sciences Journal, 12(11), 2019: 70-78.
30. Terefe, B. The prevalence of teenage pregnancy and early motherhood and its associated factors among late adolescent (15–19) years girls in the Gambia: based on 2019/20 Gambian demographic and health survey data. BMC Public Health, 22(1), 2022: 1767.
31. Oner, S., Yapici, G., Kurt, A. O., Sasmaz, T., & Bugdayci, R. The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. Asian Pacific journal of reproduction, 1(2), 2012: 135-141.
32. Asare, R. O., Nukpezah, R. N., Azowine, F., Cheremeh, L. G., Ayinpoka, A. S., Asumadu, O. D. K., & Mills, E. Socio-Demographic and Other Determinants of Teen Pregnancies in the Tamale Metropolis: A Community-Based Unmatched Case-Control Study. Health Science Journal, 16(2), 2022: 1-15.