



بررسی شیوع حاملگی ناخواسته و برخی عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر یزد- ۱۳۸۷

نویسندگان: محمود وکیلی* حسن شهبازی* محمد حسین دهقانی تفتی***

*نویسنده مسئول: متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی شهید صدوقی یزد- ایران تلفن: ۰۹۱۳۳۵۵۰۹۲۰- ایمیل: vakilim52@yahoo.com

**دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید صدوقی یزد- ایران

***عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد- ایران

طلوع بهداشت

چکیده

سابقه و اهداف: حاملگی ناخواسته عبارت است از حاملگی که معمولاً تصادفی است و خواسته یکی یا هر دو والدین نمی باشد. با توجه به اینکه یک سوم (حدود ۷۵ میلیون) از حاملگی ها در جهان ناخواسته می باشد و وقوع حاملگی ناخواسته یکی از دلایل عمده مرگ و میر ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال در سطح جهان شمرده می شود و همچنین سقط عفونی بدنبال حاملگی ناخواسته یکی از ۵ عامل مهم مرگ و میر مادران می باشد لذا بارداری ناخواسته می تواند بر سلامتی مادران، کودکان و به طور کلی جامعه تاثیرگذار باشد. هدف از پژوهش حاضر تعیین شیوع حاملگی ناخواسته و برخی عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر یزد می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی تعداد ۳۳۰ خانم باردار که در مهر و آبان سال ۱۳۸۷ به هر دلیلی به بیمارستان های شهر یزد مراجعه کردند مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بوده که پس از تایید روایی و پایایی ($\alpha=0/72$) آن با روش مصاحبه تکمیل شده و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: میزان شیوع حاملگی ناخواسته در زنان ساکن و غیر ساکن (اطراف) شهر یزد که به بیمارستان های شهر یزد مراجعه کرده بودند به ترتیب ۲۲/۹٪ و ۲۸/۹٪ بوده است. سن و سطح تحصیلات زن و شوهر، تعداد فرزندان پسر و دختر، رضایتمندی از درآمد اقتصادی، سابقه حاملگی ناخواسته و نظر شوهر در مورد استفاده از روش های جلوگیری از بارداری با حاملگی ناخواسته رابطه معنی داری داشت. زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند قبل از این بارداری، ۴۱/۳٪ از روش منقطع، ۲۰٪ از کاندوم و ۱۶/۳٪ از قرص استفاده می کردند. با توجه به مدل آماری رگرسیون لجستیک که برای تحلیل چند متغیره استفاده گردید عوامل موثر در حاملگی ناخواسته شامل سواد شوهر، تعداد فرزندان و حاملگی ناخواسته قبلی بوده است.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای حاملگی ناخواسته، بررسی بیشتر در این زمینه و بازنگری برنامه تنظیم خانواده و آموزش کل زنان بویژه زنان در معرض خطر در مورد انواع روش های موثر پیشگیری از بارداری و نحوه استفاده صحیح از روشها و جلب مشارکت مردان پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: حاملگی ناخواسته، متغیرهای دموگرافیک، روش های پیشگیری از حاملگی، یزد

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال نهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۸۹

شماره مسلسل: ۳۰

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱/۳۱

**مقدمه**

نشده (ناخواسته برای همیشه یا در این زمان) می باشد (۱۲). در سال ۲۰۰۱ حدود ۱.۳ میلیون سقط جنین در ایالت متحده انجام گرفت (۴).

در ایران با وجود تحول و دگرگونی در عملکرد تنظیم خانواده و دسترسی و استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته شایع می باشد (۱۳ و ۱۴). بعضی اسناد حاکی از این است که هر ساله ۵۰۰۰۰۰ بارداری ناخواسته در کشور ایران اتفاق می افتد و تخمین زده می شود در حدود ۸۰۰۰۰ مورد آن اقدام به سقط می کنند (۱۰). زمانی و همکاران (۱۴) عنوان می کنند که در سال ۸۱ نزدیک به ۱۳٪ از کل سقط ها در تهران در شرایط غیر قانونی و ناایمن انجام می گیرد. میزان وقوع حاملگی ناخواسته در میان زنان ایرانی طبق یک مطالعه ۴۰٪ کل حاملگی ها اعلام شد (۱۵). در مطالعه جهانفر و همکاران (۱) که بر روی خانم های مراجعه کننده به بیمارستان های ۱۰ شهر کشور در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت ۳۴/۹۶٪ از حاملگی ها، ناخواسته گزارش شد (۱). همچنین مظلومی و همکاران (۱۶) میزان شیوع حاملگی ناخواسته و بدون برنامه ریزی قبلی در سال ۱۳۷۷ در مناطق شهری یزد ۲۶/۱٪ و در مناطق روستایی شهرستان ۳۱٪ اعلام کردند (۷). که این تفاوت در گزارشات می تواند ناشی از میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی باشد (۱۷).

تقریباً همه زنان در طول دوره تولید مثل خود در معرض حاملگی ناخواسته به علت عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری یا شکست روش ها قرار دارند (۱۸). مطالعات قبلی به طور کلی خصوصیات دموگرافیک و اجتماعی، اقتصادی،

حاملگی ناخواسته عبارت است از حاملگی که معمولاً تصادفی است و خواسته یکی یا هر دو والدین نمی باشد (۱). بارداری ناخواسته یکی از خطرات مهم بهداشت عمومی به شمار می رود (۲) که با عوارض متعددی برای سلامتی مادران و کودکان مرتبط است (۳-۵) که شامل: دیر دریافت کردن مراقبت های قبل از زایمان، وزن کم موقع تولد، مرگ و میر قبل از زایمان و عوارض پس از زایمان می باشد (۶). همچنین بچه های حاصل از این حاملگی های بدون قصد، از یک مجموعه حقوقی کمتری نسبت به تولد های برنامه ریزی شده برخوردار هستند مثلاً کودکان بدون قصد با احتمال کمتری با شیر مادر تغذیه می شوند (۷). سقط عفونی بدنبال حاملگی ناخواسته یکی از پنج عامل مهم مرگ و میر مادران می باشد (۸). بطوری که از هر ۱۰۰۰۰۰ حاملگی که در طول سال رخ می دهد ۶۵۰ مادر به علت تلاش برای رهایی از حاملگی ناخواسته جان خود را از دست می دهند، همچنین وقوع حاملگی ناخواسته یکی از دلایل عمده مرگ و میر ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال در سطح جهان شمرده می شود (۹).

تعداد حاملگی در سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون در سال برآورد می شود که تقریباً یک سوم (حدود ۷۵ میلیون) از این حاملگی ها ناخواسته است (۱۰ و ۱۱) و حدود ۴۶ میلیون مورد از این حاملگی های ناخواسته با سقط جنین پایان می یابد (۱۱) که حدود ۱۹ میلیون از این سقط ها در شرایط غیر ایمن صورت می گیرد (۶). حدود ۵۶٪ حاملگی ها و ۳۹٪ تولد ها در ایالت متحده آمریکا در نتیجه بارداری های برنامه ریزی



شده بودند. برای گردآوری داده ها با توجه به مطالعات قبلی پرسشنامه ای شامل ۳ بخش طراحی شد: بخش اول آن مشخصات دموگرافیک، بخش دوم شامل سوالاتی در مورد نظر همسر در مورد استفاده از روش های پیشگیری، آگاهی نمونه ها از روش های پیشگیری و نحوه راهنمایی کارمندان بهداشتی بوده و بخش سوم که فقط افراد دچار حاملگی ناخواسته پاسخ می دادند که شامل: علت وقوع حاملگی ناخواسته آنها، روش پیشگیری مورد استفاده شان، ناخواسته بودن بارداری از نظر خود، شوهر یا هردو و اقدام نمونه ها جهت ختم حاملگی ناخواسته یا ادامه آن بوده است. پرسشنامه تهیه شده به روش مصاحبه توسط یک پرستار آموزش دیده تکمیل گردید.

پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها آنها را کد گذاری نموده و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای آماری مجذور کای و تی تست (Student's T-test) داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای انجام تحلیل چند متغیره به منظور تعیین ارتباط بین حاملگی ناخواسته با متغیرهای مستقل اندازه گیری شده از روش رگرسیون logistic استفاده گردید.

یافته ها

فراوانی نسبی حاملگی ناخواسته در تعداد ۲۴۰ نفر نمونه ساکن در شهر یزد ۲۲/۹٪ و در تعداد ۹۰ نفر نمونه غیر ساکن در یزد ۲۸/۹٪ و در کل نمونه ها ۲۴/۵٪ بوده است و اختلاف بین فراوانی نسبی حاملگی ناخواسته در نمونه های ساکن و غیر ساکن شهر یزد از لحاظ آماری معنی دار نبود ($p=0/164$).

عوامل مراقبتی و مشاوره ای تنظیم خانواده، ارتباطات جنسی و عوامل مرتبط به روش های پیشگیری از بارداری را از عوامل موثر در زمینه بارداری ناخواسته و عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری عنوان کرده اند (۶).

با توجه به عوارض و مضرات حاملگی ناخواسته و شرایط فرهنگی و مذهبی کشور ما که بسیاری از سقط ها بصورت غیر قانونی و غیر ایمن انجام می گیرد باید برای کاهش میزان بارداری های ناخواسته در کشور تلاش کرد. این بررسی به منظور تعیین عوامل موثر بر بروز حاملگی ناخواسته در جهت کمک به برنامه ریزی های مناسب طراحی و انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی- تحلیلی بوده که از مهر ماه تا آذر ماه سال ۱۳۸۷ انجام شد. با توجه به اینکه میزان شیوع حاملگی ناخواسته در سال ۱۳۷۷ در شهرستان یزد ۲۸/۵۵٪ گزارش شده است (۷) حجم نمونه ۳۲۲ نفر محاسبه شد ($\alpha: /0.5, d: /0.5, z: 1/96, p: /3, q: /7$) و جهت اطمینان حجم نمونه را نمونه ۳۳۰ نفر در نظر گرفتیم. نمونه های پژوهش به طور طبقه ای از ۲ بیمارستان دانشگاهی (افشار و شهید صدوقی «۱۳۵ نفر») و ۲ بیمارستان خصوصی (مادر و مجیبیان «۱۳۰ نفر») و همچنین یک بیمارستان دولتی (شهداء کارگر «۶۵ نفر») بوده و با دو ماه مراجعه به بیمارستان ها نمونه ها انتخاب و اطلاعات جمع آوری گردید. افراد مورد مطالعه زنان بارداری بودند که به هردلیلی به کلینیک زنان و مامایی این بیمارستان ها مراجعه کرده و یا در بخش زنان و مامایی بستری



میانگین سنی افرادی که حاملگی ناخواسته داشته اند $28/33 \pm 5/84$ سال و افرادی که حاملگی خواسته داشته اند $25/46 \pm 4/72$ بوده است که این اختلاف معنی دار بود ($p=0/000$). میزان حاملگی ناخواسته در کسانی که خودشان یا شوهرانشان بی سواد بودند یا دارای سطح تحصیلات ابتدایی بودند بیشتر از کسانی بود که سطح تحصیلات بالاتری داشتند (جدول ۱).

میزان حاملگی ناخواسته در زنان خانه دار ($25/3$) بیشتر از زنان کارمند ($17/6$) بوده است که این اختلاف معنی دار نبود ($p=0/324$). بیشترین میزان حاملگی ناخواسته بر حسب شغل شوهر به ترتیب در بیکاران (50)، کارگران ($31/4$)، آزادکاران ($22/8$) و کارمندان ($15/6$) بود، این اختلاف از لحاظ آماری مورد تایید قرار نگرفت ($p=0/05$). میزان حاملگی ناخواسته در زنانی که از درآمد اقتصادی خانواده راضی نبودند ($37/5$) بیشتر از افرادی بوده که تا حدودی راضی بودن

ضریب همبستگی اتا نشانگر این مورد بود که همبستگی مثبتی بین افزایش کل فرزندان، تعداد فرزندان پسر و تعداد فرزندان دختر با میزان حاملگی ناخواسته وجود داشت (به ترتیب $R=0/638$ ، $R=0/657$ ، $R=0/715$ و هر سه $p=0/000$).

میزان حاملگی ناخواسته در زنانی که گفته بودند کارمندان مراکز بهداشتی درمانی آنها را در مورد استفاده صحیح از روش های جلوگیری از بارداری راهنمایی نکرده اند ($27/5$) بیشتر از کسانی بود که گفتند راهنمایی کرده اند ($18/3$) که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود ($p=0/053$).

بیش از 41 ٪ از کسانی که حاملگی آنها ناخواسته بود از روش منقطع جهت پیشگیری از حاملگی استفاده می کردند (جدول ۲).

میزان حاملگی ناخواسته در زنان خانه دار ($25/3$) بیشتر از زنان کارمند ($17/6$) بوده است که این اختلاف معنی دار نبود ($p=0/324$). بیشترین میزان حاملگی ناخواسته بر حسب شغل شوهر به ترتیب در بیکاران (50)، کارگران ($31/4$)، آزادکاران ($22/8$) و کارمندان ($15/6$) بود، این اختلاف از لحاظ آماری مورد تایید قرار نگرفت ($p=0/05$). میزان حاملگی ناخواسته در زنانی که از درآمد اقتصادی خانواده راضی نبودند ($37/5$) بیشتر از افرادی بوده که تا حدودی راضی بودن

جدول ۱: فراوانی مطلق و فراوانی نسبی حاملگی ناخواسته بر حسب سطح تحصیلات زنان و همسرانشان در جامعه

مورد بررسی

جمع	دانشگاهی	دیپلم	راهنمایی	ابتدایی	بی سواد	سطح تحصیلات
۳۳۰	۴۹	۱۲۶	۷۱	۷۴	۱۰	تعداد کل
۸۱	۱۲	۲۳	۱۲	۳۰	۴	تعداد حاملگی ناخواسته
۲۴/۵	۲۴/۵	۱۸/۳	۱۶/۹	۴۰/۵	۴۰	درصد حاملگی ناخواسته
			$p=0/002$			
۳۳۰	۵۱	۱۰۴	۹۹	۶۴	۱۲	تعداد کل
۸۱	۹	۲۰	۲۲	۲۲	۸	تعداد حاملگی ناخواسته
۲۴/۵	۱۷/۶	۱۹/۲	۲۲/۲	۳۴/۴	۶۶/۷	درصد حاملگی ناخواسته
			$p=0/001$			



جدول ۲: توزیع فراوانی نوع روش پیشگیری در زنانی که حاملگی ناخواسته داشته اند

روش پیشگیری	تعداد	درصد
منقطع	۳۳	۴۱/۳
کاندوم	۱۶	۲۰
قرص	۱۳	۱۶/۳
هیچ روش	۷	۸/۸
I.U.D	۵	۶/۳
سایر روشها*	۴	۵
آمپول	۲	۲/۵
جمع	۸۰	۱۰۰

* (شیردهی، بستن لوله، تقویمی)

در مورد جایی که افراد بهتر و آسانتر می توانند وسایل پیشگیری را دریافت کنند ۷۸/۸٪ درمانگاه، ۱۷٪ داروخانه و ۴/۲٪ پزشکان را بیان کردند.

در مورد اینکه حاملگی از نظر کدام یک از زوجین ناخواسته بوده ۲۶/۶٪ از نظر زن ۲/۵٪ از نظر شوهر و ۷۰/۹٪ به نظر هر دو حاملگی ناخواسته بود.

بیش از ۵۵٪ از نمونه ها درست استفاده نکردن از روش پیشگیری را دلیل حاملگی ناخواسته خود عنوان کردند (جدول ۴).

در مورد اینکه بعد از آگاهی از حاملگی ناخواسته خود چه اقدامی کرده اید، ۲۰/۳٪ از زنانی که دچار حاملگی ناخواسته شدند اقدام به سقط و ۷۹/۷٪ نیز به بارداری خود ادامه دادند.

از مجموع کل نمونه ها ۱۶ نفر (۴/۸٪) سابقه حاملگی ناخواسته داشته اند که ۱۲ نفر (۳/۶٪) آنها در کسانی بوده که حاملگی اخیرشان نیز ناخواسته بوده و تنها ۴ نفر (۱/۲٪) آنها در کسانی بوده که حاملگی اخیر آنها خواسته بود که این اختلاف معنی دار بود ($p=0/000$).

وقتی که به طور همزمان ارتباط بین متغیرهای مستقل مانند سن زن، تحصیلات زن، تحصیلات مرد، حاملگی ناخواسته قبلی و تعداد فرزندان با متغیر وابسته حاملگی ناخواسته با مدل رگرسیون لجستیک مورد بررسی قرار گرفت عوامل موثر در حاملگی ناخواسته شامل سواد شوهر، تعداد فرزندان و حاملگی ناخواسته قبلی بوده است (جدول ۵).

از ۳۳۰ مورد نمونه ۱۱۳ نفر (۳۴٪) بیان کردند که روش های اورژانسی جلوگیری از بارداری را می شناسند که تنها ۵ نفر از این ۱۱۳ نفر به هر دو روش اورژانسی و ۱۰۶ نفر فقط به یکی از دو روش اشاره کردند و ۲ نفر باقی مانده به سایر روشها اشاره کردند که نادرست بوده است.

کسانی که از روش های اورژانسی جلوگیری از بارداری آگاهی نداشتند ۵۴/۹٪ دچار حاملگی ناخواسته شدند ولی کسانی که از روش های اورژانسی جلوگیری از بارداری اطلاع داشتند ۲۹٪ کمتر دچار حاملگی ناخواسته شدند (۲۵/۷٪) این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود ($p=0/05$).

کسانی که شوهرانشان موافق استفاده از روش های پیشگیری از حاملگی نبوده نسبت به کسانی که شوهرانشان موافق بودند تقریباً دو برابر بیشتر حاملگی آنها ناخواسته بود (جدول ۳).


جدول ۳: توزیع فراوانی حاملگی ناخواسته بر حسب نظر شوهر نمونه ها در مورد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری

نظر شوهر	تعداد نمونه ها	تعداد حاملگی های ناخواسته	درصد حاملگی ناخواسته
موافق	۲۲۸	۵۰	۲۱/۹۲
مخالف	۵۴	۲۲	۴۰/۷۴
بی نظر	۴۸	۹	۱۸/۷۵
جمع	۳۳۰	۸۱	۲۴/۵

(p=۰/۰۰۹)

جدول ۴: توزیع فراوانی نسبی علت وقوع حاملگی ناخواسته از دیدگاه زنان

علت حاملگی ناخواسته	تعداد	درصد
درست استفاده نکردن از روش پیشگیری	۴۳	۵۵/۱
قطع روش	۱۱	۱۴/۱
عدم دسترسی به وسایل پیشگیری	۲	۲/۶
عدم ذکر دلیل مشخص	۲۲	۲۸/۲
جمع	۷۸	۱۰۰

جدول ۵: نتایج نهایی مربوط به پردازش مدل لجستیک برای متغیرهای مستقل و حاملگی ناخواسته

متغیرهای مستقل	-2logR	درجه آزادی	P
سن مادر	۲/۲۷۳	۱	۰/۱۳۲
سواد مادر	۱/۱۱۶	۱	۰/۲۹۱
سواد شوهر	۷/۸۲۷	۱	۰/۰۰۵
تعداد فرزندان	۱۲/۲۸۷	۱	۰/۰۰۰
حاملگی ناخواسته قبلی	۱۰/۰۳۱	۱	۰/۰۰۲

**بحث و نتیجه گیری**

نتایج مطالعات مختلف تایید کرده حاملگی زنان با سن بالاتر به دلیل داشتن تعداد فرزند دلخواه و یا به خاطر با سواد تر بودن زنان جوانتر و آگاه تر از تنظیم خانواده به احتمال بیشتری ناخواسته می باشد. در این تحقیق نیز مثل مطالعات مشابه رابطه مستقیم معنی داری بین شیوع حاملگی ناخواسته و افزایش سن دیده شد ($p=0/000$).

Saito (۲۰) آموزش جنسی به منظور شناسایی و جلوگیری از عوامل خطر حاملگی ناخواسته در دوران بلوغ و مدرسه را ضروری می داند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین میزان بروز حاملگی ناخواسته بر حسب سطح سواد نمونه ها، در گروه بیسواد و ابتدایی (هر کدام تقریباً ۴۰٪) می باشد و این میزان تا سطح دیپلم روند کاهشی داشته و بعد از آن کمی افزایش یافته است در تحقیق مشابه (۱۶) نیز روند کاهشی تا سطح دیپلم و بعد از آن کمی افزایش یافته بود که شاید بتوان گفت این افزایش ناشی از دیدگاه و نگرش افراد با تحصیلات دانشگاهی می باشد که حاملگی دوم یا سوم خود را ممکن است ناخواسته تلقی کنند. ارتباط بین سطح تحصیلات و شیوع حاملگی ناخواسته مثل تحقیق مشابه (۱۶) از نظر آماری معنی دار بوده است ($p=0/002$).

از نظر سواد شوهر نیز با افزایش سواد میزان شیوع حاملگی ناخواسته کاهش یافته بود ($p=0/001$). در تحقیقی که در سال ۱۳۸۱ در تهران انجام شد نیز با افزایش سواد شوهر شیوع حاملگی ناخواسته کمتر بود (۱۲). در تحقیق مظلومی در یزد نیز بین میزان شیوع حاملگی ناخواسته با سواد شوهر ارتباط معنی داری وجود داشت (۱۶). این موضوع نقش مشارکت مردان در

در مطالعه مظلومی و همکاران (۱۶) که در سال ۱۳۷۷ در یزد انجام شد میزان بارداری ناخواسته را به طور کلی ۲۸/۵۵ بیان کرده است که در مناطق شهری ۲۶/۱٪ و در مناطق روستایی ۳۱٪ گزارش شد. نتایج این بررسی میزان حاملگی ناخواسته در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های شهر یزد را در سال ۱۳۸۷ با گذشت تقریباً ده سال ۲۴/۵٪ نشان داد که در زنان ساکن در شهر یزد ۲۲/۹٪ و در زنان غیر ساکن در شهر یزد ۲۸/۹٪ بود. هرچند طی این مدت شیوع حاملگی ناخواسته تقریباً ۴٪ کاهش یافت ولی از نظر آماری این اختلاف معنی دار نبوده است ($p=0/257$). که می توان بخشی از آن را به فعالیت های انجام شده جهت کاهش حاملگی های ناخواسته و یا به تغییرات در نمونه گیری نسبت داد. تفاوت شیوع حاملگی ناخواسته در زنان ساکن در شهر یزد و سایر زنان، مثل تحقیق مشابه سال ۱۳۷۷ از نظر آماری معنی دار نبوده است (۱۶). همچنین در مطالعه ی مشابه دیگر که در ۱۰ مرکز استان کشور در سال ۱۳۷۹ انجام شد میزان شیوع حاملگی ناخواسته را ۳۴/۹۶٪ عنوان کرد (۱).

در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان با بارداری ناخواسته ($28/33 \pm 5/84$) از میانگین سنی در زنان با حاملگی خواسته ($25/46 \pm 4/72$) حدود ۳ سال بیشتر بوده است (محدوده سنی نمونه ها: از ۱۵ ساله تا ۴۰ ساله) در مطالعات مشابه در نجف آباد سال ۱۳۸۴ (۹) و اراک سال ۱۳۷۶ (۱۹) نیز میانگین سنی زنان مواجهه با حاملگی ناخواسته به ترتیب ۲۹/۳ و ۲۸/۸ عنوان شده که با نتایج این تحقیق مشابه است. همانطور که



حاملگی ناخواسته افزایش یافته است ($p=0/000$) این نتیجه تا حدودی تغییر نگرش خانواده های ایرانی نسبت به جنسیت فرزندان خود را در سالهای اخیر نشان می دهد.

احتمال خطر حاملگی ناخواسته در زنانی که شوهرانشان مخالف تنظیم خانواده بوده اند $1/85$ برابر بیشتر بوده است. در مطالعات مشابه عدم همکاری شوهر نیز از عوامل موثر در بارداری های ناخواسته بوده است (12 و 23). در مطالعه تهران این میزان $1/44$ برابر گزارش شده است (12).

بنابراین جلب مشارکت و ارتقای سطح آگاهی مردان در مورد فاصله گذاری بین فرزندان و تنظیم خانواده در کاهش بارداری های ناخواسته بسیار موثر خواهد بود.

عدم آگاهی از روش های پیشگیری از بارداری اورژانسی خود باعث شیوع حاملگی ناخواسته و به تبع آن سقط های غیر ایمن و افزایش مرگ و میر مادران و کودکان می گردد. سرشتی و همکاران به نقل از مطالعه مووس و همکاران نشان داده اند که فقط 20% از متخصصین زنان و زایمان و 23% پزشکان خانواده هنگام مشاوره تنظیم خانواده در مورد روش های پیشگیری از بارداری اورژانسی صحبت می کنند (8). بر اساس نتایج این مطالعه خطر حاملگی ناخواسته در زنانی که از روش های اورژانسی بارداری آگاهی نداشته اند $2/13$ برابر بیشتر بوده است.

نتایج نشان داد $78/8\%$ زنان درمانگاه را مناسبترین محل برای دسترسی آسانتر و بهتر به وسایل تنظیم خانواده عنوان کرده اند، بعد از آن داروخانه (17%) و مطب پزشکان ($4/2\%$) بوده است. در تحقیقی که در بیمارستان های تهران انجام شد نیز

بهداشت باروری را می رساند و اینکه توفیق در این برنامه ها در گرو نگرش و عملکرد مردان است.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که در زنان خانه دار ($25/3\%$) میزان حاملگی ناخواسته بیشتر از زنان کارمند ($17/6\%$) بوده است ولی از لحاظ آماری رابطه بین شغل زن و شیوع حاملگی ناخواسته طبق آزمون آماری X^2 مورد تأیید قرار نگرفت ($p=0/324$). در مطالعه ابازری و همکارانش (21) در کرمان در سال 1380 و همچنین مظلومی در یزد (16) در سال 1377 بین شغل مادر با حاملگی ناخواسته اختلاف آماری معنی داری وجود نداشته است.

بر اساس شغل شوهر در خانواده هایی که شوهر بیکار بوده حاملگی ناخواسته (50%) بیشتر از سایرین بوده است. که این تفاوت از نظر آزمون آماری X^2 معنی دار بوده است ($p=0/04$). در تحقیق ابازری و همکارانش نیز بین شغل پدر با بروز حاملگی ناخواسته ارتباط وجود داشته است (21).

در این مطالعه در زنانی که از درآمد اقتصادی خانواده راضی بودند میزان حاملگی ناخواسته کمتر از زنانی بود که از درآمد خانواده خود تا حدی یا اینکه اصلاً راضی نبودند ($p=0/003$). در تحقیق انجام شده در تبریز نیز حاملگی ناخواسته را در طبقه اجتماعی پایین بیشتر از طبقه اجتماعی- اقتصادی متوسط و بالا عنوان نموده است (22).

در مطالعه خلیج آبادی (12) که در تهران انجام گرفت تفاوت چندانی بین خطر حاملگی ناخواسته و جنسیت فرزندان قبلی (دختر یا پسر) وجود نداشت بر اساس نتایج این پژوهش با افزایش تعداد بچه ها اعم از دختر یا پسر بودن آنها میزان شیوع



همین تحقیق ارتباط معنی داری بین عدم آموزش و راهنمایی کارمندان بهداشتی در مورد نحوه استفاده صحیح از روش های پیشگیری و حاملگی ناخواسته وجود داشته است. خلج آبادی و سادات هاشمی (۱۲) به نقل از kejuan Fang دلیل اصلی حاملگی ناخواسته را قطع روش پیشگیری عنوان می کنند که دلیل این اختلاف شاید به میزان استفاده از روشها باشد با توجه به این که روش منقطع و کاندوم در رتبه اول و دوم استفاده قرار دارند و عوارض آنچنانی نمی توانند نسبت به سایر روش های داشته باشند که مصرف کننده بخواهد استفاده از آنها را قطع کند ولی درست استفاده نکردن می تواند خیلی نقش داشته باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه حاملگی ناخواسته در کسانی که سابقه حاملگی ناخواسته داشته اند ۹/۲۵ برابر بیشتر بوده است ($p=0/000$). در تحقیق مشابه که در سال ۱۳۷۹ در تهران انجام شد نیز افراد با سابقه بارداری ناخواسته ۸/۳ برابر بیش از افراد فاقد این سابقه در معرض ابتلا به بارداری ناخواسته بوده اند (۲۴).

شاید دلیل این حاملگی ناخواسته نیز مشابه دلیلی باشد که حاملگی قبلی اتفاق افتاده است. تحقیقی که در سال ۱۳۸۰ در بابل انجام شد نشان داد که یکی از دلایل مهم بارداری ناخواسته شکست مجدد روش های تنظیم خانواده است (۲۵).

Dan و همکارانش (۲۶) بیان می کنند که در سراسر جهان ۲۲٪ به حاملگی ناخواسته خود پایان می دهند نتایج این مطالعه نشان داد که ۲۰٪ از افرادی که با حاملگی ناخواسته مواجه شدند بیان کردند که بعد از اینکه از حاملگی ناخواسته خود آگاه

درمانگاه ها (۷۳/۳٪) بهترین مکان برای دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری عنوان شده است (۲۴).

با توجه به اینکه در درمانگاه ها این خدمات بصورت رایگان در اختیار مصرف کنندگان قرار می گیرد و احتمالاً کارکنان این مراکز نیز از نظر جنسیتی و فرهنگی تطابق بیشتری با مراجعین دارند، مراجعین می توانند آموزش های لازم را جهت استفاده صحیح و مرتب از این روشها دریافت کنند.

نتایج این مطالعه بیانگر این مورد می باشد که در زنانی که با حاملگی ناخواسته مواجه شده اند ۴۱٪ از روش منقطع استفاده می کردند که خود یکی از روش های پیشگیری نامطمئن می باشد و در رده دوم و سوم نیز کاندوم (۲۰٪) و قرصها (۱۶٪)

قرار دارند که همه این روش ها به نوعی به روش صحیح استفاده توسط مصرف کننده بستگی دارند در حالی که کسانی که از IUD و روش های دائمی استفاده کرده بودند کمتر دچار شکست و ایجاد حاملگی ناخواسته شده اند. در تحقیق سال ۱۳۷۷ یزد نیز روش منقطع و کاندوم در رده اول و دوم قرار داشته اند که باعث افزایش میزان حاملگی ناخواسته شده اند (۱۶).

کسانی که با حاملگی ناخواسته مواجه شده اند ۵۵/۱٪ علت حاملگی ناخواسته خود را درست استفاده نکردن از روش و ۱۴/۱٪ قطع روش و کمتر از ۳٪ از آنان عدم دسترسی به روش پیشگیری را عنوان کردند. این نشان می دهد که در دسترس قرار دادن وسایل پیشگیری از بارداری هرچند ضروری می باشد ولی تنها راه حل پیشگیری از حاملگی ناخواسته نیست. حصول اطمینان از آموزش صحیح اهمیت ویژه ای دارد، چرا که طبق



بارداری و اهمیت آن در سلامتی مادر و کودک و بدنبال آن خانواده و جامعه و نحوه صحیح استفاده از روش مهمترین عامل در جلوگیری از بارداری های ناخواسته می باشد. لذا با توجه به نتایج این تحقیق پیشنهاد می گردد:

۱- توجه بیشتر و ارتقای مشاوره تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی.

۲- بازآموزی و به روز نمودن اطلاعات پرسنل مراکز بهداشتی درمانی در خصوص روش های جلوگیری از بارداری و مهارت مشاوره.

۳- افزایش آگاهی زنان در مورد روش های پیشگیری از حاملگی و چگونگی استفاده از این روش ها.

۴- جلب مشارکت بیشتر مردان بصورت تقویت حس مسئولیت در مورد روش هایی که توسط خانم ها استفاده می شود و یا تشویق آنها به استفاده از روش های خاص مردان.

۵- شناسایی و توجه بیشتر به گروههای در خطر بالاتر حاملگی ناخواسته.

۶- کاهش رفتارهای پرخطر و ترویج استفاده از روش های موثر پیشگیری از بارداری.

تشکر و قدردانی

در پایان از سرکار خانم عارفه دهقانی تفتی که زحمت تجزیه و تحلیل آماری این تحقیق را کشیدند، مدیریت بیمارستان های افشار، شهید صدوقی، مادر، مجیبیان و شهداء کارگر و همچنین از امور پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و همه ی کسانی که ما را در پرکردن پرسشنامه کمک کردند تشکر و قدردانی می گردد.

شدند اقدام به ختم حاملگی و سقط کردند و ۸۰٪ به حاملگی خود می خواستند ادامه دهند که اکثر آنها علت ادامه حاملگی خود را دخالت نکردن در کار خدا و تعداد کمی ترس از سقط و اصرار پزشک یا بزرگترها عنوان کردند.

در آمریکا نیز طبق مطالعات انجام شده در حالی که نیمی از حاملگی ناخواسته می باشد (۲۷ و ۲۸) نیمی از حاملگی های ناخواسته به سقط منجر می شود که تفاوت در این آمار می تواند به دلیل انجام سقط در کشور آمریکا به صورت آزادانه ولی در کشور ما با محدودیت هایی همراه می باشد و همچنین نقش مسائل فرهنگی و مذهبی نمی تواند بدون تاثیر باشد از طرفی ما از تعداد حاملگی های ناخواسته که موفق به سقط شده اند اطلاعی نداریم.

طی مطالعه ای که در آمریکا انجام شد ۷۸٪ بارداری های مربوط به زنان ازدواج نکرده، برنامه ریزی نشده و نابهنگام اعلام شده است (۲۹) که این خود باعث افزایش سقط جنین می شود. به طور کلی بر اساس این مطالعه عواملی که در حاملگی ناخواسته موثر می باشند شامل: سن، سطح تحصیلات زوجین، تعداد فرزندان زنده پسر و دختر، تعداد بچه ها، رضایتمندی از درآمد اقتصادی، سابقه حاملگی ناخواسته و نظر شوهر نمونه ها در استفاده از روش های جلوگیری از بارداری می باشد. دو عامل مهم بیان شده دیگر نیز شامل استفاده نادرست از روش پیشگیری و قطع روش قبلی و عدم استفاده از روش جدید می باشد. با مشخص شدن عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته به نظر می رسد ارتقای مشاوره های تنظیم خانواده و آموزش زنان و همسرانشان در مورد روش های پیشگیری از



References

- 1-Jahanfar Sh, Ramezani Tehrani F, Sadat Hashemi M. Assessment of unwanted pregnancies incidence in women who refering to hospital health center of 10 city of Iran. Tehran Medical university journal 2002; 60(4): 334-40.[Persian]
- 2-Sedgh G, Bankole A, Adewole IF & et al. Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Nigerian Women. International Family Planning Perspectives 2006; 32(4):175-184.
- 3-Joyce TJ, Grossman M. Pregnancy wantedness and the early initiation of prenatal care. Demograph, 1990; 27(1):1-17. [PubMed]
- 4- The national campaign to prevent teen and unplanned pregnancy. Fast Facts: The Consequences of Unplanned Pregnancy 2008. Available from: <http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/fast-facts-consequences-of-unplanned-pregnancy.pdf> [accessed on July 4, 2011]
- 5- Minnesota Department of Health. Strategies for Public Health: A Compendium of Ideas, Experiences, and Research from Minnesota's Public Health Professionals 2002; 2. Available from: <http://www.health.state.mn.us/strategies/toc.pdf>[accessed on July 4, 2011]
- 5-Aghababaei S, Bakht R, Moien R. Study of Contraceptives Used in Unwanted Pregnancies. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences 2010; 18 (3):307-314. [Persian]
- 6-Gage AJ. Premarital child bearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and nomibia. population studies 1998; 52(1): 21-34
- 7- Sereshti M, Delaram M, Rafian M. Incidence and View Point of pregnant Women about Factors Associated with Unwanted pregnancy in Shahrekord. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty 2005; 13(2): 8-14. [Persian]
- 8- Zamani F, Bashardoost N, Rajabi Z. Unwanted Pregnancy in Rural Women of Najafabad. Feyz 2005; 9(1): 56-61. [Persian]
- 9- Mohammad beygi A, Mohammad Salehi N, Bayati A. Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak 2007. Journal of Semnan University of Medical Sciences 2009; 10 (3):201-206. [Persian]
- 10-Belton S, Whitaker A, Barclay L. Maternal mortality, unplanned pregnancy and unsafe abortion in Timor-Leste: A situational analysis. United Nations Population Fund / Alola Foundation 2009. Available from: <http://www.cdu.edu.au/gshp/documents/MaternalMortalityFinalReport2009.pdf> [accessed on July 4, 2011]
- 11-Khalaj Abadi Farahani F, Sadat Hashemi M. Factors influencing unwanted pregnancies in Tehran. Pjuhesh Hakim J 2002; 5: 201-7.[Persian]
- 12-Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini- Chavoshi M, Delavar B. Unwanted pregnancies and its determinants in Iran. J Reprod Infertil 2003;5(1):62-76. [Persian]



- 14- Zamani F, Eftekhar Ardebili H, Bashardost N & et al. The behavior of women confronted with unwanted pregnancies. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2004; 2(2): 55-62. [Persian]
- 15- Halvachi H. Unintended pregnancy and its related factors in pregnant women in Delijan province. Thesis report for MPH degree 1995: 3-54. [Persian]
- 16- Mazloomi S, Fallahzadeh H. Assessing unintended pregnancy in Yazd province. *Shahid Sadooghi University of medical science (JSSU)* 2001; 9(4): 98-103. [Persian]
- 17- Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. *Studies in Family Planning* 1997; 28 (3): 267-277. [PubMed]
- 18-Forrest JD. The Role of Hormonal Contraceptives: Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(5 Pt 2): 1485-1489. [PubMed]
- 19-Akbarzadeh M, Khorsandi M, Mansori A. Assessing the causes of unintended pregnancy in Arak province. *Data Archive of National Centre for Reproductive Health Research. Arak* 1997
- 20-Saito MI. Sex education in school: Preventing unwanted pregnancy in adolescents. *Int J Gynaecol Obst* 1988; 63(1): 157-160.
- 21- Abazari F, Arab M, Abbaszadeh A. Relationship of unwanted pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals. *Reproduction and Infertility* 2003; 4(1 (13)): 39-46. [Persian]
- 22-Mohammadpoorasl A, Rostami F, Ivanbagha R & et al. Prevalence of unwanted pregnancy and multivariate analysis of its correlates in Tabriz city, 2004. *Medical Science Journal of Islamic Azad University* 2005; 15(4): 201-206. [Persian]
- 23- Wang CC, Vittinghoff E, Hua LS & et al. Reducing pregnancy and induced abortion rates in China: family planning with husband participation. *American Journal of Public Health* 1998; 88(4): 646-8.
- 24- Jahanfar Sh, Ramezani Tehrani F, Sadat Hashemi M. Assessing unintended related factors in women who referring to university hospitals in Tehran city. *Daneshvar* 2000; 8(29): 21-26. [Persian]
- 25-Hajian KO. The prevalence of unwanted children and its affecting factors in Babol. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2005; 15(45): 35-42. [Persian]
- 26- Kaye D, Mirembe F, Bantebya G, Johansson A & et al. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Tropical medicine international health TM IH* 2006; 11(1): 90-101.
- 27-Centers for Disease Control and Prevention. Unintended Pregnancy Prevention: Contraception 2011. Available from



:<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/Contraception.htm> [accessed on July 4, 2011]

28- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2006; 38(2):90-96.

29-Kost K, Forrest JD. Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics. *Fam Plann Perspect* 1995; 27(1):11-17. [PubMed]

Archive of SID



The Prevalence of Unintended Pregnancies and its Related Demographic Factors in Hospitals of Yazd City -2008

Vakili M (M.D)* Shahbazi H (B.S) Dehghani MH (MS.c)*****

**Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Social Medicine Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

Email: vakilim52@yahoo.com Tel: 09133550920

***MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

****Instructor, Department of Health Services, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

Abstract

Background: Unintended pregnancies include unwanted pregnancies at least for one of couples. Totally, 33% (about 75 millions) of pregnancies Worldwide are unintended. Unintended pregnancies are considered a major cause of about 14 million deaths in under-5-years-old children per year. Infectious abortion following unwanted pregnancy is also one of the five major leading causes of maternal mortality. This study aimed to determine the prevalence and demographic related factors of unintended pregnancy in pregnant women referring to hospitals in Yazd city.

Methods: In this cross-sectional study, 330 pregnant women referring to hospitals of Yazd in September and October 2008 were studied. Data were collected by interview using a valid and reliable questionnaire. Data were computerized and analyzed by SPSS16 software.

Results: The prevalence of unwanted pregnancies in the women admitted to hospitals living in Yazd city was 22.9% and in the non-resident women in was 28.9%. There was a significant relationship between unintended pregnancy with age and educational level of the couples, number of children, economic satisfaction, history of unintended pregnancy and opinion of the husband about family planning methods. Among women who had unwanted pregnancies 41.3% had used the withdrawal method to prevent pregnancy and condoms and pills had been used 20%, 16.3% respectively. According to the logistic regression statistical model, the factors affecting unwanted pregnancies was husband Literacy, number of children and the history of unwanted pregnancies.

Conclusion: Due to a high prevalence of unintended pregnancy in this study, further investigations are suggested in this field including revision in family planning programs as well as improving the education of all women especially high risk women about family planning methods and proper use of them and focusing on the participation of men.

Keywords: Unintended pregnancy, Family planning methods, Yazd