

شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در شهر زاهدان - ۱۳۷۹

دکتر فاطمه رخشانی^۱، علیرضا انصاری مقدم، دکتر هدیه تهرانی

چکیده مقاله

مقدمه. نزدیک به یک سوم حاملگیها در کشور و یک چهارم آن در استان ناخواسته است. که یافتن دلایل آن می تواند راه‌حلهای کاهش آن را روشن نماید.

روشها. یک مطالعه مقطعی روی ۵۶۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۷۹ با تکمیل پرسشنامه به روش مصاحبه انجام شد تا شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار دهد.

نتایج. در این مطالعه ۲۵/۹ درصد آخرین حاملگیها ناخواسته بود که به ترتیب ۴۱، ۳ و ۵۶ درصد آنها ناخواسته مادر، پدر یا هر دو بود. ۸۰ درصد آنان از روش جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند که ۵۶ درصد آنان وسیله پیشگیری را درست استفاده نمی‌کردند. آنان بدلیل کافی بودن تعداد فرزندان و پس از آن کم بودن فاصله بین تولدها، حاملگی خود را ناخواسته تلقی می‌نمودند. علت اصلی عدم استفاده از وسایل پیشگیری با وجود عدم تمایل به داشتن فرزند بیشتر، تصور عدم احتمال حاملگی و تغذیه کودک با شیر مادر قید نموده‌اند. ۳۱ درصد زنان اقدام به سقط نموده که ۴ درصد آنان موفق شده بودند. شیوع حاملگی ناخواسته با مذهب و ملیت ارتباطی نشان نداد.

بحث. این مطالعه نشان داد که زنان در دوران شیردهی و قبل از یائسگی بدلیل عدم استفاده از وسایل پیشگیری و نیز زنان استفاده کننده از وسایل بدلیل مصرف نادرست وسیله در معرض خطر حاملگی ناخواسته می‌باشند که باید به عنوان گروههای هدف آموزشی در مشاوره‌های مراکز بهداشتی مورد توجه قرار گیرند.

● واژه‌های کلیدی: حاملگی ناخواسته، شیوع، عوامل اجتماعی و فرهنگی

مقدمه

قصد حاملگی فرآیند پیچیده‌ای است که به مفهوم تمایل یکی از زوجین یا هر دوی آنان برای حاملگی یا اجتناب از آن می‌باشد (۱). حاملگی ناخواسته‌ای که توسط زنان گزارش می‌شود می‌تواند حاملگی‌های نابهنگام، بی‌موقع و یا ناخواسته باشد (۲).

بررسی رفتارهای باروری در سال ۷۵ نشان داد که ۳۷/۵٪ حاملگیها در روستاها و ۳۴/۲٪ در شهرها حداقل ناخواسته یکی از زوجین می‌باشد. در همین بررسی ۳۹٪ زنان مناطق شهری و ۳۶٪ زنان روستایی که از قرص استفاده می‌کردند روش صحیح مصرف را نمی‌دانستند (۳).

مطالعه‌ای در استان گلستان در سال ۷۸ نشان داد که ۳۱/۹٪ حاملگی

ناخواسته یکی یا هر دو زوج بوده است. ۶۱٪ هیچ اقدامی ننموده و حاملگی را ادامه دادند و ۳۴٪ سعی به ختم حاملگی نمودند که موفق نشده و ۲/۵٪ موفق به ختم حاملگی شده‌اند. اکثر زوجها در آن زمان از روش طبیعی استفاده می‌کردند (۴). مطالعه‌ای در نیجریه در سال ۱۹۹۹ نشان داد که ۲۰٪ زنان حاملگی ناخواسته داشته‌اند و ۵۸٪ موفق به ختم حاملگی شده‌اند (۵). در سال ۲۰۰۲ در زاین ۴۶/۲٪ زنان حاملگی ناخواسته را تجربه کرده بودند که ۱۵/۴٪ زنانی که قصد حاملگی نداشتند از هیچ روشی برای جلوگیری استفاده نمی‌کردند. و ۷۱/۱٪ حاملگیهای ناخواسته منجر به سقط شده بود (۶). در سال ۲۰۰۲ در آمریکا ۶۰/۵٪ زنان در معرض خطر حاملگی ناخواسته گزارش شدند (۷). در مطالعه سری لانکا زنان باسواد بیشتر از زنان بی‌سواد اظهار ناخواسته بودن حاملگی می‌نمودند. اما جنس فرزند تأثیری در آن داشت (۸).

مادرانی که تولدهای ناخواسته دارند دچار سطح بالایی از افسردگی و سطح پایین شادمانی می‌باشند. مادرانی که تولد یک کودک ناخواسته را تجربه می‌کنند، اوقات فراغت کمتری را با آنها صرف نموده و زمان و توجه مادر در دوره نوجوانی و جوانی نیز به آن کودکان کاهش یافته و ارتباط بین مادر و کودک از کیفیت پایین‌تری برخوردار است (۹).

نتایج اولین حاملگی ناخواسته در بهداشت روان زوجین نشان داد که چنانچه حاملگی از نظر مرد ناخواسته و از نظر زن خواسته باشد احتمال علائم افسردگی بعد از زایمان را در زن افزایش می‌دهد (۱۰). زنان با حاملگی ناخواسته در طول بارداری از داروی بیشتری استفاده نموده، مشکلات پزشکی مزمن، عوارض بارداری و عفونت‌های واژینال و سایر عفونت‌ها را بیشتر از سایر زنان گزارش نموده‌اند (۲).

با توجه به اهمیت موضوع مطالعه‌ای در مراکز بهداشتی درمانی شهری زاهدان به منظور بررسی میزان شیوع و علل مرتبط با حاملگی‌های ناخواسته انجام شد تا با شناسایی فاکتورهای مرتبط به برنامه‌ریزی مناسب کمک گردد.

روشها

مطالعه‌ای مقطعی در سال ۷۹ بر روی ۵۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده به

۱- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیستان و بلوچستان، زاهدان.

استفاده را درست بکار نمی‌برند که از میان آنها استفاده کنندگان از روش طبیعی و پس از آن قرص و کاندوم بیشترین خطا را در استفاده از روش گزارش نموده‌اند.

در مورد اقدام انجام شده پس از اطلاع از حاملگی ناخواسته ۲۸/۹٪ هیچ اقدامی انجام نداده، ۲۶/۷٪ اقدام بدون نتیجه و ۴/۴٪ اقدام منجر به سقط داشته‌اند.

وقوع حاملگی ناخواسته در میان زنان اهل تشیع و تسنن و نیز زنان ایرانی و افغانی با تفاوت نشان نداد.

جدول ۱. توزیع فراوانی علل عدم استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در حاملگیهای ناخواسته.

درصد	تعداد	علل عدم استفاده از وسایل پیشگیری
۱۶/۴۲	۱۱	عوارض وسایل
۷/۴۶	۵	حرف دیگران
۱۰/۴۵	۷	مخالفت همسر
۱۴/۹۲	۱۰	احتمال عدم حاملگی
۲۲/۳۸	۱۵	شیر دادن فرزند
۲۸/۳۶	۱۹	سایر موارد
۱۰۰	۶۷	جمع کل

جدول ۲. توزیع فراوانی روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده در حاملگیهای ناخواسته.

درصد	تعداد	روش پیشگیری مورد استفاده
۱۳/۷۸	۱۶	روش طبیعی
۵۸/۶۲	۶۸	قرص جلوگیری
۴/۳	۵	آمپول
۵/۲	۶	آی.یو.دی
۱۸/۱	۲۱	کاندوم
۱۰۰٪	۱۱۶	جمع کل

بحث

شیوع حاملگی ناخواسته در این مطالعه مشابه آخرین مطالعه وزارتخانه در سال ۱۳۷۹ می‌باشد. البته این شیوع نسبت به سایر مناطق کشور و ژاپن (۶) و آمریکا (۲) کمتر و از مطالعه نیجریه (۵) بیشتر می‌باشد.

دلیل اصلی این قضیه تمایل خانواده‌ها به داشتن فرزند بیشتر می‌باشد. از سوی دیگر وجود اعتقادات قومی مذهبی، مبنی بر آنکه فرزنددار شدن خواست خداوند است باعث شده تا فرزند بدون برنامه‌ریزی، ناخواسته محسوب نگردد. از آنجا که فقط ۲/۴۵٪ از حاملگیهای ناخواسته از سوی پدر ناخواسته شناخته شده‌اند می‌توان نتیجه گرفت که مردان تمایل بیشتری به

مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان که دارای فرزند کمتر از ۵ سال بودند انجام شد. پرسشنامه طرح ابتدا تهیه و با اظهارات صاحب نظران اصلاح شد. پس از انجام پیش آزمون، پرسشنامه به صورت نهایی تهیه و برای دستیابی به پاسخ صحیح پرسشنامه‌ها توسط خانمها و به روش مصاحبه تکمیل شد. اطمینان افراد برای محرمانه بودن پاسخها جلب گردید. مشخصات جمعیتی افراد و خواسته یا ناخواسته بودن آخرین بارداری و نیز وجود فرزند ناخواسته سؤال شد و در صورت ناخواسته بودن علل آن مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها پس از کدگذاری با کمک نرم‌افزار SPSS آنالیز شد و در آمار توصیفی از درصدها، میانگینها، انحراف معیار و در آنالیز تحلیلی از کای اسکوئر و T-Test استفاده شد.

نتایج

میانگین سن زنان مورد بررسی $28/3 \pm 7/8$ سال و حداقل و حداکثر آن به ترتیب ۱۴ و ۵۵ سال بود و اکثریت آنان در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال بودند. ۱۶/۸ درصد آنان کمتر از ۲۰ سال داشتند. میانگین سواد زنان $5/74 \pm 4/9$ کلاس و بیش از ۵۶٪ بی‌سواد و یا سواد ابتدایی داشتند. میانگین سواد همسران آنها $6/78 \pm 5/3$ کلاس و بیش از ۴۷٪ آنها بی‌سواد و یا سواد ابتدایی داشتند. ۸۷/۵ درصد زنان، خانه‌دار و اکثریت همسران آنها کارمند و یا کارگر بودند. میانگین تعداد فرزندان $2/8 \pm 2/3$ فرزند بود. ۵۹٪ آنان شیعه و ۸۷٪ ایرانی بودند.

از ۵۶۰ زن مورد بررسی ۱۴۵ نفر (۲۵/۹٪ حاملگی ناخواسته را گزارش نموده‌اند که ۱۱ مورد آنها در زمان مطالعه، حاملگی ناخواسته و بقیه آخرین فرزندشان ناخواسته بوده است.

از ۱۴۵ مورد ناخواسته ۵۵/۸۶٪ ناخواسته هر دو زوج، ۴۰/۶۹٪ ناخواسته مادر و ۳/۴۵٪ ناخواسته پدر بود. از ۱۳۴ زنی که آخرین فرزندشان ناخواسته بود به وجود یک تا چهار فرزند ناخواسته دیگر نیز اشاره نمودند به گونهای که ۳/۷٪ آنان وجود پنج فرزند ناخواسته در خانواده را گزارش می‌نمودند. ۵۲/۵٪ دلیل ناخواسته بودن حاملگی را کافی بودن تعداد فرزندان و ۲۵/۵٪ کم بودن فاصله بین تولدها را ذکر نمودند که در واقع از جمله حاملگی‌های بی‌موقع محسوب می‌شود. مشکلات اقتصادی ۱۲/۰۶٪ از علل ناخواسته بودن حاملگی‌ها مطرح شده است.

دلیل زنان از قصد حاملگی آنان سؤال شد که ۲۹۲ نفر (۶۵/۵٪) تمایل به داشتن فرزند، ۴۴ نفر (۹/۸٪) تمایل به داشتن دختر یا پسر و ۱۱۰ نفر (۲۴۵/۷٪) بدلیل فرزند اول بودن حاملگی را خواسته اعلام نموده‌اند.

۱۹/۳٪ زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی‌کردند. زنانی که به فرزندان خود شیر می‌دهند به علت عدم استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری بیشتر از دیگران در معرض خطر حاملگی ناخواسته می‌باشد (جدول ۱).

اکثریت زنان (۵۸/۶۲٪) از قرص پیشگیری استفاده می‌کردند. (جدول ۲) در مورد صحت استفاده از وسیله ۵۶٪ موارد روش پیشگیری مورد

مشابه نتیجه آمریکا (۱۳) و در ژاپن این رقم ۷۱/۱٪ بود (۶). دلیل این تفاوت انجام سقط قانونی در کشورهای قید شده می‌باشد. لذا باید توجه داشت که گرچه رقم سقطهای ذکر شده به نظر کم می‌باشد اما می‌تواند بدلیل غیرقانونی بودن و عدم گزارش درست آن رقم بالاتری داشته و از سوی دیگر خطر چنین اقدامی برای سلامت مادر از جمله مسائلی است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

گرچه انتظار می‌رفت که وقوع حاملگی ناخواسته در اهل تشیع بیشتر از اهل تسنن باشد ولی چنین تفاوتی مشاهده نشد.

مطالعه‌ای در ژاپن نشان داد که تعداد حاملگی ناخواسته با تعداد حاملگی، تولدهای زنده و سقط رابطه دارد و توجیه نموده تا با مشاوره مناسب زنان برای انتخاب روشهای مؤثر از تکرار حاملگی ناخواسته جلوگیری شود (۶).

مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که زنان مسن‌تر و زنانی که دچار مشکل پزشکی بوده‌اند ممکن است فعالانه‌تر دنبال اجتناب از حاملگی باشند (۲). نتایج این مطالعه حاکی از تمایل بیشتر مردم نسبت به سایر کشور به داشتن فرزند بیشتر بود. که بخصوص در بین مردان منطقه شایع‌تر می‌باشد. لذا بدلیل آنکه فرزند را سرمایه می‌دانند فرزند بدون برنامه را ناخواسته تلقی نمی‌نمایند. نداشتن اطلاعات کافی زنان در مورد وسایل پیشگیری از بارداری بخصوص در دوران شیردهی و تصور آنکه در زمان شیردهی و نیز در سالهای قبل از بایستگی حاملگی اتفاق نمی‌افتد از علل وقوع مشکل فوق بود که نیازمند آموزش صحیح، بموقع و مکرر دارد.

از سوی دیگر آموزش و تلاش برای بالا بردن استفاده از روشهای قطعی پیشگیری از بارداری در زوجین که دیگر تمایلی به داشتن فرزند ندارند می‌بایست از جمله الویتهای آموزشی مراکز بهداشتی قرار گیرد.

داشتن فرزند داشته و از آنجا که در حاشیه شهر و گروههای اهل تسنن تصمیم گیرنده اصلی در زمینه تنظیم خانواده مردان می‌باشند (۱۱). می‌توان انتظار داشت که تعداد حاملگی‌های ناخواسته کمتر باشد. تمایل به داشتن فرزند، بیشترین دلیل قصد حاملگی بوده است. دلیل اصلی ناخواسته بودن حاملگی کامل بودن تعداد فرزندان بیان شد و ۲۵/۵٪ کم بودن فاصله بین تولدها را ذکر نمودند که در دسته حاملگیهای بی‌موقع (Mistimed) می‌باشد به این مفهوم که این زوجین در زمان دیگری تمایل به داشتن فرزند داشته‌اند.

نزدیک ۲۵٪ افراد نیز اولین حاملگی یا فرزند اول خود را داشته‌اند که خواسته بودن آن توجیه‌پذیر است. ۱۹/۳٪ زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی‌کردند. در مطالعه ژاپن این رقم ۱۵/۴٪ بود (۶). تعدادی از زنان به دلیل شیردهی و به دلایل دیگری تصور می‌کرده‌اند که باردار نمی‌شوند، لذا از هیچ وسیله‌ای استفاده نمی‌کرده‌اند. این مسئله نیاز به توجه بیشتر و برنامه‌ریزی آموزشی برای رفع این ابهامات دارد. اکثریت زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند از قرصهای جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند. استفاده از قرص و سایر روشها در ۵۶٪ موارد غلط بود. این موضوع بیشتر ناشی از عدم دقت در آموزش صحیح و تداوم آن می‌باشد.

در مطالعه‌ای که فقط روی زنان با حاملگی ناخواسته انجام شده بود ۴۶٪ از آنها (۴۶٪) از وسایل پیشگیری گاهگاهی استفاده می‌کردند (۲۲).

پس از اطلاع از حاملگی ناخواسته ۲۶/۷٪ برای سقط اقدام ولی نتیجه‌ای نگرفته و ۴/۴٪ منجر به سقط شده است. که مشابه مطالعه استان گلستان بود (۴). در حالیکه در نیجریه ۵۸٪ موفق به ختم حاملگی شدند (۵).

مراجع

- 1- Cartwright A Unintended pregnancies that lead to babies, Soc Sci Med 1988; 27:249-245.
- 2- Bitto A Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of Natural Family planning: A Prospective study. American Journal of Public Health 1997; 87(3): 338-43.
- ۳- انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در واحدهای دولتی ارائه خدمات بهداشتی درمانی جمهوری اسلامی ایران. گزارش نهایی طرح ۱۳۷۶.
- ۴- کبیر محمدجواد. تعیین وضعیت موجود شاخصهای بهداشت باروری در مناطق شهری و روستایی استان گلستان. گزارش نهایی طرح تحقیقاتی ۱۳۷۸.
- 5- Okonofua FE, Odimegwu C, Ajabor H, Daru PH, Johnson A, Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. Stud Fam Plann 1999; 30(1): 67-77.
- 6- Go A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata. Tapan. Soc Sci Med 2002; 54(7): 1065-79.
- 7- Weisman Cs, Maccannon Ds, Henderson JT, Shortridge E, Orso CL, Contraceptive counseling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults. Womens Health issues 2002; 12(2): 79-95.
- 8- De-Silva WI. Relationships of desire for no more children and socioeconomic and demographic factors in Sri Lankan women. J Biosocial Sci. 1992; 24(2): 185-199.

- 9- Barber Js, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing Health, and mother-child relationship. *J Health soc Beha* 1999; 40(3): 231-57.
- 10- leathers SJ, Kelky MA, Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers, *Am J Orthosychiatry*. 2000; 70(4): 523-31.
- ۱۱- رخسانی ف. انصاری مقدم ع، نقش ارتباطات زوجین در تصمیم‌گیری تنظیم خانواده در شهر زاهدان. *مجله پژوهش حکیم* ۱۳۸۰، ع (۳): ۲۰۳.
- 12- Sable MR, Libbus MK, Pregnancy intention and pregnancy happiness: are they different?. *Matern Child Health J* 2000; 4(3): 191-6.
- 13- Helshaw SK, Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998; 30(1): 24-9.