

بررسی شیوع و برخی عوامل همبسته با بارداریهای ناخواسته*

پریسا کسمایی* - زهرا عطر کارروشن**

* مربی آموزش بهداشت - آموزشکده بهداشت رشت - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** مربی آمار حیاتی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

● این مقاله بخشی از نتایج بدست آمده از طرح تحقیقاتی تصویب شده در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان می باشد و بودجه آن از محل اعتبارات معاونت مذکور پرداخت گردیده است.

مقدمه

بارداری ناخواسته مشکلی جهانی و تاثیر گذار بر زنان، خانواده و اجتماع است و مهمترین علل آنرا در درجه اول شکست در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری و پس از آن عدم استفاده از روشها تشکیل میدهند. سقط مکرر پیامد مکرر بارداریهای ناخواسته است و در کشورهای در حال توسعه می تواند منجر به اثرات منفی بهداشتی طولانی مدت شامل ناباروری و مرگ مادر شود (۹). از پیامدهای دیگر آن می توان فقدان مراقبتهای کافی در دوران بارداری، کم وزنی هنگام تولد و نارس بودن نوزاد، افزایش مرگ دوره نوزادی، سهم کمتر فرزند از مراقبتها و توجهات لازم و نیز شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر، افزایش اختلافات خانوادگی و افزایش اختلالات روانی در مادر را نام برد (۱، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فقر، سوء تغذیه، فقدان بهسازی و آموزش عواملی هستند که در کنار بارداری ناخواسته در ایجاد مخاطرات جدی بهداشتی برای زنان و خانواده هایشان مشارکت دارند (۹).

بارداری ناخواسته مشکلی جهانی و تاثیر گذار بر زنان، خانواده و اجتماع است و مهمترین علل آنرا در درجه اول شکست در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری و پس از آن عدم استفاده از روشها تشکیل میدهند. سقط مکرر پیامد مکرر بارداریهای ناخواسته است و در کشورهای در حال توسعه می تواند منجر به اثرات منفی بهداشتی طولانی مدت شامل ناباروری و مرگ مادر شود (۹). از پیامدهای دیگر آن می توان فقدان مراقبتهای کافی در دوران بارداری، کم وزنی هنگام تولد و نارس بودن نوزاد، افزایش مرگ دوره نوزادی، سهم کمتر فرزند از مراقبتها و توجهات لازم و نیز شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر، افزایش اختلافات خانوادگی و افزایش اختلالات روانی در مادر را نام برد (۱، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فقر، سوء تغذیه، فقدان بهسازی و آموزش عواملی هستند که در کنار بارداری ناخواسته در ایجاد مخاطرات جدی بهداشتی برای زنان و خانواده هایشان مشارکت دارند (۹).

مواد و روش ها

این مطالعه به روش مقطعی صورت گرفته است. جامعه مورد مطالعه زنان باردار مراجعه نموده به مراکز بهداشتی درمانی شهری استان گیلان جهت انجام مراقبتهای دوران بارداری، در تیرماه ۸۱ بودند. با $P=0/25$ و $d=0/04$ و اطمینان ۹۵٪ حجم نمونه برای نمونه گیری خوشه ای ۵۰۰ نفر برآورد گردید و با در نظر گرفتن کل شهرستانهای استان گیلان (۱۶ شهرستان)، ۵۰ مرکز

میانگین سنی کل مادران $26/6 \pm 5/7$ ، میانگین سنی در مادران با بارداریهای ناخواسته $27/9 \pm 6/1$ و در مادران با بارداریهای خواسته $26/1 \pm 5/5$ بوده است ($P < 0/002$).

میانگین تعداد فرزندان در کل زنان $0/7 \pm 0/9$ و در دو گروه با بارداریهای ناخواسته و خواسته به ترتیب $1/3 \pm 1/1$ و $0/5 \pm 0/7$ بود ($P < 0/0001$).

در بررسی میزان تحصیلات مادران $3/3$ بیسواد، $30/2$ در سطح ابتدایی، $29/8$ راهنمایی و متوسط، 29 دیپلم، 8 بالاتر از دیپلم بودند.

بین سطح تحصیلات مادران و بارداری ناخواسته اختلاف معنی دار آماری وجود داشت ($P < 0/014$)، (جدول شماره ۱). میان شغل مادران از نظر خانه دار و شاغل بودن با بارداری ناخواسته ارتباط معنی داری مشاهده نگردید.

در گروه مادران دارای بارداری ناخواسته $58/8$ تمایل خود به سقط در بارداری فعلی را تایید کردند. 9 از کل

بهداشتی درمانی شهری با تعیین جمعیت 10 نفر برای هر خوشه انتخاب شد. جمع آوری اطلاعات از طریق پرکردن پرسشنامه ای حاوی 29 سؤال بسته صورت گرفت که با انجام مصاحبه حضوری توسط کارشناسان و کاردانان آموزش دیده در مراکز فوق تکمیل گردید. متغیرهای مورد مطالعه شامل سن و سطح تحصیلات مادر، شغل او، تعداد فرزندان، استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، وضعیت باروری (خواسته، ناخواسته)، نحوه مراجعه به مرکز (مرتب، نامرتب)، سقط و تمایل به انجام آن بوده است. اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه با استفاده از آزمونهای آمار توصیفی و کای دو و فیشر و با کمک رایانه با استفاده از نرم افزار spss تجزیه و تحلیل شده است.

نتایج

از 500 زن باردار مورد مطالعه تعداد 137 نفر ($27/4$) باروری ناخواسته داشتند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت بارداری فعلی (خواسته، ناخواسته) بر حسب سطح تحصیلات مادر باردار

نتیجه آزمون	جمع		ناخواسته		خواسته		وضعیت بارداری فعلی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$P < 0/001$	۱۰۰	۱۶۶	۳۴/۳	۵۷	۶۵/۷	۱۰۹	سطح تحصیلات مادر
	۱۰۰	۳۳۴	۲۴	۸۰	۷۶	۲۵۴	بیسواد و دوره ابتدایی
	۱۰۰	۵۰۰	۲۷/۴	۱۳۷	۷۲/۶	۳۶۳	دوره راهنمایی و بالاتر
							جمع

بین وضعیت مراجعه به مرکز جهت مراقبتهای دوران بارداری (مرتب، نامرتب) و باروری ناخواسته اختلاف معنی دار آماری وجود داشت ($P < 0/015$).

97 نفر از کل مادران باردار ($19/4$) ضمن استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری باردار شده بودند. بارداری ناخواسته فعلی در بیش از 70 موارد ناشی از شکست روشها بوده است که $40/7$ موارد فوق در اثر استفاده از روشهای نوین پیشگیری از بارداری صورت گرفته بود (جدول شماره ۲).

مادران مورد مطالعه سابقه بارداری ناخواسته داشتند، که با حذف مادران دارای اولین بارداری می توان گفت در مادران با سابقه بارداری قبلی 17 بارداری ناخواسته داشته اند که در 41 آنها منجر به سقط شده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق نسبی بارداریهای ناخواسته برحسب روش پیشگیری از بارداری منتهی شده به بارداری فعلی

بارداری ناخواسته		روش پیشگیری منجر به بارداری فعلی
درصد	تعداد	
۱۹/۷	۲۷	قرص
۸	۱۱	کاندوم
۱/۵	۲	آی - یو - دی
۴۱/۶	۵۷	متفرقه
۲۹/۲	۴۰	هیچ روش
۱۰۰	۱۳۷	جمع

بحث و نتیجه گیری

بررسی فوق با هدف تعیین شیوع و برخی عوامل همبسته با بارداریهای ناخواسته در ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری استان گیلان صورت گرفته است که در آن بیش از یک چهارم بارداریها از نظر زن ناخواسته بوده است. در بررسیها حداقل یک چهارم بارداریها ناخواسته گزارش شده است (۳، ۵ و ۴).

در این بررسی مادران با بارداریهای ناخواسته دارای سن بالاتر، تعداد فرزندان بیشتر، سطح تحصیلات پایین تر بودند که نقش عوامل فوق در بارداریهای ناخواسته مورد تایید سایر مطالعات نیز می باشد (۶، ۷ و ۱۵). ولی در مطالعه فوق بین خانه دار یا شاغل بودن مادر و باروری ناخواسته اختلاف معنی داری مشاهده نگردید. باتوجه به این که در مقایسه سطح تحصیلات در مادران خانه دار و شاغل تفاوتی دیده نشد، به نظر می رسد که سطح تحصیلات مادر نقش بسیار مؤثری در خواسته یا ناخواسته بودن بارداری داشته باشد.

وجود اختلاف معنی دار آماری در مورد مراجعه مرتب به مرکز جهت انجام مراقبتهای دوران بارداری در دو گروه مادران با بارداریهای خواسته و ناخواسته بار دیگر فقدان مراقبتهای کافی دوران بارداری در مادران با بارداریهای ناخواسته را مورد تأکید قرار می دهد.

نزدیک ۶۰٪ مادران تمایل خود به سقط در حاملگی فعلی را تأیید کردند و در مادران دارای سابقه بارداری ناخواسته ۴۱٪ اظهار داشتند که باروری ناخواسته در آنها منتهی به سقط شده است که بیش از دو و نیم برابر برآورد اعلام شده در سال ۱۳۷۴ کشور می باشد (۲) و در ۸۳/۹٪ موارد سقط عمدی بوده است. آمار سقط در مقایسه با بیشتر بررسیها درصد بالایی است البته بررسیهای جهانی حکایت از ارقام متفاوتی دارند از جمله نتیجه مطالعه ای در نیجریه نشان میدهد نزدیک ۲۰٪ زنان سابقه یک بارداری ناخواسته داشتند که ۵۸٪ این عده با انجام سقط به بارداری خود خاتمه دادند و ۹٪ از ایشان در تلاشهای انجام شده به منظور سقط جنین با شکست مواجه شدند (۱۶).

در بررسی حاضر بیش از ۴۰٪ مادران با بارداریهای ناخواسته با استفاده از روشهای پیشگیری متفرقه باردار شده اند و تقریباً ۳۰٪ آنان در حالیکه وقوع بارداری برایشان ناخواسته بوده از هیچ روشی جهت پیشگیری از آن استفاده نمی کردند، همچنین درصد بالای بارداری در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری (یک پنجم موارد بارداری ناخواسته) و نیز کاندوم قابل توجه است.

طبق گزارش نهایی بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در واحدهای دولتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی کشور در سال ۱۳۷۶ در کمتر از نیمی از موارد ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده از میزان پذیرش و یادگیری مراجعه کننده اطمینان حاصل نموده اند (۸). در مطالعه ای به منظور بررسی پدیده تکرار سقط نتایج به دست آمده حاکی است که دلیل اصلی برای یک باروری بدون برنامه ریزی فقدان اطلاعات یا حتی فقدان آگاهی نیست بلکه شکست در تلفیق آگاهی با عوامل روحی، اجتماعی و موقعیت فرد است (۱۷).

اولین مطالعه اپیدمیولوژیک به منظور تعیین عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته در ژاپن، بررسی تاریخیچه بارداری هر زن که نمایانگر تجربه گذشته او در مورد بارداری ناخواسته می باشد را جهت تشخیص نیاز هر زن به انجام

صرف وقت کافی با در نظر داشتن موقعیت خاص هر فرد و ذکر عوارض جانبی روشها مورد تأکید قرار میدهد. درخاتمه مراتب تشکر و امتنان خود را از کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند ابراز می داریم.

مشاوره در مورد وسیله مناسب برای پیشگیری از تکرار باروری ناخواسته توصیه می کند(۱۸). بررسی حاضر لزوم نظارت بیشتر بر جنبه های کیفی در ارائه خدمات تنظیم خانواده در کشور را با توجه ویژه به امر مشاوره با نیازیابی صحیح، رعایت قوانین مشاوره و

منابع

ملل متحد. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS). تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹، ص: ۵۸.

۱- نوجاه، صدیقه؛ لطیفی، محمود: بررسی تأثیر حاملگی ناخواسته بر شیردهی طی سه ساعت اول پس از زایمان. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۳۷۹، سال هفتم شماره ۴، صص: ۴۱-۳۷.

۶- بشر دوست، نصراله؛ [و دیگران]: حاملگی های ناخواسته و نحوه برخورد با آن. پژوهش در علوم پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۹، سال پنجم شماره ۱، صص ۳۰-۲۷.

۲- ملک افضل، حسین: برآورد سقط های جنین حاصل از حاملگی های ناخواسته در ایران. مجله بهداشت خانواده، ۱۳۷۵، سال اول شماره ۲، صص: ۷-۲.

۷- سعیدی، زهره؛ کیانی الاصل، مرغوب: بررسی علل عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، ۱۳۷۶، سال هشتم شماره ۲، ص: ۶۵.

۳- نظرپور، سهیلا؛ عظیمی، حسن: بررسی میزان استفاده از انواع روشهای پیشگیری از بارداری و نگرش زنان ازدواج کرده زیر ۲۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب استان مازندران نسبت به تنظیم خانواده در سال ۱۳۸۰. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۸۱، سال دوازدهم شماره ۳۷، ص: ۴۷.

۸- معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: بررسی کیفیت خدمات تنظیم خانواده در واحدهای دولتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی کشور جمهوری اسلامی ایران. تهران: معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶.

۴- بوستان، علیرضا: بررسی روند شاخصهای جمعیتی در جمهوری اسلامی ایران. تهران: مرکز اطلاعات، آموزش و ارتباطات معاونت امور بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵، صص ۲۰-۱۹.

9. Klima CS. Unintended Pregnancy. Consequences and Solutions for a Worldwide Problem. J Nurse Midwifery 1998; 43(6): 483-91.

۵- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت با همکاری مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد(یونسف) و صندوق جمعیت سازمان

10. Sable MR, Wilkinson DS. Pregnancy Intentions, Pregnancy Attitudes, and the Use of Prenatal Care in Missouri. Matern Child Health J 1998; 2(3): 156-65.

11. Kost K, et al. The Effects of Pregnancy Planning Status on Birth Outcomes and Infant Care. Fam Plann Prespect 1998; 30(5): 223-30.

12. Taylor JS, Cabral H. Are Women with an Unintended Pregnancy Less Likely to Breastfeed?. Journal of Family Practice 2002; 51(5): 431-6.

13. Kubicka L, Roth Z, et al. The Mental Health of Adults Born of Unwanted Pregnancies, their

Siblings, and Matched Controls: a 35-year follow-up Study from Prague, Czech Republic. *Journal of Nervous & Mental Diseases* 2002; 190(10): 653-62.

14. Kann JG, Brindis CD, Gleit DA. Pregnancies Averted Among U.S. Teenagers by the Use of Contraceptives. *Fam Plann perspect* 1999; 31(1): 29-34.

15. Gadow EC, et al. Unintended Pregnancies in Women Delivering at 18 South American Hospitals. *Hum Reprod* 1998; 13(7): 1991-5.

16. Okonofua FE, et al. Assessing the prevalence and Determinants of Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria. *Stud Fam Plann* 1999; 30(1): 66-77.

17. Tornbom M, Moller A. Repeat abortion: a Qualitative Study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999; 20(1): 21-30.

18. Goto A, et al. Factors Associated with Unintended Pregnancy in Yamagata, Japan. *Social Sciences & Medicine* 2002; 54(7): 1065-79.

Archive of SID