

تجربه بارداری برنامه ریزی نشده در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد: یک مطالعه پدیدارشناسی

رقیه بایرامی^۱، دکتر علی تقی پور^۲، دکتر حسین ابراهیمی پور^{۳*}

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۲. استادیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه بهداشت و مدیریت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۵

خلاصه

مقدمه: بارداری برنامه ریزی نشده، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی شایع در کشور می باشد که بر سلامت مادران و نوزادان تأثیر سوء دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربیات فردی و درک زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد از پدیده بارداری برنامه ریزی نشده انجام شد.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۱ بر روی زنانی که بارداری برنامه ریزی نشده داشتند، انجام شد. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و تا اشباع داده ها، حجم نمونه به ۱۰ نفر رسید. جهت گردآوری داده ها از مصاحبه عمیق بر اساس پرسش های نیمه ساختارمند استفاده شد. تمام مصاحبه ها ضبط و سپس بر روی کاغذ پیاده سازی شد. داده ها با استفاده از روش کولیزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: مواجهه با تنش (واکنش روانی، تطابق، تصمیم گیری و اقدام به سقط)، توجیه (علت ناخواسته دانستن بارداری، علت بروز بارداری ناخواسته)، تغییر در نقش (تغییر در نقش مادری، تغییر در نقش همسری، تغییر در وظایف روزمره) و واکنش اطرافیان، درون مایه های اصلی و فرعی استخراج شده در این مطالعه بودند.

نتیجه گیری: زنان با بارداری برنامه ریزی نشده، دچار فشارهای روحی و روانی شدیدی در بارداری هستند. ضروری است مراقبین بهداشتی به این زنان و همسرانشان در گذر از این دوره بحرانی کمک کنند.

کلمات کلیدی: بارداری بدون برنامه ریزی، بارداری ناخواسته، تحقیق کیفی، زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر حسین ابراهیمی پور؛ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱۱-۸۵۱۵۱۱۸، پست الکترونیک: hebrahimip@gmail.com

مقدمه

بارداری برنامه ریزی نشده^۱ شامل بارداری های ناخواسته و بی موقع می باشد (۱). بارداری ناخواسته به بارداری هایی که در هیچ زمانی خواسته یک یا هر دو زوج نبوده و بارداری بی موقع^۲ به بارداری هایی که در زمان مورد نظر زوجین نمی باشد، اطلاق می شود (۲). بارداری ناخواسته و پیامدهای ناشی از آن، یک مشکل جهانی است که زنان، کودکان، خانواده ها و در نهایت جامعه درگیر آن بوده و در اغلب موارد منجر به سقط عمدی، زایمان زودرس و حتی گاهی اوقات عوارض ناشی از آن باعث مرگ مادر می شود (۳).

از ۲۰۵ میلیون حاملگی که سالانه در دنیا اتفاق می افتد، بیش از یک سوم آن ناخواسته بوده که ۲۰٪ از آنها با سقط القایی خاتمه می پذیرند (۴). حدود ۲۰ میلیون از سقط های القایی، غیر ایمن بوده و در نهایت یک چهارم آنها منجر به عوارض شدید و حتی مرگ مادر می شوند (۵). شیوع بارداری ناخواسته در کشورهای مختلف متفاوت است؛ به گونه ای که میزان آن در آمریکا بیش از ۵۰٪، در نیجریه ۲۸٪ و در آفریقای جنوبی ۶۹٪ گزارش شده است (۶-۸). در ایران مطالعات مختلفی به بررسی شیوع و عوامل مؤثر در بروز بارداری ناخواسته و پیامدهای آن بر سلامت زنان پرداخته اند. در مطالعه متاآنالیز موسی زاده و همکاران (۲۰۱۳)، شیوع بارداری ناخواسته در ایران ۳۰/۶٪ گزارش شد (۹). بر اساس نتایج مطالعات مختلف، شیوع بارداری ناخواسته در مشهد بین ۳۷-۳۵/۸٪ می باشد (۱۰، ۱۱).

در مجموع بارداری های ناخواسته باعث افزایش عوارض جسمی و روانی مادر و کودک شده و بار مالی بیشتری بر بودجه نظام سلامت تحمیل می کند (۱۲). پیامدهای بارداری ناخواسته؛ چه زمانی که منجر به سقط عمدی شود و یا ادامه یابد، جدی بوده و مشکلات قابل توجهی برای مادر، همسر و در صورت ادامه بارداری، برای کودک به همراه خواهد داشت. شواهد نشان می دهد که بارداری برنامه ریزی نشده در مقایسه با بارداری برنامه ریزی شده، تأثیرات منفی بر زندگی زنان و سلامت جنین می

گذارد (۱). این در حالی است که بسیاری از عوامل خطر بیولوژیک، روانی، اجتماعی و زیست محیطی، در مرحله ارگانوژنز یعنی ۵۶-۱۷ روز اول بارداری که حتی ممکن است زن از بارداری خود مطلع نباشد، تأثیرات منفی خود را قبلاً بر جنین اعمال کرده اند. در واقع مادران پس از اطلاع از بارداری، یعنی پس از دوره بحرانی ارگانوژنز سعی می کنند با رفتارهای بهداشتی، عوامل خطر را کاهش دهند که از نظر زمانی برای بهبود پیامد بارداری بسیار دیر است (۱۳).

اکثر مطالعات انجام شده در ایران به بررسی شیوع و عوامل مؤثر در بروز بارداری ناخواسته و نهایتاً پیامدهای فیزیکی آن پرداخته اند و مطالعات بسیار معدودی در زمینه درک و تجربه واقعی زنان از بارداری برنامه ریزی نشده انجام شده است (۱۴). مطالعه کیفی مرتضوی و همکاران (۲۰۱۲) که در زمینه تجربه زنان از بارداری ناخواسته انجام شد، نشان داد که زنان با بارداری ناخواسته، آمادگی فیزیکی، روحی- روانی و اقتصادی کافی برای بارداری نداشتند. همچنین این زنان دلیل ناخواسته دانستن بارداری خود را در اعتقاد به کافی بودن دو بچه می دانستند. در مطالعه مرتضوی، زنان احساسات و افکار منفی مربوط به بارداری را تجربه کرده بودند؛ بدین صورت که در ابتدا، بارداری را نپذیرفته بودند و برای سقط جنین نیز تلاش کرده بودند، ولی اکثر آنها به دلیل حمایت همسر و اطرافیان و تحت تأثیر قرار گرفتن اعتقادات دینی به مرور با بارداری خود تطابق یافته بودند (۱۴). نتایج مطالعه کیفی کرکمن و همکاران (۲۰۱۰) در استرالیا نیز نشان داد که دلایل ادامه بارداری یا انجام سقط به خود زنان، تعداد بچه های خانواده، نظر همسر و سایر افراد مهم در زندگی آنان مربوط می شود (۱۵).

باید توجه داشت که در ایران به دلیل منع قانونی و غیر شرعی بودن سقط، احتمال ادامه بارداری در مقایسه با کشورهای غیر مسلمان بیشتر است. همچنین اکثر مطالعات در ایران به بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر بارداری ناخواسته که بیشتر جنبه اجتماعی دارند، پرداخته اند. در صورتی که دانستن دلیل اینکه چرا مادر، بارداری خود را برنامه ریزی نشده تلقی می کند؛ پیامدهای ناشی از ادامه بارداری و رفتار چنین مادرانی

¹ unplanned pregnancy

² mistimed

رساند. افراد شامل دو گروه از زنان باردار بودند: ۱- زنانی که اصلاً تمایلی به بارداری نداشته و باردار شده بودند و ۲- زنانی که در زمان انجام مطالعه تمایلی به بارداری نداشته و باردار شده بودند. ناخواستگی می‌توانست از جانب زن، شوهر و یا هر دو باشد. نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به روش مصاحبه فردی صورت گرفت. در این مطالعه، شناخت و انتخاب زنان باردار با مشورت کارکنان بهداشتی درمانی و بر اساس شناختی که از زنان باردار داشتند، انجام شد. همچنین از هر شرکت کننده درخواست شد که در صورت آشنایی با فرد واجد شرایط، آن را برای شرکت در مطالعه معرفی کند.

معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل: مواجهه بودن با اولین بارداری ناخواسته، نداشتن سابقه بیماری‌های جسمی و روانی، نداشتن مشکل ارتباطی با همسر و رضایت و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود.

پس از یافتن مشارکت کنندگان مناسب، از آنها جهت شرکت در مصاحبه دعوت به عمل آمد. محقق تلاش می‌کرد که با برقراری ارتباط مناسب، اعتماد مشارکت کنندگان را جلب کرده و محل بحث و مصاحبه با هماهنگی مشخص شود. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند و به صورت رودررو بود. محقق معمولاً بدون تلقین و هدایت بحث و با استفاده از سؤالات باز و روشن‌ساز به مشارکت‌کنندگان در توصیف تجربیات زندگی خود کمک و فرآیند مصاحبه را تسهیل می‌کرد. طول مدت مصاحبه به موافقت طرفین بستگی داشت و معمولاً بین ۶۰-۴۵ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها ضبط شده و بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، کلمه به کلمه متن مصاحبه و حتی احساسات شرکت کنندگان از قبیل خنده، سکوت، لحن و کلام نیز پیاده و کدبندی شده و بلافاصله مرحله تجزیه و تحلیل آغاز شد. سؤال کلی به این صورت مطرح می‌شد که تجربیات خود را از بارداری بگویید و از سؤالات کاوشی مانند ممکن است در این مورد توضیح بیشتری بدهید؟ منظور شما از این جمله چیست؟ برداشت خود را از این قضیه چگونه توصیف می‌کنید؟ از نظر شما معنای این تجربه چیست؟، برای وضوح بیشتر بیانات استفاده شد. نمونه

در برنامه‌ریزی و مداخلات لازم برای کاهش بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده و مشاوره با زنان با بارداری ناخواسته می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به سؤال تحقیق این پژوهش که تجربه زنان از بارداری برنامه ریزی نشده چیست؟ روش مناسب برای این مطالعه روش کیفی با رویکرد فنومنولوژی می‌باشد. مطالعات کیفی، تجربیات افراد را در زندگی روزمره مورد بررسی قرار می‌دهند و به عنوان یک تحقیق طبیعت‌گرا، به دنبال شناسایی و درک پدیده‌ها در شرایط طبیعی می‌باشند. با توجه به این که در ایران در این زمینه، تحقیق کیفی با رویکرد پدیدارشناسی که پاسخگوی سؤال پژوهش باشد انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربیات فردی و درک زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد از پدیده بارداری برنامه ریزی نشده انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر مطالعه کیفی با رویکرد فنومنولوژی می‌باشد که در سال ۱۳۹۱ بر روی زنانی که بارداری برنامه ریزی نشده داشتند، انجام شد.

دلیل انتخاب پدیدارشناسی برای انجام این مطالعه، ماهیت سؤال پژوهش و فرض زیربنایی مطالعات پدیدارشناسی است که بر اساس آن معنی هر پدیده، صرفاً توسط شخص تجربه کننده آن قابل توصیف است. از آنجا که مطالعه حاضر بر درک تجارب زنان از بارداری بدون برنامه ریزی تمرکز دارد و این عقیده که هر یک از زنان، با توجه به خصوصیات و زمینه‌های منحصر به فرد خویش، دارای درک متفاوتی از تجربه مذکور می‌باشند، به نظر می‌رسد مطالعه پدیدارشناسی، بهترین روش برای درک این تجارب و توصیف معنای آن از زبان شرکت کنندگان در مطالعه باشد.

پژوهشگر پس از تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، به جمع‌آوری واحدهای پژوهش پرداخت. پژوهشگر پس از اخذ رضایت نامه کتبی از افراد شرکت کننده، جهت انجام مصاحبه و در مورد ضبط مصاحبه و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داد و در پایان، مطالب استخراج شده از مصاحبه‌ها را به اطلاع شرکت کنندگان

گیری تا زمان اشباع داده ها و عدم دستیابی به داده های جدید ادامه یافت.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش کولیزی استفاده شد. کولیزی (۱۹۷۸) ۷ مرحله را در تحقیق پدیدارشناسی ذکر کرده است که شامل توصیف پدیده مورد نظر توسط محقق، جمع آوری توصیف های مشارکت کنندگان، خواندن توصیف های مشارکت کنندگان، استخراج عبارات اصلی، پیدا کردن معنای عبارات اصلی، نوشتن یک توصیف جامع، مقایسه توصیف های مشارکت کنندگان با توصیف محقق و اصلاح یا افزودن موارد لازم است (۱۶). راهکارهایی که برای اعتباربخشی به نتایج استفاده شد شامل شنیدن و خواندن مکرر مصاحبه ها، مصاحبه های طولانی و استفاده از نظرات همکاران بود. همچنین از نظارت خارجی برای افزایش پایایی استفاده شد؛ به این معنا که

بخشی از داده ها به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشت و به منزله یک ناظر خارجی بود، داده شد تا مشخص شود که آیا او نیز درک مشابهی از داده ها دارد؟

یافته ها

در این مطالعه مصاحبه با ۱۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد که بارداری برنامه ریزی نشده داشتند انجام شد. افراد شرکت کننده در مطالعه، محدوده سنی ۴۰-۱۷ سال داشتند و تعداد فرزند زنده آنها بین ۴-۰ بود. سطح تحصیلات اکثر آنها (۶۰٪) در حد دبیرستان بود. ۸ نفر (۸۰٪) از مشارکت کننده ها خانه دار و سطح تحصیلات یک نفر (۱۰٪) از آنها دانشگاهی و شاغل بود. چهار درون مایه اصلی از داده ها به دست آمد که هر یک دارای دو تا سه درون مایه فرعی بودند (جدول ۱).

جدول ۱- درون مایه های اصلی و فرعی استخراج شده در مطالعه

درون مایه اصلی و فرعی
مواجهه با تنش (درون مایه اصلی)
واکنش روانی
تطابق
تصمیم و اقدام به ختم بارداری
توجیه (درون مایه اصلی)
علت ناخواسته دانستن بارداری
علت بروز بارداری ناخواسته
تغییر در نقش (درون مایه اصلی)
تغییر در نقش مادری
تغییر در نقش همسری
تغییر در وظایف روزمره
واکنش اطرافیان (درون مایه اصلی)
واکنش همسر، مادر، مادر شوهر، خواهر
واکنش پرسنل بهداشتی درمانی

اول بارداری خود ذکر کردند. شرکت کننده ۲۶ ساله گفت: "حدود ۱۰-۱۲ روز تأخیر پیروی داشتم که رفتم پیش یک ماما. اون برام تست نوشت. بعد از اینکه فهمیدم باردارم، به گریه افتادم. تا سه ماه همش عصبی بودم. احساس می کردم بزرگترین اشتباه زندگی ام رو مرتکب شده ام. دیگه اون شور و شوق اولیه را توی زندگی ام نداشتم".

در زیر، درون مایه های استخراج شده و گزیده هایی از گفته ها و حکایت برخی مشارکت کنندگان در مطالعه در این زمینه آورده شده است:

درون مایه اصلی: ۱- مواجهه با تنش

درون مایه فرعی: ۱- واکنش روانی

اکثر مشارکت کننده ها در مواجهه با بارداری بدون برنامه ریزی شده خود، واکنش های روانی نظیر افسردگی، ترس، عصبانیت، گریه، شرم و پشیمانی را در ماه های

درون مایه فرعی ۳: تصمیم و اقدام به ختم بارداری

تصمیم به ختم بارداری بلافاصله پس از اطلاع از مثبت شدن تست بارداری، موضوع دیگری بود که اکثر خانم‌ها آن را به زبان آورده بودند. تصمیم و اقدام به مصرف دم کرده های گیاهی از قبیل زعفران تا تزریق آمپول و کورتاژ، مواردی بودند که ۳ نفر از شرکت کننده ها به آن اشاره کردند. خانم ۲۵ ساله با بچه یک ساله اظهار داشت: "همون اوایل که فهمیدم حامله ام، خیلی پرس و جو کردم. از هر کی می پرسیدم که برای سقط چیکار کنم. یکی گفت که برم از داروخونه آمپول سقط بگیرم. از چند تا داروخونه پرسیدم ولی گفتند بدون نسخه نمی‌دیم. سراغ چند تا دکتر زنان رو گرفتم ولی قبول نکردند. حتی شنیده بودم بعضی دکترای مرد تو مطبشون سقط می کنند، خیلی خودمو این ور اون ور زدم که بچه رو بندازم". خانم ۳۰ ساله و صاحب ۲ فرزند اظهار داشت: "با هزار زحمت تونستم یه آمپول سقط گیر بیارم. تزریق کردم، چند روز لک بینی داشتم ولی جواب نداد".

درون مایه اصلی ۲: توجیه

درون مایه فرعی ۱: علت ناخواسته دانستن بارداری

(عدم برنامه ریزی برای بارداری، مشکل اقتصادی، تکمیل بعد خانواده، نداشتن آمادگی روحی برای بارداری، مشکل جسمانی)

برنامه‌ریزی و قصد برای باردار شدن، برای اکثر زنان امری مهم تلقی می شد. شرکت کننده ای اظهار داشت: "من تا سه چهار سال دیگه قصد بارداری نداشتم. من و شوهرم با هم به توافق رسیده بودیم که من اولش دانشگاه برم و بعد از اینکه دانشگاهم تموم شد بچه دار بشم. واقعاً خیلی سخته آدم هم حامله بشه و هم درس بخونه. بچه‌داری و درس خوندن کنار هم خیلی سخته".

آمادگی اقتصادی و اجتماعی، از جمله پیش شرط های ضروری برای بارداری و فرزندآوری می‌باشد. شرکت کننده ای در این زمینه گفت: "شوهرم معتاده. خودمون مستأجریم. ما از عهده خرج و مخارج زندگی و کرایه خونه و همینطور یه بچه برنمی آیم. من با شوهر معتاد بچه می خوام چیکار؟ من نمی تونم با زندگی خودم تصمیم بگیرم. بچه که مشکلات رو زیاد می کنه. من که

شرکت کننده ۱۷ ساله اظهار داشت: "از اینکه به مادرم، خواهرام و خانواده نامزدم بگم که حامله ام شرم داشتم. همش استرس داشتم. می ترسیدم که رابطه من و نامزدم خراب بشه. یا کار به جدایی بکشه".

خانم ۳۰ ساله صاحب دو فرزند گفت: "خیلی می‌ترسم، شب ها کابوس می‌بینم که نکنه بچه ام ناقص بشه. آخه بلافاصله بعد اینکه فهمیدم حامله ام، آمپول سقط زدم که بچه بیفته. می ترسم آمپول بچه رو معیوب کنه. چند بار هم سونوگرافی رفتم. ولی این ترس همیشه توی دلم هست".

درون مایه فرعی ۲: تطابق

شرکت کنندگان در مطالعه؛ تلقین مثبت، باورهای مذهبی و شرعی، بارداری را خواست خدا دانستن، حمایت همسر و اعضای خانواده نزدیک را در مواجهه با بارداری ناخواسته را روش‌های تطابق با بارداری ناخواسته خود گزارش کرده بودند. تطابق با بارداری برنامه ریزی نشده می‌تواند نقش مهمی در پذیرش بارداری داشته باشد. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: "اولش واقعاً دلم نمی خواست بچه دار بشم. ولی بعدش فکر کردم که حتماً خواست خدا بوده. شاید مصلحت این بوده که بچه دار بشم. بالاخره شوهرم هم حقی داره آخه اون خیلی از بچه خوشش می یاد".

باورهای شرعی و مذهبی از جمله عوامل مؤثر در پذیرش بارداری بود؛ به گونه‌ای که خانم ۲۷ ساله و مادر یک فرزند ۳ ساله اظهار داشت: "مشهد یه شهر مذهبییه و هر چند دیدم و شنیدم که اکثر زنایی که بارداری ناخواسته دارند اولش تصمیم می گیرند که بچه رو بندازند ولی بعدش این عقاید مذهبی مانع انجام این کار می شه. آدم از خدا می ترسه. می ترسه نکنه تلافی این ناشکری توی یه جای دیگه زندگی اش در بیاد".

شرکت کننده ۱۷ ساله گفت: "بالاخره من توی دوره نامزدی حامله شده بودم و فقط افراد نزدیک مثل مادر و خواهر و مادر شوهرم این موضوع رو می‌دونستند. با اینکه خیلی ناراحت بودم ولی اینا ازم حمایت می‌کردند. می گفتند کار غیر شرعی که نکردی. زود عروسی می‌گیریم تا برین سر خونه زندگی تون. نگران بچه داری هم نباش که همه مون بهت کمک می‌کنیم".

آخرش نمی‌دونم با این شوهره می‌مونم یا نه؟ این بچه کارو خیلی سخت تر می‌کنه."

اعتقاد به تکمیل بودن بعد خانواده و داشتن فرزند از هر دو جنس دختر و پسر از جمله مواردی بود که مشارکت کننده‌ها به آن اشاره کردند. شرکت کننده که دارای ۳ فرزند بود اظهار داشت: "من الان سه تا بچه دارم. بزرگه ۱۶ ساله است و کوچیکه هفت ساله. هم از دختر دارم و هم پسر. سه تا بچه کافی بود."

صحت‌های اکثر زنانی که بارداری بدون برنامه‌ریزی داشتند حاکی از آن بود که از نظر روحی روانی، آمادگی بارداری را نداشته‌اند و این عدم آمادگی به صورت نگرانی از بی‌تجربگی در پرورش و بزرگ کردن کودک بود. بطوریکه شرکت کننده ۱۷ ساله اظهار داشت: "من خودم بچه‌ام، من نمی‌خواستم به این زودی حامله بشم. من فقط مدرسه رفتم و درس خوندم. نه خونه داری بلدم و نه بچه داری، از طرفی من خیلی ضعیف و لاغر. من دلم می‌خواست دو سه سال دیگه وقتی به ذره خودمو پیدا کردم حامله می‌شدم."

درون مایه فرعی ۲: علت بروز بارداری ناخواسته
(عدم استفاده صحیح از روش پیشگیری، درست کار نکردن روش پیشگیری، عدم تصور بروز بارداری)

بروز بارداری ناخواسته علیرغم استفاده از روش پیشگیری از بارداری می‌تواند به دلیل عدم مصرف صحیح روش و یا شکست روش پیشگیری از بارداری باشد که شرکت کنندگان به آن اشاره داشتند. شرکت کننده‌ای اظهار داشت: "تقصیر شوهرمه. ما قرارمون این بود که شوهرم توی استفاده از کاندوم دقت کنه. دفعه آخر که نزدیکی داشتیم کاندوم سر خورد و من می‌دونم که اون بار من حامله شدم." یا مشارکت کننده ۱۷ ساله‌ای گفت: "ما عقد کرده بودیم. ما چند بار با هم رابطه جنسی داشتیم ولی اصلاً فکر نمی‌کردم که حامله بشم. فکر می‌کردم با داشتن پرده بکارت دختر نمی‌تونه حامله بشه."

۲ نفر از شرکت کنندگان دلیل بروز بارداری خود را شکست روش پیشگیری از بارداری ذکر کردند؛ به گونه‌ای که یکی از مشارکت کنندگان که شیرده بود گفت: "من مرتب هر شب از قرص شیردهی استفاده می‌کردم،

با اینکه مرتب قرص هامو می‌خوردم ولی حامله شدم".
درون مایه اصلی ۳: تغییر در نقش

درون مایه فرعی ۱: تغییر در نقش مادری
اکثر مشارکت کنندگان به واسطه مواجهه با بارداری ناخواسته، در نقش مادری خود تغییراتی را تجربه کرده بودند؛ به گونه‌ای که مشارکت کننده‌ای اظهار داشت: "نمی‌تونم بچه بزرگ‌ترمو که ۴ سالشه تحمل کنم. دائم می‌فرستم خونه مامانم. دیگه نمی‌تونم مثل اولی براش وقت بذارم. بهش برسم، باهاش بازی کنم، می‌دونم که همه اش به دلیل این بارداری بی‌موقع است که اعصابم رو بهم ریخته."

درون مایه فرعی ۲: تغییر در نقش همسری
بارداری ناخواسته همچنین باعث شده بود که زنان شرکت کننده به وظایف خود به عنوان همسر، به طور کامل عمل نکنند. بطوریکه خانم دیگری اظهار داشت: "یادمه که سه ماه اول رو جدا از شوهرم می‌خوابیدم. اصلاً ازش بدم می‌اومد. هر وقت نزدیکم می‌شد چندشم می‌شد. حوصله نداشتم مثل گذشته به سر و روی خودم برسم. شوهرم اونقدر به من می‌گفت حالا این دفعه رو یه رژ بزن یه ذره آرایش کن، ولی قبول نمی‌کردم."

درون مایه فرعی ۳: تغییر در وظایف روزمره
در این راستا شرکت کننده‌ای که اخیراً ازدواج کرده بود اظهار داشت: "من یکی دو ماهی بود که به آرایشگاهی می‌رفتم تا دوره ببینم و بعداً بتونم کار کنم. ولی این بارداری، گویا خیلی بی‌موقع بود. با تهوع و احساس خستگی که با این بارداری بهم دست داد دیگه نتونستم ادامه بدم."

درون مایه اصلی ۴: واکنش اطرافیان
وقتی از زنان در مورد واکنش اطرافیان در رابطه با بارداری آنان سؤال می‌شد، اکثر آنان از واکنش اعضاء خانواده و پرسنل بهداشتی درمانی نسبت به بارداری صحبت می‌کردند.

درون مایه فرعی ۱: واکنش اعضاء خانواده نسبت به بارداری

زنان شرکت کننده در مطالعه واکنش‌های متفاوتی از همسران خود ذکر کردند. واکنش اطرافیان می‌تواند در تصمیم‌گیری برای ادامه و یا ختم بارداری نقش داشته

به مشکلات روانی - عاطفی در زنان و همچنین باعث فشار روانی در مرد و زن در اثر سرزنش شدن از طرف اطرافیان، نزاع و بحث زوجین، مسخره شدن به وسیله اکثر اطرافیان و فامیل، سرزنش توسط پرسنل مراکز بهداشتی، پرخاشگر شدن زنی که بارداری ناخواسته داشته، اختلال در خواب شبانه و کابوس، وجود فشار بارداری ناخواسته بر دوش زن و نگرانی از وجود ناهنجاری کودک به دلیل فعالیت‌هایی که برای سقط جنین انجام داده است، شده بود (۱۹).

در مطالعه حاضر کم سن بودن و سن بالای مادر، دلیل ناخواسته بودن بارداری از سوی زنان بود و همچنین اکثر زنانی که بارداری ناخواسته داشتند، شکست روش‌های پیشگیری از بارداری در بارداری اخیر خود را تجربه کرده بودند. در مطالعه پورحیدری (۲۰۰۷) و منصوری (۲۰۰۴) که با رویکرد کمی در شهر مشهد انجام شد، سن بالا و پایین مادر و ازدواج در سنین کم، استفاده از روش‌های کم اطمینان نظیر کاندوم و عدم همکاری همسر، از جمله علل مربوط به بروز بارداری ناخواسته بود (۱۱، ۲۰). در مطالعه پریچ و همکاران (۲۰۱۱) (۲۱) در برزیل، تنها سن کمتر از ۲۰ سال با بارداری برنامه‌ریزی نشده ارتباط داشت که دلیل تفاوت آن با مطالعه حاضر را می‌توان به بالا بودن سن ازدواج در کشورهای غربی و سایر ویژگی‌های اجتماعی نسبت داد. در مطالعه حاضر درک و تجربه ای که زنان از بارداری برنامه ریزی نشده داشتند، در واقع نداشتن قصد و برنامه برای بارداری اخیر بود که نتایج در این زمینه با مطالعه مرتضوی و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی داشت (۱۴). در مقابل مطالعه موس (۱۹۹۷) در آمریکا که در زمینه تصمیم‌گیری و قصد بارداری بر روی زنان فقیر انجام شد نشان داد که مفهوم بارداری برنامه‌ریزی شده هیچ معنایی برای بسیاری از این زنان ندارد و حتی برنامه‌ریزی برای بارداری، مفهومی استرس زا دارد، زیرا به طور بالقوه می‌تواند باعث شکست شود. در مقابل بعد از وقوع بارداری، برنامه ریزی برای تولد بچه برای آنها یک مسئله با اهمیت در نظر گرفته می‌شود (۲۲) که تفاوت در اهمیت برنامه ریزی قبل و بعد از بارداری در دو مطالعه می‌تواند به دلیل تفاوت در طبقه اجتماعی دو جامعه باشد.

باشد. شرکت کننده‌ای گفت: "شوهرم هم با من هم عقیده بود. اون هم این بچه رو نمی‌خواست. شوهرم همپای من چند بار به مطب دکتر اومد تا بچه رو سقط کنیم" و شرکت کننده دیگری گفت: "اولش که من خیلی ناراحت بودم و تصمیم داشتم بچه رو بندازم، شوهرم مخالفت کرد و به شدت منو دعوا کرد که این چه تصمیمیه که گرفتی. هزار تا دلیل آورد که من این بچه رو سقط نکنم". مشارکت کننده ۴۰ ساله و دارای ۳ فرزند گفت: "وقتی شوهرم ناراحتی منو می‌دید به من دلداری می‌داد. هر موقع ابراز ناراحتی می‌کردم، باهام شوخی می‌کرد تا زیاد ناراحت نشم". یا شرکت کننده دیگری که بچه ۲ ساله داشت گفت: "خواهرم وقتی فهمید حامله‌ام، پشت تلفن خیلی عصبانی شد و سرزنش کرد، حتی به من گفت که برم و بچه رو بندازم. ولی مادر و مادر شوهرم با اون خواهرم مخالفت کردند و بهش گفتند که کاری با من نداشته باشه".

درون مایه فرعی ۲: واکنش پرسنل بهداشتی درمانی
مشارکت کننده دیگری در رابطه با برخورد کارکنان بهداشتی درمانی گفت: "وقتی برای تشکیل پرونده رفتم بهداشت، اونجا خیلی مؤاخذهام کردند که چرا مواظب نبودی. چرا قرص هاتو درست نخوردی. می‌داشتی یه کم بچه ات بزرگ می‌شد بعد. "خانم ۳۲ ساله اظهار داشت: "زمانی که رفتم بیمارستان که از ماماها بخوام که برام آمپول سقط بنویسند توی بیمارستان بهم گفتند که این کار را نکن، رحمت پاره میشه و می‌میری. ممکنه آمپول بزنی و سقط نشه و روی جنین اثر بد داشته باشه".

بحث

در مطالعه حاضر اغلب زنانی که بارداری بدون برنامه ریزی داشتند، تجربه فشارهای روحی شدیدی از جمله افسردگی و اضطراب داشتند. عوارض روحی - روانی ناشی از بارداری بدون برنامه ریزی شده در بیشتر مطالعات ثابت شده است (۱۷، ۱۸). در مطالعه یانی کرم و همکاران (۲۰۱۳) متوسط نمره افسردگی در بارداری های بدون برنامه‌ریزی شده، بیشتر از کسانی بود که بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند (۱۸). در مطالعه برومندفر و همکاران (۲۰۱۰) نیز بارداری ناخواسته منجر

در مطالعه حاضر اکثر مشارکت کنندگان به واسطه مواجهه با بارداری برنامه ریزی نشده، کوتاهی در نقش مادری به صورت ناتوانی در رسیدگی به سایر کودکان، کوتاهی در نقش همسری و عدم رسیدگی کافی به خود را تجربه کرده بودند. در مطالعه کاراچام و همکاران (۲۰۱۱) در ترکیه نیز مادرانی که بارداری برنامه ریزی نشده داشتند، تا حدودی مشکلات سلامتی، شغلی و خود مراقبتی را تجربه کرده بودند (۱۷). مطالعه ملک خسروی و همکار (۲۰۰۷) نشان داد که ناخواسته بودن فرزند برخلاف خواسته بودن فرزند با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی، از عواملی است که می‌تواند بر سیر رشد طبیعی کودک تأثیر گذاشته و مشکلاتی را به وجود آورد. در این مطالعه کودکان حاصل از بارداری ناخواسته در مقایسه با کودکان حاصل از بارداری خواسته مادر، مشکلات رفتاری بیشتر و عملکرد خانوادگی پایین‌تری داشتند (۲۳).

در مطالعه حاضر در آن دسته از زنانی که ناتوانی در تصمیم‌گیری برای ادامه یا خاتمه بارداری را به عنوان یک دوره بحرانی تجربه کرده بودند؛ نگرش همسر، مادر و مادر شوهر در پذیرش و ادامه بارداری مؤثر بود و زمانی که سقط از طرف اطرافیان به شدت نهی شده بود، کنار آمدن با بارداری و ظرفیت پذیرش آن نیز بیشتر شده بود. نتایج مطالعه موس نیز نشان داد که نگرش شرکاء جنسی، دوستان و خانواده بر پذیرش خطر بارداری تأثیر دارد (۲۲) در مطالعه مرتضوی و همکاران (۲۰۱۲)، همسران مشارکت قوی در تصمیمات مربوط به سقط و پذیرش بارداری داشتند و حمایت همسر، نقش مهمی در ادامه بارداری داشت و در موارد سقط، مردان از این تصمیم‌گیری حمایت می‌کردند (۱۴) در صورتی که در مطالعه حاضر اکثر مشارکت کنندگان، در نهایت از انجام سقط اظهار پشیمانی کرده بودند و همسران، نقش اصلی را در عدم انجام سقط داشتند که آن را می‌توان به ویژگی مذهبی بودن مردم شهر مشهد نسبت داد. در مطالعه لوهان و همکاران (۲۰۱۱) پدران جوان‌تر بیشتر تمایل داشتند که همسران آنها بارداری را ادامه دهند تا اینکه جنین خود را سقط کنند. که به طور قابل توجهی با احساس پشیمانی در رابطه با سقط جنین همراه بود. در

این مطالعه نیز نگرش مردان نسبت به سقط، یک پیش زمینه مذهبی داشت (۲۴). نتایج مطالعه هس (۲۰۰۷) نیز حاکی از آن بود که برخی زنان به راحتی خود را با بارداری ناخواسته وفق می‌دهند (۲۵).

در این مطالعه گذر از دوره بحرانی، اسانس یا عصاره اصلی پژوهش می‌باشد که از مرور و مقایسه مداوم درون مایه‌ها با همدیگر به دست آمد. به این معنی که زنان با بارداری برنامه ریزی نشده دچار فشارهای روحی و روانی شدید در بارداری هستند. ضروری است مراقبین بهداشتی در مواجهه با زنانی که به هر دلیل، بارداری برنامه ریزی نشده یا ناخواسته دارند، با مشاوره‌های مفید و مؤثر به این زنان و همسرانشان در گذر از این دوره کمک کنند.

از نقاط قوت این مطالعه این است که این مطالعه برای اولین بار با رویکرد کیفی و با روش پدیدارشناسی به بررسی تجربیات زنان از پدیده بارداری برنامه ریزی نشده در شهر مشهد پرداخت و از نقاط ضعف این مطالعه، عدم تعمیم‌پذیری به سایر مناطق کشور به دلیل رویکرد کیفی این مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در کشور ما به دلیل اینکه سقط جنین عمل غیر قانونی و غیر شرعی محسوب می‌شود زنان با بارداری برنامه ریزی نشده ناخواسته ناگزیر به ادامه بارداری هستند و بالطبع تحت فشارهای روحی روانی متعدد قرار دارند این مرحله می‌تواند آسیب‌های جدی به سلامت خود زن و افراد خانواده وارد نماید لذا مراقبین بهداشتی باید از طریق مشاوره با زنان با بارداری ناخواسته و خانواده آنها به خصوص همسر زنان به آنان در گذر از این دوره بحرانی کمک کنند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۸۹۰۴۶ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند و تمام زنان شرکت‌کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013 Nov 30;382(9907):1807-16.
2. ifflander A, Gaydos LM, Hogue CJ. Circumstances of pregnancy: low income women in Georgia describe the difference between planned and unplanned pregnancies. *Matern Child Health J* 2007 Jan;11(1):81-9.
3. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998 Jan-Feb;30(1):24-46.
4. Prevention of Unsafe Abortion. *Sexual & Reproductive Health (SRH):Geneva:WHO;2012.*
5. Cherian MN, Noel L, Buyanjargal Y, Salik G. Essential emergency surgical procedures in resource-limited facilities: a WHO workshop in Mongolia. *World Hosp Health Serv* 2004;40(4):24-9.
6. Sedgh G, Bankole A, Oye-Adeniran B, Adewole IF, Singh S, Hussain R. Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *Int Fam Plan Perspect* 2006 Dec;32(4):175-84.
7. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Rogers M, et al. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1999. *MMWR Surveill Summ* 2002 Apr 26;51(2):1-27.
8. Ibisomi LD, Odimewgu CO. Predictors of unintended pregnancy among South African youth. *East Afr Soc Sci Res Rev* 2007 Jan;23(1):61-80.
9. Moosazadeh M, Nekoei-Moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Health Plann Manage* 2013 Apr 30 doi:10.1002/hpm. 2184..
10. Asadi Y, Meshkat M, Talaee B. [Determination prevalence and causes of unwanted pregnancy in Mashhad] [Article in Persian]. *Med Sci J Islamic Azad Univ Mashhad* 2007;3(2):91-5.
11. Mansoori A, Hossainy S, Dadgar S. [Unexpected pregnancy and relative factors in pregnant women referring to Mashhad maternity wards in 2004] [Article in Persian]. *J Birjand Univ Med Sci* 2009;16(1):65-70.
12. Eggleston E, Tsui AO, Kotelchuck M. Unintended pregnancy and low birthweight in Ecuador. *Am J Public Health* 2001 May;91(5):808-10.
13. Bayrami R, Mirzaee F. [The principles of preconception health promotion for general practitioners and midwives]. *Tabriz:Elvin;2012.* [in Persian].
14. Mortazavi F, Mottaghi Z, Shariati M, Damghanian M. [Women's experiences of unwanted pregnancy] [Article in Persian]. *Behbood* 2012;15(6):492-503.
15. Kirkman M, Rosenthal D, Mallett S ,Rowe H, Hardiman A. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: a qualitative investigation in Victoria, Australia. *Sex Reprod Healthc* 2010 Nov;1(4):149-55.
16. Colaizzi PF. *Psychological research as the phenomenologist views it.* New York:Oxford University;1978:6.
17. Karaçam Z, Önel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery* 2011 Apr;27(2):288-93.
18. Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2013 Jan;39(1):180-7.
19. Boroumandfar, K., Saghafi, Z., Abedi, H. A., & Bahadoran, P. Unwanted pregnancy outcomes. *J Nurs Midwifery Res*, 2005; 10(4):25-34.
20. Pourheydari M, Souzani A, Shamajian N. [Prevalence of unwanted pregnancies and their correlates in pregnant women in Shahrood, Iran] [Article in Persian]. *Payesh* 2007 Jan;6(1):63-70..
21. Prietsch SO, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. [Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors] [Article in Portuguese]. *Cad Saúde Pública* 2011 Oct;27(10):1906-16.
22. Moos M-K, Petersen R, Meadows K, Melvin CL, Spitz AM. Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy. *Women's Health Issues.* 1997;7(6):38. ۹۶-۵
23. Malek Khosravi GH, ZadehMohammadi A. [Family and behavioural problems of unwanted children] [Article in Persian]. *J Fam Res* 2007 Fall;3(11):727-36.
24. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. Adolescent men's attitudes and decision-making in relation to an unplanned pregnancy. Responses to an interactive video drama. *Soc Sci Med* 2011 May;72(9):1507-14.
25. Hess RF. Women's stories of abortion in southern Gabon, Africa. *J Transcult Nurs* 2007 Jan;18(1):41-8.