دو فصلنامه طبّ جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هشتم، شماره ۱، صفحه ۸۹- ۸۳ (شهریور ۱۳۸۴)

بررسی میزان حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بوشهر در سال ۱۳۸۲

آزیتا نوروزی[۱*]، رزیتا خرم رودی[۱]، شریف شریفی[۲]، رحیم طهماسبی[۳]

[۱]کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲]کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۳]دانشجوی دکترای آمارزیستی، گروه آمارزیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران

چکیده:

زمینه: امروزه میزان حاملگی ناخواسته بعنوان یکی از شاخص های سلامتی جامعه بوده وموجب افزایش شیوع سقط غیرقانونی می شود که طبعاً عوارض خاص خود را خواهد داشت. همچنین مشخص گردیده که مادرانی که تولدهای ناخواسته دارند، دچارسطح بالائی از افسردگی هستند، اوقات فراغت کمتری را با کودک خود صرف می کنند و توجه کمتری به کودک خود دارند.

مواد و روش ها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که بر روی ۱۰۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان بوشهر انجام شد که از این تعداد۷۱۲ نفر مراجعه کننده به مراکز شهری و ۲۸۸ نفر مراجعه کننده به مراکز روستائی می باشند. نمونه گیری بصورت تصادفی ساده از ۹ مرکزبهداشتی درمانی شهر بوشهر و مرکز آموزشی درمانی بنت الهدی صورت گرفته است .

نتایج: این پژوهش نشان داد که شیوع کلی حاملگی ناخواسته ۲۴ ٪ (۲۳/۹ ٪ در مراکز شهری و ۲۴/۳ ٪ در مراکز روستایی) بوده و اکثریت افراد در گروه سنی بالای ۳۵ سال (۵۴ ٪) وبا تحصیلات ابتدایی و راهنمایی (به ترتیب۵۳/۳ ٪ و۳۷/۱ ٪) و از نظر همسر، اکثر شوهران در گروه سنی بالای ۳۵ سال (۴۴/۳ ٪) و بی سواد یا با تحصیلات ابتدایی (به ترتیب ۶۶/۷ ٪ و۳۹/۶ ٪) بوده اند. شیوع این مشکل در زنان خانه دار و در همسران کارگران بیشتر بوده و بیشترین روش جلوگیری مورد استفاده در افراد با حاملگی ناخواسته به ترتیب روش منقطع (۴۱٪)، قرصهای پیشگیری (۲۱/۳٪) و کاندوم (۱۳/۸ ٪) بوده است.

نتیجه گیری: شیوع حاملگی نا خواسته در استان بوشهر مشابه استانهای مختلف کشور است و در زنان با سن بالای ۳۵ سال با سطح تحصیلات پایین بیشتر خود را نشان می دهد که هر چند این افراد از روشهای گوناگون جلوگیری نیز استفاده می کردند، لزوم آموزش مداوم بکارگیری این روش ها از سوی مراکز بهداشتی درمانی توصیه می شود.

واژگان کلیدی: حاملگی ناخواسته، قرص های پیشگیری، تنظیم خانواده، زنان

دریافت مقاله: ۸۴/۲/۱۳ - دریافت اصلاحیه ۸۴/۳/۱۵ - پذیرش مقاله: ۸۴/۴/۲

* بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی پزشکی بوشهر، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن:۲۵۲۸۴۹۸(۰۷۷۱)

azitanoroozi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

امروزه در جامعه مدرن که زنان تنها انتظار یک یا دو کودک را دارند، کنترل ارادی باروری اهمیت بسیاری دارد؛ اگرچه میزان استفاده از روشهای جلوگیری از حاملگی بسیار زیاد است، تعداد قابل توجهی از زوج های دارای فعالیت جنسی از این روش ها استفاده نمی کنند و میزان این زوج ها بر اساس زمینه یابی ملی باروری در سال ۱۹۹۵، ۵/۲ ٪ است (۱). بنابراین متعاقب عدم استفاده از روش های پیشگیری و یا مصرف ناصحیح روش ها، حاملگی ناخواسته ایجاد می شود. بر اساس آمار وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۵، شیوع حاملگی ناخواسته در مناطق شهری ۳۴/۲ ٪ ودر مناطق روستائی ۳۷/۵٪ گزارش گردیده است (۲). امروزه میزان حاملگی ناخواسته به عنوان یک شاخص سلامتی جامعه مورد استفاده قرار می گیرد (۳)، زیرا حاملگی ناخواسته موجب افزایش شیوع سقط غیرقانونی می شود، به طوری که در کشور ما سالانه حدود پانصد هزار حاملگی ناخواسته رخ می دهد و از این تعداد هشتاد هزار مورد آن منجر به سقط می گردد (۴) که طبعاً عوارض خاص خود را خواهد داشت. همچنین مشخص گردیده که مادرانی که تولدهای ناخواسته دارند دچار سطح بالائی از افسردگی هستند. مادرانی که تولد یک کودک ناخواسته را دارند اوقات فراغت کمتری را با کودک خود صرف می کنند و توجه کمتری به کودک خود دارند (۵). همچنین زنان با حاملگی ناخواسته در طول بارداری از داروی بیشتری استفاده نموده عوارض بارداری و عفونتهای واژینال و سایر عفونتها را بیشتر از سایر زنان گزارش نموده اند (۶). از آنجایی که به نظر می رسد میزان و علل ایجاد حاملگی ناخواسته در مناطق مختلف تحت تاثیر نگرش عمومی مردم و شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و مذهبی ناحیه قرار می گیرد، مطلوبست تا عوامل مؤثر در بروز این مشکل در هر منطقه ای به طور جداگانه بررسی شود تا بر اساس آن تدابیر لازم اندیشیده شود. هدف این پژوهش بررسی شیوع و عوامل مؤثر در بروز حاملگی ناخواسته است تا با یافتن علل ایجاد کننده گامی در جهـت رفع این معضل برداشته شود.

مواد و روش کار

این مطالعه که یک مطالعه توصیفی _ تحلیلی است بر روی ۱۰۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بوشهر انجام شد که از این تعداد ۷۱۲ نفر مراجعه کننده به مراکز شهری و ۲۸۸ نفرمراجعه کننده به مراکز روستائی می باشد که نمونه گیری بصورت تصادفی ساده از مراجعین به مرکز آموزشی درمانی بنت الهدی و ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر صورت گرفته است .

اطلاعات توسط پرسشنامه ای که دارای ۴ بخش بود جمع آوری گردید. قسمت اول مربوط به مشخصات دموگرافیک، قسمت دوم مربوط به وضعیت باروری، قسمت سوم مربوط به روشهای جلوگیری از حاملگی و نحوه استفاده و منبع کسب اطلاعات و قسمت چهارم مربوط به خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و علل آن بوده است. قبل از نمونه گیری، اعتبار علمی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی و اعتماد علمی از طریق آزمون مجدد تعیین گردید.

اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری از واحدهای مورد پژوهش جمع آوری گردیده و بعد از کد گذاری با کمک نرم افزار SPSS آنالیز شد و در توصیف اطلاعات از درصدها، میانگین و انحراف معیار و در آنالیز تحلیلی از آزمون دقیق فیشر (Fisher exact test)، آزمون t، کای اسکوئر و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته ها

یافته های این پژوهش نشان داد که شیوع کلی حاملگی ناخواسته ۲۴ ٪ (۲۳/۹ ٪ در مراکز شهری و ۲۴/۳ ٪ در مراکز روستایی) بود. اکثریت افراد در گروه سنی بالای ۳۵ سال (۵۴ ٪) و با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی (به ترتیب ۵۳/۳ ٪ و ۳۷/۱ ٪) دارای حاملگی ناخواسته بوده و در محدوده سنی زیر ۲۰ سال (۱۶/۹ ٪) و تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس یا بالاتر (به ترتیب ۱۱/۵ ٪ و ۱۵/۸ ٪) کمترین میزان حاملگی ناخواسته مشاهده گردید. از نظر سن همسر، بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در گروه سنی بالای ۳۵ سال (۴۴/۳ ٪) و بی سواد یا با تحصیلات

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

ابتدایی (به ترتیب ۶۶/۷ ٪ و ۳۹/۶ ٪) دیده شد و شوهران با سن زیر ۲۰ سال (صفر درصد) و تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس یا بالاتر (به ترتیب ۱۸/۸ ٪ و ۲۱/۳ ٪) کمترین میزان بارداری ناخواسته را داشته اند. حاملگی ناخواسته در زنان خانه دار ۲۵ ٪ و در زنان شاغل ۱۶/۱ ٪ بوده و در همسران مردان کارگر شیوع حاملگی ناخواسته (۳۸/۱ ٪) بیشترین میزان بوده است .

بنابراین بین متغیر های سن، میزان تحصیلات و شغل زن و شوهر با حاملگی ناخواسته با p<۰/۰۵ تفاوت آماری معنی دار مشاهده گردید. در افراد با حاملگی ناخواسته میانگین تعداد دفعات حاملگی ۳/۰۹، تعداد دفعات زایمان ۱/۸۴، تعداد سقط قبلی ۰/۲۵، تعداد فرزند زنده قبلی ۱/۷۵ و تعداد فرزند مرده قبلی۰/۱ می باشد که در افراد با حاملگی خواسته این ارقام به ترتیب ۱/۷۶، ۰/۵۵، ۰/۲۲، ۰/۴۹ و ۰/۰۶ بوده و از نظر سقط و تعداد فرزند مرده بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشده و از نظر سایر متغیر ها با ۰/۰۵تفاوت معنی دار بود .

اکثریت واحدهای مورد پژوهش تعداد فرزند مطلوب از نظر خود (۶۶/۵٪) و شوهرشان (۵۹/۳ ٪) را ۲ فرزند ذکر نموده اند و در زوجینی که اختلاف بین تعداد فرزند مطلوب از نظر خود و شوهرشان ۲ فرزند یا بیشتر بوده شیوع حاملگی ناخواسته۳۶/۴ ٪ بوده، در حالی که این مقدار برای زوجین با توافق از نظر در مورد تعداد فرزند مطلوب ۲۲/۸ ٪ می باشد که با p = ۰/۰۲ اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد. از ۲۴۰ مورد حاملگی ناخواسته ۱۶۱ مورد (۶۷/۰۸ ٪) ناخواسته هر دو زوج ۵۸ مورد (۲۴/۱۷ ٪) ناخواسته زن و ۲۱ مورد (۸/۷۵ ٪) ناخواسته شوهر بوده است که ازاین نظر تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

حاملگی ناخواسته با جنسیت فرزندان قبلی در ارتباط بوده (p< ۰/۰۵) بطوریکه افرادی که فرزند از هر دو جنس داشته اند، دارای حاملگی ناخواسته بیشتری بوده اند (۶۱ ٪) از نظر اطلاع از جنسیت جنین در بارداری فعلی، جنسیت جنین در حاملگی فعلی، داشتن سابقه حاملگی ناخواسته و تعداد دفعات حاملگی ناخواسته قبلی تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. در افرادی که جنسیت جنین را در ناخواسته بودن حاملگی مؤثر می دانستند، شیوع این مشکل ۳۲/۹ ٪ بوده و در گروه مقابل این مشکل ۲۲/۹٪ می باشد که با p =۰/۰۳۴ اختلاف آماری بین دو گروه معنی دار گردید .

از ۷۶۰ مورد با حاملگی خواسته، ۴۸۳ نفر (۶۳/۵ ٪) علت خواسته بودن بارداری را فرزند اول بودن (حاملگی اول و یا اولین حاملگی بعد از سقط) و ۱۸۵ نفر (۲۴/۳ ٪) علت را تعداد فرزند ناکافی ذکر نموده اند (نمودار۱).

از ۹۹۸ نفر که روش پیشگیری خود را ذکر نموده اند ۳۷۶ نفر (۳۷/۶ ٪) هیچ روش پیشگیری نداشتند که ۴۶ نفر یا (۱۹/۲۵٪) دارای حاملگی ناخواسته بوده اند. از ۶۲۲ نفر باقیمانده بیشترین روش مورد استفاده روش منقطع ۲۷۷ (۲۷/۷۶٪) و در مرتبه دوم قرص جلوگیری ۱۶۷ (۱۶/۷٪) بوده است. بیشترین حاملگی ناخواسته به ترتیب در استفاده کنندگان از روش منقطع (۴۱ ٪) قرص جلوگیری (۲۱/۳ ٪) و کاندوم (۱۳/۸ ٪) ایجاد شده بود (جدول ۱).

۷۷ نفر از استفاده کنندگان روش پیشگیری، مشکلی را در حین استفاده از روش ذکر نموده اند که بیشترین مشکل استفاده نامنظم از روش پیشگیری در ۲۹ نفر (۳۷/۶ ٪) و پارگی کاندوم در ۲۷ نفر (۳۵/۰۶ ٪) بیان شده است (جدول ۱).

از ۲۳۰ نفر با حاملگی ناخواسته که علت ناخواسته بودن حاملگی را ذکر کرده اند ۹۷ نفر فرزند کافی (۴۲/۳ ٪)، ۵۶ نفر عدم برنامه ریزی (۲۴/۳ ٪)، ۵۳ نفر کم بودن فاصله با فرزند قبلی (۲۳ ٪)، ۱۸ نفر داشتن مشکل اقتصادی (۷/۸ ٪) و ۶ نفر وجود بیماری (۲/۶ ٪) را علت ناخواسته بودن بیان کرده اند (نمودار ۲).

۹۳ نفر از افراد با حاملگی ناخواسته هیچگونه اقدامی انجام نداده اند (۳۸/۷۵ ٪) ولی ۸۹ نفر اقدام به سقط بدون موفقیت (۳۷/۰۸ ٪) و ۵۸ نفر اقدام به سقط با موفقیت (۲۴/۱۷ ٪) نموده اند.

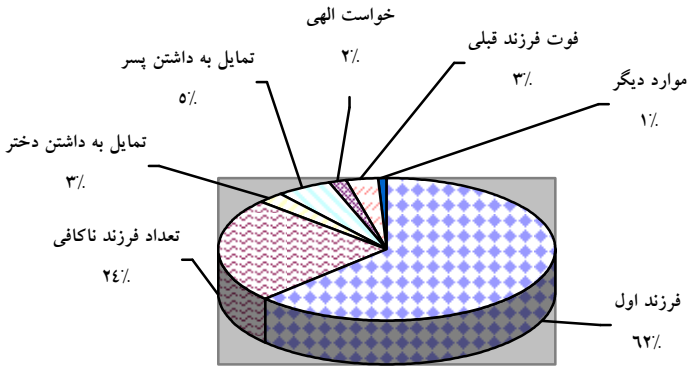
اکثریت واحدهای پژوهشی (۴۷/۴٪) دارای اطلاعات محدود در زمینه روشهای پیشگیری و نحوه استفاده از

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

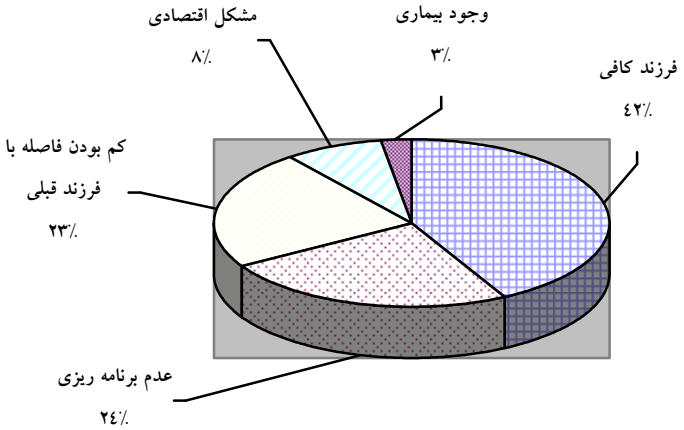
جدول۱) توزیع فراوانی روشهای مختلف پیشگیری به تفکیک حاملگی ناخواسته و خواسته در شهرستان بوشهر، ۱۳۸۲

	بدون روش		روش منقطع		قرص جلوگیری		کاندوم		بقیه روشها		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
حاملگی ناخواسته	۴۶	۱۹/۲۵	۹۸	۴۱	۵۱	۲۱/۳۴	۳۳	۱۳/۸۱	۱۱	۴/۶	۲۳۹	
حاملگی خواسته	۳۳۰	۴۳/۴۸	۱۷۹	۲۳/۵۸	۱۱۶	۱۵/۲۸	۱۰۵	۱۳/۸۳	۲۹	۳/۸۲	۷۵۹	
جمع	۳۷۶	۳۷/۶۸	۲۷۷	۲۷/۷۶	۱۶۷	۱۶/۷۳	۱۳۸	۱۳/۸۳	۴۰	۴/۰۱	۹۹۸	

نمودار ۱) علت خواسته بودن حاملگی در شهرستان بوشهر، ۱۳۸۲



نمودار ۲) علت ناخواسته بودن حاملگی در شهرستان بوشهر، ۱۳۸۲



[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

آنها بوده اند و اکثریت افراد آموزش خود را از مراکز بهداشتی و یا حین مشاوره ازدواج (۶۵/۱٪) کسب نموده اند. از میان ۳۵۹ فرد مطلع از روشهای پیشگیری تنها ۱۴/۲ ٪ دچار حاملگی ناخواسته شدند که این رقم برای افراد با اطلاعات محدود ۲۸/۳ ٪ و برای افراد بدون اطلاع ۳۲/۹ ٪ می باشد که از نظر آماری با (p<۰/۰۵) در بروز حاملگی ناخواسته موثر بوده است .

در افراد با روش منقطع اکثریت افراد (۴۵/۹ ٪) اطلاعاتی درباره روش پیشگیری بعد از نزدیکی نداشته و در افراد استفاده کننده از کاندوم، اکثریت افراد (۵۳/۲ ٪) اطلاعات محدودی درباره روش پیشگیری بعد از نزدیکی داشته اند که از این لحاظ تفاوت آماری معنی داری مشاهده گردید (p <۰/۰۵) .

در تحلیل جمعی برازش مدل رگرسیون لجستیک با متغیر وابسته ناخواسته بودن حاملگی و متغیرهای مستقل اثرگذار :۱- تحت پوشش مرکز بهداشتی بودن ۲- تحصیلات زن و همسر ۳- شاغل بودن زن ۴- تعداد فرزند مطلوب از نظر خود و همسر ۵- داشتن هر دو جنس فرزند قبلی ۶- سن زن و سن همسر ۷- داشتن یکی از روشهای جلوگیری، نتایج نشان داد که عوامل دخیل بر حاملگی ناخواسته شامل: عدم آموزش یا آموزش ناکافی از روشهای پیشگیری، داشتن از هر دو جنس فرزند قبلی، سن مادر و نوع مرکز بهداشتی تحت پوشش از نظر شهری و روستایی می باشند (p<۰/۰۵). بطوریکه نسبت خطر داشتن حاملگی ناخواسته در زنانی که آموزش ندیده و یا آموزش کافی نداشته اند در مقایسه با زنان آموزش دیده بالاتر می باشد [(۱۱/۳۳ ، CI:۳/۳۲)، OR=۶/۰۰].

و همینطور میزان ناخواسته بودن حاملگی در زنان بالای ۳۵ سال نسبت به زنان زیر ۲۰ سال ۲/۵ برابر می باشد. [(۰/۸۲ ، CI:۱/۶)، OR= ۲/۵۸]

از طرفی نسبت خطر داشتن حاملگی ناخواسته در زنانی که تنها یکی از دو جنس فرزند را داشته اند در مقایسه با زنانی که در زایمانهای قبلی خود صاحب هر دو جنس شده اند نیز به مراتب کمتر می باشد. (برای زنان دارای فرزند پسر [(۵/۵۵ ، CI:۱/۶۸)، OR= ۳/۰۶] و برای زنان دارای فرزند دختر [(۴/۵۷ ، CI:۱/۳۸)، OR=۲/۵۱]). میزان ناخواسته بودن حاملگی در زنان تحت پوشش مراکز شهری نسبت به زنان تحت پوشش مراکز روستایی ۱/۸۶۵ برابر می باشد. [(۲/۹۹۰ ، CI:۱/۱۶۳)، OR= ۱/۸۶۵].

بحث

بر اساس نتایج این بررسی، شیوع کلی حاملگی نا خواسته ۲۴٪ می باشد که با میزان بدست آمده در استانهای مختلف کشور با شیوع ۲۴/۷ تا ۳۷/۹ ٪ (۱۱-۷) مطابقت داشته که مشخص کننده شیوع نسبتاً مشابه در نواحی مختلف کشور است. ولی در مطالعه ای در نیجریه در سال ۱۹۹۹ شیوع حاملگی ناخواسته ۲۰ ٪ (۱۲) و در سال ۲۰۰۲ در ژاپن ۴۶/۲ ٪ (۱۳) و در آمریکا (۶۰/۵ ٪) (۱۴) گزارش گردیده است. بنابراین در کشورهای پیشرفته شیوع این مشکل بالاتر بوده که علت آن را می توان تمایل به محدود کردن تعداد فرزند دانست. در کشورهای پیشرفته حتی گاهی فرزند دوم نیز ناخواسته قلمداد می شود. در حالی که در کشورهای در حال توسعه گاهی ۴ تا ۵ فرزند نیز خواسته محسوب می شود. همچنین نوع مرکز بهداشتی تحت پوشش از نظر شهری و روستایی نیز در شیوع حاملگی نا خواسته موثر مشخص گردیده بطوریکه میزان ناخواسته بودن در زنان تحت پوشش مراکز شهری نسبت به مراکز روستایی ۱/۸۶۵ برابر می باشد (CI:۱/۱۶۳,۲/۹۹۰). که می تواند ناشی از دیدگاه و نگرش مختلف افراد شهرنشین و روستانشین باشد. نکته قابل توجه در نتایج تحقیق، دامنه سنی بالای ۳۵ سال می باشد، بطوریکه اگر چه حاملگی ناخواسته در هر گروه سنی می تواند وجود داشته باشد اما زنان بالای ۳۵ سال بیشتر در معرض خطر می باشند که با یافته های پژوهشهای دیگر مطابقت دارد (۱۱و۱۵)، زیرا در سن بالای ۳۵ سال معمولاً تعداد فرزند مطلوب تکمیل شده و بروز حاملگی در این سنین ناخواسته می باشد و در مطالعه انجام شده در یاسوج(۱۰) بیشترین شیوع حاملگی ناخواسته در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال ذکر گردیده که علت آن می تواند عدم توجه به نسبت حاملگی ناخواسته

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

باشد و با توجه به اینکه اکثر نمونه ها در این مطالعه در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال می باشند در صورت عدم توجه به نسبت حاملگی ناخواسته برداشت غلطی در این زمینه ایجاد خواهد شد.

در چندین مطالعه (۱۰،۱۱،۱۵)، سطح سواد در بروز حاملگی ناخواسته موثر شناخته شده و بطوریکه با افزایش تحصیلات شیوع حاملگی نا خواسته کاهش می یابد و بیشترین حاملگی نا خواسته در افراد بی سواد و با تحصیلات ابتدایی می باشد. در این مطالعه نیز در تحلیل یک متغیره کای دو با $P < ۰/۰۵$ این متغیر مؤثر شناخته شده و با تحلیل چند متغیره رگرسیون لجستیک به همراه دیگر متغیرهای اثرگذار این متغیر تأثیری در حاملگی ناخواسته نداشته است که می تواند به علت اثرات هم پوشی متغیر های تا ثیر گذاری مثل سن مادر و دریافت آموزش باشد و با توجه به در نظر گرفتن اثرات دیگر متغیرهای اثر گذار در این مدل می توان به این نتیجه رسید که سطح تحصیلات زن و همسر اثر مستقیم در رابطه با این مشکل نخواهد داشت. در مطالعه اخیر شیوع حاملگی ناخواسته در زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل و در همسران افراد کارگر نیز بیشتر گزارش گردیده ($P<۰/۰۵$) که با نتایج مطالعات دیگر (۱۱، ۱۶) همخوانی دارد که می تواند نقش آگاهیهای علمی را در این زمینه مشخص نماید، زیرا خانمهای شاغل و نیز مردان با وضعیت شغلی مطلوبتر به علت داشتن وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مناسبتر مجال بیشتری جهت دریافت آموزش و اطلاعات در زمینه تنظیم خانواده خواهند داشت و می تواند شیوع این مشکل را تحت تأثیر قرار دهد .

از نظر رتبه بارداری بیشترین میزان بارداری ناخواسته در حاملگی سوم و بیشتر مشاهده شد که این نتایج با آمار کشوری (۱۷) مطابقت دارد و مؤید گرایش خانواده ها به تعداد فرزند کمتر از ۳ می باشد که بطور مسلم شرایط اقتصادی – اجتماعی در آن نقش مهمی دارد. از آنجایی که در این پژوهش در مواردی که اختلاف تعداد فرزند مطلوب از نظر والدین دو فرزند یا بیشتر بود، شیوع بارداری ناخواسته افزایش می یابد و نیز تنها در ۸/۷۵ ٪ موارد حاملگی ناخواستهٔ شوهر به تنهایی می باشد نقش شوهر در محدودکردن بعد خانواده و بروز حاملگی ناخواسته مشخص می شود که نشان دهنده اهمیت درگیر کردن این قشر جامعه در برنامه های تنظیم خانواده بوده و نیاز یک برنامه کشوری جهت آموزش مردان در زمینه تنظیم خانواده را مطرح می نماید. این یافته با نتایج مطالعه انجام شده در تهران مطابقت دارد (۱۵).

خطر حاملگی ناخواسته زوجین با افزایش تعداد فرزاندان دختر ۲/۵۱ برابر و با افزایش تعداد فرزندان پسر ۳/۰۶ برابر می شود. بنابراین تفاوت چندانی بین خطر حاملگی ناخواسته با توجه به جنس فرزند قبلی وجود ندارد و بیشترین حاملگی ناخواسته در افراد دارای هر دو جنس فرزند ($p < ۰/۰۵$) دیده شده که با نتایج مطالعات دیگر (۱۰و۱۵) مشابهت دارد. در حالیکه در مطالعه ای که در زنان مصری انجام شده بود نشان می دهد که در خانواده های بدون فرزند پسر، شیوع حاملگی ناخواسته کمتر گزارش شده است (۱۸) که با مقایسه این نتایج می توان به تغییر نگرش خانواده های ایرانی نسبت به جنسیت فرزندان خود در سالهای اخیر بیشتر پی برد.

از نظر نوع روش پیشگیری از بارداری بیشترین روش مورد استفاده در این مطالعه روش منقطع (۲۷/۷٪) و سپس قرصهای خوراکی(۱۶/۷٪) بوده که مشابه نتایج مطالعه انجام شده در تبریز در سال ۱۳۷۹ می باشد (۱۹) از طرفی بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در استفاده کنندگان روش منقطع (۴۱٪)، قرص جلوگیری (۲۱/۳٪) و کاندوم (۱۳/۸٪) ایجاد شده که مشابه نتایج بدست آمده در تهران بوده (۱۵) که در این مطالعه نیز ۴۲/۵٪ افراد با حاملگی ناخواسته از روش منقطع استفاده نموده اند. این موضوع می تواند نشاندهنده نامناسب بودن این روش و عدم آگاهی افراد در نحوه استفاده صحیح از این روش پیشگیری باشد که با توجه به استفاده بیش از حد این روش به عنوان یک روش پیشگیری، مشاوره زوجین جهت انتخاب یک روش مطمئن ضروری است. این امر بدون مشارکت ارگانها و رسانه های عمومی امکانپذیر نیست و یا آموزش روش پیشگیری اورژانسی الزامی به

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

نظر می رسد بطوریکه در مطالعه اخیر مشخص گردیدکه اکثریت افراد استفاده کننده از روش منقطع اطلاعاتی درباره روش پیشگیری اورژانسی نداشته (۲۸/۵۷ ٪) و یا اطلاعات محدودی (۵۲/۰۴ ٪) در این زمینه داشته اند که نیاز به برنامه های گسترده جهت آموزش روش پیشگیری اورژانسی را مشخص می نماید. این یافته مشابه نتایج بدست آمده در یزد (۱۱) می باشد که مشخص گردیده است که ۹۳ ٪ کسانی که از روش منقطع استفاده می کردند از روش پیشگیری اورژانسی بی اطلاع بوده اند. اکثر واحدهای مورد پژوهش، آموزش محدودی در مورد روشهای پیشگیری دریافت نموده اند. مرکز دریافت این اطلاعات در بیشتر موارد واحدهای بهداشتی و یا مراکز مشاوره ازدواج بوده است، بنابراین به نظر می رسد که ارائه این خدمات از کیفیت مناسبی در جهت کاهش حاملگی های ناخواسته برخوردار نبوده است و آگاهی نمونه ها در زمینه های مختلف تنظیم خانواده می تواند توجیه کننده شیوع بالای حاملگی ناخواسته در روشهای پیشگیری منقطع، قرصهای خوراکی و کاندوم باشد، لذا پیشنهاد می شود تأکید بیشتری بر آموزش نحوه صحیح استفاده از روشهای پیشگیری صورت گیرد.

۳۸/۷۵ ٪ افراد بعد از بروز حاملگی ناخواسته هیچگونه اقدامی انجام ندادند، در حالی که ۳۷/۰۸ ٪ اقدام به سقط بدون موفقیت و ۲۴/۱۷ ٪ اقدام به سقط با موفقیت نموده اند. این یافته با نتایج بدست آمده در زاهدان که شیوع کلی سقط با و یا بدون موفقیت را ۳۱/۱ ٪ گزارش نموده است (۸)، متفاوت می باشد که می تواند به علت گزارش صحیح تر آن در مطالعه اخیر باشد و از آنجایی که اکثر این سقط ها به صورت غیر قانونی انجام شده و می تواند خطراتی برای مادر در پی داشته باشد لازم است تا با توجه به فاکتورها و عوامل دخیل در ایجاد حاملگی ناخواسته تا حد امکان این مشکل را کاهش داد.

تقدیر و تشکر

از کلیهٔ کسانی که به نحوی در انجام این طرح ما را یاری داده اند به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و نیز دانشجویان کارشناسی مامایی خانم ها: فاطمه نوروزی وفاطمه محمدی کمال تشکر و قدر دانی می گردد.

References:

1.Berek JS. Novak's Gynecology. 12th edition, USA: Williams and Wilkins, 1996, 265.

۲. نشریه تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران ، سال اول ، شماره چهارم، زمستان ۷۵ .

3. Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are all contraceptive failures unintended pregnancy? Fam Plann Perspect 1999 ;31:246-7.

۴. پورمند م . خطرات سقط جنین. بهداشت خانواده، سال دوم، بهار ۱۳۷۶ :.۱۸

5. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing health and motherchild relationship. J Health Soc Beha 1999;40:231-57.

6. Bitto A. Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: A prospective study. Am J Public Health 1997;87:338-43.

۷. حقیقی ل ، زند فانی ن . بررسی بارداریهای ناخواسته در زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران طی سالهای ۷۸-۱۳۷۷ . مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ، سال نهم ، شماره ۲۸، بهار ۱۳۸۱ :۳۷-۳۳ .

۸. رخشانی ف ، انصاری مقدم ع ، تهرانی ه . شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در شهر زاهدان . پژوهش در علوم پزشکی ، سال هشتم ، دو ماهنامه مرداد و شهریور ۸۲ : ۴۳-۴۰ .

۹. کاظمی ع ، کوشا ع ، تدین پ و همکاران . میزان و علل حاملگی ناخواسته در ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر زنجان طی سال ۱۳۷۹ . مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان ، شماره ۳۷ ، زمستان ۱۳۸۰ : ۴۵-۳۹ .

۱۰. گرمزنژاد س ، فراروبی م ، واسعی ع . عوامل موثر بر حاملگی های ناخواسته در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی بویر احمد ۱۳۷۸ . مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج ، سال پنجم، شماره ۱۷ و ۱۸ ، بهار و زمستان ۱۳۷۹ :۲۳-۱۹ .

۱۱. شکیبا م ، طباطبایی الف ، کریمی م . بررسی حاملگی ناخواسته در استان یزد سال ۸۰-۱۳۷۹ . فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد ، سال اول ، شماره دوم ، زمستان ۸۱ :۳۰-۲۶ .

12. Okonofua FE, Odimeng WUC , Ajabor H, et al. Assessing the prevalence and determinants of

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ،سال چهاردهم ،شماره ۴۴، پاییز ۱۳۸۳: ۹۳-۸۷ .

۱۷. اداره کل بهداشت خانواده (معاونت امور بهداشتی) گزارش تحقیق بررسی شاخصهای بهداشت باروری و تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران ، تیر ماه ۱۳۷۸ :۳۰-۲۴ .

18. Yount KM , Langsten R , Hill K. The effect of gender preference on contraceptive use and fertility in rural Egypt . Stad Fam Plan 2000 ;31 : 290-300.

۱۹. شقاقی ع ، فرح بخش م ، علیزاده م و همکاران . کاربرد روشهای پیشگیری از بارداری در منطقه شمال غرب تبریز ۱۳۷۹.مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، ویژه نامه ۱۳۸۲ : ۶۷-۶۴ .

unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. Stud Fam Plann 1999;30: 67-77.

13. Go A, Yasumuva S, Reich MR, et al. Factors associated with unintended pregnancy in young ate . Soc Sci Med 2002 ; 54: 1065-79 .

14. Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, et al. Contraceptive counseling in managed care: Preventing unintended pregnancy in adults. Women Health Issues 2002; 12:79-95 .

۱۵. خلج آبادی فراهانی ف ، هاشمی م . عوامل موثر بر حاملگی ناخواسته در تهران . مجله پژوهشی حکیم ،دوره پنجم ،شماره سوم، پاییز ۸۱ :۲۰۶-۲۰۱ .

۱۶. عبدالهی ف ،محمد پور تهمتن ر . بررسی پی آمد حاملگی های ناخواسته در زنان مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۷۹-۱۳۷۸ . مجله علمی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-10-12]