

# بررسی علل بارداری ناخواسته در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۸۷

زهرا عابدیان<sup>۱\*</sup>، ملیحه درمحمدی<sup>۲</sup>

۱. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۶

## خلاصه

**مقدمه:** اگرچه میزان شکست قرص های پیشگیری از بارداری ۲-۳ درصد می باشد، ولی در طول یک سال استفاده، ۷ درصد زنان شکست در این روش را تجربه می کنند و از آنجایی که بین ۱۷/۲-۹ درصد زنان سنین باروری در مشهد از قرص های پیشگیری از بارداری جهت جلوگیری از بارداری استفاده می کنند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین علل بارداری ناخواسته در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مورد-شاهدی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۷۲ زن که به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. با استفاده از دفتر تنظیم خانواده، لیست اسامی مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری در طی سال ۱۳۸۷ تهیه و در صورت واجد شرایط بودن، افراد به عنوان واحد پژوهش در نظر گرفته شدند. جهت گردآوری داده ها از فرم های مصاحبه استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۴/۵) و آزمون های تی تست، کای دو، تست دقیق فیشر و من ویتنی و با ضریب اطمینان ۹۵٪ انجام گرفت.

**یافته ها:** دو گروه از نظر مشخصات فردی و سایر متغیرهای مداخله گر اختلاف آماری معنی داری نداشتند ( $p > 0/05$ ). دو گروه از نظر مصرف منظم قرص ها اختلاف آماری معنی داری داشتند ( $p < 0/001$ ). شایع ترین علت مصرف نامنظم قرص ها در گروه بارداری ناخواسته، فراموشی قرص ها (۶۳/۳٪) بود. دو گروه از نظر آگاهی از دستورالعمل فراموشی قرص ها ( $p = 0/024$ ) و همچنین از نظر مصرف همزمان آنتی بیوتیک اختلاف آماری معنی داری داشتند ( $p = 0/033$ )؛ به طوری که ۱۴ نفر (۳۸/۹٪) از گروه بارداری ناخواسته و ۶ نفر (۱۶/۷٪) از گروه غیر باردار، به طور همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، آنتی بیوتیک مصرف می کردند.

**نتیجه گیری:** شایع ترین علت شکست قرص های پیشگیری از بارداری مربوط به مصرف نامنظم و مصرف همزمان آنتی بیوتیک و فراموشی قرص ها می باشد.

**کلمات کلیدی:** بارداری ناخواسته، شکست، قرص های پیشگیری از بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا عابدیان؛ مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.  
تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: abedianz@mums.ac.ir

## مقدمه

بارداری ناخواسته به بارداری گفته می شود که از قبل برنامه ریزی نشده باشد (۱). مواجهه با بارداری بدون برنامه و عدم موافقت با بارداری، دوران حاملگی را با ترس، نگرانی و اضطراب بیشتر همراه می کند (۲). سالانه حدود ۲۰۰ میلیون بارداری در جهان اتفاق می افتد که تقریباً یک سوم یا حدود ۷۵ میلیون آن ناخواسته می باشد و هر سال تقریباً ۵۰ میلیون بارداری ناخواسته به وسیله سقط پایان می یابد که حدود ۲۰ میلیون از این سقط ها غیر بهداشتی می باشد و حداقل ۹۵ درصد از سقط های ناسالم در کشورهای در حال توسعه می باشد که می تواند باعث مرگ حداقل ۲۰۰ زن روزانه شود (۳، ۴).

حدود نیمی از زنان آمریکایی در سن باروری، حداقل یک مورد بارداری ناخواسته داشته اند (۴). بر اساس آمار دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۴، ۲۹/۴-۲۰ درصد بارداری ها در شهر مشهد ناخواسته بوده است.

زنان، مشکلات جسمی، عاطفی و مالی ناشی از بارداری ناخواسته را تحمل می کنند، همچنین در حالی که آمادگی جسمی و روحی برای نگهداری فرزند را ندارند، باید خطرات جدی ناشی از آن را تحمل کنند (۵). مطالعات انجام شده نشان می دهد بین بارداری ناخواسته و مشکلات روان شناختی افراد در مراحل بعدی زندگی ارتباط وجود دارد (۲). میزان افسردگی زنان در موارد بارداری ناخواسته بیشتر است (۶). میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مادران دارای بارداری ناخواسته به طور معنی داری کمتر از مادران دارای بارداری خواسته می باشد (۷). در متولدین ناشی بارداری ناخواسته، تجربه هایی از تأثیرات منفی بر سلامت روانی و رشد اجتماعی گزارش شده است. بدلیل موافق نبودن و عدم سازگاری مادران با پدیده فرزند دار شدن، احتمال سوء تغذیه، مرگ و میر، احتمال وقوع غفلت، سهل انگاری و بد رفتاری در کودکان این مادران بیشتر است (۲). میانگین وزنی نوزادان متولد شده بدنبال بارداری ناخواسته بطور معنی داری از میانگین وزنی نوزادان حاصل از بارداری خواسته کمتر می باشد (۸).

اگرچه بارداری ناخواسته به دلایل متعددی اتفاق می افتد، ولی رایج ترین دلیل آن، شکست روش های پیشگیری از بارداری می باشد. تخمین زده می شود که سالانه ۳۰-۸ میلیون بارداری در نتیجه شکست روش های پیشگیری از بارداری به وقوع می پیوندد (۳). قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری، پرمصرف ترین روش هورمونی پیشگیری از بارداری محسوب می شوند (۹) و حداقل میزان شکست قرص های پیشگیری از بارداری در اولین سال مصرف، ۳-۲ درصد می باشد (۱۰).

اگرچه میزان شکست قرص های پیشگیری از بارداری ۳-۲ درصد می باشد، ولی در مطالعه فاستر و همکاران (۲۰۰۴)، در طول یک سال استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری، ۹ درصد زنان شکست روش را تجربه کردند که ۷ درصد آن ها از قرص های پیشگیری از بارداری استفاده می کردند (۱۱). در مطالعه موسوی فر و همکاران (۲۰۱۱)، ۴۰/۳٪ افراد با بارداری ناخواسته قرص مصرف می کردند (۱۲) و در مطالعه ربابی و همکاران (۲۰۱۱) نیز بیشترین روش مورد استفاده که در حین مصرف آن بارداری ناخواسته اتفاق افتاده بود، قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری (۶۱/۱٪) بود (۱۳).

حدود نیمی از زنانی که از یکی از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند، این روش را به صورت نامنظم و ناصحیح به کار می برند، در نتیجه از ۶ میلیون بارداری که به وقوع می پیوندد، بیشتر از نیمی از آن ها ناخواسته می باشد (۱۴). تمام مصرف کنندگان، مشکلاتی را همراه با قرص ذکر می کنند که دلیلی برای قطع آن محسوب می شود. شایع ترین علت قطع قرص های پیشگیری از بارداری، عوارض جانبی آن می باشد (۱۵، ۱۶).

دلایلی نظیر مصرف نادرست قرص ها، عدم آگاهی مصرف کننده، عدم دریافت آموزش صحیح، بروز عوارض جانبی جسمی- روانی، فراموشی مصرف قرص، عفونت های معده - روده ای، تداخلات دارویی، مشکلات ناشی از قاعدگی، تصورات غلط و اعتقادات نادرست در شکست عملی قرص های پیشگیری از بارداری مؤثر است. مصرف قرص ها در مواردی که نباید از آن استفاده کرد و یا شب در میان خوردن و یا هنگام

نسبت ها و بر اساس ویژگی های مورد نظر جامعه (مصرف آنتی بیوتیک، مصرف نامنظم)، ۳۰ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب ۲۰٪ ریزش نمونه، ۳۶ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد و مطالعه بر روی ۷۲ نفر انجام شد.

روش کار بدین صورت بود که پس از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی، با استفاده از دفتر تنظیم خانواده، لیست اسامی مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری طی سال ۱۳۸۷ بررسی شد، سپس با افرادی که جهت دریافت قرص در ماه های گذشته مراجعه نکرده بودند، تماس تلفنی برقرار شد. پژوهشگر ابتدا ضمن معرفی خود و بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت از افراد، در صورتی که فرد همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، باردار شده بود، به عنوان گروه مورد و در صورتی که فرد باردار نشده بود، به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته می شد. سپس از افراد خواسته می شد که به مرکز بهداشتی - درمانی مراجعه کنند و برای هر دو گروه پرسشنامه تکمیل می شد. پرسشنامه ها توسط پژوهشگر و به شیوه مصاحبه تکمیل می شد.

ابزار گردآوری داده ها شامل فرم های مصاحبه بود که شامل سؤالات مربوط به اطلاعات فردی، ویژگی های مامایی، اطلاعات مربوط به روش پیشگیری از بارداری و نحوه مصرف آن ها بود. روایی ابزارها به وسیله روایی محتوا و پایایی آن ها به روش آزمون مجدد با  $r = 0/07$  تعیین شد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۴/۵) و آزمون های آماری تی تست، کای دو، تست دقیق فیشر و من ویتنی و با ضریب اطمینان ۹۵٪ انجام گرفت. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید.

### یافته ها

دو گروه از نظر سطح تحصیلات فرد آموزش دهنده ( $p=0/156$ )، گذراندن دوره های بازآموزی ( $p=0/500$ ) و میانگین سال های سابقه کار اختلاف آماری معنی داری نداشتند ( $p=0/588$ ).

نزدیکی استفاده کردن و به تأخیر انداختن مصرف اولین قرص، باعث افزایش میزان شکست قرص ها می شود (۱۴). تأخیر در شروع سیکل بعدی، اسهال و استفراغ، ترس و نگرانی از سرطان و بیماری قلبی - عروقی، تأثیر مصرف قرص های پیشگیری از بارداری بر باروری آینده، آموزش ناکافی در خصوص مصرف قرص، بسته بندی پیچیده قرص ها و مشکلات حاصل از اشتباه در بسته بندی از جمله عوامل مؤثر بر شکست قرص ها می باشد (۱۴، ۱۰).

علی رغم مطالعات قبلی انجام شده در این زمینه، با توجه به وجود تفاوت های فرهنگی، نژادی، قومی، اجتماعی و اقتصادی که بر فراوانی بارداری ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن تأثیر می گذارد و از طرفی با توجه به درصد بالای بروز بارداری های ناخواسته ناشی از مصرف قرص های پیشگیری از بارداری و عوارض ناشی از آن بر مادر و فرزند و از آنجایی که بین ۱۷/۲-۹ درصد زنان سنین باروری در مشهد از قرص های پیشگیری از بارداری جهت جلوگیری از بارداری استفاده می کنند، مطالعه حاضر با هدف تعیین علل بارداری ناخواسته در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد در سال ۱۳۸۶ انجام شد تا با شناخت علل بارداری ناخواسته و تلاش در جهت اصلاح آن بتوان اقداماتی در جهت کاهش بروز بارداری ناخواسته انجام داد.

### روش کار

این مطالعه مورد-شاهدی از خرداد تا آذر ماه سال ۱۳۸۷ بر روی ۷۲ زن که به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه در دو گروه شامل: ملیت ایرانی، سکونت در شهر مشهد و مراجعه به یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بود و معیار ورود در گروه بارداری ناخواسته، بارداری همزمان با استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری بود.

نمونه گیری به صورت طبقه ای نسبتی انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه بعد از انجام مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ نفر، حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه

دو گروه مورد مطالعه از نظر میانگین سن، سن ازدواج، فاصله بارداری ها، تعداد بارداری و تعداد زایمان همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین ویژگی های فردی واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		ویژگی
	غیر باردار میانگین ± انحراف معیار	بارداری ناخواسته میانگین ± انحراف معیار	
p=۰/۵۷۶	۳۱/۰۵ ± ۷/۴۳	۳۱/۹۱ ± ۶/۳۵	سن (سال)
p=۰/۷۶۴	۱۸/۵۲ ± ۳/۷۶	۱۸/۲۷ ± ۳/۲۷	سن ازدواج (سال)
p=۰/۶۶۴	۴/۵۱ ± ۲/۹۵	۴/۲ ± ۲/۶۶	فاصله بارداری (سال)
p=۰/۰۶۰	۳/۹۶ ± ۳/۰۳	۲/۵۵ ± ۲/۲۴	تعداد بارداری
p=۰/۹۰	۳/۳۳ ± ۲/۷۸	۲/۰۷ ± ۲/۰۹	تعداد زایمان

این دو گروه از نظر سطح تحصیلات و شغل اختلاف آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۹۶۴ ، p=۰/۵۶۹) (جدول ۲). همچنین دو گروه مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات و شغل همسر، تعداد کل فرزندان، تعداد فرزندان دختر و پسر و تعداد سقط همگن بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب تحصیلات و شغل به تفکیک گروه

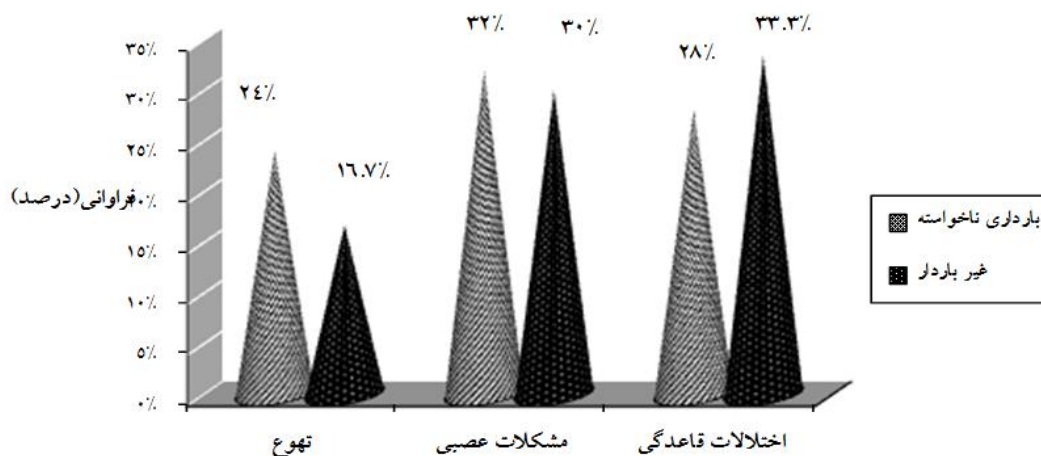
نتیجه آزمون	گروه		ویژگی
	غیر باردار تعداد (درصد)	بارداری ناخواسته تعداد (درصد)	
P = ۰/۹۶۴	۲ (۵/۶)	۲ (۵/۶)	بیسواد
	۱۰ (۲۷/۸)	۱۲ (۳۳/۳)	ابتدایی
	۳ (۸/۳)	۴ (۱۱/۱)	راهنمایی
	۱۰ (۲۷/۸)	۸ (۲۲/۲)	متوسطه
	۱۱ (۳۰/۶)	۱۰ (۲۷/۸)	عالی
P = ۰/۵۶۹	۲۴ (۶۶/۷)	۲۶ (۷۲/۲)	خانه دار
	۱۱ (۳۰/۶)	۱۰ (۲۷/۸)	کارمند
	۱ (۲/۸)	۰ (۰)	آزاد

مصرف قرص ها در گروه بارداری ناخواسته ۳۲/۸ ماه و در گروه غیر باردار ۳۲/۷ ماه بود. نتایج مطالعه نشان داد دو گروه از نظر مصرف قرص ها اختلاف آماری معنی داری نداشتند (p < ۰/۰۰۱). ۷ نفر (۱۹/۴٪) در گروه بارداری ناخواسته و ۳۵ نفر (۹۷/۲٪) در گروه غیر باردار، قرص ها را به طور منظم مصرف می کردند. در گروه بارداری ناخواسته، ۸ نفر (۲۶/۷٪) عدم آگاهی، ۱۹ نفر (۶۳/۳٪) فراموشی، ۱ نفر (۳/۳٪) ترس از اثر بر روی باروری آینده و ۲ نفر (۶/۷٪) عدم دسترسی به قرص ها را علت مصرف نامنظم قرص ها ذکر کردند.

از نظر روش دریافت آموزش (رودررو، پمفلت، پوستر) و دریافت آموزش مصرف صحیح قرص ها، دو گروه مورد مطالعه اختلاف آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۲۲۲). نتایج مطالعه نشان داد دو گروه از نظر نوع قرص مصرفی اختلاف آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۲۰۹). ۳۲ نفر (۸۸/۹٪) از گروه بارداری ناخواسته و ۳۵ نفر (۹۷/۲٪) از گروه غیر باردار از قرص ال دی استفاده می کردند. همچنین دو گروه از نظر میانگین مدت زمان مصرف قرص ها همگن بودند. میانگین مدت زمان

بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه بارداری ناخواسته و غیر باردار از نظر مصرف همزمان آنتی بیوتیک اختلاف آماری معنی داری داشتند ( $p=0/033$ )؛ به طوری که ۱۴ نفر (۳۸/۹٪) از گروه بارداری ناخواسته و ۶ نفر (۱۶/۷٪) از گروه غیر باردار، به طور همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، آنتی بیوتیک مصرف می کردند. دو گروه مورد مطالعه از نظر دانستن دستورالعمل فراموشی قرص ها اختلاف آماری معنی داری نداشتند ( $p=0/400$ ) (نمودار ۱).

بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه بارداری ناخواسته و غیر باردار از نظر مصرف همزمان آنتی بیوتیک اختلاف آماری معنی داری داشتند ( $p=0/033$ )؛ به طوری که ۱۴ نفر (۳۸/۹٪) از گروه بارداری ناخواسته و ۶ نفر (۱۶/۷٪) از گروه غیر باردار، به طور همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، آنتی بیوتیک مصرف می کردند. دو گروه مورد مطالعه از نظر دانستن دستورالعمل فراموشی قرص ها اختلاف آماری معنی داری نداشتند



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب عوارض جانبی دارو به تفکیک گروه

پیشگیری از بارداری، مصرف نامنظم قرص ها (۸۰/۶٪) می باشد. مطالعات نیز نشان می دهند در صورتی که در هنگام مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، قرص فراموش شود، احتمال وقوع تخمک گذاری تا حدودی بیشتر خواهد بود (۱۸). مطالعه چنگ یمین و همکاران (۱۹۹۷) نیز نشان داد ۲۳/۶ درصد موارد بارداری ناخواسته با تأخیر در مصرف قرص ها همراه است (۱۹). همچنین کوواکس و همکاران (۱۹۸۹)، در ۲۵٪ موارد بارداری ناخواسته، مصرف نامنظم قرص ها را ذکر کردند (۲۰).

در این مطالعه ۶۳/۳٪ از افرادی که قرص های پیشگیری از بارداری را نامنظم مصرف می کردند، علت آن را فراموشی قرص ها بیان کردند. در مطالعه یمین و همکاران (۱۹۹۷)، بارجوت و همکاران (۲۰۰۶) و کوواکس و همکاران (۱۹۸۹) نیز به ترتیب ۲۳/۶٪، ۳۵٪ و ۷۶/۹٪ افراد با بارداری ناخواسته دچار فراموشی

نتایج آزمون کای دو نشان داد دو گروه از نظر نوع اختلال قاعدگی همگن بودند. در گروه بارداری ناخواسته ۷ نفر (۷۰٪) از هیپومنوره و ۲ نفر (۲۰٪) از لکه بینی شکایت داشتند و در گروه غیر باردار، ۱۱ نفر (۶۸/۸٪) هیپومنوره و ۵ نفر (۳۱/۳٪) لکه بینی را ذکر کردند.

بر اساس نتایج مطالعه، هیچ کدام از افراد طی مدت مصرف قرص، به گاستروانتریت مبتلا نشده بودند و همچنین ۱ نفر (۲/۸٪) از افراد در گروه بارداری ناخواسته، همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، داروی ضد تشنج مصرف می کردند که بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ( $p=0/500$ ).

## بحث

بر اساس بررسی های انجام شده، بیشترین علت بارداری ناخواسته در مصرف کنندگان قرص های

مصرف قرص ها شده بودند (۱۹-۲۱). در مطالعه موسوی فر و همکاران (۲۰۱۱) نیز ۱۳/۷٪ افراد با بارداری ناخواسته به دلیل فراموشی مصرف قرص ها دچار بارداری ناخواسته شده بودند (۱۲).

برخی داروها اثربخشی قرص های پیشگیری از بارداری را کاهش می دهند. داروهای ضد سرع و تشنج و آنتی بیوتیک ها از جمله این داروها می باشند. آنتی بیوتیک ها باعث مرگ باکتری های روده ای می شوند. این باکتری ها مسئول هیدرولیز گلوکوکورونیدهای استروئیدی در روده هستند که بازجذب استروئیدها را از طریق گردش روده ای-کبدی امکان پذیر می کنند، از این رو به زنانی که قرص های پیشگیری از بارداری مصرف می کنند و با آنتی بیوتیک درمان خواهند شد، معمولاً توصیه می شود که از کاندوم نیز استفاده کنند (۱۸).

بر همین اساس در مطالعه حاضر مشخص شد، ۳۸/۹٪ افراد با بارداری ناخواسته در هنگام مصرف قرص های پیشگیری از بارداری به طور همزمان آنتی بیوتیک هم مصرف می کردند. در مطالعه اسپارو (۱۹۹۸) نیز ۲۰/۵٪ موارد بارداری ناخواسته به دلیل مصرف همزمان قرص ها با آنتی بیوتیک بود (۲۲) اما از طرفی دیگر مطالعه طوه و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد هیچ گونه ارتباطی بین مصرف همزمان قرص ها و آنتی بیوتیک وجود ندارد (۲۳).

همچنین در بررسی های انجام شده مشخص شد ۴۱/۷٪ افراد، همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، داروهایی را مصرف می کردند که با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری تداخل اثر دارد. اسپارو (۱۹۹۸) و کوواکس و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعات خود به ترتیب عامل ۳۳ و ۳۴٪ بارداری های ناخواسته را تداخلات دارویی دانستند (۲۰، ۲۲).

در مطالعه حاضر، حتی یک مورد ابتلاء به گاستروآنتریت همزمان با مصرف قرص های پیشگیری از بارداری در افراد با بارداری ناخواسته مشاهده نشد، ولی در مطالعه هانسن و همکار (۱۹۹۷)، اسپارو (۱۹۹۸)، کوواکس و همکاران (۱۹۸۹) و بارجوت و همکاران (۲۰۰۶)، گاستروآنتریت عامل ۶۰/۸-۲۷٪ موارد بارداری

ناخواسته در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری بود (۲۰-۲۲، ۲۴).

در مطالعه حاضر، بیشترین فراوانی مصرف قرص در افراد با بارداری ناخواسته مربوط به قرص ال دی (۸۸/۹٪) بود. در مطالعه هانسن و همکار (۱۹۹۷)، ۳۵/۷٪ موارد بارداری ناخواسته همزمان با مصرف قرص ال دی بود (۲۴).

در مطالعه حاضر میانگین طول مدت مصرف قرص های پیشگیری از بارداری در افراد با بارداری ناخواسته ۳۲/۸ ماه بود، اسدازمان خان (۲۰۰۳) نیز در مطالعه خود میانگین طول مدت مصرف قرص ها را ۲۷/۵ ماه گزارش کرد (۲۵).

از جمله محدودیت های این مطالعه این بود که تعدادی از بارداری های ناخواسته ناشی از مصرف قرص ها، در ابتدای بارداری به صورت عمدی یا غیرعمدی سقط می شوند که از کنترل پژوهشگر خارج بود.

### نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه شایع ترین علت شکست قرص ها مربوط به مصرف نامنظم قرص ها و مصرف همزمان آنتی بیوتیک با قرص های پیشگیری از بارداری می باشد. از طرفی شایع ترین علت مصرف نامنظم قرص ها، مربوط به فراموشی قرص های پیشگیری از بارداری می باشد، که در صورت عمل بر طبق توصیه های مربوط به دستورالعمل فراموشی قرص ها احتمال بارداری ناخواسته کاهش می یابد ولی نتایج این بررسی نشان می دهد، ۲۷/۸٪ افراد در گروه بارداری ناخواسته دستورالعمل فراموشی قرص ها را نمی دانستند، و همچنین ۹۴/۴٪ افراد در گروه بارداری ناخواسته بیان داشتند که آموزش را به روش رودررو دریافت می کردند و از آنجایی که امکان فراموشی در این روش آموزشی بسیار زیاد است و از طرفی آموزش به روش های مکتوب از جمله پمفلت، کتابچه و جزوه در گروه مورد مطالعه وجود نداشت، استفاده از سایر روش ها جهت ارائه آموزش های مربوط به دستورالعمل فراموشی قرص ها در کاهش بارداری ناخواسته ناشی از قرص ها مؤثر خواهد بود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی به شماره قرارداد ۸۶۶۶۰ می باشد. بدین وسیله از شورای محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در تصویب و پرداخت هزینه های این طرح ما را یاری نمودند و همچنین از سرکار خانم عیسی زاده تشکر و قدردانی می شود.

بنابراین با ایجاد موقعیت های مناسب در مراکز بهداشتی درمانی و انجام مشاوره در مورد روش های پیشگیری از بارداری و به ویژه دستورالعمل فراموشی قرص ها و روش های اورژانس پیشگیری از بارداری می توان در جهت کاهش بارداری ناخواسته گامی مؤثر برداشت.

## منابع

- Hoseini M. [Population and family planning]. Tehran:Boshra Publisher;2001:32. [in Persian].
- Jarahi L, Erfanian M, Seyyed nouzadi M, Maslahati A. Assessment of reproductive behavior and women s compatibility in unwanted pregnancy in mashhad. Journal of Fundamentals of mental health 2012;14(1)16-23.
- vak O, Unsal atan S, Saruhan A, Sevil U. Preventing and Terminating Unwanted Pregnancies in Turkey. Journal of Nursing Scholarship 2006; 38(1): 6-10.
- Kavlak O, Atan SU, Saruhan A, Sevil U. Preventing and terminating unwanted pregnancies in Turkey. J Nurs Scholarsh 2006;38(1)6-10.
- Kabir SM. Causes and consequences of unwanted pregnancy from Asian women's perspectives. Suppl Int J Gynecol Obstet 1989;3:9-14.
- Christensen AL, Stuart EA, Perry DF, Le HN. Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk hispanic immigrants. Prev Sci 2011 Sep;12(3):289-99.
- Azizi A, Amirian F, Pashaei T, Amirian M. [Prevalence of unwanted pregnancy and its association with health-related quality of life in pregnant women city Salas city, Kermanshah, Iran, 2007] [Article in Persian]. J Obstet Gynecol Infertil 2011;14(5):24-9.
- Sable MR, Wilkinson DS. Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: Differences by race and Medical status. Fam Plann Prespect 1997;29(2):76-81.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Williams obstetrics. New York:McGraw-Hill;2005:841-72.
- Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005:735-809.
- Foster DG , Bley J , Mikanda J, Induni M, Arons A, Baumrind N, et al. Contraceptive use and risk of unintended pregnancy in California. Contraception 2004 Jul;70(1):31-9.
- Mousavifar N, Hafizi L, Hami A. [Determining the rate of oral contraceptive pills failure in unintended pregnancies] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2011 Jun -Jul;14(2):1-6.
- Robabi H, Sarani H, Azarkish F, Dastfan Z, Dashipoor A. [The survey of factors associated with unwanted pregnancy among women referring to health centers of Iranshahr in 2007] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2011 Oct-Nov;14(4):32-40.
- Paul F, Brenner DR, Mishell JR. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2003: 709-728
- van Bogaert LJ. 'Failed' contraception in a rural South African population. S Afr Med J 2003 Nov;93(11):858-61
- Amin Shokravi F, Filipa H Ch. Contraceptive failure and continuation rates. JOURNAL OF REPRODUCTION AND INFERTILITY.2005. jul 5(19):249-258.
- Sharifiyan Attar J. [Knowledge, attitude and practice of contraception in health centers in Mashhad] [Thesis in Persian]. Mashhad:School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences and Health Services;1997.
- Garcia F, Hatch KD, Berek JS. Intraepithelial disease of the cervix, vagina, and vulva. In: Berek JS, Berek DL. Berek & Novak's gynecology. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2012:574-618.
- Cheng Y, Zhu W, Li Z, Zhang Y, Wang A. Contraceptive practices of women requesting termination of pregnancy: a study from China. Contraception 1997 Jan;55(1):15-7.
- Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P, Welberry L, Chick P, Weisberg E, et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. Med J Aust 1989 May 15 ;150(10):549-51
- Barjot P , Graesslin O , Cohen D, Vailant P, Clerson P, Hoffer M. [Pregnancies occurring during oral contraception: lessons from the GRECO studt] [Article in French]. Gynecol Obstet Fertil 2006 Feb;34(2):120-6
- Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. N Z Med J 1998 Oct 9;111(1075):386-8.

23. Toh S, Mitchell AA, Anderka M, de Jong-van den Berg LT, Hernández-Díaz S; National Birth Defects Prevention Study. Antibiotics and oral contraceptive failure - a case-crossover study. *Contraception* 2011 May;83(5):418-25.
24. Hansen TH , Lundvall F. Factors influencing the reliability of oral contraceptives . *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 Jan;76(1):61-4.
25. Khan MA. Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. *Healthy Policy Plan* 2003 Mar;18(1):101-8.
26. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception* 2003 Feb;67(2):115-32.
27. Omo-Aghoja LO, Omo-Aghoja VW, Okonofua FE, Aghedo O, Umueri C, Otayohwo R, et al. Perceptions and attitudes of a rural community to abortion in the Niger-delta region of Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2009 Dec;12(4):443-9.