

# بررسی فراوانی رخداد بارداری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار شهرستان سرخس

دکتر لیدا جراحی<sup>۱</sup>، عباس زوار<sup>۲</sup>، دکتر محبوبه نعمت شاهی<sup>۳\*</sup>

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی سم شناسی و اعتیاد، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۹

## خلاصه

**مقدمه:** بارداری ناخواسته، تهدیدی برای سلامت مادر و کودک می باشد و به عنوان شاخص سلامتی جامعه و بهداشت باروری مورد استفاده قرار می گیرد. استفاده صحیح و مؤثر از روش های پیشگیری از بارداری و آموزش کافی به زنان، می تواند باعث محافظت در برابر بیماری های مقاربتی، فاصله گذاری مناسب بین فرزندان، افزایش بهداشت مادر و کودک و اجتناب از بارداری های ناخواسته شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی رخداد بارداری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در شهرستان سرخس انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۰۰ مادر باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهرستان سرخس انجام شد. روش نمونه گیری به روش آسان بود. ابزار گردآوری نمونه ها چک لیست مربوط به اطلاعات فردی و پرسشنامه ۲۸ سوالی مربوط به باورهای زنان و همسرانشان بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های کای دو و رگرسیون لجستیک انجام شد. سطح معناداری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** شیوع بارداری ناخواسته ۲۱/۷٪ (۶۵ نفر) بود. ارتباط معناداری بین سن ( $p=0/001$ )، سابقه بارداری ناخواسته ( $p=0/04$ )، قومیت ( $p=0/02$ )، تحصیلات ( $p=0/03$ )، درآمد خانوادگی ( $p=0/002$ )، شغل ( $p=0/001$ )، اطلاع همسر از روش های پیشگیری ( $p=0/006$ )، مشارکت همسر در پیشگیری از بارداری ( $p=0/04$ )، تعداد فرزندان ( $p=0/04$ ) و تعداد بارداری های قبلی ( $p=0/01$ ) با نوع بارداری مشاهده شد. اقدام به سقط در ۱۶/۹٪ بارداری های ناخواسته گزارش شد.

**نتیجه گیری:** استفاده نامناسب از روش های پیشگیری، عدم مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده و سابقه قبلی بارداری ناخواسته با فراوانی بالای بارداری ناخواسته همراه است. آموزش زنان و مشارکت مردان، در پیشگیری از بارداری های پرخطر و ناخواسته مهم است.

**کلمات کلیدی:** بارداری ناخواسته، زنان، بارداری، تنظیم خانواده، سقط

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محبوبه نعمت شاهی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۶۶۹۳۶؛ پست الکترونیک: neamatsm911@mums.ac.ir

## مقدمه

بروز تغییراتی در سیاست های جمعیتی مبنی بر تشویق فرزندآوری زودتر و بیشتر، پاسخگوی اهداف شکل‌گیری جمعیتی جوان و مقابله با پدیده سالمندی در جمعیت ایران است. بارداری ناخواسته، راه حل افزایش جمعیت نیست و در اجرای سیاست های جمعیتی، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه، به ویژه زنان و کودکان در اولویت است (۱). کاهش مرگ مادران و ارتقاء سطح سلامت آن ها با پیشگیری از بارداری ناخواسته، یکی از اهداف هزاره به شمار می رود (۲).

بارداری ناخواسته یکی از شاخص های مهم ارزیابی کیفی خدمات تنظیم خانواده است که رخداد آن می تواند سلامت باروری را در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به مخاطره اندازد (۳). بارداری های ناخواسته در سراسر جهان به دلیل عدم حمایت خانواده ها، تهدیدی برای سلامت مادر و کودک و از علل افزایش مرگ و میر آن ها و مانع بزرگی در بهبود سلامت باروری و جنسی می باشد (۴). در قیاس با سایر کودکان، کودکان حاصل از بارداری ناخواسته نارس و وزن کم بیشتر گزارش شده و کمتر از شیر مادر استفاده می کنند (۵). کودکان ناخواسته، در خطر بیشتری از رخداد آزار و غفلت والدین قرار دارند، و ارتباط عاطفی محدودتری با مادر خواهند داشت و از اعتماد به نفس پایین تری برخوردار خواهند بود (۶). همچنین در زنان دچار بارداری ناخواسته، استرس و افسردگی (۷)، از دست دادن شغل، طلاق و بی ثباتی در روابط عاطفی، میزان بالایی از اقدام به سقط گزارش شده است و مراقبت های دوران بارداری را دیرتر آغاز می کنند (۸). سالانه حدود ۱۷۵ میلیون بارداری، در سراسر دنیا ثبت می شود که حدود ۷۵ میلیون آن ناخواسته است (۹). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۲۰ میلیون سقط خطرناک در هر سال اتفاق می افتد که باعث مرگ ۶۰-۱۰۰ هزار مادر در سال می شود (۱۰، ۱۱). در ایران سالانه حدود ۸۰ هزار سقط عمدی، عمدتاً به دلیل بارداری های ناخواسته گزارش شده است که

تعدادی از آن ها به دلیل سقط های غیر بهداشتی منجر به مرگ یا ناتوانی می گردد (۱۰، ۱۲). اکثر مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال مربوط به کودکانی است که فاصله سنی کمتر از ۲ سال با بچه های قبل از خود داشته اند و یا سن مادران کمتر از ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال بوده است (۱۳). بروز بارداری های ناخواسته تا حدود زیادی در ارتباط با رفتارهای نادرست تنظیم خانواده است؛ به طوری که با اصلاح رفتارهای تنظیم خانواده می توان از یک سوم تا یک چهارم مرگ و میر مادران پیشگیری کرد. تعدادی از این بارداری ها مربوط به عدم آشنایی و دسترسی به وسایل پیشگیری مطمئن، عدم استفاده صحیح یا شکست روش های پیشگیری می باشد. در نیمی از بارداری های ناخواسته، زنان از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کردند و بیش ترین علت آن را عدم تمایل همسر به استفاده از روش تنظیم خانواده ذکر می نمایند (۶). اگر مادران، بارداری دلخواه و با فاصله مناسب داشته باشند، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ۳۰٪-۲۴٪ کاهش می یابد (۳). پیشگیری از بارداری ناخواسته، باعث کاهش مرگ و میر مادران و هزینه های بیمارستانی می شود.

شهرستان سرخس در شمال شرقی ترین نقطه مرزی ایران، از نظر توزیع امکانات صنعتی، فرهنگی، زیربنایی و بهداشتی درمانی نیازمند توجه ویژه به شاخص های سلامت و بهداشت خانواده و زنان می باشد. با توجه به اثرات جسمی و روانی بارداری های ناخواسته، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی بارداری ناخواسته در شهرستان سرخس انجام شد تا ضمن تعیین فراوانی بارداری های ناخواسته، عوامل مرتبط با این مشکل بررسی گردد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۰۰ مادر باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان سرخس انجام شد. به دلیل عدم اطلاع از واریانس جامعه و احتمال موفقیت یا عدم موفقیت متغیر مورد نظر و با توجه به اینکه جدول مورگان حداکثر نمونه را می دهد، جهت

برآورد حجم نمونه از آن استفاده شد. جامعه مادران باردار کل شهرستان، اعم از روستایی و شهری در حین اجرای طرح، ۱۳۰۰ نفر بود که با مراجعه به جدول مورگان با سطح اطمینان ۹۵٪، حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد شد. این تعداد به صورت متناسب با سهم جمعیت تحت پوشش به کل پایگاه های شهری، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، خانه های بهداشت و بیمارستان های دولتی (با توجه به اینکه بعضی افراد فقط به کلینیک های بیمارستان جهت انجام مراقبت ها مراجعه می کنند) تخصیص داده شد. ماماها تیم سلامت و ماماها مستقر در مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی شهری و روستایی جهت جمع آوری داده ها انتخاب شدند. به پرسشگران مستقر در بیمارستان توصیه شد مطمئن شوند که پرسشنامه قبلاً در سایر مراکز تحت پوشش طرح، تکمیل نشده باشد. از پرسشگران حوزه بهداشت خواسته شد در فرم مراقبت دوران بارداری مندرج در پرونده خانوار، به تکمیل شدن پرسشنامه توسط ماما اشاره شود. جلسات توجیهی آموزشی جهت پرسشگران برگزار شد و از آن ها خواسته شد که پرسشنامه در مورد مادران بارداری که در حین اجرای طرح در طی سال ۱۳۹۰، جهت مراقبت های معمول، مراقبت های ویژه و یا عوارض دوران بارداری مراجعه می کنند تکمیل شود. از شرکت کنندگان در طرح، رضایت آگاهانه کسب شد و به آنان اطمینان داده شد که نام مراجعه کننده در پرسشنامه درج نخواهد شد و اطلاعات، تغییری در نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی به ایشان نخواهد داد. معیارهای ورود مادران باردار در هنگام جمع آوری داده ها، سکونت در شهرستان سرخس و رضایت جهت شرکت در طرح بود. با توجه به اینکه سن بارداری، جزء متغیرهای مورد بررسی از نظر تأثیر بر بارداری ناخواسته بود، سن بارداری در معیارهای ورود به مطالعه لحاظ نشد. ابزار اصلی گردآوری داده ها، چک لیست مربوط به اطلاعات فردی با ۱۱ سؤال در مورد ویژگی های فردی و خانوادگی افراد شامل سن، تعداد فرزندان، سن ازدواج، درآمد و سؤالاتی در مورد تاریخچه تولید مثلی فرد شامل: تعداد زایمان های قبلی، تعداد سقط،

نوع زایمان، تعداد مراقبت های انجام شده در این بارداری، سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و پرسشنامه ۲۳ سؤالی در رابطه با نگرش و عقاید فرد و همسر در رابطه با بارداری، جنسیت مورد علاقه در مورد فرزند، روش های پیشگیری و ناخواسته بودن بارداری بود. در صورت اظهار ناخواسته بودن بارداری اخیر، ۵ سؤال بعدی که در رابطه با علت ناخواسته بودن بارداری، تصمیم به ختم بارداری، اقدام به سقط، تأثیر ناخواسته بودن بر روی علاقه مندی به فرزند و در صورت اقدام به سقط، روش مورد استفاده پرسیده شد.

در بررسی اعتبار محتوای پرسشنامه، از ۱۰ نفر از پزشکان خواسته شد در مورد هر سؤال از جهت ضروری یا غیر ضروری بودن آن نظرات خود را بیان نمایند، سپس شاخص روایی محاسبه و سؤالات مناسب انتخاب شدند. در بررسی اعتبار صوری پرسشنامه، سؤالات توسط ۱۰ مادر باردار تکمیل و بررسی شد. پایایی پرسشنامه با بررسی آلفای کرونباخ (۰/۷) سنجیده شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه ۳۰۰ مادر باردار شرکت کردند که سن ۱۳۳ نفر (۴۴/۵٪) بین ۱۸-۳۵ سال، ۱۴۷ نفر (۴۹/۲٪) زیر ۱۸ سال و سایرین بیش از ۳۵ سال بود. از جمعیت مورد مطالعه ۲۶۱ نفر (۸۶/۹٪) باسواد بودند که ۱۶۰ نفر (۵۳/۴٪) از آنان تحصیلات زیر دیپلم داشتند. میانگین سن ازدواج در زنان  $19/6 \pm 4$  سال بود. ۲۸۱ نفر (۹۳/۶٪) خانه دار و بقیه شاغل بودند. ۲۶۸ نفر (۸۹/۳٪) درآمد خانوادگی کمتر از ۸۰۰ هزار تومان داشتند و ۱۷۵ نفر (۵۸/۳٪) ساکن روستا بودند. ۱۸۲ نفر (۶۴/۸٪) فارس و بقیه بلوچ، عرب، زابلی و سایر قومیت ها بودند. میانگین تعداد فرزندان ۱/۲ فرزند و میانگین بارداری های قبلی ۲ فرزند بود. تعداد ۹۰ نفر (۵۲/۴٪) از زنان، قبل از بارداری از روش پیشگیری از

مناسبتی دارند. توزیع فراوانی ویژگی های فردی افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب نوع بارداری در جدول ۱ نشان داده شده است.

بارداری استفاده می کردند که ۱۹۴ نفر (۶۴/۹٪) اظهار کردند که همسرانشان در استفاده از روش پیشگیری مشارکت داشته اند و ۸۷ نفر (۲۸/۸٪) بیان نمودند که همسرشان در مورد روش های پیشگیری اطلاعات

جدول ۱ - توزیع فراوانی ویژگی های فردی افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب نوع بارداری

متغیر	نوع بارداری	بارداری خواسته	بارداری ناخواسته	سطح معنی داری
		(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
سن	> ۱۸ سال	۱۲۰ (۵۱/۵)	۲۷ (۴۱/۵)	**/۰/۰۱
	۳۵-۱۸	۹۸ (۴۲/۱)	۳۵ (۵۳/۸)	
	< ۳۵	۱۵ (۶/۴)	۳ (۴/۶)	
تحصیلات	بیسواد	۳۲ (۱۳/۷)	۷ (۱۰/۸)	**/۰/۰۳
	زیر دیپلم	۱۲۳ (۵۲/۸)	۳۵ (۵۳/۸)	
	دیپلم	۵۴ (۲۳/۲)	۱۹ (۲۹/۲)	
	دانشگاهی	۲۴ (۱۰/۳)	۴ (۶/۲)	
نظر همسر راجع به استفاده از روش پیشگیری	مشارکت	۱۴۹ (۶۴/۲)	۴۵ (۶۹/۲)	**/۰/۰۴
	مخالفت	۸۴ (۳۵/۸)	۲۲ (۳۰/۸)	
قومیت	فارس	۱۶۶ (۷۱/۲)	۴۶ (۷۰/۸)	**/۰/۰۲
	سایر	۶۷ (۲۸/۸)	۱۹ (۲۹/۲)	
شغل	خانه دار	۲۱۷ (۹۳/۱)	۶۳ (۹۶/۹)	**/۰/۰۱
	شاغل	۱۶ (۶/۹)	۲ (۳/۱)	
درآمد خانواده (هزار تومان)	> ۸۰۰	۲۱۰ (۹۰/۱)	۵۸ (۸۹/۲)	**/۰/۰۲
	< ۸۰۰	۲۳ (۹/۹)	۷ (۱۰/۷)	
سابقه استفاده از روش پیشگیری	ندارد	۱۵۷ (۶۶/۶)	۵۳ (۸۱)	**/۰/۷۸
	دارد	۷۶ (۳۳/۴)	۱۴ (۱۹)	
سابقه باردای ناخواسته	ندارد	۱۹ (۸/۲)	۷ (۱۰/۸)	**/۰/۰۴
	دارد	۲۱۴ (۹۱/۸)	۵۸ (۸۹/۲)	
اطلاعات مناسب همسر در مورد پیشگیری از بارداری	ندارد	۱۶۱ (۶۹/۴)	۵۲ (۷۹/۸)	**/۰/۰۰۶
	دارد	۷۲ (۳۰/۶)	۱۵ (۲۰/۲)	

\*\*آزمون کای دو

ذکر شد. نتایج نشان داد که در بارداری های ناخواسته ۴۵ نفر (۶۹/۲٪) از همسران در پیشگیری از بارداری مشارکت کرده و ۱۵ نفر (۲۰/۲٪) از آن ها اطلاعات مناسبی در مورد روش پیشگیری از بارداری داشتند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین ناخواسته بودن بارداری و گروه سنی زنان ( $p=0/001$ )، مشارکت همسر در استفاده از روش پیشگیری از بارداری ( $p=0/004$ ) و مطلع بودن همسر از نوع، مزایا، معایب و نحوه استفاده از روش های پیشگیری ( $p=0/006$ )، سطح تحصیلات

از بین مادران شرکت کننده در مطالعه، ۶۵ نفر (۲۱/۷٪) رخداد بارداری را ناخواسته گزارش کردند. بیشترین بارداری ناخواسته در مادران فارس در سنین ۱۸-۳۵ سال با تحصیلات زیر دیپلم گزارش شد. میانگین سن ازدواج در اغلب بارداری های ناخواسته بالای ۱۹ سال و میانگین تعداد بارداری ۲ مورد بود. شغل بیشتر زنان با بارداری ناخواسته خانه دار، و درآمد خانوادگی کمتر از ۸۰۰ هزار تومان بیان شد. در ۱۱ مورد (۱۶/۹٪) از بارداری های ناخواسته، اقدام به سقط

ناخواسته، تفاوت آماری معناداری وجود داشت (جدول ۲). در مورد متغیرهای محل زندگی (شهر، روستا)، استفاده از روش پیشگیری قبل از بارداری، سن ازدواج، سن بارداری و تعداد زایمان ها با نوع بارداری ارتباط معناداری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ).

( $p=0.03$ )، درآمد خانوادگی ( $p=0.002$ )، شغل ( $p=0.001$ ) و نژاد ( $p=0.02$ )، سابقه بارداری ناخواسته ( $p=0.04$ )، ارتباط آماری معناداری وجود داشت (جدول ۱). بر اساس آزمون تی، بین تعداد فرزندان ( $p=0.04$ ) و بارداری ( $p=0.01$ ) در دو گروه زنان با خواسته یا

جدول ۲- میانگین متغیرهای مربوط به ویژگی های فردی برحسب نوع بارداری

متغیر	نوع بارداری	بارداری خواسته (میانگین)	بارداری ناخواسته (میانگین)	سطح معنی داری
سن ازدواج	۱۹/۸±۴	۱۹±۳/۸	۰/۱۷	
سن بارداری (هفته)	۲۸/۲±۹/۹	۲۸/۷±۸/۹	۰/۷۲	
تعداد فرزندان	۱±۰/۳۵	۱/۹۱±۰/۲۴	۰/۰۴	
تعداد بارداری های قبلی	۰/۷±۰/۵۰	۱/۹±۰/۳۲	۰/۰۱	
تعداد زایمان ها	۱/۰۷±۱/۳	۱/۳±۱/۳	۰/۵۴	

\*آزمون تی دانشجویی

۱/۱۴ برابر و سابقه مثبت بارداری ناخواسته در بارداری های قبلی، ۱/۶ برابر احتمال بارداری ناخواسته را افزایش می داد (جدول ۳).

در نهایت متغیرهایی که با نوع بارداری ارتباط معناداری داشتند، وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند و مشاهده شد که بر اساس مدل به روش Backward، مخالفت همسر در مورد استفاده از روش پیشگیری

جدول ۳- نتایج مدل رگرسیون لجستیک روی متغیرهای معنی دار شده با سایر آزمون های آماری

متغیر	حدود اطمینان	نسبت شانس	سطح معنی داری
مخالفت همسر در استفاده از روش پیشگیری	۱/۰۵ - ۳/۰۱	۱/۱۴	۰/۰۲
سابقه مثبت بارداری ناخواسته	۱/۳ - ۴/۵	۱/۶	۰/۰۴

مشاهده شد که می تواند به دلیل وجود قومیت ها و نگرش های مختلف در مطالعه حاضر باشد. در مطالعه حاضر بین تعداد بارداری های قبلی و تعداد فرزندان با بارداری ناخواسته ارتباط معناداری مشاهده شد. در مطالعه تشوم و همکاران نیز بارداری ناخواسته در زنانی که تعداد بارداری های قبلی بیشتری داشتند بیشتر گزارش شده است (۱۸). اظهار بارداری ناخواسته در افزایش تعداد بارداری های قبلی نسبت به زنانی که بارداری قبلی نداشتند، ۳ برابر افزایش داشت و این می تواند به این دلیل باشد که زنانی که به تعداد فرزندان مورد نظر خود دست یافته اند، به بارداری مجدد بیشتر به عنوان بارداری ناخواسته می نگرند. در مطالعه حاضر میزان استفاده از روش پیشگیری از بارداری قبل از بارداری اخیر ۵۲/۴٪ گزارش شد. در

## بحث

در مطالعه حاضر که بر روی ۳۰۰ مادر باردار در مراکز شهری روستایی شهرستان سرخس جهت بررسی علل بارداری ناخواسته انجام شد، فراوانی بارداری ناخواسته در جمعیت مورد مطالعه ۲۱/۷٪ گزارش شد. در مطالعات انجام شده در ایران، شیوع بارداری ناخواسته در مطالعه دیرکوند و همکاران (۲۰۰۷) ۲۱٪، کیانی (۲۰۱۳) ۲۹/۵٪ و در مطالعه شوازی (۲۰۰۴) ۲۴٪ گزارش شد (۱۴، ۱۵، ۱۶). همچنین فراوانی بارداری ناخواسته در مطالعه آیکامری (۲۰۱۳) ۲۴٪ (۱۷)، تشوم (۲۰۱۴) ۳۶/۵٪ (۱۸)، لاورنس (۲۰۱۱) و در مطالعه ونتورا و همکاران (۲۰۱۲) تا ۴۹٪ گزارش شده است (۵، ۶). شیوع نسبتا پایین در اعلام وقوع بارداری ناخواسته در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر

ها را بالاتر ببرد. البته ارتباطات اجتماعی بیشتر نیز در این امر دخیل است.

مطالعات بسیاری به ارتباط نژاد و قومیت با بارداری ناخواسته اشاره کرده است که از این جمله می توان به تشوم و همکاران، موریس و همکاران و لاورنس و همکاران اشاره کرد (۵، ۱۸، ۲۲).

در این مطالعه، ۱۶/۹٪ از بارداری های ناخواسته، اقدام به سقط داشتند. در مطالعات اسدی، ربابی، خلیلی نیز به نتایج مشابه اشاره شده است (۹، ۱۹، ۲۰). در مطالعات مختلف به ارتباط موارد حاملگی ناخواسته و افزایش اقدام به سقط اشاره نموده اند (۱۰، ۲۲). فراوانی نسبتا پایین سقط در مطالعه حاضر می تواند به دلیل پابندی به اعتقادات مذهبی در مردم این شهر باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که مشارکت همسر در انتخاب و استفاده از روش پیشگیری و حمایت او در کاهش بارداری های ناخواسته موثر است. آن چنان که در ۳۰/۸٪ موارد، علت بروز بارداری ناخواسته مخالفت همسر در استفاده از روش بوده است. مطالعات دیگر نیز، اشاره به این دارد که ۱۸/۳٪ موارد بارداری ناخواسته، بعلت مخالفت همسر با استفاده از روش پیشگیری بوده است (۳). در مطالعه منصوری و همکاران، بیان شده که بارداری ناخواسته در زنانی که همسر آن ها مخالف استفاده از روش پیشگیری از بارداری بوده است، سه برابر زنانی است که همسر در این امر مشارکت لازم را داشته است (۲۱). مطالعات دیگر مانند گل محمدی و ماهوری نیز به این نتایج اشاره کرده اند (۱۳، ۱۲).

در این مطالعه اطلاعات از تمامی مراکز بهداشتی درمانی در نقاط مختلف شهر و روستاها جمع آوری و افراد با دیدگاه های مختلف بررسی شدند، ضمن اینکه سوالات پرسشنامه توسط ماماها آموزش دیده، از مادران پرسیده و ثبت شده است و اطلاعات از صحت بالایی برخوردار می باشند که این دو از نقاط قوت مطالعه حاضر می باشند. در این مطالعه برای جمع آوری داده ها از زنان باردار مراجعه کننده به بخش خصوصی استفاده نشد که می تواند محدودیت مطالعه حاضر ذکر گردد.

مطالعه اسدی و همکاران (۲۰۰۷) ۴۷/۵٪ زنان، در مطالعه ربابی و همکاران (۲۰۱۰) ۸۱٪ زنان و در مطالعه شوازی و همکاران (۲۰۰۴) ۵۹٪ زنان قبل از بارداری از روش پیشگیری استفاده می کردند، گمان نداشتن به احتمال باردار شدن و آشنایی ناکافی با روش های مطمئن از علل عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری ذکر شده است (۱۶، ۱۹، ۲۰).

در مطالعه حاضر زنان علت عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری را عدم تمایل همسر به استفاده از این روش ها ذکر کردند که به نظر می رسد زنان مورد مطالعه در تصمیم گیری در مورد تعداد فرزندان و فاصله گذاری بین آن ها از حمایت بالایی برخوردار نبوده اند.

در مطالعه حاضر، مادران در گروه سنی ۱۸-۳۵ سال با اعلام سابقه بارداری ناخواسته قبلی، بیشترین فراوانی بارداری ناخواسته را داشتند. منصوری و همکاران در مطالعه خود در مشهد سن بارداری ناخواسته را ۲۰-۳۵ سال گزارش کردند (۲۱). در مطالعه اسدی و همکاران نیز، ارتباط مستقیم تعداد فرزندان و بارداری های ناخواسته قبلی با بارداری ناخواسته تایید شده است (۱۹). در مطالعه شکروی بیشترین فراوانی بارداری ناخواسته، در سن زیر ۲۰ سال و بالای ۴۰ سال ذکر شده است (۳). مطالعه ونتورا و همکاران، در سال ۲۰۰۸، بالاترین سن بارداری ناخواسته زیر ۲۰ سال گزارش شده که یک روند افزایشی به سمت سنین ۲۰ تا ۳۴ سال در سال ۲۰۱۱ داشته است (۶).

در مطالعه حاضر ۸۹/۲٪ حاملگی های ناخواسته در خانواده های کم درآمد گزارش شد. در مطالعه موریس و همکاران نیز ۷۲/۲ درصد بارداری های ناخواسته در خانواده های کم درآمد بوده است (۲۲). به نظر می رسد این امر ناشی از توجه کمتر به آموزش های داده شده در امر پیشگیری از بارداری و فاصله گذاری مناسب بین فرزندان و نگاه به کودکان بعنوان نیروی کار جهت درآمدزایی برای خانواده باشد.

در مطالعه موریس و همکاران در سال ۲۰۱۲ نیز مانند مطالعه حاضر، به ارتباط تحصیلات پایین و حاملگی ناخواسته اشاره شده است (۲۲). به نظر می رسد تحصیلات بالاتر می تواند دسترسی به دانش و آموزش

## نتیجه گیری

استفاده نامناسب از روش های پیشگیری، عدم مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده و سابقه قبلی بارداری ناخواسته با فراوانی بالای بارداری ناخواسته همراه است. آموزش زنان و مشارکت مردان، در پیشگیری از بارداری های پرخطر و ناخواسته مهم است.

## منابع

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پرسنل پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهرستان سرخس که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، قدردانی می گردد.

- Gheisarian I. Evaluation of aging phenomen in social and economic section in Iran. J population 2010; 69(70):1-28. (Persian).
- UNFPA. Preventing HIV and Unintended Pregnancies: Strategic Framework 2011-2015. Available from: [www.who.int/.../linkages/hiv\\_pregnancies.../en/](http://www.who.int/.../linkages/hiv_pregnancies.../en/)
- Amin Shokravi F, Howden Chapman P. Factors affecting the rate of unwanted pregnancy in pregnant women of Tehran. J Reproduction and Infertility.2004; 249-58.
- Mumah J, Karoline CW, Izugbara CH, Mukira C. Coping with unintended pregnancies narrative from adolescents' nairobi slums.J African population and health research centers 2014.
- Lawrence B F, Mia RZ. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities. J Original Research Article in Contraception.2011;84(5):478-85
- Ventura SJ,Curtin SC, Abma JC, Henshow SK. Estimated pregnancy rates and rate pregnancy outcome for the United States, 1990-2008. natl vital stat report.2012;60(7):1-22
- Nowroozi A, Khorramroodi R, Sharifi S,Tahmasebi R. Prevalence of and factors associated with Unwanted pregnancy in women referred to health centers in Bushehr in 2003.J Jonoub Teb Quarterly.2005; 8 (1): 83-89.(Persian).
- Monea E, Thomas A. Unintended Pregnancy and Taxpayer Spending. J perspective on sexual and reproductive health 2011;43(2):88-93.
- Khalili M,Shohani B,Soltani O,Pournajaf A. Factors affecting Unwanted pregnancy referring to health centers of Ilam in 2002 -2003. J Ilam University of Medical Sciences 2004;12(42):18-24.(Persian).
- Jarahi L, Meysamie A. P, Fayaz Bakhsh A. Assessment of Attitude and Knowledge about Intentional Abortion in Pre-married Females. Qom University of Medical Sciences Journal, 2012; 6(1):54-59 (Persian).
- Sedgh J, Bankole A, Oye-Adeniran B, Adewole IF, Singh S, Hussain R. Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Nigerian Women. J International Family Planning Perspectives 2006; 32(4):175-84.
- GolMohammadlouS, BroomandF, AssadiAfshar M. The causes of unwanted pregnancy pregnant Kosar hospital Urmia1378.J Ardabil University of Medical Sciences 2005; 5 (4): 357-61. (Persian).
- Mahoori Kh, Amirian M. Unwanted pregnancy and associated factors in women referred to Mashhad Health centers in 2004. J Hormazgan University of Medical Sciences 2009;13(1): 25-32.(Persian).
- Dyrekvand A, Jaafarpoor M. Prevalence of unwanted pregnancies and related factors in women referred to the maternity Hospital of Darreshahr. 2006. J Yasuj Facul Nurs Midwifery 2007;2(2):19-26. (Persian).
- Kiani M , khakshoor A, Vakili R, Saidi M, Mousavi jajarmi SM. Prevalence of unwanted pregnancies and relative factors in pregnant women in meshad 2012. J North Khorasan University of Medical Sciences Summer 2013;5(2): 421-429.(Persian).
- Abbasi Shahvazi MJ, Hossein ChavoShi M, Delavar B. Unwanted pregnancies and its determinants in Iran. Medical Journal of Reproduction & Infertility. 2004;1(5):62-76. (Persian)
- Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi Kenya.J Pregnancy and childbirth 2013;69(13)
- Teshom F , Hailu AG , Teklehaymanot AN. Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married pregnant women in Ganji woreda west Wollega Oromia region, Ethiopia .J Science of Public Health 2014; 2(2): 92-101.
- Asadi Y,Meshkat M,Talae B.Unwanted pregnancy and its influencing factors in pregnant women referring to health centers of Mashhad.J Medical science 2007; 3 (10): 91-95
- Robabi H,Sarani H,Azarkish F, Dastfan Z, Dashipour A. Some of the factors associated with unwanted pregnancies in women referred to health centers Iranshahr2007. Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility .2010; 32-40(Persian).
- Mansoori A, HossainySh, Dadgar S. Unexpected pregnancy and relative factors in pregnant women referring to Mashhad maternity wards in 2004.J Birjand University of Medical Sciences. 2009; 16 (1): 65-71.
- Maurice O, Francis T, Kwame A. Multinomial regression Analysis of unplanned pregnancies in Ahafo Ano South district: Ghana.J American international journal of contemporary research. 2012 ; 2(12):90-7.