

بررسی فراوانی بارداری‌های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۹

آیدا طاهری^۱، دکتر محمود وکیلی^{۲*}، دکتر محسن میرزایی^۳، دکتر مژگان مدرس^۳

۱. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۲. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات پایش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات پایش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷

خلاصه

مقدمه: بارداری‌های ناخواسته در سراسر جهان به دلیل عدم حمایت خانواده‌ها، تهدیدی برای سلامت مادر و کودک و از علل افزایش مرگ‌ومیر آنها و مانع بزرگی در بهبود سلامت باروری و جنسی می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی بارداری‌های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های شهر تبریز انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۵۵۰ زن باردار یا تازه زایمان کرده مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تبریز انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق ساخته، شامل ۱۴ سؤال اطلاعات دموگرافیک، سابقه بارداری‌ها، خواسته/ناخواسته بودن حاملگی‌ها و روش پیشگیری بود که به روش مصاحبه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر فراوانی بارداری ناخواسته ۲۶/۲٪ بود. بارداری ناخواسته در زنان با سن ۴۱-۵۰ سال، زنان و یا همسران با تحصیلات زیردیپلم بیشتر بود. فراوانی بارداری ناخواسته با شغل زن، میزان درآمد خانواده و سابقه بارداری ناخواسته قبلی ارتباط معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). بیشترین فراوانی بارداری ناخواسته در افراد با روش منقطع مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین ارتباط معنی‌داری بین بارداری ناخواسته و نظر همسر راجع به استفاده از روش‌های پیشگیری و سطح آگاهی همسر از پیشگیری از بارداری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه بیش از یک چهارم بارداری‌ها، ناخواسته گزارش شد که با توجه به مشکلات بارداری‌های ناخواسته؛ تقویت برنامه‌های آموزشی برای کنترل آن و پذیرش بارداری توسط خانواده‌ها حتی اگر ناخواسته باشد، ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: بارداری ناخواسته، روش پیشگیری، شیوع، عوامل خطر

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محمود وکیلی؛ مرکز تحقیقات پایش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران. تلفن:

۰۳۵-۳۸۲۰۳۴۱۰؛ پست الکترونیک: vakilim52@yahoo.com

مقدمه

حاملگی ناخواسته یا بدون برنامه، یک مشکل جهانی است که همراه با هزینه‌های بسیار برای خدمات‌رسانی سازمان‌های بهداشتی-درمانی و اجتماعی است و استرس روانی زیادی به زنان و خانواده‌هایشان و جوامع در کل دنیا تحمیل می‌کند (۱). در کل جهان، در حدود ۲۱۰ میلیون حاملگی در سال اتفاق می‌افتد که تخمین زده می‌شود ۵۰٪ آنها بدون برنامه‌ریزی بوده‌اند و نیمی از این حاملگی‌های بدون برنامه به سقط جنین ختم می‌شوند (۱). مادران با حاملگی بدون برنامه در معرض خطر کاهش یا تأخیر در مراقبت‌های پره‌ناتال، افزایش خطر عوارض زایمان مانند کم‌خونی و پره‌اکلامپسی و عفونت‌های ادراری شده و افزایش بروز تولد نوزاد نارس، کم‌وزن و یا سقط و مرده‌زایی را به‌همراه داشته و سبب استرس و افسردگی پس از زایمان در مادر شود (۲، ۳). با محافظت زنان از بروز حاملگی‌های پرخطر می‌توان میزان مرگ مادران باردار را تا یک چهارم کاهش داد. علی‌رغم گزارش کاهش میزان بارداری ناخواسته در جهان و بدون تغییر ماندن نرخ سقط، به‌دلیل رشد تعداد زنان در سن باروری و تغییر در اهداف باروری تعداد سالانه حاملگی‌های ناخواسته در سراسر جهان از ۱۰۸ میلیون در سال‌های ۱۹۹۵-۱۹۹۰ به ۱۲۱ میلیون در ۲۰۱۹-۲۰۱۵ افزایش یافته و منجر به افزایش تعداد سقط‌ها از ۵۵ به ۷۳ میلیون نفر در همان دوره شده است (۴). شناسایی و پیشگیری از حاملگی‌های بدون برنامه حائز اهمیت بوده؛ به‌طوری‌که تخمین زده شده است ترویج برنامه‌های باروری سالم با جلوگیری از ۱۲ میلیون حاملگی بدون برنامه در سال صرفه‌جویی ۲۱ بلیون دلاری را در هزینه‌های مستقیم پزشکی آمریکا به‌دنبال خواهد داشت (۵، ۶). بررسی شیوع علل سقط عمدی در ایران نشان می‌دهد میزان آن به‌دلایل غیرپزشکی از ۶۹٪ در سال ۲۰۰۹ به ۸۲٪ در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است. نیمی از موارد سقط جنین ناشی از شکست ترک روش بوده و با این حال، تنها یک سوم از زنان مبتلا به شکست روش، پس از سقط جنین به روش‌های جلوگیری از بارداری مدرن روی آورده‌اند (۷).

زنانی که حاملگی ناخواسته دارند نسبت به حاملگی خود و تولد نوزاد احساس خوبی ندارند و در صورت تصمیم به ادامه حاملگی، سلامت روحی و عاطفی خود و نوزادشان به خطر می‌افتد و در صورت تصمیم به ختم حاملگی و سقط جنین، خطر سقط‌های عفونی و به خطر انداختن سلامت جسمی وجود دارد. ارتباط بین حاملگی‌های ناخواسته و آزار و اذیت کودکان و فراموش کردن آنها نیز گزارش شده است (۸). با توجه به نقش مادران و پدران برای پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته، باید به آموزش خانواده‌ها در خصوص برنامه باروری سالم پرداخته شود. با وجود دسترسی گسترده به روش‌های تنظیم فرزندآوری در جهان، تخمین زده می‌شود هنوز ۲۲۲ میلیون نیازهای برآورده نشده در این زمینه وجود دارد (۹). برآوردها نشان می‌دهد ۱۲۰ میلیون زوج در کشورهای در حال توسعه، علی‌رغم تمایل به تعویق انداختن تولد فرزند بعدی خود، دسترسی به دانش و خدمات لازم در این زمینه را نداشته و یا به دلایل فرهنگی اجتماعی و شاید ترس از عوارض، از وسایل پیشگیری استفاده نمی‌کنند (۶). میزان متوسط سالانه بارداری ناخواسته در زنان ۱۵-۴۹ ساله در کشورهای کم‌درآمد ۲/۷ برابر کشورهای با درآمد بالا می‌باشد (۹۳ در مقایسه با ۳۴ بارداری در هر ۱۰۰۰ زن)، لذا با توجه به بالا بودن میزان شیوع حاملگی ناخواسته در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران که در یک مرور سیستماتیک ۲۷/۹٪ گزارش شده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع حاملگی ناخواسته در شهر تبریز انجام شد (۱۰، ۱۱).

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۵۵۰ نفر از زنان باردار یا تازه زایمان کرده مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تبریز انجام شد. حجم نمونه بر اساس نسبت فراوانی احتمالی بارداری ناخواسته ۲۰٪، دقت ۳/۵٪، خطای نوع اول ۵٪ و ۱۰٪ احتمال عدم پاسخگویی، ۵۵۰ نفر برآورد شد (۱۵-۱۲). معیار ورود به مطالعه شامل زنان باردار و تازه زایمان کرده‌ای بودند که به بیمارستان‌های تبریز مراجعه کرده

SPSS (نسخه ۱۷) و روش‌های آماری توصیفی-تحلیلی و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای به دست آوردن ارتباط بین متغیرهای وابسته و مستقل از مدل رگرسیون (روش enter) استفاده شد. پروپوزال مطالعه حاضر دارای تأییدیه اخلاق با IR.SSU.MEDICINE.REC.1399.158 می‌باشد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۵۰ زن باردار و تازه زایمان کرده مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد از سه بیمارستان، شامل ۲ بیمارستان دولتی (۳۷۰ نفر) و ۱ بیمارستان خصوصی (۱۸۰ نفر) به‌طور متوالی وارد مطالعه شدند. فراوانی بارداری ناخواسته در جمعیت مورد مطالعه ۲۶/۲٪ (۲۲/۷-۳۰/۰) با فاصله اطمینان ۹۵٪ بود. مشخصات دموگرافیک افراد و ارتباط آن با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در جدول ۱-۳ درج شده است.

بودند و معیار خروج از مطالعه نیز شامل زانی بود که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۱۴ سؤال بود که در مطالعات قبلی از آن استفاده شده است (۱۶). داده‌ها به‌روش مصاحبه و ثبت در پرسشنامه جمع‌آوری گردید. سؤالات شامل متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن، شغل، سطح تحصیلات و نوع بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بودن، همچنین نوع روش پیشگیری، آگاهی همسر از روش‌های پیشگیری و نظر همسر راجع به استفاده از روش پیشگیری بود. روایی صوری سؤالات پرسشنامه مورد تأیید اساتید متخصص زنان زایمان و پزشکی اجتماعی قرار گرفت. انتخاب بیمارستان‌ها به‌صورت تصادفی ساده و ورود افراد به مطالعه به‌صورت متوالی تا تکمیل حجم نمونه در هر بیمارستان منتخب و پس از اخذ رضایت کتبی انجام گرفت. بعد از ورود افراد به مطالعه، داده‌ها به‌صورت مصاحبه و ثبت در پرسشنامه با رضایت کامل شرکت‌کنندگان در پژوهش جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ها بدون نام افراد تکمیل شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری

جدول ۱- فراوانی بارداری ناخواسته بر اساس رده سنی زن، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، شغل زن، درآمد خانواده و قومیت

سطح معنی‌داری*	بارداری ناخواسته		تعداد کل		متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد کل	تعداد کل	
<۰/۰۰۱	۱۲ (۲۸/۶۰)	۳۰ (۷۱/۴۰)	۴۲	۲۰	کمتر از ۲۰
	۰ (۰)	۶۶ (۱۰۰)	۶۶	۲۱-۲۵	
	۱۳ (۸/۳۰)	۱۴۳ (۹۱/۷۰)	۱۵۶	۲۶-۳۰	گروه سنی
	۳۹ (۲۳/۹۰)	۱۲۴ (۷۶/۱۰)	۱۶۳	۳۱-۳۵	
	۴ (۳۶/۴۰)	۷ (۶۳/۶۰)	۱۱	۳۶-۴۰	
<۰/۰۰۱	۷۶ (۶۷/۹۰)	۳۶ (۳۲/۱۰)	۱۱۲	۴۱-۵۰	تحصیلات زن
	۱۲ (۸۵/۷۰)	۲ (۱۴/۳۰)	۱۴	بی‌سواد	
	۵۹ (۷۳/۸۰)	۲۱ (۲۶/۲۰)	۸۰	زیر دیپلم	
	۵۷ (۲۲/۴۰)	۱۹۷ (۷۷/۶۰)	۲۶۴	دیپلم	
<۰/۰۰۱	۱۶ (۷/۹۰)	۱۸۶ (۹۲/۱۰)	۲۰۲	دانشگاهی	تحصیلات همسر
	۱۲ (۷۵/۰۰)	۴ (۲۵/۰۰)	۱۶	بی‌سواد	
	۷۷ (۵۳/۸۰)	۶۶ (۴۶/۲۰)	۱۴۳	زیر دیپلم	
	۵۰ (۲۰/۶۰)	۱۹۳ (۷۹/۴۰)	۲۴۳	دیپلم	
<۰/۰۰۱	۵ (۳/۴۰)	۱۴۳ (۹۶/۶۰)	۱۴۸	دانشگاهی	شغل زن
	۱۱۶ (۳۴/۱۰)	۲۲۴ (۶۵/۹۰)	۳۴۰	خانه‌دار	
<۰/۰۰۱	۲۸ (۱۳/۳۰)	۱۸۲ (۸۶/۷۰)	۲۱۰	شاغل	

درآمد	کمتر از ۱ میلیون	۹	۴ (۴۴/۴۰)	۵ (۵۵/۶۰)
	۱ تا ۳ میلیون	۲۷۱	۱۷۰ (۶۲/۷۰)	۱۰۱ (۳۷/۳۰)
بیش از ۳ میلیون	ترک	۴۷۸	۳۴۵ (۷۲/۲۰)	۱۳۳ (۲۷/۸۰)
	کرد	۲۵	۲۱ (۸۴/۰۰)	۴ (۱۶/۰۰)
قومیت	فارس	۳۷	۳۲ (۸۶/۵۰)	۵ (۱۳/۵۰)
	لر	۱۰	۸ (۸۰/۰۰)	۲ (۲۰/۰۰)
جمع		۵۵۰	۴۰۶ (۷۴)	۱۴۴ (۲۶)

*آزمون کای اسکوئر

مشاهده شد. مادران با تحصیلات دانشگاهی کمترین فراوانی بارداری ناخواسته را داشتند. شیوع بارداری ناخواسته در زنان خانه‌دار به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان شاغل بود ($p < 0/001$). فراوانی بارداری ناخواسته در خانواده‌های با درآمد کمتر از یک میلیون به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0/001$). اختلاف معنی‌داری بین فراوانی بارداری‌های ناخواسته و قومیت افراد مشاهده نشد.

بر اساس نتایج جدول ۱، اختلاف معنی‌داری در فراوانی بارداری ناخواسته بر اساس سن وجود داشت و در سنین بالاتر، فراوانی بیشتری داشت ($p < 0/001$). فراوانی بارداری ناخواسته نسبت به سطح سواد همسران تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/001$)؛ به‌طوری‌که بیشترین میزان در همسران با تحصیلات زیردیپلم مشاهده شد. فراوانی بارداری ناخواسته نسبت به سطح سواد مادران نیز تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/001$) و بیشترین میزان در مادران با تحصیلات زیردیپلم

جدول ۲- فراوانی بارداری ناخواسته بر اساس مشارکت همسر، روش پیشگیری، سابقه بارداری ناخواسته قبلی و سطح آگاهی

سطح معنی‌داری	همسر		تعداد کل	گروه	متغیر
	بارداری ناخواسته (تعداد=۱۴۴)	بارداری خواسته (تعداد=۴۰۶)			
0/001	۱۰۳ (۲۳/۷۰)	۳۳۲ (۷۶/۳۰)	۴۳۵	مشارکت	مشارکت همسر
	۴۱ (۳۵/۷۰)	۷۴ (۶۴/۳۰)	۱۱۵	مخالفت	
0/001	۷۵ (۴۹/۳۴)	۷۷ (۵۰/۶۶)	۱۵۲	منقطع	آخرین روش پیشگیری
	۲۵ (۳۲/۰۵)	۵۳ (۶۷/۹۵)	۷۸	کاندوم	
	۳۹ (۲۳/۹۳)	۱۲۴ (۷۶/۰۷)	۱۶۳	قرص خوراکی	
	۵ (۳/۱۸)	۱۵۲ (۹۶/۸۲)	۱۵۷	آی یو دی	
0/001	۵۷ (۱۴/۳۲)	۳۴۱ (۸۵/۶۸)	۳۹۸	ندارد	سابقه بارداری ناخواسته قبلی
	۸۷ (۵۷/۲۴)	۶۵ (۴۲/۷۶)	۱۵۲	دارد	
0/001	۲۴ (۵۷/۱۰)	۱۱۸ (۴۲/۹۰)	۴۲	عدم آگاهی	آگاهی همسر
	۳۷ (۵۶/۹۰)	۲۸ (۴۳/۱۰)	۶۵	آگاهی کم	
	۶۲ (۲۳/۸۰)	۱۹۸ (۷۶/۲۰)	۲۶۰	آگاهی متوسط	
	۲۱ (۱۱/۵۰)	۱۶۲ (۸۸/۵۰)	۱۸۳	آگاهی خوب	

۹۵٪ دارای بارداری ناخواسته و ۱۰۳ نفر (۲۳/۷٪) از زنان با همسران موافق، (۲۷/۹-۱۹/۹٪) با فاصله اطمینان ۹۵٪ دارای بارداری ناخواسته بودند. اختلاف معنی‌داری در فراوانی روش‌های استفاده از بارداری در بین زنان مورد بررسی مشاهده شد ($p < 0/001$)؛

بر اساس نتایج جدول ۲، اختلاف معنی‌داری بر اساس بارداری ناخواسته و نظر همسر راجع به استفاده از روش‌های پیشگیری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ به‌طوری‌که ۴۱ نفر (۳۵/۷٪) از زنان با همسران مخالف با روش پیشگیری (۴۴/۷-۲۷/۵٪) با فاصله اطمینان

به طوری که در افراد با روش منقطع، بیشترین میزان بارداری ناخواسته مشاهده شد و در افراد با IUD کمترین بارداری ناخواسته وجود داشت. ۸۷ نفر (۵۷/۲٪) (۴۹/۳-۶۴/۸٪) با فاصله اطمینان (۹۵٪) از افرادی که قبلاً سابقه بارداری ناخواسته داشتند، مجدداً دچار بارداری ناخواسته شدند. بررسی آگاهی همسران (با پرسش از زنان) نشان داد که در افراد با بارداری ناخواسته، اختلاف معنی داری بین سطح آگاهی همسرانشان در مورد پیشگیری از بارداری وجود داشت (۰/۰۰۱ < p)؛ به طوری که ۲۴ نفر (۵۷/۱٪) از زنان با همسران با عدم آگاهی (۴۲/۲-۷۰/۸٪) با فاصله اطمینان (۹۵٪) و ۳۷ نفر (۵۶/۹٪) از زنان با همسران با آگاهی کم، دارای بارداری ناخواسته بودند. بر اساس مدل رگرسیونی لجستیک، از بین متغیرهای مدل (تحصیلات زن، تحصیلات همسر، سن زن و شوهر، قومیت، شغل زن، درآمد خانواده، آگاهی همسر، مشارکت همسر و نیز سابقه بارداری ناخواسته)، متغیرهای سن مادر (۱/۲۳-۱/۴۳، OR=۱/۳۳)، سن پدر (۱/۰۱-۱/۱۱، OR=۱/۰۶)، سابقه قبلی بارداری ناخواسته (۲۰/۹۲-۸۹۷/۴۵، OR=۱۳۶/۹) و آگاهی پدران از روش‌های پیشگیری (۰/۰۳-۰/۶۱، OR=۰/۱۳) بر شیوع بارداری ناخواسته تأثیر داشت.

بحث

پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته و بدون برنامه در خانواده‌ها می‌تواند نقش بسیار مهمی در پیشگیری از نتایج زیان‌باری داشته باشد که در وهله اول، زنان را در خانواده درگیر مشکلات و عوارض جدی می‌کند که همه این عوامل در ذهنیت استفاده از روش‌های پیشگیری تأثیر می‌گذارد. در مطالعه حاضر شیوع بارداری ناخواسته ۲۶/۲٪ بود که این میزان در مطالعه ظاهری و همکاران (۲۰۱۵) ۲۵/۱٪، در مطالعه جراحی و همکاران (۲۰۱۴) در مشهد ۲۱/۷٪، در مطالعه کیانی و همکاران (۲۰۱۳) در مشهد ۲۹/۵٪ و در مطالعه شهبازین و همکار (۲۰۱۵) در کنگاور در غرب ایران ۲۱/۲٪ بود (۱۲، ۱۹-۱۷). ولی نسبت به برخی از مطالعات که در سال‌های قبل‌تر انجام شده است؛

همانند مطالعات منصوری و همکاران (۲۰۰۹) (۳۵/۸٪) و مطالعه پورحیدری و همکاران (۲۰۰۷) (۳۱٪) فراوانی بارداری ناخواسته کمتر بود که نشان می‌دهد که با گذشت زمان و در زمان کنونی آگاهی و عملکرد زوجین نسبت به روش‌های پیشگیری از بارداری بیشتر شده است (۲۰، ۲۱).

در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان با بارداری ناخواسته ۳۸/۴۷ سال بود. بررسی فراوانی بارداری خواسته نسبت به گروه‌های سنی نیز نشان داد با افزایش سن، درصد حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود؛ به طوری که بیشترین فراوانی بارداری ناخواسته در سنین بالای ۴۰ سال بود. مطالعات ربایی و همکاران (۲۰۱۱)، بیگی و همکاران (۲۰۰۹) و وکیلی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که با افزایش سن، شیوع حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود (۱۶، ۲۲، ۲۳). این امر می‌تواند ناشی از باوری باشد که زنان بالای ۳۵ سال نسبت به کم شدن قدرت باروری خود و نزدیک شدن به سنین یائسگی دارند. همچنین یکی دیگر از دلایلی که می‌توان برای ارتباط بین سن بالاتر و وقوع حاملگی ناخواسته ذکر کرد این نکته است که معمولاً زنانی که در سنین بالاتر هستند، تعداد فرزند مطلوب خود را تعیین کرده‌اند و با داشتن فرزندان بالغ، در صورت بروز حاملگی در این سنین گاهاً احساس شرم کرده و به‌عنوان حاملگی ناخواسته تلقی می‌نمایند (۲۴). هرچند میانگین سنی در مطالعه حاضر اندکی بیشتر از سایر مطالعات قبلی بود که دلیل آن می‌تواند بالا رفتن سن ازدواج در جامعه و همچنین دیر بچه‌دار شدن زوجین پس از ازدواج باشد.

در مطالعه حاضر فراوانی بارداری ناخواسته نسبت به سطح تحصیلات پدران و مادران تفاوت معنی‌داری داشت و در افراد با تحصیلات دانشگاهی، کمترین میزان مشاهده شد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه گنجویی و همکاران در کرمان (۲۰۱۵) کیانی و همکاران (۲۰۱۳) در مشهد و همچنین جراحی و همکاران (۲۰۱۴) در شمال شرق ایران در سرخس همسو بود؛ چراکه مطالعات این محققین نیز حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین تحصیلات مادران و

ناخواسته در خانواده‌های با درآمد کمتر از یک میلیون پایین بود، جمعیت کم این افراد در نمونه مورد بررسی در مطالعه حاضر است که از محدودیت‌های قابل ذکر در مطالعه می‌باشد. البته لازم است این مسئله را مدنظر گرفت که بالا رفتن خط فقر باعث شده سطوح بالاتر درآمد خانواده‌ها به‌عنوان معیاری برای سنجش وضعیت اقتصادی در نظر گرفته شود.

در مطالعه حاضر از نظر فراوانی انواع روش پیشگیری از بارداری، بیشترین روش مورد استفاده گروه حاملگی ناخواسته، روش منقطع و سپس قرص‌های خوراکی بود که مشابه نتایج مطالعات انجام شده در کرمان، بوشهر و نجف‌آباد بود (۲۵، ۲۷، ۲۸). در مطالعه اسدی سروسنایی و همکاران (۲۰۱۷) در استفاده‌کنندگان از روش منقطع به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری، بالاترین حاملگی ناخواسته رخ داده بود (۲۹). زمانی که فرد تصمیم به استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری می‌کند، بنابراین قصد باردار شدن ندارد و اگر حاملگی هم‌زمان با استفاده از این روش‌های پیشگیری رخ دهد، بدیهی است که از نظر فرد به‌عنوان حاملگی ناخواسته محسوب شود.

به‌طور کلی بر اساس نتایج مطالعات مختلف، افراد علت استفاده از روش منقطع را ترس از عوارض دارویی می‌دانند. سهل‌انگاری و ترس از عوارض دارویی، دلیل عمده استفاده از روش طبیعی است (۳۰) که خود نیازمند به آگاه‌سازی بیشتر مادران در سنین باروری دارد، درحالی که استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری، یکی از مطمئن‌ترین روش‌های پیشگیری است، ولی با وجود این، تعدادی از افراد که از قرص استفاده می‌کردند نیز حاملگی ناخواسته داشتند که می‌تواند به‌علت عدم استفاده صحیح از این روش باشد. همچنین بر اساس نتایج، تعدادی از حاملگی‌ها با وجود استفاده از کاندوم بوده است که می‌توان نتیجه گرفت که افراد استفاده‌کننده، تجربه کافی در نحوه استعمال آن نداشته‌اند و یا از آن به‌طور مداوم استفاده نکرده‌اند (۲۵). اثربخشی این روش‌ها به‌طرز استفاده صحیح زوجین بستگی دارد. با توجه به اینکه روش‌های مطمئن دیگری مانند IUD و روش‌های هورمونی می‌توانند در

حاملگی ناخواسته بود؛ به‌طوری‌که شیوع حاملگی ناخواسته در مادرانی که تحصیلات خود و همسرشان دانشگاهی بود، کمتر از سایر مادران بود (۱۷، ۱۸، ۲۵). از دلایل پایین بودن میزان حاملگی ناخواسته در میان زنان و مردانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، می‌توان به این مورد اشاره کرد که این افراد اطلاعات و آگاهی‌های بیشتری در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و مسائل جمعیتی دارند و سطح اجتماعی اقتصادی بهتری دارند، بنابراین میزان حاملگی ناخواسته در بین آنان کمتر است. از طرفی ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر و نیز اشتغال در افراد با تحصیلات دانشگاهی بر فرزندآوری ترجیح داده می‌شود (۲۵).

در مطالعه حاضر میزان حاملگی ناخواسته در زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل بود که نتایج به‌دست آمده با یافته‌های دیگران هم‌خوانی داشت. سطح آگاهی و سواد بالاتر در شاغلین، سن بالاتر ازدواج در شاغلین در کل درگیری‌های کاری و اجتماعی بیشتر در شاغلین می‌تواند از عوامل کمتر بودن میزان شیوع حاملگی‌های ناخواسته در آنها باشد (۱۸، ۲۵، ۲۶).

هرچند برخی مطالعات نیز نتایج متفاوتی داشتند؛ به‌طوری‌که در مطالعه محمد بیگی و همکاران (۲۰۰۹) ارتباط معنی‌داری بین حاملگی ناخواسته و شغل زنان شرکت‌کننده مشاهده نشد (۲۲). دلیل عدم وجود ارتباط بین شغل و حاملگی ناخواسته ممکن است به‌دلیل تعداد کم شرکت‌کنندگان شاغل در مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر اختلاف معنی‌داری بین فراوانی بارداری ناخواسته بر اساس میزان درآمد خانواده‌ها مشاهده شد. مطالعات ظاهری و همکاران (۲۰۱۵) در سنندج و جراحی و همکاران (۲۰۱۴) در سرخس نیز نتایج مشابهی را ارائه داده و بر تأثیر وضعیت اقتصادی خانواده بر شیوع بیشتر بارداری ناخواسته تأکید داشتند (۱۲، ۱۷). کاهش فقر در جامعه، زمینه‌ساز کاهش مشکلات بهداشتی است، لذا خانواده‌ها با درآمد کم باید از نظر دریافت خدمات بهداشتی و آموزش بیشتر مورد توجه قرار گیرند. یکی از دلایلی که فراوانی بارداری

کاهش میزان حاملگی ناخواسته مؤثر باشند، لذا لزوم توجه به آموزش صحیح و مشاوره کارآمد به خانواده‌ها جهت برنامه‌ریزی خانواده برای فرزندآوری برای زنان و همسرانشان وجود دارد.

در مطالعه حاضر ۵۷/۲٪ از افرادی که قبلاً سابقه بارداری ناخواسته داشتند، مجدداً دچار بارداری ناخواسته شدند. تعداد حاملگی و روش پیشگیری فعلی بارداری با بروز حاملگی ناخواسته ارتباط معکوس داشت؛ به طوری که با افزایش تعداد بارداری و رعایت نکردن فاصله بین موالید، مادران به دلیل عدم رعایت مسائل پزشکی، کم‌خونی و کم‌توان شدن قدرت بدنی، در معرض خطر بالاتر حاملگی ناخواسته قرار می‌گیرند (۱۸).

در مطالعه حاضر در زنان با همسران مخالف با روش پیشگیری، ۳۵/۷٪ دارای بارداری ناخواسته بودند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۴۲/۴٪ از زنان با بارداری ناخواسته دارای همسرانی با عدم آگاهی و یا آگاهی کم در زمینه پیشگیری از بارداری بودند. گاهی همسران اختلاف نظر در روش پیشگیری دارند که این خود عامل حاملگی‌های ناخواسته است. دسته‌ای از عوامل مؤثر بر انتخاب روش‌های جلوگیری از حاملگی وجود دارند که باعث می‌شوند زوجین در مورد نوع روش پیشگیری از بارداری توافق نداشته باشند. از جمله این عوامل که سازمان بهداشت نیز به آن اشاره نموده است، اعتقادات فرهنگی و مذهبی افراد، داشتن سابقه تجربه قبلی از روش، اعتماد به یک روش خاص، میل و رضایت شخصی زوجین و شناخته شده بودن روش در میان افراد خانواده و دوستان می‌باشد (۳۰) که لازم است در خصوص راهکارهایی برای کاهش میزان

حاملگی‌های ناخواسته و به تبع آن کاهش پیامدهای منفی حاملگی ناخواسته، برنامه‌هایی برای آموزش خانواده‌ها اجرا شود.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه خانه‌دار بودند، پر کردن پرسشنامه‌ها به حوصله زیاد و همکاری مناسبی نیاز داشت و خستگی برخی مادران و عدم همکاری مناسب آنها، از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای ۲۶٪ حاملگی ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در این مطالعه، لازم است آموزش‌های مداوم برنامه‌های باروری سالم برای خانواده‌ها به‌ویژه زوجین در دهه اول زندگی مشترک برنامه‌ریزی گردد تا با آگاهی از عوارض بارداری، به ویژه ناخواسته، در سنین بالا نسبت به برنامه‌ریزی برای فرزندآوری در بازه سنی مناسب اقدام نمایند. آموزش استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری در سنین بالا توسط زوجین پیشنهاد می‌گردد. پیش‌بینی تسهیلات لازم برای پایین آوردن سن ازدواج در جامعه، امنیت شغلی برای جوانان به‌ویژه زنان شاغل و فرهنگ‌سازی ازدواج آسان توسط سیاست‌گزاران در فراهم کردن بازه سنی مناسب برای بارداری و ناخواسته تلقی نکردن بارداری توسط خانواده‌ها تأثیرگذار خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Ranatunga ID, Jayaratne K. Proportion of unplanned pregnancies, their determinants and health outcomes of women delivering at a teaching hospital in Sri Lanka. *BMC pregnancy and childbirth* 2020; 20(1):1-5.
2. Bahk J, Yun SC, Kim YM, Khang YH. Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC pregnancy and childbirth* 2015; 15(1):1-2.
3. Johnson EL, Burke AE, Wang A, Pennell PB. Unintended pregnancy, prenatal care, newborn outcomes, and breastfeeding in women with epilepsy. *Neurology* 2018; 91(11):e1031-9.
4. Kantorová V. Unintended pregnancy and abortion: what does it tell us about reproductive health and autonomy?. *The Lancet Global Health* 2020; 8(9):e1106-7.

5. Kranker K, Bardin S, Lee Luca D, O'Neil S. Estimating the incidence of unintended births and pregnancies at the sub-state level to inform program design. *PloS one* 2020; 15(10):e0240407.
6. Nekoolaltak M, Tansaz M, Bioos S. Comparison between Contraceptive Methods in Persian Traditional Medicine and Modern Medicine. *Medical History* 2012; 3(9):55-77.
7. Erfani A, Shojaei J. New Evidence on Induced Abortion in Tehran, Iran: Rates, Causes, and Changes. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(3):64-77.
8. Guterman K. Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child abuse & neglect* 2015; 48:160-9.
9. Sinai I, Igras S, Lundgren R. A practical alternative to calculating unmet need for family planning. *Open access journal of contraception* 2017; 8:53-9.
10. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health* 2020; 8(9):e1152-61.
11. Jalali R, Mohammadi M, Vaisi-Raygani A, Ghobadi A, Salari N. Prevalence of unwanted pregnancy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health* 2019; 16(1):1-8.
12. Zaheri F, Ranaie F, Karimeh R, Shahoi R. Unwanted pregnancy and associated factors among pregnant women who referred to Sanandaj health centers in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(132):10-15.
13. Upadhya KK. Emergency contraception. *Pediatrics* 2019; 144(6).
14. Mumah J, Kabiru CW, Izugbara CO, Mukiira C. Coping with unintended pregnancies: Narratives from adolescents in Nairobi's slums. *STEP UP Research Report*. Nairobi: African Population and Health Research Center; 2014.
15. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011; 84(5):478-85.
16. Vakili M, Shahbazi H, Dehghan MH. The prevalence of unintended pregnancies and its related demographic factors in hospitals of Yazd city-2008. *Toloo-E-Behdasht* 2011; 9(4):23-35.
17. Jarahi L, Zavar A, Neamat Shahi M. Evaluation of the frequency of unwanted pregnancy and its related factors in the pregnant women of Sarakhs city. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(124):8-14.
18. Kiani MA, Khakshour A, Vakili R, Saeedi M, Mosavi Gagarmi SM. Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in women Mashhad city in 2013. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5(2):421-9.
19. Shahbazin S, Gholamy A. Prevalence Unintended Pregnancy and its Related Factors among Currently Pregnant Women in Kangavar City (West Iran). *Journal of Community Health Research* 2015; 4(1):19-28.
20. Mansoori A, Hossainy SH, Dadgar SA. Unexpected pregnancy and relative factors in pregnant women referring to Mashhad maternity wards in 2004. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009; 16(1):65-70.
21. Pourheydari M, Souzani A, Shamaiian N. Prevalence of unwanted pregnancies and their correlates in pregnant woman in Shahrood, Iran. *Payesh* 2007; 6(1).
22. Beygi AM, Salehi NM, Bayati A. Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak 2007. *Koomesh* 2009; 10(3):201-206.
23. Robabi H, Sarani H, Azarkish F, Dastfan Z, Dashipoor A. The survey of factors associated with unwanted pregnancy among women referring to health care centers of Iranshahr in 2007. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(4):32-40.
24. Kheiriat M, Zamaniavijeh F, Araban M, Kheiriat F. Reasons deemed for an unwanted pregnancy: a qualitative study (unwanted pregnancy). *Iran J Health Educ Health Promot* 2014; 2(2):153-64.
25. Ganjouei TA, Karim Zadeh Z, Faramarzi Gohar A, Hosseini-Zijoud SS, Hosseini-Zijoud SM. Unwanted pregnancy and related causes in pregnant women in Kerman, 2013. *Pajouhan Scientific Journal* 2015; 13(4):19-26.
26. Ostad Norozi N, Zokaei M, Khoramdel Z, Zandevakili F. Prevalence of Unwanted Pregnancy and its Related Demographic Factors in Kurdistan-2012. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2014; 2(2):44-9.
27. 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):83-9.
28. Zamani F, Rajabi Z. Unwanted pregnancy in rural women of Najafabad. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2005; 9.
29. Sarvestani KA, Ahmadi A, Enayat H, Movahed M. Level and factors related to unintended pregnancy with a brief review of new population policies in Iran. *Iranian journal of public health* 2017; 46(7):973-81.
30. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Tehrani H, Zarei F. Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(12):18-26.