

# بررسی برخی عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایرانشهر-۱۳۸۶

حسن ربابی<sup>۱\*</sup>، حامد سارانی<sup>۲</sup>، فاطمه آذرکیش<sup>۳</sup>، زهرا دستفان<sup>۴</sup>، علیرضا داشی پور<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. دانشجوی Ph.D.، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۴. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۵. مربی و مشاور آمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۷/۲۴

## خلاصه

**مقدمه:** حاملگی ناخواسته یک مشکل عمومی و جهانی است که بر زنان، خانواده‌ها و جامعه تاثیر می‌گذارد. عدم توجه به علل حاملگی ناخواسته و اثرات منفی آن می‌تواند سلامت جامعه را تهدید نماید. مطالعه حاضر به منظور بررسی علل حاملگی ناخواسته در شهر ایرانشهر در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه تحلیلی مورد شاهدهی در سال ۱۳۸۶ روی ۹۶۰ زن باردار ایرانی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی ایرانشهر که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود و داده‌ها شامل مشخصات فردی، رفتار باروری و عملکرد پیشگیری از بارداری با مصاحبه حضوری جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۱) و آزمون‌های کای دو و آزمون تی مسقل تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بیشترین حاملگی ناخواسته در زنان با سن بالاتر از ۳۵ سال، بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی رخ داده‌بود و بین متغیرهای فوق و نوع حاملگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ( $p=0/001$ ). ۸۱ درصد زنان با حاملگی ناخواسته قبل از حاملگی اخیر از یک روش پیشگیری استفاده می‌کردند که ۳/۳۹٪ آنان قبل از بارداری روش مورد استفاده را قطع و ۶۰/۷٪ در حین استفاده از آن حامله شده بودند. بیشترین بارداری ناخواسته در مصرف‌کنندگان قرص (۶۱/۱٪)، کاندوم (۲۵/۸٪) و روش منقطع (۱۰/۶٪) اتفاق افتاده بود.

**نتیجه‌گیری:** جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات تنظیم خانواده لازم است برنامه‌های گسترده‌ای در خصوص آموزش روشهای پیشگیری از بارداری و مضرات بارداری ناخواسته، به‌ویژه در بین خانم‌های با سنین بالاتر و تحصیلات پایین‌تر اجرا شود.

**کلمات کلیدی:** حاملگی ناخواسته؛ رفتارهای باروری؛ تنظیم خانواده؛ روش‌های پیشگیری از بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: حسن ربابی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. تلفن: ۰۷۷-۲۴۱۹۴۰۶-۵۴۱

نمبر: ۰۵۴۱-۲۴۴۲۴۸۱؛ تلفن همراه: ۰۹۱۵۵۴۳۰۵۳۷؛ پست الکترونیک: harobabi@yahoo.com

## مقدمه

حاملگی ناخواسته یکی از مهم‌ترین مشکلات در برنامه‌های تنظیم خانواده به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است (۱). سالانه ۲۰۰ میلیون حاملگی در جهان اتفاق می‌افتد که در حدود یک‌سوم (۷۵ میلیون) آنها ناخواسته هستند (۲). شیوع حاملگی ناخواسته در کشورهای مختلف متفاوت است به طوری که در نیجریه ۲۸ درصد، در آمریکا بیش از ۵۰ درصد و در آفریقای جنوبی ۶۹ درصد گزارش شده است (۳-۵). تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف ایران شیوع حاملگی ناخواسته را بین ۲۶ تا ۴۷ درصد حاملگی‌ها نشان می‌دهد (۶، ۷، ۸).

نتایج حاملگی‌های ناخواسته قابل ملاحظه است و مشکلات و عوارضی را هم برای کودکان و هم برای والدین آنها ایجاد می‌کند. از حدود یک‌سوم حاملگی‌های ناخواسته که در جهان اتفاق می‌افتد، تعداد ۵۰ میلیون به اتمام می‌رسد و ۲۰ میلیون آنها به سقط منجر می‌شود که تقریباً نیمی از آنها ناسالم و غیر بهداشتی است (۲، ۹). سقط جنین‌های غیر قانونی که در شرایط غیر ایمن و نامطمئن انجام می‌شود یکی از علل اصلی مرگ و میر مادران در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است و سبب مرگ و میر سالانه ۶۸۰۰۰ زن می‌شود. علاوه بر این، میلیون‌ها زن دچار عوارض دیگری مانند کم‌خونی به علت خونریزی، افزایش احتمال سقط در بارداری‌های بعدی، عوارض روانی و عفونی می‌شوند و برای درمان این عوارض نیاز به بستری در بیمارستان دارند، به طوری که بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه از هر پنج زن یک نفر به علت عوارض سقط‌های غیر بهداشتی در بیمارستان بستری می‌شود و هزینه‌های بسیار سنگین صرف درمان این عوارض می‌شود (۹-۱۱). بر اساس مطالعات انجام شده، زنان با حاملگی ناخواسته نسبت به سایر زنان در طول بارداری بیشتر دچار عوارض بارداری و عفونت‌های واژینال و دیگر عفونت‌ها می‌شوند (۱۲). علاوه بر این در خدمات و مراقبت‌های قبل از زایمان تعلل بیشتری دارند و نوزادان آنها نیز در خطر بیشتری برای کم‌وزنی، مرگ و میر دوران کودکی و سوء رفتار و غفلت هستند (۱۳).

عوامل متعددی سبب حاملگی‌های ناخواسته می‌شود که مهم‌ترین آنها عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و شکست این روش‌ها است. دلایل زیادی برای عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری وجود دارد که از جمله آنها می‌توان به کمبود آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و خدمات تنظیم خانواده، اعتقادات شخصی و دینی، مخالفت شریک جنسی یا دیگر اعضای خانواده، عوارض جانبی بر سلامتی یا قدرت باروری، کمبود آگاهی از عوارض و مشکلات حاملگی-های ناخواسته و تصمیم‌گیری محدود زنان در کنترل باروری اشاره کرد (۱۱، ۱۴). حاملگی ناخواسته با عوامل دیگری مانند: فقر، ازدواج در سنین پایین و زود بچه‌دار شدن و پایین بودن سطح تحصیلات نیز در ارتباط است (۱۵). علاوه بر این کیفیت پایین خدمات تنظیم خانواده نیز در ایجاد حاملگی‌های ناخواسته نقش دارد (۱۶). به-طوری‌که در بسیاری از مناطق دنیا خدمات مشاوره‌ای مطلوبی در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری انجام نمی‌شود و روش‌های پیشگیری از بارداری میلیون‌ها نفر استفاده کننده، متناسب سن، شرایط باروری و وضعیت سلامتی آنهاست و غالباً مراکز ارائه دهنده خدمات به-جای مددجویان در انتخاب یک روش پیشگیری از بارداری تصمیم‌گیری می‌نمایند (۱۴).

لازم است در برنامه‌های ارتقاء بهداشت، برنامه‌های آموزشی و استراتژی‌های عملی بر رفع موانع فوق تاکید شده و به عنوان اصل اولیه و اساسی در جلوگیری از بارداری‌های بدون برنامه و یا ناخواسته، بر ارتقاء و اصلاح آگاهی زنان در مورد وسایل جلوگیری از بارداری تاکید شود. با قبول این فرضیه که از سال ۱۳۷۶ برنامه‌های تنظیم خانواده در ایران موفقیت قابل توجهی داشته است، بررسی روند حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در سال‌های اخیر از اهمیت قابل توجهی برخوردار است.

از آنجا که استان سیستان و بلوچستان جوان‌ترین و توسعه نیافته‌ترین استان کشور و ایرانشهر با جمعیتی بالغ بر ۲۵۰۰۰۰ نفر جوان‌ترین شهر کشور است، مشکلات و معضلات عدیده‌ای در این استان و شهر

ایران‌شهر وجود دارد که مهم‌ترین آنها عبارتند از: فقر فرهنگی، نرخ رشد بالای جمعیت (۲/۲۶ درصد)، عدم اشتغال‌زایی، تعدد زوجات، ازدواج اجباری و فامیلی، ازدواج در سنین پایین با مردان مسن یا اتباع خارجی و مردسالاری، که تمام این مشکلات به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم می‌توانند بر بهداشت خانواده تاثیر بگذارند (۱۷). با توجه به این‌که میزان و علل ایجاد حاملگی ناخواسته در مناطق مختلف تحت تاثیر نگرش عمومی مردم و شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و مذهبی ناحیه قرار می‌گیرد، مطلوب است عوامل موثر در بروز این مشکل در هر منطقه‌ای به‌طور جداگانه بررسی شود تا بر اساس آن تدابیر لازم اندیشیده شود و نظر به این‌که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در شهر ایران‌شهر انجام نشده است، این مطالعه با هدف بررسی برخی عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته در شهر ایران‌شهر در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

## روش کار

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی از نوع مورد شاهدهی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار ایرانی تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهر ایران‌شهر بوده است. برای تعیین حجم نمونه با توجه به مطالعه مقدماتی انجام شده، حداقل اختلاف فراوانی در وضعیت شغلی مادران حامله دو گروه پیدا شد که در مورد مادران با حاملگی ناخواسته ۸۰ درصد خانه‌دار و در گروه با حاملگی خواسته ۷۰ درصد خانه‌دار بودند که حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه نسبت‌ها در هر گروه ۴۸۰ نفر و در کل ۹۶۰ نفر به‌دست آمد.

نمونه‌گیری به صورت در دسترس از زنان واجد شرایط مراجعه‌کننده به تمام مراکز بهداشتی-درمانی سطح شهر ایران‌شهر که شامل پنج مرکز بود در مدت ۹ ماه از تیرماه لغایت اسفند ماه ۱۳۸۶ صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته بود که با استفاده از کتب و مقالات مرتبط به موضوع پژوهش تهیه شد. روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن از طریق آزمون مجدد مورد تایید قرار گرفت؛ به این ترتیب که تعداد ۵۰ پرسشنامه برای ۵۰

زن باردار واجد شرایط تکمیل و سپس نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که با  $I=0/83$  اعتماد علمی مورد تایید قرار گرفت.

پرسشنامه مشتمل بر پنج بخش و ۶۶ سوال بود. بخش اول مشخصات فردی و وضعیت اقتصادی واحدهای مورد پژوهش، بخش دوم مربوط به وضعیت باروری، بخش سوم مربوط به استفاده یا عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری قبل از حاملگی فعلی و منبع کسب اطلاعات، بخش چهارم مربوط به خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و علل آن و بخش پنجم مربوط به عملکرد واحدهای مورد پژوهش در زمینه روش پیشگیری از بارداری که قبل از حاملگی فعلی داشتند، بود. در مورد عملکرد واحدهای مورد پژوهش در زمینه استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به این شکل عمل شد که برای هر کدام از سوالات مربوط به عملکرد یک روش پیشگیری از بارداری در صورت پاسخ صحیح امتیاز پنج و در صورت پاسخ غلط امتیاز صفر در نظر گرفته شد و در نهایت میانگین امتیازات در دو گروه حاملگی خواسته و ناخواسته مقایسه شد.

داده‌ها توسط پرسشگرهای آموزش‌دیده (کاردان مامایی و کاردان بهداشت خانواده) شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی به کمک مصاحبه با واحدهای مورد پژوهش جمع‌آوری شد؛ به این ترتیب که به ازای هر یک مورد حاملگی ناخواسته یک مورد حاملگی خواسته نیز انتخاب شد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با برنامه آماری SPSS (نسخه ۱۱) و فرمول‌های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد. در توصیف اطلاعات از درصد، میانگین و انحراف معیار و در آنالیز تحلیلی از آزمون t مستقل و کای دو استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین سن زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته به ترتیب  $24/9 \pm 5/5$  و  $27/6 \pm 6/3$  سال بود. دیگر نتایج در جدول شماره (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین برخی از مشخصات فردی مورد بررسی در دو گروه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر  
ایرانشهر در سال ۱۳۸۶ بر حسب نوع حاملگی

| نتیجه آزمون                    | میانگین و انحراف معیار | تعداد | نوع حاملگی |                               |
|--------------------------------|------------------------|-------|------------|-------------------------------|
|                                |                        |       | خواسته     | متغیر                         |
| t=-۶/۹۲<br>df= ۹۵۸<br>p=۰/۰۰۱  | ۲۴/۹ ±۵/۵              | ۴۸۰   | خواسته     | سن (سال)                      |
| t=-۶/۰۸<br>df= ۹۵۸<br>p=۰/۰۰۱  | ۲۷/۶ ±۶/۳              | ۴۸۰   | ناخواسته   | سن                            |
| t=-۶/۰۸<br>df= ۹۵۸<br>p=۰/۰۰۱  | ۳۰/۲ ±۷/۶              | ۴۸۰   | خواسته     | همسر (سال)                    |
| -----                          | ۱۹/۶ ±۴/۱              | ۴۸۰   | خواسته     | سن ازدواج                     |
| -----                          | ۱۸/۳ ±۳/۵              | ۴۸۰   | ناخواسته   | میزان درآمد<br>ماهانه (تومان) |
| t=۰/۶۱۹<br>df= ۸۹۵<br>p=۰/۵۳   | ۲۴۵/۹۰ ±۱۶۰/۳          | ۴۳۸   | خواسته     | مدت شیردهی<br>(ماه)           |
| t= ۴/۶۵۹<br>df= ۶۴۹<br>p=۰/۰۰۱ | ۱۷/۴ ±۷/۶              | ۲۲۹   | خواسته     | تعداد<br>فرزندان              |
| t= ۴/۶۵۹<br>df= ۶۴۹<br>p=۰/۰۰۱ | ۱۴/۳ ±۸/۲              | ۴۲۲   | ناخواسته   |                               |
| t=-۸/۹۶۷<br>df= ۶۵۹<br>p=۰/۰۰۱ | ۱/۲ ±۱/۸               | ۲۳۴   | خواسته     |                               |
| t=-۸/۹۶۷<br>df= ۶۵۹<br>p=۰/۰۰۱ | ۱/۹ ± ۳/۰              | ۴۲۷   | ناخواسته   |                               |

حاملگی بدون برنامه و ناخواسته شده بودند. به عبارت دیگر در مجموع ۵۰/۸٪ واحدهای پژوهش در گروه حاملگی ناخواسته از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند و ۴۹/۲٪ آنها در حین استفاده از روش پیشگیری از بارداری دچار حاملگی شده بودند. شایع‌ترین علل عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در گروه با حاملگی ناخواسته، ترس از عوارض و نازایی (۳۸/۵٪)، عدم آگاهی (۲۶/۴٪) و مخالفت همسر و اطرافیان (۱۸/۳٪) ذکر شد. بیشترین روش مورد استفاده که در حین مصرف آن بارداری ناخواسته اتفاق افتاده بود، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری (۶۱/۱٪) و کمترین روش مورد استفاده IUD (۰/۴٪) بود.

بیشترین منبع کسب اطلاعات واحدهای پژوهش هم در گروه با حاملگی خواسته (۴۵/۶٪) و هم در گروه با حاملگی ناخواسته (۶۰/۵٪) صرفاً مراکز بهداشتی- درمانی بود. بیشتر موارد حاملگی ناخواسته (۶۴/۸٪) ناخواسته هر دو زوج بود. از ۴۶۰ مورد حاملگی خواسته ۲۵۲ نفر (۵۲/۵٪) علت خواسته بودن حاملگی را فرزند اول بودن و ۲۲۸ نفر (۴۷/۵٪) علت را تعداد فرزند ناکافی ذکر

بیشترین درصد حاملگی ناخواسته مربوط به زنان بی‌سواد (۶۷/۸٪)، زنان خانه‌دار (۵۱/۲٪) و زنانی که همسران آنها بی‌سواد (۶۵/۵٪) و شغل همسران آنها کشاورز (۷۱/۴٪) بود، اتفاق افتاده بود و آزمون آماری کای دو اختلاف معنی‌داری بین همه متغیرهای فوق به جز شغل زنان و نوع حاملگی نشان داد (p=۰/۰۰۱).

بیشترین زنان با حاملگی ناخواسته (۸۶٪) در گذشته نیز سابقه حاملگی ناخواسته داشتند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین سابقه حاملگی ناخواسته و نوع حاملگی وجود داشت (p=۰/۰۰۱).

از میان زنان با حاملگی خواسته ۲۳۰ نفر (۴۷/۹٪) قبل از حاملگی اخیر از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند که به دلیل تمایل به بارداری و قبل از حاملگی فعلی روش مورد استفاده خود را قطع کرده بودند و از زنان با حاملگی ناخواسته ۹۱ نفر (۱۹٪) قبل از حاملگی اخیر خودشان از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کرده‌اند و ۳۸۹ نفر (۸۱/۰٪) از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند که از این تعداد نیز ۳۹ درصد قبل از حاملگی اخیر روش مورد استفاده خود را قطع و ۶۱ درصد در حین استفاده، دچار

نمودند. از ۴۶۰ مورد حاملگی ناخواسته ۱۰۷ نفر (۲۲/۳٪) علت ناخواسته بودن حاملگی را صرفاً فاصله کم از حاملگی قبلی و ۱۰۳ نفر (۲۱/۵٪) داشتن فرزند کافی و ۴۳ نفر (۸/۹٪) تمایل به ادامه تحصیل ذکر نمودند. ۳۴/۲ درصد از واحدهای پژوهش که حاملگی ناخواسته داشته‌اند فکر یا اقدامی در جهت سقط انجام داده بودند که ۲۸٪ آنان به فکر سقط بودند ولی به علت اعتقاد مذهبی مبنی بر گناه بودن این اقدام، سقط نکرده بودند و ۲۵٪ مصرف دارو و یا گیاهان خانگی را ذکر نمودند.

براساس آزمون  $t$  ارتباط معنی‌داری بین میانگین امتیاز عملکرد واحدهای مورد پژوهش در دو گروه با حاملگی خواسته و ناخواسته در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری قبل از حاملگی اخیر در مورد مصرف‌کنندگان قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری ( $p=0/001$ )، کاندوم ( $p=0/002$ ) و منقطع ( $p=0/028$ ) وجود داشت، در حالی که آزمون  $t$  ارتباط معنی‌داری بین میانگین امتیاز عملکرد، در مورد مصرف‌کنندگان آمپول و IUD در دو گروه نشان نداد ( $p=0/07$ ) (جدول شماره ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین امتیاز عملکرد دو گروه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ايرانشهر در سال ۱۳۸۶ بر حسب نوع حاملگی در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری مورد استفاده قبل از بارداری اخیر

| نتیجه آزمون           | میانگین امتیاز و انحراف معیار | تعداد | روش پیشگیری |             |
|-----------------------|-------------------------------|-------|-------------|-------------|
| $t=3/067$             | $10/13 \pm 6/67$              | ۱۱۵   | خواسته      | OCP         |
| $df=320$<br>$p=0/001$ | $8/16 \pm 4/75$               | ۲۰۷   | ناخواسته    |             |
| $t=-0/570$            | $6/11 \pm 3/33$               | ۹     | خواسته      | آمپول و IUD |
| $df=23$<br>$p=0/07$   | $6/87 \pm 3/09$               | ۱۶    | ناخواسته    |             |
| $t=3/17$              | $7/50 \pm 3/90$               | ۶۶    | خواسته      | کاندوم      |
| $df=155$<br>$p=0/002$ | $5/54 \pm 3/33$               | ۹۱    | ناخواسته    |             |
| $t=2/256$             | $5/90 \pm 4/47$               | ۲۲    | خواسته      | منقطع       |
| $df=53$<br>$p=0/028$  | $3/18 \pm 4/26$               | ۳۳    | ناخواسته    |             |

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، درصد حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین نوع حاملگی و میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش وجود داشت که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های نوروزی و همکاران (۱۳۸۴) زمانی و همکاران (۱۳۸۴) و راهنورد و همکاران (۱۳۸۰) مطابقت دارد (۱۳، ۱۸، ۱۶، ۱۳)، زیرا در سن بالای ۳۵ سال معمولاً تعداد فرزند مطلوب تکمیل شده و بروز حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود و از طرف دیگر به خاطر افزایش رشد تحصیلات، زنان جوان‌تر زانی با تحصیلات بیشتر هستند و آگاهانه‌تر با تنظیم خانواده برخورد می‌کنند. در مطالعه- ای که در سال ۱۹۹۴ در آمریکا انجام شده بیشترین درصد حاملگی‌های ناخواسته مربوط به سن ۲۴-۱۸ سال و بالاتر از ۴۰ سال (۱۹) و در مطالعه انجام شده در زیمبابوه

در سال ۱۹۹۷ بیشترین درصد حاملگی‌های ناخواسته مربوط به سن کم‌تر از ۱۹ سال و بیشتر از ۳۵ سال بوده است (۲۰) که این مسئله تا حدی مربوط به تفاوت‌های فرهنگی است.

در چندین مطالعه (۲۲، ۲۱) سطح سواد در بروز حاملگی ناخواسته موثر شناخته شده، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات شیوع حاملگی ناخواسته کاهش می‌یابد و بیشترین درصد حاملگی ناخواسته در افراد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی است. در مطالعات انجام شده در آمریکا نیز میزان شیوع حاملگی ناخواسته با افزایش سطح تحصیلات کاهش داشته (۴) در حالی که نتایج مطالعه انجام شده در آفریقای جنوبی در سال ۱۹۹۸ نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات میزان بروز حاملگی ناخواسته افزایش داشته است (۵).

مادران با پنج بارداری و بالاتر به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است (۲۰).

در این مطالعه از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین میزان درآمد و نوع حاملگی وجود نداشت، در صورتی که در مطالعات انجام شده در آمریکا و زیمباوه بیشترین درصد حاملگی‌های ناخواسته مربوط به زنانی که درآمد پایینی داشتند، بوده است (۲۰، ۱۹). ممکن است علت این امر عدم ذکر دقیق میزان درآمد واحدهای پژوهش باشد.

در این مطالعه بین سابقه طول مدت شیردهی و نوع حاملگی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه راهنوردی و همکاران (۱۳۷۷) در شهر تهران همخوانی دارد (۱۸) و این شاید به این دلیل باشد که این زنان به شیردهی به‌عنوان یک روش تنظیم خانواده اطمینان می‌کنند و فرزندی که به‌دنیا خواهند آمد فرزندان ناخواسته خواهند بود.

پژوهش حاضر نشان داد که ۵۰/۸ درصد از زنان با حاملگی ناخواسته به دلایلی مانند ترس از عوارض جانبی و نازایی، نداشتن آگاهی کافی و مخالفت همسر یا اطرافیان از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند و یا روش مورد استفاده را قطع کرده بودند. در این زمینه براساس مطالعه انجام شده در نیجریه در سال ۲۰۰۶ نیز ۲۲ درصد زنانی که دچار حاملگی برنامه‌ریزی نشده شده بودند از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کرده‌اند که مهم‌ترین علت آن را عدم آگاهی از برنامه‌های تنظیم خانواده ذکر کردند (۳). ۴۹/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش در حین استفاده از روش پیشگیری، حتی روش‌های با میزان شکست بسیار پایین مانند قرص‌های خوراکی دچار حاملگی ناخواسته شده بودند که نشان دهنده عدم استفاده صحیح از این روش‌ها است. براساس مطالعات انجام شده در آمریکا نیز بیش از نیمی از زنان (۵۳٪) و در آفریقای جنوبی ۷۴ درصد زنان با حاملگی ناخواسته از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند (۵، ۱۹). این موانع مهم باید از طریق ارتقاء برنامه‌های تنظیم خانواده، برنامه‌های آموزش و مشاوره‌ای برطرف شود و به این نکته توجه شود که تنظیم خانواده مسئولیت مردان و زنان (هر دو) است.

بیشترین میزان حاملگی ناخواسته به ترتیب در مصرف کنندگان قرص، کاندوم و روش منقطع ایجاد شده است که با نتایج مطالعه رخشانی (۱۳۷۹) هم‌خوانی دارد (۷).

در این مطالعه بیشترین درصد حاملگی ناخواسته به ترتیب در زنان بیسواد و با تحصیلات ابتدایی و در زنانی که همسران آنها بی‌سواد بوده و یا تحصیلات راهنمایی داشتند اتفاق افتاده بود و اختلاف معنی‌داری بین نوع حاملگی و میزان تحصیلات زنان و همسران آنان وجود داشت. زنان و مردان با تحصیلات بالاتر اطلاعات بیشتری در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری و عوارض و مشکلات رشد بی‌رویه جمعیت دارند و می‌توانند برخورد بهتری نسبت به مسئله تنظیم خانواده داشته باشند، بنابراین باید تاکید بیشتری بر آموزش افراد جامعه خصوصاً زنان و بالا بردن سطح سواد آنان به‌عمل آید. در این مطالعه ارتباط معنی‌دار آماری بین شغل زنان و نوع حاملگی وجود نداشت که این مسئله شاید تا حدی مربوط به عدم تنوع شغلی زنان منطقه مورد مطالعه باشد که اکثراً خانه دار بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه دل آرام و همکاران (۱۳۸۲) همخوانی دارد (۲۳). در چندین مطالعه (۱۹، ۶) ارتباط معنی‌داری بین شغل و نوع حاملگی به‌دست آمده است، به طوری که میزان حاملگی ناخواسته در مادران شاغل کمتر از غیر شاغل بوده در حالی که در مطالعه انجام شده در زیمباوه حاملگی‌های ناخواسته در زنان غیر شاغل به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است (۲۰). در مطالعه انجام شده در نیجریه در سال ۲۰۰۶ نیز حاملگی ناخواسته در زنان طبقه متوسط اقتصادی - اجتماعی نسبت به زنان طبقه پایین اقتصادی - اجتماعی کمتر بوده است (۳).

این مطالعه بین شغل همسران و نوع حاملگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت که با نتایج مطالعه نوروزی و همکاران (۱۳۸۴) هم‌خوانی دارد (۱۳)، زیرا مردان با وضعیت شغلی مطلوب‌تر به علت داشتن وضعیت اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی مناسب‌تر مجال بیشتری برای دریافت آموزش و اطلاعات در زمینه تنظیم خانواده خواهند داشت و می‌توانند شیوع این مشکل را تحت تاثیر قرار دهند.

در این مطالعه بین تعداد فرزند و نوع حاملگی ارتباط معنی‌داری به‌دست آمد که با نتایج مطالعات مشابه انجام شده (۲۲، ۱۸، ۱۳) هم‌خوانی دارد و موید گرایش خانواده‌ها به تعداد فرزند کمتر از سه است در حالی که در مطالعه انجام شده در زیمباوه حاملگی‌های ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده در مادرانی که هرگز زایمان نکرده بودند و

در مطالعه کهنمونی اقدام و همکاران (۱۳۸۱) در شهر اردبیل نیز ۳۴/۶٪ بارداری های ناخواسته ضمن استفاده از قرص های خوراکی و ۱۰/۸٪ در مصرف کنندگان کاندوم رخ داده است (۲۴)، اما در مطالعه نوروزی و همکاران (۱۳۸۲) بیشترین میزان حاملگی ناخواسته به ترتیب در استفاده کنندگان روش منقطع و قرص های خوراکی و کاندوم ایجاد شده بود (۱۳). این موضوع می تواند نشان دهنده عدم آگاهی واحدهای پژوهش در استفاده صحیح از روش های مذکور باشد؛ بنابراین نیاز به آموزش بیشتر در زمینه مصرف صحیح این روش ها، آشنایی با روش های پیشگیری اورژانسی از بارداری و همین طور تشویق افراد به استفاده از روش های مطمئن تر پیشگیری از بارداری مشخص می شود.

منبع کسب اطلاعات بیشتر واحدهای مورد پژوهش پرسنل مراکز بهداشتی- درمانی بود، بنابراین به نظر می رسد که ارائه این خدمات از کیفیت مناسبی در جهت کاهش حاملگی های ناخواسته برخوردار نبوده است و عملکرد نمونه ها در زمینه های مختلف تنظیم خانواده می تواند توجیه کننده شیوع بالای حاملگی ناخواسته توام با استفاده از قرص های خوراکی، کاندوم و روش منقطع باشد. در این پژوهش ۳۴/۲ درصد از زنانی که حاملگی ناخواسته داشته اند فکر یا اقدامی در جهت سقط انجام داده بودند که اکثریت آنها به فکر سقط بودند ولی به علت اعتقاد به گناه بودن این اقدام، سقط نکرده بوده اند. این میزان در کشورهای دیگر از جمله آمریکا و نیجریه ۵۰ درصد گزارش شده است (۴،۳). دلیل کم بودن سقط را می توان شرایط فرهنگی و مذهبی حاکم در ایران دانست، زیرا سقط جنین از محارم قطعی مذهبی است و از نظر فرهنگی و اجتماعی نیز غیر قابل قبول است، ولی در پاره ای موارد ممکن است به شکل پنهانی و غیر بهداشتی انجام شود و منجر به عوارض غیر قابل جبرانی شود.

میانگین امتیاز عملکرد واحدهای پژوهش در دو گروه با حاملگی خواسته و ناخواسته در زمینه روش های پیشگیری از بارداری قبل از بارداری اخیر در مورد مصرف کنندگان قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری، کاندوم و روش منقطع ارتباط معنی دار آماری داشت، در حالی که ارتباط معنی داری بین میانگین امتیاز عملکرد در مورد مصرف

کنندگان آمپول و IUD در دو گروه به دست نیامد. در مطالعه رخشانی و همکاران (۱۳۷۹) در زاهدان نیز ۵۶ درصد واحدهای پژوهش قرص ها و سایر روش های پیشگیری را درست استفاده نمی کردند (۷). در مطالعه گل محمد لو و همکاران (۱۳۷۸) در ارومیه نیز ۹۰/۹ درصد واحدهای پژوهش که دچار حاملگی ناخواسته شده بودند قرص ها را به صورت نامرتب مصرف می کردند و ۷۷/۳ درصد با روش برخورد به هنگام فراموشی قرص آشنایی نداشتند. ۷۸/۸ درصد استفاده کنندگان IUD نحوه کنترل آن را به طور دقیق رعایت نمی کردند و در مورد مصرف کنندگان کاندوم نیز ۹۱/۷ درصد آنان گاهی اوقات این روش را به کار می گرفتند (۲۲). در مطالعه کهنمویی اقدام و همکاران (۱۳۸۱) در اردبیل نیز ۶۷/۲ درصد نمونه های با حاملگی ناخواسته قرص ها را به طور نامنظم مصرف می کردند (۲۴). با توجه به اینکه بیشتر زنان با حاملگی ناخواسته از روش های غیر مطمئن و روش هایی که احتمال شکست در اثر سهل انگاری فردی و یا فراموشی وجود دارد استفاده می کردند و علت این امر می تواند سطح پایین تحصیلات و آگاهی کمتر در مورد نحوه استفاده صحیح این روشها و عدم آگاهی از روش های مطمئن تر پیشگیری در میان زنان باشد، آموزش و مشاوره دقیق تر در زمینه روش های مختلف پیشگیری از بارداری و آموزش استفاده از روش های جلوگیری بعد از مقاربت به وسیله قرص یا IUD می تواند کمک شایانی به پیشگیری از حاملگی های ناخواسته نماید.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به درصد نسبتاً بالای زنان بی سواد و با تحصیلات کم اشاره کرد و همچنین مشکلاتی از نظر برقراری ارتباط و زبان و لهجه وجود داشت که برای رفع این مشکل از افراد بومی آموزش دیده برای مصاحبه و پرکردن پرسشنامه ها استفاده شد.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج پیشنهاد می شود بررسی میزان کیفیت ارائه خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی شهر ایرانشهر و بررسی علل شکست هریک از روش های پیشگیری از بارداری در مطالعات بعدی مدنظر قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی حوزه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شده است. از معاونت محترم پژوهشی به دلیل تامین هزینه‌ها تشکر و قدردانی می‌شود. از تمامی خانم‌های باردار شرکت‌کننده در این تحقیق و تمامی مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی شهر ایرانشهر نیز سپاسگزاری می‌شود.

دو عامل اساسی شامل خصوصیات خاص فردی و نحوه ارائه خدمات بهداشتی توسط سیستم‌های بهداشتی-درمانی کشور در ایجاد حاملگی‌های ناخواسته دخالت دارد. با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توان گروه‌های در معرض حاملگی ناخواسته را شناسایی و با آموزش‌ها و مشاوره‌های لازم زمینه را هرچه بیشتر برای جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته فراهم نمایند.

## منابع

- Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi M. Prevalence and contributing factors of unwanted pregnancy in 10 cities in Iran. *J Facul Med*. 2003; 60(4):334-40(Persian).
- Unwanted pregnancy. [30/5/2004]; Available from: [http:// www. Safe motherhood .org](http://www.Safe motherhood .org)
- Gilda Sedgh, Akinrinola Bankole, Boniface Oye-Adeniran, Isaac F. Adewole, Susheela Singh and Rubina Hussain. Unwanted Pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women. *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):175-184
- Laurie FB, Brian M, Leslie E. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, pregnancy risk assessment monitoring system (parms) 1999. [30/6/2006]; Available from: <http://www.cdc .gov/ mmwr>.
- Ibisomi, Latifat D G, Odimegwu CO. Predictors of Unintended Pregnancy Among South African Youth. *Eastern Africa Social Science Research Review - Volume 23, Number 1, January 2007*, pp. 61-80
- Zamani F, Bashar Doost N, Rajabi Z. Unwanted pregnancy in rural women of Najafabad. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services* 2005; 33(9): 56-61(Persian).
- Rakhshani F, Ansari Moghaddam AR, Tehrani H. Prevalence of unwanted pregnancy and associated factors in Zahedan, 1999. *Journal of Research in medical Sciences* 2003; 3(8): 40-43(Persian).
- Rezaipour A., Taghizadeh Z., Faghizadeh S., Bazzazian Sh. Prevalence of unintended pregnancy and pertinent factors in women with positive pregnancy test. *Hayat, the journal of Faculty of Nursing & Midwifery Tehran University of medical Sciences* 2003; 17(9): 24-32(Persian).
- Eric Zuehlke. Reducing Unintended Pregnancy and Unsafely Performed Abortion Through Contraceptive Use. [10/01/2011]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2900603.html>.
- Kariapper Rehana. Review of Abortion Material in Pakistan. [7/01/2011]. Available from: [http://www.shirkatgah .org/\\_uploads/\\_files/f\\_14-abortion\\_material\\_in\\_pak.pdf](http://www.shirkatgah .org/_uploads/_files/f_14-abortion_material_in_pak.pdf)14.
- Lalani Shireen. Unwanted pregnancy in Family Planning. [10/01/2011]. Available from: <http://www.chitraltimes.com/english08/articledetail118b.htm>
- Noroozi A, Khoram Roodi R, Sharifi Sh, Tahmasebi R. Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in the women covered by health centers in Bushehr province in 2003. *Iranian South Medical Journal* 2005; 1(8): 83-89(Persian).
- Besculides M, Laraque F. Unintended pregnancy among the urban poor. *J Urban Health* 2004; 81:340-348.
- Prevent unwanted pregnancy. [20/06/2007]. Available from: <http://www.who.int/world-health-day/previous>
- Akinrinola B, Boniface A, Susheela S, Isaac F, Deirdre W. Unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria: causes and consequences. [8/08/2008]; Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/08/08/Nigeria-UP-IA.pdf>
- Jahanfar S, Hashemi SM. Unwanted pregnancy in Tehran, what are the risk factors? [12/01/2011]. Available from: [http://www.regional.org.au/au/mwia/papers/full/18\\_jahanfar.htm](http://www.regional.org.au/au/mwia/papers/full/18_jahanfar.htm)
- Keshmiri A, Women Interaction with Community. *Asia Economic, Supplement No 456 .Sistan and Bluchstan*. 2004:34-35
- Rahnavard Z, Heidarnia A, Babaei G, Mahmoodi M, Khalkhali H. The survey of the affecting factors on unwanted children in the women visiting health-centers in Tehran, 1998. *The Journal of Tehran Faculty of medicine* 2001; 5(59): 10-16(Persian).
- Stanley k H. Unintended pregnancy in the United States. [18/6/2008] Available from: <http://www.guttmacher .org/pubs/journals/3002498.html>
- Mbizvo MT, Bonduelle MM, Chadzuka S, Lindmark G, Nystrom L. Unplanned pregnancies in Harare: what are the social and sexual determinants? *Soc Sci Med*. 1997 Sep; 45(6):937-42
- Hajian K. The prevalence of unwanted children and its affecting factors in Babol. *The Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2005; 45(14): 35-42(Persian).
- Gol Mohamadloo S, Boroomand F, Asadi Afshar M. Evaluation of the causes of unintended pregnancy in Urmia in second half of 2000. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2005; 4(22): 323-329(Persian).



23. Delaram M, Sereshti M, Rafieian M. The causes of unwanted pregnancy in oral contraceptive pills Users. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2004; 3(6): 55-62 (Persian).
24. Kahnemoei Aghdam F, Mohammadi MA, Dadkhah B, Asadzadeh F, Afshinmehr M. Outbreak and Factors of Unwanted Pregnancy among Women Referring to Health Care Centers of Ardabil, 2002. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services 2005; 2(5): 167-171 (Persian).