

تعیین میزان مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری در حاملگی‌های ناخواسته و بررسی عوامل مرتبط با شکست آن

دکتر نزهت موسوی فر^۱، دکتر لیلی حفیظی^{۲*}، حامی اشرف^۳

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۳/۱۵

خلاصه

مقدمه: بارداری ناخواسته با عواقب ناخوشایند جسمی و روانی برای مادر و جنین همراه است. بسیاری از موارد بارداری ناخواسته در زنانی ایجاد می‌شود که برای جلوگیری از بارداری به روش‌های بسیار مطمئن به‌ویژه قرص‌های ضد بارداری خوراکی روی آورده‌اند. این پژوهش با هدف بررسی میزان مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی در حاملگی‌های ناخواسته و بررسی عوامل مرتبط با شکست آن انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی ۱۰۰۰ خانم باردار که در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۷ برای زایمان به بخش مامایی بیمارستان امام رضا در مشهد مراجعه کرده بودند از نظر بارداری ناخواسته مورد بررسی قرار گرفتند سپس مادرانی که حین مصرف قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری حامله شده بودند، در مورد روش مصرف آن مورد پرسش قرار گرفتند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و روش پیشگیری از بارداری جمع‌آوری و با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) تحلیل شد.

یافته‌ها: ۳۴/۵ درصد افراد مورد مطالعه حاملگی ناخواسته داشتند که ۳/۹۱ درصد آنها از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. در حاملگی‌های ناخواسته رایج‌ترین روش پیشگیری از بارداری قرص‌های خوراکی بود (۴۰/۳٪) که ۱۹/۷ درصد افراد آن را به طور صحیح مصرف می‌کردند. شایع‌ترین علت مصرف نادرست ترس از عوارض (۴۲/۲ درصد) بود. سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی با شکست رابطه معنی‌دار داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: از آنجا که پرمصرف‌ترین روش قابل برگشت پیشگیری از بارداری قرص‌های ترکیبی هستند و مهم‌ترین عامل شکست ترس از عوارض است، آموزش مصرف صحیح و اطمینان‌دادن به مصرف‌کنندگان در خصوص عوارض دارو می‌تواند از بسیاری موارد بارداری ناخواسته پیشگیری کند.

کلمات کلیدی: حاملگی ناخواسته؛ پیشگیری از بارداری؛ قرص‌های خوراکی جلوگیری از بارداری؛ شکست

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلی حفیظی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۲۲۶۰۸؛ دورنگار: ۰۵۱۱-۸۵۲۵۳۰۵؛ پست الکترونیک: hafizil@mums.ac.ir

مقدمه

در صورتی که شرکای جنسی ظاهراً بارور از هیچ روش پیشگیری استفاده نکنند نزدیک به ۹۰ درصد زنان ظرف یکسال بارداری می‌شوند (۱-۳). امروزه با توجه به سیاست دولت‌ها جهت کنترل رشد جمعیت، روش‌های مختلف و قدرتمندی برای کنترل بارداری پیشنهاد شده است (۴،۲). اگر چه هیچ یک از این روش‌ها عاری از آثار جانبی نیست و روش صددرد صدایمینی برای پیشگیری از بارداری وجود ندارد، اما این عوارض نسبت به بارداری و عواقب آن خطر کمتری دارد (۵،۳).

به‌جز عوارض فارماکولوژیک روش‌های پیشگیری از بارداری به‌ویژه قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، یکی از مهم‌ترین عوارض جانبی آنها شکست و ایجاد بارداری ناخواسته است که بدون شک آموزش موثر و انگیزه قوی تا حد زیادی از موارد شکست می‌کاهد (۱،۳). در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۲ مرکز آمار رشد جمعیت نیمی از بارداری‌های این کشور را ناخواسته عنوان کرده است در حالی که نیمی از این افراد از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند (۶). حاملگی ناخواسته به‌ویژه در میان مصرف‌کنندگان روش‌های کنترل بارداری که انگیزه بیشتری برای پیشگیری از بارداری دارند، عواقب زیان‌آوری به همراه دارد. این عواقب از مشکلات روحی روانی فرد باردار و همسر وی و سقط‌های غیرقانونی گرفته، تا شروع دیررس مراقبت‌های پره‌ناتال هستند که می‌تواند عواقب بد جنینی و مادری را در یک حاملگی ناخواسته به همراه داشته باشد (۸،۷). از جمله سایر عوارض بارداری در این حاملگی‌ها وزن کم نوزاد هنگام تولد و زایمان زودرس است (۹-۱۲). این عواقب پس از زایمان نیز در ارتباط با فرزند وجود داشته و سبب آسیب‌های روحی کودک و کاهش ارتباط عاطفی والدین با فرزند می‌شود (۱۳،۱۴، ۸، ۵)؛ به‌طوری‌که حتی موفقیت‌های تحصیلی در این کودکان کمتر است (۱۵). یکی از متداول‌ترین و پرمصرف‌ترین روش‌های پیشگیری از بارداری قرص‌های ترکیبی (OCP)^۱ هستند که از لحاظ تئوری موفقیت بسیار بالایی دارند و شکست آنها حدود ۰/۱ درصد

است، ولی میزان موفقیت این دارو تا حد زیادی به عوامل مداخله‌کننده مربوط بوده؛ تا حدی که هم‌زمان میزان شکست عملی آن و بروز حاملگی ناخواسته در مطالعات خارجی به ۷/۶ درصد رسیده است (۱۶ و ۳).

پیش از این تحقیقاتی در زمینه عوامل موثر بر مصرف قرص‌های ترکیبی و بررسی میزان بارداری ناخواسته در مناطق مختلف کشور انجام شده است. اما با توجه به وسعت جغرافیایی کشور و تفاوت‌های قومی و فرهنگی در استان‌های مختلف، تمایل افراد به پیشگیری از بارداری، نحوه مصرف آنها و ارتباط آن با میزان بارداری ناخواسته متفاوت است لذا از آنجا که در زمینه ارتباط میزان بارداری ناخواسته با روش‌های پیشگیری از بارداری در استان خراسان رضوی تاکنون تحقیق وسیعی صورت نگرفته بود، لذا این مطالعه طرح ریزی شد.

این پژوهش با هدف بررسی میزان مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی در حاملگی‌های ناخواسته و بررسی عوامل مرتبط با شکست آن انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از بهمن‌ماه ۱۳۸۶ تا اردیبهشت ۱۳۸۷ در بخش زنان بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان مشهد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد و ۱۰۰۰ خانم باردار که به‌منظور انجام سزارین یا زایمان در این بخش بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌برداری به روش تصادفی ساده انجام شد.

اطلاعات لازم به‌کمک پرسشنامه که توسط پژوهشگر ساخته شده بود در روز پس از زایمان یا سزارین جمع‌آوری شد. ابتدا مادرانی که تمایل به بارداری نداشتند مشخص شدند و سپس اطلاعاتی شامل سن مادر، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و محل سکونت تعیین و با حاملگی‌های خواسته مقایسه شد. در مورد خانم‌هایی که حاملگی ناخواسته داشتند در صورت استفاده از قرص‌های ترکیبی به‌عنوان روش جلوگیری، نوع، مرجع تهیه دارو و مصرف درست یا نادرست آن مورد سوال قرار گرفت. اطلاعات مربوطه توسط یک نفر دانشجوی پزشکی و یک نفر ماما بصورت مصاحبه انجام شده و در پرسشنامه ثبت شد. در موارد مصرف نادرست، از

¹ Oral Contraceptive

جدول ۲- توزیع فراوانی حاملگی‌های ناخواسته به تفکیک علت مصرف نامنظم قرص در خانم‌های باردار مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در سالهای ۱۳۸۶ و ۸۷

علت	تعداد	درصد	درصد تجمعی
ترس از عوارض	۴۳	۴۲/۲	۴۲/۲
فراموشی	۱۴	۱۳/۷	۵۵/۹
مصرف قبل از نزدیکی	۷	۶/۹	۶۲/۸
عدم مقبولیت در خانواده	۳	۲/۹	۶۵/۷
نامشخص	۳۵	۳۴/۳	۱۰۰
مجموع	۱۰۲	۱۰۰	

بین شکست روش قرص و سن فرد مصرف کننده ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$). اگرچه در همه گروه‌های سنی شایع‌ترین علت شکست قرص مصرف نامنظم آن بود، این میزان در سن ۲۵-۳۴ سال نسبت به قبل و بعد از آن کاهش مشخصی داشت.

ارتباط معنی‌داری بین علت شکست با مدت استفاده از قرص وجود نداشت ($p=0/47$)، ولی مصرف نامنظم قرص‌های ترکیبی با میزان تحصیلات ارتباط داشت؛ به طوری که در سطح تحصیلات بالاتر از راهنمایی شکست ناشی از مصرف نامنظم کاهش بارزی داشت ($p < 0/05$). ۴/۹ درصد این افراد تحصیلات بالاتر از راهنمایی داشتند. مصرف نامنظم قرص‌های ترکیبی با سطح اقتصادی نیز ارتباط معنی‌دار داشت؛ به طوری که در سطح اقتصادی بالا شکست ناشی از مصرف نامنظم کاهش چشمگیری داشت ($p=0/01$). ۵/۱ درصد در سطح بالا و ۵۰ درصد در سطح پایین و ۴۴/۴ درصد نیز متوسط بودند.

شایع‌ترین علت مصرف نادرست ترس از عوارض آن بود که از بین ۱۰۲ نفر که قرص‌های ترکیبی را نامنظم مصرف کرده بودند، ۴۳ نفر (۴۲/۲ درصد) این عامل را به عنوان علت مصرف نادرست ذکر نمودند.

بحث

در این مطالعه شیوع حاملگی ناخواسته در میان کسانی که بارداری را به انتها رسانده‌اند ۳۴/۵ درصد و مشابه با مطالعه دکتر فقیه‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۲ است؛ به طوری که وی شیوع کلی حاملگی ناخواسته را ۳۸ درصد گزارش کرد (۱۷). همین‌طور دکتر صابری‌فر و همکاران (۱۳۷۹) این مقدار را در مناطق شهری ۳۴/۴

علت آن شامل: ترس از عوارض، تصور تأثیر دارو فقط قبل از نزدیکی، عدم مقبولیت خانواده و فراموشی دارو پرسش می‌شد. محاسبات آماری توسط نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۳) انجام گرفت. برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون آماری مجذور کای و برای مقایسه میانگین‌ها از روش تجزیه واریانس و برای مقایسه دو میانگین از آزمون t استفاده شد.

نتایج

۳۴۵ نفر (۳۴/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه حاملگی ناخواسته داشتند. از بین ۳۴۵ مورد حاملگی ناخواسته ۳۱۵ نفر (۹۱/۳ درصد) از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و در اثر شکست آن روش حامله شده بودند. در بین مصرف‌کنندگان روش‌های پیشگیری از بارداری ۱۲۷ نفر (۴۰/۳٪) از قرص‌های ترکیبی استفاده می‌کردند. سایر روش‌ها همراه با میزان مصرف آنها در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی حاملگی‌های ناخواسته به تفکیک نوع روش پیشگیری از بارداری در خانم‌های باردار مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در سالهای ۱۳۸۶ و ۸۷

روش پیشگیری	تعداد	درصد	درصد تجمعی
قرص	۱۲۷	۴۰/۳	۴۰/۳
باربر	۳۸	۱۲/۱	۵۲/۴
IUD	۹	۲/۹	۵۲/۴
withdrawal	۱۲۲	۳۸/۷	۹۴
DMPA	۱۴	۴/۴	۹۸/۴
واژکتومی	۱	۰/۳	۹۸/۷
TL	۲	۰/۶	۹۹/۴
شیردهی	۲	۰/۶	۱۰۰
مجموع	۳۱۵	۱۰۰	

در میان ۱۲۷ مصرف‌کننده قرص‌های ترکیبی ۱۰۸ نفر (۸۵ درصد) از نوع دوز کم (LD) و بقیه از نوع دوز بالا (HD)، تری فازیک یا مینی پیل استفاده می‌کردند. از میان مصرف‌کنندگان قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری ۲۵ نفر (۱۹/۷ درصد) مصرف منظم و ۱۰۲ نفر (۸۰/۳ درصد) مصرف نامنظم داشتند. علل مصرف نامنظم قرص‌های ترکیبی در جدول ۲ خلاصه شده است.

درصد و در مناطق روستائی ۲۶ درصد گزارش کردند (۱۸). ولی در مطالعه کروسبی این مقدار ۵۱/۲ درصد گزارش شده است (۲۱).

در مطالعه حاضر مشخص شد که ۹۱/۳ درصد افراد با حاملگی ناخواسته در حین استفاده از روش پیشگیری حامله شده و ۵۵/۴ درصد آنها از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند که رایج‌ترین روش (۴۰/۳ درصد) قرصهای ترکیبی بود. در یک مطالعه در اسپانیا ۶۹/۱ درصد زنان سنین باروری از روش‌های پیشگیری استفاده می‌کردند که ۵ درصد آنها از روش‌های ضعیف استفاده می‌کردند و از ۳۰/۹ درصد کسانی که از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند، ۲۱/۱ درصد بارداری ناخواسته داشتند (۱۹). در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۷ در چین انجام شد، ۷۱/۹ درصد حاملگی‌های ناخواسته حین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بوده و بیشترین شکست مربوط به کاندوم (۲۹/۷ درصد) و سپس IUD (۲۳ درصد) بود و قرص‌های ترکیبی تنها مسئول ۱۶/۸ درصد بارداری-های ناخواسته بود (۲۰). در مطالعه دیگر در ایالات متحده امریکا ۵۰ درصد بارداری‌های ناخواسته در زانی اتفاق افتاده بود که پیشگیری از بارداری داشتند (۲۱).

از آنجا که در این پژوهش ۶۹/۳ درصد مصرف کنندگان قرصهای ترکیبی آن‌را از مراکز بهداشتی درمانی تهیه می‌کردند، اهمیت زیاد آموزش افراد توسط کارکنان این مراکز بارز است. در تحقیقی که در سال ۱۳۷۹ در استان خراسان انجام شد تنها ۵۰ درصد مصرف کنندگان قرص‌های ترکیبی با نحوه صحیح مصرف آن آشنا بودند و این نسبت در مناطق روستایی از این هم کمتر یعنی حدود ۴۳/۵ درصد بود (۲۲). علت این مسئله می‌تواند میزان بیشتر تحصیلات در ساکنین شهر و همین‌طور تهیه بیشتر قرص‌های ترکیبی از پزشکان باشد. در بعضی مطالعات غربی نیز مشخص شد که ۵۶٪ شکست‌های ناشی از قرصهای ترکیبی به دلیل مصرف غیرصحیح آن بوده است (۲۱).

در مطالعه حاضر عمده‌ترین دلیل شکست قرص‌های ترکیبی استفاده نامنظم از این روش بود (۸۰/۳ درصد)، که بیشترین دلیل آن ترس از عوارض قرص‌های ترکیبی بود. در ایالات متحده امریکا ۲۰ درصد کل

حاملگی‌های ناخواسته ناشی از قطع مصرف قرص‌های ترکیبی است (۲۳). از علل عمده شکست قرص‌های ترکیبی کمپلیانس ضعیف فرد مصرف‌کننده است زیرا اغلب آنها بیشتر به معایب آن توجه می‌کنند و به همین دلیل قرص‌های ترکیبی را ناپیوسته مصرف کرده و یا بدون دلیل قطع می‌کنند (۲۴). کمپلیانس ضعیف مصرف‌کننده باعث می‌شود که ۴۷ درصد خانم‌ها یک قرص یا بیشتر و ۲۲ درصد آنها ۲ قرص یا بیشتر را در هر سیکل فراموش کنند (۲۵).

از جمله عواملی که با علت شکست قرص‌های ترکیبی ارتباط دارند سن است که در مطالعه حاضر مصرف نامنظم قرص‌های ترکیبی در میان زنان ۲۵-۳۴ ساله نسبت به گروه‌های دیگر کمتر بود. در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۷۴ در تهران انجام شد نیز یکی از بارزترین عواملی که بر استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تاثیر عمده دارند سن فرد ذکر شده است (۲۶).

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین علت شکست قرص‌های ترکیبی با مدت مصرف آن وجود نداشت. همچنین سطح اقتصادی و میزان تحصیلات بالا با شکست کمتر قرص‌های ترکیبی همراه بود که این مسئله در مطالعات دیگر نیز تایید شده است (۲۶،۵).

به هر حال روش‌های پیشگیری از بارداری نیز مانند سایر روش‌های درمانی عوارض و فواید خاص خود را دارند و نحوه انتخاب و تجویز آنها باید در هر بیمار بر اساس وضعیت و سابقه طبی فرد صورت گیرد (۲۷).

نتیجه‌گیری

از آنجا که پرمصرف‌ترین روش تنظیم خانواده قرصهای ضد بارداری است، باید توجه بیشتری به آموزش مصرف صحیح آنها، فواید و معایب دارویی و اقدامات لازم در موارد مصرف همزمان با سایر داروها، ابتلا به بیماری دیگر و یا فراموشی قرص آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه همکارانی که در جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله حامی مالی نداشته است.

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York McGraw-Hill;2005:725-50.
2. Stubblefeild PG, Carr-Ellis S, Kapp N. Family planning. In: Berek JS. Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2007:247-312 .
3. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005:861-942.
4. Geelhoed D, Nayembil D, Asare K, van Leeuwen JH, van Roosmalen J. Gender and unwanted pregnancy: a community-based study in rural Ghana. J Psychosom Obstet Gynecol. 2002 Dec;23(4):249-55.
5. Leathers SJ, Kelley MA. Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. Am J Orthopsychiatry 2000 Oct;70(4):523-31.
6. Kost, K, Singh, S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. Contraception 2008 Jan;77(1):10-21.
7. Hulsey TM, Laken M, Miller V, Ager J. The influence of attitudes about unintended pregnancy on use of prenatal and postpartum care. J Perinatol. 2000 Dec;20(8 Pt 1):513-9.
8. Kasule OH. Social and religious dimensions of unwanted pregnancy: an Islamic perspective. Med J Malaysia 2003 Mar;58 Suppl A:49-60.
9. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health 2006 Jun;38(2):90-6.
10. Orr ST, Miller CA, James SA, Babones S. Unintended pregnancy and preterm birth. Pediatr Perinat Epidemiol 2000 Oct;14(4):309-13.
11. Eggleston E, Tsui AO, Kotelchuck M. Unintended pregnancy and low birthweight in Ecuador. Am J Public Health 2001 May;91(5):808-10.
12. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Rosr E, Lang D. Correlates of unplanned and unwanted pregnancy among African-American female teens. Am J Prev Med 2003 Oct;25(3):255-8.
13. Shaaban OM, Glasier AF. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. Contraception 2008 May;77(5):350-4.
14. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005 Feb;115(2):496-506.
15. Myhrman A, Olsen P, Rantakallio P, Laara E. Does the wantedness of a pregnancy predict a child's educational attainment?. Fam Plann Perspect 1995 May-Jun;27(3):116-9.
16. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins;2008:61-942.
17. Faghihzadeh S, Babaee Rochee G, Lmyian M, Mansourian F, Rezasoltani P. Factors associated with unwanted pregnancy. J Sex Marital Ther 2003 Mar-Apr;29(2):157-64.
18. Saberifard I, Safaian S, Khorashizadeh T. Processus program of contraception. 1381:2-6. [In Persian]; کتاب است
19. Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martinez-Salmeán J, et al. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003 Jun; 8(2):75-9.
20. Cheng Y, Zhu W, Li Z, Zhang Y, Wang A. Contraceptive practices of women requesting termination of pregnancy: a study erom china. Contraception. 1997 Jan;55(1):15-7.
21. Denton AB, Scott KE. Unintended and unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors. Can J Public Health 1994 Jul-Aug;85(4):234-8.
22. Ministry of Education. Khorasan province jeography, second year of middle school. 1380:22. [In Persian] کتاب است
23. Rosenberg MJ, WaughMSm Long S. Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives. J Reprod Med 1995 May;40(5):355-60.
24. Burke AE, Blumenthal PD. Successful use of oral contraceptives. Semin Reprod Med 2001 Dec;19(4):313-21.
25. Saini M, Shuaib A. Stroke in women. Recent Pat Cardiovasc Drug Discov 2008 Nov;3(3):209-21.
26. Farhoosh MS. The way of contraception. 1374:54-5. [In Persian]. کتاب است



27. Shufelt CL, Bairey Merz CN. Contraceptive hormone use and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol 2009 Jan 20;53(3):221-31.