

مقدمه

بارداری ناخواسته یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی در جهان است که نگرانی و فشار زیادی را برای مادر و همسر و در صورتی که بارداری ادامه پیدا کند احتمالاً برای فرزند به همراه خواهد داشت و در نهایت می‌تواند به عنوان مشکلی بزرگ برای کل جامعه باشد. بر اساس آمار موجود از هر ۱۷۵ میلیون حاملگی که همه ساله در دنیا به وقوع می‌پیوندد ۷۵ میلیون حاملگی ناخواسته است که ۴۵ میلیون آن منجر به سقط می‌شود (۱).

کاهش بارداری‌های ناخواسته می‌تواند تأثیر مطلوبی در جهت ارتقاء سطح رفاه زوجین و همچنین الگوی رشد جمعیت و توسعه اقتصادی، اجتماعی جامعه داشته باشد (۲). تقریباً در تمامی جوامع بین میزان رشد جمعیت و وضعیت اقتصادی اجتماعی همبستگی وجود دارد. فقر و بیماری به عنوان بخشی از علل رنج و ناراحتی جوامع از عوامل تسریع کننده رشد جمعیت و توزیع ناعادلانه سرویس‌های بهداشتی می‌باشند (۲).

آموزش افراد جامعه در جهت داشتن فرزند کمتر ولی سالم‌تر و قوی‌تر و همچنین آموزش این مسئله که تنظیم خانواده مسئولیت زوجین یعنی «مرد و زن» هر دو است بسیار مهم می‌باشد (۱،۳).

علاوه بر این مهمتر از مسئله تشویق به داشتن فرزند کمتر، آموزش چگونگی جلوگیری از وقوع بارداری‌های ناخواسته است. اگرچه بخش عمده‌ای از فرزندان حاصل از بارداری ناخواسته بعد از تولد مورد قبول والدین خود قرار می‌گیرند ولی همیشه اینطور نمی‌شود (۳).

جلوگیری از بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی در کشورهای اسلامی از جمله ایران که سقط جنین از محارم قطعی است و از نظر مذهبی، فرهنگی و اجتماعی غیرقابل قبول می‌باشد، در پاره‌ای از موارد با سقط جنین‌های پنهانی و غیربهداشتی همراه می‌شود که

می‌تواند به عوارض غیرقابل جبران و یا مرگ نابهنگام زنان منجر شود (۳).

تقریباً سالانه ۵۰۰۰۰۰ زن در کشورهای در حال توسعه در نتیجه عوارض بارداری جان خود را از دست می‌دهند و متأسفانه سقط غیرقانونی جنین در شرایط غیربهداشتی یکی از مهمترین عوامل این گونه مرگها می‌باشد (۴). از عوارض دیگر سقط جنین غیربهداشتی می‌توان خونریزی شدید، انواع عفونت‌ها و سایر ناراحتی‌های جسمانی و روانی را نام برد که می‌تواند در تمام طول زندگی فرد صدمات جبران‌ناپذیری را به همراه داشته باشد (۵).

هزینه درمان عوارض سقط‌های غیرقانونی در مقابل انجام سقط‌های بهداشتی و قانونی در محیط‌های بهداشتی بیمارستان‌ها بسیار سنگین می‌باشد. هرچند که به دست آوردن آمار دقیق در رابطه با مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه بسیار مشکل است، نتایج مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که در مناطقی که استفاده از روش‌های تنظیم خانواده در حال افزایش است میزان مرگ و میر مادران رو به کاهش نهاده است (۶).

موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده در گرو ایجاد ارتباط مؤثر و نزدیک با تقاضا کنندگان و یا نیازمندان واقعی این خدمات در خارج از مرزها و موانع موجود می‌باشد. اینگونه ارتباطات تأثیر و نفوذ بیشتری در ایجاد تغییرات فرهنگی و رفع موانع موجود برای دسترسی متقاضیان به وسایل جلوگیری از بارداری و به‌کارگیری آن دارد (۷).

بر اساس نتایج مطالعات موجود نقش برنامه‌های تنظیم خانواده در کاهش موارد بارداری‌های بدون برنامه در کشورهای مشابه ایران مهمتر از ویژگی‌های فردی جمعیت تحت پوشش این برنامه‌ها می‌باشد. در جوامعی با ویژگی‌های ایران که با مشکل رشد جمعیت و رشد ناکافی سرویس‌های ارائه خدمات رفاهی عمومی روبرو

وسایل جلوگیری از بارداری دلایل مهمتری برای عدم استفاده عنوان شده است که اهم این دلایل شامل معلومات ناکافی و نامناسب، ترس از تأثیرات جانبی و به عبارتی عوارض ناشی از استفاده از این وسایل، عدم پذیرش خانواده و یا جامعه عنوان گردیده است (۱).

لذا لازم است در برنامه‌های ارتقاء بهداشت، برنامه‌های آموزشی و استراتژی‌های عملی، بر رفع موانع فوق تاکید گردیده و به عنوان اصل اولیه و اساسی در جلوگیری از بارداری‌های بدون برنامه و یا ناخواسته بر ارتقا و اصلاح آگاهی زنان در مورد وسایل جلوگیری از بارداری تأکید شود. با قبول این فرضیه که از سال ۱۳۷۶ برنامه‌های تنظیم خانواده در ایران موفقیت قابل توجهی داشته است، بررسی روند حاملگی ناخواسته در سال‌های اخیر از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. این مطالعه با هدف تعیین میزان و علل بارداری‌های ناخواسته در جمعیت مورد مطالعه و نحوه بکارگیری روش‌های جلوگیری از بارداری، همچنین دستیابی به دلایل عدم استفاده از این روشها به منظور شناخت عوامل مؤثر بر بارداری‌های ناخواسته و تعیین میزان نیازهای برآورد نشده که همگی در چگونگی کنترل رشد جمعیت تأثیر داشته‌اند برنامه‌ریزی و اجرا شده است تا با بیان میزان شیوع بارداری ناخواسته در این جمعیت و مهمترین عوامل مؤثر و عوارض ناشی از حاملگی‌های ناخواسته برای والدین و فرزند، مسئولین را در جهت دادن درست برنامه‌های کنترل جمعیت یاری نماید.

مواد و روشها

این پژوهش به شکل یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی انجام گرفت. ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود که برای تدوین آن ابتدا با مطالعه کتب و مقالات معتبر و مرتبط به موضوع پژوهش ابزار مقدماتی

هستند، واگذاری مسئولیت ارائه برنامه‌های تنظیم خانواده به دولت عقلانی‌تر به نظر می‌رسد؛ زیرا قدرت لازم جهت برنامه‌ریزی دقیق و اجرای مسئولانه برنامه‌ها و جلب مشارکت مردم را دارا می‌باشد (۸). در ایران برنامه‌های تنظیم خانواده براساس قوانین دینی و حمایت مراجع مذهبی به مرحله اجرا رسیده است. قابلیت تغییرپذیری و انطباق قوانین اسلامی با مسائل اجتماعی موضوع بسیار مهمی در پیشرفت و موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور است (۸).

از مهمترین اهداف برنامه‌های تنظیم خانواده در بسیاری از کشورها کاهش بارداری‌های ناخواسته می‌باشد. تحقق این امر از طریق دسترسی آسان به وسایل جلوگیری از بارداری امکان پذیر خواهد بود (۹). هرچند احتمال عدم موفقیت وسایل جلوگیری از بارداری، علی‌رغم آموزش‌های لازم و استفاده دقیق از آنها وجود دارد، همواره سرویس‌های تنظیم خانواده به وسیله جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته به حفظ و حراست منابع ملی و سرمایه‌های کشور کمک مؤثری می‌نمایند (۱۰).

براساس آمار موجود از دهه ۱۹۶۰ درصد بالایی از زنانی که تمایل به بارداری نداشته‌اند و یا خواستار تعویق زمان بارداری بوده‌اند از وسایل جلوگیری استفاده نکرده‌اند، از این مطلب به عنوان «نیاز برآورد نشده»^۱ یاد شده است (۷).

محققین و دست‌اندرکاران برنامه‌های تنظیم خانواده با تجزیه و تحلیل اطلاعات و آمار موجود و مطالعات مربوط به انسان‌شناسی^۲ در رابطه با علل برآورده نشدن نیازهای زنان علاقه‌مند به جلوگیری از بارداری، چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که توضیح علل این مسئله در تمام جوامع یکسان نخواهد بود. اگرچه برای جوامع بسیاری دسترسی به سرویس‌های تنظیم خانواده مشکل می‌باشد ولی با وجود نیاز به استفاده از

1- Unmet need

2- Anthropology

گردآوری شد و برای تعیین اعتبار علمی^۱ پرسشنامه از روش اعتبار محتوی^۲ استفاده گردید.

جهت تعیین اعتماد علمی^۳ ابتدا از روش تجزیه و تحلیل جزء به جزء^۴ به منظور یافتن نقاط مبهم و یا مشکل استفاده شد. بدین ترتیب که تعداد ۱۰ پرسشنامه توسط ۱۰ زن باردار تکمیل گردید و مشکلات موجود در پرسشنامه برطرف شد. سپس روش آزمون مجدد^۵ به کار گرفته شد بدین ترتیب که تعداد ۴۸ پرسشنامه به ۴۸ نفر از زنان بارداری داده شد که کاملاً خصوصیات نمونه مورد مطالعه را داشتند و سپس نتایج، مورد تجزیه و اعتبار علمی قرار گرفت که با $r=0/85$ اعتماد علمی مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه بکار گرفته شده در این مطالعه شامل دو نوع مختلف سئوالات باز و بسته شامل سه قسمت مشخصات جمعیتی (۲۰ سوال)، حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده (۸ سئوال) و بارداری‌های ناخواسته (۱۸ سوال) بود. از بین زنان مراجعه کننده به ۶ کلینیک زنان و زایمان که به تصادف از سه منطقه شمال، مرکز و جنوب تهران

انتخاب شده بودند، ۱۶۸ زن طی مدت ۶ ماهه (آذر ۷۸ تا خرداد ۷۹) انتخاب گردیدند. پرسشنامه‌ها به وسیله داوطلبین و با حضور محقق تکمیل گردید.

لازم به ذکر است که به افراد داوطلب توضیح داده شد که عدم شرکت در مطالعه هیچگونه تأثیری در نحوه سرویس‌دهی پزشکی کلینیک به آنها ندارد و پاسخ سئوالات کاملاً محرمانه خواهد بود.

مطابق با مطالعات دیگر محققین (۱۲،۱۱) در این مطالعه نیز ابتداءً نمونه‌ها سئوال شد که آیا این حاملگی (الف) خواسته بوده (ب) ناخواسته بوده (ج) نابهنگام بوده و یا (د) فرقی نمی‌کرده است. سپس جمع حاملگی‌های ناخواسته (اصلاً حاملگی را نمی‌خواستند یا بچه بیشتری را نمی‌خواستند) و بارداری‌های نابهنگام و یا بدون قصد (اگر می‌خواستند حاملگی را به تعویق بیاورند) به عنوان حاملگی‌های بدون برنامه در نظر گرفته و اگر حاملگی را می‌خواستند و یا نسبت به زمان حاملگی بی‌تفاوت بوده است به عنوان حاملگی برنامه‌ریزی شده در نظر گرفته شد.

برای درک بهتر دلایل بارداری‌های بدون برنامه، ارتباط

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی دلایل عدم استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری در زنان با بارداری ناخواسته، مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران ۷۹-۱۳۷۸

فراوانی نسبی	فراوانی نسبی	دلایل عدم استفاده
۱۲/۵		مخالفت همسر
۴۵/۸		ترس از عوارض
۴/۳		عدم اطلاع از نحوه استفاده
۱۶/۶		عدم آشنایی با وسایل و روش‌های جلوگیری از حاملگی
۲۰/۸		فکر نمی‌کردم باردار شوم
۱۰۰		کل

- 1- Validity
- 2- Content validity
- 3- Reliability
- 4- Item analyses
- 5- Test- retest method

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و همسرانشان بر حسب برخی ویژگی‌های دموگرافیک به تفکیک وضعیت تمایل آنها برای بارداری اخیر، تهران ۷۹-۱۳۷۸

P- value	جمع		بارداری ناخواسته		بارداری خواسته		نوع بارداری- فراوانی	
	نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	متغیرها	
۰/۰۵	۱۰۰	۹	۵۵/۶	۵	۴۴/۴	۴	۱۰-۱۹	سن (سال)
	۱۰۰	۹۶	۲۵/۰	۲۴	۷۵/۰	۷۲	۲۰-۲۹	
	۱۰۰	۴۴	۳۸/۶	۱۷	۶۱/۴	۲۷	۳۰-۳۹	
	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۰	۰	۴۰-۴۹	
۰/۰۴	۱۰۰	۱۵	۵۳/۳	۸	۴۶/۷	۷	زیر دیپلم	تحصیلات (همسر)
	۱۰۰	۹۳	۳۳/۳	۳۱	۶۶/۷	۶۲	دیپلمه	
	۱۰۰	۴۲	۱۹/۰	۸	۸۱/۰	۳۴	دانشگاهی	
۰/۱۱۶۲	۱۰۰	۳۵	۲۵/۷	۹	۷۴/۳	۲۶	زیر دیپلم	تحصیلات (زن)
	۱۰۰	۹۳	۲۹/۰	۲۷	۷۱/۰	۶۶	دیپلمه	
	۱۰۰	۲۲	۵۰/۰	۱۱	۵۰/۰	۱۱	دانشگاهی	
۰/۵۵۲۱	۱۰۰	۱۴۷	۳۲/۰	۴۷	۶۸/۰	۱۰۰	اسلام	دین
	-	-	۰/۰	۰	۱۰۰	۳	اقلیت	
۰/۶۸۳۹	۱۰۰	۲۹	۳۴/۵	۱۰	۶۵/۵	۱۹	دارد	شغل
	۱۰۰	۱۲۱	۳۰/۶	۳۷	۶۹/۴	۸۴	ندارد	
۰/۵۹۷۲	۱۰۰	۳۳	۲۷/۳	۹	۷۲/۷	۲۴	۵ میلیون >	درآمد (ریال)
	۱۰۰	۴۶	۳۷/۰	۱۷	۶۳/۰	۲۹	۳-۵ میلیون	
	۱۰۰	۷۱	۲۹/۶	۲۱	۴۰/۴	۵۰	۳ میلیون <	

متغیر وابسته با هر کدام از متغیرهای مستقل بوسیله χ^2 و Fisher Exact Test سنجیده شد و سپس برای تخمین اثرات خاص هر یک از متغیرهای غیروابسته روی احتمال بارداری‌های "ناخواسته" از رگرسیون لجستیک استفاده شد. لازم به ذکر است که $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

از مجموع ۱۶۸ نفر داوطلب شرکت کننده در مطالعه ۱۵۰ نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند که میزان

بین بعضی از متغیرهای زمینه‌ای مثل سن ازدواج، تعداد بارداری‌های قبلی، تعداد سقط جنین‌ها، تعداد فرزندان پسر و دختر متولد شده و تعداد بارداری‌های بدون برنامه قبلی با بارداری اخیر مورد آزمون قرار گرفت. بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده یا ناخواسته که در این مقاله مترادف هم می‌باشند به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه شامل برخی از مشخصات جمعیتی مثل سن، دین، درآمد، شغل و حرفه، وضعیت تحصیلی به عنوان متغیر غیروابسته یا مستقل در نظر گرفته شد. در این تحقیق ابتدا رابطه

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان بر حسب ویژگی‌های تاریخیچه بارداری آنان به تفکیک وضعیت تمایل آنها برای بارداری اخیر، تهران ۷۹-۱۳۷۸

P- value	فراوانی کل		بارداری ناخواسته		بارداری خواسته		نوع بارداری		متغیرها
	نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی	مطلق			
۰/۱۳۳۵	۱۰۰	۵۳	۴۱/۵	۲۲	۵۸/۵	۳۱	۱۰-۱۹	سن ازدواج (سال)	
	۱۰۰	۹۲	۲۶/۱	۲۴	۷۳/۹	۶۸	۲۰-۲۹		
	۱۰۰	۵	۲۰/۰	۱	۸۰/۰	۴	۳۰-۳۹		
۰/۰۰۲۳	۱۰۰	۱۱	۲۷/۳	۳	۷۲/۷	۸	۰	تعداد بارداری‌های قبلی	
	۱۰۰	۹۷	۲۲/۷	۲۲	۷۷/۳	۷۵	۱-۳		
	۱۰۰	۴۲	۵۲/۴	۲۲	۴۷/۶	۲۰	>۳		
۰/۰۰۰۰	۱۰۰	۱۲۱	۲۷/۲	۳۳	۷۲/۸	۸۸	۰	تعداد بارداری ناخواسته قبلی	
	۱۰۰	۲۶	۴۲/۳	۱۱	۵۷/۶	۱۵	۱-۳		
	۱۰۰	۳	۱۰۰	۳	۰/۰	۰	>۳		
۰/۰۰۰۱	۱۰۰	۱۰۳	۲۱/۳	۲۲	۷۸/۶	۸۱	۰	تعداد فرزندان دختر	
	۱۰۰	۳۸	۴۴/۸	۱۷	۵۵/۲	۲۱	۱-۳		
	۱۰۰	۳	۱۰۰	۳	۰/۰	۰	>۳		
۰/۰۰۷۶	۱۰۰	۹۲	۱۵/۲	۱۴	۸۴/۸	۷۸	۰	تعداد فرزندان پسر	
	۱۰۰	۵۶	۵۵/۳	۳۱	۴۴/۷	۲۵	۱-۳		
	۱۰۰	۲	۱۰۰/۰	۲	۰/۰	۰	>۳		
۰/۳۷۲۲	۱۰۰	۱۰۹	۳۰/۳	۳۳	۶۹/۷	۷۶	۰	تعداد سقط جنین	
	۱۰۰	۳۶	۳۰/۶	۱۱	۶۹/۴	۲۵	۱-۳		
	۱۰۰	۵	۶۰/۰	۳	۴۰/۰	۲	>۳		

شامل منطقه محل سکونت، دین، سطح تحصیلات، شغل و درآمد تنها در دو گروه زنان زیر بیست سال و بالای ۴۰ سال رابطه ضعیفی بین سن و حاملگی بدون برنامه (P=۰/۰۵۶) به دست آمد. همچنین بارداری ناخواسته با

وضعیت تحصیلی همسران در رابطه بود (P<۰/۰۵).

با استفاده از آزمون آماری χ^2 از میان متغیرهای زمینه‌ای مثل سن ازدواج، حاملگی‌های قبلی، تعداد فرزندان دختر، تعداد فرزندان پسر، حاملگی‌های ناخواسته قبلی و سقط جنین از هر دو نوع عمدی و

پاسخ‌گویی ۸۹/۲۸٪ به دست آمد. ۳۱/۳٪ بارداری‌ها بدون برنامه و قصد قبلی و بقیه با برنامه‌ریزی بود. ۶۳٪ از کل نمونه‌های مورد مطالعه سابقه استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری را داشته‌اند. ۵۱٪ از زنان با حاملگی ناخواسته به دلایل مختلفی که در جدول شماره ۱ آمده است از وسایل جلوگیری از حاملگی استفاده نمی‌کردند.

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد از میان متغیرهای دموگرافیک (زنان و همسران) مورد مطالعه

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی منابع کسب آگاهی در زنان با بارداری ناخواسته،

مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران ۷۹-۱۳۷۸

فراوانی نسبی	فراوانی منابع کسب اطلاع
۵۰/۵	پزشک خانوادگی
۱۶/۱	کلینیک‌های تنظیم خانواده
۴/۳	دوستان
۲۹/۱	همه منابع
۱۰۰	کل

بارداری و داشتن سابقه بارداری ناخواسته از عوامل مؤثر بر بارداری‌های ناخواسته می‌باشد. مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره^۱ با استفاده از روش backward elination از متغیرهای وابسته معنی‌دار در آزمون همبستگی نشان داد که داشتن فرزند دختر و سابقه بارداری ناخواسته از علائم مؤثر بر بارداری ناخواسته می‌باشند. مادرانی که دختر داشتند ۳ برابر احتمال خطر روبرو شدن با بارداری ناخواسته و آنهایی که سابقه بارداری ناخواسته داشتند ۱۱ بار بیشتر احتمال خطر برای بارداری ناخواسته دارند (جدول شماره ۵).

بحث

در مطالعه حاضر شیوع حاملگی ناخواسته در جامعه تحت پژوهش ۳۱/۳٪ بود و این میزان کمی کمتر از میزان شیوع حاملگی ناخواسته در تحقیقات اخیر می‌باشد. تحقیقی که در زنان مراجعه کننده به آزمایشگاه‌های بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت تست حاملگی در سال ۸۱ انجام گرفت میزان شیوع بارداری ناخواسته را ۴۷/۵٪ نشان داد(۱). این افزایش در میزان می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه تحت مطالعه باشد؛ چنانچه این میزان در

غیر عمدی تنهامتغیرهای تعداد فرزندان پسر ($P < 0/01$)، دختر ($P < 0/0001$)، تعداد حاملگی‌های قبلی ($P < 0/01$) و حاملگی‌های ناخواسته قبلی ($P < 0/0000$) رابطه معنی‌داری را با نوع بارداری نشان داد (جدول شماره ۳). لازم به ذکر است که ۲۷/۳٪ سابقه سقط جنین عمدی گزارش شده که این سقط جنین‌ها اغلب به طور غیرقانونی و در محیطی غیربهداشتی صورت گرفته‌است.

خوشبختانه ۹۷/۲٪ از زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده ابراز نمودند که همسرشان به‌طور فعال آنها را به استفاده از وسایل پیشگیری تشویق کرده و فقط ۲/۸٪ ابراز نمودند که همسر آنها دخالتی در این امر نمی‌کند (نه ممانعت، نه مشارکت)؛ یعنی همکاری منفعل دارند.

از زنانی که علیرغم استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی، بارداری ناخواسته داشتند، در مورد منابع کسب آگاهی سؤال شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ درج شده است.

نتایج مدل آماری رگرسیون لجستیک نشان داد که از میان تمامی متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای، متغیرهای جنسیت فرزندان و سابقه بارداری‌های قبلی، مشارکت همسر، استفاده و یا عدم استفاده از وسایل جلوگیری از

1- Multiple regression

جدول شماره ۵- خلاصه تجزیه و تحلیل مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره از متغیرهای وابسته با بارداری ناخواسته در زنان مراجعه کننده به کلینیکهای زنان و زایمان شهر تهران ۱۳۷۸-۷۹

P-value	Odds Ratio	Confidence interval	طبقه بندی	متغیرها
۰/۰۰۰	---	---	دارد	دختر
	۰/۳۰	(۰/۱۱، ۰/۵۰)	ندارد	
۰/۰۰۰	---	---	دارد	بارداری ناخواسته قبلی
	۰/۰۹	(۰/۰۳، ۰/۲۳)	ندارد	

مطالعات نیز نشان می‌دهد که بیش از ۶۵٪ از بارداری‌های بدون برنامه در حین استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری اتفاق می‌افتد (۱،۱۲). وقتی که بارداری بدون برنامه اتفاق می‌افتد دو راه وجود دارد: سقط جنین عمدی و یا تداوم بارداری و تولد فرزندی ناخواسته با مشکلات خاص خودش. عدم استفاده صحیح از روش پیشگیری از بارداری از دلایل مهم شکست می‌باشد و کمک به زوجها در به‌کارگیری درست وسایل باعث کاهش تعداد بارداری‌های ناخواسته و سقط می‌گردد (۱۵). متأسفانه در بعضی جوامع علیرغم توافق نامه ICPD در مورد ممنوعیت استفاده از سقط جنین، سقط جنین عمدی به روش بهداشتی در بیمارستان که به صورت قانونی انجام شود و به عنوان گریز از حاملگی ناخواسته باشد (۱۷) به عنوان روش مقابله‌ای در برابر شکست وسایل جلوگیری از حاملگی انجام می‌پذیرد. البته این روش فقط در جوامعی قابل انجام است که از نظر قانونی، فرهنگی و دینی پذیرفته شده باشد.

در مطالعه حاضر ۲۷/۳٪ سابقه سقط جنین عمدی گزارش شده است که این سقط جنین‌ها اغلب به طور غیرقانونی و در محیطی غیربهداشتی صورت گرفته است. سقط‌های غیرقانونی زیان‌های بهداشتی و اجتماعی و اقتصادی بسیاری را برای خانواده‌ها و کشور به همراه دارد. سقط جنین‌های ناشی از

مراجعه کنندگان جهت تست بارداری به مراکز تشخیصی دولتی بیشتر از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های خصوصی می‌باشد. تحقیق دیگری که براساس اطلاعات "بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی ایران در سال ۱۳۷۹" انجام گرفت میزان شیوع را ۳۴٪ در جمعیت شهری گزارش کرده است (۱۲) که با میزان شیوع به دست آمده از تحقیق حاضر هماهنگی دارد. مطالعات دیگر در تعدادی از استان‌های کشور نشان داد که حدود ۳۰-۳۵٪ بارداری‌ها ناخواسته بوده است (۱۴، ۱۳).

۶۳٪ از کل نمونه مورد مطالعه سابقه استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی را داشته‌اند در مطالعات دیگر نیز میزان استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی به ترتیب ۵۹٪ در سال ۷۹ و ۶۳/۷٪ در حاملگی‌های ناخواسته در سال ۸۱ عنوان شده است (۱، ۱۲).

به طور کلی زنان در گروه سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۴۰ سال، با تعداد فرزندان بیشتر از سه، داشتن سابقه سقط و بارداری ناخواسته قبلی بیشتر در معرض خطر بارداری ناخواسته می‌باشند. افزایش بارداری‌های ناخواسته در گروه سنی مذکور با تحقیقات دیگری نیز به اثبات رسیده است (۱، ۱۲).

در مطالعه حاضر ۲۳ مورد (۵۱٪) از حاملگی‌های ناخواسته، به دلیل شکست روش‌های جلوگیری و یا استفاده غیرصحیح از روشها بوده است. نتایج سایر

نتایج مدل آماری رگرسیون لجستیک نشان داد که داشتن فرزند دختر از علائم خطر بارداری ناخواسته است و مادرانی که دختر داشتند ۳ برابر بیشتر احتمال خطر روبرو شدن با بارداری ناخواسته دیگری را داشتند ($P < 0.05$).

از دهه ۱۹۶۰ مطالعات نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از زنانی که نمی‌خواستند باردار شوند و یا حداقل در فکر به تأخیر انداختن زمان بارداری خود بوده‌اند از وسایل جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کرده‌اند؛ یعنی نیاز آنها به وسایل جلوگیری از بارداری برآورد نشده است (۷). همچنانکه قبلاً بحث شد و بر طبق نتایج تحقیق حاضر (جدول شماره ۱) و مطالعات دیگر، اهم دلایل این مسئله نداشتن آگاهی کافی و صحیح در مورد وسایل جلوگیری از حاملگی، ترس از عوارض جانبی و عدم پذیرش دینی و فرهنگی از طرف همسر و یا جامعه ذکر شده است (۱). این موارد نکات مهمی است که در آموزش باید مورد توجه قرار گیرد.

وسایل جلوگیری از بارداری باید مورد پذیرش و در دسترس همه زنان و مردان جامعه باشد. لازم است که سرمایه‌گذاری‌ها در تنظیم خانواده در جهت تهیه وسایل جلوگیری از بارداری همچنین برقراری رابطه نزدیک با مشتریان و نیازمندان در جهت شناخت نیازهای بهداشتی و اجتماعی آنان صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

امکان انجام این مطالعه بدون همکاری و پشتیبانی صمیمانه دکتر Jiri Rada امکان‌پذیر نبود. همچنین لازم است قدردانی و تشکر خود را نسبت به پروفیسور Alista Woodward برای راهنمایی‌های مفید و به موقع ایشان ابراز نمایم.

حاملگی‌های ناخواسته در ایران موضوع مهمی است که در مطالعات به آن توجه شده است (۱۷).

مطالعه حاضر و همچنین مطالعات دیگر نشان داد که داشتن سابقه سقط جنین و حاملگی بدون برنامه احتمال بروز بارداری ناخواسته دیگری را افزایش می‌دهد. همچنانکه از میان زنان مورد مطالعه در بررسی حاضر که سابقه سقط جنین نداشته‌اند ۳/۳۰٪ بارداری بدون برنامه داشتند در حالیکه زنانی که تجربه سقط جنین داشتند ۶۰٪ بارداری بدون برنامه داشتند. بنابراین لازم است بیشتر از آن که به درمان و برخورد بهداشتی-اجتماعی صحیح پرداخته شود، راهکارهایی جهت پیشگیری از بارداری بدون برنامه ارائه شود.

در مطالعه حاضر نکته مهم دیگر مشارکت فعالانه همسران است. به نظر می‌رسد که شوهران تحصیلکرده در تنظیم خانواده همکاری بهتری دارند. با توجه به اینکه در نمونه مورد مطالعه درصد قابل توجهی (۷۶/۷٪) از زنان از تحصیلاتی در حد دیپلم و یا بالاتر از آن برخوردار بودند، امکان بررسی ارتباط سطح تحصیلات زنان و نحوه استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری فراهم نبود.

لازم است در برنامه‌های آموزشی به این نکته توجه شود که تنظیم خانواده مسئولیت مردان و زنان (هر دو) می‌باشد. مردان باید در تنظیم خانواده با همسران خود مشارکت فعال داشته باشند. عدم مشارکت همسران در استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری به عنوان عامل خطر بالقوه برای بارداری‌های ناخواسته در مطالعات دیگر نیز ذکر گردیده است (۱۰،۱۲).

اگرچه سایر مطالعات نشان داده‌اند که تمایل برای داشتن فرزند پسر بر رفتار باروری تاثیر می‌گذارد (۱۸،۱۹)، طبق نتایج مطالعه حاضر وقتی تعداد فرزندان دختر ($P < 0.0001$) و پسر ($P < 0.01$) افزایش پیدا کرد نسبت بارداری‌های ناخواسته نیز افزایش یافت. اما

منابع

- ۱- رضایی پورافسر، تقی‌زاده زیبا، فقیه‌زاده سقراط، بزازیان شهین. شیوع و علل حاملگی‌های ناخواسته در مراجعین با تست مثبت حاملگی و ارائه راهکار مناسب. حیات، سال ۹، (۱۳۸۲)، شماره ۱۷، صفحات ۳۱-۲۴.
- 2- Trussell J., Leveque J.A., Koenig J.D., et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Pub Health*.1995;85(4): 494-503.
- 3- Flisher A.J., Joubert G., Yach D. Death from Septicaemia as a consequence of unplanned pregnancy. *SAMJ*.1990;78(3):250-261.
- 4- Westhoff C. The impact of family planning on women's health. *Curr Opin Obstet Gynaecol*. 1993;5(6):793-7.
- 5- Haile A. Unintended conception and unwanted fertility in Gondar, Ethiopia. *East Afr Med J*. 1992;69(7):355-359.
- 6- Stokes B. Population Reports. The John Hopkins University, Hampton House. The Population Information Program. Series J Number 20.1978:369.
- 7- Bongaarts J., Bruce J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Stud Fam Plan*.1995;26(2):57-75.
- 8- Aghajanian A. A new direction in population policy and family planning in the Islamic Republic of Iran. *Asia Pac Popul J*.1995;10(1):3-20.
- 9- Kosunen E.A., Rimpela M.K. Towards regional equality in family planning: Teenage pregnancies and abortions in Finland from 1976 to 1993. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica*.1996;75(6): 540-7.
- 10- Carlin E.M., Boag F.C. Women, contraception and STDs including HIV. (Editorial). *Int J STD AIDS*.1995;6(6):373-886.
- 11- Jain A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority?. *Int Fam Plan Perspec*.1999;25(S):39-49
- ۱۲- عباسی شوازی محمد جلال، حسینی چاوشی میمنت، دلاور بهرام، حاملگی‌های "ناخواسته" و عوامل مؤثر بر آن در ایران. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال ۵، (۱۳۸۲)، شماره ۱، صفحات ۷۶-۶۲.
- ۱۳- حقجو ناصرالدین، بیلاق بیگی م. بررسی حاملگی‌های ناخواسته بین زنان روستایی در شهر رشت. بهداشت خانواده، (۱۳۷۵)، شماره ۴، صفحات ۳۴-۳۶.
- ۱۴- پورزکریا مرضیه. علل باروری ناخواسته زنان ۴۹-۱۵ ساله همسردار در جنوب تهران (مطالعه تطبیقی در منطقه فرمانفرمایان و دولتخوان). پایان نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ۱۳۸۱.
- 15- Marble M. Unintended pregnancy rate high use of contraceptives. *Women Health Weekly*. 1996;9-11.
- 16- Justesen A., Saidi H., Kapiga., et al. Abortions in a hospital setting: Hidden Realities in Dar es salam, Tanzania. *Stud Fam Plan*.1992;23(5):325-29.
- ۱۷- ملک افضلی حسین. بهداشت باروری و جنسی به عنوان یک حق اجتماعی. بهداشت خانواده، سال ۴ (۱۳۷۸)، شماره ۱۴.
- 18- Paydarfar A., Malekafzali H. Sociodemographic attributes of Iranian wives who reported unwanted pregnancies, Paper presented at the Research Committee on Sociology of Population in the World Congress of Sociology, July 26-August 1, Montreal, Canada, 1996.
- 19- Lucas D., Meyer P. The background to fertility. In beginning Population Studies. Lucas D. Meyer P (Editors). National Centre for Development Studies, The Australian National University, Canberra.1994;56-68.