

فرخ اباذری (M.S.)^۱، منصور عرب (M.S.)^۱، عباس عباس زاده (M.S.)^۱.

۱-مربی، دانشکده پرستاری بم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمان، کرمان، ایران.

چکیده

در حالیکه حاملگی برنامه‌ریزی شده واقعه‌ای خوشایند برای خانواده است، حاملگی ناخواسته آثار نامطلوبی بر مادر، نوزاد و نهایتاً کل خانواده برجای می‌گذارد. یکی از راههای ارزیابی کیفی خدمات تنظیم خانواده و سلامت باروری بررسی میزان بروز حاملگی‌های ناخواسته است. این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی علل حاملگی‌های ناخواسته در سال ۱۳۸۰ در ۴۱۴ نفر زنان حامله مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های شهر کرمان انجام شد. نتایج حاصل نشان می‌دهد که متوسط سن خانم‌های مورد بررسی $27/64 \pm 1/73$ ، سن همسران آنان $31/96 \pm 7/60$ سال و میانگین تعداد فرزندان $1/94 \pm 1/95$ می‌باشد. میزان تحصیلات مادران $44/5\%$ زیر دیپلم و $35/7\%$ دیپلم بود. $72/2\%$ خانه‌دار و $25/6\%$ کارمند بودند. از مجموع مادران مورد بررسی $65/1\%$ حاملگی فعلی‌شان را برنامه‌ریزی شده و $24/9\%$ این حاملگی را ناخواسته دانسته‌اند. $67/2\%$ همسران با حاملگی فعلی موافق و $32/8\%$ مخالف بوده‌اند. 42% از مادران با وجود استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی باردار شده‌اند. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین بروز حاملگی ناخواسته و متغیرهای سطح تحصیلات مادر و همسر وی، شغل همسر، استفاده از روش‌های پیشگیری، سن، سن همسر و تعداد حاملگی‌های قبلی وجود دارد. با توجه به میزان بالای حاملگی ناخواسته و ضرورت پیشگیری از آن پیشنهاد می‌شود، خدمات تنظیم خانواده همراه با مشاوره مداوم با زوجین صورت پذیرد تا کیفیت و کارآمدی این خدمات تضمین شود.

کل واژگان: حاملگی ناخواسته، تنظیم خانواده، رفتارهای باروری و کرمان.

آدرس مکاتبه: فرخ اباذری، دانشکده پرستاری بم، صندوق پستی ۷۶۶۱۵-۳۵۵، بم، ایران.

پست الکترونیک: fabazari@yahoo.com

مقدمه

تحولات جمعیتی در دو قرن اخیر، دگرگونی بنیادی در شیوه زندگی، توسعه تکنولوژی و بالاخره افزایش سطح انتظارات بشر در تأمین رفاه جسمی، روانی اجتماعی موجب شده است تا مسائل جمعیتی و راههای سامان‌بخشی جمعیت بیش از پیش مورد تأکید قرار گیرد (۱).

افزایش جمعیت با توجه به محدودیت منابع، سرانجام با کاهش کیفیت زندگی، آثار سوئی بر فرد و جامعه خواهد گذاشت. امروزه مسئله رشد جمعیت و عدم هماهنگی آن با توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و آثار مخرب آن بر محیط زیست و منابع طبیعی مشکلی است که توجه عمیق سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشورهای در حال توسعه را طلب می‌کند (۲). در کشورهای در حال توسعه، کاهش سریع میزان مرگ و میر اطفال و بهبود نسبی شرایط بهداشتی، ناهماهنگ با سایر بخشهای توسعه، رشد شتابان و انفجار آمیز جمعیت را به دنبال داشته است (۳). ۱۵۰-۱۲۰ میلیون زن در جهان که مایل به تنظیم خانواده و فاصله‌گذاری بین حاملگی‌هایشان هستند، به وسایل مؤثر برای نیل به این مقصود دسترسی ندارند. سالانه حدود ۷۵ میلیون مورد از ۱۷۵ میلیون حاملگی، ناخواسته بوده و ۷ هزار نفر به خاطر سقط‌های غیربهداشتی جان خود را از دست می‌دهند (۴). در سال ۱۹۶۰ حدود ۱۰٪ زنان کشورهای در حال توسعه از وسایل تنظیم خانواده استفاده می‌کردند که امروزه این رقم به ۵۵٪ رسیده است، لیکن در بسیاری از کشورها زنان همچنان فرزندانی بیشتر از آنچه خواست آنهاست به دنیا می‌آورند، که شکست روشهای پیشگیری مورد استفاده یکی از دلایل اینگونه حاملگی‌ها می‌باشد (۵). جلوگیری از حاملگی ناخواسته باعث کاهش افسردگی، خودکشی زنان و مرگ و میر مادر و فرزند شده و در عین حال بدرفتاری، غفلت و سهل‌انگاری در مراقبت از فرزند را نیز کمتر می‌کند. ضمن اینکه حاملگی

برنامه‌ریزی شده باعث می‌شود که تولد فرزند برای مادر لذت‌بخش باشد و ارتباط عاطفی بیشتری بین مادر و فرزند بوجود آید (۶). با توجه به اهمیت موضوع بهداشت بارداری و حاملگی‌های ناخواسته و عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر آن این پژوهش با هدف بررسی حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در زایشگاههای شهر کرمان انجام شده است.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که جهت بررسی حاملگی‌های ناخواسته در شهر کرمان در سال ۱۳۸۰ انجام شد. بر طبق تعریف، حاملگی ناخواسته به حاملگی اطلاق می‌شود که بدون برنامه‌ریزی قبلی و قصد والدین برای فرزنددار شدن رخ دهد (۶). هدف این بررسی میزان حاملگی‌های ناخواسته و نحوه بکارگیری روش‌های پیشگیری از حاملگی و منبع کسب اطلاعات لازم در خصوص این روش‌ها و نیز تعیین رابطه این عوامل با خصوصیات فردی زنان مورد بررسی بود. جامعه پژوهش کلیه خانم‌های ساکن شهر کرمان بودند که برای زایمان به زایشگاه‌های خصوصی و دولتی این شهر مراجعه کرده بودند. با توجه به مطالعات مشابه (۶، ۷) که میزان حاملگی ناخواسته حدود ۴۰٪ گزارش شده است و با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و $d = 0.05$ با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه تعداد ۳۷۰ نفر بدست آمد که جهت افزایش اطمینان ۴۱۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. این مراکز برحسب میزان مراجعه تقسیم بندی و در هر مرکز با توجه به این نسبت تعداد نمونه مورد نیاز مشخص شد. پس از اخذ مجوز و معرفی‌نامه لازم، پرسشگر به این مراکز مراجعه کرده و با روش نمونه‌گیری در دسترس تا تکمیل تعداد مورد نیاز کار نمونه‌گیری را ادامه داده است. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ای استفاده شد که شامل ۴۲ سؤال در مورد ویژگی‌های فردی و رفتارهای باروری

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران برحسب متغیرهای فردی و حاملگی ناخواسته در مراجعین بخش زایمان بیمارستانهای شهر کرمان

متغیر	نوع حاملگی		حاملگی خواسته		حاملگی ناخواسته		ذکر نشده		جمع		P.value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مرکز زایمانی	باهر	۱۴۰	۵۲/۸	۶۰	۴۲/۳	۲	۲۹	۲۰/۲	۴۸/۸	۰/۰۰۰۱	
	کاشانی	۳۸	۱۴/۳	۴۸	۳۳/۸	۴	۵۷	۹۰	۲۱/۷		
	ارجمند	۵۶	۲۱/۱	۱۹	۱۳/۴	۱	۱۴	۷۶	۱۸/۴		
	راضیه فیروز	۳۱	۱۱/۷	۱۵	۱۰/۶	۰	۰	۴۶	۱۱/۱		
	جمع	۱۸۲	۶۸/۷	۱۱۰	۷۷/۵	۴	۵۷	۲۹۶	۷۱/۵		
شغل	خانه‌دار	۱	۰/۴	۱	۰/۷	۰	۰	۲	۰/۵	۰/۰۰۰۱	
	آزاد	۷۵	۲۸/۳	۲۸	۱۹/۷	۲	۲۹	۱۰۵	۲۵/۴		
	کارمند	۵	۱/۹	۲	۱/۴	۰	۰	۷	۱/۶		
	دانشجو	۲	۰/۷	۱	۰/۷	۱	۱۴	۴	۱		
	بدون جواب	۲۶۵	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	۷	۱۰۰	۴۱۴	۱۰۰		
تحصیلات	جمع	۸	۳	۱۹	۱۳/۴	۴	۵۷/۱	۳۱	۷/۵	۰/۰۰۰۱	
	بی‌سواد	۲۲	۸/۳	۳۱	۲۱/۸	۰	۰	۵۳	۱۲/۷		
	ابتدایی	۴۲	۱۵/۸	۲۴	۱۶/۹	۰	۰	۶۶	۱۵/۶		
	راهنمایی	۲۵	۹/۴	۱۱	۷/۷	۰	۰	۳۶	۸/۷		
	دبیرستان	۱۰۶	۴۰	۳۷	۲۶/۱	۳	۴۲/۹	۱۴۸	۳۵/۷		
تحصیلات همسر	دیپلم	۲۱	۷/۹	۶	۴/۲	۰	۰	۲۷	۶/۵	۰/۰۰۰۱	
	فوق دیپلم	۴۱	۵۱/۶	۱۴	۹/۹	۰	۰	۵۵	۱۳/۳		
	لیسانس و بالاتر	۲۶۵	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	۷	۱۰۰	۴۱۴	۱۰۰		
	جمع	۱۲	۴/۵	۱۶	۱۱/۳	۰	۰	۲۸	۶/۳	۰/۰۰۰۱	
	بی‌سواد	۲۵	۹/۴	۳۲	۲۲/۵	۳	۴۳	۶۰	۱۴/۵		
دلیل عدم استفاده از پیشگیری	راهنمایی	۳۰	۱۱/۳	۲۳	۱۶/۲	۱	۱۴	۵۴	۱۳/۱	۰/۰۰۰۱	
	دبیرستان	۱۹	۷/۲	۱۰	۷	۱	۱۴	۳۰	۷/۳		
	دیپلم	۷۸	۲۹/۴	۲۹	۲۰/۴	۱	۱۴	۱۰۸	۲۶/۴		
	فوق دیپلم	۴۴	۱۶/۶	۱۳	۹/۲	۱	۱۴	۵۸	۱۴		
	لیسانس و بالاتر	۵۷	۲۱/۵	۱۹	۱۳/۴	۰	۰	۷۶	۱۸/۴		
دلیل عدم استفاده از پیشگیری	جمع	۴	۱/۵	۷	۴/۸	۱	۱۴/۳	۱۲	۲/۹	۰/۱۷۶	
	عدم آگاهی	۳۹	۱۴/۷	۲۸	۱۹/۷	۰	۰	۶۷	۱۵/۷		
	مغایرت با اعتقادات	۲	۰/۷	۰	۰	۰	۰	۲	۰/۵		
	عدم تمایل خود	۱۰	۳/۹	۷	۴/۹	۰	۰	۱۷	۴/۱		
	عدم تمایل همسر	۰	۰	۳	۲/۱	۰	۰	۳	۰/۷		
دلیل انتخاب روش پیشگیری	قاعدگی نامنظم	۸	۳	۴	۲/۸	۰	۰	۱۲	۲/۷	۰/۱۷۶	
	شیردهی و زایمان	۱	۰/۴	۵	۳/۵	۰	۰	۶	۱/۲		
	سایر موارد	۸	۳	۵	۳/۵	۴	۵۷/۱	۱۷	۴/۸		
	بدون جواب	۱۹۳	۷۲/۸	۸۳	۵۸/۴	۲	۲۸/۶	۲۷۸	۶۷/۴		
	جمع	۲۶۵	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	۷	۱۰۰	۴۱۴	۱۰۰		
دلیل انتخاب روش پیشگیری	تجویز پزشک	۱۲	۴/۵	۵	۳/۵	۲	۲۸/۶	۱۹	۴/۶	۰/۱۵۰	
	توصیه مراکز بهداشتی، درمانی	۱۴	۵/۴	۲۶	۱۸/۳	۰	۰	۴۰	۹/۷		
	تبلیغات رسانه‌ها	۱	۰/۵	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۲		
	تمایل و پیگیری خود	۱۴۸	۵۵/۸	۱۰۰	۷۰/۴	۲	۲۸/۶	۲۵۰	۶۰/۴		
	توصیه آشنایان و نزدیکان	۲	۰/۷	۲	۱/۴	۰	۰	۴	۱		
دلیل انتخاب روش پیشگیری	سایر موارد	۳	۰/۷	۲	۱/۴	۰	۰	۵	۱/۲	۰/۱۵۰	
	بدون جواب	۸۵	۳۲/۲	۷	۴/۹	۳	۴۲/۸	۹۵	۲۲/۹		
	جمع	۲۶۵	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	۷	۱۰۰	۴۱۴	۱۰۰		
	تجویز پزشک	۱۲	۴/۵	۵	۳/۵	۲	۲۸/۶	۱۹	۴/۶	۰/۱۵۰	
	توصیه مراکز بهداشتی، درمانی	۱۴	۵/۴	۲۶	۱۸/۳	۰	۰	۴۰	۹/۷		

بود. این پرسشنامه برای خانم‌های بی‌سواد و کم سواد بصورت مصاحبه سازمان یافته توسط پرسشگر تکمیل شد. پرسشنامه از نظر کیفیت محتوا با استفاده از نظرات اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و اعضای شورای پژوهش این دانشگاه مورد بازنگری

قرار گرفت. ضمناً پایائی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون مجدد تأیید شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و انتقال اطلاعات آن به کامپیوتر، از نرم‌افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده و طی آن از جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های میانگین و

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران مورد بررسی برحسب نوع حاملگی و استفاده از روش پیشگیری از بارداری در مراجعین بخش زایمان بیمارستانهای شهر کرمان

نوع حاملگی		حاملگی خواسته		حاملگی ناخواسته		ذکر نشده		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
استفاده از روش پیشگیری		۲۰	۷/۵	۹۵	۶۶/۹	۲	۲۸/۶	۱۱۷	۲۸/۳
استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری		۱۳۰	۴۹/۰	۲۸	۱۹/۷	۳	۴۲/۹	۱۶۱	۳۸/۹
عدم استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری		۱۱۵	۴۳/۴	۱۹	۱۳/۴	۲	۲۸/۶	۱۳۶	۳۲/۸
بدون جواب		۲۶۵	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	۷	۱۰۰	۴۱۴	۱۰۰
جمع									

انحراف معیار و آزمون‌های مجذور کای و آنالیز واریانس استفاده شد.

میانگین فرزند پسر 0.90 ± 0.90 می‌باشد. از دیدگاه مادران مورد بررسی میانگین تعداد فرزند مطلوب 2.24 ± 0.78 است.

نتایج

نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد که متوسط سن خانم‌های مورد بررسی 27.64 ± 1.73 سال، متوسط سن همسر 31.96 ± 1.60 سال، متوسط سن آنها در هنگام ازدواج 19.81 ± 0.77 سال، میانگین تعداد فرزندان آنها 1.94 ± 0.95 ، میانگین فرزند دختر 1.05 ± 0.09 و

از مجموع مادران مورد بررسی ۲۶۵ نفر (۶۵/۱٪) حاملگی فعلی‌شان را برنامه‌ریزی شده و ۱۴۲ نفر (۳۴/۹٪) ناخواسته می‌دانند. ضمن اینکه ۷ نفر در این مورد هیچگونه اظهار نظری نکرده‌اند. وضعیت حاملگی ناخواسته از دیدگاه همسران آنها بدین شرح است: ۲۷۲ نفر (۶۷/۲٪) ابراز داشته‌اند که همسرشان با این

جدول ۳- فراوانی مطلق و نسبی مادرانی که حاملگی ناخواسته داشته‌اند برحسب روشهای پیشگیری مورد استفاده (شکست در استفاده از روش پیشگیری) در مراجعین بخش زایمان بیمارستانهای شهر کرمان

توزیع فراوانی		تعداد	درصد
روش مورد استفاده			
قرص		۳۹	۴۱/۱
منقطع		۲۳	۲۴/۲
کاندوم		۱۴	۱۴/۷
ریتمیک		۱۱	۱۱/۶
IUD		۵	۵/۳
شیردهی		۲	۱/۲
تزریقی		۱	۱/۱
جمع		۹۵	۱۰۰

جدول ۴- ارتباط بین تعدادی از متغیرهای مورد بررسی و حاملگی ناخواسته در مادران مورد بررسی (آنالیز واریانس) در مراجعین بخش زایمان بیمارستانهای کرمان

متغیر	حاملگی ناخواسته		حاملگی خواسته		کل مادران		P.value
	M±SD		M±SD		M±SD		
سن	۷/۲۰	۳۰/۲۹	۵/۵۶	۲۵/۸۵	۶/۷۳	۲۷/۶۴	۰/۰۰۰
سن همسر	۷/۸۴	۳۴/۴۹	۶/۷۷	۳۰/۱۴	۷/۶۰	۳۱/۹۶	۰/۰۰۰
سن ازدواج	۵/۰۴	۱۹/۱۱	۵/۸۸	۲۰/۳۲	۵/۷۷	۱۹/۸۱	۰/۰۳۹
تعداد حاملگی	۲/۰۷	۳/۹۰	۱/۱۷	۱/۱۵	۱/۹۴	۱/۹۸	۰/۰۰۰
تعداد فرزند	۱/۷۷	۳/۰۱	۰/۹۴	۱/۳۳	۱/۵۹	۱/۹۴	۰/۰۰۰

حاملگی موافق می‌باشد. ۱۳۳ نفر (۳۲/۸٪) نیز حاملگی فعلی را موافق نظر همسرشان نمی‌دانند. ضمن اینکه ۹ نفر به این سؤال پاسخ نداده‌اند. میانگین تعداد حاملگی ناخواسته در مادران مورد بررسی ۰/۵۰ می‌باشد. از مجموع ۲۷۸ نفر که به این سؤال که آیا با وجود استفاده از روش پیشگیری از بارداری حامله شده‌اند جواب داده‌اند، پاسخ ۱۱۷ نفر (۴۲/۱٪) بلی و ۱۶۱ نفر (۵۷/۹٪) خیر بود.

با توجه به اینکه مراکز زایمانی شهر کرمان چهار مرکز می‌باشد، توزیع واحدهای پژوهش بر حسب این مراکز بدین شرح است: بیمارستان شهید باهنر ۲۰۲ نفر (۴۸/۸٪)، بیمارستان آیت‌الله کاشانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی ۹۰ نفر (۲۱/۷٪)، بیمارستان راضیه فیروز ۴۶ نفر (۱۱/۱٪)، بیمارستان ارجمند ۷۶ نفر (۱۸/۴٪) ضمناً دو بیمارستان اخیر خصوصی می‌باشند. از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی هم در مادران (۳۵/۷٪) و هم در همسر آنها (۲۶/۳٪) مربوط به تحصیلات سطح دیپلم می‌باشد.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشخص است، از مجموع مادرانی که حاملگی ناخواسته داشتند، ۶۶/۹٪ از روشهای پیشگیری استفاده می‌کردند و ۱۹/۷٪ بدون استفاده از هیچ روشی باردار شده‌اند. در مادرانیکه حاملگی ناخواسته نداشتند، نیز ۷/۵٪ از روش پیشگیری

استفاده کرده‌اند و بقیه چون خواستار حاملگی بوده‌اند، طبعاً از هیچ روشی استفاده نکرده‌اند. ضمن اینکه تفاوت این دو گروه از لحاظ شکست روش پیشگیری از بارداری از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$).

جدول ۳ وقوع حاملگی ناخواسته علیرغم استفاده از روشهای پیشگیری مختلف را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، بیشترین حاملگی در روش قرص ضدبارداری و پس از آن روش منقطع اتفاق افتاده است. در این جدول نیز آزمون آماری مربع کای نشان دهنده معنی‌دار بودن اختلاف میزان حاملگی در ضمن استفاده از روشهای مختلف می‌باشد ($P < 0/05$).

تحلیل آماری تأثیر متغیرهای مختلف بر نظر مادران مورد بررسی در زمینه خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی فعلی نتایج زیر را بدست داد: متغیرهای مرکز زایمانی، سطح تحصیلات مادر و همسر وی، شغل همسر، استفاده از روشهای پیشگیری، سن، سن همسر، تعداد حاملگی قبلی ارتباط معنی‌دار آماری ($P < 0/05$) با حاملگی ناخواسته داشتند و متغیرهای محل سکونت، شغل مادر، محل تولد، دلیل انتخاب روش پیشگیری، نوع روش پیشگیری مورد استفاده، دلیل عدم استفاده از روش پیشگیری و سن ازدواج تأثیر معنی‌دار آماری نداشته است ($P > 0/05$) (جدول ۴ و ۵).

بحث

برنامه‌های تنظیم خانواده تعداد افراد خانوار را در کشورهای در حال توسعه به میزان قابل توجهی کاهش داده است، بطوریکه میانگین تعداد فرزندان از ۶/۱ فرزند برای هر زن در اوایل دهه ۱۹۶۰ به مقدار کنونی یعنی ۳/۹ رسیده است. اما این میزان هنوز از میانگین ۲/۱ کودک برای هر زن که حد توقف رشد جمعیت است فاصله زیادی دارد (۳). یکی از دلایل عدم موفقیت در کنترل موالید، آمار بالای حاملگی‌های ناخواسته می‌باشد. حاملگی ناخواسته می‌تواند موجب عدم توجه مادر به رفتارهای بهداشتی در زمان حاملگی شود. پژوهشی در این زمینه نشان داد مادرانی که حاملگی ناخواسته داشته‌اند، رفتارهای خطرناک بهداشتی از قبیل مصرف سیگار، الکل و عدم مصرف ویتامین‌ها را نسبت به مادرانی که حاملگی آنها مورد خواستشان بوده است بیشتر نشان داده‌اند (۸). بنابراین پیشگیری از بارداریهای ناخواسته به عنوان یکی از راه‌حلهای عملی برای نیل به هدف کاهش نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان می‌باشد (۶).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نزدیک به ۳۵٪ از مادران مورد بررسی حاملگی فعلی را برنامه‌ریزی شده نمی‌دانند. پژوهش انجام شده در مشهد (۱۳۷۹) این میزان را ۴۱/۷ بیان کرده است (۶). جهانفر (۱۳۷۹) این میزان را در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران ۴۲٪ اعلام کرده است (۷). شفیعی و همکاران این میزان را در شهر جیرفت ۳۷/۶٪ گزارش کرده‌اند (۹). سیدنوزادی در بررسی حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده به نقل از هولمز بیان می‌کند که در کشور آمریکا در فاصله ۱۹۸۷-۱۹۸۴ تقریباً از هر ده حاملگی، شش مورد و از هر ۱۰ تولد ۴ مورد بدون برنامه بوده‌اند. اغلب این حاملگی‌ها بی‌موقع و ۱۲٪ کاملاً ناخواسته می‌باشند. در بریتانیا نیز میزان حاملگی‌های بدون برنامه از سال ۱۹۸۴ رو به افزایش بوده و به ۳۱٪ رسیده است. طبق

مطالعه انجام شده در آفریقا بیش از ۴۰٪ حاملگی‌ها ناخواسته است (۱۰).

از مجموع مادران مورد بررسی ۴۲/۱٪ از مادران با وجود استفاده از نوعی از روش‌های پیشگیری از بارداری حامله شده‌اند.

در پژوهشی ۵ ساله که تا سال ۱۹۹۸ روی دانشجویان دختر در آمریکا انجام شده است، ۳۷٪ پاسخ‌دهنده‌هایی که دارای حاملگی ناخواسته بودند، ابراز داشتند که از هیچگونه روش پیشگیری از بارداری استفاده نکرده‌اند (۱۱). در بررسی که محمدپور (۱۳۷۶) در شهرستان گناباد انجام داد این میزان را ۶۳٪ تعیین کرد. ضمناً نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اکثر مادرانی که دارای حاملگی ناخواسته هستند، ضمن استفاده از روش‌های پیشگیری حامله شده‌اند (۱۲). نتایج بررسی در سایر کشورها هم نشانگر آن است که حاملگی‌های ناخواسته عموماً در اثر استفاده نامناسب از روشهای پیشگیری اتفاق می‌افتد (۱۳).

تا کنون بیشتر برنامه‌های تنظیم خانواده بر تأمین وسایل پیشگیری تأکید داشته‌اند و کمتر به آموزش‌های جنسی می‌پرداخته است. ولی شرایط فعلی ایجاب می‌کند که بخش عمده‌ای از برنامه‌ها در زمینه اعتلای مسئولیت‌پذیری و بهداشت جنسی باشد. این موضوع معرف آن است که کارآیی روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان مورد بررسی در حد قابل قبولی نمی‌باشد. دلایل این عدم موفقیت می‌تواند عواملی از قبیل عدم آگاهی، عدم استفاده صحیح از وسایل و سهل‌انگاری در استفاده از آنها باشد. جهانفر (۱۳۷۹) در این خصوص به عامل عدم آگاهی مادران، که در مطالعاتی در استانهای کردستان و سیستان و بلوچستان مشخص شده است، اشاره می‌کند (۷). بطوریکه در جدول شماره ۱ مشخص است، ۶۰/۴٪ از مادران مورد بررسی، بدون هیچگونه توصیه‌ای روش پیشگیری را برگزیده‌اند و اطلاع‌رسانی از طریق

آموزشهای مراکز بهداشتی، پزشکان و رسانه‌ها اهمیت زیادی در این زمینه پیدا نمی‌کند. این عامل می‌تواند موجب روی آوردن به روش‌های غیرمطمئن و یا استفاده نامناسب از روش‌ها شود.

با اینکه در ایران از لحاظ نظری خدمات تنظیم خانواده از طریق مراکز بهداشت صورت می‌گیرد، اما عملاً بسیاری از خانواده‌ها وسایل پیشگیری از بارداری نظیر قرص و کاندوم را از بازار تهیه می‌کنند، بدون آنکه دستورالعمل صحیح برای استفاده از این وسایل دریافت کنند. لذا پیشنهاد می‌شود که در زمینه آموزش روش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی فعالیت بیشتری صورت گیرد.

از کل افرادی که برای پیشگیری از بارداری هیچگونه روشی را استفاده نکردند، ۴۸/۱٪ مادران مغایرت استفاده از این روش‌ها با اعتقاداتشان را عامل اصلی عدم استفاده می‌دانند. طبعاً اعتقادات مذهبی همواره عملکرد افراد را با تقید بیشتری تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا توجیه خانواده‌ها بویژه خانواده‌های روستائی توسط روحانیون با توجه به نافذبودن توصیه‌های آنان می‌تواند در تغییر نگرش آنان در خصوص استفاده از روش‌های بارداری تأثیر بسزایی داشته باشد.

در این بررسی بین وقوع حاملگی ناخواسته و میزان سواد زوجین ارتباط معنی‌داری به چشم می‌خورد که این امر می‌تواند نشانگر آن باشد که با افزایش میزان تحصیلات زن و شوهر از میزان حاملگی‌های ناخواسته کاسته می‌شود. ابراهیمی (۱۳۷۷) در پژوهشی همین نتیجه را تأیید می‌کند (۱۴).

در ارتباط با سن نیز احتمالاً به این دلیل که زوجین از روش مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده نکرده‌اند با افزایش سن بر میزان خانمهای با حاملگی ناخواسته افزوده می‌شود. در این زمینه لازم است از روش‌های مطمئن‌تر پیشگیری از بارداری استفاده شود. با توجه به این نتایج، به اهمیت مشاوره که یکی از پایه‌های

اساسی سلامت خانواده و جزء مهمی از آموزش خانوادگی است، پی می‌بریم. خدمات تنظیم خانواده بدون مشاوره خوب نمی‌تواند مؤثر واقع شود و نبودن خدمات مشورتی عامل مهمی در شکست بسیاری از برنامه‌های تنظیم خانواده است. ولی برای انجام این خدمات به مشاوره احتیاج است که از طبیعت تولیدمثل، روابط جنسی انسان، روشهای جلوگیری از بارداری، مکانیسم عمل و آثار و عوارض به خوبی آگاه باشد. چنین مشاوره باید به مردم علاقه داشته باشد و مهمتر اینکه شنونده خوبی باشد. مشاور تنظیم خانواده باید زوجین را یاری کند که بهترین روش را انتخاب کنند. گذشته از کمیت خدمات تنظیم خانواده، کیفیت این خدمات نیز اهمیت دارد.

تمام مسائل مربوط به امور جنسی و تولید مثل حساس است و خدماتی که ارائه می‌شود، باید این حساسیت هم از لحاظ افراد و هم از لحاظ سطح فرهنگ جامعه را در نظر گیرد که کمتر به این موضوع مهم توجه می‌شود. ضمناً خدمات باید به نحوی ارائه شود که در تداوم آن وقفه‌ای حاصل نشود و از روش‌های درست و وسائل مناسب استفاده شود. تجربه چند سال گذشته نشان می‌دهد برنامه‌هایی که روش‌های متنوع بیشتری را عرضه کرده با موفقیت بیشتری همراه بوده است. امتیاز این برنامه‌ها در این است که می‌توان در صورت لزوم یک روش را کنار گذاشت و روش دیگری را انتخاب کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمان و شورای محترم پژوهشی آن حوزه معاونت که با حمایت خود امکان انجام دادن این پژوهش را فراهم کردند، اعلام می‌دارند.

منابع

- ۱-آستی، پروین. تعیین علل حاملگی‌های ناخواسته در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان خرم‌آباد سال ۱۳۷۶-۷۸. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، سال دوم، شماره ۵ و ۴، ص ۵۰-۴۷.
- ۲-طاووسی، محمود. حیدرنیا، علیرضا. بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بر مشارکت مردان در تنظیم خانواده. دانشور: دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، سال هشتم، شماره ۳۰، ۱۳۷۹. ص ۶۴-۵۹.
- ۳-کسلر، الکساندر، تنظیم خانواده و نقش سازمان جهانی بهداشت، ترجمه کامبیز کریم‌زاده. بهداشت جهان، سال دهم، شماره دوم ۱۳۷۴. ص ۳۷-۳۳.
- ۴-جهانفر، محمد. جمعیت و تنظیم خانواده تهران. اورنج ۱۳۷۹، ص ۵۰.
- ۵-نوجاه، صدیقه. لطیفی، محمود. بررسی تأثیر حاملگی ناخواسته بر شیردهی طی سه ساعت اول پس از زایمان. اسرار. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی سبزوار، سال هفتم، شماره ۴، ۱۳۷۹، ص ۴۲-۳۷.
- ۶-سید نوزادی، محسن و همکاران. بررسی حاملگی ناخواسته در ارتباط با روش‌های پیشگیری از بارداری و رفتار باروری. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. سال ۴۳، شماره ۶۹، پاییز ۱۳۷۹، ص ۸۷-۸۲.
- ۷-جهانفر، شایسته. سادات هاشمی، سید مهدی. رضانی، فهیمه. بررسی عوامل مؤثر بر بارداری ناخواسته در مراجعه‌کنندگان به بیمارستانهای دانشگاهی شهر تهران از طریق الگوی لجستیکی، دانشور، سال هشتم، شماره ۲۹، ۱۳۷۹، ص ۲۶-۲۱.
- 8-Hellerstedt W.L., Pirie P.L., Lando H.A., Curry S.J., Mobride C.M., Grothaus L.C., Nelson J.C. Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended and unintended pregnancies. Am J Public Health. 1998;88(4):663-6.
- ۹-شفیعی، نعمت‌الله. میرزایی رضا، پیلهور زاده، مطهره. تعیین میزان شیوع حاملگی‌های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در شهر جیرفت در سال ۱۳۷۹، فصلنامه پرستاری دانشکده پرستاری جیرفت، سال سوم، شماره ۷ و ۸ بهار و تابستان ۱۳۸۰، ص ۱۱-۹.
- 10-Denton, A.B., et al. Unintended and Unwanted pregnancy in St. Lucia W.I. Med. S. 1994;93: 93-6.
- 11-Sawyer R.G., Pinciario P.J., Anderson Sawyer A. Pregnancy testing and counseling: a university health center's 5-year experience. J Am Coll Health. 1998;46(5):221-5.
- ۱۲-محمدپور، علی. بررسی علل حاملگی‌های ناخواسته در شهرستان گناباد. مجله دانشگاه علوم پزشکی گناباد، سال دوم شماره هفتم. ۱۳۷۶، ص ۴۵-۳۰.
- 13- Whitefield M. Women's Knowledge of oral contraceptive pills correctly and of emergency contraceptive of providing information leaflets in general practice. Br Gen Practi. 1995;57:11-2.
- ۱۴-ابراهیمی، مرضیه. بررسی علل عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان با حاملگی‌های ناخواسته. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی همدان، شماره ۱۱ سال هفتم، بهار و تابستان ۱۳۷۷، ص ۱۳-۸.