

## بررسی علل حاملگی ناخواسته در روستاهای شهر اراک در سال ۱۳۷۵

مرضیه اکبرزاده\* محبوبه خورسندی\*\*

### چکیده

به منظور بررسی عوامل مؤثر در بروز حاملگی ناخواسته، پژوهشی توصیفی در سطح شهر اراک و روستاهای تابعه انجام شد و از کل ۷۶۱ حاملگی، ۲۳۵ مورد در سطح روستا بود که ۱۳۲ مورد از این حاملگی‌ها (۵۶/۲٪) ناخواسته بود. نتایج تحقیق نشان داد که بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی، تحصیلات و تعداد فرزندان با حاملگی ناخواسته ارتباط معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0.001$ ). رایج‌ترین روش در جامعه روستایی قرص (۵۳/۷٪) بوده است. بین نوع روش با حاملگی ناخواسته ارتباط معنی‌دار نشان داده شد ( $P < 0.001$ ). مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات در جامعه روستایی خانه بهداشت بوده است. بین مدت زمان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0.001$ ). بیشترین علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری ترس از عوارض ۳۴/۵٪ و نامرتب خوردن قرص و فراموشی ۲۵/۸٪ مخالفت همسر ۲۴/۴٪ می‌باشد.

گل واژگان: حاملگی ناخواسته، پیشگیری از بارداری، سقط

### مقدمه

مسئله جمعیت و افزایش بی‌رویه آن یکی از مسائل مهمی است که تمامی ابعاد زندگی جوامع انسانی را تحت تأثیر قرار داده است. از نظر بهداشتی تنظیم خانواده بسیاری از شاخصهای بهداشتی از جمله مرگ و میر مادران و کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر ساله ۵/۰ میلیون زن در کشورهای در حال توسعه به علت عوارض حاملگی می‌میرند. علت عمده این مرگها خونریزی، عفونت، اکلامپسی، زایمان مشکل و سقطهای غیر قانونی است (1).

دشواریهای مربوط به مادر و کودک طیف گسترده‌ای دارد و حاملگی ناخواسته یا حاملگی بدون برنامه یکی از مشکلات بهداشتی است، توانایی تنظیم و کنترل باروری جزء اساسی بهداشت است که قطعاً به عنوان حالتی کامل از رفاه جسمی و روانی و اجتماعی تعریف شده است. روشهای پیشگیری جان بسیاری از زنان جهان را از خطرات ناشی از حاملگی ناخواسته نجات

می‌دهد. تخمین زده شده که ۱۲۰ میلیون نفر از زنان کشورهای در حال توسعه به دلیل عدم استفاده از روشهای جدید تنظیم خانواده حاملگی ناخواسته دارند در نتیجه از هر پنج حاملگی یک مورد آن ناخواسته است. اگر در کشورهای در حال توسعه زنانی که مایل به حاملگی نیستند به روشهای قابل اعتماد تنظیم خانواده دست یابند ۵۰٪ از مرگ و میر مادران کاهش یافته و از مرگ و میر کودکان ۳۰٪ کاسته می‌شود. اکثر مرگ و میرهای کودکان زیر ۵ سال مربوط به کودکانی است که فاصله سنی آنها با بچه‌های قبل از خود کمتر از ۲ سال است و یا مربوط به کودکانی می‌باشد که مادران کمتر از ۱۸ سال و یا بالای ۳۵ سال دارند. اگر تولدها با فاصله باشد و مادران حاملگی دلخواه را با فاصله مناسب داشته باشند مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ۲۴ تا ۳۰

\* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک  
\*\* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک

جمعیت شناسی سؤال شد و در صورت ناخواسته بودن حاملگی نوع وسیله پیشگیری مورد استفاده توسط نمونه‌های مورد نظر شناسائی و با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه حضوری اطلاعات لازم از آنان در یک مرحله بدست آمد (3).

روش نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای در مناطق روستایی انجام شد. خانه‌های بهداشت در روستاهای اصلی با توجه به پراکندگی جغرافیایی به عنوان خوشه انتخاب شده و در داخل هر خوشه نمونه‌گیری ساده و به شکل تداومی انجام پذیرفت. در مدت انجام پژوهش در مناطق شهری ۷۶۱ حاملگی مورد بررسی قرار گرفت که ۲۳۵ مورد در سطح روستا بود از این تعداد ۱۳۲ مورد ناخواسته بود. جهت مشخص نمودن روایی پرسشنامه پس از تهیه پرسشنامه متن پرسشنامه توسط کارشناسان مورد بررسی قرار گرفت و جهت آنالیز اطلاعات از نرم‌افزار EPI جهت بررسی صفات کمی از T- Test و برای صفات کیفی از آزمون استفاده شده است.

### نتایج

نتایج بررسی نشان می‌دهد که میزان حاملگی ناخواسته در زنان شهری و روستایی مراجعه کننده به درمانگاهها و خانه‌های بهداشت به ترتیب ۲/۴۶٪ و ۲/۵۶٪ می‌باشد ( $P < 0.0001$ ). بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در افراد با تحصیلات ابتدایی (۴۴٪) می‌باشد و در افراد دبیرستانی و دیپلمه به ترتیب ۱۸ و ۹ درصد بود. بین تحصیلات و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار وجود دارد ( $P < 0.001$ ).

برای تعیین موقعیت اقتصادی خانواده سه معیار میزان درآمد ماهیانه، نوع مسکن، شغل همسر استفاده گردید و با انجام آزمون آماری حاملگی ناخواسته در رده‌های پایین اقتصادی بیشتر بود ( $P < 0.001$ ). سایر نتایج نشان می‌دهد که بین تعداد فرزندان و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار است ( $P < 0.001$ ). پس از

درصد کاهش می‌یابد (۳).

تنظیم خانواده به عنوان یک راه حل اساسی در کاهش مرگ و میر کودکان مطرح است و در کشور ما نیز کاهش جمعیت جزو سیاستهای جمعیتی قرار گرفته، بطوری که در برنامه پنج ساله دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پیش‌بینی شده است که رشد طبیعی جمعیت از ۱/۷۵٪ در سال ۱۳۷۳ به ۱/۱۵٪ در سال ۱۳۷۷ رسیده و پوشش زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله متأهل در برنامه تنظیم خانواده از ۵۲٪ در سال ۱۳۷۳ به ۷۰٪ در سال ۱۳۷۷ برسد و ۵۸٪ از کل زنان واجد شرایط در سطح کشور تحت پوشش تنظیم خانواده و استفاده از روشهای مؤثر قرار گیرند (۲).

تحقیقات انجام شده توسط وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۵ نشان داده است که علیرغم در دسترس بودن وسایل پیشگیری حدود ۳۲/۵٪ حاملگی‌ها در جمعیت روستایی و ۲۵/۸٪ در جمعیت شهری ناخواسته بوده است. همچنین تحقیقات وزارت بهداشت درمان در اردیبهشت سال ۱۳۷۵ در استان مرکزی نشان می‌دهد که ۲۷/۳٪ حاملگی‌ها ناخواسته بوده است (۱). با توجه به شیوع نسبتاً بالای حاملگی ناخواسته شناخت عوامل مؤثر در بروز آن، خصوصاً در سطح روستاهای شهر اراک ضروری است، تا با دید وسیع‌تری به مسائل تنظیم خانواده، منطقه اراک توجه شود و نتایج کلی برای افزایش کارایی برنامه‌های مذکور در اختیار کمیته تحقیقات تنظیم خانواده و مسئولین ذیربط قرار گیرد (۲).

### مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی است که به مدت یکسال، در سال ۷۵ تا ۷۶ انجام پذیرفت. تحقیق در ۱۹ درمانگاه دارای درمانگاه فعال مادر و کودک و زایشگاه شهر و ۱۰ روستای اصلی انجام شد. بدین صورت که از میان جمعیت مراجعه کننده (ثابت یا دینامیک) در مدت معین ۶ ماه ویژگیهای

ناخواسته در مناطق روستایی ۲/۵۶٪ می‌باشد. اصولاً بالا بودن حاملگی ناخواسته در هر منطقه نشان می‌دهد که جامعه نیاز به روشهای دائمی پیشگیری از بارداری و توسعه این روشها خصوصاً در مواردی که بعد خانوار کافی است دارد و در مناطق روستایی باید جهت ارائه روشهای دائمی تلاش بیشتری کرد (۹). حاملگی ناخواسته در همه جای جهان تحت شرایط مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشت وجود دارد این امر به گونه‌ای است که حتی در کانادا در طول دهه ۱۹۷۰ بین ۲۰ تا ۲۵ درصد کلیه حاملگی‌ها علیرغم وجود تمهیدات ناخواسته اعلام شد. به گفته گرینداستاف<sup>(۱)</sup> میزان حاملگی ناخواسته بین قشرهای محروم و جوان زیاد است (۴).

طبق گزارش مجمع بهداشتی زنان در بنگلادش مشاوره در تنظیم خانواده نقش اساسی را دارد بطوریکه بررسی اکثر زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در سال ۱۹۹۵ نشان داد که اکثر آنان دارای ۲ فرزند بوده در محدوده سنی ۲۵ تا ۲۹ سال قرار داشته‌اند. اکثر آنها قبل از مشاوره از هیچ روشی استفاده نکرده‌اند ولی ۸۸٪ مراجعه کنندگان پس از مشاوره یکی از انواع وسایل پیشگیری را استفاده کرده و ۹۴٪ این گروه تا یکسال روش را ادامه داده‌اند (۴).

بررسی ۲۰۰ خانمی که در سه ماهه اول سقط قانونی داشته‌اند نشان داده که ۱۱٪ آنان روش مؤثر (۸٪ قرصی و ۳٪ IUD) و ۶۳٪ از سایر روشها که قدرت پیشگیری کمتری داشته‌اند استفاده کرده‌اند و ۲۶٪ از هیچ وسیله‌ای استفاده نکرده‌اند. استفاده نامنظم قرص و توقف در استفاده از روش از عوامل شایعی است که نیاز به مشاوره دقیق را می‌طلبد (۴).

با توجه به اینکه نتایج تحقیق ارتباط بین وضعیت تحصیلی و حاملگی ناخواسته را نشان می‌دهد می‌توان نتیجه گرفت سواد می‌تواند بر روی آگاهی و نگرش فرد در مورد ایجاد رفتار مناسب تنظیم خانواده تأثیر بگذارد.

حاملگی سوم فراوانی حاملگی ناخواسته افزایش یافته و از ۵ به بعد کاملاً ناخواسته است (جدول ۱).

میانگین سنی در زنانی که حاملگی ناخواسته دارند ۲۸ سال و انحراف معیار ۶/۱ S.D. = سال و نما ۲۴ سال می‌باشد و در حاملگی خواسته میانگین ۲۳/۶ و انحراف معیار ۴/۸ است آزمون  $\chi^2$  رابطه معنی داری را بین سن مادر به هنگام حاملگی و ناخواسته بودن آن نشان می‌دهد ( $P < 0.001$ ).

روشهای پیشگیری در جامعه مورد پژوهش شامل قرص، طبیعی و کاندوم به ترتیب ۵۳/۷، ۱۸/۱ و ۱۶/۱٪ می‌باشد. بین نوع روش و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی داری نشان داده شد ( $P < 0.001$ ). شایع ترین روش مورد استفاده در جامعه روستایی قرص می‌باشد (جدول ۲).

بین مدت زمان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار وجود دارد ( $P < 0.001$ ). میانگین مدت زمان استفاده از وسایل پیشگیری ۷ تا ۳ سال و انحراف معیار ۷ تا ۲ سال بوده است.

از نظر علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری در افرادی که دارای حاملگی ناخواسته بوده‌اند در جامعه روستایی ترس از عوارض ۲/۲۲٪ مخالفت همسر ۱۴/۸٪، نامرتب خوردن قرص ۲/۳۸٪ بود و هیچکدام از موارد گرانی وسیله را ذکر نکرده‌اند (جدول ۳).

در مورد سطح آگاهی افراد بررسی نشان می‌دهد که سطح آگاهی افراد مصرف کننده قرص ۱۸/۹٪ ضعیف، ۲۴/۳٪ متوسط و ۲۷٪ بالا بوده است.

محل تهیه وسایل تنظیم خانواده از جهت میزان سهولت دسترسی و بعد مسافت حاملگی‌های ناخواسته مورد بررسی قرار گرفت و خانه‌های بهداشت ۹۲٪ محل تدارک وسایل پیشگیری برآورد شد.

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درصد حاملگی

جدول ۳- فراوانی مطلق و نسبی علل عدم استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی به تفکیک شهر و روستا اراک (۷۶-۷۵)

			روستا			شهر			محل سکونت
نسبی ستونی	نسبی سطری	جمع	نسبی ستونی	نسبی سطری	فراوانی مطلق	نسبی ستونی	نسبی سطری	فراوانی مطلق	علت عدم استفاده از روش
%۱۰۰	%۱۰۰	۴	%۳/۷	%۷۵	۳	%۷۲	%۲۵	۱	تمایل به داشتن فرزند
%۱۰۰	%۱۰۰	۶۶	%۲۲/۲	%۲۷/۳	۱۸	%۳۴/۵	%۷۲/۷	۴۸	ترس از عوارض
%۱۰۰	%۱۰۰	۴۶	%۱۴/۸	%۲۶/۱	۱۲	%۲۴/۴	%۷۳/۹	۳۴	مخالفت همسر
%۱۰۰	%۱۰۰	۱۲	%۳/۷	%۲۵	۳	%۶/۴	%۷۵	۹	عدم دسترسی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	گرانی وسیله
%۱۰۰	%۱۰۰	۱۰	%۸/۶	%۷۰	۷	%۲/۱	%۳۰	۳	نازایی
%۱۰۰	%۱۰۰	۵	%۶/۱	%۱۰۰	۵	۰	۰	۰	شیردادن
%۱۰۰	%۱۰۰	۱۱	%۲/۴	%۱۸/۲	۲	%۶/۴	%۸۱/۸	۹	تمایل همسر به داشتن فرزند پسر
%۱۰۰	%۱۰۰	۶۷	%۳۸/۲	%۴۶/۳	۳۱	%۲۵/۸	%۵۳/۷	۳۶	نامرتب خوردن قرص استفاده نامرتب
-	-	-	%۱۰۰	%۱۰۰	۸۱	%۱۰۰	%۱۰۰	۱۳۹	جمع

REFERENCES:

۱- بعضی از شاخصهای جمعیتی در جمهوری اسلامی ایران، ناشر وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، بهار ۱۳۷۵.  
 ۲- ژبانی، پروین، قرصهای پیشگیری از بارداری، پزشکی امروز، سال ۶، شماره ۱۴۴، ۲۷ تیر ماه ۱۳۷۵، ص ۷.  
 ۳- شجاعی تهرانی، حسین ملک افضلی، کلیات خدمات بهداشتی، تهران، انتشارات کیوان، بهار ۷۵، جلد دوم، ص ۲۷.  
 ۴- شمس، محمد تقی، جامعه‌شناسی جمعیت و تنظیم خانواده، تهران انتشارات آگاہ، ۱۳۷۳، ص ۶۶.

4- Savoniuns, H.P., Reason for pregnancy termination for failure of contraception, *Obstet. Gyn.*, 1995, 47(2), 818-27.  
 5- Westhoof C.R., *Am. Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 1993, 32(5), 793-7.

1- Fathalla, B.R., Prevention of unwanted pregnancy, *Med. Bull.*, 1993, 46(1), 245-51.  
 2- Mestson. O., Lessons from an audit of unplanned pregnancies, *Brit. Med. J.*, 2, 1988, 904-905.  
 3- Nolwandle, N.M., Commentary on the causes and consequences of U.W pregnancy, *Med. Bull.*, 1990, 51, 78-89.