

عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته و قصد زنان در تداوم یا ختم آن بر اساس الگوی باور بهداشتی

فرشته زمانی علویجه^{۱*}، صدیقه نوح‌جاه^۱، میترا خیریت^۲، محمد حسین حقیقی‌زاده^۳

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، گروه اپیدمیولوژی و آمار

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره ششم آذر - دی ۱۳۹۱ صص ۸۸۵-۸۷۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۶/۵

انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ آذر ۱۳۹۱

چکیده

بارداری ناخواسته و در پی آن سقط جنین مسئله مهم و جدی بهداشت عمومی و مرتبط با رفتار است استفاده از نظریه‌ها و الگوهای رفتاری از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی در شناسایی عوامل و روشهای مداخله جهت کاهش آنها مؤثر خواهد بود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با ناخواسته بودن بارداری و قصد تداوم یا ختم آن در زنان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان انجام شده است. در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی ۳۲۰ زن ۴۹-۱۵ ساله همسر دار با سابقه حداقل یک بارداری در ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان در سال ۱۳۸۹ به صورت تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. نوع بارداری، قصد تداوم یا ختم آن و سازه‌های الگو اعتقاد بهداشتی از جمله متغیرهای مورد سنجش بودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر آموزش دیده صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS17 و آزمون‌های آماری کای دو، تی، رگرسیون لجستیک و همبستگی پیرسون استفاده شد. براساس نتایج میانگین سنی زنان مورد مطالعه $31.06 (\pm 7.5)$ بود و حدود یک سوم آنها سابقه حداقل یک بارداری ناخواسته را داشتند. بین بارداری شیوع بارداری ناخواسته و سازه‌های منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$). ارتباط بین قصد سقط جنین با منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و همچنین با سواد زن، سن همسر، مدت ازدواج، بعد خانوار، تعداد حاملگی، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند پسر، معنی دار بود ($P < 0.05$). با توجه به بالا بودن نسبت بارداری‌های ناخواسته، لازم است زوجیهایی را که قصد بارداری ندارند شناسایی نمود و برای ارائه خدمات مربوط به تنظیم خانواده و استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری، در اولویت قرار داد. در صورت بروز چنین بارداری‌هایی باید زوجین را نسبت به منافع و موانع واقعی تداوم بارداری واقف نمود و با استفاده از روش‌های مناسب زمینه را جهت ارتقای خودکارآمدی آنها فراهم نمود.

کلیدواژه‌ها: بارداری ناخواسته، الگوی اعتقاد بهداشتی، قصد، ختم بارداری

* نویسنده پاسخگو: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی جندی شاپور، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی

تلفن: ۰۶۱۱ ۳۷۳۸۲۶۹

پست الکترونیکی: f_zamani_A@yahoo.com

مقدمه

حاملگی ناخواسته به مفهوم بارداری است که حداقل از نظر یکی از زوجین ناخواسته باشد [۱]. سالیانه ۲۰۰ میلیون حاملگی در دنیا اتفاق می‌افتد که حدود ۷۵ میلیون یعنی بیش از یک سوم آنها ناخواسته است [۲]. برخی مطالعات ارتباط بین ناخواسته بودن بارداری با میزان سقط و مرده‌زایی، مرگ و میر نوزادان و کودکان، خودکشی مادر در دوران بارداری، خشونت همسر، تأخیر در رشد شخصیت اجتماعی و نیز اختلالات روانی و رفتاری کودکان حاصل از آن و عدم انطباق و سازگاری شغلی آنها را نشان داده‌اند [۳، ۴]. یکی از پیامدهای بارداری ناخواسته سقط جنین غیر قانونی است که به عنوان یکی از ۵ علل مرگ زنان جوان گزارش شده است [۵]. در هر ۳ دقیقه ۱ زن به علت اقدام به سقط عمدی جان خود را از دست می‌دهد [۶]. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی تقریباً نیم میلیون زن در کشورهای در حال توسعه در دوران بارداری و زایمان جان خود را از دست داده و سقط جنین غیربهداشتی باعث یک چهارم از این مرگ‌ها می‌شود [۹، ۷]. در هر سال حدود ۲۱۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند که ۲۲ درصد آنها به سقط متوسل می‌شوند. آمار دقیقی از تعداد سقطهای عمدی که سالیانه در ایران انجام می‌شود وجود ندارد اما بر اساس آمار تخمینی موجود سالانه ۸۰ هزار سقط در ایران صورت می‌گیرد [۸]. علاوه بر مرگ و میر، سقط عمدی باعث عوارض کوتاه مدت و بلند مدت مانند عفونت، خونریزی، جراحات مجرای تناسلی، پارگی رحم، آمبولی، هیستریکتومی، سقط ناقص، نازائی و مشکلات روحی می‌شود. برخی از این پیامدها در صورت تأخیر یا عدم درمان می‌توانند کشنده باشند. همچنین سقطهای عمدی موجب افزایش هزینه‌ها و به دنبال آن مشکلات اقتصادی زیادی خواهد شد [۹، ۷]. از مهمترین علل ناخواسته بودن حاملگی، شکست در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری [۱۰]، عدم دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری [۱۱]، وضعیت نامطلوب اجتماعی و اقتصادی [۱۲] و عدم استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری [۱۳] را می‌توان ذکر کرد. مطالعاتی که در دنیا انجام شده است دلایل زیادی را برای ناخواسته بودن بارداری و به دنبال آن اقدام به سقط عمدی ذکر نموده‌اند که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: کافی بودن تعداد فرزندان، آماده نبودن برای نگهداری از فرزند، نگرانی از سلامت مادر و جنین، عدم امکان ادامه تحصیل با داشتن فرزند، رابطه ضعیف با همسر و قصد جدایی [۱۴]، مشکلات مالی [۱۵، ۱۴]

احساس تنهایی، احساس ناامنی در مورد آینده [۱۶] تحت تأثیر قرارگرفتن تصمیم زنان برای سقط که ممکن است بر اثر فشارهای اجتماعی و یا از طرف اعضای خانواده مانند همسر و یا ارائه دهنده‌های خدمات بهداشتی [۱۷]. براساس برخی از مطالعات انجام شده در ایران درخصوص دلایل بارداری ناخواسته می‌توان به‌نظر عوامل مادری مثل بیماری مادر و تعداد زایمانهای قبلی، و طول مدت ازدواج و ازدواج فامیلی [۱۵، ۸]، از نظر عوامل جنینی مثل نقص جنینی و واکسن سرخجه [۸]، و عوامل اجتماعی - اقتصادی مثل عدم توانایی در تأمین نیازهای مالی، و همچنین از نظر عوامل روانی و عاطفی در اثر احتمال اضافه شدن یک فرد جدید در خانواده اشاره نمود [۱۵، ۱۸]. با توجه به مرور مطالعات قبلی و آنچه که توضیح داده شد، اولاً شیوع بارداری‌های ناخواسته و پیامد آن یعنی سقطهای عمدی و غیر بهداشتی در دنیا و از جمله ایران باعث مرگ و میر مادران و نیز عوارض متعددی در ابعاد مختلف سلامت (جسمی، جنسی، روانی و عاطفی) می‌شود. بنابراین شناسایی عوامل منجر به پدیده بارداری ناخواسته ضروری می‌باشد [۱۷]. ثانیاً، هنوز مشخص نیست که آیا زنان واجد شرایط این خطرات را درک نموده‌اند و نیز اینکه موانع یا منافع ادامه بارداری به‌رغم ناخواسته بودن آن را چگونه تلقی می‌کنند. در مورد اینگونه عوامل درون فردی منجر به ناخواسته بودن بارداری و نحوه ختم آن تعداد کمی مطالعه نظریه محور صورت گرفته است. به همین دلیل عوامل ناشناخته‌ای وجود دارد که با کشف آنها می‌توان الگوها یا نظریه‌های مناسبی را جهت مداخله انتخاب نمود. از آنجایی که بارداری ناخواسته و نحوه ختم آن موضوعات رفتاری هستند که به عوامل درونی فردی افراد مرتبط اند ممکن است بتوان از نظریه‌ها و الگوهای رفتاری از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی (Health belief model-HBM) جهت شناسایی هرچه بهتر عوامل مرتبط با آنها استفاده نمود. الگوی اعتقاد بهداشتی الگویی است که رابطه بین اعتقادات و ادراک فرد نسبت به تهدید ناشی از خطرات و نیز منافع و موانع رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار برآیند اعتقادات شخص است [۱۵]. از آنجایی که تا کنون تحقیقات بسیار اندکی در رابطه با بکارگیری الگوی باور بهداشتی جهت بررسی حاملگی‌های ناخواسته و یا سقطهای عمدی در کشور صورت گرفته‌است. تنها مورد قابل استناد در این زمینه، مطالعه‌ای است که در مورد عوامل مؤثر بر تصمیم به سقط در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران

(حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و خودکارآمدی عمومی، قصد رفتاری بود. تعدادی از سؤالات (مثلاً نوع اقدام) نیز از کسانی پرسیده می شد که سابقه تصمیم یا اقدام به سقط داشتند. قصد اقدام به سقط عمدی به معنی داشتن تصمیم و نیت انجام سقط، جدای از این که اقدامی در این مورد انجام شده باشد و یا خیر در نظر گرفته شد [۱۷]. محققان برای اجرای مطالعه حاضر ابزار مناسبی جهت اندازه گیری سازه "راهنما برای" عمل در دسترس نداشتند. بالا بودن نمره میانگین حساسیت درک شده (۳ سؤال) و شدت درک شده (۵ سؤال) نشان دهنده تهدید درک شده بیشتر نسبت به عواقب سقط جنین بیشتر بود. موانع درک شده (۶ سؤال) به معنی موانعی بود که فرد برای رفتار سالم یعنی تداوم بارداری خود احساس می کرد. این سازه از طریق ۶ سؤال اندازه گیری شد. منافع درک شده نیز به معنی منافعی بود که فرد برای ادامه و یا ختم بارداری احساس می کرد، که این سازه نیز با ۶ سؤال سنجیده شد. خودکارآمدی عمومی به معنی یک احساس یا وضعیت درونی بود که شخص بعنوان توانایی تسلط در انجام امور مورد تمایل خود تجربه می کرد، که برای اندازه گیری آن از پرسشنامه ویژه (General Self-Efficacy Scale, GSE) ۱۰ سؤالی با گزینه های درجه بندی شده ۱ تا ۴، استفاده شد. خودکارآمدی اختصاصی به معنی این که فرد چقدر خود را قادر به ادامه بارداری می دانست. با ۳ سؤال اندازه گیری شد. نمره هر یک از سازه های الگوی مورد استفاده حداقل ۱ و حداکثر ۵ بود. به منظور تأمین روایی محتوای پرسشنامه به روش کیفی، از ۶ نفر عضو هیأت علمی متخصص در رشته آموزش بهداشت، مامایی و آمار و همچنین ۳ نفر از کارشناسان با تجربه در مراقبت زنان باردار درخواست شد که نظرات خود را در باره آن اعلام نمایند. سپس با بررسی این نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید. روایی صوری نیز به روش کیفی و از طریق نظرخواهی از ۴۸ نفر زن واجد شرایط بررسی و تأیید شد. همبستگی درونی نیز با تکمیل ۵۰ پرسشنامه و از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. (جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS17 و آزمون های آماری کای دو، تی و تحلیل رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها

ضریب همبستگی درونی در بررسی پایایی کل پرسشنامه ($\alpha=0/77$) بود. میانگین سنی در زنان مورد مطالعه $31/06 \pm 7/5$ و در

انجام شده است [۱۵]. طبق بررسی های انجام شده در شهرستان های استان خوزستان نیز هیچ گونه پژوهشی درمورد این موضوع و در چارچوب HBM صورت نگرفته است. و مشخص نیست که آیا زنان خطرات ناشی از حاملگی ناخواسته و سقط های عمدی متعاقب آن را به درستی درک نموده اند یا خیر. با استفاده از HBM چارچوبی برای پاسخ به اینگونه سؤالات فراهم می شود. به همین دلیل مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و قصد تداوم یا ختم آن در زنان واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بهبهان در سال ۱۳۸۹ انجام شده است. با استفاده از این الگو می توان نقش هریک از عوامل قابل تغییر را در احتمال شکل گیری یک رفتار ارادی مانند رفتار سقط عمدی شناسایی نمود. این شناخت می تواند اساس برنامه ریزی های بعدی جهت مداخلات تغییر این رفتار مرتبط با تندرستی و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک گردد.

مواد و روش کار

در مهر ماه ۱۳۸۹ تا آذرماه همان سال، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی به طور مقطعی در زنان واجد شرایط تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان انجام شد. نمونه گیری به روش تصادفی، از کلیه مراکز بهداشتی درمانی آن شهرستان (۸ مرکز) به نسبت تعداد زنان واجد شرایط یعنی زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار دارای سابقه حداقل یک بارداری و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. حجم نمونه بر اساس شیوع بارداری ناخواسته گزارش شده ($P=0/26$) در مطالعات مشابه [۱۷]، خطای ۰/۰۵، و دقت ۰/۰۵، ۳۰۷ نفر محاسبه گردید و در مجموع ۳۲۰ نفر وارد مطالعه شدند. در این مطالعه عدم تمایل زن، همسر یا هر دو به شروع یا ادامه بارداری در هریک از بارداری های قبلی به عنوان بارداری ناخواسته تعریف شده است. پرسشگران آموزش دیده بعد از کسب رضایت از زنان شرکت کننده در مطالعه و دادن اطمینان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنان، اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. سؤالات پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه شامل دو قسمت بود. بخش اول شامل سؤالات جمعیت شناختی مانند سن، میزان تحصیلات و شغل زن و شوهر، و همچنین سؤالاتی راجع به تعداد بارداری ها، تعداد فرزند زنده، و تعداد بارداری ناخواسته و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به سازه های بهداشتی و شامل

همسرانشان $36/4 \pm 8/6$ سال بود. از بین ۳۲۰ زن مورد بررسی ۲۱۸ نفر (۶۸/۱۲ درصد) هیچگونه سابقه بارداری ناخواسته‌ای نداشتند و ۱۰۲ نفر (۳۱/۸ درصد) قبلاً حداقل ۱ بار و حداکثر ۳ دفعه بارداری ناخواسته را تجربه کرده بودند. بطوریکه ۹۲ مورد (۹۰/۲ درصد) یک بار، ۸ مورد (۷/۸ درصد) دو بار، و ۲ مورد (۲ درصد) سه بار، تا هنگام مطالعه، سابقه بارداری ناخواسته داشته اند. از بین کل بارداری‌های ناخواسته‌ای که زنان مورد مطالعه با آن مواجه بودند، ۱ درصد ناخواسته مرد، ۴/۹ درصد ناخواسته زن و ۹۴/۱ درصد ناخواسته هر دو بوده است. براساس آزمون آماری تی بارداری ناخواسته با سازه‌های منافع درک شده ($P=0/005$)، موانع درک شده ($P=0/001$) و خودکارآمدی ($P=0/001$) ارتباط معنی‌دار داشته و با دیگر سازه‌ها ارتباط معنی‌دار نداشت. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار موانع درک شده جهت تداوم بارداری‌های درخواستیها ($4/14 \pm 0/7$) و در بارداری‌های ناخواسته ($3/88 \pm 0/84$) بوده است، جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای بهداشتی را در افراد مورد بررسی نشان می‌دهد. در پاسخ به این سؤال که در بارداری‌های ناخواسته آینده که ممکن است برایشان رخ دهد چه تصمیمی می‌گیرند، ۳۵/۶ درصد افراد گروه دارای سابقه بارداری ناخواسته و ۱۷/۱ درصد از افراد گروه بدون سابقه بارداری ناخواسته اظهار داشتند که در بارداری‌های ناخواسته آینده، هرطور شده جنین خود را سقط خواهند کرد. حدود ۴۵ درصد از افراد مورد مطالعه، سقط به دنبال بارداری ناخواسته را باعث ایجاد دردهای بسیار شدید می‌دانستند و تنها ۲۷/۸ درصد از افراد مورد مطالعه اظهار داشتند که عفونت ناشی از سقط جنین می‌تواند شدید و کشنده باشد. این نتیجه حاکی از آن است که وخامت و شدت عوارض این مسئله در اکثر افراد مورد مطالعه بخوبی درک نشده است.

همچنین ۷۲/۲ درصد از آنها با جمله «در صورت اقدام به سقط، خطری از نظر خونریزی مرا تهدید نمی‌کرد»، کاملاً مخالف بودند. (حساسیت درک شده بالا) نظر ۷۰/۸ درصد از زنان با جمله «اگر حاملگی‌ام ادامه پیدا می‌کرد خدا از من راضی بود» کاملاً موافق و فقط نظر ۲/۲ درصد از آنان کاملاً مخالف بود. نمره دریافتی از خودکارآمدی جهت تداوم بارداری در زنان دارای سابقه بارداری ناخواسته برابر با $3/05 \pm (1/4)$ بود که با زنان بدون سابقه بارداری ناخواسته ($3/56 \pm (1/2)$) اختلاف معنی‌داری داشت ($P=0/001$). اما میانگین نمره خودکارآمدی عمومی در افراد با سابقه بارداری

ناخواسته $3/6 \pm (0/9)$ و در افراد بدون سابقه بارداری ناخواسته $3/77 \pm (0/7)$ بود که این اختلاف از نظر آماری ($P=0/086$) تأیید نشد. میانگین نمرات حساسیت و شدت درک شده نیز در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P=0/480$) و ($P=0/0924$)، در صورتیکه اختلاف میانگین نمرات منافع درک شده ($P=0/005$) و موانع درک شده ($P<0/001$) معنی‌دار بود (جدول ۱). موانع درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی که از عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته بودند، وارد الگوی رگرسیون لجستیک گردیدند. نتایج الگوی رگرسیون لجستیک نشان داد که هرچه نمره موانع درک شده برای ادامه بارداری کمتر شود میزان بارداری ناخواسته ۲ برابر افزایش می‌یابد ($OR=2/87$) ($CI: 1/13-3/86$) آزمون آماری همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین سازه‌های منافع درک شده ($P<0/001$) و موانع درک شده ($P<0/001$) با خودکارآمدی نشان داد. ولی بین این سازه‌ها با مشخصات جمعیتی شناختی و مشخصات مامایی همبستگی وجود نداشت. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بارداری ناخواسته با برخی رفتارها شامل نحوه و میزان مصرف غذا ($P=0/011$) و قرص‌های مکمل (آهن و اسید فولیک) ($P=0/037$) ارتباط معنی‌داری داشت ولی با میزان مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط معنی‌داری نداشت ($P=0/288$). بین سواد زن و قصد سقط ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P=0/021$) و بیشترین میزان مربوط به زنان با مدرک سیکل بود، ولی بین نوع ازدواج، سابقه طلاق، بیماری مادر، سن زن، تحصیلات مرد، شغل مرد، حساسیت درک شده و شدت درک شده با قصد انجام سقط ارتباط معنی‌دار نبود. نتایج نشان داد که ۴۰/۲ درصد از زنان دارای بارداری ناخواسته قصد داشتند که با آمپول (۴۲/۹ درصد)، خوردن غذا با طبع گرم (۱۱/۴ درصد) و یا اقداماتی مانند مصرف داروهای عطاری، کارهای سنگین و کورتاژ بارداری ناخواسته خود را خاتمه دهند. جدول ۲ ارتباط بین قصد سقط و برخی از مشخصات جمعیتی شناختی، مشخصات مامایی و سازه‌های بهداشتی در افراد مورد مطالعه را نشان داده است. از کسانی که سابقه اقدام به سقط داشتند در مورد اینکه از چه شخصی برای این اقدام کمک خواسته اند، سؤال شد. از مجموع ۲۶ نفر پاسخگو، ۶ نفر (۱۹ درصد) از پزشک، یک نفر از عطاری (۳/۳ درصد)، ۲ نفر (۶ درصد) از کارکنان داروخانه، یک نفر (۳/۳ درصد) از اعضای فامیل، ۲ نفر (۶ درصد) از همسایه‌ها کمک خواسته و سایرین از هیچکس درخواست کمک نکرده بودند.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌های سازه‌های در زنان بدون سابقه بارداری ناخواسته با زنان دارای سابقه بارداری ناخواسته - تی تست

P	میانگین (انحراف معیار)	
	بدون سابقه بارداری ناخواسته (n= ۲۱۸)	دارای سابقه بارداری ناخواسته (n=۱۰۲)
۰/۰۰۵	۴/۱۴ (۰/۷)	۳/۸۸ (۰/۸۴)
۰/۴۸۰	۴/۴۱ (۰/۷)	۴/۳۵ (۰/۷۸)
۰/۹۲۴	۴/۱ (۰/۶۹)	۴/۱ (۰/۷۱)
۰/۰۰۰	۳/۶۷ (۰/۶۶)	۳/۱۱ (۰/۸۵)
۰/۰۰۱	۳/۵۶ (۱/۲)	۳/۰۵ (۱/۴۱)
۰/۰۸۶	۳/۷۷ (۰/۷۸)	۳/۶ (۰/۹۱)

بله	۴۵	۴/۲ (۷/۰)
خیر	۲۵۷	۴/۱ (۷/۰)
موانع درک شده		
بله	۴۶	۲/۹ (۸/۰)
خیر	۲۶۲	۳/۶ (۷/۰)
خودکارآمدی		
بله	۴۶	۲/۶ (۱/۳)
خیر	۲۶۷	۳/۶ (۱/۳)
خودکارآمدی عمومی		
بله	۴۶	۳/۵ (۸/۰)
خیر	۲۶۶	۳/۸ (۸/۰)

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که حدود یک سوم زنان مورد بررسی حداقل یک بارداری ناخواسته را تجربه نموده‌اند. این یافته با نتایج بدست آمده از مطالعه سنایی نسب و همکاران [۱۹]، خوشه مهری و همکاران [۲۰] همخوانی دارد. طبق گزارش WHO در سال ۲۰۰۴، نیز بیش از یک سوم بارداری‌ها ناخواسته اعلام شده بود [۲۱]. ولی این میزان در مطالعه شهبازی و همکاران (۲۵/۷ درصد)، محمد پوراصل و همکاران (۲۶/۳ درصد) و نیز مطالعه زمانی و همکاران (۴۲ درصد) متفاوت گزارش شده است [۱، ۲۲، ۲۳]. این تفاوت‌ها احتمالاً تا حدودی به دلیل اختلاف در انتخاب جامعه مورد مطالعه است. به عنوان مثال شهبازی و همکارانشان در زنان مراجعه‌کننده به آزمایشگاههای شهر سمنان تحقیق نموده‌اند [۲۲] و چه بسا تعدادی از زنان مواجه با بارداری ناخواسته برای مراجعه به این مراکز انگیزه کافی ندارند. از آن گذشته در مطالعه حاضر به شیوع بارداری ناخواسته در کل بارداری‌های قبلی هر زن پرداخته شده و نشان‌دهنده آن است که زنان مورد مطالعه تاکنون به چه میزانی با بارداری ناخواسته مواجه شده‌اند. هدف این مطالعه، بررسی ارتباط بین سازه‌های بهداشتی با بارداری ناخواسته و قصد تداوم یا ختم آن بود. نتایج نشان داد که قصد سقط در بارداری‌های گذشته در افراد با سابقه بارداری ناخواسته ۴۰/۲ درصد بوده است. در مطالعه زمانی و همکاران نیز ۳۱/۷ درصد از زنان مواجه با حاملگی ناخواسته اقدام یا اقداماتی در جهت ختم آن انجام داده بودند [۲۳]. مطالعه‌ای در آمریکا نیز نشان داد که نزدیک به نیمی از بارداری‌ها ناخواسته بوده و از هر ۱۰ مورد از این حاملگی‌ها ۴ مورد با سقط خاتمه می‌یابد [۲۴]. در مطالعه حاضر تعدادی از زنان دارای بارداری ناخواسته قصد داشتند بارداری خود را با آمپول (۴۲/۹ درصد)، خوردن غذا با طبع گرم (۱/۴ درصد) و یا اقداماتی مانند مصرف

جدول ۲: ارتباط بین قصد سقط و مشخصات جمعیت‌شناختی، مشخصات مامایی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی

P	تعداد	میانگین (انحراف معیار)
۰/۰۷۵	سن زن	
	بله	۴۶
	خیر	۲۶۷
۰/۰۴۲	سن مرد	
	بله	۴۶
	خیر	۲۶۷
۰/۰۵	مدت ازدواج (ماه)	
	بله	۴۶
	خیر	۲۶۸
۰/۰۲۶	تعداد خانوار	
	بله	۴۶
	خیر	۲۵۹
۰/۳۴۸	فاصله ازدواج تا اولین بارداری (ماه)	
	بله	۴۶
	خیر	۲۶۶
۰/۰۰۱	تعداد حاملگی‌ها	
	بله	۴۵
	خیر	۲۵۹
۰/۰۰۱	تعداد فرزند زنده	
	بله	۴۴
	خیر	۲۳۹
۰/۰۱۲	تعداد فرزند پسر	
	بله	۳۷
	خیر	۱۵۷
۰/۳۴۸	فاصله دو حاملگی آخر (ماه)	
	بله	۴۰
	خیر	۱۵۲
۰/۰۰۱	منافع درک شده	
	بله	۴۴
	خیر	۲۶۴
۰/۶۷۴	حساسیت درک شده	
	بله	۴۶
	خیر	۲۶۵
۰/۳۲۷	شدت درک شده	

دوم و سوم قرار گرفتند. دلیل پایین بودن میزان قصد سقط در افراد بیسواد و با تحصیلات ابتدایی می‌تواند به دلیل فراوانی بسیار کم آنها در مطالعه باشد و بالا بودن این میزان در افراد با مدرک سیکل نیز شاید به دلیل عدم آگاهی از عوارض سقط و در نتیجه پایین بودن شدت درک شده در این زنان بوده است. دلیل دیگری را که می‌توان ذکر نمود این است که زنان با مدرک دیپلم و بالاتر جواناتر و دارای فرزند کمتر بودند و هم اینکه به واسطه سواد بالاتر با روشهای کارآمد تنظیم خانواده و فاصله‌گذاری بین فرزندان و همچنین مشکلات و عوارض سقط جنین آگاهی بیشتری داشته‌اند. در تأیید این مطلب می‌توان به مطالعه Stanley و همکارانش در نیجریه اشاره نمود که در آن سقط جنین بطور معنی‌دار در میان زنان با کودک ۱-۳ ساله (نسبت شانس ۱/۷) و یا دارای بیش از ۳ فرزند (نسبت شانس ۴/۸) بیشتر بوده است. همچنین سطح تحصیلات و سطح زندگی ارتباط معنی‌داری با قصد سقط عمدی داشتند [۲۵]. نتایج نشان دهنده این بود که حساسیت درک شده در افراد مورد مطالعه در سطح بالایی است. البته نتایج مطالعه Stanley مبین آن است که خونریزی (۴۴ درصد) و درد (۵۲ درصد) شایعترین عوارض گزارش شده بعد سقط جنین [۲۵]. در برخی از تحقیقات نشان داده شده است که دلیل بعضی از زنان دارای حاملگی ناخواسته برای عدم انتخاب سقط به روش جراحی یا دارویی ترس آنها از درد شدید (دل درد)، خونریزی (دیدن خون یا لخته خون) [۲۷، ۲۸]، حفظ حریم خصوصی [۲۷] نیز نیاز به مراقبت و نیاز به پزشک و پرستار بوده است [۲۸]. در مطالعه حاضر حدود دو سوم زنان با این واقعیت که عفونت ناشی از سقط جنین ممکن است شدید و کشنده باشد کاملاً موافق نبودند. و کمتر از نیمی از آنها، سقط جنین را باعث ایجاد دردهای بسیار شدید می‌دانستند؛ که نشان دهنده شدت درک شده نسبتاً پایین یا متوسط آنها بود. در این مطالعه بیش از دو سوم زنان حفظ بارداری ناخواسته خود را سبب رضایت خداوند از خود می‌دانستند که این درصد بالای کسب شده ممکن است دلیل بر پابندی آنان به اعتقادات مذهبی باشد. در مطالعه دیگری بر روی ۱۷۰ زن مشاهده شد که گروهی از زنان که اعتقادات مذهبی قویتری داشتند کمتر به سقط عمدی تکراری اقدام نموده‌اند [۲۹].

در مطالعه چینی چیان یکی از زنانی که چند سال قبل سقط کرده بود، اظهار داشت که اگر دوباره باردار شود دیگر حاضر به سقط نیست چون او و بخصوص همسرش احساس می‌کردند که ضررهای

داروهای عطاری، کارهای سنگین و کورتاژ خاتمه دهند. نتایج مطالعه‌ای در نیجریه نشان داد که شایعترین روشهای استفاده‌شده برای سقط جنین قرصهای خوراکی، کورتاژ و اتساع می‌باشد که توسط پرستاران و ماماها (۴۳ درصد) بوده، که تزریق آمپول (۲۱ درصد)، آسپیراسیون دستی محتویات رحم (Manual vacuum aspiration) (۲۰ درصد)، قرص خوراکی (۱۱ درصد) و سایر داروهای سنتی و یا درج اشیاء توسط متخصصان طب سنتی انجام شده است [۲۵]. همچنین نتایج مطالعه چینی چیان نشان داد که زنان برای سقط جنین خود از دو روش سنتی و مدرن استفاده کردند، که روشهای سنتی رایج، عبارت بودند از: خوردن اسپند، آب جعفری، زعفران، جوشانده پوست پیاز، شیرین بیان، استفاده از قرص کمر یا آسپیرین از طریق واژن، نشستن روی جوشانده پوست پیاز و بلند کردن جسم سنگین. و روشهای مدرن عبارت بودند از: گذاشتن IUD، تزریق آمپول و کورتاژ [۱۸]. عوامل مؤثر بر انتخاب روش سقط جنین مختلف بوده و بستگی به شیوه زندگی، ارزشها و اعتقادات زن داشته است [۲۹، ۳۰]. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر ۳۵/۶ درصد افراد گروه دارای سابقه بارداری ناخواسته و ۱۷/۱ درصد از افراد گروه بدون سابقه بارداری ناخواسته اظهار داشتند که در بارداری‌های ناخواسته آینده، به هر ترتیبی شده جنین خود را سقط خواهند نمود. با توجه به اینکه شانس قصد سقط در آینده در صورت مواجهه با بارداری ناخواسته در گروه دارای سابقه حاملگی ناخواسته دو برابر گروه بدون سابقه بارداری ناخواسته است، می‌توان نتیجه گرفت که این افراد موانع بیشتری برای ادامه بارداری ناخواسته احتمالی خود درک نموده‌اند. با توجه به اینکه زنان مواجهه با بارداری ناخواسته کمتر از قرص‌های مکمل و رژیم غذایی مناسب استفاده کرده بودند. به نظر می‌رسد که آنها، با مصرف نکردن غذای مقوی و کافی و قرص‌های مکمل قصد ضعیف نمودن جنین و سقط احتمالی را داشته‌اند و یا به دلیل بی‌اهمیتی موضوع، چنین رفتارهایی را اتخاذ کرده‌اند. در برخی از مطالعات قبلی نیز به نتایج مشابهی اشاره شده است. در مطالعه Bassani حدود ۴۰ درصد از زنان مورد مطالعه مراقبت پیش از زایمان ناکافی یا جزیی داشته‌اند که این موضوع با بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌داری داشته است [۲۶]. نتایج، حاکی از ارتباط معنی‌دار بین قصد سقط با سواد مادر بود. با افزایش سطح سواد، میزان قصد انجام سقط کاهش می‌یافت. بیشترین فراوانی قصد سقط در زنان با مدرک سیکل مشاهده شد و زنان با مدرک دیپلم و دانشگاهی به ترتیب در رده

پیشگیری از بارداری بعد از درمان، عواقب ناگوار سقط جنین عمدی را کاهش داد [۲۵]. با توجه به مطالب بالا دادن اطلاعات دقیق به برنامه‌ریزان در مورد مسائل مربوط به سقطهای جنین غیر بهداشتی [۳۱]، به منظور تعیین استراتژی‌های بهداشت عمومی برای کاهش حاملگی ناخواسته، بویژه در زنان ۳۵ ساله و بالاتر ضروری است [۳۲].

همچنین به نظر می‌رسد زوجین نیاز به مشاوره بیشتر و مداوم در مورد روشهای پیشگیری از بارداری دارند که به منظور آشنایی آنها با روشهای پیشگیری از بارداری و فراموش نکردن طرز صحیح استفاده از آنها، لازم است که این آموزشها از جلسه مشاوره ازدواج تا بعد از ازدواج و تا زمان یائسگی زن ادامه داشته باشد تا فرد بتواند با روشهای مدرن و جدید و با کیفیت پیشگیری از بارداری آشنا شود و از به کار بردن روشهای با احتمال شکست بالا خودداری کنند. همچنین می‌توان از اعتقادات مذهبی به عنوان یکی از منافع درک شده برای تداوم بارداری و عامل پیشگیری‌کننده از قصد و انجام سقط جنین بهره برد. به این منظور باید زنانی که دارای بارداری ناخواسته هستند و احتمال انجام این عمل در آنها قویتر است (سنین بالا و دارای فرزند بیشتر) [۲۵] در مراکز بهداشتی شناسایی شوند و با تأکید بر اعتقادات مذهبی‌شان، راه انجام این عمل یا حتی فکر به آن (قصد) را مسدود کرد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به انتخاب نمونه‌ها از بین تمام مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بهبهان (۸ مرکز) اشاره که امکان انتخاب افراد با دیدگاه‌های مختلف را فراهم می‌ساخت و به کار بردن تمام سازه‌های الگو اعتقاد بهداشتی بجز سازه راهنمایی برای عمل، را ذکر نمود. اما به هر حال عدم سنجش سازه اخیر از محدودیت‌های مطالعه حاضر است.

با توجه به اینکه محقق به مطالعه کاملاً مشابهی در این موضوع دسترسی نداشت و در مطالعات مربوط به سایر موضوعات نیز، سازه راهنمایی برای عمل به روش‌های متفاوتی اندازه‌گیری شده بود، محققان برای اجرای مطالعه حاضر نتوانستند ابزار مناسبی جهت اندازه‌گیری آن تدوین نمایند. محدودیت دیگر مطالعه، استفاده از داده‌های مربوط به زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بود و زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها در نظر گرفته نشده‌اند. علاوه بر این یکسری از اطلاعات مربوط به گذشته بود و میزان صحت آنها بستگی به قدرت یادآوری زنان داشت که البته با توجه به اینکه حاملگی ناخواسته به عنوان یک واقعه مهم در

مالی زیادی را طی چند سالی که از سقط جنین شان گذشته است متحمل شده‌اند که دلیل آنرا نارضایتی خدا از آنها به دلیل از بین بردن جنین می‌دانستند [۱۸]. نمره خودکارآمدی در زنان دارای سابقه حاملگی ناخواسته کمتر از زنان بدون سابقه حاملگی ناخواسته بود؛ که نشان دهنده پایین بودن سطح تحمل آنان نسبت به مشکلات بارداری و زایمان بوده، اینکه این زنان معتقدند بودند که نمی‌توانند در موقعیتی خاص کودک جدیدی را بزرگ و تربیت کنند. عوامل مختلفی مانند مشکلات هنگام بارداری یا زایمان، جدایی از همسر و احساس تنهایی و یا اشتغال به تحصیل و یا اموری که ممکن است با امکان ایفای نقش مادری تداخل داشته باشد می‌تواند در این ارتباط مؤثر باشد. در برخی مطالعات بیشترین دلایلی که توسط زنان ابراز می‌شد برای درخواست سقط جنین شامل این موارد بود: تداخل داشتن فرزند با ادامه تحصیل، کار یا داشتن مسئولیت مراقبت از بستگان و اینکه فرد نمی‌خواهد یک مادر تنها باشد (چون ۴۸ درصد آنها با عدم همکاری شریک جنسی خود مواجه بودند) [۳۰]. کوچک بودن فرزند قبلی، علاقه نداشتن به کودک اضافی [۲۷]، همچنین خطر سقط جنین تکراری در زنانی که مشکلات قبل از بارداری یا هنگام زایمان داشته‌اند بیشتر بوده است [۲۹].

با توجه به بالا بودن نسبت بارداری‌های ناخواسته لازم است در مراکز بهداشتی درمانی زنانی را که قصد بارداری ندارند شناسایی و برای ارائه خدمات مربوط به تنظیم خانواده و استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری، در اولویت قرار داد. در صورت بروز چنین بارداری‌هایی با توجه به نتیجه حاصل از این تحقیق، بایستی زوجین را نسبت به منافع و موانع واقعی تداوم بارداری واقف نمود تا درک درستی از آن داشته باشند. همچنین با استفاده از روش‌های مناسب، زمینه را جهت ارتقای خودکارآمدی آنها فراهم کرد؛ چراکه هر سال هزاران زن حاملگی ناخواسته را تجربه می‌کنند که به سقط ختم می‌شود و بسیاری از آنها در شرایط غیر بهداشتی صورت می‌گیرد که باعث بروز عوارض و به دنبال آن مرگ و میر مادران می‌شود؛ که بیشترین عوارض جدی سقط جنین شامل عفونت، عفونت لگنی، نیاز به انتقال خون و جراحی در ناحیه شکم است [۲۵]. با توجه به اینکه این عوارض ممکن است باعث مرگ یا رنج طولانی مدت زنان شود، می‌توان با فراهم کردن بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های کارآمد و مقرون به صرفه برای مراقبتهای بعد از سقط جنین و همچنین آموزش کادر بهداشتی برای ارائه مشاوره

درمانی آن شهرستان و مادران گرامی که در این طرح، همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

سهم نویسندگان

فرشته زمانی علویجه: ایده اولیه و طراحی مراحل مختلف تحقیق و نظارت بر اجرای تحقیق - تهیه و تدوین مقاله
صدیقه نوح جاه: ایده اولیه و طراحی مراحل مختلف تحقیق و نظارت بر اجرای تحقیق - تهیه و تدوین مقاله
میترا خیریت: تهیه طرح اولیه و اجرای مراحل مختلف تحقیق، تهیه و تدوین مقاله
محمدحسین حقیقی زاده: همکاری در تجزیه و تحلیل آماری

زندگی‌شان تلقی می شد به نظر نمی‌رسد که این اطلاعات دور از واقعیت باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیق شماره ۸۹۵.۷۳ است که با اعتبار معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که بدین وسیله از اعضای محترم کمیته تحقیقات دانشجویی و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که اعتبار لازم جهت انجام مطالعه حاضر را فراهم نموده‌اند و همچنین از پرسنل محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان بهبهان (جناب آقای مصطفی رفیعیان و سرکار خانم تیزنا)، پرسنل مراکز بهداشتی

منابع

- Poorasl M, Rostami F, Ivanbagha R, Torabi S. Prevalence of unwanted pregnancy and multivariate analysis of its correlates in Tabriz, 2004. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2005; 15: 201-6
- Jahanfar SH, Ramezani Tehrani F, Sadat Hashemi M. Unwanted pregnancy and its risk factors in women attending family planning clinics to hospitals of 10 cities. Journal Of Medicine, Tehran university 2003; 4: 334-40
- Tavakoli M, Rafiei GH, Bakhshi H, Moosavi S.M, Shafiei N. Unwanted pregnancy and related factors in 1995 in Rafsanjan. Journal Of Rafsanjan University Of Medical Sciences & Health Services 2001; 1: 20-5
- Naghavi M, Badakhsh MH. Evaluation of unwanted fertility in the south of Tehran. Journal of Medical Council of Iran 1997; 14: 14-19
- Jalili Z, Rouhani A. Mohammad Alizadeh S, Jafari S, Sharifi M. Perceptions of gynecologists and general physicians about therapeutic (legal) abortion: a study from Kerman. Payesh 2006; 5: 169-175
- Mohammadizadeh F, Falahin M. A review of international abortion cases referred to Taleghani hospital Iran 2001-2. Scientific Journal Of Forensic Medicine 2004; 9: 190-3
- Dixon-Mueller R. Abortion policy and women's health in developing countries. International Journal of Health Services 1990; 20: 297-314
- Chinichian M, Holakouei Naeini K, Rafiei Shirpak KH, voluntary abortion in Iran: a qualitative study. Payesh 2007; 6: 219-232
- Shahbazi Sh, Fathi Zadeh N, Taleghani F. Decision making process in illegal abortion. Journal of Reproduction & Infertility 2008; 8: 352-65
- Bustan MN, Coker AL. Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. American Journal of Public Health Public Health 1994; 84: 411-14
- Malek Afzali H, Evaluation of family planning programs In the TR of Iran. Journal Family Health 1996; 1: 3-18
- Peckham S. Preventing unintended teenage pregnancies. Public Health 1993; 107: 125-133
- Westoff CF. Unintended pregnancy in America and abroad. Family Planning Perspectives Perspect 1988; 20: 254-61
- Ghomashi S. Induced abortion in the views of sunnite jurisprudence 16. Journal Of Reproduction and Infertility 2005; 6: 375-89
- Tavafian S, Ramazanzadeh F. Socioeconomic characteristics and induced abortion: a cross sectional study based on health belief model. Payesh 2007; 6: 157-64
- Mouniq C, Moron P. Psychological aspects of induced abortion. Psychologie Medicale 1982; 14: 1181-5
- Puri M, Ingham R, Matthews Z. Factors affecting abortion decisions among young couples in Nepal. Journal of Adolescent Health Care 2007; 40: 535-42
- Chinichian M, Pourreza A. People of cognitive beliefs about abortion and Rftarznan neighborhood of Azerbaijan in Tehran. Journal of School Health and Health Research Institute 2004; 2: 1-8

19. Sanaei nasab H, Rashidi jahan H, Tavakoli R, Tavakoli HR, Amin Shokravi F. Unwanted pregnancy and its risk factors in women referred to health centers. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Life)* 2010; 20:86-81
20. Khushemehri G, Ebrahim Taheri G, Hatami Z, Safari M. The prevalence of unwanted pregnancy and its risk factors in some pregnant women referred to health centers in southern Tehran. *Journal of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University* 2008;59: 32-26
21. World Health Organization. Make every mother and child count. The world health report. 1st Edition, WHO Press: Geneva, Switzerland, 2005
22. Shahbazi A, GHorbani R, Akbari Far M. The prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in pregnant women referred to Semnan laboratories. *Semnan University of Medical Sciences. Koomesh* 2006; 7: 133-37
23. Zamani Alavijeh F, Bashardost N, Rajabi Z. The prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in rural areas of Najaf Abad city. *Feyz Journal* 2006; 33: 62-55
24. Finer LB and Henshaw SK, Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2006, 38:90-6
25. Stanley K. Henshaw, Isaac Adewole, Susheela Singh, Akinrinola Bankole. Boniface Oye-Adeniran and rubina hussain severity and cost of unsafe abortion complications treated in nigerian hospitals. *International Family Planning Perspectives* 2008; 34:40-50
26. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2009;35:15-20
27. Saha R, Shrestha NS, Koirala B, Kandel P, Shrestha S. Patients choice for method of early abortion among comprehensive abortion care (CAC) clients at Kathmandu Medical College Teaching Hospital (KMCTH). *Kathmandu University Medical Journal, (KUMJ)* 2007;5:324-29
28. Harvey SM, Beckman LJ, Satre SJ. Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among U.S. clinic patients. *Family Planning Perspectives* 2001;33:212-16
29. Mattauer B, Peyrot D, Aussiloux MT. Repeated requests for termination of pregnancy. Some socio-cultural and psychological aspects, [Article in French]. *Contracept Fertil Sex* 1984;12:573-80
30. Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. Women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health* 2005;37:110-18
31. Florence Mirembea, Joseph Karanjab, Ezzeldin Osman Hassanc and Anibal Faúndesd Goals and activities proposed by countries in seven regions of the world toward prevention of unsafe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010; 25:29
32. Upson K, Reed SD, Prager SW, Schiff MA. Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages 35-44 years at risk of unwanted pregnancy. *Contraception* 2010;81:427-34