شیوع بارداری ناخواسته در مادران و عوامل تعیین کننده آن در شهرستان شاهرود

محبوبه پورحیدری: * مربی، گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی شاهرود
آذر سوزنی: مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی شاهرود
نازنین شماعیان رضوی: مربی، گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی گناباد

فصلنامه پایش
سال ششم شماره اول زمستان ۱۳۸۵ صص ۷۰ -۶۳
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۵/۶/۱۲

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی شیوع بارداری‌های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن به منظور برنامه ریزی جهت انجام اقدامات پیشگیرانه است.

در این مطالعه مقطعی که در اسفند ۱۳۸۳ و فروردین ۱۳۸۴ اجرا شد، ۳۰۰ مادر باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر شاهرود جهت زایمان یا سقط از طریق نمونه گیری آسان مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ای مبتنی بر هدف تهیه و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های کای دو، من ویتنی و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

شیوع بارداری ناخواسته ۳۱ درصد بوده که ۲۸ درصد در مناطق شهری و ۳۶ درصد در مناطق روستایی رخ داده است. از این میزان بارداری ناخواسته، ۵۶ درصد ناخواسته حقیقی و ۴۴ درصد ناخواسته کاذب بوده است. با افزایش تعداد فرزند (P<۰/۰۰۰۱)، طول مدت ازدواج (P<۰/۰۰۰۱)، ازدواج در سن پایین (P =۰/۰۰۱)، و بالا بودن سن همسر(P =۰/۰۰۱) نیز شانس بارداری ناخواسته بیشتر شده و با افزایش تحصیلات همسر(P=۰/۰۲۱) درصد بارداری ناخواسته کمتر می‌شود. همچنین در افرادی که در کلاس مشاوره قبل از ازدواج شرکت نکرده‌اند (P=۰/۰۱۳) و قبل از بارداری به مراکز بهداشتی ـ درمانی مراجعه منظم نداشتند (P=۰/۰۴۱)، خطر بارداری ناخواسته بیشتر بوده است.

نقش شکست روش‌های پیشگیری از بارداری در بروز حاملگی ناخواسته بارزتر از عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری است. نتایج حاصل از بررسی فوق، لزوم نظارت بیشتر بر جنبه‌های کیفی در ارائه خدمات تنظیم خانواده و توجه ویژه به امر مشاوره و نیز آموزش نحوه صحیح استفاده از روش‌های پیشگیری را مورد تأکید قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: بارداری ناخواسته، شیوع، عوامل مرتبط، پیشگیری از بارداری

مقدمه

* نویسنده پاسخگو: شاهرود، خیابان شهدا، روبروی درب دوم پادگان، دانشکده علوم پزشکی شاهرود
تلفن: ۰۲۷۳۱-۳۳۳۵۰۵۴ نمابر: ۰۲۷۳۱-۳۳۳۴۸۰۰
E-mail: mah_poorheidary@ yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

حاملگی ناخواسته، یکی از معضلات بهداشتی ـ اجتماعی در زمینه برنامه‌های تنظیم خانواده است. حاملگی ناخواسته، سلامت باروری را در تمامی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن به خطر می‌اندازد[۱].

برآورد شده است که همه ساله در جهان ۲۰۰ میلیون حاملگی رخ می‌دهد که حدود یک سوم از این میزان یعنی ۷۵ میلیون مورد ناخواسته هستند.

همچنین هر سال به ۵۰ میلیون حاملگی ناخواسته خاتمه داده می‌شود که حدود ۲۰ میلیون از این موارد در شرایط نامناسب و خطرناک و ۹۵ درصد آن در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد و منجر به مرگ حداقل ۲۰۰ مادر در طول یک روز می‌گردد[۲].

از آنجایی که نا خواسته بودن بارداری یک مشکل جهانی بوده [۳] و عوارض بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی وسیعی را به دنبال دارد [۴]، امروزه میزان حاملگی‌های ناخواسته به عنوان یک شاخص سلامتی جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد[۵].

دو دلیل عمده حاملگی‌های ناخواسته، شکست روش‌های پیشگیری از بارداری و عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری هستند[۶، ۷]. ضمن آن که شکست روش‌های پیشگیری را دلیل مهم‌تر حاملگی ناخواسته ذکر می‌کنند[۸، ۹].

تحریم‌های اجتماعی، نابرابری حقوق اجتماعی مرد و زن، مخالفت همسران، عدم دسترسی به روش‌های متنوع پیشگیری از بارداری مدرن، استفاده کم مردان از وسایل پیشگیری از بارداری، برنامه ریزی ناکافی، کم رنگ بودن نقش مشاوره و نداشتن مهارت کافی کارکنان، از جمله عواملی هستند که سبب می‌شوند روش‌های توصیه شده، با شرایط فرد سازگاری نداشته و موجب عدم استفاده یا شکست روش‌ها گردد[۱۰].

از آنجا که یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی کیفی خدمات تنظیم خانواده، میزان بروز حاملگی‌های برنامه ریزی نشده بوده و به نظر می‌رسد میزان و علل ایجاد بارداری ناخواسته در مناطق مختلف تحت تأثیر نگرش عمومی مردم و شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و مذهبی ناحیه قرار می‌گیرد، مطلوب است عوامل مؤثر در بروز این مشکل در هر منطقه‌ای جداگانه بررسی شود. به همین دلیل جهت یافتن روش‌های علمی و عملی برای حل یا کاهش این مشکل، اقدام به بررسی شیوع بارداری‌های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مادران باردار شهرستان شاهرود نموده‌ایم.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش مقطعی و به منظور برآورد شیوع حاملگی‌های ناخواسته در سطح شهرستان شاهرود در دو مرکز زایمانی این شهر (بیمارستان فاطمیه و خاتم الانبیاء) صورت گرفته است. با توجه به شیوع حاملگی‌های ناخواسته در استان سمنان (۲۲ درصد)، سطح اطمینان ۹۵٪ ، دقت برآورد شیوع در محدوده ۵٪ مقدار واقعی و با توجه به روش نمونه گیری آسان، تعداد ۳۰۰ زن باردار در فاصله اسفند سال ۱۳۸۳ و فروردین سال ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه شامل تمامی زنانی بود که در این فاصله زمانی جهت زایمان یا سقط به این دو مرکز مراجعه کرده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسشنامه خود ساخته‌ای بود که پایایی آن با روش بازآزمایی و اعتبار آن با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد و سپس توسط کارشناسان مامایی به روش مصاحبه حضوری و بعد از ختم بارداری یا بعد از انجام سقط که مادر اضطراب و نگرانی کمتری داشته و وضعیت وی ثابت شده بود، تکمیل گردید. حاملگی ناخواسته بر اساس حاملگی در حین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (حاملگی ناخواسته حقیقی) و حاملگی بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (حاملگی ناخواسته کاذب) تعیین و ارتباط متغیرهایی نظیر سن، تحصیلات، شغل، سن ازدواج، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، حاملگی ناخواسته قبلی، مسکن، نوع روش پیشگیری از بارداری، مراجعه منظم به مراکز بهداشتی ـ درمانی و انجام مشاوره قبل از ازدواج جهت مادران با متغیر مستقل بارداری ناخواسته مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها پس از ورود به رایانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. متغیرهای کمی به صورت میانگین ± انحراف معیار و متغیرهای اسمی به صورت فراوانی (درصد) بیان شده‌اند. همچنین سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، من ویتنی و رگرسیون لجستیک مورد استفاده قرار گرفتند. در مدل رگرسیون لجستیک، متغیر وابسته حاملگی ناخواسته دارای دو سطح ناخواسته = ۱ و خواسته=۰ در نظر گرفته شده است و سطح مرجع، حاملگی خواسته در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه که به منظور برآورد شیوع حاملگی های ناخواسته در مادران باردار شهر شاهرود انجام شده است تعداد ۳۰۰ مادر باردار در یک دوره ۲ ماهه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین سنی مادران باردار ۲۶/۲ سال با انحراف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

معیار ۵/۳ سال بوده و دامنه سنی مادران باردار برابر ۱۶ تا ۴۶ سال است. تعداد ۹۴ نفر از زنان باردار، دارای بارداری ناخواسته بودند، که ۵۱ مورد آن ناخواسته پدر و مادر (۱۷ درصد)، ۱۴ مورد ناخواسته مادر (۵ درصد)، ۷ مورد ناخواسته از سوی پدر (۲ درصد) و ۲۲ مورد (۷ درصد) بارداری بی موقع بوده است. بنابراین شیوع حاملگی‌های ناخواسته در زنان شاهرودی برابر با ۳۱ درصد می‌باشد. از حاملگی‌های ناخواسته ایجاد شده در زنان مورد مطالعه، تعداد ۴۱ مورد (۴۴ درصد) بدون استفاده از روش پیشگیری از حاملگی و یا با روش منقطع، باردار شده بودند (بارداری ناخواسته کاذب) و تعداد ۵۳ مورد بارداری ناخواسته (۵۶ درصد) همزمان با استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری رخ داده بود (حاملگی‌های ناخواسته حقیقی). در جدول شماره ۱، خصوصیات دموگرافیک و زایمانی در مادران تحت مطالعه بر حسب نوع بارداری به تفکیک بیان شده است. با استفاده از آزمون من ویتنی نشان داده شد که میانگین سنی مادران و همسران آنها در زمان بارداری، میانگین سن ازدواج، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و تعداد بارداری در مادران با بارداری ناخواسته به طور معنی‌داری بیشتر از مادران با بارداری خواسته است (P<۰/۰۵). ۵۷ درصد از مادران و ۵۵ درصد از پدران، داشتن دو فرزند را ایده آل می‌دانستند. همچنین تعداد فرزند ایده آل از نظر مادران بین ۴-۰ فرزند با میانگین ۰/۷ ± ۱/۹ و از نظر همسران آنها بین ۵-۱ فرزند با میانگین ۰/۹ ± ۲/۱ بوده که با بارداری ناخواسته در بین مادران ارتباط معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. بررسی ارزش فرزند پسر و دختر در بین والدین یکسان بوده و آزمون کای اسکوئر تفاوت معنی‌داری را در این مورد نشان نداد (P>۰/۰۵). عدم مراجعه منظم به مراکز بهداشتی ـ درمانی قبل از بارداری در گروه مادران با بارداری خواسته ۷۳ درصد و در مادران با بارداری ناخواسته ۸۴ درصد بود. عدم مشارکت در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج نیز در گروه مادران با بارداری خواسته ۳۸ درصد و در گروه مادران با بارداری ناخواسته ۵۳ درصد بوده است. آزمون کای اسکوئر نشان داد بین عدم مراجعه منظم به مراکز بهداشتی و عدم مشارکت در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج، با بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌دار وجود دارد (به ترتیب، P<۰/۰۴۱ و P= ۰/۰۱۳). خطر بارداری ناخواسته نیز در مادرانی که در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج شرکت نکرده بودند، تقریباً دو برابر مادرانی بود که در این کلاس‌ها شرکت داشته‌اند (OR=۱/۹ ،95% CI=۰/۴-۳/۱). جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که ۳۶ نفر از زنان (۱۲ درصد) از هیچگونه روش پیشگیری از بارداری استفاده نکرده‌اند که ۴ مورد (۴ درصد) منجر به حاملگی ناخواسته شده است. ۴۰ درصد از بارداری‌های ناخواسته در مصرف کنندگان قرص و ۳۹ درصد در استفاده کنندگان از روش منقطع رخ داده بود و انتخاب روش پیشگیری توسط خانواده نیز با بروز حاملگی ناخواسته در بین مادران مرتبط می‌باشد. بررسی علت بروز بارداری نشان می‌دهد که در بارداری‌های خواسته ۹۹ درصد موارد به دلیل قطع روش پیشگیری به صورت خواسته ایجاد شده است. علت بروز بارداری ناخواسته در ۱ درصد از افراد، تغییر روش پیشگیری از بارداری، ۳۳ درصد، قطع روش مورد استفاده به علت ایجاد عوارض و در اکثریت افراد (۶۶ درصد) شکست روش پیشگیری مورد استفاده بوده است. بیشترین شکست نیز به ترتیب در مصرف کنندگان قرص (۴۷ درصد)، روش منقطع (۴۳ درصد)، کاندوم (۷ درصد) و IUD (۳ درصد) دیده شد. در برآورد میزان آگاهی مادران از روش‌های پیشگیری اورژانسی، ۹۲ درصد کل مادران از این روش‌ها اطلاعی نداشتند. در بررسی علت ناخواسته بودن بارداری از نظر مادر، مهم‌ترین علت، تکمیل بودن تعداد فرزند دلخواه (۴۰ درصد) و بقیه علل به ترتیب، عدم برنامه ریزی(۱۹ درصد)، فقر(۱۴ درصد)، کم بودن فاصله با فرزند قبلی (۸ درصد)، مشکل مسکن (۶ درصد)، سن پایین مادر(۵ درصد)، بیماری مادر(۲ درصد) و سایر موارد (۴ درصد) بیان شده است. همچنین تحلیل با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چند گانه با متغیر وابسته ناخواسته بودن حاملگی و متغیرهای مستقل اثر گذار نشان داد که مهم‌ترین عامل مؤثر بر روی ناخواسته بودن حاملگی تعداد فرزندان است. به نحوی که با افزایش هر فرزند به خانواده، خطر ناخواسته بودن فرزند بعدی (حاملگی فعلی) ۳ برابر می‌شود. با توجه به جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد که به ازای هر یک سال افزایش طول مدت ازدواج، خطر ناخواسته بودن ۲ برابر، با افزایش سن مادر در زمان بارداری ۱ برابر و با افزایش هر سال سن همسر ۱/۰۷ برابر افزایش می‌یابد. سن ازدواج و میزان تحصیلات همسر با این مسأله، رابطه عکس دارد. به طوری که با افزایش سن ازدواج خطر ناخواسته بودن حاملگی ۰/۹ برابر کمتر می‌شود. به عبارتی، احتمال ناخواسته بودن فرزند در کسانی که با سن کمتری ازدواج می‌کنند بیشتر از مادرانی است که در سنین بالا ازدواج می‌کنند. ضمن آن که افزایش میزان تحصیلات همسر نیز شانس حاملگی ناخواسته را ۰/۶۸ برابر کمتر می‌کند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

جدول شماره ۱- مقایسه خصوصیات دموگرافیک و زایمانی در مادران تحت مطالعه بر حسب نوع زایمان

	بارداری خواسته (n=۲۰۶)		بارداری ناخواسته(n=۹۴)		تعداد کل مادران(n=۳۰۰)	P
[۱]سن مادر (در زمان بارداری به سال)	۲۵±۵		۲۸/۲±۵/۵		۲۶/۲±۵/۳	<۰/۰۰۰۱
[۱]سن همسر (سال)	۳۰±۵/۷		۳۲/۵±۶/۱		۳۰/۷±۶	۰/۰۰۱
[۱]سن ازدواج (سال)	۱۹/۸±۴		۱۸/۱±۴/۲		۱۹/۲±۴	۰/۰۰۱
[۱]طول مدت ازدواج (سال)	۵/۵±۴/۵		۱۰/۳±۶/۸		۷±۵/۸	<۰/۰۰۰۱
[۱]تعداد فرزند	۱/۴۵±۰/۶۷		۲/۴±۱/۲		۱/۷±۱	<۰/۰۰۰۱
[۱]تعداد بارداری	۱/۸۱±۱/۱		۲/۷۹±۱/۵		۲/۱±۱/۳	<۰/۰۰۰۱
[۲]**محل سکونت**						NS*
شهر	۱۲۵	۷۲	۴۸	۲۸	۱۷۳	۵۸
روستا	۸۱	۶۴	۴۶	۳۶	۱۲۷	۴۲
[۲]**تحصیلات مادر**						NS*
بی‌سواد	۷	۳/۴	۳	۳/۲	۱۰	۳/۳
ابتدایی	۶۷	۳۲	۴۳	۴۶	۱۱۰	۳۷
سیکل	۴۹	۲۴	۱۵	۱۶	۶۴	۲۱
دیپلم	۶۱	۳۰	۲۵	۲۷	۸۶	۲۹
دانشگاهی	۲۲	۱۱	۸	۸	۳۰	۱۰
[۲]**تحصیلات پدر**						۰/۰۲۱
بی‌سواد	۳	۱/۴	۱	۱/۱	۴	۱/۳
ابتدایی	۶۲	۳۰	۴۳	۴۶	۱۰۵	۳۵
سیکل	۴۸	۲۳	۲۱	۲۸	۷۴	۲۵
دیپلم	۶۳	۳۱	۱۷	۱۸	۸۰	۲۷
دانشگاهی	۳۰	۱۵	۷	۷	۳۷	۱۲
[۲]**شغل مادر**						NS*
خانه‌دار	۱۹۰	۹۲	۹۰	۹۶	۲۸۰	۹۳
شاغل	۱۶	۸	۴	۴	۲۰	۷
[۲]**شغل همسر**						NS*
بی‌کار	۲	۱	۲	۲	۴	۱
کارگر	۳۶	۱۷	۲۵	۲۷	۶۱	۲۰
کارمند	۴۷	۲۳	۱۹	۲۰	۶۶	۲۲
آزاد	۱۲۱	۵۹	۴۸	۵۱	۱۶۹	۵۶
[۲]**سابقه بارداری ناخواسته**						۰/۰۵
بله	۱۱	۵	۱۱	۱۲	۲۲	۷
خیر	۱۹۵	۹۵	۸۳	۸۸	۲۷۸	۹۳
[۲]**درآمد خانواده**						۰/۰۵
ضعیف	۱۰۸	۵۲	۶۰	۶۴	۱۶۸	۵۶
متوسط	۹۶	۴۷	۳۲	۳۴	۱۲۸	۴۳
خوب	۲	۱	۲	۲	۴	۱

[۱]برحسب میانگین و انحراف معیار بیان شده‌اند.

[۲]برحسب توزیع فراوانی و درصد بیان شده‌اند.

*NS معنی‌دار نیست.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

جدول شماره ۲- مقایسه روش پیشگیری از بارداری و علت بروز بارداری در مادران تحت مطالعه بر حسب نوع زایمان

	بارداری خواسته (n=۲۰۶)		بارداری ناخواسته(n=۹۴)		تعداد کل مادران(n=۳۰۰)		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
روش پیشگیری							۰/۰۰۳
[1]بدون روش	۳۲	۱۵	۴	۴	۳۶	۱۲	
[1]منقطع	۹۷	۴۷	۳۷	۳۹	۱۳۴	۴۵	
قرص	۴۵	۲۲	۳۸	۴۰	۸۳	۲۸	
IUD	۱۸	۹	۵	۵	۲۳	۸	
کاندوم	۱۲	۶	۹	۹	۲۱	۷	
DMPA	۲	۰/۹	۱	۱/۱	۳	۱	
علت بروز بارداری							<۰/۰۰۰۱
شکست روش	۱	۰/۵	۶۲	۶۶	۶۳	۲۱	
قطع روش	۲۰۵	۹۹	۳۱	۳۳	۲۳۶	۷۹	
تغییر روش	-	-	۱	۱/۱	۱	۰/۳	

[1] در افرادی که بدون استفاده از روش پیشگیری و یا با روش منقطع باردار شده‌اند، بارداری، ناخواسته کاذب در نظر گرفته شده است.

جدول شماره ۳- برآورد نسبت شانس (OR) با استفاده از مدل لجستیک چندگانه به روش گام به گام

	ضریب رگرسیون در مدل	OR	95% CI	P
تعداد فرزند	۱/۰۵۷	۲/۹	(۲/۱-۳/۹)	<۰/۰۰۰۱
طول مدت ازدواج	۰/۱۵	۱/۱۶	(۱/۱-۱/۲)	<۰/۰۰۰۱
سن مادر (در زمان بارداری)	۰/۱۰۶	۱/۱۱	(۱/۰۶-۱/۱۶)	<۰/۰۰۱
سن همسر	۰/۰۷۲	۱/۰۷	(۱/۰۳-۱/۱۲)	۰/۰۰۱
سن ازدواج	-۰/۱۴	۰/۸۹	(۰/۸۴-۰/۹۶)	۰/۰۰۲
تحصیلات همسر	-۰/۳۲	۰/۶۸	(۰/۵۴-۰/۸۷)	۰/۰۰۲

بحث و نتیجه گیری

استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، خصوصیات اخلاقی زن، احساسات همسر و میزان حمایت روانی وی از زن و نیز حمایت‌های اجتماعی، از عوامل مؤثر در خواسته و ناخواسته بودن حاملگی به شمار می‌روند[۱۱].

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که شیوع بارداری‌های ناخواسته از طرف پدر و مادر، ۱۷ درصد است و با در نظر گرفتن بارداری‌های بی موقع و ناخواسته از طرف یکی از زوجین در کل به ۳۱ درصد می‌رسد. بر اساس طرح بررسی شاخص‌های بهداشتی و جمعیتی کشور (۱۳۷۹) میزان بارداری‌های ناخواسته از طرف پدر و مادر ۲۴ درصد و با در نظر گرفتن بارداری‌های ناخواسته از طرف یکی از زوجین به ۳۸ درصد می‌رسد[۱۰]. در طرح مذکور، میزان بارداری‌های ناخواسته از طرف هر دو زوج در استان سمنان ۲۲ درصد است که از میانگین کشوری ۲ درصد کمتر می‌باشد. نتایج مطالعه ما نیز مؤوید این مطلب است. در مطالعات انجام شده طی سال‌های اخیر در استان‌های مختلف کشور نیز شیوع بارداری‌های ناخواسته از ۱۸ تا ۴۲ درصد گزارش شده است[۱۶-۱۲].

یکی از دلایل تفاوت شیوع بارداری‌های ناخواسته در استان‌های مختلف کشور، عقاید و الگوهای رفتاری هر منطقه نسبت به فرزنددار شدن است. در مطالعه‌ای در ژاپن در سال ۲۰۰۲ [۱۷] شیوع حاملگی ناخواسته ۴۶ درصد و در آمریکا [۱۸] ۶۰ درصد گزارش شده است. در کشورهای پیشرفته شیوع این مشکل بالاتر است که علت آن را می‌توان تمایل به محدود کردن تعداد فرزند در این کشورها دانست.

پژوهش حاضر بیانگر آن است که میانگین سنی زنان با حاملگی ناخواسته ۳/۲ سال بیشتر از زنان با حاملگی خواسته بوده و اکثر بارداری‌هایی که در گروه سنی ۳۵ سال به بالا رخ داده‌اند (۷۰ درصد) ناخواسته بوده است. در مطالعات متعدد دیگری نیز نشان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

داده شده است که زنان بالای ۳۵ سال در معرض خطر حاملگی ناخواسته قرار دارند[۱۲، ۱۶-۱۴].

در بررسی انجام شده طی سال ۱۹۹۹ در آمریکا، بیشترین شیوع حاملگی ناخواسته در نوجوانان گزارش شده بود و زنان ۴۰ سال یا بالاتر، اغلب حاملگی ناخواسته را سقط می‌کرده‌اند[۱۹]. در تحقیق دیگری که در آن، بارداری‌های«بی موقع» و «ناخواسته» به تفکیک مورد سؤال قرار گرفته، نتایج به دست آمده بیانگر آن است که اکثر حاملگی‌های ناخواسته در سن بالای ۳۵ سال اتفاق می‌افتد[۲۰].

میانگین سن ازدواج در مادران با بارداری ناخواسته به طور معنی‌داری پایین‌تر از مادران با بارداری خواسته است. از ۲۶ مورد حاملگی در زنانی که در سن زیر ۱۵ سال ازدواج کرده‌اند، ۶۵ درصد آن بارداری ناخواسته بوده است. به عبارتی، هر چه سن ازدواج مادران پایین‌تر باشد، شیوع حاملگی ناخواسته در آنها بیشتر است. اهمیت این عامل در بررسی استان زنجان نیز مورد تأیید قرار گرفته است[۱۲]. همچنین در مطالعه انجام شده در ژاپن، سن همسر و سن زمان ازدواج از عوامل مؤثر در ایجاد حاملگی ناخواسته بوده است [۱۷] که با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در چندین مطالعه [۱۶-۱۲]، سطح تحصیلات مادر، یکی از عوامل مهم در بروز حاملگی ناخواسته شناخته شده است. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، شیوع حاملگی ناخواسته کاهش می‌یابد. از آنجا که میزان تحصیلات با سن ازدواج مادر و سن مادر در زمان بارداری در ارتباط است، در مطالعه ما با تحلیل چند متغیره رگرسیون لجستیک به همراه دیگر متغیرهای اثر گذار، میزان تحصیلات مادر تأثیری در حاملگی ناخواسته نداشت که این یافته با مطالعه انجام شده در شهرستان بوشهر مطابقت دارد[۱۴].

در برخی مطالعات، خانه‌دار یا شاغل بودن مادر در بروز حاملگی ناخواسته مؤثر شناخته شده [۱۴] و در برخی مطالعات دیگر، شغل مادر، عامل تأثیر گذاری بر بارداری ناخواسته نبوده است [۱۳]. در مطالعه ما شغل مادر و همسر در بروز حاملگی ناخواسته مؤثر شناخته نشد، اما با افزایش میزان تحصیلات همسر، شانس بارداری ناخواسته کمتر شد که این مسأله نقش اطلاعات علمی مردان را در این زمینه مشخص می‌کند. به خصوص که در کشور ما جهت ارتقای آگاهی و نگرش مردان در زمینه تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری به جز آنچه که به عنوان یک واحد درسی برای دانشجویان در نظر گرفته شده، برنامه‌ریزی خاصی انجام نشده است.

از نظر رتبه بارداری، بیشترین میزان بارداری ناخواسته در حاملگی سوم به بعد مشاهد می‌شود که این با نتایج آمار طرح بررسی شاخص‌های بهداشتی و جمعیتی کشور مطابقت دارد[۱۰]. در تحقیقات متعددی نیز نشان داده شده که با افزایش تعداد فرزند میزان حاملگی ناخواسته زیادتر می‌شود [۱۲، ۱۶-۱۴]. در مطالعه ما نیز با انجام رگرسیون لجستیک، مهم‌ترین عامل بر روی ناخواسته بودن بارداری، تعداد فرزند شناخته شد. به طوری که با افزایش هر فرزند به خانواده، خطر ناخواسته بودن فرزند بعدی ۳ برابر می‌شود (OR =۲/۹ ،95% CI= ۱/۲-۹/۳).

در بررسی تعداد فرزند ایده آل از نظر مادران و همسران آنها مشخص شد که ۲۷ درصد از مادران و ۲۴ درصد از پدران داشتن یک فرزند، ۵۷ درصد از مادران و ۵۵ درصد از پدران داشتن دو فرزند و ۱۶ درصد از مادران و ۲۱ درصد از پدران داشتن سه فرزند یا بیشتر را ایده آل می‌دانند. این مطلب مؤید گرایش خانواده‌ها به تعداد فرزند کمتر از ۳ است و البته اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده نیز منجر به ایجاد کنترل زوجین جهت رسیدن به تعداد فرزند دلخواه در زمان مناسب می‌شود [۲۱].

یکی از معیارهای مهم اثر بخشی مشاوره قبل از حاملگی، تأثیر آن در کاهش تعداد حاملگی‌های ناخواسته است[۲۲]. از دیگر نتایج این تحقیق، تأیید تأثیر انجام مشاوره قبل از ازدواج و مراجعه منظم به مراکز بهداشتی بر روی پیشگیری از حاملگی ناخواسته است. احتمالاً این دو عامل، منجر به افزایش آگاهی زنان در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری و استفاده کارآمدتر از آنها خواهد شد. در بررسی انجام شده در مناطق روستایی نجف آباد، نحوه مراجعه به مراکز بهداشتی قبل از بارداری به عنوان عامل مؤثری در بروز بارداری ناخواسته شناخته نشده است. قابل ذکر است در این مطالعه ارتباط بین میزان آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده با بارداری ناخواسته نیز تأیید نشده است[۱۵].

در آمریکا اغلب زنانی که نمی‌خواهند حامله شوند، از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌نمایند و فقط ۱۵ درصد از افراد از هیچ روشی جهت پیشگیری استفاده نمی‌کنند[۲۳]. این میزان در ژاپن ۱۵ درصد اعلام شده است [۱۷]. در مطالعات انجام شده در کشور نیز میزان مادران با بارداری ناخواسته که از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند در نجف آباد ۱۱۶، بوشهر ۱۹، لار و گراش ۲۲ و گیلان ۲۹ درصد برآورد شده است[۱۶-۱۳]. در مطالعه حاضر ۴ درصد از بارداری‌های ناخواسته در مادرانی مشاهده شد که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

از هیچ روشی جهت پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند و ۳۹ درصد آنها مربوط به استفاده کنندگان از روش منقطع بوده است. در مجموع، ۴۴ درصد از مادران از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. این یافته مؤید این مطلب است که زنان این شهرستان باید به استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری تشویق شوند.

مسلماً آموزش مؤثر روش‌های تنظیم خانواده با توجه به فرهنگ جامعه، میزان دست‌یابی به وسایل پیشگیری از بارداری و ارتباط مناسب بین کارکنان بهداشتی و مادران در این امر بسیار تأثیر گذار خواهد بود. مطلب حائز اهمیت دیگر این است که ۵۶ درصد از زنان با حاملگی ناخواسته از یکی از انواع روش‌های پیشگیری استفاده می‌کردند و با این وجود بدون برنامه و ناخواسته باردار شده‌اند. بارداری ناخواسته فعلی در ۶۶ درصد (۶۲ نفر) از موارد ناشی از شکست روش‌ها بوده است.

در بررسی انجام شده در گیلان نیز علت بروز بارداری ناخواسته در ۷۰ درصد از موارد ناشی از شکست روش‌ها ذکر شده است[۱۳]. از ۳/۵ میلیون حاملگی ناخواسته سالیانه در آمریکا، ۱/۷ میلیون مورد آن در اثر شکست راه‌های پیشگیری از بارداری بوده است[۲۴]. میزان کلی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، کارایی روش‌های مختلف و ترکیب روش‌های مورد استفاده در هر کشور، میزان بروز بارداری ناخواسته و عواقب آن را مشخص می‌کند[۲۵].

نتایج حاضر حاکی از آن است که اکثر زوج‌ها با بارداری ناخواسته از روش‌های پیشگیری استفاده می کرده‌اند، اما کارایی روش‌ها ضعیف و با درصد شکست بالایی همراه بوده است. در کشور ما از ترکیب چند روش پیشگیری کمتر استفاده می‌شود و اکثر زنان با روش پیشگیری اورژانسی آشنا نیستند. در بررسی ما ۹۲ درصد از زنان و در بررسی انجام شده در بوشهر ۹۳ درصد از زنان از روش‌های پیشگیری اورژانسی بی اطلاع بوده‌اند[۱۴].

بالا بردن کیفیت خدمات تنظیم خانواده، ارائه مشاوره صحیح جهت اصلاح بکارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری و ارتقای دانش افراد در مورد روش‌های اورژانسی در مراکز بهداشتی ـ درمانی و مطب‌های خصوصی از عوامل مؤثر در کاهش بروز حاملگی ناخواسته است. امید است با توجه به عوامل دخیل در بروز حاملگی ناخواسته و مداخله مؤثر در جهت رفع آنها، بتوان تا حد امکان این مشکل بهداشتی، اجتماعی و خانوادگی را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی شاهرود و مسئولین محترم بیمارستان فاطمیه و خاتم الأنبیاء شاهرود کمال تشکر را داریم. همچنین مراتب سپاس و امتنان خود را از جناب آقای احمد خسروی و خانم‌ها سمانه حسین زاده، عاطفه روغنیان و زهره اله دادی ابراز می‌نماییم.

منابع

۱- دادخواه بهروز، محمدی محمد علی، بررسی عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر اردبیل، مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری - مامایی اردبیل، ۱۳۸۰، ۴، ۲۰-۱۶

2- Unwanted pregnancy, prepared by family care international (FCI) & the safe motherhood inter-agency group (IAG), (UNICEF), (UNFPA), (WHO). International planned parenthood federation (IPPF), & the population council, FCI serves as the secretariat, 1998. Available at: http://www.safe/motherhood/fact/scheet/unwanted/pregnancy.htm

3- Halie A. Unitended contraception & unwanted fertility in Gondar. Ethiopian East Africa Medicine Journal 1992; 7: 335-39

4- Konje JC, Obisiansan KH. Health & Economic consequences of septic indused abortion. International Journal Gynecology & Obstetrics 1992; 3:1937

5- Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are all contraceptive use in failures unintended pregnancies? Family Planning Prespect 1999; 5:246-60

6- Oddens Bj, Lolkema A. A scenario study of oral contraceptive use in Japan. Journal Contraception 1998; 1: 9-13

7- Bairagi R, Islam MM, Barua MK. Contraceptive failure: levels, trend & determinants in matlab, Bangladesh. Journal Biosocial Sciences 2000; 1: 107-23

8- Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure: method- relanted discontinuation & resumption of use, results from the 1995 national survey of family growth. Family Planning Prespect 1999; 2: 64-72

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]

۹- آصف زاده سعیده، الماسی نوکیایی زیبا، حاملگی ناخواسته در زنان روستایی قزوین، بهداشت خانواده، ۱۳۷۵، ۱، ۳۴-۱۹

۱۰- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت با همکاری مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد(یونیسف) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، تهران، ۱۳۸۰

11- Kroelinger CD, Oths KS. Partner support and pregnancy wantedness, Birth 2000; 2: 112-19

۱۲- کاظمی سید علی نقی، کوشا علی، میزان و علل حاملگی ناخواسته در ۵۰۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر زنجان طی سال ۱۳۷۹، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۸۰، ۳۷، ۴۴-۳۹

۱۳- کسمایی پریسا، عطرکار روشن زهرا، بررسی شیوع و برخی عوامل وابسته با بارداری‌های ناخواسته، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۲، ۴۸، ۶۱-۶

۱۴- نوزوزی آزیتا، خرم‌رودی رزیتا، بررسی میزان حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی ـ درمانی شهرستان بوشهر، طب جنوب، ۱۳۸۴، ۱، ۸۹-۸۳

۱۵- زمانی فرشته، بشر دوست نصراله، بررسی شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مناطق روستایی شهرستان نجف‌آباد، فیض، ۱۳۸۴، ۳۳، ۶۱-۵۶

۱۶- ویز شفر فاطمه، مهدی‌زاده نادری خدیجه، تعیین میزان بارداری‌های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در خانم‌های مراجعه کننده به زایشگاه‌های لاروگراش، زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۳۸۴، ۲، ۱۱۰-۱۰۱

17- Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fokao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. Social Sciences Medicine 2002; 7: 1065-79

18- Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, Shortide E, Orso CL. Contraceptive counseling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults. Journal of midwifery Women health 2002; 2: 79-95

19- Burkaman RT. Compliance and other issues in contraception. International Journal Fertile Women Medicine.1999; 5: 234-40

20- Denise V, Angelo D, Gilbert B, Roger W, Rochat S, Santelli J, et al. Differences between Mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2004; 5: 966-78

۲۱- محمد زاده خلیل علی، فرزادی زهرا، درسنامه جامع جمعیت و تنظیم خانواده، چاپ هشتم، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ۱۳۸۳

22- Cunningham Gary F, Leveno Kenneth J, Bloom Steven L, Hohn C, Gilstrap Larry, Wenstrom Katharine D. Williams's obstetrics. 22 Edition, McGraw Hill Companies: UK, 2005

23- Markd Levie MD. Emergency contraception on Monday afternoon, the annual clinical meeting of the American college of obstetrics and gynecology. 1st Edition, Leangles California, 2002

24- Chiev V-M, Shirr LA. Emans SJ, Shrier Ly. Emergency Post coital Contraception. Journal Adolescents Gynecology 1998; 2-3: 61-72

25- WHO. The world health report 2002: reducing risk, promoting health life. Geneva, 2002

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.6.1.7.0]