

## بررسی علل حاملگی ناخواسته در شهرستان اراک

نویسندگان: مرضیه اکبرزاده<sup>۱</sup>، محبوبه خرسندی<sup>۱</sup>

### خلاصه

جهت بررسی علل مؤثر در بروز حاملگی ناخواسته تحقیقی در شهر اراک و روستاهای تابعه با انتخاب ۱۹ درمانگاه و ۱۰ روستای اصلی به عنوان خوشه و با توجه به پراکندگی جغرافیایی انجام پذیرفت. از کل ۷۶۱ حاملگی، میزان ناخواستگی ۴۹/۳ درصد (۴۶/۲ درصد شهر و ۵۶/۲ درصد روستا) برآورد گردید. نتایج تحقیق نشان داد که بین وضعیت اقتصادی، اجتماعی و تحصیلات ارتباط معنی دار و معکوس بود ( $p < 0/001$ ). میانگین سن زنان دارای حاملگی ناخواسته ۲۸/۸ سال و در سن ۲۹ - ۲۵ سالگی بیشترین میزان ناخواستگی ۴۹/۵ درصد برآورد گردید. بین تعداد فرزندان و ناخواسته بودن حاملگی ارتباط معنی دار نشان داده شد ( $p < 0/001$ ). شایع ترین روش پیشگیری در جامعه مورد پژوهش قرص می باشد (در جامعه روستایی قرص ۵۳/۷ درصد و در جامعه شهری روش طبیعی ۴۴/۴ درصد). ضمن معنی دار بودن ارتباط بین مدت زمان استفاده از وسایل پیشگیری و حاملگی ناخواسته، بیشترین علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری تریس از عوارض ۳۴/۵ درصد، نامرتب خوردن و فراموشی ۲۵/۸ درصد است. میزان آگاهی زنان مصرف کننده قرص در روستا تنها ۲/۷ درصد در سطح بالا و نسبت به روش طبیعی در شهر ۶/۱ درصد در سطح بالا بوده است.

### مقدمه:

آنچه اینک مشکلات بهداشتی مردم کشورهای در حال توسعه است و بر سلامت آنها آسیب می رساند حول مثلث سوء تغذیه، عفونت و پیامدهای باروری بدون برنامه دور می زند. تخمین زده می شود 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

و هر ساله نیم میلیون زن جوان در ارتباط با حاملگی و وضع حمل جان خود را از دست می دهند (۱).

علل عمده این مرگها خونریزی، عفونت، اکلامپسی، زایمان مشکل و سقطهای غیرقانونی است (۳، ۴).

سقطهای غیرقانونی یکی از پنج علل عمده این مرگهاست. طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ هر ساله حدود ۲۰۰۰۰۰ - ۱۰۰۰۰۰ زن به علت سقط و بسیاری از مسائل باروری می میرند و در بعضی از کشورهای آمریکای لاتین ۵۰ درصد از مرگ مادران به علت سقطهای غیرقانونی و بیش از ۵۰ درصد بقیه به علت عوارض پس از سقط است. در مناطق توسعه یافته میزان مرگ مادران ناشی از بارداری بین ۱۴۰ - ۲ در صد هزار و در مناطق در حال توسعه این ارقام ۱۱۰ - ۸ به ازای هر صد هزار تولد زنده می باشد (۵).

حاملگی ناخواسته معمولاً زنان را بین دو انتخاب قرار می دهد اینکه حاملگی را به اتمام برسانند یا خاتمه دهند، که در صورت انجام سقط های القایی و غیرقانونی مواردی دچار عواقب خطرناک نظیر سپتی سمی و نازایی، شوک سپتیک، خونریزی شدید، نکروز حاد کلیه، پارگی رحم و عوارض خاص سوء تغذیه مادری شامل تهی شدن ذخیره مادری، کم بودن وزن به هنگام تولد، کم خونی، مسمومیت بارداری و خونریزی پس از زایمان می گردد (۱۱، ۶).  
 خطرات ناشی از حاملگی بدون برنامه در ارتباط با کودک نیز شامل پایین بودن وزن هنگام تولد، زایمان زودرس و افزایش میرایی شیرخواران و کودکان می باشد. و در صورت تولد اغلب مورد بی مهری و بی توجهی والدین قرار گرفته و مشکلات روانی به دنبال داشته است. در صورت رعایت فاصله مناسب، مرگ و میر زیر ۵ سال نیز ۳۰-۲۴ درصد کاهش می یابد (۱) و تعدادی از این ۱۰ میلیون کودک که سالانه هلاک می شوند هرگز بدنیا نمی آیند.  
 بررسیها نشان می دهد که کوتاهی در استفاده از یکی از انواع روشهای پیشگیری، عدم مشاوره (۷) ترس از تکنولوژی جدید، فقدان اطلاعات لازم همسر، مادر همسر، فامیل (۸)، حاملگی در سنین پایین (۹، ۲)، عدم دسترسی آسان به وسایل پیشگیری به دلیل بعد مسافت، قیمت وسایل پیشگیری و در نهایت عدم مداخله و مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده از جمله عوامل

حاملگی بدون برنامه است. نظر به مطالب بحث شده ضرورت انجام پژوهش به منظور دستیابی علل حاملگی ناخواسته در این شهرستان احساس می گردید که امید است یافته های آن کاربرد اجرایی داشته باشد.

اهداف کلی پژوهش تعیین عوامل حاملگی ناخواسته در خانمهای باردار مراجعه کننده به درمانگاهها، زایشگاه و روستاهای اصلی شهرستان اراک می باشد.

اهداف جزئی نیز شامل تعیین رابطه نوع وسیله پیشگیری، مدت استفاده از وسیله با حاملگی ناخواسته و تعیین درصد حاملگی ناخواسته در مصرف کنندگان قرص و دوران شیردهی.

#### فرضیات:

- ۱- ابعاد اقتصادی - فرهنگی با حاملگی ناخواسته ارتباط معکوس دارد.
- ۲- سن ۲۹-۲۵ سال و تعداد فرزندان (پارتیتی) در ایجاد حاملگی ناخواسته مؤثر است.
- ۳- حاملگی ناخواسته در استفاده کنندگان قرص بیشتر از سایر روشهاست.
- ۴- میزان آگاهی در مورد انواع وسایل پیشگیری از عوامل مهم حاملگی ناخواسته می باشد.
- ۵- نحوه دسترسی به وسایل (سهولت دسترسی) در ایجاد حاملگی ناخواسته دخالت دارد.

#### روش کار:

نوع مطالعه توصیفی - تحلیلی و

مقطعی است که به مدت یکسال به طول انجامید. تحقیق در ۱۹ درمانگاه دارای بخش مادر و کودک و مامایی فعال، زایشگاه شهر، ۱۰ روستای اصلی که هر روستا دارای تعدادی روستاهای قمر می باشد، انجام گرفته و از میان جمعیت مراجعه کننده ثابت یا دینامیک در مدت ۶ ماه، نمونه های مورد نظر شناسایی و با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه، اطلاعات لازم از آنان در یک مرحله بدست آمد.

روش نمونه گیری به شیوه خوشه ای (Cluster) بوده و از بین ۲۷ درمانگاه شهری ۱۹ خوشه و ۱۰ روستای اصلی را با توجه به پراکنندگی جغرافیایی به عنوان خوشه انتخاب شد و در داخل هر خوشه نمونه گیری ساده به شکل تداومی Se-quantiol پذیرفت. تعداد نمونه ۷۶۱ مورد حاملگی در شهر و روستا که ۵۲۶ مورد در شهر و ۲۲۵ مورد در روستا و از اینها ۲۱۲ مورد حاملگی ناخواسته در سطح شهر و روستا ۱۳۲ مورد بود.

#### نتایج:

نتایج بررسی نشان می دهد که میزان حاملگی ناخواسته در شهرستان اراک و روستاهای تابعه ۴۹/۳ درصد می باشد. بین تحصیلات و بروز حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار و معکوس وجود دارد ( $p < 0.001$ )، به طوری که حاملگی ناخواسته در افراد بیسواد ۳۱٪، ابتدایی ۴۴٪، دبیرستان و دیپلم بترتیب ۱۸٪ و ۱۹٪، فوق دیپلم و بالاتر ۳/۲٪ بوده است.

برای تعیین موقعیت اقتصادی خانواده سه معیار میزان درآمد ماهیانه، نوع مسکن و شغل همسر ملاک قرار گرفته و با انجام آزمون آماری، حاملگی ناخواسته در رده های پایین اقتصادی بیشتر بود  $p < 0/001$ .

بین تعداد فرزندان و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار است ( $p < 0/001$ ) به طوری که تعداد فرزندان بیش از ۵ و به طوری کلی در جامعه مورد بررسی ناخواسته است (جدول ۱).

همچنین مشاهده گردید درصد حاملگی ناخواسته در سنین ۲۹ - ۲۵ سال، ۲۶/۱ درصد و در ۲۴ - ۲۰ سال ۲۴ درصد بود. به عبارت دیگر متوسط سن حاملگی ناخواسته ۲۳/۶ با انحراف معیار ۴/۸ سال و در حاملگی ناخواسته ۲۸/۸ و انحراف معیار ۶/۱ و از سن ۳۹ سالگی به بعد هیچکدام از حاملگی ها

خواسته نبود.

تنوع روشهای پیشگیری در جامعه مورد پژوهش شهری و روستایی بدین صورت است که در جامعه شهری شامل طبیعی، قرص، کاندوم به ترتیب ۴۴/۴، ۲۷/۱، ۲۰/۵ درصد بوده و در جامعه روستایی شامل قرص، طبیعی، کاندوم به ترتیب ۵۳/۸ درصد، ۱۸/۱ درصد و ۱۶/۱ درصد بوده که بین نوع روش و حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار نشان داده شد ( $p < 0/001$ ).

نتایج نشان می دهد که میزان آگاهی خانمهای داری حاملگی ناخواسته نسبت به وسایل پیشگیری متفاوت می باشد. آگاهی در شهر نسبت به روش طبیعی که رایج تر بوده است ۱۴/۹٪ ضعیف، ۱۶/۱٪ متوسط و ۱۶/۱٪ بالا و در روستا نسبت به قرص ۱۸/۹٪ ضعیف، ۲۴/۳٪ متوسط و ۲/۷٪ بالا برآورد شده

جدول ۱: توزیع مطلق و نسبی تعداد فرزندان در حاملگی خواسته و ناخواسته در شهرستان اراک

تعداد فرزندان	حاملگی خواسته		حاملگی ناخواسته		نسبی
	مطلق	نسبی (%)	مطلق	نسبی (%)	
۰	۲۱۳	۵۵/۴	۲۲	۵/۸	۳۱
۱	۱۱۵	۲۹/۹	۸۷	۲۳/۲	۲۷
۲	-	-	-	-	۱۱
۳	۱۳	۳/۳	۷۱	۱۸/۹	۱۱
۴	۵	۱/۳	۴۹	۳	۷
۵	۲	۰/۵	۲۶	۶/۹	۴
۶	۰	۰	۱۸	۴/۸	۲
۷	۰	۰	۶	۱/۶	۱
۸	۰	۰	۶	۱/۶	۱
۹	۰	۰	۵	۱/۳	۱
۱۱	۰	۰	۱	۰/۳	۰/۱
۱۲	۰	۰	۱	۰/۲	۰/۱
جمع	۳۸۴	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	۷۵۹

$x^2 = 306/70$ ,  $DF = 11$ ,  $P < 0/001$

است.

درخصوص علت عدم استفاده از وسایل پیشگیری در افرادی که دارای حاملگی ناخواسته بوده اند بدین ترتیب بود: ترس از عوارض ۳۴/۵٪، مخالفت همسر ۲۴/۴٪، عدم دسترسی ۶/۴٪ و مصرف نامرتب و فراموشی در استفاده ۲۵/۸٪، تمایل به داشتن پسر ۶/۴٪ و نازایی ۳٪. در این تحقیق سهولت دسترسی به وسایل پیشگیری کاملاً مشهود بود و فرضیه گرانی وسایل پیشگیری به عنوان علت حاملگی ناخواسته شناخته نشده است.

بحث:

یافته های پژوهش نشان می دهد که درصد حاملگی ناخواسته نسبتاً بالا است (۴۹/۳) علت بالا بودن می تواند ناشی از ضریب بقا و بالا رفتن امید به زندگی است و همچنین در گذشته بعد خانوار یک قدرت محسوب می شد و مستقیماً در توان اقتصادی خانواده نقش مؤثری داشت در حالی که امروزه به دلیل ورود تکنولوژی و همراهی صنعت در کنار کشاورزی بعد خانوار ارزش کمتری یافته است. ثالثاً ارتباطات و رسانه های گروهی امروزه از بعد خانوار به عنان یک فاکتور منفی و مغایر با توسعه اجتماعی - اقتصادی یاد می کنند.

در بخش دیگر نتایج ارتباط معکوس میزان تحصیلات و رده های اقتصادی، اجتماعی با حاملگی ناخواسته که مبین فرضیه اول پژوهش می باشد، بیان شد. بدیهی است تحصیلات روی نگرش فرد

در مورد ایجاد رفتار مناسب تنظیم خانواده اثر می گذارد و باعث انعطاف در پذیرش باورها و رفتارهای جدید شده و انتخاب روشهای پیشگیری از حاملگی مطمئن تر افزایش می یابد. از طرف دیگر در خانواده های با موقعیت اقتصادی بیشتر امگان دسترسی به وسایل بیشتر بوده و خانوار بیشتر علاقه مند هست تا بیشترین سرمایه گذاری را جهت فرزندان موجود خود داشته باشد و در نتیجه تمایل به ناخواستگی حاملگی بالا می رود.

نتایج پژوهش در خصوص پاریتی (تعداد فرزندان) و ارتباط معکوس آن با حاملگی ناخواسته نیز مبین فرضیه دوم پژوهش بوده و نظر به تغییر ساختار فرهنگی - اجتماعی جامعه، باروری کلی در شهرستان اراک (شهر و روستا) متوسط ۳ فرزند، مطلوب برآورد شده که در جامعه شهری از حاملگی ۴ به بعد و در روستایی ۵ به بعد هیچ مورد حاملگی ناخوسته گزارش نگردیده است. از نظر ارتباط سن با حاملگی ناخواسته خانمهای سنین ۲۹ - ۲۵ سال بیش از سایر گروه های سنی در معرض خطر حاملگی ناخواسته هستند و این مبین یکی دیگر از فرضیات مورد تحقیق می باشد.

در این بررسی تمام موارد حاملگی بالای ۳۹ سال ناخواسته بود که این مسئله

می تواند ناشی از درک بالای افراد نسبت به عواقب حاملگی در سنین بالا باشد.

یافته های پژوهش نشان داد که رایج ترین روش پیشگیری در کل جامعه قرص ۳۶/۵٪، طبیعی ۳۵/۲٪ و کاندوم ۱۹/۲٪ می باشد که مبین فرضیه سوم پژوهش می باشد و نظر به اینکه به تفکیک در جامعه شهری روش طبیعی رایج تر بوده لذا نیاز بیشتری جهت تشویق و آموزش مددجویان مراجعه کننده جهت استفاده از روش های دائمی تر پیشگیری احساس می شود.

مقایسه بین میزان آگاهی غیرکلاسیک خانمهای مراجعه کننده به درمانگاههای دارای طرح رابطین و بدون طرح ارتباط معنی دار بدست نیامد. مثلاً آگاهی مراجعین در درمانگاههای دارای طرح رابطین نسبت به قرص ۷/۲٪ ضعیف، ۳۰/۲٪ متوسط، ۶/۲٪ بالا و در درمانگاههای بدون طرح بترتیب شامل ۱۲/۹٪، ۲۲/۵٪ و ۳/۴٪ بوده، در نتیجه علیرغم بکارگیری گسترده از نیروی آموزشی غیرکلاسیک گروهی از افراد داوطلب تحت عنوان رابطین بهداشت، بنظر می رسد نیاز بیشتری جهت سازماندهی محتوی آموزشی بکار رود تا تغییر رفتار مناسب پس از گذشت دوران آموزش ایجاد گردد و نظر به نتیجه گیری

در بخش فوق فرضیه چهارم مورد تایید قرار نگرفت.

یافته های پژوهش بیانگر سهولت دریافت وسایل توسط مددجویان بوده و نظر به پوشش دهی وسایل تنظیم خانواده جهت ۷۱٪ مددجویان در درمانگاه و ۹۲٪ در خانه بهداشت این مسئله به عنوان عامل حاملگی ناخواسته محسوب نگردید و فرضیه پنجم مورد تایید واقع نشد.

#### پیشنهادات:

افزایش سطح علمی دست اندرکاران برنامه های تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک و آموزش نحوه صحیح به مراجعین.

لزوم نظارت مستمر بر نحوه کارایی، رعایت اصول مشاوره صحیح در اولین برخورد مراجعین کنندگان.

فراهم نمودن زمینه های فرهنگی و اجتماعی لازم جهت افزایش پذیرش.

افزایش سطح سواد زنان در جهت ایجاد تغییر نگرش و رفتار.

مشارکت بیشتر رسانه های گروهی جهت آگاهی و ترغیب مردم.

توسعه برنامه های تنظیم خانواده و استقرار مراکز کنترل جمعیت در تمام مراکز اداری و کارخانه ها.

#### منابع:

- ۱- شجاعی تهرانی حسین، ملک افضلی حسین، کلیات خدمات بهداشتی، انتشارات کیوان فصل چهار، سال ۷۵، جلد دوم.
- ۲- بدخش محمدحسین، بررسی میزان باروری ناخواسته در جنوب شهر تهران، مجله نظام پزشکی دوره چهارم از ۹ تا ۱۴، سال ۱۳۷۵.
۳. Cunnigham, Mac Donald, Gant, Williams Obstetrics, chapter 29.
4. Westhoff C. C. Rosen Field, A

curr. opin. obstet. Gyncol., 1993, 5(6): 793 - 7.

5. Nol wandle nozipo mashalaba, Commintory on the causes and consequences of m. w. pregnancy

- from on African perspective. (10), 818 - 21.
6. Fathalla B. R., Med. bull., 1993, 49: (1), 245-5.
7. Savonius H., Pakarinen P., Reasons for pregnancy termination negligence for failure of contraception, obstet. Gyn., 1995, 47
8. Sandram Kabir, Causes and consequences of u.w. preg. from asian women, Perspective Gynecol. obstet., 1989: No 3-14.
9. Smzanne Dandoy MD, Am. of public health, 1992, 82 (3), 34.
10. Net work family Heath international, vol 5. No1, August 199
11. Flisher A., Death from septicemia as a consequence of unwanted pregnancy, S. Afr. Med. y., 1990; 78(9): 555.

### آسیب عصب سیاتیک ناشی از تزریق آمپول ولتارن (دیکلوفناک سدیم)

به اطلاع همکاران محترم می‌رساند که گزارش‌های مبنی بر وقوع آسیب عصب سیاتیک متعاقب تزریق عضلانی آمپول ولتارن (دیکلوفناک سدیم) به مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها گزارش شده است. این گزارشها مشتمل بر تعداد ۱۱ مورد اختلال حرکتی پا ناشی از تزریق عضلانی این آمپول می‌باشد که در چهار مورد از موارد گزارش شده مدارک موجود نشان دهنده آسیب عصب سیاتیک به صورت افتادگی مچ پا می‌باشد.

لازم به ذکر است پیش از این نیز گزارشهای مشابهی متعاقب مصرف فرآورده ساخت داخل به مرکز ثبت و بررسی عوارض داروها گزارش شده بود که به دنبال دریافت گزارشهای مذکور و با توجه به عدم گزارش چنین عارضه ای در سایر کشورها، جهت تأمین امنیت دارویی در کشور، وزارت بهداشت نسبت به قطع موقت تولید داخلی این آمپول و صدور مجوز جهت واردات نوع خارجی با نام تجاری ولتارن (ساخت شرکت نوارتیس سوئیس) اقدام نمود.

با توجه به گزارشهای دریافتی متعاقب مصرف نوع خارجی این آمپول، در حال حاضر آنچه واضح است آن است که آمپول دیکلوفناک سدیم اعم از تولید داخل یا خارج از کشور می‌تواند در جمعیت ایرانی چنین عارضه ای را ایجاد نماید، اگرچه علت واقعی آن هم چنان نامعلوم است لذا از همکاران محترم درخواست می‌گردد هنگام تجویز این آمپول به نکات زیر توجه نمایند:

- ۱- مصرف آمپول دیکلوفناک سدیم (ولتارن) فقط به بیماران بستری در بیمارستان اختصاص یابد.
- ۲- تزریق آمپول دیکلوفناک سدیم (ولتارن) در کودکان زیر ۱۵ سال ممنوع است
- ۳- این آمپول باید به صورت عمیق در ربع فوقانی خارج عضله گلوئئال تزریق گردد تا از ایجاد آسیب احتمالی به عصب یا بافت جلوگیری گردد.
- ۴- از تزریق این آمپول در موارد غیر ضروری نظیر درمان تب، سرماخوردگی، دردهای خفیف و سایر موارد که از موارد مصرف ذکر شده در بروشور دارو نمی‌باشد جداً خودداری گردد.
- ۵- در موارد دردهای شدید که تزریق عضلانی دو آمپول در فاصله چند ساعت لازم است در هر یک از عضلات گلوئئال راست و چپ فقط یک آمپول تزریق گردد.
- ۶- آمپول دیکلوفناک سدیم (ولتارن) نباید بیش از دو روز مصرف گردد. در صورت نیاز به مصرف فرآورده تسکین دهنده درد بیش از دو روز، می‌توان از قرص یا شیاف دیکلوفناک سدیم و یا سایر داروهای ضد درد استفاده نمود.

۷- افتادگی مچ پا به عنوان یکی از عوارض دارو به بروشور دارو اضافه می‌شود. از کلیه همکاران خواهشمند است در صورت مشاهده هر گونه عارضه، فرم مخصوص ثبت و بررسی عوارض داروها را تکمیل نموده، به آدرس تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵ ارسال نمایید. جهت اطلاع بیشتر می‌توانید با شماره تلفن ۶۴۰۵۵۶۹ تماس حاصل فرمایید.

معاونت غذا و دارو  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی