

حاملگی های ناخواسته و ارتباط چند متغیر دموگرافی - اجتماعی و روش های پیشگیری در بین مراجعیین به مراکز درمانی - بهداشتی جنوب تهران

* دکتر فروغ شفیعی^{**}، دکتر سیمین اذری^{***}
نزهت امامی افشار

مقدمه

ناخواسته پیشگیری می کند که نه تنها کمک مؤثری در سلامت مادر و کودک است، بلکه افزایش جمعیت را نیز کنترل می کند. این موضوع مخصوصاً در جامعه ما که طبق آمار سرشماری سال ۱۳۶۵ با داشتن ۳ درصد رشد جمعیت یکی از بالاترین میزان های رشد جهان را دارد از اهمیت خاصی برخوردار است.

بررسی بخشی از هشت کشور آمریکایی جنوبی در سال ۱۹۸۹ جهت گردآوری اطلاعات دموگرافی و همچنین سنجش سلامتی گزارش شده است که میزان تولد نوزادان ناخواسته در مدت پنج سال قبل از شروع مطالعه در بین کشورهای مورد بررسی میزان متفاوتی داشته که بین ۷ تا ۳۶ تولد در هر ۱۰۰ زایمان بوده است. آمار نشان می دهد که میزان نوزادان ناخواسته در زنان روستائی بیش از شهری و همچنین در زنان بیسواد و

سازمان جهانی بهداشت در سی امین مجمع خود در سال ۱۹۷۸ «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» را مهمترین هدف خود قرار داد. برای رسیدن به هدف، این سازمان پیرو اجلاسهای در سال ۱۹۸۱ جهت ارزشیابی فعالیتهای بهداشتی، شاخص های دوازده گانه ای را تعیین کرد که مراقبتهای دوران بارداری یکی از آنها است. طبق محاسبه آماری این سازمان، چنانچه بتوان از حاملگی های ناخواسته زنان پیشگیری به عمل آورد، سالیانه حدود ۱۵۰/۰۰۰ و یا یک چهارم از مرگ و میر مادران در دوران بارداری کاهش می یابد. استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری و رعایت فاصله گذاری مناسب بین فرزندان از میزان حاملگی های

* گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** گروه اکولوژی انسانی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** کارشناس آموزش بهداشت

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مادران مطالعه شده بر حسب سواد مادر و تمایل به حاملگی

جمع		حاملگی ناخواسته		حاملگی خواسته		تمایل به حاملگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سواد مادر
۱۰۰	۱۱۴	۷۷/۱۹	۸۸	۲۲/۸۱	۲۶	بی سواد
۱۰۰	۹۲	۶۱/۹۶	۵۷	۳۸/۰۴	۳۵	خواندن و نوشتن ابتدائی
۱۰۰	۷۲	۵۸/۳۳	۴۲	۴۱/۶۷	۳۰	راهنمایی
۱۰۰	۷۲	۵۱/۳۹	۳۷	۴۸/۶۱	۳۵	دیپستان و بالاتر
۱۰۰	۳۵۰	۶۴/۰۰	۲۲۴	۳۶/۰۰	۱۲۶	جمع

$$x^2 = ۱۴/۷۵ \quad d.f = ۳ \quad P < ۰/۰۰۵$$

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مادران مطالعه شده بر حسب سواد همسر و تمایل به حاملگی

جمع		حاملگی ناخواسته		حاملگی خواسته		تمایل به حاملگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سواد همسر
۱۰۰	۵۸	۷۰/۶۹	۴۱	۲۹/۳۱	۱۷	بی سواد
۱۰۰	۳۲	۸۱/۲۵	۲۶	۱۸/۷۵	۶	خواندن و نوشتن
	۹۰	۶۸/۸۹	۶۲	۳۱/۱۱	۲۸	ابتدائی
۱۰۰	۶۰	۶۶/۶۷	۴۰	۳۳/۳۳	۲۰	راهنمایی
۱۰۰	۲۱	۶۶/۶۷	۱۴	۳۳/۳۳	۷	دیپستان
۱۰۰	۸۹	۴۶/۰۷	۴۱	۵۳/۶۳	۴۸	دیپلم و بالاتر
۱۰۰	۳۵۰	۶۴/۰۰	۲۲۴	۳۶/۰۰	۱۲۶	جمع

$$x^2 = ۱۸/۸۸ \quad d.f = ۵ \quad p < ۰/۰۰۵$$

یا کم سواد در مقایسه با آنان که از میزان آموزش بالاتری برخوردار بودند، بیشتر است.

در مطالعه فوق هم چنین میزان افت (Failure rate) استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگیهای ناخواسته را با آی - یو - دی ۹ درصد با قرص ۲ درصد و یا روش منقطع ۱۲/۴ درصد گزارش شده است.^۲

روش مطالعه

هدف از این بررسی، تعیین میزان حاملگیهای ناخواسته در رابطه با متغیرهای سن مادر، تعداد اولاد، سواد و میزان آموزش زن و همسر و روش استفاده از پیشگیری از بارداری است. این بررسی در زمستان ۱۳۶۸ به مدت ۴۵ روز در ۴ مرکز بهداشتی - درمانی که به طور نمونه گیری تصادفی از بین ۱۱ مرکز بهداشتی - درمانی منطقه جنوب تهران انتخاب شد انجام گردید. از ۳۵۰۰ پرونده موجود در این مراکز ۳۵۰ پرونده به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب گردید، و با روش پرسشنامه‌ای که شامل ۳۵ سؤال بود با مادرانی که حداقل تجربه یک بار حاملگی و زایمان را داشته‌اند مصاحبه گردید. نتایج بدست آمده از این مطالعه به قرار زیر است:

در میان مادران مورد مطالعه بیش از ۳۲ درصد بیسواد بودند که این رقم در همسرانشان متجاوز از ۱۶ درصد است. بیش از ۲۹ درصد از مادران و ۴۲ درصد از همسرانشان دارای تحصیلاتی در سطح راهنمائی و دبیرستان و بیش از ۱ درصد از مادران و ۶ درصد از همسرانشان سطح تحصیلی بیشتر از دبیرستان داشته‌اند.

جدول ۱ و ۲ نمایانگر این حقیقت است که ۶۴ درصد موارد حاملگی بدون تمایل خود و همسرانشان اتفاق افتاده است که رابطه این متغیر با سایر متغیرهای این

بررسی بدین قرار است:

- رابطه بین دو متغیر میزان آموزش و حاملگی ناخواسته رابطه‌ای است معکوس، یعنی هرچه میزان آموزش زن و همسر بالاتر است میزان حاملگی ناخواسته کمتر می‌شود و آزمون K2 با بیش از ۹۹/۵ درصد اطمینان تاثیر این دو متغیر را نشان می‌دهد (جدول ۱ و ۲).

- رابطه معنی‌داری نیز بین متغیر محل سکونت (شهر و روستا) و حاملگی ناخواسته در نمونه‌های مورد مطالعه وجود دارد، ۷۵ درصد از زنان متولد در روستاها در مقایسه با ۵۷ درصد زنان شهری حاملگی فعلی خود را ناخواسته اظهار داشته‌اند (آزمون K2 با بیش از ۹۹/۹ درصد اطمینان رابطه بین این دو متغیر را نشان می‌دهد. (جدول ۳).

- بین دو متغیر تعداد اولاد و حاملگیهای ناخواسته با بیش از ۹۹/۹ درصد اطمینان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش تعداد اولاد حاملگی ناخواسته در مادران مورد مطالعه افزایش یافته است. در مادرانی که دارای ۷ فرزند بوده‌اند بیش از ۸۷ درصد به حاملگی فعلی اظهار عدم تمایل کرده‌اند. به طور کلی تعداد حاملگیهای ناخواسته در رابطه با تعداد اولاد در کلیه گروههای سنی در سطح بالائی است. (جدول شماره ۴). مادرانی که سن آنها بیش از ۳۵ بوده و از یکی از روشهای پیشگیری استفاده کرده بودند ۷۸ درصد حاملگی ناخواسته داشته‌اند. (جدول ۵).

به طوری که این جدول نشان می‌دهد، به ترتیب بالاترین میزان عدم موفقیت در استفاده از روش پیشگیری، مقاربت منقطع (۵۶/۵۵ درصد) و حاملگی در حین شیردادن (۲۰/۵۳ درصد) و استفاده از قرص (۲۷/۵۹ درصد) و آی - یو - دی ۱۲/۸۶ درصد بوده است.

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مادران مطالعه شده بر حسب محل تولد و تمایل به حاملگی

جمع		حاملگی ناخواسته		حاملگی خواسته		تمایل به حاملگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	محل تولد
۱۰۰	۲۱۳	۵۶/۸۱	۱۲۱	۴۳/۱۹	۹۲	شهر
۱۰۰	۱۳۷	۷۵/۱۸	۱۰۳	۲۴/۸۲	۳۴	روستا
۱۰۰	۳۵۰	۶۴/۰۰	۲۲۴	۳۶/۰۰	۱۲۶	جمع

$$x^2 = ۱۲/۲۲ \quad d.f = ۱ \quad p < ۰/۰۰۱$$

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مادران مطالعه شده بر حسب تعداد اولاد و تمایل به حاملگی

جمع		حاملگی ناخواسته		حاملگی خواسته		تمایل به حاملگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد اولاد
۱۰۰	۱۹۹	۵۴/۲۷	۱۰۸	۴۵/۷۳	۹۱	۱ - ۲
۱۰۰	۹۷	۷۲/۱۶	۷۰	۲۷/۸۴	۲۷	۳ - ۴
۱۰۰	۳۹	۸۴/۶۲	۳۳	۱۵/۳۸	۶	۵ - ۶
۱۰۰	۱۵	۸۶/۶۷	۱۳	۱۳/۳۳	۲	۷ +
۱۰۰	۳۵۰	۶۴/۰۰	۲۲۴	۳۶/۰۰	۱۲۶	جمع

$$x^2 = ۲۱/۵۲ \quad d.f = ۳ \quad p < ۰/۰۰۱$$

جدول شماره ۵ - توزیع فراوانی جمعیت شهرستان زابل بر حسب توزیع جغرافیائی در سالهای سرشماری ۶۵ - ۱۳۳۵

جمع		مقاربت منقطع		کاندوم و آی - یو - دی		قرص		روش‌های پیشگیری از حاملگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن
۴۵/۴۵	۵	۸۰	۴	-	-	۲۰	۱	۱۵ - ۱۹
۵۰/۰۰	۳۱	۴۸/۳۹	۱۵	۲۲/۵۸	۷	۲۹/۰۳	۹	۲۰ - ۲۴
۶۹/۲۳	۴۵	۵۳/۳۳	۲۴	۱۱/۱۱	۵	۳۵/۵۶	۱۶	۲۵ - ۲۹
۷۰/۴۳	۳۵	۶۲/۸۶	۲۲	۲۰/۰۰	۷	۱۷/۱۴	۶	۳۰ - ۳۴
۷۸/۳۸	۲۹	۵۸/۶۲	۱۷	۱۳/۷۹	۴	۲۷/۵۹	۸	۳۵ +
۶۴/۷۳	۱۴۵	۵۶/۵۵	۸۲	۱۲/۸۶	۲۳	۲۷/۵۹	۴۰	جمع

$$X^2 = ۷۵/۱۶ \quad d.f = ۸ \quad P < ۱/۰۵$$

جمع		در زمان شیر دادن حامله شده‌اند		از هیچ روش پیشگیری استفاده نکرده‌اند		روش‌های پیشگیری از حاملگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن
۱۰۰	۱۱	۲۷/۲۷	۳	۲۷/۲۷	۳	۱۵ - ۱۹
۱۰۰	۶۲	۳۲/۲۶	۲۰	۱۹/۷۴	۱۱	۲۰ - ۲۴
۱۰۰	۶۵	۲۱/۵۴	۱۴	۹/۲۳	۶	۲۵ - ۲۹
۱۰۰	۴۹	۱۴/۲۹	۷	۱۴/۲۹	۷	۳۰ + ۳۴
۱۰۰	۳۷	۵/۴۱	۲	۱۶/۲۲	۶	۳۵ +
۱۰۰	۲۲۴	۲۰/۵۳	۴۶	۱۴/۷۳	۳۳	جمع

آزمون X^2 در مورد سه ستون «حاملگی حین استفاده از روش‌های پیشگیری، حاملگی حین شیردادن و عدم استفاده از وسایل پیشگیری» انجام گرفته است.

به طور خلاصه، در جمع کل ۳۵۰ مادر باردار مورد مطالعه، فقط ۱۴/۷۳ درصد از هیچگونه وسایل پیشگیری استفاده نکرده‌اند. با وجود اینکه، عدم موفقیت با مصرف قرص طبق فرانسهای مختلف بین‌المللی در حدود ۱ تا ۲ درصد گزارش شده است، در نمونه مورد پژوهش بیش از ۲۷ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

حاملگی‌های ناخواسته در بین مادران بی‌سواد و کم‌سواد در سطح بالائی است، و از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که صرفاً داشتن سوادی در حد خواندن و نوشتن کافی نیست که بتواند تأثیر مطلوبی در فاصله‌گذاری‌های بین دو حاملگی داشته باشد. لذا، کسب آگاهی و معلومات درباره استفاده از روشهای پیشگیری و همچنین مراقبتهای دوران بارداری نه تنها از حاملگی ناخواسته پیشگیری می‌کند، بلکه در سلامت مادر تأثیری مثبت داشته و در وضعیت مشابه اقتصادی کلید اصلی تعیین سلامت کودک نیز می‌باشد.

درصد بالائی از مادرانی که حاملگی ناخواسته داشته‌اند، قبل از بارداری از روشهای مختلف پیشگیری استفاده نموده‌اند، این نکته نمایانگر این حقیقت است که تنها فراهم آوردن و سائل پیشگیری از بارداری و استفاده از آن نمی‌تواند مؤثر باشد، مگر اینکه استفاده صحیحی از این روشها به عمل آید و پیگیری و نظارت مداوم و منظمی از طرف ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی مبدول گردد. برای مثال، در مواردی که زن مبتلا به سوءتغذیه و عفونتهای حاد باشد و نیاز به استفاده از آنتی‌بیوتیک (آمپی‌سیلین) ایجاد شود و حتی در بیماری سل مزمن، استفاده از قرص جهت پیشگیری از بارداری منفی بوده و آنتی‌بیوتیک تأثیر قرص پیشگیری از بارداری

را خنثی می‌نماید.

بنابراین در مطالب آموزشی کارکنان بهداشتی که به نحوی در خدمات بهداشتی - درمانی مادران فعالیت دارند، باید از آخرین اطلاعات علمی بدست آمده درباره استفاده صحیح از روشهای پیشگیری استفاده نمایند.

خلاصه

هدف از این بررسی، تعیین میزان حاملگی‌های ناخواسته در رابطه با بعضی از متغیرهای دموگرافی - اجتماعی و چگونگی استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در نمونه مورد مطالعه بوده است.

بررسی در اواخر سال ۱۳۶۸ در ۳۵۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی منطقه جنوب تهران که پرونده آنان به طور نمونه گیری تصادفی از بین ۳۵۰۰ پرونده انتخاب شد انجام گرفته است.

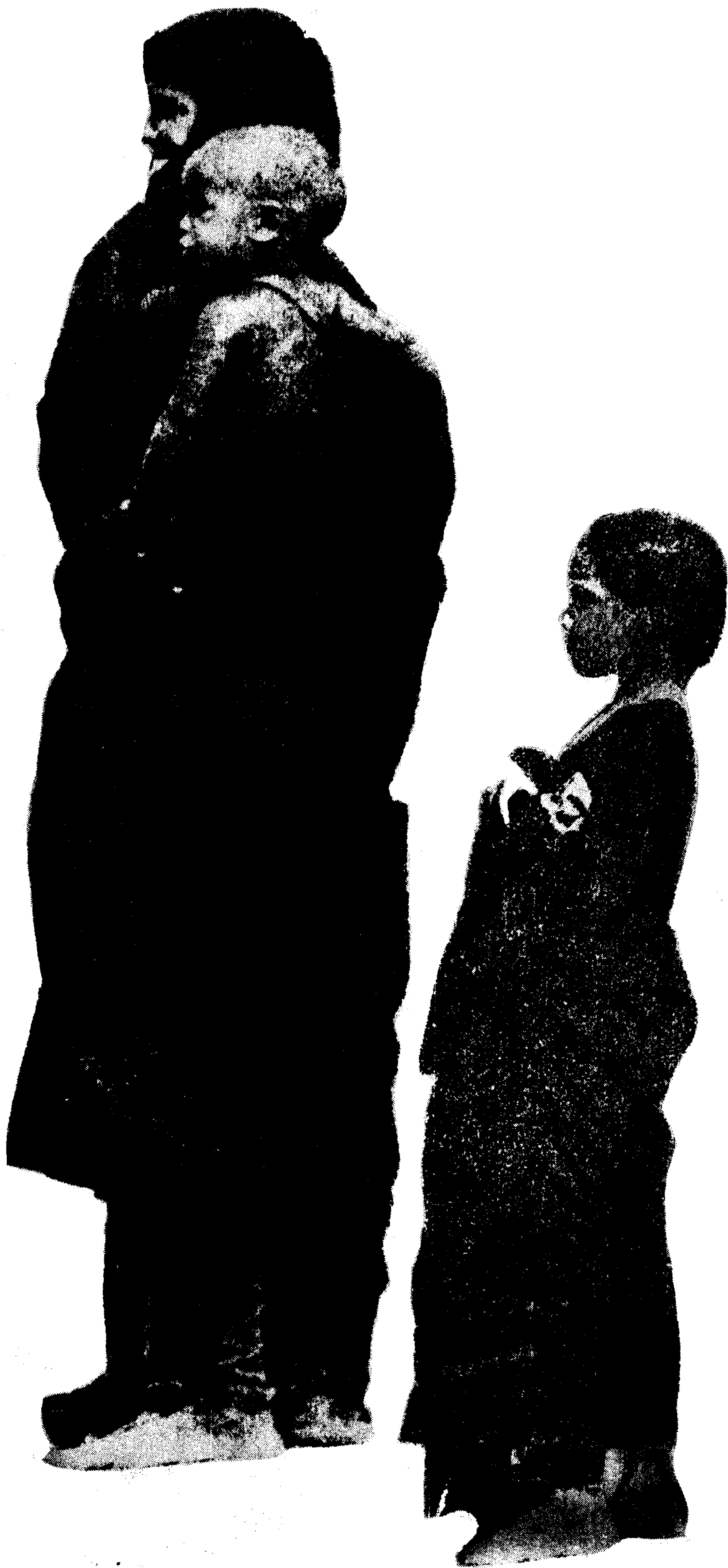
نتایج آماری این مطالعه، نمایانگر این حقیقت است که حاملگی ۶۴ درصد زنان مورد مطالعه، بدون تمایل خود و همسرانشان روی داده است که این میزان در زنان بیسواد و کم‌سواد در مقایسه با زنانی که از میزان آموزش بیشتری برخوردار بوده‌اند بیشتر است. همچنین با افزایش تعداد اولاد، حاملگی‌های ناخواسته بیشتر بوده است، و در ضمن میزان این گونه حاملگی‌های ناخواسته در زنانی که محل سکونت آنها روستاها است بیش از زنان شهری بوده‌اند. روابطه بین این متغیرها از لحاظ آماری معنی‌دار است.

امروزه، دست‌اندرکاران ارائه خدمات بهداشتی، بیشترین توجه را به فراهم نمودن امکانات و در دسترس قرار دادن آن در جامعه معطوف داشته‌اند، ولی باید در نظر داشت که تنها توجه به این موضوع کافی نیست، بلکه

نظارت و پیگیری مداوم و دادن آگاهی و آموزشهای لازم در استفاده صحیح از خدمات مخصوصاً در پیشگیری از بارداری و انتخاب روش مناسب در این باره از اهمیت خاصی برخوردار است. برای مثال بالاترین میزان افت در استفاده از روش پیشگیری از بارداری و حاملگی ناخواسته در بین زنانی بوده که از روش مقاربت منقطع استفاده کرده بودند.

References

1. W.H.O. Twelve Yardsticks for Health, World Health Organization. Geneva: October, 1986. P.8.
2. World Health Statistics, On the Assessment of Maternal Mortality, Vol 40, No. 3, 1987, P.214.
3. W.H.O. Evaluation of the Strategy for Health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization, Vol., Global Review. 1987 P. 93-4.
4. International Family Planning Perspectives. New York: Alan Guttmacher Institute. Vol 15, No. 4. December 1989.
5. UNICEF. The State of the World's Children, 1986. P.78. W.H.O. UNESCO and UNICEF. Facts for life. 1990. P. 1.
6. Denise M. Main & Elliott K. Main. Obstetrics & Gynecology. Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc. 1984.



مفاهیمی چون «زنجیره غذایی» و «هرم تعداد» را در برگرفت (۲). در دهه ۱۹۵۰ دانشمندان مفهوم «اکوسیستم» را به عنوان یک واحد مطالعاتی، که در برگیرنده تمامی کنشهای متقابل میان محیط فیزیکی و گونه‌های حیوانی و گیاهی موجود در آن است، به کار بردند (۳). گام بعدی تشخیص این مسأله در دهه ۱۹۷۰ بود که حیاتی‌ترین مناطق برای مطالعه، محل تلاقی اکوسیستم‌های گوناگون با یکدیگرند (interfaces) دانشمندان در آن هنگام پی بردند که تمامی اکوسیستم‌ها روی هم مجموعه‌ای را می‌سازند که «بیوسفر» نام دارد (۴). پیشرفت بعدی، که یکی از رویدادهای برجسته در «برنامه انسان و کره مسکون» یونسکو به شمار می‌آید، تشخیص نقش غالب انسان در بیوسفر (۵)، مسئولیت او در تکامل آن و بالاخره، ضرورت به حساب آوردن پدیده‌های غیرقابل لعسی چون ادراک انسان از محیط زیست خود و کیفیت زندگی انسان بوده است.



تکامل یک ایده

طرح فوق پنج مرحله اصلی در تکامل مفهوم اکولوژی را نمایش می‌دهد. واژه «اکولوژی» در سال ۱۸۶۹ توسط زیست‌شناس آلمانی ارنت هاگل ابداع شد. و در شروع سده حاضر به معنای مطالعه یک گونه واحد و مناسبات بیولوژیکی اش با محیط زیست به کار می‌رفت (۱). در اواسط دهه ۱۹۲۰ معنای آن گسترش یافت و مطالعه اجتماعات گونه‌های مختلف و

طرح از مجله پیام