

علل حاملگی ناخواسته در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر ارومیه، ۱۳۷۸

دکتر سربه گل محمدلو^۱، دکتر فرزانه برومند^۲، دکتر میترا اسدی افشار^۳

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه E-mail: sgolmohammadlo@yahoo.com
^۲ استادیار بیماری های زنان و زایمان ^۳ متخصص زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی ناخواسته یکی از معضلات مهم کشورهای جهان است. در کشور ما نیز علیرغم تلاش های فراوان مسئولین دستگاه های ذیربط و پوشش وسیع تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته و عواقب ناشی از آن از جمله سقط های عفونی از مشکلات شایع می باشند. مطالعه حاضر به منظور بررسی علل حاملگی های ناخواسته در خانم های حامله مراجعه کننده به بیمارستان کوثر ارومیه انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی است. اطلاعات مورد نیاز در ۳۳۰ مورد حاملگی ناخواسته از ۱۸۳۰ زن حامله مراجعه کننده به بیمارستان کوثر ارومیه در طی شش ماه آخر سال ۱۳۷۸، از طریق مصاحبه حضوری و تکمیل پرسشنامه جمع آوری شده است. داده های جمع آوری شده از طریق نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون های آماری مجذور کای و تی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: ۸۳/۶٪ افراد مورد مطالعه بی سواد و کم سواد، ۹۶/۳۶٪ خانه دار، ۵۹/۶۹٪ سن بیش از ۳۰ سال و ۷۹/۰۹٪ تعداد فرزندان سه و یا بیشتر داشتند. در مورد روش جلوگیری از بارداری ۴۰٪ از قرص ضدبارداری، ۲۵/۵٪ روش طبیعی، ۱۰٪ IUD (Intra Uterine Device)، ۶/۴٪ روش های تزریقی، ۴/۵٪ مینی پیل، ۳/۶٪ کاندوم، ۲/۷٪ شیردهی، ۰/۹٪ ریتمیک و ۰/۶٪ از توبکتومی استفاده می کردند. ۵/۸٪ افراد از هیچ روش ضدبارداری استفاده نمی کردند. بین افزایش سن و دفعات حاملگی ناخواسته از نظر آماری ارتباط آماری معنی دار به دست آمد ($p<0/0001$ $r=0/44$). یک همبستگی منفی معنی دار بین میزان تحصیلات و دفعات حاملگی ($p<0/0001$ $r=0/39$) به دست آمد. علل ناکامی شامل استفاده نامرتب از قرص، مینی پیل و کاندوم (هر کدام بیش از ۹۰٪)، عدم آشنایی با روش مقابله به هنگام فراموشی مصرف قرص (۰/۷۷٪)، خارج کردن IUD، قصور در تزریق در روش DMPA (Depot Medroxy Progesterone Acetate) و استفاده غلط از روش شیردهی بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد افراد مورد مطالعه علیرغم دسترسی مناسب به روش های مطمئن پیشگیری، عموماً به علت کمبود اطلاعات، استفاده نامرتب و برداشت های نادرست از عوارض روش های پیشگیری، از روش های غیر مطمئنی که در آنها احتمال شکست به علت سهل انگاری فردی یا فراموشی وجود داشت، استفاده می کردند. مد نظر قرار دادن مشکلات ذکر شده توسط مراکز تنظیم خانواده می تواند شیوع حاملگی ناخواسته را کاهش دهد.

واژه های کلیدی: حاملگی ناخواسته، تنظیم خانواده، حاملگی

دریافت: ۸۳/۷/۹ اصلاح نهایی: ۸۴/۷/۲۹ پذیرش: ۸۴/۱۱/۴

مقدمه

حاملگی ناخواسته و عوارض ناشی از آن یک مشکل جهانی است که گریبانگیر زنان، خانواده ها و جامعه می باشد [۲، ۱] که در غالب موارد منجر به سقط عمدی و حتی گاهی عوارض ناشی از آن و مرگ مادر می شود [۲]. در جهان ۴۵٪ کل زنان متاهل در سنین بارداری از روش های بارداری استفاده می کنند، در حالی که این رقم در آفریقا ۱۱٪ است [۱]. در کشورهای در حال توسعه عقیم سازی زنان و استفاده از IUD^۱ مقبولیت بیشتری دارد، در صورتی که در کشورهای پیشرفته استفاده از قرص و کاندوم محبوبیت بیشتری دارد. از ۴۰۰ میلیون زن در سنین باروری کمتر از ۶۰ میلیون نفر (۱۵٪) از قرص استفاده می کنند که بیشتر در کشورهای برزیل، فرانسه، آلمان و امریکا زندگی می کنند. ۷۶٪ جمعیت جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند و بالغ بر ۸۵٪ کل موالید، ۹۵٪ کل مرگ و میر کودکان و شیرخواران و ۹۹٪ کل مرگ و میر مادران در این کشورها اتفاق می افتد [۳]. رفع موانع تنظیم موالید تاثیر قابل توجهی بر مرگ و میر و ناتوانی های مادران، شیرخواران و کودکان در کشورهای در حال توسعه دارد [۴].

۴۹٪ از موارد حاملگی ها در آمریکا ناخواسته گزارش شده که در ۵۴٪ موارد منجر به سقط شده است [۵]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در حدود ۲۰ میلیون سقط خطرناک در هر سال اتفاق می افتد که موجب مرگ و میر ۶۰ تا ۱۰۰ هزار مادر در سال می شود [۳].

آشنایی با انواع روش های پیشگیری و نحوه کاربرد آنها در پیشگیری رشد جمعیت بسیار مهم است و همه ساله به عنوان یک شاخص بهداشتی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح می شود و شاخص های کشوری و استانی آن با شاخص های جهانی مقایسه می گردد [۶].

میزان باروری عمومی در سطح کشور در سال ۱۳۷۸ ۷۰/۵٪ و در استان آذربایجان غربی ۷۹/۸٪ گزارش شده است. علیرغم پوشش مناسب تنظیم خانواده مطمئن در آذربایجان غربی (۷۰/۹٪) در مقایسه با سطح کشوری (۶۳/۴٪)، نرخ رشد جمعیت در این استان (۱/۴۵٪) بیشتر از شاخص کشوری (۱/۲۴٪) می باشد [۶]. با توجه به تشابه این شاخص در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۹ ضرورت انجام این مطالعه مشخص می شود. علیرغم امکانات وسیع پیشگیری در کشور و تمایل افراد جهت کنترل موالید با زنانی مواجه می شویم که به طور ناخواسته حامله شده اند و در صدد دفع جنین به هر طریق می باشند، این امر می تواند ناشی از علل مختلفی باشد که مطالعات گسترده ای را در این زمینه می طلبد. مطالعه حاضر به منظور ارزیابی علل حاملگی های ناخواسته و ارایه راه حل هایی برای این مشکل انجام شده است.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در تمامی زنان حامله مراجعه کننده به درمانگاه کوثر ارومیه که تنها مرکز پزشکی تخصصی زنان و زایمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی است، انجام شد. زمان بررسی از اول مهرماه لغایت اسفند سال ۱۳۷۸ بود. در این مدت از بین ۱۸۳۰ زن حامله مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان، ۳۳۰ زن با حاملگی ناخواسته انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه کتبی متعاقب مصاحبه حضوری جمع آوری گردید. اطلاعات مورد نظر شامل سواد، شغل، سن، تعداد فرزندان، روش جلوگیری از حاملگی، روش ضدبارداری مورد استفاده، علت قطع در صورت استفاده نامرتب یا عدم ادامه مصرف، دفعات حاملگی، علت اقدام به ختم حاملگی بود. اطلاعات به دست آمده از طریق نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد. برای مقایسه نتایج در دو گروه آزمون تی و برای مقایسه نتایج در چند گروه از آنالیز واریانس (ANOVA) و آزمون دانکن استفاده شد. برای ارزیابی میزان همبستگی بین متغیرهای مورد نظر

¹ Intra Uterine Device

از آنالیز رگرسیون و به منظور مقایسه درصد متغیرها در میان گروه ها از مجذور کای استفاده شد.

یافته ها

افراد مورد مطالعه از نظر پراکندگی سنی در فاصله سنی بین ۱۸-۴۲ سال قرار داشتند. ۲۸/۸٪ از زنان با حاملگی ناخواسته در سنین بالای ۳۵ سالگی و ۳۰/۹٪ در سنین ۳۱-۳۵ سال قرار داشتند. دفعات حاملگی در بین افراد از دو تا ۱۴ بار متفاوت بود. بیشترین موارد حاملگی ناخواسته به ترتیب در بین حاملگی های ۳، ۴ و ۵ و میانگین حاملگی 4 ± 2 بار بود. رابطه معنی داری بین افزایش و دفعات حاملگی مشاهده شد ($p < 0.0001$ $r = 0.44$). بین تحصیلات و دفعات حاملگی یک همبستگی منفی معنی دار ($r = -0.39$) ($p < 0.0001$) به دست آمد، به این صورت که بیشترین دفعات حاملگی در گروه های بی سواد یا کم سواد مشاهده شد (جدول ۱). در این بررسی شیوع حاملگی ناخواسته ۱۸٪ بود.

جدول ۱. توزیع فراوانی میزان تحصیلات در جمعیت مورد مطالعه

سطح تحصیلات	فراوانی	
	تعداد	درصد
بی سواد	۲۰۱	۶۰/۹
مقطع ابتدایی	۷۵	۲۲/۷
مقطع راهنمایی	۱۸	۵/۵
مقطع دبیرستان	۱۵	۴/۵
دیپلم	۱۵	۴/۵
بالتر از دیپلم	۶	۱/۹
جمع کل	۳۳۰	۱۰۰

تعداد فرزندان واحدهای مورد پژوهش از یک تا نه فرزند متفاوت بود. بیشترین تعداد فرزندان به ترتیب در گروه های دارای ۲، ۳، ۴ و ۵ فرزند قرار داشتند. میانگین تعداد فرزندان 2 ± 4 بود. بین سن و تعداد فرزندان ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد. با افزایش سن، تعداد فرزندان نیز افزایش می یافت ($p < 0.0001$ $r = 0.50$).

بررسی ارتباط بین تحصیلات و تعداد فرزندان نشان داد که یک همبستگی منفی معنی دار در گروه های تحت مطالعه وجود دارد ($p < 0.0001$ $r = 0.44$).

به گونه ای که بیشترین تعداد فرزندان در گروه های بی سواد یا کم سواد قرار داشتند. ۱۷/۴٪ افراد مورد مطالعه، زمان مناسب فاصله بین دو تولد را کمتر از سه سال و ۸۲/۶٪ بیشتر از سه سال می دانستند. افراد گروه اول عمدتاً بی سواد یا کم سواد بودند.

بیشترین موارد آشنایی در میان روش های پیشگیری به ترتیب شامل ۱۰۰٪ با قرص و روش طبیعی، ۹۴/۵٪ با IUD، ۳۴/۵٪ روش تزریقی، ۳۳/۶٪ توپکتومی و ۳۰/۹٪ کاندوم مشاهده شد.

بیشترین روش های ضد بارداری مورد استفاده به ترتیب شامل قرص (۴۰٪)، روش طبیعی (۲۵/۵٪)، IUD (۱۰٪)، تزریقی (۶/۴٪) و کاندوم (۳/۶٪) بودند. ۵/۸٪ از افراد تحت مطالعه هیچ گونه روش پیشگیری نداشتند. بررسی ارتباط میان سطح تحصیلات و استفاده از روش های ضد بارداری نشان داد که استفاده از روش های پیشگیری نامطمئن به ویژه روش طبیعی در افراد با سطح تحصیلات پایین بیشتر مشاهده می شود.

۱۳۲ نفر از قرص استفاده می کردند که ۹۰/۹٪ قرص را به صورت نامرتب مصرف می کردند، ۶۸/۲٪ در صورت نبودن همسر مبادرت به قطع قرص می کردند و ۷۷/۳٪ با روش برخورد به هنگام فراموشی قرص آشنایی نداشتند. شایع ترین علل استفاده نامنظم از قرص به ترتیب شامل ترس از عوارض جانبی (۵۲/۳٪)، سهل انگاری خود فرد (۲۹/۵٪) و ناآگاهی (۲۷/۳٪) بود.

۱۵ نفر از مینی پیل استفاده می کردند ۱۴ نفر (۹۳٪) مصرف قرص را به طور نامنظم استفاده کرده بودند. ۶۰٪ ساعت دقیق مصرف را رعایت نکرده بودند. ۸۰٪ به هنگام نبودن همسر مصرف دارو را قطع کرده بودند. هیچ کدام روش مقابله با فراموشی قرص را نمی دانستند و میزان ناکامی با این روش ۷٪ بود.

۸۴ نفر که در گروه های بی سواد و کم سواد قرار داشتند از روش طبیعی استفاده می کردند. علت انتخاب این روش در ۷۸/۶٪ نداشتن آگاهی از سایر روش های پیشگیری، ۱۰/۷٪ عوارض سایر روش ها، ۷/۱٪ سهل انگاری فردی و ۳/۶٪ عوارض جانبی روش

های دیگر بود. ۳۳ نفر از IUD استفاده می کردند. ۷۸/۸٪ نحوه کنترل IUD را به طور دقیق رعایت می کردند. ۲۷/۳٪ از استفاده کنندگان به علت منع مصرف، از IUD استفاده نمی کردند. ۱۵ نفر (۴۵/۵٪) از افراد استفاده کننده از IUD به علت ایجاد عوارض جانبی مبادرت به خارج سازی IUD کرده بودند. از ۳۳ نفر، دو نفر با وجود IUD حامله شده بودند.

۲۱ نفر از افراد تحت مطالعه از روش DMPA^۱ به عنوان پیشگیری از بارداری استفاده می کردند که همه آنها آگاهی دقیقی از فواصل زمانی بین تزریق داشتند. اما تنها ۱۴/۳٪ به تزریق ادامه می دادند که بیشتر به علت عوارض جانبی، به خصوص آمنوره تزریق را قطع کردند. ۱۲ نفر از مجموع جمعیت مورد مطالعه از کاندوم استفاده می نمودند که ۱۱ نفر (۹۱/۷٪) از آنان گاهی اوقات این روش را به کار می گرفتند.

نه نفر از روش شیردهی به منظور پیشگیری از حاملگی استفاده می نمودند و با وجود شیردهی نامرتب و شروع غذای کمکی قبل از شش ماه هیچکدام اقدام به استفاده از روش های پیشگیری مطمئن نکرده بودند. از جمعیت مورد مطالعه ۱۳٪ اقدام به دستکاری با روش های غیر بهداشتی نموده و با سقط عفونی مراجعه کرده بودند.

بحث

شیوع حاملگی ناخواسته در این بررسی ۱۸٪ بود که کمتر از سایر مطالعات انجام گرفته در کشور است [۱]. با توجه به اینکه معیار حاملگی ناخواسته اظهار نظر افراد بود بنابراین ممکن است شیوع واقعی بیش تر از این باشد. پراکندگی جمعیت در این بررسی نشان داد که حاملگی ناخواسته در تمام سنین دیده می شود ولی شیوع آن در سنین بالای ۳۵ سال و بیش از سه فرزند، احتمالاً به علت تمایل بیشتر آنان به مراجعه و ختم حاملگی دیده می شود. این یافته ها مشابه سایر مطالعات انجام گرفته در کشور بوده ولی به علت اختلاف فرهنگی مغایر با سایر کشورها می باشد که

شیوع آن را در سنین زیر ۲۰ سال گزارش می کنند [۵،۱]. در این مطالعه بیشترین مورد مصرف قرص های ضد حاملگی بود که با نتایج سایر مطالعات هم خوانی دارد. ولی ادامه مصرف آن مستلزم آموزش صحیح و پی گیری است [۷، ۸]. از علل مهم استفاده نامنظم از قرص و یا قطع مصرف قرص در ۲۳٪ ترس از عوارض جانبی گزارش شده است که با نتایج مطالعه ای در امریکا همخوانی دارد [۹]. در مطالعه حاضر عوارض جانبی گزارش شده شامل خونریزی، آمنوره، افزایش وزن، افسردگی، اختلال دستگاه گوارش، سفتی و حساسیت پستان، خونریزی های نامنظم و آمنوره با مصرف قرص در ارتباط بوده ولی افزایش وزن و افسردگی ارتباط اندکی با مصرف قرص داشتند، بنابراین با توضیح اینکه عوارض فوق در ارتباط با مصرف قرص نیستند یا گذرا خواهند بود، می توان این افراد را به ادامه مصرف قرص تشویق نمود [۸].

تعدادی از نمونه ها به علت وجود کنترااندیکاسیون های نسبی (فشار خون بالا، دیابت ملیتوس، بیماری های قلبی، میگرن و غیره) مصرف قرص را قطع نموده بودند. در صورتی که با درمان بیماری های زمینه ای، مصرف قرص بلامانع خواهد بود [۱۱]. افراد تحت مطالعه مشکل عدم دسترسی به امکانات نداشتند.

در این بررسی تعداد کمی از IUD استفاده می کردند. IUD وسیله ای است که امکان اشتباه در مصرف آن وجود ندارد، بنابراین جایگزین مناسبی به خصوص به دنبال شکست سایر روش ها می باشد [۱۱]. با توجه به شیوع بی سواد و کم سواد در افراد تحت مطالعه (۸۳/۶٪) و استفاده تعداد زیادی از روش های غیر مطمئن مانند روش طبیعی نشان دهنده استفاده کم از سایر روش های صحیح پیشگیری از بارداری می باشد. در این مطالعه هیچ کدام از مراجعین نورپلنت نداشته و اکثر افرادی که روش تزریقی به کار می بردند به علت عارضه جانبی آمنوره و عدم آگاهی از چگونگی برخورد با آن مبادرت به قطع تزریق نموده بودند. در ارتباط با روش های دیگر نظیر استفاده از کاندوم و وازکومی لازم به ذکر است که مشارکت مردان در این مطالعه کمتر مشهود بوده

¹ Depot-Medroxy Progesterone Acetate

و لازم است در امر آموزش مردان و جلب نظر آنان اقدامات لازم به عمل آید.

۱۳٪ از مراجعین جهت ختم حاملگی اقدام به دستکاری کرده بودند که در اکثر موارد با سقط عفونی و عوارض مربوط به آن مراجعه کردند، این مسئله علیرغم وجود روش های مطمئن ضدبارداری یک مشکل جهانی است و سالانه منجر به مرگ و میر صدها هزار مادر در سطح جهان می گردد [۳]. از مشکلات مهم ولی قابل پیشگیری دیگر در میان مراجعه کنندگان، ارجاع بیماران جهت سقط درمانی می باشد که به علت بیماری های زمینه ای مادر مثل پیوند کلیه، بیماری های درجه های قلبی و سرطان است که ادامه حیات مادر را تهدید می کند. در مطالعه حاضر مراجعه کنندگان با حاملگی ناخواسته عموماً از روش های غیر مطمئن و روش هایی که احتمال شکست در اثر سهل انگاری فردی یا فراموشی وجود دارد (مانند روش طبیعی و یا قرص) استفاده می کردند. علت این امر می تواند سطح پایین تحصیلات و آگاهی از پیشگیری مطمئن در میان زنان باشد. همبستگی مثبت معنی دار بین سن با دفعات حاملگی و تعداد فرزندان و همبستگی منفی بین تحصیلات با دفعات حاملگی و تعداد فرزندان

به دست آمد که با یافته های مطالعه انجام شده در شهر کرد مطابقت داشت که نشانگر اهمیت پیشگیری در نزد افراد با انگیزه های مختلف است [۱]. آموزش استفاده از جلوگیری بعد از مقاربت به وسیله قرص (Postcoital contraception) یا IUD که در اروپا زیاد مورد استفاده می گیرد، می تواند کمک شایانی به پیشگیری نماید [۱۲]. توسل به سقط به خصوص دستکاری های غیر تخصصی نمایانگر تمایل شدید به دفع جنین به هر قیمت می باشد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، علیرغم پوشش مناسب تنظیم خانواده و دسترسی عمومی به امکانات پیشگیری از حاملگی، استفاده غیر اصولی و ترس از عوارض غیر مرتبط با روش پیشگیری و ناآگاهی از روش های جلوگیری بعد از مقاربت مهم ترین عوامل ایجاد کننده حاملگی ناخواسته بودند، بنابراین پیشنهاد می شود مراکز ارائه کننده خدمات تنظیم خانواده، موارد فوق را بیشتر مد نظر قرار داده و ضمن آموزش های مورد نیاز، افراد را در انتخاب نوع روش پیشگیری کمک نمایند.

منابع

- ۱- محمدپور فریده، رفعیان محمود. شیوع و عوامل موثر در حاملگی ناخواسته در خانم های مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهر کرد ۱۳۷۸، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شماره سوم، ۱۳۷۸، صفحات ۳۷ تا ۴۲.
- 2- Klima CS. Unintended pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. J Nurse Midwifery. 1998 Nov-Dec; 43(6): 483-91.
- 3- Bernstein PS. Abortion and maternal health. Int J Gynaecol. 1998 Dec; 63 (Suppl 1): S115-22.
- 4- Lowy A, Ojo R, Stegeman A, Vellacott I. Meeting women's need for a flexible abortion service: retrospective study of a specialist day-care unit. J Public Health Med. 1998 Dec; 20(4): 449-54.
- 5- Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. Fam Plann Perspect. 1998; 30(1): 24-9, 46.
- ۶- شاخص های زیج های حیاتی کشور. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران، سال ۱۳۷۹، صفحه ۸.
- 7- Wyscocki S. Improving patient success with oral contraceptives: the importance of counseling. Nurse Pract. 1998 Apr; 23(4): 51-2, 55-6, 59-62.
- 8- Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. Am J Obstet Gynecol. 1998 Sep; 176(3pt1): 577-82.
- 9- Stublefield P. Family planning. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Novak's Gynecology, 12th ed. London: Williams & Wilkins, 1998: 227-70.
- 10- Rosenberg M, Waugh MS. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. Am J Obstet Gynecol. 1999 Feb; 180(2pt2): 276-9.
- 11- Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility, 6th ed. Maryland: Williams & Wilkins, 1999: 563-665.
- 12- Westley E. Emergency contraception: a global overview. J Am Med Womens Assoc. 1998; 53 (Suppl 2): 215-8, 237.