

بررسی عوامل موثر بر تولد فرزندان ناخواسته در شهر بابل، سال ۱۳۸۰

کریم اله حاجیان (Ph.D.)*

چکیده

سابقه و هدف: تولد فرزندان ناخواسته از مهم‌ترین پی‌آمدهای عدم اجرای دقیق برنامه‌های تنظیم خانواده می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین شیوع تولد فرزندان ناخواسته و برخی عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به زایشگاه‌های شهر بابل می‌باشد

مواد و روش‌ها: مطالعه یک بررسی توصیفی-مقطعی می‌باشد که بر روی ۵۰۸ مادر در دوزایشگاه دولتی و خصوصی شهر بابل در (۱۳۸۰) انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود و داده‌ها از طریق مصاحبه با مادران جمع آوری گردید تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شیوع تولد فرزندان ناخواسته ۱۹/۵ درصد بوده و شانس وقوع فرزند ناخواسته با افزایش سن مادر افزایش یابد؛ بدین ترتیب که شانس تولد فرزندان ناخواسته در مادران با سن ۴۰ سال و بالاتر، ۹/۶۷ برابر مادران با سن کمتر از ۲۰ سال می‌باشد در حالی که نسبت شانس وقوع فرزندان ناخواسته با افزایش سن ازدواج، روند کاهش را نشان می‌دهد؛ به طوری که نسبت شانس در مادران با سن ازدواج ۲۴-۲۰ سال، ۷۹ درصد و با سن ازدواج ۳۰ سال و بیش تر، ۱۹ درصد در مقایسه با سن ازدواج کمتر از ۲۰ سال بود. هم چنین نسبت شانس وقوع تولد فرزندان ناخواسته با افزایش سطح سواد مادران، روند کاهش را نشان داد؛ به طوری که نسبت شانس وقوع تولد فرزندان ناخواسته در مادران با سطح سواد ابتدایی، ۴۶ درصد اما در مادران لیسانس و بالاتر در مقایسه با مادران بی سواد ۱۲ درصد بود. به ازای افزایش تعداد فرزندان، نسبت شانس ۲/۸۴ بود و شانس وقوع تولد فرزندان ناخواسته به ازای هر باروری قبلی، ۸۴ درصد افزایش داشت. در مدل رگرسیون لجستیک چندگانه به روش گام به گام به ترتیب، به ازای هر فرزند قبلی، شانس وقوع تولد فرزندان ناخواسته افزایش داشته و مادران روستایی در مقایسه با شهری و نیز مادران با سابقه سقط قبلی، به طور معنی دار، شانس وقوع را کاهش دادند.

استنتاج: تعداد فرزندان و حاملگی، تعداد سقط، سواد پایین مادر، سن پایین ازدواج و سن بالای مادر با تجربه تولد فرزندان ناخواسته در ارتباط می‌باشد. بنابراین، این عوامل باید به عنوان شاخص در تشخیص و نیاز به مشاوره در انتخاب روش پیشگیری، مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: تولد فرزند، فرزند ناخواسته، تنظیم خانواده

* دانشیار گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ دریافت: ۸۲/۳/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۷/۸ تاریخ تصویب: ۸۳/۵/۷

مقدمه

ایران در دهه‌های اخیر با اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده شاهد کاهش قابل ملاحظه رشد جمعیت بوده است. افزایش آگاهی زنان نسبت به برنامه‌های تنظیم خانواده و افزایش میزان اشتغال آنان، و افزایش سن ازدواج و تغییر نگرش افراد از عوامل تعیین کننده تغییر در رفتارهای باروری جامعه بوده است (۱). با این وجود، تولد فرزندان ناخواسته هنوز از مشکلات اساسی اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده می‌باشد. ریشه بارداری‌های ناخواسته را باید در وجود برخی از عوامل دموگرافی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جستجو کرد.

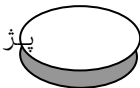
براساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۷۵ میلیون مورد از ۱۷۵ میلیون (۴۳ درصد) بارداری‌ها ناخواسته بوده و ۷۰۰۰ نفر مادر (۹ نفر در صد هزار بارداری ناخواسته) به دلیل سقط‌های عمدی جان خود را از دست می‌دهند (۲). سقط‌های غیر قانونی از عواقب خطرناک بارداری‌های ناخواسته است که موجب عوارض زودرس و دیررس، عفونت، خونریزی و پیامدهای ناگواری مانند مرگ و میر مادران در بسیاری از کشورها، سقط جنین به دلیل غیر قانونی بودن، در شرایط غیر بهداشتی توسط افراد غیرمتخصص انجام می‌گیرد و موجب مرگ و میر و یا معلولیت ناشی از آن در مادران می‌گردد. با بالابردن کیفیت خدمات وسایل پیشگیری از بارداری می‌توان از بارداری ناخواسته و در نتیجه از سقط‌های ناشی از آن جلوگیری کرد (۲).

تحقیقات نشان می‌دهد بارداری‌های ناخواسته سلامت روحی و روانی مادران را خدشه دار می‌کند. بررسی Leathers و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که زنان با بارداری‌های ناخواسته در خطر بیشتری از افسردگی در دوران حاملگی و بعد از زایمان هستند (۳) و نیز فرصت، مراقبت و اوقات فراغت کمتری را با فرزند ناخواسته خود صرف می‌کنند (۴).

بر اساس بررسی مرکز ملی آمار در ایالات متحده (۱۹۹۴)، ۴۹ درصد از بارداری‌ها ناخواسته بوده که ۵۴ درصد آنها منجر به سقط شده است (۴) و ۴۶ درصد از زنان ۱۵-۴۴ سال حداقل یک مورد بارداری بدون برنامه‌ریزی، ۲۸ درصد زنان یک یا بیشتر تولد فرزند ناخواسته، ۳۰ درصد زنان حداقل یک مورد سقط و ۱۱ درصد هم سقط و هم تولد ناخواسته در دوران زندگی خود تجربه کرده‌اند (۵). فرزندان ر ایالات متحده، به دلیل افزایش میزان استفاده از وسایل مؤثر پیشگیری از بارداری، میزان بارداری‌های ناخواسته روند رو به کاهش داشته است. به طوری که بین سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۴، این میزان به نسبت ۱۶ درصد کاهش را نشان داد (۵). اما نسبت بارداری‌های که منجر به سقط گردیده، در زنان کم‌تر از ۲۰ سال و مسن‌تر، روند افزایش داشته است.

بررسی‌های انجام شده در ایران (۱۳۷۵) نشان داد که، از ۰/۵ میلیون بارداری ناخواسته ۱۶ درصد منجر به سقط جنین شده ۷۵ درصد از هیچ وسیله پیشگیری از بارداری استفاده نکرده و ۲۵ درصد علی‌رغم استفاده از وسایل پیشگیری، بارداری ناخواسته داشته‌اند (۲). از ۷ هزار مورد سقط (۱۳۷۵) سهم کسانی که از هیچ وسیله ضد بارداری استفاده نکرده و یا از روش طبیعی، قرص و کاندوم استفاده کرده‌اند بیش تر بوده است (۲). براساس آمار وزارت بهداشت (۱۳۷۴)، ۳۰ درصد بارداری‌ها در شهر و ۲۵ درصد در روستا ناخواسته بوده و شایع‌ترین روش ضد بارداری در آنان روش منقطع بوده است (۲).

با توجه به این که فرزندان ناخواسته بیش تر مورد بی‌مهری خانواده قرار گرفته و در معرض خطر سوء تغذیه و آسیب پذیری بیش تر در فسادهای اجتماعی مانند اعتیاد و ارتکاب جرایم قرار دارند (۵) و عوامل دموگرافی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌توانند در تولد این فرزندان نقش داشته باشند (۱-۳، ۵)؛ شناسایی و کنترل



آزمون تعیین گردید.

یافته ها

نتایج نشان داد میانگین سن بارداری مادران ۲۵/۵ (۵/۵) سال می باشد. از ۵۰۸ نمونه مورد مطالعه، ۹۹ مورد (۱۹/۵ درصد) تولد، ناخواسته بود. ۶۴ مورد (۶۴/۶ درصد) مادران با فرزند ناخواسته از روش طبیعی و منقطع، ۲۳ مورد (۲۳/۲ درصد) از قرص، ۸ مورد (۸/۱ درصد) از کاندوم، ۲ مورد (۲ درصد) از شیردهی به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده کردند.

جدول شماره یک نشان می دهد که شیوع تولد فرزندان ناخواسته با افزایش سن مادر، به طور معنی داری افزایش می یابد ($P=۰/۰۰۴$). بین میزان شیوع تولد ناخواسته فرزندان با سن ازدواج مادر رابطه معکوس وجود دارد، به طوری که این میزان در مادران با سن ازدواج کمتر از ۲۰ سال، ۲۱/۷ درصد و در مادران با سن ازدواج ۳۰ سال و بالاتر به ۶/۷ درصد کاهش می یابد اما، این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبوده است. هم چنین، شیوع تولد فرزندان ناخواسته با افزایش سطح سواد مادر به طور معنی داری کاهش یافت ($P=۰/۰۰۳$). و نیز بین شیوع تولد فرزندان ناخواسته با تعداد بارداری های قبلی مادر رابطه معنی داری وجود داشت ($P=۰/۰۰۰۱$)، و با افزایش تعداد بارداری ها، شیوع تولد فرزندان ناخواسته نیز افزایش یافت. میزان شیوع تولد فرزندان ناخواسته در مادران شاغل (۲۲/۵ درصد) و مادران کشاورز (۳۱/۳ درصد) در مقایسه با مادران خانه دار (۱۷/۹ درصد) تمایل بیشتری را نشان داد، اما، این تفاوت به سطح معنی دار آماری نرسید. در تجزیه و تحلیل تک متغیره، شیوع تولد ناخواسته با جنس فرزند قبلی، محل سکونت و تعداد سقط های قبلی مادر رابطه معنی داری را نشان نداد.

جدول شماره ۱ (ستون ۴) نتایج نسبت شانس (OR) تولد فرزند ناخواسته حاصل از مدل رگرسیون لجستیک

این عوامل می تواند زمینه پیش گیری از تولد فرزندان ناخواسته فراهم نماید. این بررسی با هدف، تعیین شیوع تولد فرزندان ناخواسته و برخی عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر بابل انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه از نوع توصیفی و به صورت مقطعی در زایشگاه های مرکز آموزشی درمانی یحیی نژاد و بیمارستان خصوصی بابل کلینیک شهر بابل (۱۳۸۰) انجام گرفت. ۵۰۸ مورد از زایمان، به صورت نمونه گیری متوالی در طی دو ماه انتخاب گردید. تعداد نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و حد اشتباه ۴ درصد برآورد شد. داده ها با پرسشنامه خود ساخته شده از طریق مصاحبه با مادران جمع آوری گردید. در یک مطالعه مقدماتی، درجه اطمینان پرسشنامه از طریق آزمون مجدد در حد بالای ۹۰ درصد ارزیابی گردید. اطلاعات جمع آوری شده شامل؛ تولد فرزند ناخواسته، نوع روش پیشگیری در صورت ناخواسته بودن فرزند، سن، سواد، شغل مادر سن ازدواج، تعداد سقط، تعداد فرزندان و بارداری های قبلی، جنس فرزندان قبلی، جنس آخرین فرزند، وضعیت حیات فرزند قبلی، جنس نوزاد و منطقه سکونت (شهری- روستایی) بود.

اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تعیین ارتباط بین عوامل مؤثر بر تولد فرزند ناخواسته، تجزیه و تحلیل تک متغیره با استفاده از جدول توافقی و آزمون کای دو انجام گردید. همچنین مدل رگرسیون لجستیک (Logistic Regression Model) به کار گرفته شد و با استفاده از ضرایب (B) مدل رگرسیونی لجستیک، نسبت شانس (Odds Ratio, OR= $\exp(B)$) وقوع تولد فرزندان ناخواسته برای متغیرهای مختلف در آنالیز تک متغیره و آنالیز رگرسیون چند گانه با روش گام به گام برآورد گردید. حدود اطمینان ۹۵ درصد نسبت شانس و مقدار P

در آنالیز تک متغیره به ازای افزایش هر فرزند، شانس تولد فرزندان ناخواسته $2/84$ ($P < 0/0001$) برابر افزایش یافته و شانس وقوع به ازای افزایش هر فرزند پسر قبلی $3/19$ برابر و به ازای هر فرزند دختر قبلی $2/02$ برابر معنی دار بود ($P < 0/0001$). شانس وقوع با داشتن یک فرزند $6/16$ برابر، 2 فرزند $24/56$ برابر، 3 فرزند $17/92$ برابر و 4 فرزند و بیشتر $9/95$ برابر در مقایسه با مادران اول زا می باشد. شانس وقوع به ازای هر سقط قبلی تمایل به کاهش را نشان می دهد. ولی از نظر آماری رابطه معنی دار مشاهده نشد.

جدول شماره ۲، نتایج مدل رگرسیونی لجستیک چندگانه را به روش گام به گام نشان می دهد. تاثیر متغیرهای تعداد فرزندان ($P < 0/0001$)، منطقه سکونت ($P = 0/02$) و تعداد سقط قبلی ($P = 0/04$) معنی دار بود. بدین معنی که، با وجود این سه متغیر در مدل، اثرات متغیرهای دیگر معنی دار نبود.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه های مورد پژوهش برحسب ضرایب مدل رگرسیون لجستیک چندگانه به روش گام به گام، خطای معیار، نسبت شانس (OR) خطر تولد فرزند ناخواسته و حدود اطمینان ۹۵ درصد آن در زنان مراجعه کننده به زایشگاه های شهر بابل، سال ۱۳۸۰.

متغیرها	ضرایب (B)	خطای معیار	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵ درصد
تعداد فرزندان (به ازای هر فرزند)	۱/۱۴	(۰/۱۶)	۳/۱۲	***۲/۲۸ و ۴/۲۸
منطقه سکونت (روستایی در مقابل شهری)	-۰/۶۴	(۰/۲۸)	۰/۵۳	*۰/۰۳ و ۰/۹۱
تعداد سقطها (به ازای هر سقط)	-۰/۳۸	(۰/۱۸)	۰/۶۸	×(۰/۴۸ و ۰/۹۷)
سواد مادر	-	-	۱	-
بی سواد	-	-	-	-
خواندن و نوشتن ابتدایی	-۰/۳۹	(۰/۵۵)	۰/۶۷	(۰/۱۳ و ۱/۹۹)
راهمایی و دبیرستان	-۰/۴۳	(۰/۵۵)	۰/۶۵	(۰/۲۲ و ۱/۹۱)
دیپلم و فوق دیپلم	۰/۱۰	(۰/۵۹)	۱/۱۱	(۰/۳۵ و ۳/۵۱)
لیسانس و بالاتر	-۱/۶۹	(۰/۸۲)	۰/۱۸	**۰/۰۴ و ۰/۹۲
شغل مادر	-	-	۱	-
خانه دار	-	-	-	-
شاغل اداری	۰/۸۹	۰/۵۳	۲/۴۴	(۰/۸۶ و ۶/۸۸)
کشاورزی	۰/۴۲	۰/۴۲	۱/۵۹	(۰/۰۷ و ۳/۶۴)

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$ *** $P < 0/001$

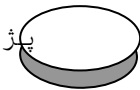
تک متغیره را نشان می دهد. شانس تولد فرزند ناخواسته با افزایش سن مادر افزایش داشته است. در حالی که شانس وقوع فرزند ناخواسته با افزایش سن ازدواج، روند کاهش را نشان می دهد. همچنین، با افزایش سطح سواد مادران، شانس وقوع تولد فرزندان ناخواسته در مقایسه با مادران بی سواد روند کاهش را نشان می دهد. ($P = 0/002$)

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه های مورد پژوهش برحسب تعداد کل تولدها، شیوع فرزندان ناخواسته و نسبت شانس تولد ناخواسته با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک در زنان مراجعه کننده به زایشگاه های شهر بابل، سال ۱۳۸۰

متغیرها	تعداد کل تولدها* N=508	تعداد تولد ناخواسته (درصد شیوع) N=99	نسب شانس (حدود اطمینان ۹۵ درصد)
سن مادر			
کمتر از ۲۰ سال	۶۴	۶ (۹/۴)	(-)
۲۰-۲۹ سال	۳۱۴	۵۶ (۱۷/۸)	۲/۱۰ (۰/۸۷ و ۵/۰۶)
۳۰-۳۹ سال	۱۲۴	۳۴ (۲۷/۴)	* ۱/۳۷ و ۸/۶۸
۴۰ > سال	۶	۳ (۵۰/۰)	*** ۴/۱۷ و ۲۲/۴۸
سن ازدواج			
کمتر از ۲۰ سال	۲۵۳	۵۵ (۲۱/۷)	(-)
۲۰-۲۴ سال	۱۷۷	۳۲ (۱۸/۱)	۰/۷۹ (۰/۴۹ و ۱/۲۹)
۲۵-۲۹ سال	۵۴	۸ (۱۴/۸)	۰/۶۳ (۰/۲۸ و ۱/۳۹)
۳۰ > سال	۱۵	۱ (۶/۷)	۰/۱۹ (۰/۰۳ و ۱/۹۷)
سواد مادر			
بی سواد	۲۳	۹ (۳۹/۱)	(-)
خواندن و نوشتن ابتدایی	۱۷	۷ (۴۱/۲)	۱/۰۸ (۰/۳۰ و ۳/۸۷)
راهمایی و دبیرستان	۱۳۲	۳۰ (۲۲/۷)	۰/۴۶ (۰/۱۸ و ۱/۱۵)
دیپلم و فوق دیپلم	۱۷۰	۲۸ (۱۶/۵)	* ۰/۳۱ (۰/۱۲ و ۰/۷۷)
لیسانس و بالاتر	۱۱۱	۲۱ (۱۸/۹)	* ۰/۳۶ (۰/۱۴ و ۰/۹۵)
تعداد آبدستی قبلی			
صفر	۲۱۳	۱۱ (۵/۲)	(-)
۱	۱۶۳	۳۲ (۱۹/۶)	** ۲/۱۵ و ۹/۱۶
۲	۸۸	۴۰ (۴۵/۵)	*** ۷/۲۱ و ۳۱/۹۷
۳	۳۱	۱۲ (۳۸/۷)	*** ۴/۵۲ و ۲۹/۶۹
۴	۹	۲ (۲۲/۲)	* ۱/۹۷ و ۲۸/۰۹
۵ > سال	۴	۲ (۵۰/۰)	** ۲/۳۴ و ۴۳/۷
تعداد فرزند قبلی			
هیچ فرزند	۲۵۱	۱۲ (۴/۸)	(-)
۱ فرزند	۱۶۵	۳۹ (۲۳/۶)	*** ۳/۱۱ و ۱۲/۲۵
۲ فرزند	۶۷	۳۷ (۵۵/۲)	*** ۱/۶۵ و ۵۱/۶۷
۳ فرزند	۱۹	۹ (۴۷/۴)	*** ۶/۰۶ و ۵۲/۳۵
۴ > فرزند	۶	۲ (۳۳/۳)	** ۱/۶۶ و ۵۸/۷۷
شغل مادر			
خانه دار	۴۲۰	۷۵ (۱۷/۹)	(-)
شاغل	۴۰	۹ (۲۲/۵)	۱/۳۳ (۰/۶۲ و ۲/۸۷)
کشاورزی	۴۸	۱۵ (۳۱/۳)	* ۱/۱۰ و ۴/۳۸
منطقه سکونت شهری			
شهری	۳۳۶	۵۲ (۲۲/۰)	(-)
روستایی	۲۷۱	۴۶ (۱۷/۰)	۰/۷۲ (۰/۴۷ و ۱/۱۲)

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$ *** $P < 0/001$

* در برخی موارد عدم تطابق تعداد کل با جمع فراوانی ها به دلیل مقادیر نامعوم داده ها در زیر گروه هایی از متغیرهای مورد مطالعه بود.



بحث

در این بررسی شیوع تولد فرزندان ناخواسته ۱۹/۵ درصد برآورد گردید. در مطالعه جهانفر و همکاران

(۱۳۷۹) در شهر تهران، شیوع بارداری‌های ناخواسته ۴۲ درصد (۷) و در بررسی رهنورد و همکاران (۱۳۸۰) در شهر تهران، این شیوع، ۶۱/۷ درصد گزارش گردید (۸). در بررسی دیگر، در شهرستان اراک، شیوع بارداری ناخواسته ۴۹/۳ درصد گزارش گردید (۹). در مقایسه با مطالعات انجام شده در تهران و اراک، میزان تولدهای ناخواسته در این مطالعه نسبتاً از میزان پایین‌تری برخوردار است که دلیل آن‌را در توجه بیش‌تر مسئولین و پوشش مناسب‌تر سیستم بهداشتی درمانی شهرستان بابل در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده، مشاوره و دسترسی به منابع اطلاعاتی برنامه‌های تنظیم خانواده را در سال‌های اخیر باید جستجو کرد.

Forrest و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کرده‌اند که از ۶/۴ میلیون بارداری سال ۱۹۸۸، ایالات متحده، بیش از نیمی (۵۶ درصد) از بارداری‌ها ناخواسته بود که ۴۴ درصد از این تعداد، به سقط ختم گردید (۱۰). در گزارش Moss (۲۰۰۳) حدود ۵۰ درصد حاملگی‌ها ناخواسته بود (۱۱). سهم زیادی از این بارداری‌های ناخواسته در امریکا، مربوط به دختران نوجوان ازدواج نکرده می‌باشد (۱۴). در حالی که Hopikins و همکاران (۱۹۹۵) در بررسی ارزیابی خطرات بارداری که توسط سیستم پایش در ایالت فلوریدا انجام گرفت، گزارش نموده‌اند که، ۱۳/۸ درصد کودکان متولد شده ناخواسته بود (۱۲). در بررسی دیگر در هالی فاکس، ۳۲/۵ درصد بارداری‌ها (۱۳) و در ایالت لوسیا ۴۴ درصد بارداری‌ها، ناخواسته بود.

در این پژوهش از طریق مدل سازی رگرسیون لجستیک به پیش‌بینی عوامل مؤثر بر تولد فرزندان

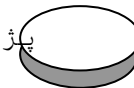
ناخواسته پرداخته شد، که نتایج نشان داد که، سن مادر، سن ازدواج و تعداد فرزندان، تعداد بارداری و سواد مادر از عوامل تعیین کننده تولد فرزندان ناخواسته می‌باشد. به طوری که با افزایش سن مادر و تعداد فرزندان خطر تولد فرزندان ناخواسته افزایش اما با افزایش سن ازدواج و سطح سواد این خطر کاهش داشته است. این نتایج با نتایج بررسی‌های دیگر هم‌خوانی دارد (۹-۷). بنابراین، با افزایش سن ازدواج و سطح سواد زنان می‌توان گامی مهم در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و تصمیم‌گیری در مورد تعداد فرزندان خانواده به عمل آورد. در بررسی Williams (۱۹۹۴) تمایل زوجین به داشتن فرزند ناخواسته در رتبه تولد سوم و بالاتر ۴۲ درصد، در رتبه تولد اول ۳۱ درصد و رتبه تولد دوم ۲۶ درصد بود (۱۵). بررسی Denton و همکاران در ایالت لوسیا نشان داد که، مادران با بارداری بدون قصد در مقایسه با مادران با بارداری به‌طور معنی‌داری جوان‌تر بوده و تعداد زایمان بیش‌تری داشته و روابط جنسی خود را در سنین پایین‌تر شروع کرده بودند (۱۴). هم‌چنین، در مطالعه Kost و همکاران (۱۹۹۵) شیوع بارداری‌های ناخواسته در زنان زیر ۲۰ سال، ازدواج نکرده، سیاه پوست، زنانی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند، زنان با سطح آموزشی زیر ۱۲ سال و زنان با داشتن ۳ فرزند قبلی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بوده است (۱۶) که با نتایج این پژوهش در مورد سن مادر و تعداد فرزندان قبلی هم‌خوانی دارد. بررسی مرکز ملی برنامه‌های تنظیم خانواده در امریکا نیز نشان داد که شیوع بارداری ناخواسته در زنان ۱۸-۲۴ سال، زنان ازدواج نکرده، زنان با درآمد پایین و در زنان سیاه پوست به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بوده است (۵). مطالعه Go و همکاران (۲۰۰۲) در زنان ژاپنی نیز نشان داد، بروز آبستنی ناخواسته با سن شوهر، سن شروع رابطه جنسی، ازدواج در دوران نوجوانی به‌طور معنی‌اربط دارد و نیز تعداد بارداری ناخواسته قبلی، با تعداد فرزندان زنده

با مادران اول زاء، شانس فرزند ناخواسته برای کسانی که دو فرزند قبلی دارند بیش تر از آنهایی است که ۴ فرزند و یا بیش تر دارند (۲۴/۵۶ در مقابل ۹/۹۵ برابر). این نتایج بیانگر این نکته مهم است که از نظر فرهنگی الگوی تعداد فرزندان دلخواه در خانواده‌های دو فرزندی و چهار فرزندی متفاوت است. یعنی این دو گروه از خانواده‌ها دارای نگرش متفاوت از نظر تعداد فرزندان دلخواه می‌باشند. که این تفاوت ممکن است ناشی از جوان تر بودن و سطح تحصیلات بالاتر مادران دو فرزندی باشد. اگر نتایج این مطالعه رابطه‌ای معنی دار بین جنس فرزند قبلی و تولد فرزندان ناخواسته نشان نداد اما، به ازای هر فرزند پسر قبلی خطر داشتن فرزند ناخواسته ۳/۱۹ برابر و به ازای هر فرزند دختر قبلی این خطر ۲/۰۲ برابر افزایش یافت. این تفاوت بیانگر آن است که نگرش والدین به داشتن جنس مذکر مثبت تر است. براساس نتایج این پژوهش، اکثریت (۶۴/۶ درصد) مادران با تولد فرزندان ناخواسته از روش‌های طبیعی و ۲۳/۲ درصد آنان از قرص به عنوان وسیله پیشگیری استفاده کرده‌اند. بنابراین استفاده کنندگان از روش‌های طبیعی یاریتمیک که مدعی آشنایی با زمان تخمک گذاری و زمان وقوع بارداری‌اند، بیش تر در معرض بارداری ناخواسته قرار دارند. این نتایج حاکی از آن است که، استفاده کنندگان از روش‌های طبیعی باید بیش از پیش مورد مشاوره، و آموزش و راهنمایی قرار گیرند تا با روش‌های مطمئن پیشگیری از باروری بیش تر آشنا گردند دلایل وقوع بارداری ناخواسته در مصرف کنندگان قرص را به‌طور عمده، در عدم مصرف صحیح، ترس از عوارض و اطلاعات ناقص و عدم دسترسی به منابع موثق اطلاعات می‌توان دانست در بررسی برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور (۱۳۷۵)، ۳۲/۵ درصد از استفاده کنندگان قرص در جمعیت شهری و ۲۸/۲ درصد در جمعیت روستایی آن را به‌طور

متولد شده و تعداد سقطها همبستگی معنی داری را نشان داد (۱۷).

در این بررسی، در آنالیز تک متغیره در میزان تولد فرزندان ناخواسته بین مناطق شهری و روستایی، اختلاف معنی داری مشاهده نشد. در حالی که در مدل رگرسیون چندگانه بعد از حذف اثرات تعداد فرزندان و سواد و شغل مادر و خطر تولد فرزند ناخواسته در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری کاهش داشته است که می‌تواند نشانگر موفقیت نقش خانه‌های بهداشت و فعالیت بهورزان در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده در مناطق روستایی باشد و نیز ممکن است ناشی از تفاوت در الگوی فرهنگی جمعیت شهری و روستایی در تعداد فرزندان دلخواه آنان باشد. هم‌چنین، در مدل متغیره گرچه با افزایش هر سقط قبلی، خطر تولد فرزند ناخواسته تمایل به کاهش را نشان می‌داد اما از نظر آماری اختلاف معنی داری نبود. در حالی که در مدل چندگانه، بعد از حذف تاثیر دیگر متغیرها، به ازای افزایش هر سقط به‌طور معنی داری خطر تولد ناخواسته کاهش یافت. بدین معنی که مادرانی که در گذشته به دلیل سقط، بارداری موفق نداشته‌اند، در صورت موفقیت در بارداری، شانس داشتن تولد فرزند ناخواسته کاهش می‌یابد.

در مورد تاثیر تعداد فرزندان قبلی در تولد فرزند ناخواسته، نتایج این بررسی نشان داد که، به ازای افزایش هر فرزند، شانس تولد فرزند ناخواسته ۲/۸۴ برابر افزایش می‌یابد. در حالی که در مطالعه رهنورد و همکاران (۱۳۸۰)، این خطر ۱۱۶ برابر افزایش یافت (۸) که با نتایج این پژوهش از نظر قدرت ارتباط، هم‌خوانی ندارد. گرچه بر اساس نتایج این مطالعه، به ازای افزایش هر فرزند به‌طور متوسط شانس فرزند ناخواسته ۲/۸۴ برابر افزایش می‌یابد اما، در تجزیه تحلیل رده بندی شده تعداد فرزندان، نتایج مطالعه نشان می‌دهد که، در مقایسه



با توجه به تاثیر سو بارداری ناخواسته بر بهداشت و سلامت مادر و کودک، نقش آن در چگونگی تکوین شخصیت کودک در آینده و تاثیر آن بر رشد جمعیت، ضروری است که با برنامه ریزی تنظیم خانواده اقدامات مداخله‌ای در جهت جلوگیری آن به عمل آید. نتایج این پژوهش دلالت دارد که با افزایش سطح سواد سن ازدواج زنان، روی کرد به سوی روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری و افزایش آگاهی مادران در استفاده صحیح روش‌های ضدبارداری می‌توان گامی مؤثر در جلوگیری از فرزندان ناخواسته برداشت.

سپاسگزاران

از دانشجویان رشته مامایی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بابل که در جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش همکاری نموده‌اند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌شود

صحیح مصرف نمی‌کردند (۱۸). بررسی‌های دیگر نشان داده که میزان آگاهی اکثریت مادران در مورد استفاده صحیح از قرص در حد متوسط و ضعیف بوده است (۲۰ و ۱۹). مضافاً به این که، اگرچه عمده خدمات تنظیم خانواده در ایران توسط مراکز بهداشتی درمانی ارائه می‌گردد، در عین حال بسیاری از خانواده‌ها وسایل پیشگیری نظیر قرص و کاندوم را از داروخانه‌های خصوصی دریافت می‌کنند، بدون این که روش صحیح مصرف آنها را آموزش ببینند. در بررسی کشوری کسانی که قرص‌های پیشگیری از بارداری را از بخش دولتی و خصوصی دریافت می‌کردند به ترتیب ۷۲/۷ درصد و ۴۹/۸ درصد آگاهی صحیح از نحوه مصرف آن داشتند (۱۸). بنابراین، برنامه‌ریزی جهت آموزش از نحوه استفاده از روش‌های ضد بارداری به هنگام دریافت آنان ضروری می‌باشد.

فهرست منابع

۱. صندوق جمعیت ملل متحد. فعالیت‌های صندوق جمعیت ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران. دفتر نمایندگی صندوق جمعیت ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۷، ص ۶-۷.
۲. جهانفر محمد. جهانفر، شایسته. جمعیت و تنظیم خانواده. دهخدا، تهران، ۱۳۷۷، ص ۵۰ و ۱۷۶-۱۶۷ و ۲۰۴-۱۹۷.
3. Leathers SJ, Kelley MA. Unintended pregnancy and depressive symptoms among firsttime mothers and fathers. *Am. J. Orthopsychiatry*, 2000, 70(4): 523-31.
4. Barber JS, Axino WG, Thornton A. Unwanted pregnancy, health, and mother-child relationship. *J. Health Soc. Behav.* 1999, 40(3): 231-57.
5. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam- Plann- Perspect.* 1998; 30(1): 24-9.
6. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complication combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51(12): 984-8.
۷. جهانفر شایسته. سادات هاشمی سید مهدی. رمضانی تهرانی، فهیمه. بررسی عوامل مؤثر بر بارداری ناخواسته در مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران از طریق الگوی لجستیکی. دانشور. دو ماه نامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد. ۱۳۷۹، سال هشتم، شماره ۲۹ ص ۴۶-۳۱.

15. Williams, LB. Determinants of couple agreement in US. fertility decisions. *Fam-Plann-Perspect.* 1994; 26(4): 169-73.
16. Kost K, Forrest JD. Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics. *Fam-Plann-Perspect.* 1995; 27(1): 11-7.
17. Go, A. Taumura, S. Reich, MR. Fukao, A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. *Soc. Sic. Med.* 2000; 54(7): 1065-79.
۱۸. اداره کل بهداشت خانواده. ارزشیابی ۵ ساله برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده در ایران. سمینار آموزش مدرسین کشوری برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده در دانشگاههای سراسر کشور، تهران. بهمن ۱۳۷۷
۱۹. ثابتی، پروین. بررسی میزان آگاهی خانم‌ها از نحوه استفاده صحیح از وسایل پیشگیری از بارداری و عوامل مؤثر بر آن. طرح تحقیقاتی از آرشيو بانک اطلاعاتی مرکز ملی تحقیقات و بهداشت باروری. ۱۳۷۳. سندج.
۲۰. معتمدی بتول. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد کارشناسان و کاردان‌های مامایی متأهل کرمان در باره برنامه تنظیم خانواده. طرح تحقیقاتی از آرشيو بانک اطلاعاتی مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری. ۱۳۷۳. کرمان.
۸. رهنورد زهرا. حیدرینا علیرضا. بابایی، غلامرضا. محمودی محمود. خلخالی حمید رضا. بررسی عوامل مؤثر بر داشتن فرزندان ناخواسته در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی شهر تهران. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.* ۱۳۸۰، سال پنجاه نهم، شماره ۵، ص ۱۶-۱۰.
۹. اکبرزاده، مرضیه. خرسندی، محبوبه. منصوری، علی. بررسی علل بارداری ناخواسته در شهرستان اراک. طرح تحقیقاتی از آرشيو بانک اطلاعاتی مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری، اراک. ۱۳۷۶
10. Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999; 170(5): 1483-9.
11. Moos MK. Unintended pregnancies: a call for nursing action, *Am Matern Child Nurs.* 2003; 28(1): 24-30.
12. Denton AB, Scott KE. Unintended and unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors. *Can- J- Public Health.* 1994; 85(4): 234-8.
13. Denton AB, Chase WM, Scott K. Unintended and unwanted pregnancy in St. Lucia. *West- Indian- Med- J.* 1994; 43(3): 93-6.
14. Hopikins RS, Marshall H, Hoecherl S. Medicaid costs of live births from unintended pregnancies in Florida. *J-Fla-Med- Assoc.* 1995; 83(8): 540-3.