

بررسی عوامل موثر بر تولد فرزندان ناخواسته

در شهر بابل، سال ۱۳۸۰

کریم الله حاجیان *(Ph.D.)

چکیده

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

مواد و روش‌ها: مطالعه یک بررسی توصیفی-مقطعی می‌باشد که بر روی ۵۰۸ مادر در دو زایشگاه 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 بالافزایش سن مادر افزایش یابد؛ بدین ترتیب که شانس تولد فرزندان ناخواسته در مادران با سن ۴۰ سال و بالاتر، ۹/۶۷ 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 ۲۰-۲۴ سال، ۷۹ درصد و با سن ازدواج ۳۰ سال و بیشتر، ۱۹ درصد در مقایسه با سن ازدواج کمتر از ۲۰ سال بود. هم‌چنین 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، ۶ 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 شانش وقوع تولد فرزندان ناخواسته به ازای هر فرزند 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 معنی‌دار، 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

باشیان: خیابان گنج افروز- دانشگاه علوم پزشکی- دانشکده پزشکی

* دانشیار گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ تصویب: ۸۳/۵/۷

تاریخ دریافت: ۸۲/۳/۱۰

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۷/۸

مقدمه

بر اساس بررسی مرکز ملی آمار در ایالات متحده (۱۹۹۴)، ۴۹ درصد از بارداری‌ها ناخواسته بوده که ۵۶ 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، به‌دلیل افزایش میزان استفاده از وسایل مؤثر پیشگیری از بارداری، میزان بارداری‌های ناخواسته روند رو به کاهش داشته است. به‌طوری‌که 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 وسیله‌پیشگیری 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 ضدبارداری استفاده نکرده و یا از روش طبیعی، قرص و کاندوم استفاده کرده‌اند بیشتر بوده است^(۲). براساس آمار وزارت بهداشت (۱۳۷۴)، ۳۰ درصد بارداری‌ها در شهر و ۲۵ درصد در روستا ناخواسته بوده و شایع‌ترین روش ضدبارداری در آنان روش منقطع بوده است^(۲).

با توجه به این که فرزندان ناخواسته بیشتر مورد بی‌مهری خانواده قرار گرفته و در معرض خطر سوء تغذیه و آسیب پذیری بیشتر 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

ایران در دهه‌های اخیر با اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده شاهد کاهش قابل ملاحظه رشد جمیت 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) به‌دلیل سقط‌های عمدی جان خود را از دست می‌دهند^(۲). سقط‌های غیر قانونی از عاقب خطرناک بارداری‌های ناخواسته است که موجب عوارض زودرس و دیردرس، عفونت، خونریزی و پیامدهای ناگواری مانند مرگ و میر مادران در بسیاری از کشورها، سقط جنین به‌دلیل 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 بالا بردن کیفیت خدمات وسایل پیشگیری از بازداری 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).

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

۶۴/۶ درصد) تولد ناخوسته بود. ۶۴ مورد (۱۹/۵

درصد) مادران با فرزند ناخوسته از روش طبیعی و

منقطع، ۲۳ مورد(۲۳/۲ درصد) از قرص، ۸ مورد (۸/۱)

درصد) از کاندوم، ۲ مورد (۲ درصد) از آی.بو.دی و ۲

مورد (۲ درصد) از شیردهی به عنوان روش پیشگیری از

بارداری استفاده کردند.

جدول شماره یک نشان می دهد که شیوع تولد

فرزنдан ناخوسته با افزایش سن مادر، به طور معنی داری

افزایش می یابد ($P=0.004$). بین میزان شیوع تولد ناخوسته

فرزنдан 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. همچنین، شیوع تولد

فرزنдан ناخوسته با افزایش سطح سواد مادر به طور معنی

داری کاهش یافت ($P=0.003$). و نیز بین شیوع تولد

فرزندان ناخوسته با تعداد بارداری های قبلی مادر رابطه

معنی داری وجود داشت ($P=0.0001$)، و با افزایش تعداد

بارداری ها، شیوع تولد فرزندان ناخوسته نیز افزایش

یافت. میزان شیوع تولد فرزندان ناخوسته 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 ناخوسته

با جنس فرزند قبلی، محل سکونت و تعداد سقطه های

قبلی مادر رابطه معنی داری را نشان نداد.

جدول شماره ۱ (ستون ۴) نتایج نسبت شانس (OR)

تولد فرزند ناخوسته حاصل از مدل رگرسیون لجستیک

این عوامل می تواند زمینه پیش گیری از تولد فرزندان ناخوسته فراهم نماید. این بررسی با هدف، تعیین شیوع تولد فرزندان ناخوسته 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 ناخوسته، نوع روش پیشگیری در صورت ناخوسته 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 ناخوسته، 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 ناخوسته برای متغیرهای مختلف در آنالیز تک متغیره و آنالیز رگرسیون چندگانه 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 ۲/۸۴ ($P=0.0001$) برابر افزایش یافته و شانس وقوع به ازای افزایش هر فرزند پسر قبلی ۳/۱۹ برابر و به ازای هر فرزند دختر قبلی ۲/۰۲ برابر معنی دار بود ($P<0.0001$). شانس وقوع با داشتن یک فرزند ۶/۱۶ برابر، ۲ فرزند ۲۴/۵۶ برابر، ۳ فرزند ۱۷/۹۲ برابر و ۴ فرزند و بیشتر ۹/۹۵ برابر در مقایسه با مادران اول زا می‌باشد. شانس وقوع به ازای هر سقط قبلی تمایل به کاهش را نشان می‌دهد. ولی از نظر آماری رابطه معنی دار مشاهده نشد.

جدول شماره ۲، نتایج مدل رگرسیونی لجستیک چندگانه را به روش گام به گام نشان می‌دهد. تاثیر متغیرهای تعداد فرزندان ($P=0.0001$), منطقه سکونت ($P=0.02$) و تعداد سقط قبلی ($P=0.0001$) معنی دار بود. بدین معنی که، با وجود این سه متغیر در مدل، اثرات متغیرهای دیگر معنی دار نبود.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب 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 زایشگاه‌های شهر باپل، 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)	۰/۰۳	* ۰/۰۳ و ۰/۹۱
تعداد سقطها (به ازای هر سقط)	-۰/۳۸	(۰/۱۸)	۰/۷۸	** ۰/۴۸ و ۰/۹۲
سواد مادر				
بی سواد	-	-	۱	(۰/۲۳ و ۰/۱۴)
خواهند و نوشن	-۰/۰۳	(۰/۲۴)	۰/۹۷	(۰/۲۳ و ۰/۱۹)
ایتدای	-۰/۰۳	(۰/۰۵)	۰/۷۲	(۰/۲۳ و ۱/۹۹)
راهنمایی و دیرستان	-۰/۴۳	(۰/۰۵)	۰/۶۵	(۰/۲۲ و ۱/۹۱)
دیلم و فوق دیلم	۰/۱۰	(۰/۰۹)	۱/۱۱	(۰/۳۵ و ۳/۵۱)
لیسانس و بالاتر	-۱/۶۹	(۰/۰۲)	۰/۱۸	** ۰/۰۴ و ۰/۹۲
شغل مادر				
خانه دار	-	-	۱	(۰/۸۶ و ۶/۸۸)
شاغل اداری	۰/۱۹	(۰/۰۳)	۲/۴۴	(۰/۰۷ و ۳/۶۴)
کشاورزی	۰/۶۲	(۰/۰۴)	۱/۰۹	

* $P<0.05$ ** $P<0.01$ *** $P<0.001$

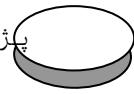
تک متغیره را نشان می‌دهد. شانس تولد فرزند ناخواسته با افزایش سن مادر افزایش داشته است. در حالی که شانس وقوع فرزند ناخواسته با افزایش سن ازدواج، روند کاهش را نشان می‌دهد. هم‌چنین، با افزایش سطح سواد مادران، شانس وقوع تولد فرزندان ناخواسته در مقایسه با مادران بی‌سواد روند کاهش را نشان می‌دهد. ($P=0.002$)

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب تعداد کل تولد، شیوع فرزندان ناخواسته و نسبت شانس تولد ناخواسته با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک در زنان مراجعه کننده به زایشگاه‌های شهر باپل، سال ۱۳۸۰

متغیرها	N=۵۰۸	تعداد کل تولدها*	تعداد تولد ناخواسته (حدود اطمینان ۹۵ درصد)	نسب شانس
سن مادر				
کمتر از ۲۰ سال	۶۴	(۹/۴) ۶	(۰/۸۷ و ۰/۵۱) ۷/۱۰	(-) ۱
۲۰-۲۹ سال	۳۶	(۱۷/۸) ۵۷	(۰/۸۹ و ۰/۷۹) ۰/۷۹	*
۳۰-۳۹ سال	۱۲۴	(۲۷/۴) ۳۴	(۰/۱۳۷ و ۰/۸۷۸) ۳/۵۰	** (۰/۱۳۷ و ۰/۲۲۴/۸۴) ۰/۷۷
>۴۰ سال	۶	(۵۰/۰) ۳	(۰/۰۰۳ و ۰/۱۹۷) ۰/۱۹	*** (۰/۰۰۳ و ۰/۰۰۰۱) <۰/۰۰۱
سن ازدواج				
کمتر از ۲۰ سال	۲۵۳	(۲۱/۷) ۵۰	(-) ۱	(-) ۱
۲۰-۲۴ سال	۱۷۷	(۱۸/۱) ۳۲	(۰/۴۹ و ۰/۱۹۲) ۰/۷۹	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۲۵-۲۹ سال	۵۴	(۱۴/۰) ۸	(۰/۱۳۷ و ۰/۱۳۷) ۰/۷۳	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
>۳۰ سال	۱۵	(۷/۷) ۱	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
سواد مادر				
بی سواد	۴۳	(۳۹/۱) ۹	(۰/۰۳ و ۰/۳۸/۷) ۱/۸	(-) ۱
خواهند و نوشن	۱۷	(۴۱/۷) ۷	(۰/۰۸ و ۰/۱۰) ۰/۱۰	(-) ۱
ایتدای	۱۲۲	(۲۲/۷) ۳۰	(۰/۰۸ و ۰/۱۰) ۰/۱۰	** (۰/۰۸ و ۰/۰۷) ۰/۷۱
راهنمایی و دیرستان	۱۷	(۱۶/۰) ۲۸	(۰/۱۴ و ۰/۱۴) ۰/۱۶	*
دیلم و فوق دیلم	۱۱۱	(۱۸/۸) ۲۱	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
لیسانس و بالاتر	۵۵	(۷/۷) ۴	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
تعداد آبستنی قلبی				
صرف	۲۱۳	(۵/۰) ۱۱	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	(-) ۱
۱	۱۱۳	(۱۹/۶) ۳۳	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۲	۸۸	(۵/۰) ۴	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	*** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۳	۳۱	(۲۸/۷) ۱۲	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۴	۹	(۲۲/۷) ۲	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	*
۵	۴	(۵۰/۰) ۲	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
تعداد فرزند قبلی				
هجی فرزند	۲۵۱	(۴/۰) ۱۲	(-) ۱	(-) ۱
۱ فرزند	۱۱۵	(۲۳/۷) ۳۹	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	*** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۲ فرزند	۷۷	(۲۲/۰) ۳۷	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	*** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۳ فرزند	۱۹	(۴۷/۴) ۹	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	*** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
۴ فرزند	۶	(۳۳/۳) ۲	(۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)	** (۰/۰۰۰۱ <۰/۰۰۱)
شغل مادر				
خانه ادار	۴۲۰	(۱۷/۹) ۷۵	(-) ۱	(-) ۱
شاغل	۴۰	(۲۲/۰) ۹	(۰/۰۲ و ۰/۰۴) ۰/۰۶	*
کشاورزی	۴۸	(۳۱/۰) ۱۰	(۰/۰۱ و ۰/۰۴) ۰/۰۹	** (۰/۰۱ و ۰/۰۴) ۰/۰۹
منطقه سکونت				
شهری	۲۳۶	(۲۲/۰) ۵۲	(-) ۱	(-) ۱
روستایی	۲۷۱	(۱۷/۰) ۴۶	(۰/۰۷ و ۰/۱۱) ۰/۰۲	** (۰/۰۷ و ۰/۱۱) ۰/۰۲

* $P<0.05$ ** $P<0.01$ *** $P<0.001$

* در برخی موارد عدم تطابق تعداد کل با جمع فراوانی ها به دلیل مقادیر نامعلوم 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

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. بهطوری 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 هم خوانی دارد(۷-۹). 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(۱۰). بررسی Denton و همکاران در ایالت لوییانا 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(۱۱). 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(۱۲) که با نتایج این پژوهش در مورد سن مادر و تعداد فرزندان قبلی هم خوانی 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(۱۳). مطالعه Gо و همکاران (۲۰۰۲) در زنان ژاپنی نیز نشان داد، بروز آبستنی ناخواسته با سن شوهر، سن شروع رابطه جنسی، ازدواج در دوران نوجوانی بهطور معنی ارتباط دارد و نیز تعداد بارداری ناخواسته قبلی، با تعداد فرزندان زنده

(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 تولدات 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.

و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کرده‌اند که از ۶/۴ میلیون بارداری سال ۱۹۸۸، ایالات متحده، بیش از 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(۱۲). 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 شده‌ناخواسته بود(۱۳). در بررسی دیگر در هالی فاکس، ۳۲/۵ درصد بارداری‌ها(۱۴) و در ایالت لوییانا ۴۴ درصد بارداری‌ها، ناخواسته بود.

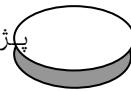
در این پژوهش از طریق مدل سازی رگرسیون لجستیک به پیش‌بینی عوامل مؤثر بر تولد فرزندان

با مادران اول زا، شانس فرزند ناخواسته برای کسانی که دو فرزند قبلی دارند بیشتر از آنهاست است که ۴ فرزند و یا بیشتر 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 جوانتر 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 ۲۰/۲ برابر افزایش یافت. این تفاوت بیانگر آن است که نگرش والدین به داشتن جنس مذکور مثبت‌تر است. براساس نتایج این پژوهش، اکثربت (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 یاریتیمیک که مدعی آشنازی با زمان تخمک گذاری و زمان وقوع بارداری‌اند، بیشتر 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 بیش‌تر 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 معنی‌داری را نشان داد (۱۷).

در این بررسی، در آنالیز تک متغیره در میزان تولد فرزندان ناخواسته بین مناطق شهری و روستایی، اختلاف معنی‌داری 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 معنی‌داری نبود. در حالی که در مدل چندگانه، بعد از حذف تاثیر دیگر متغیرها، به ازای افزایش هر سقط به‌طور معنی‌داری 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.

سپاسگزاری

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 نمی‌کردد(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 عمدۀ خدمات تنظیم خانواده در ایران توسط مراکز بهداشتی درمانی ارائه می‌گردد، در عین حال بسیاری از خانواده‌ها و سایل پیشگیری نظری قرص و کاندوم را از دارو حانه‌های خصوصی دریافت می‌کنند، بدون این‌که روش صحیح مصرف آنها را آموزش بیینند. در بررسی کشوری کسانی که قرص‌های پیشگیری از بارداری را از بخش دولتی و خصوصی دریافت می‌کرددند 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، ۶-۷ ص.
۲. جهانفر محمد. جهانفر، شایسته. جمعیت و تنظیم خانواده. دهدخا، تهران، ۱۳۷۷. ص ۵۰ و ۱۷۶-۱۶۷ و ۲۰۴-۱۹۷.
۳. Leathers SJ, Kelley MA. Unintended pregnancy and depressive symptoms among firsttime mothers and fathers. *Am. J. Orthopsychiatry*, 2000, 70(4): 523-31.
۴. Barber JS, Axino WG, Thornton A. Unwanted pregnancy, health, and mother-child relationship. *J. Health Soc. Behav.* 1999, 40(3): 231-57.
۵. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam- Plann- Perspect.* 1998; 30(1): 24-9.
۶. 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 مراجعته 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.

۱۵. Williams, LB. Determinants of couple agreement in US. fertility decisions. *Fam-Plann-Perspect.* 1994; 26(4): 169-73.
۱۶. 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.
۱۷. 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 برنامه های بهداشت باروری و تنظیم خانواده در ایران. سمینار آموزش مدرسین کشوری برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده در دانشگاه های سراسر کشور، تهران. بهمن ۱۳۷۷
۱۹. ثابتی، پروین. بررسی میزان آگاهی خانم ها از نحوه استفاده صحیح از وسایل پیشگیری از بارداری و عوامل مؤثر بر آن. طرح تحقیقاتی از آرشیو باانک اطلاعاتی مرکز ملی تحقیقات و بهداشت باروری. ۱۳۷۳. سندج.
۲۰. معتمدی بتول. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد کارشناسان و کارдан های مامایی متاهل کرمان در باره برنامه تنظیم خانواده. طرح تحقیقاتی از آرشیو باانک اطلاعاتی مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری. ۱۳۷۳. کرمان.
۸. رهنورد زهرا. حیدریا علیرضا. بابایی، غلامرضا. محمودی محمود. خلخالی حمید رضا. بررسی عوامل مؤثرب داشتن فرزندان ناخواسته در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی شهر تهران. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۰. سال پنجمانهم، شماره ۵، ص ۱۰-۱۶.
۹. اکبرزاده، مرضیه. خرسندی، محبوبه. منصوری، علی. بررسی علل بارداری ناخواسته در شهرستان اراک. طرح تحقیقاتی از آرشیو باانک 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.