



بررسی مقایسه‌ای چگونگی مراقبت‌های دوران بارداری در بارداری‌های خواسته و ناخواسته

محبوبه پورحیدری^{۱*} (M.Sc.)، احمد خسروی^۲ (M.Sc.)، نازنین شماعیان‌رضوی^۳ (M.Sc.)، اعظم حمیدزاده^۴ (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- گروه مامایی- عضو هیات علمی. ۲- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت- عضو هیات علمی. ۳- دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه- گروه مامایی- عضو هیات علمی.

تاریخ دریافت: ۸۹/۵/۱۶، تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۱۹

چکیده

مقدمه: حاملگی ناخواسته یکی از مشکلات کشورهای در حال توسعه می‌باشد. پژوهش حاضر در پاسخ به این سوال که «آیا زنان با حاملگی ناخواسته به دنبال مراقبت‌های پزشکی که نیازمند آن هستند، می‌روند؟» انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۲۷۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهرستان شاهرود جهت ختم بارداری از طریق سرشماری مورد بررسی قرار گرفته و به دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تقسیم شدند. پرسش‌نامه مبتنی بر هدف تهیه و از طریق مصاحبه حضوری با مادر و مراجعه به پرونده بهداشتی مادر تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای- دو و من‌ویتنی استفاده شده است.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که بین انجام مشاوره قبل از بارداری، تعداد مراجعات به درمانگاه، زمان مصرف اسید فولیک، مصرف مرتب قرص آهن، انجام آزمایشات روتین بارداری و کسب اضافه وزن مطلوب بین دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). آزمون من‌ویتنی تفاوت معناداری بین میانگین زمان اولین مراجعه جهت مراقبت‌های دوران بارداری ($P = 0.004$) و میانگین تعداد مراجعات به درمانگاه مامایی در حاملگی‌های خواسته و ناخواسته را نشان داد ($P = 0.003$).

نتیجه‌گیری: از آنجایی که مراقبت‌های دوران بارداری از مشکلات حین بارداری و زایمان، پیشگیری می‌کند بایستی در رفع موانع آن کوشید. حاملگی ناخواسته یکی از مهم‌ترین عواملی است که نقش اساسی در عدم مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری دارد و بارداری این افراد را پر خطر می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: بارداری ناخواسته، بارداری خواسته، مراقبت‌های دوران بارداری.

Original Article

Knowledge & Health 2011;5(4):7-13

A Comparison of Prenatal Maternal Care between Wanted and Unwanted Pregnancies

Mahbobe Poorheidary^{1*}, Ahmad Khosravi², Nazanin Shamaian-Razavi³, Azam Hamidzadeh⁴

1- Faculty Member, Dept. of Midwifery, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran. 2. Faculty Member, Center for Health Related Social and Behavioral Sciences Research, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran. 3- Faculty Member, Dept. of Midwifery, Torbate Heydarie University of Medical Sciences, Torbat Hydarie, Iran.

Abstract:

Introduction: Unwanted pregnancies are one of the major problems in developing countries. This research aimed to answer the question whether women with unwanted pregnancies seek the health care they need.

Methods: In this descriptive-analytical study, 270 pregnant women referring to Shahrood hospitals to terminate their pregnancies were studied through the census method and were divided into two groups of wanted and unwanted pregnancies. A self questionnaire was used to collect data and it was completed through personal interviews and referring to mothers' health files. The data were analyzed via Chi-square and Mann-Whitney U test.

Results: The results of the study showed significant differences between pre-pregnancy counseling, the number of referrals to the clinic, the time of folic acid consumption, regular consumption of iron tablets, routine pregnancy testing and optimal weight gain between the two groups of wanted and unwanted pregnancy ($P > 0.05$). Mann Whitney U test showed a significant difference between the mean time of first visit for prenatal care ($P = 0.004$), and the average number of referrals to midwifery clinic in wanted and unwanted pregnancies ($P = 0.003$).

Conclusion: Since prenatal care prevents during-pregnancy and delivery problems, attempts must be made to remove the obstacles on this way. Unwanted pregnancies are among the factors that play important roles in irregular referring to prenatal care clinics and render these groups as high risk in their pregnancies.

Keywords: Unwanted pregnancy, Wanted pregnancy, Prenatal care.

Conflict of Interest: No

Received: 7 August 2011

Accepted: 9 May 2011

*Corresponding author: M. Poorheidary, Email: mah_poorheidary@yahoo.com

مقدمه

بهداشت باروری یکی از ضرورت‌ها و پیش‌نیازهای رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به شمار می‌رود. از همین رو در سال‌های اخیر جامعه جهانی به مسأله بهداشت باروری توجه ویژه‌ای نشان داده است (۱). یکی از کاستی‌های بهداشت باروری، حاملگی ناخواسته است که سلامت باروری را در تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به خطر می‌اندازد (۲). براساس یافته‌های کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا برآورد شده حدود نیمی از تمام حاملگی‌ها ناخواسته هستند و این حاملگی‌ها در معرض بیش‌ترین خطر قرار دارند (۳). براساس تحقیقات انجام شده بارداری ناخواسته به دلیل تأثیر بر روی رفتارهای بهداشتی با افزایش خطر ابتلا به عوارض بارداری همراه است. به‌عنوان مثال زنان با حاملگی ناخواسته احتمالاً مراقبت‌های دوران بارداری را با تأخیر شروع می‌کنند که روی سلامت مادر و نوزاد تأثیر می‌گذارد (۴). زنان با بارداری ناخواسته، به‌علت داشتن احساسات و عواطف ناخوشایند طی دوران بارداری، از مراجعه منظم به مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات مورد نیاز جهت پیگیری سلامت خود و جنین، کوتاهی نموده و موجب می‌شوند خطرات بالقوه‌ای که ممکن است تهدیدی جدی برای سلامت مادر و جنین به حساب آیند، به موقع شناسایی و پیشگیری نشوند (۵).

مایگویل (۱۹۹۷)، براومن (۲۰۰۰) و پاملا (۲۰۰۵) حاملگی ناخواسته را به‌عنوان عامل خطر شاخص و معنادار مرتبط با دریافت ناکافی مراقبت‌های دوران بارداری تعیین کردند (۶، ۷ و ۸). در نتایج پژوهش انجام شده توسط لیپر (۲۰۰۹) تأکید شده زنان با بارداری ناخواسته در خطر تأخیر در مراجعه یا عدم مراجعه برای مراقبت‌های دوران بارداری هستند (۹). در مطالعه جمعیتی وسیعی که در سال ۲۰۰۳ در ۵ کشور (بولیویا، مصر، کینیا، پرو و فیلیپین) انجام شد، چنین نتیجه‌گیری شد که حاملگی ناخواسته به‌عنوان یکی از تأثیر گذارترین عوامل بر مراقبت‌های ناکافی پره‌ناتال، عوارض حول و حوش زایمان و مشکلات عمده پس از تولد می‌باشد (۱۰). اوور (۲۰۰۸) ارتباط بین عدم تمایل به بارداری را با رفتارهای مادر پیش از تولد از جمله سیگار کشیدن، استفاده از الکل، استفاده از مواد مخدر و شروع دیرتر مراقبت‌های دوران بارداری را بررسی کرد و چنین نتیجه‌گیری کرد که حاملگی ناخواسته همراه با رفتارهای مخاطره‌آمیز دوران بارداری و نتایج ضعیف بارداری می‌باشد (۱۱). بحری بیناباج (۱۳۸۱) در گزارش نتایج پژوهش خود می‌نویسند: مادران با بارداری ناخواسته مراقبت‌های دوران بارداری را در سن بارداری بالاتری شروع کرده، ورود این مادران به گروه پرخطر به‌طور معنادار بالاتر بوده و این افراد بیش‌تر در طی حاملگی دچار عارضه شده‌اند (۱۲). درصد زیادی از بارداری‌های ناخواسته در کشورهای غربی مربوط به بارداری در افراد ازدواج نکرده، زیر ۲۰ سال

و افراد فقیر می‌باشد (۳ و ۱۳). در ایران بر اساس طرح بررسی شاخص‌های بهداشتی و جمعیتی کشور (۱۳۷۹)، شیوع بارداری ناخواسته ۳۸٪ و در شهرستان شاهرود ۳۱٪ برآورد شده و اغلب اینگونه بارداری‌ها در گروه سنی ۳۵ سال به بالا و در زنان ازدواج کرده رخ می‌دهد (۱۴).

شیوع، علل و گروه‌های در معرض حاملگی ناخواسته در مناطق مختلف متفاوت بوده و تحت تأثیر نگرش عمومی مردم، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مذهبی ناحیه قرار دارد. از سوی دیگر عکس‌العمل مادر نسبت به حاملگی ناخواسته و ریشه عملکردی وی در دوران بارداری و بعد از زایمان را در وجود برخی عوامل دموگرافیک و عواملی که در بالا به آن‌ها اشاره شده، می‌باید جستجو کرد. با توجه به اهمیت بهداشت باروری و اثرات نامطلوب بارداری‌های ناخواسته بر روی آن، ضرورت دارد تا چگونگی عملکرد مادران با بارداری‌های ناخواسته در دوران بارداری در هر کشور به‌طور جداگانه بررسی شود. پژوهش حاضر جهت پاسخ به این سوال که «آیا زنان با حاملگی ناخواسته به دنبال مراقبت‌های پزشکی که نیازمند آن هستند می‌روند؟» انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۳۰۰ خانم زایمان کرده در فاصله اسفند ۱۳۸۴ تا خرداد سال ۱۳۸۵ به دو گروه بارداری ناخواسته (مواجهه یافته) و بارداری خواسته (مواجهه نیافته) تقسیم شده و چگونگی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در سطح شهرستان شاهرود در دو مرکز زایمانی این شهر (بیمارستان فاطمیه و خاتم الانبیاء) مورد بررسی قرار گرفتند.

در فاصله زمانی مورد نظر کلیه زنان حامله براساس معیارهای ورود در مطالعه شرکت داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از اینکه، هیچ‌گونه سابقه‌ای از بیماری‌های سیستمیک یا مصرف دارو به‌علت بیماری زمینه‌ای نداشته باشند، بارداری قبلی آن‌ها طبیعی بوده سابقه بچه مرده یا سقط نداشته باشند، بارداری فعلی آن‌ها تک قلو بوده و هیچ مورد تهدید کننده سلامت مادر یا جنین در دوران بارداری رخ نداده باشد. هم‌چنین مادران روستایی که در مرکز بهداشت حوزه خود درمانگاه مامایی نداشتند، از نمونه‌ها حذف می‌شدند.

جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت؛ در مرحله اول دو دانشجوی ترم آخر کارشناسی مامایی در خصوص نحوه برقراری ارتباط صحیح و صمیمی با مادران، آموزش دیده و سپس با مراجعه به محل‌های انجام پژوهش با زنان واجد شرایط بر اساس پرسش‌نامه مصاحبه می‌نمودند. مصاحبه بعد از زایمان در شرایطی که مادر راحت‌تر بوده و بتواند پاسخگوی سوالات باشد صورت می‌گرفت. قبل از انجام مصاحبه هدف از انجام پژوهش و نحوه جمع‌آوری

انتهای بارداری این احساس تغییر کرد؟» مطرح شد. ناخواسته بودن حاملگی به معنای ناخواسته از طرف مادر، یا پدر، یا هر دو و یا حاملگی زودتر از موعد تعریف گردید (۱۳).

داده‌ها پس از ورود به رایانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. متغیرهای کمی به صورت میانگین \pm انحراف معیار و متغیرهای اسمی به صورت فراوانی و درصد بیان شده‌اند. هم‌چنین سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و آزمون‌های آماری کای-دو و من‌ویتنی مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه که به منظور برآورد چگونگی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در بارداری‌های خواسته و ناخواسته در مادران باردار شهر شاهرود انجام شده است، تعداد ۲۷۰ مادر در دو گروه خواسته (n=۱۸۸) و ناخواسته (n=۸۲) مورد بررسی قرار گرفتند.

در جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک و زایمانی در مادران تحت مطالعه بر حسب نوع بارداری به تفکیک بیان شده است. با استفاده از آزمون من‌ویتنی نشان داده شد که میانگین سنی مادران در زمان بارداری، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و تعداد بارداری در مادران با بارداری ناخواسته به‌طور معناداری بیش‌تر از مادران با بارداری خواسته است (P<۰/۰۵). آزمون‌های کای-دو نشان داد بین دو گروه از نظر محل سکونت، شغل مادر و تحصیلات مادر اختلاف آماری وجود ندارد.

اطلاعات و بکارگیری نتایج و محفوظ بودن اطلاعات برای زنان توضیح داده می‌شد. سپس در صورت تمایل آنان، مصاحبه انجام می‌شد و قسمتی از اطلاعات نیز از پرونده زایمانی بیمار استخراج می‌گردید. در مرحله دوم جهت تکمیل پرسش‌نامه و اطمینان از اطلاعات داده شده توسط مادر به مراکز بهداشتی تحت پوشش مادر مراجعه و از پرونده بهداشتی مادر، سن بارداری در اولین مراقبت، تعداد مراقبت‌های انجام شده، سن بارداری در زمان انجام آزمایشات و تجویز داروهای مکمل و میزان اضافه وزن در دوران بارداری بررسی می‌شد. در صورت وجود مشکلی در سوابق مامایی و یا نیاز به مراقبت ویژه در بارداری اخیر و عدم اشاره مادر به آن، نمونه مورد نظر از مطالعه حذف می‌گردید. بدین ترتیب حدود ۳۰ مادر از مطالعه خارج شدند و در انتها اطلاعات در مورد ۲۷۰ مادر تکمیل گردید.

سوالات پرسش‌نامه مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، سابقه مامایی قبلی و سابقه بارداری فعلی و دو سوال باز در مورد خواسته و ناخواسته بودن بارداری بود. پایایی پرسش‌نامه با روش بازآزمایی و اعتبار آن با استفاده از نظر متخصصان و مربیان مامایی تأیید شد.

از محدودیت‌های پژوهش گذشته‌نگر بودن آن بود. زیرا احساس فرد در مورد تمایل به بارداری در موقع تولد فرزند، ممکن است متفاوت از آن در شروع یا طول بارداری باشد. برای به حداقل رساندن این محدودیت، پرسش در مورد خواسته و یا ناخواسته بودن بارداری به صورت سوال باز «احساس شما و همسرتان بعد از اطلاع از بارداری چه بود؟» «آیا تا

جدول ۱- مقایسه خصوصیات دموگرافیک و زایمانی در مادران تحت مطالعه بر حسب نوع بارداری

| متغیر | بارداری خواسته (n=۱۸۸) | بارداری ناخواسته (n=۸۲) | تعداد کل مادران (n=۲۷۰) | P.v |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| سن مادر (در زمان بارداری) (۱) (سال) | ۲۵ \pm ۵ | ۲۸/۲ \pm ۵/۵ | ۲۶/۲ \pm ۵/۳ | <۰/۰۰۰۱ |
| طول مدت ازدواج (۱) (سال) | ۵/۵ \pm ۴/۵ | ۱۰/۳ \pm ۶/۸ | ۷ \pm ۵/۸ | <۰/۰۰۰۱ |
| تعداد فرزند (۱) | ۱/۴۵ \pm ۰/۶۷ | ۲/۴ \pm ۱/۲ | ۱/۷ \pm ۱ | <۰/۰۰۰۱ |
| تعداد بارداری (۱) | ۱/۸۱ \pm ۱/۱ | ۲/۷۹ \pm ۱/۵ | ۱/۲ \pm ۱/۳ | <۰/۰۰۰۱ |
| محل سکونت (۲) | | | | |
| شهر | ۱۱۴ (۶۰/۶) | ۴۲ (۵۱/۲) | ۱۵۶ (۵۷/۷) | NS* |
| روستا | ۴ (۳۹/۴) | ۴۰ (۴۸/۸) | ۱۱۴ (۴۲/۳) | |
| تحصیلات مادر (۲) | | | | |
| بی‌سواد | ۶ (۳/۲) | ۲ (۲/۵) | ۹ (۳/۳) | |
| ابتدایی | ۶۰ (۳۲) | ۳۸ (۴۶/۳) | ۱۰۰ (۳۷) | |
| سیکل | ۴۵ (۲۴) | ۱۳ (۱۵/۹) | ۵۶ (۲۰/۸) | NS* |
| دیپلم | ۵۶ (۲۹/۷) | ۲۲ (۲۶/۸) | ۷۸ (۲۸/۹) | |
| دانشگاهی | ۲۱ (۱۱/۱) | ۷ (۸/۵) | ۲۷ (۱۰) | |
| شغل مادر (۲) | | | | |
| خانه‌دار | ۱۷۲ (۹۱/۵) | ۷۸ (۹۵/۱) | ۲۵۱ (۹۲/۹) | NS* |
| شاغل | ۱۶ (۸/۵) | ۴ (۴/۹) | ۱۹ (۷/۱) | |
| درآمد خانواده (۲) | | | | |
| ضعیف | ۹۷ (۵۱/۶) | ۵۲ (۶۳/۴) | ۱۵۱ (۵۵/۹) | |
| متوسط | ۸۸ (۴۶/۸) | ۲۸ (۳۴/۱) | ۱۱۶ (۴۲/۹) | ۰/۰۵ |
| خوب | ۳ (۱/۶) | ۲ (۲/۵) | ۳ (۱/۲) | |

(۱) برحسب میانگین و انحراف معیار بیان شده‌اند. (۲) برحسب توزیع فراوانی و درصد بیان شده‌اند. NS* معنادار نمی‌باشد

جدول ۲- مقایسه چگونگی مراقبت‌های دوران بارداری برحسب خواسته و ناخواسته بودن بارداری

| P.V | کل مادران (n=۲۷۰) | بارداری ناخواسته (n=۸۲) | بارداری خواسته (n=۱۸۸) | مراقبت‌های دوران بارداری |
|--------|-------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| ۰/۰۰۷ | ۴۷ (۱۷/۴) | ۶ (۸/۳) | ۴۱ (۲۱/۸) | مشاوره قبل از بارداری (بلی) |
| NS | ۱۹۲ (۷۱/۱) | ۵۴ (۶۵/۹) | ۱۳۸ (۷۳/۴) | مراجعه منظم به درمانگاه (بلی) |
| ۰/۰۰۴ | ۲/۱ ± ۱/۳ | ۲/۴ ± ۱/۵ | ۱/۹ ± ۱/۲ | میانگین زمان اولین مراجعه (ماهگی) |
| ۰/۰۰۳ | ۷ ± ۵ | ۶ ± ۵ | ۸ ± ۵ | میانگین تعداد مراجعات به درمانگاه |
| | | | | تعداد مراجعات به درمانگاه |
| | ۳۹ (۱۴/۴) | ۱۹ (۲۳/۲) | ۲۰ (۱۰/۶) | . |
| NS | ۴۵ (۱۶/۷) | ۱۶ (۱۹/۵) | ۲۹ (۱۵/۴) | <۶ |
| | ۱۸۶ (۶۸/۹) | ۴۷ (۵۷/۳) | ۱۳۹ (۷۴) | ≥۶ |
| | | | | زمان مصرف قرص اسید فولیک |
| | ۱۰ (۳/۸) | ۱ (۱/۲) | ۹ (۴/۸) | قبل از بارداری |
| | ۹۹ (۳۶/۶) | ۱۷ (۲۰/۷) | ۸۲ (۴۳/۶) | ماه اول بارداری |
| ۰/۰۰۵ | ۵۷ (۲۱/۱) | ۲۰ (۲۴/۴) | ۳۷ (۱۹/۷) | ماه دوم بارداری |
| | ۳۰ (۱۱/۱) | ۷ (۸/۵) | ۲۳ (۱۲/۲) | ماه سوم بارداری |
| | ۴۴ (۱۶/۳) | ۲۳ (۲۸/۱) | ۲۱ (۱۱/۲) | اصلاً مصرف نکرده |
| NS | ۲۶۲ (۹۷/۰) | ۷۹ (۹۵/۲) | ۱۸۳ (۹۷/۸) | مصرف قرص آهن (بلی) |
| ۰/۰۰۰۱ | ۲۵۱ (۹۵/۸) | ۶۹ (۸۷/۴) | ۱۸۲ (۹۹/۵) | مصرف مرتب قرص آهن (بلی) |
| ۰/۰۰۲ | ۲۶۱ (۹۶/۶) | ۷۵ (۹۱/۵) | ۱۸۶ (۹۸/۹) | انجام آزمایشات (بلی) |
| ۰/۰۰۵ | ۲۲۰ (۸۱/۴) | ۶۱ (۷۴/۴) | ۱۵۹ (۸۴/۵) | اضافه وزن (بلی) |

۱- برحسب توزیع فراوانی (درصد) بیان شده‌اند. ۲- برحسب میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند. ۳- مادرانی که آهن مصرف می‌کردند (n=۲۶۲).

در صورتی که بین درآمد خانواده و خواسته و ناخواسته بودن بارداری ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$)، به این ترتیب که با کاهش درآمد خانواده، درصد بارداری ناخواسته بیشتر می‌شود.

در رابطه با بررسی اهداف پژوهش در جدول ۲، چگونگی مراقبت‌های دوران بارداری برحسب خواسته و ناخواسته بودن بارداری به تفکیک نشان داده شده است.

لازم به ذکر است ۸۷٪ مادران با بارداری خواسته و ۸۸٪ مادران با بارداری ناخواسته تحت نظر متخصص زنان نیز بوده‌اند. بررسی دو گروه تحت مطالعه از نظر علت عدم مراجعه یا مراجعه دیر هنگام برای مراقبت‌های دوران بارداری نشان داد شایع‌ترین علل در گروه مادران با بارداری خواسته عدم اطلاع از بارداری (۵۵٪)، عدم امکان مراجعه (۱۵٪) و نبود وسیله نقلیه (۱۵٪) بود. پاسخ مادران با بارداری ناخواسته حاکی از آن است که عدم اطلاع از بارداری (۴۲/۱٪)، ناخواسته بودن حاملگی (۳۱/۶٪) و کم اهمیت بودن بارداری (۱۵/۸٪)، علل اصلی عدم مراجعه می‌باشند.

با استفاده از آزمون کای-دو نشان داده شد که بین انجام مشاوره قبل از بارداری، تعداد مراجعات به درمانگاه، زمان مصرف اسیدفولیک، مصرف مرتب قرص آهن، انجام آزمایشات روتین بارداری و کسب اضافه وزن مطلوب بین دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارتی در تمام موارد ذکر شده، در بارداری خواسته وضعیت مطلوب‌تر بوده است. میانگین زمان اولین مراجعه در بارداری‌های خواسته $1/9 \pm 1/2$ ماهگی و در بارداری‌های ناخواسته $2/4 \pm 1/5$ ماهگی بوده است. هم‌چنین میانگین تعداد مراجعات به درمانگاه مامایی در بارداری‌های خواسته 8 ± 5 بار و در بارداری‌های ناخواسته 6 ± 5 بار بوده است. آزمون من‌ویتنی تفاوت معناداری بین زمان اولین مراجعه جهت مراقبت‌های دوران بارداری ($P = 0/004$) و میانگین تعداد مراجعات به درمانگاه مامایی در حاملگی‌های خواسته و ناخواسته را نشان داد ($P = 0/003$).

بحث
بارداری‌های ناخواسته در صورت همراهی با عوامل مخاطره‌آمیزی نظیر، سن در معرض خطر، تعداد حاملگی، فاصله کم بین بارداری‌ها اگر با بارداری‌های ناخواسته همراه شوند سلامت مادر و کودک را بیش‌تر تهدید خواهند کرد (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که میانگین سنی مادران با بارداری ناخواسته (۳/۲ سال) بیش‌تر از مادران با حاملگی خواسته بوده و اکثر بارداری‌های ناخواسته در گروه سنی ۳۵ سال به بالا رخ داده

دو گروه از نظر مراجعه منظم به درمانگاه قبل از بارداری و مصرف قرص آهن همگن بودند. هم‌چنین بین دو گروه از نظر بروز مشکلات و عوارض دوران بارداری (استفراغ شدید، مشکلات گوارشی، کم‌مردد،

دارای حاملگی برنامه‌ریزی شده بیش‌تر است (۳). براساس مطالعه حاضر ۹۱/۷٪ مادران با بارداری ناخواسته مشاوره قبل از بارداری نداشتند، این میزان در مادران با بارداری خواسته ۷۸/۲٪ بوده است.

در پژوهش حاضر، در مورد مراجعه منظم به درمانگاه قبل از بارداری بین دو گروه تفاوتی دیده نشد که با یافته‌های زمانی (۱۵) هم‌خوانی دارد. با توجه به اینکه ۶۵/۹٪ مادران با بارداری ناخواسته مراجعه منظم به درمانگاه داشته‌اند، با در نظر گرفتن تمهیدات لازم از طرف پرسنل بهداشتی امکان کاستن از میزان حاملگی‌های ناخواسته با مداخله در دوران قبل از حاملگی و یا دوران بین حاملگی، پیشگیری و اصلاح بسیاری از رفتارها، تجارب، اختلالات بهداشتی و پیامدهای زایمان ضعیف قبلی مادر وجود دارد.

جهت پیشگیری از پیامدهای حاملگی، توافق همگانی برای انجام حداقل یک ویزیت در سه ماهه اول وجود دارد. به‌ویژه در زنان با سابقه مامایی پرخطر یا وضعیت پایین اجتماعی - اقتصادی، ویزیت سه ماهه اول از اهمیت بیش‌تری برخوردار است (۷). زمان شروع مراقبت‌های دوران بارداری بر سرانجام بارداری یعنی میزان مرگومیر مادران و تولد نوزاد کم وزن و نارس تأثیرگذار می‌باشد (۱۸).

نکته قابل توجه در نتایج پژوهش حاضر، زمان اولین مراجعه مادران می‌باشد. تمامی مادران با بارداری خواسته در سه ماهه اول حداقل یک مراجعه داشته‌اند، اما گروهی از مادران با بارداری ناخواسته اولین ویزیت خود را با تأخیر و در سه ماهه دوم دریافت کرده‌اند. همچنین ملاحظه می‌شود که ۳۰٪ حاملگی‌های خواسته و ۲۰٪ ناخواسته هیچ مراجعه‌ای به درمانگاه مامایی نداشته‌اند. لازم به ذکر است که حدود ۸۸٪ مادران در هر گروه تحت نظر متخصص زنان بوده‌اند. تحقیقات متعددی بر این نکته تأکید کرده‌اند که مادران با بارداری ناخواسته بدون مراقبت دوران بارداری بوده یا با تأخیر این مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند (۴ و ۱۰). نتایج مطالعه‌ای در کارولینای شمالی نشان داد که مراقبت با تأخیر و یا عدم مراقبت در زنان با حاملگی ناخواسته ۲/۸ برابر بیش‌تر است (۹). در مطالعه دیگری شانس شروع مراقبت در سه ماهه سوم در بارداری ناخواسته نسبت به بارداری خواسته ۵/۷ برابر گزارش شده است (۱۱).

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با مصرف یا عدم مصرف قرص اسیدفولیک و زمان شروع مصرف نشان داد، ۲۸/۱٪ مادران با بارداری ناخواسته و ۱۱/۲٪ مادران با بارداری خواسته قرص اسیدفولیک مصرف نکرده‌اند، و فقط ۲۱/۹٪ مادران با بارداری ناخواسته، قبل و یا از ماه اول بارداری اسیدفولیک را مصرف کرده بودند، این میزان در مادران با بارداری خواسته ۴۸/۴٪ بوده است. با توجه به اینکه ۲۱/۸٪ (۴۱ نفر) مادران با بارداری خواسته و ۸/۳٪ (۶ نفر) از مادران با بارداری ناخواسته جهت مشاوره قبل از بارداری مراجعه نموده بودند، جای سوال می‌باشد

است. میانگین تعداد فرزندان، تعداد بارداری‌ها و طول مدت ازدواج نیز در مادران با بارداری ناخواسته بیش‌تر از مادران با بارداری خواسته بوده است. همچنین نشان داده شد که با کاهش درآمد خانواده درصد بارداری ناخواسته بیش‌تر می‌شود. براساس این یافته‌ها، مادران در گروه بارداری ناخواسته در معرض عوامل خطر بیش‌تری بوده و نیازمند مراقبت ویژه در دوران بارداری هستند. میگوئل (۱۹۹۷) نشان داد مولتی پاریتی، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی پایین و شاغل نبودن در خارج از منزل با مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری مرتبط می‌باشد (۶). همچنین براومن (۲۰۰۰) سطح سواد پایین را یکی از عوامل خطر عدم انجام به‌موقع مراقبت دوران بارداری معرفی کرد (۷). پژوهشگران نیوزلندی (۲۰۰۵) نشان دادند، تعداد حاملگی و تعداد زایمان بالای مادر با تأخیر در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری همراه است. آن‌ها شاغل نبودن مادر قبل از حاملگی را به‌عنوان عامل مساعدکننده برای شروع دیرهنگام و یا تعداد ناکافی مراقبت در طول بارداری معرفی کردند (۸). همچنین در مطالعه جمعیتی که در پنج کشور برای بررسی پیامدهای بارداری ناخواسته انجام شد؛ سن، تعداد حاملگی، سطح تحصیلات مادر، زندگی در مناطق روستایی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری معرفی شدند (۱۰). ریاضی در بررسی عوامل موثر بر مراقبت‌های دوران بارداری نشان داد، متغیرهای تحصیلات، تعداد حاملگی و تعداد فرزندان بر وجود و عدم وجود مراقبت و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری؛ و متغیرهای سن، تحصیلات، شغل و محل سکونت بر زمان اولین مراجعه تأثیرگذار است (۱۶). در بررسی انجام شده توسط فکرت و همکارانش، سن بالای مادر، تعداد بیش‌تر فرزندان، بی‌سوادی، پایین بودن سطح درآمد و روستایی بودن نقش اساسی در عدم مراجعه منظم برای مراقبت‌های دوران بارداری دارند (۱۷).

سه عامل محل سکونت، شغل و تحصیلات مادر بنا بر پژوهش‌های متعدد که به آن‌ها اشاره شد، جزء عوامل تأثیرگذارنده بر مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشند. در پژوهش حاضر تفاوتی بین دو گروه از نظر عوامل فوق مشاهده نگردید تا بتوان آن‌ها را به‌عنوان عوامل مخدوش کننده در نظر گرفت.

در سال ۲۰۰۶، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، "مراقبت قبل از حاملگی را به‌صورت زیر تعریف کردند: "مجموعه‌ای از مداخلات که از طریق پیشگیری و درمان صورت می‌گیرند و هدف آن‌ها شناسایی و تعدیل مخاطرات زیست پزشکی، رفتاری و اجتماعی است که سلامت مادر و پیامد حاملگی را تهدید می‌کنند" (۳). در بررسی انجام شده در چهار ایالت آمریکا بر روی ۱۲۵۰۰ زن مشخص شد که ضرورت مشاوره قبل از حاملگی در زنان با حاملگی ناخواسته در مقایسه با زنان

به اینکه در کشور ما خدمات مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی به‌صورت رایگان و در دسترس می‌باشد، به‌نظر می‌رسد این علل نوعی توجیه باشند. فکرت نیز ذکر می‌کند علت عدم مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی در کشور ما دلایلی غیر از مسایل اقتصادی می‌باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به مسایل نگرشی و باوری اشاره کرد (۱۷). اما درخصوص مادران با بارداری ناخواسته علل بعدی عدم مراجعه یا عدم مراجعه به موقع، ناخواسته بودن بارداری و کم اهمیت بودن بارداری ذکر شده است. پاملا ذکر می‌کند مادران با بارداری ناخواسته نسبت به حاملگی احساس شادی و نشاط نمی‌کنند و در مورد شروع مراقبت‌ها نگرش و عملکرد صحیح ندارند (۸). تحقیقات متعددی بارداری ناخواسته را یکی از مهم‌ترین موانع عدم مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری ذکر می‌کند (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۲۱).

در صورت بروز حاملگی ناخواسته، مادر باردار از مراجعه جهت مراقبت‌های معمول دوران بارداری خوددای نموده و در موارد زیادی به توصیه‌های پرسنل بهداشتی در خصوص تاریخ مراجعه بعدی، مصرف مکمل‌ها یا انجام آزمایشات اهمیت نمی‌دهند.

با توجه به تأثیرات سوء حاملگی ناخواسته و به‌ویژه همراه شدن آن با عوامل و رفتارهای پر مخاطره دوران بارداری جهت بهبود نتایج و پیامدهای این گونه بارداری‌ها، در وهله اول پیشنهاد می‌شود پرسنل بهداشتی به نقش مشاوره‌ای خود در کاهش شیوع بارداری ناخواسته اهمیت بیش‌تری داده و با توجه به تاریخچه فردی و بارداری هر زن نیاز وی را جهت انجام مشاوره در مورد روش مناسب پیشگیری از بارداری تشخیص دهند، ضمن اینکه افزایش آگاهی خانواده‌ها در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری و روش‌های اورژانسی بسیار مهم می‌باشد. ضروری است زنان و دختران جوان از اهمیت مشاوره قبل از بارداری و مراقبت‌های دوران بارداری آگاه باشند و تأثیر مراقبت‌های دوران بارداری را در پیامدهای مادری و نوزادی درک نمایند. همچنین تشویق و حمایت همسران کمک قابل توجهی به بهبود روند مراقبت‌های دوران بارداری و به‌ویژه بارداری‌های ناخواسته خواهد داشت که جا دارد به آن توجه بیش‌تری شود.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود که حمایت مالی این طرح با کد ۸۳۲۸ را بر عهده داشتند کمال تشکر را می‌نمایم. همچنین مراتب سپاس و امتنان خود را از خانم‌ها سمیه ضیایی و زهرا کشاورز که در جمع‌آوری داده‌ها ما را یاری دادند ابراز می‌داریم.

چرا فقط ۴/۸٪ مادران در بارداری خواسته و ۱/۲٪ مادران در بارداری ناخواسته قبل از بارداری مصرف اسیدفولیک را شروع کرده بودند؟ و آیا پرسنل بهداشتی از این فرصت برای تجویز اسیدفولیک استفاده کرده‌اند؟ در دو گروه تحت مطالعه از نظر مصرف قرص آهن تفاوت آماری دیده نشد. اما عدم مصرف مرتب قرص آهن و عدم انجام آزمایشات معمول بارداری با بارداری ناخواسته به‌طور معناداری در ارتباط بود. در مطالعه بینابج (۱۲) بین دو گروه مادران با بارداری خواسته و ناخواسته از نظر دریافت و استفاده از مکمل‌ها و همچنین از نظر انجام آزمایشات دوران بارداری تفاوت آماری معناداری وجود نداشت، اما سنگستانی (۱۹) گزارش نموده است نحوه استفاده از داروهای تجویزی مثل آهن، مولتی ویتامین و اسیدفولیک در بارداری ناخواسته ۴۹٪ و در مادران با بارداری برنامه‌ریزی شده ۷۹٪ بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معناداری داشته‌اند. همچنین طبق نتایج پژوهش سنگستانی میزان انجام آزمایشات درخواستی در دوران بارداری در حاملگی خواسته ۹۵٪ و در بارداری ناخواسته ۵۵٪ بوده است و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معناداری داشته‌اند (۱۹).

نتایج مطالعه حاضر در مورد کسب اضافه وزن مطلوب در دوران بارداری حاکی از آن است که حدود یک چهارم مادران با بارداری ناخواسته اضافه وزن مطلوب را کسب ننموده‌اند. عبداللهی نیز در بررسی خود به این نتیجه رسید که یک سوم مادران با بارداری ناخواسته کم‌تر از ۶ کیلوگرم اضافه وزن داشته‌اند (۴). افشار نیز نشان داد میانگین وزن‌گیری مادران با بارداری ناخواسته به‌طور معناداری کم‌تر از مادران با بارداری خواسته می‌باشد (۲۰).

در دو گروه تحت مطالعه از نظر بروز مشکلات و عوارض بارداری همگن بودند بجز در مورد شیوع عفونت ادراری که در مادران با بارداری ناخواسته تقریباً دو برابر گزارش شده بود. در مطالعه افشار نیز بین دو گروه از نظر مشکلات و عوارض بارداری اختلاف آماری دیده نشد (۲۰). البته بینابج و سنگستانی نشان دادند به‌طور معناداری وارد شدن به گروه پرخطر و ایجاد عارضه در دوران بارداری در مادران با بارداری ناخواسته بیش‌تر است (۱۲ و ۱۹).

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (۲۰۰۰) براساس بررسی‌های خود نتیجه‌گیری کرده‌اند دلایل ناکافی بودن مراقبت‌های دوران بارداری، بر اساس گروه‌بندی اجتماعی و نژادی، سن و روش پرداخت هزینه‌ها متغیر می‌باشد. شایع‌ترین دلایل عنوان شده، اطلاع دیر هنگام زنان از حاملگی خود، فقدان امکانات مالی یا پوشش بیمه‌ای برای مراقبت‌ها و عدم دسترسی به قرارهای ملاقات است (۳). نتایج مطالعه حاضر نیز مؤید این نکته است که در دو گروه اطلاع یا عدم اطلاع از بارداری مهم‌ترین علت مراجعه یا عدم مراجعه به موقع بوده است. در مادران با بارداری خواسته علل بعدی نبود امکان ملاقات و نبودن وسیله نقلیه ذکر شده‌اند. با توجه

References

1. Madaanipour A, Ahmadnia SH, Rostami Z, Ahmadabadi Z. Reproductive health; importance of income or education? Comparative analysis of world countries, with emphasize on the Middle East, North Africa And Central Asia. *Journal of Family Research* 2009;4(16):441-459.
2. Kilma CS. Unintended pregnancy, consequences and solutions for worldwide problem. *J Nurse Midwifery* 1998;43(6):483-91.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Sponj CY. *Williams Obstetrics*. 23th ed. McGraw-Hill;2010.p.189-190.
4. Abdollahy F, Mohamadpor R. Evaluation of adverse outcomes of unwanted pregnancy on the women referring to Mazandran medical university hospitals. *JMUMS* 2004;14(44):87-93.[Persian].
5. Moghadam-Banayem L, Eftekhary Ardebili H, Majlesy F, Rahemy A, Taamoli S, Amini-Manesh AR. Comparison of the Toxicity Risk pregnancies and unwanted pregnancies asked: a cohort study. *Payesh* 2007;7(11):29-33.[Persian].
6. Delgado Rodriguez M, Gomez Olmedo M, Bueno Cavanillas A, Galvez Vargas R. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Preventive Medicine* 1997;26(6):834-38.
7. Braveman P, Marchi K, Egerter S, Pearl M, Neuhaus J. Barriers to timely prenatal care among women with Insurance: The importance of pregnancy factors. *Obstetrics & Gynecology* 2000;95(6):874-80.
8. Low P, Paterson J, Woules T, Carter S, Williams M, Percival T. Factors affecting antenatal care attendance by mothers of pacific infants living in new Zealand. *Journal of the New Zealand Medical Association* 2005; 118(12-16).
9. Lepere EA. Relationship between unintended pregnancies and prenatal care. [cited 2009 March7]. Available from:URL: <http://www.epidemiology.vcu.edu/MPHprogram/Reserch/Lepere.htm>.
10. Marston C, Cleland J. Unintended pregnancy is linked to inadequate prenatal care, but not to unattended delivery or child health. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(3).
11. Orr ST, James SA, Reiter JP. Unintended pregnancy and prenatal behaviors among urban, black women in Baltimore, Maryland: The Baltimore preterm birth study. *Ann Epidemiol* 2008;18(7):545-51.
12. BinaBaj N. The effects of unwanted pregnancy on the quality of prenatal care. *Ofogh-E-Danesh* 2003;8(2):75-80.[Persian].
13. Baksh L, Davis K, Bloebaum L, Streeter N, Galloway K, Rolfs B. Unintended pregnancy in Utah. A Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Quarterly Report V.1 No.2. Available at: <http://health.utah.gov/mihp/prams/Unintended.pdf>
14. Poorheidary M, sozany A, shamaiian N. Prevalance of unwanted pregnancies and their correlates in pregnant women in shahrood, iran. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2007;6(1):61-70.[Persian].
15. Zamani F, Bashardoost N, Rajabi Z. Unwanted pregnancy in rural women of Najafabad. *Feyz* 2005;33(12):56-61.[Persian].
16. Riazi H, Many Kashany. The frequency and mode of pregnant women for prenatal care and factors affecting them. *Scientific Journal of Hamedan Nursing and Medwifery Faculty* 2005;13(24):26-31.[Persian].
17. Fekrat M, Kashanian M, Saberi Z. Evaluation of the effective factors in irregular prenatal care. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2004;42:605-610.[Persian].
18. Ansari Niaki M, Izadi Sabet F. The quality of prenatal care performance on the basis of existing care stands in health centers. *Koomesh* 2004;5(1-2):81-86.
19. Sangestany G. The relationship between unintended pregnancy and prenatal health care visitors in hospital Fatemiyeh Hamedan. *Proceeding of the National Congress of Public Health and Preventive Medicine*. Kermanshah University of Medical Sciences;2000.p.98. [Persian].
20. Afshar M, Delavar Davin N, Kiafar S. The comparasion of neonatal growth indices in unwanted and wanted pregnancies. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2004;6(13):40-45.[Persian].
21. Azizzadeh Foroozi M, Mohhammad Alizadeh S, Monshi Zadeh M, Fasihi Harandi M. Pregnant women's points of view regarding to not receiving pregnant care. *Hormozgan Medical Journal* 2004;8(4):221-226.[Persian].