

بررسی شیوع حاملگی های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد

فرشته زمانی^۱، دکتر نصرآ... بشردوست^۲، زهره رجبی^۳

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع حاملگی های ناخواسته، عوارض شناخته شده آن، تناقضات در مورد رفتار و عوامل مخاطره آمیز و عدم اطلاع از وضعیت آن در مناطق آسیب پذیر روستایی، این تحقیق به منظور تعیین شیوع و عوامل مربوط به حاملگی های ناخواسته در مناطق روستایی نجف آباد در سال ۱۳۷۶ انجام شد.

مواد و روش ها: تحقیق به روش مقطعی (*Cross Sectional*) روی تعداد ۷۸۸ نفر زنان باردار تحت پوشش خانه های بهداشت انجام گرفت. نمونه ها به طور تصادفی انتخاب و حاملگی ناخواسته بنا به اظهار زوجین تعیین و نقش نوع وسیله پیشگیری، سن در معرض خطر، نحوه مراجعه به خانه های بهداشت، محل دریافت تنظیم خانواده، میزان آگاهی از روشهای تنظیم خانواده، تمایل به سقط، سابقه حاملگی های ناخواسته و سایر عوامل مرتبط، بررسی و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد قضاوت قرار گرفت.

یافته ها: از ۷۸۸ خانم باردار مورد بررسی ۴۲ درصد حاملگی ناخواسته داشتند که محل دریافت خدمات تنظیم خانواده، نحوه استفاده از روشهای منقطع و فرصهای خوراکی در بروز حاملگی های ناخواسته شان نقش داشت، به طوری که خانمهای دارای حاملگی خواسته ۱۱/۲ درصد از روش منقطع و خانمهای دارای حاملگی ناخواسته ۲۵/۴ درصد از این روش استفاده کرده بودند.

نتیجه گیری و توصیه ها: میزان حاملگی ناخواسته بسیار بالا و خطرناک است. با توجه به عوارض شناخته شده این نوع حاملگی ها، بررسی دقیق علل و تحقیقات مداخله ای برای کاهش آن توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: حاملگی خواسته، رفتار پرخطر در حاملگی ناخواسته، روشهای پیشگیری از حاملگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۲/۳/۴

تاریخ تایید مقاله: ۸۲/۵/۹

۱- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده بهداشت

۲- عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه آمار

۳- کارشناس بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

• پاسخگو: زهره رجبی

✉ کاشان، خ ابادر، کوچه عترت ۲۶، مرکز آموزش بهورزی طالبیان

مقدمه

سلامت جامعه، مساله حاملگی های پرخطر شامل حاملگی در سنین زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال و حاملگی های با فاصله کم و پر تعداد می باشد. علاوه بر این ناخواسته بودن حاملگی، زنان را در معرض خطر بیشتری قرار می دهد، چرا که تعداد زیادی از زنان

همه ساله بروز بارداریهای ناخواسته ناشی از عدم استفاده صحیح از وسایل پیشگیری، در سراسر دنیا منجر به حدود ۱۴۹۰۰۰ مورد مرگ می شود(۱). یکی از نگرانی های فعلی در

مهم ترین مساله در این زمینه پاسخ به سه سوال عمده می باشد: حاملگی ها همراه با کدام عوامل و رفتارهای مخاطره آمیز در مناطق مختلف کشور وجود دارند؟ در صورت وجود هر یک از عوامل و رفتارها، فراوانی آن چقدر است؟ آیا این عوامل و رفتارها با نوع حاملگی یعنی خواسته یا ناخواسته بودن آن ارتباط دارد یا خیر؟ لذا به منظور تعیین شیوع حاملگی های ناخواسته و عوامل مرتبط با آن این تحقیق در مناطق روستایی نجف آباد، در سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روش ها

این تحقیق به روش Cross-Sectional بر روی زنان باردار تحت پوشش خانه های بهداشت فعال انجام گرفت. تحقیق در ۶۲ روستا و بر روی ۷۸۸ نفر، انجام شد. زنان باردار در هر روستا جهت مصاحبه به خانه بهداشت دعوت شدند و در صورت عدم مراجعه، با همکاری بهورز به منزل آنها مراجعه و با کسب رضایت آنها بررسی انجام شد. اطلاعات از طریق مصاحبه و پرونده بارداری جمع آوری گردید.

حاملگی ناخواسته به حاملگی هایی اطلاق می گردد که ناخواسته زن یا شوهر یا هر دو باشد (۱۰ و ۱۲). عوامل خطر مهم طبق تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل سن کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۵ سال، فاصله حاملگی کمتر از ۳ سال و تعداد فرزند بیش از ۳ نفر بود (۷). سابقه سقط یا مرده زایی نیز در این مطالعه به عنوان یک عامل خطر محسوب گردید. در این تحقیق در صورت وجود حداقل یکی از موارد فوق، حاملگی به عنوان حاملگی در معرض خطر تلقی شد. سایر متغیرهایی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند عوامل و رفتارهای تنظیم خانواده قبل از بارداری از جمله نوع و نحوه استفاده از روش پیشگیری، محل دریافت و نحوه ی مراجعه به خانه بهداشت، تعداد فرزندان، آگاهی و سطح سواد آنان بود. هم چنین رفتار زنان در حین بارداری شامل نحوه ی مراجعه به خانه بهداشت برای دریافت مراقبت های دوران بارداری و نیز تمایل یا تقاضا برای ختم بارداری مورد بررسی قرار گرفت.

داده های فرم اطلاعاتی، استخراج و طبقه بندی شدند سپس شیوع و یا فراوانی عوامل خطر رفتار زنان قبل و حین بارداری با آمارهای توصیفی تعیین و ارتباط آن با نوع حاملگی از طریق آماره های t -test، χ^2 مورد قضاوت آماری قرار گرفت و $odds$ Ratio محاسبه گردید. ضمناً شیوع حاملگی های ناخواسته تعیین و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.

هنگام مواجهه با حاملگی ناخواسته، اقدام به رفتارهای نادرست می کنند. آنها به مراقبت از خود کمتر اهمیت می دهند و احتمالاً اقداماتی برای ختم بارداری انجام می دهند (۲)، که سلامت جامعه و به ویژه زنان و کودکان را بیش از پیش مورد تهدید قرار می دهد. بروز حاملگیهای ناخواسته خود نیز تا حد بسیار زیادی ناشی از رفتارهای نادرست تنظیم خانواده می باشد. بررسیها نشان می دهد که با اصلاح رفتارها و عوامل مرتبط با تنظیم خانواده می توان از $\frac{1}{3}$ تا $\frac{1}{2}$ مرگ و میر مادران پیشگیری نمود (۳ و ۴).

از جمله عوامل مخاطره آمیز، بارداری در سن پایین و یا سن بالا می باشد. همچنین تعداد حاملگی و زایمان، بویژه حاملگی چهارم به بعد عامل دیگری است که با مرگ و میر مادران ارتباط مستقیم دارد (۵). یک مطالعه در ایران نشان داد که ۵۹ درصد از حاملگی های ناخواسته در زنانی رخ می دهد که دارای سه فرزند یا بیشتر هستند (۶).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، بارداری های بدون طرح قبلی منجر به حدود ۹۰ درصد از تولدهای ناخواسته شده و مابقی موارد از شکست روش پیشگیری ناشی شده است. این میزان در بردارنده ۱۷ درصد از بیماریهای مادران و ۸۹ درصد از سقط های غیر ایمن است. سهم قابل انتساب این باردها در بیماری های مادران در آمریکا و جنوب شرقی آسیا ۳۳-۲۳ درصد بوده است (۱). در یک بررسی سراسری در ایران میزان وقوع حاملگی های ناخواسته در میان زنان ایرانی ۴۰ درصد کل حاملگیها اعلام شده است (۷ و ۸). مطالعات نشان می دهد که از هر ۱۰ زن متاهل در جهان، چهار نفر ادعا نموده اند که فرزند دیگری نمی خواهند (۹). ناخواسته بودن حاملگی، سلامت مادر و کودک را به مخاطره می اندازد. طوریکه در تحقیقات قبلی گزارش شده است ۱۴ درصد حاملگی های نابهنگام منجر به تولد کودک نارس می شود در صورتی که در بارداری های برنامه ریزی شده این نسبت کمتر از (۸ درصد) می باشد (۱۰). وقوع حاملگی های ناخواسته یکی از دلایل عمده مرگ و میر ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال در سطح جهان شمرده می شود. از ۱۰۰,۰۰۰ حاملگی که در طول سال رخ می دهد، ۶۵۰ زن به علت تلاش برای رهایی از معضل فوق جان خود را از دست می دهند (۸).

عوامل مخاطره آمیز مانند سن در معرض خطر، تعدد حاملگی، فاصله کم بین بارداری ها، و یا رفتارهای ناسالم مانند تاخیر در دریافت مراقبت های دوران بارداری، تمایل به سقط و غیره، اگر با بارداری های ناخواسته همراه شوند، سلامت مادر و کودک را بیشتر تهدید خواهند نمود.

یافته ها

۵۱/۳۵ درصد حاملگی های ناخواسته از نظر وجود حداقل یکی از عوامل، در معرض خطر بودند در صورتیکه این میزان در حاملگی های خواسته ۳۱/۲۹ در صد بود. تفاوت فوق از نظر آزمون آماری χ^2 معنی دار بود ($P < 0/001$).

۲۶ درصد زنان مواجه با حاملگی های ناخواسته و ۲۸ درصد زنان مواجه با حاملگی های خواسته آگاهی مطلوبی در مورد مزایا و روشهای پیشگیری از بارداری نداشتند. آزمون χ^2 اختلاف بین آگاهی این دو گروه را تأیید نکرد.

۷۸/۵ درصد زنانی که با حاملگی ناخواسته روبرو شده بودند، قبل از بارداری از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کردند. ۶۷/۸۶ درصد زنانی که در این گروه از قرصهای پیشگیری و یا کاندوم استفاده می کردند، روشی نادرست داشتند در حالیکه فقط ۲۳/۷ درصد زنان استفاده کننده که دارای حاملگی خواسته بودند، قبل از بارداری روش نادرستی داشتند ($P < 0/001$).

۵۸ درصد زنان با حاملگی ناخواسته و ۸۱ درصد زنان با حاملگی خواسته دارای سواد پنجم ابتدایی و بیشتر بودند که آزمون χ^2 ارتباط بین نوع حاملگی و سطح سواد را تأیید نمود ($P < 0/001$).

در مقایسه میانگین فرزند موجود و نیز میانگین فرزند پسر موجود در دو گروه زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$).

از بین زنانی که دارای حاملگی ناخواسته بودند ۸۰/۲۰ درصد و از بین زنانی که دارای حاملگی خواسته بودند ۹۳ درصد بطور مرتب برای دریافت مراقبت های دوران بارداری به خانه بهداشت مراجعه می کردند. نحوه مراجعه به خانه بهداشت با نوع حاملگی ارتباط داشت ($P < 0/001$).

۴۹ درصد زنان مواجه با حاملگی ناخواسته تمایل و تقاضای ختم بارداری و سقط داشتند.

جدول

۱- توزیع زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته به تفکیک روشهای پیشگیری از حاملگی

| O.R | نتیجه آزمون | نوع حاملگی | |
|-----|--------------|---------------------|-----------------------|
| | | خواسته (درصد) تعداد | ناخواسته (درصد) تعداد |
| ۱/۷ | $P < 0/0001$ | ۱۰۶ (۲۳/۲) | ۱۱۴ (۳۴/۴) |
| — | $P < 0/2$ | ۳۵ (۷/۷) | ۱۶ (۴/۸) |
| — | $P < 0/9$ | ۶۲ (۱۳/۶) | ۴۶ (۱۳/۹) |
| ۲/۷ | $P < 0/000$ | ۵۱ (۱۱/۲) | ۸۴ (۲۵/۴) |
| ۳/۸ | $P < 0/000$ | ۱۹۱ (۴۱/۸) | ۵۲ (۱۵/۷) |
| — | $P < 0/8$ | ۱۲ (۲/۶) | ۱۹ (۵/۸) |

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان بر حسب عوامل خطر و رفتارهای ناسالم قبل و حین بارداری به تفکیک نوع بارداری

| OR | P.Value | نوع حاملگی | عوامل و رفتارها |
|----|---------|------------|-----------------|
|----|---------|------------|-----------------|

تحقیق بر ۷۸۸ نفر زن باردار روستایی ۴۹-۱۵ ساله انجام شد. سن زنان مورد مطالعه $24/94 \pm 5/1$ سال، تعداد فرزندان موجود $1/33 \pm 1/6$ و تعداد فرزند دلخواه آنان $2/4 \pm 1$ بود. قبل از بارداری، متداولترین روش پیشگیری مربوط به قرصهای خوراکی در ۲۷/۹ درصد (۲۲۰ نفر) و کمترین فراوانی مربوط به IUD در ۶/۳ درصد (۵۱ نفر) از زنان بوده است. از کل زنان حامله مورد بررسی، تعداد ۳۳۱ نفر دارای حاملگی ناخواسته بوده اند که دارای شیوع ۴۲ درصد بود. با توجه به این میزان شیوع، میزان واقعی حاملگی های ناخواسته در جامعه روستایی نجف آباد با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۳۸/۶ تا ۴۵/۴ درصد برآورد می گردد. ۳۰/۸ درصد (۲۴۳ نفر) قبل از بارداری از هیچ روشی استفاده نمی کرده اند. ۲۰ درصد زنان مورد مطالعه قبلاً حداقل یکبار حاملگی ناخواسته را تجربه نموده بودند. جدول شماره ۱ توزیع نمونه ها را بر حسب استفاده از روشهای پیشگیری و وقوع حاملگی ناخواسته به تفکیک نشان می دهد. بیشترین موارد حاملگی ناخواسته مربوط به زنان استفاده کننده از قرص بوده است.

۶۵۴ نفر از زنان (۸۳ درصد) در سن ۳۵-۱۸ سال و ۱۳۴ نفر (۱۷ درصد) در سنین پر خطر (کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۵ سال) قرار داشتند. میانگین سن در زنان با حاملگی خواسته $21/8 \pm 4/4$ ، ($n = 437$) و در زنان با حاملگی ناخواسته $29/3 \pm 5/7$ ، ($n = 317$) بود که آزمون t استیودنت اختلاف بین این دو میانگین را تأیید کرد ($P = 0/001$).

مجموع زنان دارای سن در معرض خطر (کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۵ سال)، در حاملگی های ناخواسته ۸۴/۵۹ درصد و در حاملگی های خواسته ۸۱/۱۸ درصد بودند اما آزمون آماری χ^2 این تفاوت را مورد تأیید قرار نداد (جدول ۲).

| | | ناخواسته (N2=331) | خواسته (N1=457) | | |
|------|--------|----------------------|--------------------|--------------------------|--|
| | | | | ندارد | |
| - | 0/2 | 280(84/6) | 371(81/2) | (18-35) | سن در معرض خطر |
| | | | | دارد | |
| | | 51(15/4) | 86(18/8) | کمتر از 18 و بیشتر از 35 | |
| | | | | ندارد | وجود سایر عوامل خطر |
| 2/32 | <0/001 | 161(48/6) | 314(68/7) | | |
| | | 170(51/3) | 143(31/3) | دارد | |
| | | | | مرتب | نحوه مراجعه به خانه بهداشت از قبل بارداری |
| - | 0/7 | 206(62/2) | 291(63/1) | نامرتب | |
| | | 125(37/8) | 166(36/3) | | |
| | | | | غیرخانه بهداشت | محل دریافت خدمات تنظیم خانواده |
| 1/4 | <0/05 | 71(21/4) | 125(27/4) | خانه بهداشت | |
| | | 260(78/5) | 332(72/6) | | |
| | | | | مطلوب | آگاهی از مزایا و روشهای تنظیم خانواده |
| - | 0/2 | 245(74) | 329(72) | نامطلوب | |
| | | 86(25/9) | 128(28) | | |
| | | | | بلی | استفاده از روشهای تنظیم خانواده قبل از بارداری |
| 0/22 | <0/05 | 260(78/5) | 203(44/5) | خیر | |
| | | 71(21/4) | 253(55/5) | | |
| | | | | درست | نحوه استفاده از قرص و کاندوم، قبل از بارداری |
| 6/8 | <0/001 | 106(32) | 348(76/2) | نا درست | |
| | | 225(68) | 109(23/8) | | |
| | | | | پنجم ابتدائی و بیشتر | سطح سواد |
| 3/2 | <0/001 | 192(58) | 372(81/4) | کمتر از پنجم ابتدائی | |
| | | 139(42) | 85(18/6) | | |
| | | | | مرتب | نحوه مراجعه به خانه بهداشت، در حین بارداری |
| 2/3 | <0/001 | 282(85/2) | 425(93) | نامرتب | |
| | | 49(14/8) | 32(7) | | |
| | | | | ندارد | تقاضا یا تمایل به سقط |
| - | - | 162(49) | 457(100) | دارد | |
| | | 169(51) | 0 | | |
| | | | | نداشته است | سابقه حاملگی ناخواسته |
| - | - | 170(51/3) | 457(100) | داشته است | |
| | | 161(48/6) | 0 | | |
| | | | | | تعداد فرزندان موجود |
| - | <0/001 | 2/03±1/7 | 0/63±1/03 | | |
| | | | | | تعداد فرزندان پسر |
| - | <0/001 | 1/12±1/19 | 0/313±1/68 | | |

بحث و نتیجه گیری

میانگین سنی در زنان مواجه با بارداری ناخواسته حاصل شکست تنظیم، 29/303 سال بود که از میانگین سنی زنان با حاملگی خواسته حدود 8 سال بیشتر بود. در مطالعه ای که اکبرزاده و

این تحقیق نشان داد که حدود یک ششم زنان باردار روستایی شهرستان نجف آباد از نظر سنی در معرض خطر بودند و

رایجترین روش پیشگیری قبل از بارداری در هر دو گروه قرص بود. ۳۴/۴ درصد زنان مواجه با حاملگی ناخواسته از این روش استفاده می کردند. در مطالعه اکبرزاده نیز شایعترین روش قرص بود ولی میزان مصرف قرص ۵۳/۷ درصد گزارش شده بود (۱۱). علت این اختلاف ممکن است ناشی از اختلاف در حجم نمونه و یا اختلاف در منبع دسترسی به خدمات تنظیم خانواده باشد. حجم نمونه در این مطالعه نسبتاً زیادتر و نزدیک به سرشماری بود، ولی در مطالعه انجام شده در شهرستان اراک با وجود آنکه تعداد کل نمونه تقریباً مشابه بود (۷۶۱ نفر) اما تنها ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه را زنان باردار روستایی تشکیل می دادند. از طرفی نتایج بدست آمده در آن تحقیق نشان داد که ۹۲ درصد زنان وسایل تنظیم خانواده را از خانه بهداشت دریافت می کنند (۱۱) ولی در جامعه ی روستایی شهرستان نجف آباد ۷۸-۷۲ درصد اقدام به این کار می نمایند. این مطلب به آن علت است که این مطالعه به طور گسترده در ۶۲ روستا صورت گرفته و در برخی از روستاها ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده بهورز مرد بوده است لذا استفاده کنندگان قرص کمتر بوده اند.

از نتایج دیگر آن بود که ۴۹ درصد زنان مواجه با حاملگی ناخواسته تمایل و تقاضای سقط و ختم بارداری خود را دارند. این رقم، جدی و نگران کننده می باشد و ممکن است مخاطرات شیدی برای مادر و جنین به همراه داشته باشد. طبق مطالعات انجام شده در امریکا نیمی از حاملگی های ناخواسته به سقط منجر می شود. احتمالاً عوامل زیادی در تمایل و نهایتاً اقدام به سقط دخالت دارند. از آن مهمتر این که معمولاً به دلیل ممنوعیت سقط جنین در بسیاری از کشورها و همچنین به دلایل فرهنگی تعداد زیادی از موارد سقط به صورت پنهانی و غیر قانونی در شرایط ناسالم صورت می گیرد. این مساله به عنوان یکی از عوامل مؤثر در صحت مطالعات انجام شده در زمینه سقط می باشد و پایایی یافته های این مطالعات را کاهش می دهد. در یک بررسی معلوم شد که مطابق با مدارک موجود ۱۹ درصد زنان حداقل یک مورد از سقط های خود را گزارش نمی کنند (۱۷).

رفتار زنان باردار بر سلامت خود و کودکانشان مؤثر است. این رفتارها ممکن است ناشی از نگرش آنها نسبت به حاملگی باشد. در یک بررسی با انجام آنالیز چند متغیره معلوم شد که رفتار زنان دارای حاملگی خواسته و برنامه ریزی شده، با زنان مواجه با بارداری های ناخواسته متفاوت می باشد. آنها به علائم دوران بارداری بیشتر توجه می کنند و به مراقبت های دوران بارداری اهمیت بیشتری می دهند (۱۸). این یافته ها با نتایج مطالعه

خورسندی بر روی زنان باردار شهرستان اراک انجام دادند میانگین سنی زنان مواجه با حاملگی ناخواسته ۲۸/۸ و بیشتر از میانگین سنی زنان با حاملگی خواسته بود (۱۱) که با نتایج این تحقیق مشابه است. همان گونه که از نتایج مطالعات مختلف استنباط می شود حاملگی زنان مسن، به احتمال بیشتری ناخواسته می باشد. چرا که به نظر می رسد اکثر آنها دارای تعداد فرزند دلخواه و یا حتی بیشتر می باشند و از طرفی به خاطر رشد سواد، زنان جوان زنانی باسوادترند و آگاهانه تر با تنظیم خانواده برخورد می کنند. در مطالعه ای که در ایالات متحده صورت گرفت نیز نشان داد ۱۷ درصد حاملگی های ناخواسته در گروه سنی بالای ۳۵ سال رخ داده اند (۱۲). اما نتایج برخی از مطالعات که در کشورهای صنعتی صورت گرفته است، با این یافته ها همساز نمی باشد. از جمله می توان به یک بررسی ملی که در کشور آمریکا صورت گرفت اشاره نمود. نتایج این بررسی نشان داد که ۴۳ درصد متولدین در آمریکا حاصل حاملگی های بدون برنامه بوده اند. این نسبت در گروه سنی ۱۷-۱۵ سال حدود ۷۸ درصد و در گروه سنی ۱۹-۱۸ سال ۵۰ درصد بود (۱۳). عدم مطابقت این یافته ها با نتایج تحقیق حاضر احتمالاً به دلیل اختلاف در ویژگی های اجتماعی و فرهنگی جوامع مورد مطالعه می باشد، چرا که در همان بررسی، ۷۸ درصد بارداری ها مربوط به زنان ازدواج نکرده، برنامه ریزی نشده و نابهنگام اعلام شده است (۱۳). در تحقیق دیگری اصطلاحات "نابهنگام" و "ناخواسته" بودن جداگانه و به تفکیک مورد سوال قرار گرفت. نتایج بدست آمده با نتایج این مطالعه مشابه بوده و بیانگر این بود که اکثر حاملگی های ناخواسته در سن بالای ۳۵ سال اتفاق می افتند (۱۴).

پژوهش حاضر بیانگر آن بود که ۶۵ درصد از زنان دارای حاملگی خواسته قبلاً از روشهای پیشگیری استفاده می کردند که به دلیل تمایل به بارداری و قبل از حاملگی فعلی اقدام به ترک استفاده از آنها نموده اند. در حالی که استفاده از این روشها در زنان مواجه با بارداری ناخواسته بسیار بیشتر یعنی ۷۸/۵ درصد گزارش شد با این وجود بدون برنامه و ناخواسته حاملگی به وقوع پیوست. این نتایج اهمیت بالا بردن کیفیت خدمات تنظیم خانواده و مشاوره صحیح جهت اصلاح بکارگیری روشهای پیشگیری از بارداری را نشان می دهد. اهمیت مساله زمانی روشن می شود که مسائل مختلف در این ارتباط را ارزیابی نماییم. چرا که با وجود صرف هزینه، وقت، نیروی انسانی و از همه مهمتر تمایل خانواده برای جلوگیری از بارداری، متأسفانه زنان با حاملگی ناخواسته مواجه می شوند و به دنبال آن اقدام به سقط، عدم توجه کافی به مراقبت از خود و... صورت می گیرد (۱۵).

حاضر نیز همسان می باشد. ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده و آموزش جامعه بیش از
 با توجه به نقش خطیر حاملگی های ناخواسته و بویژه
 همراه شدن آن با عوامل و رفتارهای مخاطره آمیز می بایستی به
 پیش اهمیت داده شود.

References:

- ۱- سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۲ ترجمه احمدوند علیرضا، جمشیدی احمدرضا، ستوده مهران، سیاری علی اکبر، شادپور کامل و...، تهران، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ. ۱۳۸۱؛ ۹۹-۱۰۰.
- ۲ - زمانی فرشته، افتخار حسن، بشردوست، مرعشی طیب، نقیعی ابوالحسن. بررسی رفتار زنان در هنگام مواجه شدن با حاملگی ناخواسته. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۲؛ شماره ۶، ۵۵-۶۲.
- 3 - *Esmat M, The national mortality study, EMR, 6IE. 2000, 2-5*
- ۴ - نقوی محسن. بررسی عوامل مؤثر بر مرگ مادران در جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت. گزارش پایان نامه برای اخذ درجه تخصص در رشته اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۵؛ ۳۱-۹.
- ۵ - سیام شهره. بررسی نحوه عملکرد زنان شهر رشت در باره تنظیم خانواده. مجله آموزش بهداشت، تهران. ۱۳۸۳؛ دوره ۱، شماره ۳، ۵۹-۵۳.
- 6 - *Aghajanian, Merhyar H. Fertility, Contraceptive Use and Family Planning Program Activity in the Islamic Republic of Iran. International Family Planning Perspectives, June 1999; Volume 25, Number 2*
- ۷ - حلواچی حسن. بارداری های ناخواسته و عوامل تعیین کننده آن در جمعیت زنان باردار در سن باروری (۱۵-۴۹) در شهرستانهای دلیجان. گزارش پایان نامه برای اخذ درجه MPH. ۱۳۷۴؛ ۵۴-۳.
- ۸ - حیدرنیا علیرضا، حاجی زاده ابراهیم، سربینیدی زابلی فاطمه، طاهری عزیز میهناز. بررسی ویژگی های اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی زنان شهر تهران بر کاهش رشد جمعیت و ارائه الگوی مناسب آموزشی. مجله آموزش بهداشت، تهران. ۱۳۸۲؛ دوره ۱، شماره ۲، ۳۲-۲۵.
- 9 - *Maine D. Maternal mortality: a problem whose time has come. nt Health News. Sep. 1988; 9(7):4*
- 10 - *LeaVonne, Lorraine V, Klerman, Hao Tang Beth A. The Extent of Pregnancy Mistiming and Its Association With Maternal Characteristics and Behaviors And Pregnancy Outcomes. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. July/August 2002; Volume 34, Number 4*
- ۱۱ - اکبرزاده مرضیه، خورسندی محبوبه. بررسی علل حاملگی های ناخواسته در شهرستان اراک. گزارش تحقیق، دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۱۳۷۶؛ ۴۵-۲۰.
- 12- *Reinprayoon D. Intrauterine contraception. Curr Opin Obstet Gynecol. 1992 Aug;4(4):527-30*
- 13 - *Kost K, Forrest JD. Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics. Fam Plann Perspect. 1995 Jan-Feb; 27(1):11-7*
- 14- *Denise V, Angelo D, Gilbert B, Roger W, Rochat, S, Santelli J Herold M, Differences Between Mistimed and Unwanted Pregnancies Among Women Who Have Live Births. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. September/October 2004; Volume 36, Number 5*
- ۱۵ - زمانی فرشته. بررسی میزان شیوع و برخی عوامل مؤثر در حاملگی های ناخواسته و نحوه برخورد با آن در زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله شوهردار شهرستان نجف آباد. گزارش پایان نامه برای اخذ مدرک کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۶، ۴۰-۵.
- ۱۶ - شکبیا مهرداد، طباطبایی افسر، کریمی مهران. بررسی حاملگی های ناخواسته در استان یزد، مجله طلوع بهداشت. ۱۳۸۱ (۲)؛ ۳۰-۲۶.
- 17- *Udry JR, Gaughan M, Schwingl PJ, van den Berg BJ. A Medical Record Linkage Analysis of Abortion Underreporting, Family Planning Perspectives. September/October 1996 Volume 28, Number 5, :228-31*
- 18 - *Kost K, Landry DJ, Darroch JE, Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter?, Fam Plann Perspect. Mar-Apr. 1998; 30(2): 79-88*