

مقایسه‌ی برخی متغیرهای زمینه‌ای در زنان با حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی شده

فریدخت یزدانی^{۱*}

تاریخ وصول: ۹۱/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: در حالی که حاملگی برنامه‌ریزی شده واقعه‌ای خوشایند برای خانواده است، حاملگی ناخواسته آثار نامطلوبی بر مادر، نوزاد و نهایتاً کل خانواده بر جای می‌گذارد. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی برخی متغیرهای زمینه‌ای در زنان با حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی شده انجام گرفته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی است که بر روی ۱۰۰ نفر از زنان باردار و همسردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نجف‌آباد در سال ۱۳۹۱ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرونده موجود در مراکز بهداشتی درمانی و پرسشنامه محقق ساخته بود. پرسشنامه از طریق مصاحبه با خانم باردار در خردادماه تکمیل گردید. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی - تحلیلی توسط نرم افزار ۱۶ SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۲۵٪ بارداری‌ها ناخواسته و ۶۵٪ با برنامه‌ریزی بود. از میان متغیرهای زمینه‌ای نظیر شغل همسر، تعداد فرزندان دلخواه، میانگین تعداد فرزند پسر، جنسیت فرزند و روش پیشگیری مورد استفاده، بین دو گروه خواسته و ناخواسته از لحاظ آماری اختلاف معناداری در سطح $p < 0.05$ مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به این که درصد قابل توجهی از حاملگی‌های ناخواسته به دنبال استفاده از روش طبیعی یا منقطع بوده است؛ مشاوره و آموزش بیشتر در خصوص استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری و آگاه نمودن افراد از روش پیشگیری از حاملگی اورژانسی در راستای ارتقای کیفی خدمات تنظیم خانواده ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: حاملگی ناخواسته، حاملگی برنامه‌ریزی نشده، تنظیم خانواده.

مقدمه

روش طبیعی استفاده می‌کنند که درصد خطای بالایی دارد. نیمی دیگر که از روش مدرن استفاده می‌کنند، در اثر خطای روش یا خطای استفاده از آن روش با مشکل مواجه می‌شوند. بیشترین تعداد کسانی که خطای استفاده از روش دارند، خانم‌هایی هستند که قرص می‌خورند، اما طریقه مصرف‌شان اشتباه است (۶). بنابراین اطمینان از استفاده یک روش پیشگیری از حاملگی، تضمین کننده موفقیت آن در عمل نیست و استفاده صحیح از آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۷). بر اساس آمار موجود، از هر ۱۷۵ میلیون حاملگی که همه ساله در دنیا به وقوع می‌پیوندد ۷۵ میلیون حاملگی ناخواسته است که ۴۵ میلیون آن منجر به سقط می‌شود (۱). مطالعات دیگر در تعدادی از استان‌های کشور نشان داده که حدود ۳۰ تا ۳۵٪ حاملگی‌ها ناخواسته بوده است (۸).

بارداری ناخواسته از جنبه‌های مختلفی بر زندگی زوجین اثر می‌گذارد که بیشترین تأثیر مهم آن روی سطح روانی اجتماعی است (۹). از طرفی بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی در کشورهای اسلامی از جمله ایران در پاره‌ای از موارد با سقط

بارداری ناخواسته یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشت عمومی در جهان است که نگرانی و فشار زیادی را برای مادر و همسر و در صورتی که بارداری ادامه پیدا کند، احتمالاً برای فرزند به همراه خواهد داشت و درنهایت می‌تواند، به عنوان مشکلی بزرگ برای کل جامعه باشد (۱). علل عمده حاملگی‌های ناخواسته عدم استفاده از روش‌های پیشگیری و یا شکست روش‌های پیشگیری می‌باشد (۲). علیرغم تحول قابل توجهی که در سال‌های اخیر در عملکرد تنظیم خانواده در ایران رخ داده است (۳ و ۴)، متأسفانه هنوز درصد قابل توجهی از حاملگی‌ها ناخواسته می‌باشد. در ایران، اطلاعات غلط زنان در خصوص چگونگی کاربرد صحیح روش‌های ضدبارداری به عنوان یکی از علل مهم بارداری‌های ناخواسته می‌باشد (۵). در بیش از نیمی از موارد بارداری ناخواسته، از روش‌های مدرن پیشگیری استفاده نمی‌شود و این افراد از

بارداری ناخواسته، بارداری تعریف می‌شود که مادر قبل از حاملگی، یک روش پیشگیری از بارداری اعم از مطمئن (قرص، کاندوم، آی یو دی، آمپول‌های تزریقی، کپسول-های کاشتنی) و یا نامطمئن (نزدیکی منقطع، شیردهی، ریتم) استفاده می‌کرده است یا خود عنوان می‌کند که حاملگی فعلی ناخواسته بوده است. برای زنان شرکت کننده در مطالعه، اهداف تحقیق شرح داده شد و این اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه بوده و از این اطلاعات بدون ذکر نام افراد و فقط به منظور مقاصد پژوهشی استفاده خواهد گردید. افراد تحت مطالعه توسط پرسشگر مورد مصاحبه حضوری قرار می‌گرفتند و اطلاعات جمع‌آوری شده در پرسشنامه پژوهشگر ساخته-ای که بدین منظور طراحی گردیده بود ثبت می‌گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات در یک مرحله، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماري ۱۶ spss استفاده شد. نتایج بصورت توصیفی و تحلیلی در قالب جداول بیان شده است. ارتباط متغیرهای کیفی با بارداری ناخواسته با استفاده از آزمون مجذور کای و مقایسه متغیرهای کمی در بارداری ناخواسته و برنامه ریزی شده با استفاده از آزمون t مستقل صورت گرفت. سطح قابل قبول در تمام آزمون‌ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در نتایج به دست آمده از این مطالعه و براساس گفته زنان، ۳۵٪ بارداری‌ها ناخواسته و ۶۵٪ با برنامه‌ریزی بود. میزان بارداری ناخواسته از دیدگاه همسر ۳۲٪ و حاملگی برنامه‌ریزی شده ۶۸٪ گزارش شد. در این بررسی ۵۷٪ مادران در گروه حاملگی ناخواسته، و ۶۱/۵٪ در گروه حاملگی برنامه‌ریزی شده تحصیلات متوسطه داشتند. اکثریت زنان (۸۵/۷٪) در گروه حاملگی ناخواسته خانه‌دار و مابقی (۱۴/۳٪) شاغل بودند. این میزان در گروه حاملگی برنامه‌ریزی شده ۸۶/۲٪ خانه‌دار و ۱۳/۸٪ شاغل گزارش شد که بین دو گروه از لحاظ آماری اختلاف معناداری وجود نداشت ($p=0/32$). در گروه حاملگی ناخواسته، ۳۴/۲٪ مادر شکم اول و ۶۵/۷۱٪ چندزا بودند. جدول شماره‌ی ۱ و ۲ به مقایسه‌ی میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی برخی متغیرهای زمینه‌ای در زنان با حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی شده می‌پردازد.

جنبه‌های پنهانی و غیربهداشتی همراه می‌شود که می‌تواند به عوارض غیرقابل جبران و یا مرگ نابهنگام زنان منجر شود (۱۰). بنابراین راهکارهای بهداشت عمومی با تمرکز بر انواع روش‌های ضدبارداری، و ارتقاء مشاوره برای جلوگیری از بارداری به منظور کاهش حاملگی ناخواسته، به ویژه در بین زنان در سنین باروری، بیشتر باید انجام گیرد (۱۱)؛ و لازم است در برنامه‌های ارتقاء بهداشت، برنامه‌های آموزشی و راهکارهای عملی، در جلوگیری از بارداری‌های بدون برنامه و یا ناخواسته بر ارتقاء و اصلاح آگاهی زنان در مورد وسایل جلوگیری از بارداری تأکید شود. اگر چه در مورد میزان شیوع حاملگی‌های ناخواسته تحقیقات متعددی در مناطق مختلف کشور طی سال‌های گذشته صورت گرفته است اما به طور کلی علیرغم موفقیت برنامه‌ی تنظیم خانواده در ایران، کمتر می‌توان به تحقیقات تازه‌تری در این زمینه دست یافت و هنوز میزان قابل توجهی از حاملگی‌ها، ناخواسته می‌باشند. این مطالعه با هدف تعیین میزان بارداری‌های ناخواسته در جمعیت مورد مطالعه، و شناخت برخی متغیرهای زمینه‌ای مؤثر بر بارداری‌های ناخواسته انجام شده است تا با بیان مهمترین عوامل مؤثر بر حاملگی‌های ناخواسته، مسئولین را در جهت دادن درست برنامه‌های تنظیم خانواده یاری نماید.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی است که در خرداد ماه ۱۳۹۱ در مراکز بهداشتی و درمانی شهر نجف‌آباد انجام شد. جامعه آماری را کلیه مادران باردار و همسران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تشکیل می‌دادند که دارای پرونده بوده و تا پایان بارداری تحت مراقبت و پیگیری فعال در مراکز بهداشتی درمانی قرار داشتند. از بین آنان با استفاده از فرمول حجم نمونه تعداد ۹۲ نفر به دست آمد که برای راحتی محاسبه تعداد ۱۰۰ نمونه با روش نمونه‌گیری آسان در نظر گرفته شد. اطلاعات بر اساس نتایج پرسش‌نامه محقق ساخته جمع‌آوری گردید. اعتبار محتوایی پرسشنامه با مراجعه به آخرین منابع معتبر علمی و طبق نظر افراد صاحب نظر و خیره در این زمینه تأمین گردید. جهت پایایی پرسشنامه از روش Test-re test استفاده شد و همبستگی بین پرسش‌ها ۸۳/۹٪ به دست آمد. سوالات پرسشنامه شامل عوامل جمعیت شناختی، سابقه بارداری، وضعیت بارداری اخیر (خواسته یا ناخواسته)، شغل همسر، ترجیح جنسیت فرزند و تاریخ آخرین زایمان بود. در این پژوهش منظور از بارداری ناخواسته، ناخواسته بودن آن برای زن بوده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار برخی متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه زنان با حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی شده

متغیر	حاملگی ناخواسته M ± SD	حاملگی برنامه‌ریزی شده M ± SD	Pvalue
سن مادر (سال)	۲۶/۱۲±۷/۳۳	۲۵/۴۵±۵/۶۷	
سن همسر (سال)	۳۳/۷۶±۴/۵	۳۰/۴۵±۷/۴	
سن ازدواج مادر (سال)	۱۸/۴۳±۴/۷	۱۸/۴۳±۴/۷	
تعداد فرزندان	۲/۰۱±۲/۴۵	۱/۸±۱/۴	
تعداد فرزند پسر	۱/۰۱±۰/۳۳	۰/۸±۰/۴۷	p=۰/۰۰۴

جدول (۲) توزیع فراوانی برخی متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه زنان با حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی شده

متغیر	حاملگی ناخواسته	حاملگی برنامه‌ریزی شده	Pvalue
ترجیح جنسیت فرزند	٪۱۷	٪۳۷	p=۰/۰۱۹
شغل همسر	کارمند	٪۲۰	p=۰/۰۲۴
	آزاد	٪۶۷/۷	
	بیکار	٪۱۲/۳	
تعداد فرزند دلخواه	هیچ	--	p>۰/۰۵
	یک فرزند	٪۱۳/۸	
	دو فرزند	٪۷۳/۹	
	بیش از سه فرزند	٪۱۲/۳	
تاریخ آخرین زایمان	۱-۲ سال قبل	٪۴/۶	p=۰/۰۱۵
	۲-۳ سال قبل	٪۳۷/۲	
	بیش از ۳ سال	٪۵۸/۲	

فراوانی نوع روش‌های پیشگیری از بارداری مورد استفاده در زنان با حاملگی ناخواسته را نشان می‌دهد.

همچنین در گروه حاملگی ناخواسته، ۷۱/۴٪ از یک روش و ۲۸/۶٪ از هیچ روشی برای پیشگیری استفاده نمی‌کردند؛ و اکثریت زنان در گروه حاملگی ناخواسته (۶۸٪) از روش طبیعی برای پیشگیری استفاده می‌کردند. جدول شماره ۳ توزیع

جدول (۳) توزیع فراوانی نوع روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان با حاملگی ناخواسته

نوع روش پیشگیری	قرص	آی یو دی	کاندوم	آمپول	طبیعی	جمع
تعداد (درصد)	۵ (۲۰٪)	۱ (۴٪)	۲ (۸٪)	۰	۱۷ (۶۸٪)	۲۵ (۱۰۰٪)

تعداد مراجعین به مراکز ارائه خدمات سلامت در جوامع مشابه می‌باشد (۷). میزان کشوری شاخص درصد حاملگی ناخواسته بر اساس گفته زن در سال ۱۳۷۹ از ۲۴/۱٪ به ۱۸/۶٪ در سال ۱۳۸۴ کاهش یافته است (۱۲). در برخی از نقاط دنیا مانند آمریکا نیز میزان حاملگی ناخواسته در سال ۲۰۱۱، ۴۰٪ گزارش شده است که در هر ایالت حداقل از هر ۱۰ حاملگی، ۴ حاملگی ناخواسته یا ناپهنگام بوده است. بیش از نیمی از حاملگی‌ها در ۲۹ ایالت و حوزه کلمبیا ناخواسته و ۳۸٪ تا ۵۰٪ برنامه‌ریزی نشده بوده است (۱۳ و ۱۴). در مطالعه حاضر این میزان ۳۵٪ ناخواسته مادر و ۳۳٪ ناخواسته پدر بود.

در ادامه با استفاده از آزمون کای دو، از میان متغیرهای زمینه‌ای نظیر سن مادر، سن همسر، سن ازدواج مادر، تعداد فرزندان، تعداد فرزند دختر، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال مادر و تعداد بارداری، رابطه معناداری بین دو گروه حاملگی ناخواسته و حاملگی برنامه‌ریزی شده مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

از مطالعات انجام شده چنین به نظر می‌رسد که شیوع حاملگی ناخواسته تابع شرایط مکانی و زمانی می‌باشد. مسلماً آمار حاملگی‌های ناخواسته در مطالعات جمعیتی متفاوت، در ارتباط با

در این تحقیق میانگین تعداد فرزندان 2.45 ± 0.1 ، میانگین تعداد فرزند مطلوب 2.7 ± 0.2 ، و میانگین تعداد فرزند دختر 0.9 ± 0.1 بود. یافته‌ها نشان داد که اکثر مادران به داشتن ۲ فرزند بدون ترجیح جنسیت تمایل داشتند. گذشته از تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر جوامع مختلف از نظر تعریف فرزند ناخواسته و تعداد فرزند ایده‌آل که ریشه در عقاید و باورهای اجتماعی و مذهبی افراد جوامع مختلف دارد، عواملی چون سطح اقتصادی و شیوه امرار معاش خانواده و توقعات افراد جامعه از سطح زندگی و برداشت ایشان از سطح قابل قبول استانداردهای زندگی بر این تعریف تأثیرپذیر است (۷). همچنین در این تحقیق در گروه حاملگی ناخواسته تعداد فرزند پسر بیشتر بود ($p=0.004$). شاید این موضوع با مسائل فرهنگی، اجتماعی، و تربیتی خانواده و جامعه مرتبط می‌باشد. در خیلی از جوامع بر دارا بودن فرزند پسر به دلایل اقتصادی- اجتماعی و مذهبی تأکید می‌گردد. چنین الگویی ما را به این فرضیه که تمایل برای داشتن فرزند پسر بر رفتار باروری تأثیر می‌گذارد، رهنمود می‌کند (۲۲).

در این مطالعه، ۶۸٪ میزان بروز حاملگی ناخواسته به دنبال استفاده از روش پیشگیری طبیعی و ۲۰٪ به دنبال استفاده از قرص بود. در مطالعه منصوره و همکاران (۱۳۸۳) در مشهد نیز روش نزدیکی منقطع شایع‌ترین روش پیشگیری در حاملگی‌های ناخواسته گزارش شد و بیشتر از یک چهارم از مادران در حاملگی‌های ناخواسته، از روش‌های پیشگیری اضطراری بی اطلاع بودند (۲۳). شیوع استفاده از روش پیشگیری طبیعی و ارتباط آن با حاملگی ناخواسته در تحقیقات دیگر نیز نشان داده شده است (۲۴ و ۲۵).

در این بررسی، ۵۰٪ گروه حاملگی ناخواسته بین ۲ تا ۳ سال از تاریخ آخرین زایمان‌شان می‌گذشت. احتمالاً کاهش فاصله بین موالید در این گروه به دنبال عدم استفاده از وسایل مدرن پیشگیری از بارداری، خطای اینگونه وسایل، عوامل تغییر یا ترک روش پیشگیری، اشتباه در استفاده از وسایل پیشگیری و موارد دیگری از این قبیل بوده است.

می‌توان گفت یکی از محدودیت‌های این مطالعه، جامعه آماری مورد مطالعه است که تنها زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی را شامل می‌گردد و این مسئله به نوبه خود می‌تواند یکی از دلایل اصلی تفاوت‌های مشاهده شده با نتایج مطالعات جمعیتی باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر که درصد بیشتری از حاملگی ناخواسته در زنان چندزای، زنان با همسران بیکار، و در استفاده از روش پیشگیری طبیعی مشاهده شد؛ توصیه می‌گردد جهت کاهش بروز موارد حاملگی‌های ناخواسته T، مسئولین محترم بهداشتی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در مراکز بهداشتی درمانی با در نظر داشتن این نکته که متأسفانه درصد قابل توجهی از حاملگی‌های ناخواسته بدنبال استفاده از روش طبیعی اتفاق می‌افتد؛ در واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی

در این بررسی میانگین سن مادران با حاملگی ناخواسته 26.12 ± 0.33 سال، میانگین سن مادر هنگام ازدواج 18.12 ± 0.53 سال، و میانگین سن همسران 33.76 ± 0.45 سال بود. در مطالعه‌ای دیگر توسط ماهوری و همکاران در بندر عباس میانگین سنی زنان باردار مورد مطالعه 25.8 ± 0.8 و میانگین سنی همسران ایشان 29.8 ± 0.4 گزارش شد (۷). امانی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود در اردبیل نشان دادند که میانگین سنی مادران با حاملگی ناخواسته 28.2 سال می‌باشد (۱۵). امین شکروی و هودن (۱۳۸۳) عنوان می‌کنند به طور کلی زنان در گروه سنی زیر ۲۰ سال، با تعداد فرزندان بیشتر از سه، داشتن سابقه سقط و بارداری ناخواسته قبلی بیشتر در معرض خطر بارداری ناخواسته می‌باشند. افزایش بارداری‌های ناخواسته در گروه سنی مذکور با تحقیقات دیگری نیز به اثبات رسیده است (۱۶). به نظر می‌رسد زنان دارای حاملگی ناخواسته در سنین ۱۳ تا ۳۵ سال نیاز بیشتری به آموزش‌های کافی در مورد پیشگیری از بارداری ناخواسته دارند. یافته‌های آپسون^۱ و همکاران نیز مؤید این موضوع است (۱۱).

بین میزان تحصیلات زنان مورد مطالعه و خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی ارتباط معناداری وجود نداشت که در مغایرت با برخی تحقیقات دیگر است (۱۵، ۱۷، ۱۸). احتمالاً کارکنان مراکز بهداشتی درمانی نجف‌آباد تا حدود زیادی توانسته‌اند با توجه به سطوح مختلف تحصیلات مادران، میزان آگاهی آن‌ها را از روش‌های پیشگیری از بارداری ناخواسته افزایش دهند.

در این مطالعه در گروه حاملگی ناخواسته، 85.7% زنان خانه دار بودند. اینطور به نظر می‌رسد که عواملی نظیر شرایط اقتصادی، اجتماعی و شغلی مادر بر حاملگی تأثیرگذار نبوده است. در مطالعه شهبازی و همکاران (۱۳۸۵) نیز ارتباط معناداری بین میزان شیوع حاملگی ناخواسته با شغل مادر وجود نداشت (۱۷) هر چند که در مغایرت با نتایج برخی مطالعات دیگر، بیشترین میزان شیوع حاملگی ناخواسته در بین خانم‌های خانه‌دار بوده است (۱۸ و ۱۹ و ۲۰). از طرفی 17.1% همسران در گروه حاملگی ناخواسته بیکار بودند که در مقایسه با گروه حاملگی برنامه‌ریزی شده (12.3%) از نسبت بیشتری برخوردار بوده است. شاید بتوان گفت از یک طرف بیکاری و از طرف دیگر ناآگاهی از روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری از دلایل ایجاد بارداری ناخواسته در این گروه از زنان بوده است.

در این بررسی 54.3% حاملگی‌های ناخواسته در مادرانی بود که بیش از یک فرزند داشتند. این میزان در مطالعه‌ی مشابه امانی و همکاران در اردبیل برای زنان بیش از یک فرزند 65.4% گزارش شده است (۱۵). همین نتیجه در مطالعات مختلف نیز مشاهده می‌شود (۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱).

^۱. Upson

درمانی در زمینه انواع روش های پیشگیری از بارداری اورژانسی، استفاده صحیح از قرص لوونورژسترل^۱، قرص های ترکیبی استروژن و پروژسترون، و آی یو دی مسی (۲۶)، خطرات جسمی روانی و اجتماعی برای زنان، مزایای ارتقاء بهداشت مادر، جنین و نوزاد آموزش های بیشتری صورت گیرد و تحقیقات بعدی به بررسی کیفیت عملکرد پزشک خانواده و مشاوران تنظیم خانواده، و کیفیت مراقبت اولیه در سقط های عمدی اختصاص یابد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان نجف آباد، کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و مادران باردار شرکت کننده در این پژوهش که در انجام تحقیق همکاری داشته اند، قدردانی می گردد.

^۱. levonorgestrel

References:

۱. Purafsar R, Taghizadeh Z, Faqyhzadeh S, Bazazyan Sh. Prevalence and causes of unwanted pregnancies in patients with a positive pregnancy test and provide appropriate strategy. *Hayat; J Tehran Univ of Medl Sci.* ۲۰۰۳; ۱۷(۹): ۳۱-۲۴. [Persian]
۲. Chiou VM, Shrier LA, Emans SJ. Emergency postcoital contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* ۱۹۹۸; ۱۱(۲): ۶۱-۷۲.
۳. Aghajanian A, Mehryar A. Fertility transition in the Islamic Republic of Iran: ۱۹۷۶-۱۹۹۶. *Asia Pac Popul J.* ۱۹۹۹; ۱۴(۱): ۲۱-۴۲. [Persian]
۴. Abbasi-Shavazi MJ, Mehryar A, Jones G, McDonald P. Revolution, war and modernization: Population policy and fertility change in Iran. *J Popul Res.* ۲۰۰۲; ۱۹(۱): ۲۵-۴۶.
۵. Panjeshahin MR. Prevalence of Unwanted pregnancies and its relationship with social status of women referring to pre labor health care centers in Shiraz in ۱۹۹۵. *Health & Research.* ۱۹۹۹; ۴(۱): ۱۵-۲۱. [Persian]
۶. Malek Afzali H. Estimation of abortions due to unintended pregnancies in Iran in ۱۹۹۵. *Journal of Family Health.* ۱۹۹۵; ۱(۲): ۱-۸. [Persian]
۷. Mahoori Kh, Amirian M. [Unwanted pregnancies and associated factors in women referred to health centers in Bandar Abbas in ۲۰۰۴. *Medl J Hormozgan Univ.* ۲۰۰۹; ۱۴(۱): ۳۲-۲۵. [Persian]
۸. Purzakarya M. Causes of unwanted fertility of married women aged ۱۵-۴۹ in southern Tehran (comparative study in the region of Dolatkhan and Farmanfarmayan). MA thesis demography, college of social sciences, Tehran University, ۲۰۰۲. [Persian]
۹. Molina RC, Roca CG, Zamorano GS, and Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* ۲۰۱۲; ۲۴(۲): ۲۰۹-۲۲۲.
۱۰. Flisher AJ, Joubert G, Yach D. Death from Septicemia as a consequence of unplanned pregnancy. *SAMJ.* ۱۹۹۰; ۷۸(۳): ۲۵۰-۲۶۱.
۱۱. Upson K, Reed SD, Prager SW and Schiff MA. Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages ۳۵-۴۴ years at risk of unwanted pregnancy. *Contraception.* ۲۰۱۰; ۸۱(۵): ۴۲۷-۴۳۴.
۱۲. Khosravi A, Najafi F, Rahbar MR, Atefi A, Motlagh ME, Kabir MJ. Feature of health indicators in Iran. *Development Center Network and Health Promotion, Department of Information Technology and Management, secretariat of application Research, Department of Health, Ministry of Health, treatment and*

- Medical Education. ۲۰۰۹; p: ۲۳۹.[Persian]
۱۳. Sharon J. Unplanned pregnancies in U.S. at ۴۰ percent. Distributed by McClatchy-Tribune Information Services. USA TODAY .[homepage on the Internet]. Updated May ۲۰, ۲۰۱۱. Available from: <http://www.physorg.com/news/۲۰۱۱-۰۵-unplanned-pregnancies-percent.html>.
۱۴. Sharon J. Unplanned pregnancies in states reach ۴ in ۱۰. USA TODAY [homepage on the Internet]. Updated ۵/۱۹/۲۰۱۱ ۲:۲۷ PM. Available from: <http://yourlife.usatoday.com/parenting-family/pregnancy/story/۲۰۱۱/۰۵/۴۰-of-pregnancies-across-USA-unplanned-study-finds/۴۷۳۱۶۷۷۲/۱.html>
۱۵. Amani F, Bashiri J, Nahan Moghaddam N, Tabrayee Y. Application of logistic regression models in survey of factors affected on unwanted pregnancy. Qom Univ Medl Sci J. ۲۰۱۰; ۴(۱): ۳۲-۳۶. [Persian]
۱۶. Amin Shokravi F, Chapman FH. Survey of factors affected on unwanted pregnancies in the group of pregnant women in Tehran. JReproduc & Fert. ۲۰۰۴; ۵(۳): ۲۴۹-۲۵۸. [Persian]
۱۷. Shahbazi A, Ghorbani R, Akbarifar M. Survey of Prevalence and factors associated on unwanted pregnancy in pregnant women referred to Semnan laboratories. J Medl Sci Semnan Univ (Koomesh). ۲۰۰۶; ۷(۳, ۴): ۱۳۳-۱۳۷. [Persian]
۱۸. Kavary Sh, Keshtkaran A. The survey of effective factors on different practical failure methods of family planning in women referred to health centers. Middle East J Family Med. ۲۰۰۵; ۳(۲): ۱-۴.
۱۹. Asef Zadeh S, Ghasemi Barghi R. The survey of referrals to health centers for contraceptive services and family planning in the city of Qazvin in ۱۹۹۴. J family Health, Family Planning Association of Iran. ۱۹۹۶; ۱(۴): ۵۲-۵۳. [Persian]
۲۰. Ghazvini F. Prevalence of unintended pregnancy and its risk factors in pregnant women attending prenatal care clinics affiliated hospitals of Tehran Medical Sciences University, ۱۹۹۹-۲۰۰۱. PhD thesis of Medicine, Medical Sciences of Tehran University. ۲۰۰۱; ۱۰-۲۷. [Persian]
۲۱. Shakiba M, Tabatabayee A, Karimi M. The survey of unwanted pregnancy in Yazd province. J College Health (tolo-e-behdasht). ۲۰۰۲; ۲: ۲۷-۲۹. [Persian]
۲۲. Brown B. Many women at high risk of unintended pregnancy are unaware of emergency contraception or how to use it. Fam Plan Perspec. ۲۰۰۱; ۳۳(۱): ۴۲-۴۳.
۲۳. Mansouri A, Hosseini Sh, Dadgar S. The frequency of unwanted pregnancy and related factors in women referred to hospitals in Mashhad city. J Birjand Univ Medl Sci. ۲۰۰۹, ۱۶(۱), ۶۵-۷۱. [Persian]
۲۴. Delaram M, Sereshti M, Rafiaeyan M. Causes of unwanted pregnancy in users

- of contraceptive pills referred to the Hajar hospital in ۲۰۰۲-۲۰۰۳. J Shahrekord Univ Medl Sci (JSKUMS). ۲۰۰۴; ۶(۳): ۵۵-۶۲. [Persian]
۲۵. Norouzi A, Khorram Roodi R., Sharifi, Tahmasebi R. Rate of unintended pregnancy and related factors in women's health centers the city of Bushehr in ۲۰۰۳. J Kashan Univ Medl Sci (Feyz). ۲۰۰۴; ۷(۲): ۲۳-۲۸. [Persian].
۲۶. Langston A. Emergency contraception: update and review. Semin Reprod Med. ۲۰۱۰; ۲۸(۲): ۹۵-۱۰۲.