

شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در استان کردستان در سال ۱۳۹۱

نسرین استاد نوروزی^۱، مهدی ذکایی^۲، ژیان خرمدل^۳، فرناز زندوکیلی^{۴*}

۱- کارشناس بهداشت عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- پزشک عمومی، MPH، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴- استادیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۸

چکیده

مقدمه و هدف:

بارداری ناخواسته با افزایش سقط عمدی، زایمان زودرس و وزن کم موقع تولد همراه است و همچنین عوارض روانی اجتماعی اقتصادی و بهداشتی برای زنان و خانواده ها ایجاد می کند و یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی محسوب می شود، لذا این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته در بین زنان استان کردستان انجام شد.

مواد و روش ها:

در این مطالعه مقطعی تعداد ۱۱۳۴ نفر شرکت داشتند. در هر شهرستان از بیمارستان های دارای زایشگاه و هم چنین از مراکز تسهیلات زایمانی نمونه گیری نسبتی انجام شد. داده های مورد نیاز از طریق مصاحبه جمع آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS 11.5 و تست های آماری کای دو و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

نتایج:

در تحلیل تک متغیره بین سن ($P < 0/001$) سطح تحصیلات ($P < 0/001$) سطح تحصیلات همسر ($P = 0/003$) و روش پیشگیری از بارداری ($P < 0/001$) با حاملگی ناخواسته ارتباط معنی دار وجود داشت و بین حاملگی ناخواسته و محل سکونت ($P = 0/97$) و شغل ($P = 0/55$) ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. در تجزیه و تحلیل با رگرسیون لجستیک، کسانی که سن بالاتری داشتند ($P < 0/001$) کسانی که سطح تحصیلات پایین تری داشتند ($P = 0/01$) حاملگی ناخواسته بیشتری داشتند.

نتیجه گیری:

سن بالا و پایین بودن سطح تحصیلات با وقوع حاملگی ناخواسته ارتباط داشتند لذا لزوم بالابردن سطح آگاهی و دادن آموزش های مناسب به زنان و همسرانشان با برنامه های گسترده تر و همه جانبه تر وجود دارد.

کلیدواژه ها:

حاملگی ناخواسته، تنظیم خانواده، روش پیشگیری از بارداری

مقدمه:

یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی محسوب می شود^(۱). معمولاً بعد از حاملگی های ناخواسته زنان مبادرت به انجام سقط جنین می کنند که بیشتر این سقط ها، سقط های غیرایمن است^(۲-۸). در زنان سنین باروری (۱۵-۴۲ ساله) به ازای هر هزار زن در دنیا ۲۲ مورد سقط غیرایمن گزارش شده است^(۷) سقط عفونی بعد از حاملگی ناخواسته یکی از پنج عامل مهم مرگ و میر مادران می باشد^(۱۱).

سالانه حدود ۸۰ میلیون زن در تمام دنیا بارداری ناخواسته را تجربه می کنند و حدود ۴۲ میلیون نفر از آنان مبادرت به سقط جنین می کنند. ۱۹ میلیون از این سقط ها غیرایمن بوده و منجر به مرگ ۶۷۰۰۰ زن می شود^(۱۲).

حاملگی ناخواسته تعاریف متفاوتی دارد که از آن جمله می توان به این موارد اشاره کرد، حاملگی ناخواسته به حاملگی هایی گفته می شود که از دیدگاه زن، همسرش یا هر دو ناخواسته باشد^(۱) و بدون خواست و اراده زوجها یا بدون برنامه ریزی قبلی به وقوع بپیوندد^(۲-۳) و همچنین به معنای عدم تمایل به بارداری نه در زمان حال و نه در زمان آینده گفته می شود^(۴-۶). بارداری ناخواسته با افزایش سقط عمدی، زایمان زودرس و وزن کم موقع تولد همراه است^(۷، ۸، ۱۲) و همچنین عوارض روانی اجتماعی اقتصادی و بهداشتی برای زنان و خانواده ها ایجاد می کند^(۹) و

بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام طرح توجیه شدند و در صورت ابراز رضایت و تمایل وارد مطالعه شده‌اند و اطلاعات مورد نیاز از آنها جمع آوری شده است.

یافته‌ها:

در این پژوهش ۱۱۳۴ نفر شرکت داشتند که شیوع حاملگی ناخواسته در بین آنان ۲۵/۱٪ (۲۸۵ مورد) بود. ۵۵۲ نفر (۴۸/۷٪) از افراد مورد مطالعه ساکن شهر بودند. ۱۰۹۶ نفر (۹۶/۶٪) از زنان خانه دار و ۴۴۲ نفر (۳۹٪) دارای تحصیلات ابتدایی بودند. بیشتر زنان شرکت کننده در مطالعه ۴۶۵ نفر (۴۱٪) سابقه یک بار حاملگی و ۴۹۵ نفر (۴۳/۷٪) یک بار زایمان داشته‌اند. تعداد ۱۵۸ نفر (۱۳/۹٪) سابقه یک بار سقط، ۴۰ نفر (۳/۵٪) یک بار زایمان زودرس و ۴۸۵ نفر (۴۲/۸٪) نیز ۱ فرزند داشته‌اند. ۱۹۶ نفر (۱۷/۳٪) از زنان شرکت کننده در این مطالعه از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده کرده‌اند که ۸۲ نفر (۷/۲٪) از روش منقطع و ۶۷ نفر (۵/۹٪) از قرص‌های جلوگیری از بارداری و ۱۵ نفر (۱/۳٪) از IUD (وسیله داخل رحمی) استفاده می‌کردند. در مورد اینکه حاملگی از نظر کدامیک از زوجین ناخواسته بوده، ۱۳۷ مورد (۱۲/۱٪) از نظر زن، ۱۰۲ مورد (۹٪) مرد و ۹۲ مورد (۸/۱٪) از نظر هر دو حاملگی ناخواسته بود (جدول ۱).

بیشترین درصد حاملگی ناخواسته (۴۴/۲٪) در زنان گروه سنی ۳۶ سال و بالاتر و با سطح تحصیلات بیسواد (۴۲/۳٪) و ابتدایی (۲۴/۴٪) بود. هم چنین بیشترین درصد حاملگی ناخواسته (۵۱/۷٪) در زنانی بود که سطح تحصیلات همسر آنها بیسواد بود. ۲۵/۲ درصد از ساکنان شهر و ۲۵/۳ درصد از زنان خانه دار حاملگی ناخواسته داشتند (جدول ۲). نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که سن و سطح تحصیلات بر حاملگی ناخواسته تاثیر می‌گذارند (جدول ۳). با بالا رفتن سن میزان حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود و با افزایش سطح تحصیلات میزان حاملگی ناخواسته کمتر می‌شود.

بحث:

میزان حاملگی ناخواسته در این مطالعه ۲۵/۱ درصد به دست آمد. در این مطالعه مهمترین عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته سن و سطح تحصیلات بودند.

نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات میزان حاملگی ناخواسته کمتر می‌شود و بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در بین زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر دیده شد که با نتایج بدست آمده از مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (۲۶، ۱۵، ۱۳). ربابی و عباسی شهوازی در مطالعات خود نشان دادند که بیشترین میزان حاملگی های ناخواسته در زنانی که سطح تحصیلات پایینی داشتند اتفاق می افتد (۱۵، ۲۶). یکی از دلایل پایین بودن میزان حاملگی ناخواسته در میان زنان و مردانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند می‌توان به این مورد اشاره کرد که این افراد اطلاعات و آگاهی‌های بیشتری در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و مسائل جمعیتی دارند و سطح اجتماعی اقتصادی بهتری دارند بنابراین میزان حاملگی ناخواسته در بین آنان کم‌تر است.

در مطالعه ما با افزایش سن درصد حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود

تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف ایران شیوع حاملگی ناخواسته را بین ۲۶ تا ۴۷ درصد حاملگی‌ها نشان می‌دهد (۱۹، ۱۳).

عوامل مختلفی از جمله خصوصیات دموگرافیک و اجتماعی، اقتصادی و عوامل مراقبتی و مشاوره‌ای تنظیم خانواده، ارتباطات جنسی و سطح تحصیلات و روش جلوگیری از بارداری از عوامل موثر بر حاملگی ناخواسته هستند (۲۰). همچنین عواملی مانند جنس فرزندان قبلی، سن همسر، تحصیلات همسر، سن مادر، نوع روش جلوگیری از بارداری و طول مدت استفاده از آن، تعداد حاملگی قبلی، تعداد فرزندان زنده قبلی و فاصله بین دو حاملگی بر حاملگی ناخواسته تاثیر می‌گذارد (۲۱-۲۲). مهمترین عامل موثر بر حاملگی ناخواسته عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و شکست این روش‌ها می‌باشد (۲۲، ۲۵).

با توجه به مضرات و عوارض حاملگی ناخواسته بر روی سلامت مادر و کودک باید برای کاهش میزان بارداری‌های ناخواسته برنامه‌ریزی‌های درستی انجام بدهیم. همچنین به دلیل اینکه در مطالعات مختلف عوامل متعدد تاثیر گذاری برای حاملگی ناخواسته ذکر شده است (۲۰، ۲۲)، لذا هدف از انجام این مطالعه با توجه به ویژگی‌های خاص فرهنگی استان کردستان بررسی عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته است.

روش کار:

این مطالعه یک مطالعه مقطعی شامل زنان باردار و تازه زایمان کرده ساکن در کلیه شهرستانهای استان کردستان در سال ۱۳۹۱ بود. در هر شهرستان، در بیمارستانهای دارای بلوک زایمان و تسهیلات زایمانی نمونه‌گیری به صورت در دسترس و در طی چند روز پشت سرهم انجام شد به صورتی که از هر شهرستان به نسبت جمعیت، نمونه‌گیری انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل زنان باردار و تازه زایمان کرده بود که به بیمارستان‌ها یا مراکز تسهیلات زایمانی مراجعه کرده بودند و معیار خروج از مطالعه شامل زنانی بود که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند. بر اساس شیوع احتمالی ۱۰٪ و دقت ۱/۸٪ و خطای نوع اول ۵٪ حجم نمونه برابر ۱۰۶۸ نفر محاسبه شد که در این مطالعه ۱۱۳۴ نفر بررسی شدند. برای جمع آوری داده‌ها، متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن، شغل، سطح تحصیلات و اطلاعات دیگر مانند تعداد حاملگی، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده، نوع بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بودن و روش تنظیم خانواده استفاده شده، به روش مصاحبه گرفته شد و در پرسشنامه ثبت گردید.

بعد از ورود افراد به مطالعه، داده‌ها به صورت مصاحبه و ثبت در پرسشنامه با رضایت کامل شرکت کنندگان در پژوهش جمع آوری شد. سپس داده‌ها وارد نرم افزار SPSS 11.5 شد و برای تحلیل تک متغیره از تست آماری کای دو استفاده شد و نسبت شانس و حدود اطمینان ۹۵٪ آن محاسبه شد. سپس متغیرهای دارای شرایط ورود به مدل رگرسیونی ($P=0/25$) به مدل رگرسیون لجستیک وارد شدند و تحلیل انجام شد و نسبت شانس تطبیق داده شده و حدود اطمینان ۹۵٪ آن محاسبه شد.

شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای مختلف در افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
سن	زیر ۱۸ سال	۲/۳
	۱۸ - ۳۵	۸۴/۱
	۳۶ و بالاتر	۱۳/۶
محل سکونت	شهر	۴۸/۷
	روستا	۵۱/۳
سطح تحصیلات	بیسواد	۸/۶
	ابتدایی	۳۹
	راهنمایی و دبیرستان	۲۸/۵
	دیپلم و بالاتر	۲۴
سطح تحصیلات همسر	بیسواد	۲/۶
	ابتدایی	۲۸/۷
	راهنمایی و دبیرستان	۳۳/۲
	دیپلم و بالاتر	۳۵/۵
شغل	خانه دار	۹۶/۶
	دولتی	۲/۷
	آزاد	۰/۶
تعداد حاملگی	۱	۴۱
	۲	۳۰/۲
	۳	۱۷/۶
	۴ و بیشتر	۱۱/۲
تعداد زایمان	۰	۱۰/۱
	۱	۴۳/۷
	۲	۲۷/۱
	۳	۱۲
	۴ و بیشتر	۷/۱
تعداد سقط	۰	۸۲/۲
	۱	۱۳/۹
	۲	۳
	۳ و بیشتر	۰/۹
پیشگیری	دارد	۱۷/۳
	ندارد	۸۲/۷
روش پیشگیری	قرص	۰/۳
	آی یو دی	۵/۹
	دپو	۱/۳
	کاندوم	۰/۹
	واژکتومی	۱/۸
	ریتمیک	۰/۱
	منقطع	۰/۱
	منقطع	۷/۲
وضعیت حاملگی	خواسته	۷۴/۹
	ناخواسته	۲۵/۱

جدول شماره ۲: تحلیل تک متغیره بررسی ارتباط بین متغیرهای مختلف با حاملگی ناخواسته

متغیر	حاملگی خواسته	حاملگی ناخواسته	سطح معنی داری
سن	زیر ۱۸ سال	(/۷۶/۹)۲۰	(/۲۳/۱)۶
	۱۸-۳۵	(/۷۷/۹)۷۴۳	(/۲۲/۱)۲۱۱
	۳۶ و بالاتر	(/۵۵/۸)۸۶	(/۴۴/۲)۶۸
سطح تحصیلات	بیسواد	(/۵۷/۷)۵۶	(/۴۲/۳)۴۱
	ابتدایی	(/۷۵/۶)۳۳۴	(/۲۴/۴)۱۰۸
	راهنمایی و دبیرستان	(/۷۸/۶)۲۵۴	(/۲۱/۴)۶۹
	دیپلم و بالاتر	(/۷۵/۴)۲۰۵	(/۲۴/۶)۶۷
تحصیلات همسر	بیسواد	(/۴۸/۳)۱۴	(/۵۱/۷)۱۵
	ابتدایی	(/۷۵/۱)۲۴۴	(/۲۴/۹)۸۱
	راهنمایی و دبیرستان	(/۷۸/۲)۲۹۵	(/۲۱/۸)۸۲
	دیپلم و بالاتر	(/۷۳/۴)۲۹۶	(/۲۶/۶)۱۰۷
روش پیشگیری از بارداری	استفاده	(/۴/۱)۸	(/۹۵/۹)۱۸۸
	عدم استفاده	(/۸۹/۷)۸۴۱	(/۱۰/۳)۹۷
محل سکونت	شهر	(/۷۴/۸)۴۱۳	(/۲۵/۲)۱۳۹
	روستا	(/۷۴/۹)۴۳۶	(/۲۵/۱)۱۴۶
شغل	خانه دار	(/۷۴/۷)۸۱۹	(/۲۵/۳)۲۷۷
	شاغل	(/۷۸/۹)۳۰	(/۲۱/۱)۸

جدول شماره ۳: تحلیل چند متغیره بررسی ارتباط عوامل دموگرافیکی با حاملگی ناخواسته

متغیر	نسبت شانس تطبیق داده شده و حدود اطمینان ۹۵٪		سطح معنی داری	سطح معنی داری بصورت کلی
	نسبت شانس	حداقل	حداکثر	
گروه سنی (۱۸ تا ۳۵ سال گروه پایه)				
زیر ۱۸ سال	۱/۱۵۴	۰/۴۵۴	۲/۹۳۲	۰/۷۶۴
۳۶ و بالاتر	۲/۴۹۸	۱/۷۲۱	۳/۶۲۴	<۰/۰۰۱
تحصیلات مادر (بیسواد گروه پایه)				
ابتدایی	۰/۵۲۸	۰/۳۳۵	۰/۸۶۵	۰/۰۱۱
راهنمایی و دبیرستان	۰/۵۰۹	۰/۳۰۵	۰/۸۵۰	۰/۰۱۰
دیپلم و بالاتر	۰/۶۱۶	۰/۳۶۸	۱/۰۳۰	۰/۰۶۵

■ نتیجه گیری:

سن بالا و پایین بودن سطح تحصیلات با وقوع حاملگی ناخواسته ارتباط داشتند لذا لزوم بالابردن سطح آگاهی و دادن آموزش های مناسب به زنان و همسرانشان با برنامه های گسترده تر و همه جانبه تروجود دارد. بهتراست کارکنان مراکز بهداشتی آموزش های لازم را در خصوص بازآموزی نحوه آموزش تنظیم خانواده به زبانی ساده و قابل فهم برای مراجعه کنندگان ببینند.

■ تشکر و قدردانی:

در پایان از تمامی کسانی که ما را در انجام این طرح یاری کردند سپاسگزاریم.

و در سنین بالای ۳۵ سال حاملگی ناخواسته بیشتری اتفاق می افتد، مطالعات اربابی و همکاران، محمد بیگی و همکاران و وکیلی و همکاران نشان داد که با افزایش سن شیوع حاملگی ناخواسته بیشتر می شود^(۱۴،۲۲،۲۶). این امر می تواند ناشی از باوری باشد که زنان بالای ۳۵ سال نسبت به کم شدن قدرت باروری خود و نزدیک شدن به سنین یائسگی دارند. هم چنین یکی دیگر از دلایلی که می توان برای ارتباط بین سن بالاتر و وقوع حاملگی ناخواسته ذکر کرد این نکته است که معمولاً زنانی که در سنین بالاتر هستند تعداد فرزند مطلوب خود را تعیین کرده اند و در صورت بروز حاملگی در این سنین به عنوان حاملگی ناخواسته تلقی می گردد^(۲۶).

روش پیشگیری از بارداری هم با میزان حاملگی ناخواسته ارتباط معنی داری داشت به این صورت که بیشتر کسانی که از روش های جلوگیری از بارداری استفاده می کردند حاملگی ناخواسته داشته اند، این نتیجه به این دلیل است که زمانی که فرد تصمیم به استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری می کند پس قصد حامله شدن ندارد و اگر حاملگی همزمان با استفاده از این روش های پیشگیری رخ دهد بدیهی است که از نظر فرد به عنوان حاملگی ناخواسته محسوب شود. نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در بین زنانی بود که از روش پیشگیری از بارداری منقطع استفاده می کردند، وکیلی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ۴۱٪ از افرادی که حاملگی آنها ناخواسته بود از روش منقطع جهت پیشگیری از بارداری استفاده می کردند این نتایج همچنین با نتایج بدست آمده از مطالعات دیگر همخوانی دارد^(۲۶-۲۷،۱۳،۲۳). میزان اثربخشی این روش به طرز استفاده صحیح زوجین بستگی دارد و با توجه به اینکه روش های مطمئن دیگری مثل IUD و روش های هورمونی می توانند در کاهش میزان حاملگی ناخواسته موثر باشند لذا لزوم توجه به آموزش صحیح و مشاوره درست تنظیم خانواده برای زنان و همسرانشان وجود دارد.

نتایج این مطالعه نشان می دهد که میزان حاملگی ناخواسته در زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل بود اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی داری نبود که نتایج بدست آمده با مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد^(۱۴،۲۲،۲۶،۲۸). در مطالعه محمدبیگی و همکاران ارتباط معنی داری بین حاملگی ناخواسته و شغل زنان شرکت کننده در مطالعه دیده نشد^(۱۴). عدم وجود ارتباط بین شغل و حاملگی ناخواسته ممکن است به دلیل تعداد کم شرکت کنندگان شاغل در مطالعه باشد.

زنانی که حاملگی ناخواسته دارند نسبت به حاملگی خود و تولد نوزاد احساس خوبی ندارند و در صورت تصمیم به ادامه حاملگی سلامت روحی و عاطفی خود و نوزاد شان به خطر می افتد و در صورت تصمیم به ختم حاملگی و سقط جنین، خطر سقط های عفونی و به خطر انداختن سلامت جسمی وجود دارد که لازم است در خصوص راهکارهایی برای کاهش میزان حاملگی های ناخواسته و به تبع آن کاهش پیامدهای منفی حاملگی ناخواسته تلاش بیشتری انجام شود.

از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به درصد بالای زنان با تحصیلات پایین و بی سواد اشاره کرد (۴۷/۶٪) تحصیلات ابتدایی و بیسواد (هم چنین بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه خانه دار بودند (۹۶/۶٪). پر کردن پرسشنامه ها به حوصله زیاد و همکاری مناسب نیاز داشت و خستگی بعضی از مادران و عدم همکاری مناسب آنها از محدودیت های دیگر این تحقیق بود.

References

1. Fact Sheets. Unwanted Pregnancy. Family Care international. 1st ed. New York, USA: 1990:15-20.
2. Zamani Alavicheh F, Eftekhari Ardebili H, Bashardost N, Marashi T, Naghibi A. The behavior of women confronted with unwanted pregnancies. *sjsph*. 2004;2(2):55-62. [In Persian].
3. Odland V. Induced abortion--a global health problem. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1997;164:43-5.
4. Hatami H, Janghorbani M, Azizi F, et al. Textbook of public health. Volume 3. Chap 11. Section 4. family planin. Khoshbin Soheila. 1st ed. Tehran: Arjmand publication. 2004:pp:1576. [In Persian].
5. Lifflander A, Gaydos LM, Hogue CJ. Circumstances of pregnancy: low income women in Georgia describe the difference between planned and unplanned pregnancies. *Matern Child Health J*. 2007;11(1):81-9.
6. Stanford JB, Hobbs R, Jameson P, DeWitt MJ, Fischer RC. Defining Dimensions of Pregnancy Intendedness. *Matern Child Health J*. 2000;4(3):183-9.
7. Boroumandfar Kh, Saghaei Z, Abedi H, Bahadoran P. Unwanted pregnancy outcomes. *ijnmr.mui*. 2005;10(4):25-35 [In Persian].
8. Crosby RA, DiClemente R, Wingood GM, Rose E, Lang D. Correlates of unplanned and unwanted pregnancy among African-American female teens. *Am J Prev Med* 2003;25(3):255-8.
9. Xavier PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. *Women's Health* 2009;19(5):306-12.
10. Lawrence B, Finer LB, Henshaw K. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006 Jun;38(2):90-6.
11. Sereshti M, Delaram M, Rafian M. Incidence and View Point of pregnant Women about Factors Associated with Unwanted pregnancy in Shahrekord. *nmj.umsha*. 2005;13(2):8-18. [In Persian]
12. Belton S, Whitaker A, Barclay L. Maternal mortality, unplanned pregnancy and unsafe abortion in Timor-Leste: A situational analysis. United Nations Population Fund / Alola Foundation. 1st ed: Australia: ALOLA: 2009:21-33.
13. Jarahi L, Erfanian MR, Seyyed Nouzadi M, Maslahati A. Assessment of reproductive behavior and women's compatibility in unwanted pregnancy in Mashhad. *J Mental Health*. 2012;14(1)(53):16-23.
14. Mohammad beygi A, Mohammad Salehi N, Bayati A. Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak 2007. *Koomesh*. 2009;10(3):201-6. [In Persian]
15. Abbasi Shavazi MJ. Unintended pregnancies in the Islamic Republic of Iran: levels and correlates. *Asi Paci Pop J*. 2004;19(1):27-38. [In Persian]
16. Jahanfar Sh, Ramezani Tehrani F, Sadat Hashemi M. Assessment of unwanted pregnancies incidence in women who referring to hospital health center of 10 city of Iran. *TUMJ*. 2002;60(4):334-40. [In Persian]
17. Zamani F, Bashardost N, Rajabi Z. Unwanted pregnancy in rural women of Najafabad. *Feyz*. 2005;33(9):61-56. [In Persian]
18. Rezaipour A, Taghizadeh Z, Faghihzadeh S, Bazzazian Sh. Prevalence of unintended pregnancy and pertinent factors in women with positive pregnancy test. *Hayat*. 2003;17(9):24-32. [In Persian]
19. Rakhshani F, Ansari Moghaddam AR, Tehrani H. Prevalence of unwanted pregnancy and associated factors in Zahedan, 1999. *J Res Med Sci*. 2003;3(8):40-3. [In Persian]
20. Frost JL, Singh S, Finer LB. Factors associated with contraceptive use and nonuse. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(2):90-9.
21. Simbar M, Khajepoor M, Jannesari Sh, Alavi MH. Comparing the health status of women with wanted and unwanted pregnancy. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2012;14(1):113-20. [In Persian]
22. Vakili M, hahbazi H, Dehghani MH. The Prevalence of Unintended Pregnancies and its Related Demographic Factors in Hospitals of Yazd City, 2008. *tj*. 2011;9(4):23-35.
23. Noroozi A, Khoram Roodi R, Sharifi Sh, Tahmasebi R. Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in the women covered by health centers in Bushehr province in 2003. *ISMJ*. 2005(8):89-3. [In Persian]
24. Besculides M, Laraque F. Unintended pregnancy among the urban poor. *J Urban Health*. 2004;81:340-8.
25. Mahoori KH, Amirian M. Unwanted pregnancies and its related factors in pregnant women referred to health centers in Bandar Abbas. *HMJ*. 2009;13(1):25-32 [In Persian].
26. Robabi H, Sarani H, Azarkish F, Dastfan Z, Dashipoor A. The survey of factors associated with unwanted pregnancy among women referring to health care centers of Iranshahr in 2007. *IJOGI*. 2011;14(4):32-40.
27. Faghihzade S, Babae G, Lmyian M, Mansourian F, Rezasoltani P. Factors associated with unwanted pregnancy. *J Sex Marit Ther*. 2003;29(2):157-64 [In Persian].
28. Abazari F, Arab M, Abbaszadeh A. Relationship of unwanted pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals. *Reproduction and Infertility*. 2003;4(1(13)):39-46 [In Persian].