عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته و قصد زنان در تداوم یا ختم آن بر اساس الگوی باور بهداشتی

فرشته زمانی علویجه[1*]، صدیقه نوح‌جاه[1]، میترا خیریت[2]، محمد حسین حقیقی‌زاده[3]

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، گروه اپیدمیولوژی وآمار

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۸۸۵-۸۷۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۶/۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ آذر ۱۳۹۱]

چکیده

بارداری ناخواسته و درپی آن سقط جنین مسئله مهم و جدی بهداشت عمومی و مرتبط با رفتار است استفاده از نظریه‌ها و الگوهای رفتاری از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی در شناسایی عوامل و روشهای مداخله جهت کاهش آنها مؤثر خواهد بود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با ناخواسته بودن بارداری و قصد تداوم یا ختم آن در زنان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان انجام شده‌است. در یک مطالعه توصیفی ـ تحلیلی به‌روش مقطعی ۳۲۰ زن ۴۹-۱۵ساله همسردار با سابقه حداقل یک بارداری در ۸ مرکز بهداشتی‌درمانی شهرستان بهبهان در سال ۱۳۸۹ به صورت تصادفی مورد بررسی قرارگرفتند. نوع بارداری، قصد تداوم یا ختم آن و سازه‌های الگو اعتقاد بهداشتی از جمله متغیرهای مورد سنجش بودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر آموزش‌دیده صورت گرفت. جهت تجزیه وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS17 و آزمون‌های آماری‌کای‌دو، تی، رگرسیون‌لجستیک و همبستگی‌پیرسون استفاده‌شد. براساس نتایج میانگین سنی زنان مورد مطالعه (۷/۵±)۳۱/۰۶ بود و حدود یک سوم آنها سابقه حداقل یک بارداری ناخواسته را داشتند. بین بارداری شیوع بارداری ناخواسته و سازه‌های منافع درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی ارتباط معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۵). ارتباط بین قصد سقط جنین با منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، خودکارآمدی و همچنین با سواد زن، سن همسر، مدت ازدواج، بعد خانوار، تعداد حاملگی، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند پسر، معنی‌داربود (P<۰/۰۵). با توجه به بالا بودن نسبت بارداری‌های ناخواسته، لازم است زوجهایی را که قصد بارداری ندارند شناسایی نمود و برای ارائه خدمات مربوط به تنظیم خانواده و استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری، در اولویت قرار داد. در صورت بروز چنین بارداری‌هایی باید زوجین را نسبت به منافع و موانع واقعی تداوم بارداری واقف نمود و با استفاده از روش‌های مناسب زمینه را جهت ارتقای خودکارآمدی آنها فراهم نمود.

کلیدواژه‌ها: بارداری ناخواسته، الگوی اعتقاد بهداشتی، قصد، ختم بارداری

* نویسنده پاسخگو: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی جندی شاپور، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر برسلامت، گروه بهداشت عمومی
تلفن: ۳۷۳۸۲۶۹ ۰۶۱۱
پست الکترونیکی: f_zamani_A@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

مقدمه

حاملگی ناخواسته به مفهوم بارداری است که حداقل از نظر یکی از زوجین ناخواسته باشد[۱]. سالیانه ۲۰۰ میلیون حاملگی در دنیا اتفاق می‌افتد که حدود ۷۵ میلیون یعنی بیش از یک سوم آنها ناخواسته است[۲]. برخی مطالعات ارتباط بین ناخواسته بودن بارداری با میزان سقط و مرده‌زایی، مرگ و میر نوزادان و کودکان، خودکشی مادر در دوران بارداری، خشونت همسر، تأخیر در رشد شخصیت اجتماعی و نیز اختلالات روانی و رفتاری کودکان حاصل از آن و عدم انطباق و سازگاری شغلی آنها را نشان داده‌اند[۳،۴]. یکی از پیامدهای بارداری ناخواسته سقط جنین غیر قانونی است که به عنوان یکی از ۵ علل مرگ زنان جوان گزارش شده است[۵]. در هر ۳ دقیقه ۱ زن به علت اقدام به سقط عمدی جان خود را از دست می‌دهد[۶]. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی تقریباً نیم میلیون زن در کشورهای در حال توسعه در دوران بارداری و زایمان جان خود را از دست داده و سقط جنین غیربهداشتی باعث یک چهارم از این مرگ‌ها می‌شود[۹،۷]. درهر سال حدود ۲۱۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند که ۲۲ درصد آنها به سقط متوسل می‌شوند. آمار دقیقی ازتعداد سقطهای عمدی که سالیانه در ایران انجام می‌شود وجود ندارد اما بر اساس آمار تخمینی موجود سالانه ۸۰ هزار سقط در ایران صورت می‌گیرد[۸]. علاوه بر مرگ و میر، سقط عمدی باعث عوارض کوتاه مدت و بلند مدت مانند عفونت، خونریزی، جراحت مجرای تناسلی، پارگی رحم، آمبولی، هیسترکتومی، سقط ناقص، نازائی و مشکلات روحی می‌شود. برخی از این پیامدها در صورت تأخیر یا عدم درمان می‌توانند کشنده باشند. همچنین سقطهای عمدی موجب افزایش هزینه‌ها و به دنبال آن مشکلات اقتصادی زیادی خواهد شد[۹،۷]. از مهمترین علل ناخواسته بودن حاملگی، شکست در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری[۱۰]، عدم دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری[۱۱]، وضعیت نامطلوب اجتماعی و اقتصادی[۱۲] و عدم استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری[۱۳] را می‌توان ذکر کرد. مطالعاتی که در دنیا انجام شده است دلایل زیادی را برای ناخواسته بودن بارداری و به‌دنبال آن اقدام به سقط عمدی ذکر نموده‌اند که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: کافی بودن تعداد فرزندان، آماده نبودن برای نگه‌داری از فرزند، نگرانی از سلامت مادر و جنین، عدم امکان ادامه تحصیل با داشتن فرزند، رابطه ضعیف با همسر و قصد جدایی[۱۴]، مشکلات مالی[۱۴،۱۵] احساس تنهایی، احساس نا امنی در مورد آینده[۱۶] تحت تأثیر قرارگرفتن تصمیم زنان برای سقط که ممکن است بر اثر فشارهای اجتماعی و یا از طرف اعضای خانواده مانند همسر و یا ارائه دهنده‌های خدمات بهداشتی[۱۷]. براساس برخی از مطالعات انجام شده در ایران درخصوص دلایل بارداری ناخواسته می‌توان به‌نظر عوامل مادری مثل بیماری مادر و تعداد زایمانهای قبلی، و طول مدت ازدواج و ازدواج فامیلی[۱۵،۸]، از نظر عوامل جنینی مثل نقص جنینی و واکسن سرخجه[۸]، و عوامل اجتماعی ـ اقتصادی مثل عدم توانایی در تأمین نیازهای مالی، و همچنین از نظر عوامل روانی و عاطفی در اثر احتمال اضافه شدن یک فرد جدید در خانواده اشاره نمود[۱۵،۱۸]. با توجه به مرور مطالعات قبلی و آنچه که توضیح داده شد، اولاً شیوع بارداری‌های ناخواسته و پیامد آن یعنی سقطهای عمدی و غیر بهداشتی در دنیا و از جمله ایران باعث مرگ و میر مادران و نیز عوارض متعددی در ابعاد مختلف سلامت (جسمی، جنسی، روانی و عاطفی) می‌شود. بنابراین شناسایی عوامل منجر به پدیده بارداری ناخواسته ضروری می‌باشد[۱۷]. ثانیاً، هنوز مشخص نیست که آیا زنان واجد شرایط این خطرات را درک نموده‌اند و نیز اینکه موانع یا منافع ادامه بارداری به‌رغم ناخواسته بودن آن را چگونه تلقی می‌کنند. در مورد اینگونه عوامل درون فردی منجر به ناخواسته بودن بارداری و نحوه ختم آن تعداد کمی مطالعه نظریه محور صورت گرفته است. به همین دلیل عوامل ناشناخته‌ای وجود دارد که با کشف آنها می‌توان الگوها یا نظریه‌های مناسبی را جهت مداخله انتخاب نمود. از آنجایی که بارداری ناخواسته و نحوه ختم آن موضوعات رفتاری هستند که به عوامل درونی فردی افراد مرتبط اند ممکن است بتوان از نظریه‌ها و الگوهای رفتاری از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی (Health belief model-HBM) جهت شناسایی هرچه بهتر عوامل مرتبط با آنها استفاده نمود. الگوی اعتقاد بهداشتی الگویی است که رابطه بین اعتقادات و ادراک فرد نسبت به تهدید ناشی از خطرات و نیز منافع و موانع رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار برآیند اعتقادات شخص است[۱۵]. از آنجایی که تا کنون تحقیقات بسیار اندکی در رابطه با بکارگیری الگوی باور بهداشتی جهت بررسی حاملگی‌های ناخواسته و یا سقطهای عمدی در کشور صورت گرفته‌است. تنها مورد قابل استناد در این زمینه، مطالعه‌ای است که در مورد عوامل مؤثر بر تصمیم به سقط در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

انجام شده‌است[۱۵]. طبق بررسی های انجام شده در شهرستان‌های استان خوزستان نیز هیچ‌گونه پژوهشی درمورد این موضوع ودر چارچوب HBM صورت نگرفته‌است. و مشخص نیست که آیا زنان خطرات ناشی از حاملگی ناخواسته و سقط‌های عمدی متعاقب آن را به درستی درک نموده‌اند یا خیر. با استفاده از HBM چارچوبی برای پاسخ به اینگونه سؤالات فراهم می‌شود. به همین دلیل مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و قصد تداوم یا ختم آن در زنان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بهبهان در سال ۱۳۸۹ انجام شده است. با استفاده از این الگو می‌توان نقش هریک از عوامل قابل تغییر را در احتمال شکل‌گیری یک رفتار ارادی مانند رفتار سقط عمدی شناسایی نمود. این شناخت می‌تواند اساس برنامه‌ریزی‌های بعدی جهت مداخلات تغییر این رفتار مرتبط با تندرستی و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک گردد.

مواد و روش کار

در مهر ماه ۱۳۸۹ تا آذرماه همان سال، یک مطالعه توصیفی ـ تحلیلی به طور مقطعی در زنان واجد شرایط تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی، از کلیه مراکز بهداشتی درمانی آن شهرستان (۸ مرکز) به نسبت تعداد زنان واجد شرایط یعنی زنان ۴۹-۱۵ساله همسردار دارای سابقه حداقل یک بارداری و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. حجم نمونه بر اساس شیوع بارداری ناخواسته گزارش شده (P=٪۲۶) در مطالعات مشابه[۱۷]، خطای ۰/۰۵، و دقت ۰/۰۵ ، ۳۰۷ نفرمحاسبه گردید و در مجموع ۳۲۰ نفر وارد مطالعه شدند. در این مطالعه عدم تمایل زن، همسر یا هر دو به شروع یا ادامه بارداری در هریک از بارداری‌های قبلی به عنوان بارداری ناخواسته تعریف شده است. پرسشگران آموزش‌دیده بعد از کسب رضایت از زنان شرکت‌کننده در مطالعه و دادن اطمینان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنان، اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. سؤالات پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه شامل دو قسمت بود. بخش اول شامل سؤالات جمعیت شناختی مانند سن، میزان تحصیلات و شغل زن و شوهر، و همچنین سؤالاتی راجع به تعداد بارداری‌ها، تعداد فرزند زنده، و تعداد بارداری ناخواسته و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به سازه‌های بهداشتی و شامل (حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و خودکارآمدی عمومی، قصد رفتاری بود. تعدادی از سؤالات (مثلاً نوع اقدام) نیز از کسانی پرسیده می‌شد که سابقه تصمیم یا اقدام به سقط داشتند. قصد اقدام به سقط عمدی به معنی داشتن تصمیم و نیت انجام سقط، جدای از این که اقدامی در این مورد انجام شده باشد و یا خیر در نظر گرفته شد[۱۷]. محققان برای اجرای مطالعه حاضر ابزار مناسبی جهت اندازه‌گیری سازه "راهنما برای" عمل در دسترس نداشتند. بالا بودن نمره میانگین حساسیت درک‌شده (۳ سؤال) و شدت درک‌شده (۵ سؤال) نشان‌دهنده تهدید درک شده بیشتر نسبت به عواقب سقط جنین بیشتر بود. موانع درک شده (۶ سؤال) به معنی موانعی بود که فرد برای رفتار سالم یعنی تداوم بارداری خود احساس می‌کرد. این سازه از طریق ۶ سؤال اندازه‌گیری شد. منافع درک‌شده نیز به معنی منافعی بود که فرد برای ادامه و یا ختم بارداری احساس می‌کرد، که این سازه نیز با ۶ سؤال سنجیده شد. خودکارآمدی عمومی به معنی یک احساس یا وضعیت درونی بود که شخص بعنوان توانایی تسلط در انجام امور مورد تمایل خود تجربه می‌کرد، که برای اندازه‌گیری آن از پرسشنامه ویژه (General Self-Efficacy Scale, GSE) ۱۰سؤالی با گزینه‌های درجه‌بندی شده ۱ تا۴، استفاده شد. خودکارآمدی اختصاصی به معنی این که فرد چقدر خود را قادر به ادامه بارداری می‌دانست. با ۳ سؤال اندازه‌گیری شد. نمره هر یک از سازه‌های الگوی مورد استفاده حداقل ۱ و حداکثر ۵ بود. به منظور تأمین روایی محتوای پرسشنامه به روش کیفی، از ۶ نفر عضو هیأت علمی متخصص در رشته آموزش بهداشت، مامایی و آمار و همچنین ۳ نفر از کارشناسان با تجربه در مراقبت زنان باردار درخواست شد که نظرات خود را در باره آن اعلام نمایند. سپس با بررسی این نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید. روایی صوری نیز به روش کیفی و از طریق نظرخواهی از ۴۸ نفر زن واجد شرایط بررسی و تأیید شد. همبستگی درونی نیز با تکمیل ۵۰ پرسشنامه و از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. (جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS17 و آزمون‌های آماری کای دو، تی و تحلیل رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

ضریب همبستگی درونی در بررسی پایایی کل پرسشنامه (α=۰/۷۷) بود. میانگین سنی در زنان مورد مطالعه ۷/۵±۳۱/۰۶ و در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

همسرانشان ۸/۶±۳۶/۴ سال بود. از بین ۳۲۰ زن مورد بررسی ۲۱۸ نفر (۶۸/۱۲ درصد) هیچگونه سابقه بارداری ناخواسته‌ای نداشتند و ۱۰۲ نفر(۳۱/۸ درصد) قبلاً حداقل ۱ بار و حداکثر ۳ دفعه بارداری ناخواسته را تجربه کرده بودند. بطوریکه ۹۲ مورد (۹۰/۲درصد) یک بار، ۸ مورد (۷/۸ درصد) دو بار، و ۲مورد (۲ درصد) سه بار، تا هنگام مطالعه، سابقه بارداری ناخواسته داشته اند. از بین کل بارداری‌های ناخواسته‌ای که زنان مورد مطالعه با آن مواجه بودند، ۱ درصد ناخواسته مرد، ۴/۹ درصد ناخواسته زن و ۹۴/۱ درصد ناخواسته هر دو بوده است. براساس آزمون آماری تی بارداری ناخواسته با سازه‌های منافع درک شده (P=۰/۰۰۵)، موانع درک شده (P=۰/۰۰۱) و خودکارآمدی (P=۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌دار داشته و با دیگر سازه‌ها ارتباط معنی‌دار نداشت. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار موانع درک‌شده جهت تداوم بارداری‌های در خواسته‌ها (۴/۱۴(±۰/۷) و در بارداری‌های ناخواسته (۳/۸۸(±۰/۸۴ بوده است، جدول۱ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای بهداشتی را در افراد مورد بررسی نشان می‌دهد. در پاسخ به این سؤال که در بارداری‌های ناخواسته آینده که ممکن است برایشان رخ دهد چه تصمیمی می‌گیرند، ۳۵/۶ درصد افراد گروه دارای سابقه بارداری ناخواسته و ۱۷/۱درصد از افراد گروه بدون سابقه بارداری ناخواسته اظهار داشتند که در بارداری‌های ناخواسته آینده، هرطور شده جنین خود را سقط خواهند کرد. حدود ۴۵ درصد از افراد مورد مطالعه، سقط به دنبال بارداری ناخواسته را باعث ایجاد دردهای بسیار شدید می‌دانستند و تنها ۲۷/۸ درصد از افراد مورد مطالعه اظهار داشتند که عفونت ناشی از سقط جنین می‌تواند شدید و کشنده باشد. این نتیجه حاکی از آن است که وخامت و شدت عوارض این مسئله در اکثر افراد مورد مطالعه بخوبی درک نشده است.

همچنین ۷۲/۲ درصد ازآنها با جمله «در صورت اقدام به سقط، خطری از نظر خونریزی مرا تهدید نمی‌کرد»، کاملاً مخالف بودند. (حساسیت درک‌شده بالا) نظر ۷۰/۸ درصد از زنان با جمله «اگر حاملگی‌ام ادامه پیدا می‌کرد خدا از من راضی بود» کاملاً موافق و فقط نظر ۲/۲ درصد از آنان کاملاً مخالف بود. نمره دریافتی از خودکارآمدی جهت تداوم بارداری در زنان دارای سابقه بارداری ناخواسته برابر با ۳/۰۵±(۱/۴) بود که با زنان بدون سابقه بارداری ناخواسته ۳/۵۶±(۱/۲) اختلاف معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۱). اما میانگین نمره خودکارآمدی عمومی در افراد با سابقه بارداری ناخواسته (۳/۶ (±۰/۹ و در افراد بدون سابقه بارداری ناخواسته (۳/۷۷ (±۰/۷ بود که این اختلاف از نظر آماری (P=۰/۰۸۶) تأیید نشد. میانگین نمرات حساسیت و شدت درک‌شده نیز در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت (P=۰/۴۸۰) و (P=۰/۰۹۲۴)، در صورتیکه اختلاف میانگین نمرات منافع درک شده (P=۰/۰۰۵) و موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) معنی‌دار بود (جدول ۱). موانع درک شده، منافع درک‌شده و خودکارآمدی که از عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته بودند، وارد الگوی رگرسیون لجستیک گردیدند. نتایج الگوی رگرسیون لجستیک نشان داد که هرچه نمره موانع درک‌شده برای ادامه بارداری کمتر شود میزان بارداری ناخواسته ۲ برابر افزایش می‌یابد (CI:۱/۱۳-۳/۸۶) (OR=۲/۸۷) آزمون آماری همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین سازه‌های منافع درک شده (P<۰/۰۰۱، r=۰/۴۳۸) و موانع درک شده (P < ۰/۰۰۱، r=۰/۳۳۸) با خودکارآمدی نشان داد. ولی بین این سازه‌ها با مشخصات جمعیت شناختی و مشخصات مامایی همبستگی وجود نداشت. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بارداری ناخواسته با برخی رفتارها شامل نحوه و میزان مصرف غذا (P=۰/۰۱۱) و قرص‌های مکمل (آهن و اسید فولیک) (P=۰/۰۳۷) ارتباط معنی‌داری داشت ولی با میزان مراقبتهای دوران بارداری ارتباط معنی‌داری نداشت (P=۰/۲۸۸). بین سواد زن و قصد سقط ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۲۱) و بیشترین میزان مربوط به زنان با مدرک سیکل بود، ولی بین نوع ازدواج، سابقه طلاق، بیماری مادر، سن زن، تحصیلات مرد، شغل مرد، حساسیت درک‌شده و شدت درک‌شده با قصد انجام سقط ارتباط معنی‌دار نبود. نتایج نشان داد که ۴۰/۲ درصد از زنان دارای بارداری ناخواسته قصد داشتندکه با آمپول (۴۲/۹ درصد)، خوردن غذا با طبع گرم (۱۱/۴درصد) و یا اقداماتی مانند مصرف داروهای عطاری، کارهای سنگین و کورتاژ بارداری ناخواسته خود را خاتمه دهند. جدول ۲ ارتباط بین قصد سقط و برخی از مشخصات جمعیت شناختی، مشخصات مامایی و سازه‌های بهداشتی در افراد مورد مطالعه را نشان داده است. از کسانی که سابقه اقدام به سقط داشتند در مورد اینکه از چه شخصی برای این اقدام کمک خواسته اند، سؤال شد. از مجموع ۲۶ نفر پاسخگو، ۶ نفر (۱/۹درصد) از پزشک، یک نفر از عطاری(۰/۳درصد)، ۲ نفر(۰/۶درصد) از کارکنان داروخانه، یک نفر(۰/۳درصد) از اعضای فامیل، ۲ نفر(۰/۶درصد) از همسایه‌ها کمک خواسته و سایرین از هیچکس درخواست کمک نکرده‌بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌های سازه‌های در زنان بدون سابقه بارداری ناخواسته با زنان دارای سابقه بارداری ناخواسته ـ تی‌تست

	بدون سابقه بارداری ناخواسته (n= ۲۱۸)	دارای سابقه بارداری ناخواسته (n=۱۰۲)	P
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
منافع درک شده	٤/١٤ (٠/٧)	٣/٨٨(٠/٨٤)	٠/٠٠٥
حساسیت درک شده	٤/٤١ (٠/٧)	٤/٣٥ (٠/٧٨)	٠/٤٨٠
شدت درک شده	٤/١ (٠/٦٩)	٤/١ (٠/٧١)	٠/٩٢٤
موانع درک شده	٣/٦٧(٠/٦٦)	٣/١١ (٠/٨٥)	٠/٠٠٠
خودکارآمدی	٣/٥٦(١/٢)	٣/٠٥ (١/٤١)	٠/٠٠١
خودکارآمدی عمومی	٣/٧٧ (٠/٧٨)	٣/٦ (٠/٩١)	٠/٠٨٦

جدول ۲: ارتباط بین قصد سقط و مشخصات جمعیت‌شناختی، مشخصات مامایی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی

	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	P
سن زن			٠/٠٧٥
بله	۴۶	۳۲/۹(۷/۹)	
خیر	۲۶۷	۳۰/۸(۷/۴)	
سن مرد			٠/٠۴٢
بله	۴۶	۳۸/۹(۸/۸)	
خیر	۲۶۷	۱/۳۶(۸/۶)	
مدت ازدواج (ماه)			٠/٠۵
بله	۴۶	۱۵۹/۷(۱۰۶/۹)	
خیر	۲۶۸	۱۰۶/۹(۹۸/۰)	
تعداد خانوار			٠/٠٢۶
بله	۴۶	۴/۹(۱/۶)	
خیر	۲۵۹	۴/۲(۱/۷)	
فاصله ازدواج تا اولین بارداری (ماه)			٠/٣۴٨
بله	۴۶	۱۱/۴(۱۵/۰)	
خیر	۲۶۶	۱۵/۰(۲۰/۰)	
تعداد حاملگی‌ها			٠/٠٠١
بله	۴۵	۳/۲(۱/۵)	
خیر	۲۵۹	(۱/۲۰)۲/۰۳	
تعداد فرزند زنده			٠/٠٠١
بله	۴۴	۲/۴(۱/۱)	
خیر	۲۳۹	۱/۸(۱/۰)	
تعداد فرزند پسر			٠/٠١٢
بله	۳۷	۱/۷(۰/۷)	
خیر	۱۵۷	۱/۴(۰/۷)	
فاصله دو حاملگی آخر (ماه)			٠/٣۴٨
بله	۴۰	۶۱/۶(۴۶/۳)	
خیر	۱۵۲	۵۳/۶(۳۷/۳)	
منافع درک شده			٠/٠٠١
بله	۴۴	۳/۶(۹/۰)	
خیر	۲۶۴	۴/۱(۰/۷)	
حساسیت درک شده			٠/۶٧۴
بله	۴۶	۴/۴(۰/۸)	
خیر	۲۶۵	۴/۴(۰/۷)	
شدت درک شده			٠/٣٢٧
بله	۴۵	۴/۲(۷/۰)	
خیر	۲۵۷	۴/۱(۷/۰)	
موانع درک شده			٠/٠٠١
بله	۴۶	۲/۹(۸/۰)	
خیر	۲۶۲	۳/۶(۷/۰)	
خودکارآمدی			٠/٠٠١
بله	۴۶	۲/۶(۱/۳)	
خیر	۲۶۷	۳/۶(۱/۳)	
خودکارآمدی عمومی			٠/٠٣٠
بله	۴۶	۳/۵(۸/۰)	
خیر	۲۶۶	۳/۸(۸/۰)	

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که حدود یک سوم زنان مورد بررسی حداقل یک بارداری ناخواسته را تجربه نموده‌اند. این یافته با نتایج بدست آمده از مطالعه سنایی نسب و همکاران[۱۹]، خوشه مهری و همکاران[۲۰] همخوانی دارد. طبق گزارش WHO در سال ۲۰۰۴، نیز بیش از یک سوم بارداری‌ها ناخواسته اعلام شده بود[۲۱]. ولی این میزان در مطالعه شهبازی و همکاران (۲۵/۷درصد)، محمد پوراصل و همکاران (۲۶/۳درصد) و نیز مطالعه زمانی و همکاران (۴۲ درصد) متفاوت گزارش شده است[۱،۲۲،۲۳]. این تفاوت‌ها احتمالاً تا حدودی به دلیل اختلاف در انتخاب جامعه مورد مطالعه است. به عنوان مثال شهبازی و همکارانشان در زنان مراجعه‌کننده به آزمایشگاههای شهر سمنان تحقیق نموده‌اند[۲۲] و چه بسا تعدادی از زنان مواجه با بارداری ناخواسته برای مراجعه به این مراکز انگیزه کافی ندارند. از آن گذشته در مطالعه حاضر به شیوع بارداری ناخواسته در کل بارداری‌های قبلی هر زن پرداخته شده و نشان‌دهنده آن است که زنان مورد مطالعه تاکنون به چه میزانی با بارداری ناخواسته مواجه شده اند. هدف این مطالعه، بررسی ارتباط بین سازه‌های بهداشتی با بارداری ناخواسته و قصد تداوم یا ختم آن بود. نتایج نشان داد که قصد سقط در بارداری‌های گذشته در افراد با سابقه بارداری ناخواسته ۴۰/۲درصد بوده است. در مطالعه زمانی و همکاران نیز ۳۱/۷ درصد از زنان مواجه با حاملگی ناخواسته اقدام یا اقداماتی در جهت ختم آن انجام داده بودند[۲۳]. مطالعه‌ای در آمریکا نیز نشان داد که نزدیک به نیمی از بارداری‌ها ناخواسته بوده و از هر ۱۰ مورد از این حاملگی‌ها ۴ مورد با سقط خاتمه می‌یابد[۲۴]. در مطالعه حاضر تعدادی از زنان دارای بارداری ناخواسته قصد داشتند بارداری خود را با آمپول (۴۲/۹درصد)، خوردن غذا با طبع گرم (۱۱/۴درصد) و یا اقداماتی مانند مصرف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

داروهـای عطـاری، کارهـای سـنگین و کورتـاژ خاتمـه دهنـد. نتـایج مطالعه‌ای در نیجریه نشان‌داد که شایعترین روشهای استفاده‌شـده بـرای سقط جنین قرصهای خـوراکی، کورتـاژ و اتسـاع مـی‌باشـد کـه توسـط پرسـتاران و ماماهـا (۴۳درصـد) بـوده، کـه تزریـق‌آمپـول (۲۱درصـد)، آسپیراسیون دستی محتویات رحم (Manual vacuum aspiration) (۲۰ درصد)، قرص خوراکی(۱۱درصد) و سایر داروهای سـنتی و یـا درج اشیاء توسط متخصصان طـب سـنتی انجـام شـده اسـت[۲۵]. همچنین نتایج مطالعه چینی‌چیان نشان داد کـه زنـان بـرای سـقط جنین خود از دو روش سنتی و مدرن استفاده کردند، کـه روشـهای سنتی رایج، عبارت بودند از: خوردن اسـپند، آب جعفـری، زعفـران، جوشانده پوست پیاز، شیرین بیان، استفاده از قرص کمر یا آسپیرین از طریق واژن، نشستن روی جوشانده پوست پیاز و بلند کردن جسم سنگین. و روشهای مدرن عبارت بودنـد از: گذاشـتن IUD ، تزریـق آمپول و کورتاژ[۱۸]. عوامـل مـؤثر بـر انتخـاب روش سـقط جنـین مختلف بوده و بستگی به شیوه زندگی، ارزشها و اعتقادات زن داشته است[۲۹،۳۰]. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر ۳۵/۶ درصد افراد گروه دارای سابقه بـارداری ناخواسـته و ۱۷/۱درصـد از افـراد گـروه بدون سابقه بارداری ناخواسته اظهـار داشـتند کـه در بـارداری‌هـای ناخواسته آینده، به هر ترتیبی شده جنـین خـود را سـقط خواهنـد نمود. با توجـه بـه اینکـه شـانس قصـد سـقط در آینـده در صـورت مواجهه با بارداری ناخواسته در گروه دارای سابقه حاملگی ناخواسته دو برابر گروه بدون سابقه بارداری ناخواسته است، مـی‌تـوان نتیجـه گرفت که این افراد موانع بیشـتری بـرای ادامـه بـارداری ناخواسـته احتمالی خود درک نموده اند. بـا توجـه بـه اینکـه زنـان مواجـه بـا بارداری ناخواسته کمتر از قرص‌های مکمل و رژیـم غـذایی مناسـب استفاده کرده بودند. به نظر می‌رسد که آنها، با مصرف نکردن غـذای مقوی و کافی و قرص‌های مکمل قصد ضعیف نمودن جنین و سـقط احتمالی را داشته انـد و یـا بـه دلیـل بـی‌اهمیتـی موضـوع، چنـین رفتارهایی را اتخاذ کرده‌اند. در برخی از مطالعات قبلی نیز بـه نتـایج مشابهی اشاره شده است. در مطالعـه Bassani حـدود ۴۰ درصـد از زنان مورد مطالعه مراقبت پیش از زایمان ناکافی یا جزیی داشته‌انـد که این موضـوع بـا بـارداری ناخواسـته ارتبـاط معنـی‌داری داشـته است[۲۶]. نتایج، حاکی از ارتباط معنی‌دار بین قصد سقط بـا سـواد مادر بود. با افزایش سطح سواد، میـزان قصـد انجـام سـقط کـاهش می‌یافت. بیشترین فراوانی قصـد سـقط در زنـان بـا مـدرک سـیکل مشاهده شد و زنان با مدرک دیپلم و دانشـگاهی بـه ترتیـب در رده دوم و سوم قرار گرفتند. دلیل پایین بودن میزان قصد سقط در افراد بیسواد و با تحصیلات ابتدایی می‌تواند به دلیـل فراوانـی بسـیار کـم آنها در مطالعه باشد و بالا بودن این میزان در افراد با مدرک سـیکل نیز شاید به دلیل عدم آگاهی از عـوارض سـقط و در نتیجـه پـایین بودن شدت درک‌شده در این زنان بوده است. دلیـل دیگـری را کـه می‌توان ذکر نمود این است که زنان با مدرک دیپلم و بالاتر جـوانتر و دارای فرزند کمتر بودند و هـم اینکـه بـه واسـطه سـواد بـالاتر بـا روشهای کارآمـد تنظـیم خـانواده و فاصـله‌گـذاری بـین فرزنـدان و همچنین مشکلات و عوارض سقط جنین آگاهی بیشتری داشته اند. در تأیید این مطلب می‌تـوان بـه مطالعـه Stanley و همکـارانش در نیجریه اشاره نمود که در آن سقط جنین بطـور معنـی‌دار در میـان زنان با کودک ۱-۳ ساله (نسبت شانس ۱/۷) و یـا دارای بـیش از ۳ فرزنـد (نسـبت شـانس ۴/۸) بیشـتر بـوده اسـت. همچنـین سـطح تحصیلات و سطح زندگی ارتباط معنی‌داری با قصـد سـقط عمـدی داشتند[۲۵]. نتایج نشان دهنده این بود کـه حساسـیت درک شـده در افـراد مـورد مطالعـه درسـطح بـالایی اسـت. البتـه نتـایج مطالعـه Stanley مبین آن است که خونریزی (۴۴ درصد) و درد (۵۲ درصـد) شایعترین عوارض گزارش شده بعد سقط جنـین[۲۵]. در برخـی از تحقیقـات نشـان داده شـده‌اسـت کـه دلیـل بعضـی از زنـان دارای حاملگی ناخواسته بـرای عـدم انتخـاب سـقط بـه روش جراحـی یـا دارویی ترس آنها از درد شدید (دل درد)، خونریزی (دیدن خـون یـا لخته خون)[۲۷،۲۸]، حفظ حریم خصوصی[۲۷] نیز نیاز به مراقبت و نیاز به پزشک و پرستار بوده است[۲۸]. در مطالعـه حاضـر حـدود دو سوم زنان با این واقعیت که عفونت ناشی از سقط جنـین ممکـن است شدید و کشنده باشد کاملاً موافق نبودنـد. و کمتـر از نیمـی از آنها، سقط جنین را باعث ایجاد دردهای بسیار شـدید مـی‌دانسـتند؛ که نشان دهنده شدت درک شده نسبتاً پایین یا متوسـط آنهـا بـود. در این مطالعه بیش از دو سوم زنان حفظ بارداری ناخواسته خـود را سبب رضایت خداوند از خود می‌دانستند که این درصد بالای کسـب شده ممکن است دلیل برپایبندی آنان به اعتقادات مذهبی باشد. در مطالعه دیگری بر روی۱۷۰زن مشاهده شد که گروهـی از زنـان کـه اعتقادات مذهبی قویتری داشتند کمتـر بـه سـقط عمـدی تکـراری اقدام نموده اند[۲۹].

در مطالعه چینی چیان یکی از زنانی که چند سال قبل سقط کرده بود، اظهار داشت که اگر دوباره باردار شـود دیگـر حاضـر بـه سـقط نیست چون او و بخصوص همسرش احساس می‌کردند که ضـررهای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

مالی زیادی را طی چند سالی که از سقط جنین شان گذشته است متحمل شده‌اند که دلیل آنرا نارضایتی خدا از آنها به دلیل از بین بردن جنین می‌دانستند[۱۸]. نمره خودکارآمدی در زنان دارای سابقه حاملگی ناخواسته کمتر از زنان بدون سابقه حاملگی ناخواسته بود؛ که نشان دهنده پایین بودن سطح تحمل آنان نسبت به مشکلات بارداری و زایمان بوده، اینکه این زنان معتقدند بودند که نمی‌توانند در موقعیتی خاص کودک جدیدی را بزرگ و تربیت کنند. عوامل مختلفی مانند مشکلات هنگام بارداری یا زایمان، جدایی از همسر و احساس تنهایی و یا اشتغال به تحصیل و یا اموری که ممکن است با امکان ایفای نقش مادری تداخل داشته باشد می‌تواند در این ارتباط مؤثر باشد. در برخی مطالعات بیشترین دلایلی که توسط زنان ابراز می‌شد برای درخواست سقط جنین شامل این موارد بود: تداخل داشتن فرزند با ادامه تحصیل، کار یا داشتن مسئولیت مراقبت از بستگان و اینکه فرد نمی‌خواهد یک مادر تنها باشد (چون ۴۸ درصد آنها با عدم همکاری شریک جنسی خود مواجه بودند)[۳۰]. کوچک بودن فرزند قبلی، علاقه نداشتن به کودک اضافی[۲۷]، همچنین خطر سقط جنین تکراری در زنانی که مشکلات قبل از بارداری یا هنگام زایمان داشته‌اند بیشتر بوده است[۲۹].

با توجه به بالا بودن نسبت بارداری‌های ناخواسته لازم است در مراکز بهداشتی درمانی زنانی را که قصد بارداری ندارند شناسایی و برای ارائه خدمات مربوط به تنظیم خانواده و استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری، در اولویت قرار داد. در صورت بروز چنین بارداری‌هایی با توجه به نتیجه حاصل از این تحقیق، بایستی زوجین را نسبت به منافع و موانع واقعی تداوم بارداری واقف نمود تا درک درستی از آن داشته باشند. همچنین با استفاده از روش‌های مناسب، زمینه را جهت ارتقای خودکارآمدی آنها فراهم کرد؛ چراکه هر سال هزاران زن حاملگی ناخواسته را تجربه می‌کنند که به سقط ختم می‌شود و بسیاری از آنها در شرایط غیر بهداشتی صورت می‌گیرد که باعث بروز عوارض و به دنبال آن مرگ و میر مادران می‌شود؛ که بیشترین عوارض جدی سقط جنین شامل عفونت، عفونت لگنی، نیاز به انتقال خون و جراحی در ناحیه شکم است[۲۵]. با توجه به اینکه این عوارض ممکن است باعث مرگ یا رنج طولانی مدت زنان شود، می‌توان با فراهم‌کردن بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های کارآمد و مقرون به صرفه برای مراقبتهای بعد از سقط جنین و همچنین آموزش کادر بهداشتی برای ارائه مشاوره پیشگیری از بارداری بعد از درمان، عواقب ناگوار سقط جنین عمدی را کاهش داد[۲۵]. با توجه به مطالب بالا دادن اطلاعات دقیق به برنامه‌ریزان در مورد مسائل مربوط به سقطهای جنین غیر بهداشتی[۳۱]، به منظور تعیین استراتژی‌های بهداشت عمومی برای کاهش حاملگی ناخواسته، بویژه در زنان ۳۵ ساله و بالاتر ضروری است[۳۲].

همچنین به نظر می‌رسد زوجین نیاز به مشاوره بیشتر و مداوم در مورد روشهای پیشگیری از بارداری دارند که به منظور آشنایی آنها با روشهای پیشگیری از بارداری و فراموش نکردن طرز صحیح استفاده از آنها، لازم است که این آموزشها از جلسه مشاوره ازدواج تا بعد از ازدواج و تا زمان یائسگی زن ادامه داشته باشد تا فرد بتواند با روشهای مدرن و جدید و با کیفیت پیشگیری از بارداری آشنا شود و از به کار بردن روشهای با احتمال شکست بالا خودداری کنند. همچنین می‌توان از اعتقادات مذهبی به عنوان یکی از منافع درک شده برای تداوم بارداری و عامل پیشگیری‌کننده از قصد و انجام سقط جنین بهره برد. به این منظور باید زنانی که دارای بارداری ناخواسته هستند و احتمال انجام این عمل در آنها قویتر است (سنین بالا و دارای فرزند بیشتر)[۲۵] در مراکز بهداشتی شناسایی شوند و با تأکید بر اعتقادات مذهبی‌شان، راه انجام این عمل یا حتی فکر به آن (قصد) را مسدود کرد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به انتخاب نمونه‌ها از بین تمام مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بهبهان (۸ مرکز) اشاره که امکان انتخاب افراد با دیدگاه‌های مختلف را فراهم می‌ساخت و به کار بردن تمام سازه‌های الگو اعتقاد بهداشتی بجز سازه راهنمایی برای عمل، را ذکر نمود. اما به هر حال عدم سنجش سازه اخیر از محدودیت های مطالعه حاضر است.

با توجه به اینکه محقق به مطالعه کاملاً مشابهی در این موضوع دسترسی نداشت و در مطالعات مربوط به سایر موضوعات نیز، سازه راهنمایی برای عمل به روش های متفاوتی اندازه گیری شده بود، محققان برای اجرای مطالعه حاضر نتوانستند ابزار مناسبی جهت اندازه‌گیری آن تدوین نماید. محدودیت دیگر مطالعه، استفاده از داده‌های مربوط به زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بود و زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها در نظر گرفته نشده‌اند. علاوه براین یکسری از اطلاعات مربوط به گذشته بود و میزان صحت آنها بستگی به قدرت یادآوری زنان داشت که البته با توجه به اینکه حاملگی ناخواسته به عنوان یک واقعه مهم در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

زندگی‌شان تلقی می شد به نظر نمی‌رسد کـه ایـن اطلاعـات دور از واقعیت باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیق شـماره ۸۹S.۷۳ اسـت کـه بـا اعتبـار معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز انجام شده است. نویسندگان این مقاله برخود لازم می‌دانند که بدین وسـیله از اعضـای محتـرم کمیتـه تحقیقـات دانشـجویی و معاونـت محتـرم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشـکی جنـدی‌شـاپور اهـواز کـه اعتبار لازم جهت انجام مطالعه حاضر را فراهم نموده‌اند و همچنـین از پرسنل محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان بهبهان (جنـاب آقای مصطفی رفیعیان و سرکار خانم تیزنا)، پرسنل مراکز بهداشـتی درمانی آن شهرستان و مادران گرامی کـه در ایـن طـرح، همکـاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

سهم نویسندگان

فرشته زمانی علویجه: ایده اولیه و طراحی مراحل مختلف تحقیـق و نظارت بر اجرای تحقیق ـ تهیه و تدوین مقاله

صدیقه نوح جاه: ایـده اولیـه و طراحـی مراحـل مختلـف تحقیـق و نظارت بر اجرای تحقیق ـ تهیه و تدوین مقاله

میترا خیریت: تهیه طرح اولیه و اجرای مراحل مختلف تحقیق، تهیه و تدوین مقاله

محمدحسین حقیقی زاده: همکاری در تجزیه و تحلیل آماری

منابع

1.Poorasl M, Rostami F,Ivanbagha R, Torabi S. Prevalence of unwanted pregnancy and multivariate analysis of its correlates in Tabriz, 2004 . Medical Sciences Journal of Islamic Azad University,Tehran Medical Branch 2005;15:201-6

2. Jahanfar SH, Ramezani Tehrani F, Sadat Hashemi M. Unwanted pregnancy and its risk factors in women attending family planning clinics to hospitals of 10 cities. Journal Of Medicine, Tehran university 2003; 4: 334-40

3.Tavakoli M, Rafiei GH, Bakhshi H, Moosavi S.M, Shafiei N. Unwanted pregnancy and related factors in 1995 in Rafsanjan. Journal Of Rafsanjan University Of Medical Sciences & Health Services 2001; 1:20-5

4. Naghavi M, Badakhsh MH. Evaluation of unwanted fertility in the south of Tehran. Journal of Medical Council of Iran 1997 ;14: 14-19

5. Jalili Z, Rouhani A. Mohammad Alizadeh S, Jafari S, Sharifi M. Perceptions of gynecologists and general physicians about therapeutic(legal) abortion:a study from Kerman. Payesh 2006; 5:169-175

6. Mohammadizadeh F, Falahin M. A review of international abortion cases referred to Taleghani hospital Iran 2001-2. Scientific Journal Of Forensic Medicine 2004; 9:190-3

7. Dixon-Mueller R. Abortion policy and women's health in developing countries. International Journal of Health Services1990; 20:297-314

8. Chinichian M, Holakouei Naeini K, Rafiei Shirpak KH,voluntary abortion in Iran:a qualitative study. Payesh 2007; 6:219-232

9. Shahbazi Sh, Fathi Zadeh N, Taleghani F. Decision making process in illegal abortion. Journal of Reproduction & Infertility 2008; 8:352-65

10. BustanMN, Coker AL. Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. American Journal of Public Health Public Health 1994; 84:411-14

11. Malek Afzali H, Evaluation of family planning programs In the TR of Iran. Journal Family Health 1996; 1:3-18

12. Peckham S. Preventing unintended teenage pregnancies. Public Health 1993; 107:125-133

13. Westoff CF. Unintended pregnancy in America and abroad. Family Planning Perspectives Perspect 1988; 20:254-61

14. Ghomashi S. Induced abortion in the views of sunnite jurisprudence 16. Journal Of Reproduction and Infertility 2005; 6:375-89

15. Tavafian S, Ramazanzadeh F. Socioeconomic characteristics and induced abortion:a cross sectional study based on health belief model. Payesh 2007; 6:157-64

16. Mouniq C, Moron P. Psychological aspects of induced abortion. Psychologie Medicale 1982; 14:1181-5

17. Puri M, Ingham R, Matthews Z. Factors affecting abortion decisions among young couples in Nepal. Journal of Adolescent Health Care 2007; 40: 535-42

18. Chinichian M. Pourreza A. People of cognitive beliefs about abortion and Rftarznan neighborhood of Azerbaijan in Tehran. Journal of School Health and Health Research Institute 2004; 2:1-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]

19. Sanaei nasab H, Rashidi jahan H, Tavakoli R, Tavakoli HR, Amin Shokravi F. Unwanted pregnancy and its risk factors in women referred to health centers. Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Life) 2010; 20:86-81

20. Khushemehri G, Ebrahim Taheri G, Hatami Z, Safari M. The prevalence of unwanted pregnancy and its risk factors in some pregnant women referred to health centers in southern Tehran. Journal of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University 2008;59: 32-26

21. World Health Organization. Make every mother and child count. The world health report. 1st Edition, WHO Press: Geneva,Switzerland, 2005

22. Shahbazi A, GHorbani R, Akbari Far M. The prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in pregnant women referred to Semnan laboratories. Semnan University of Medical Sciences. Koomesh 2006; 7: 133-37

23. Zamani Alavijeh F, Bashardost N, Rajabi Z. The prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in rural areas of Najaf Abad city. Feyz Journal 2006; 33: 62-55

24. Finer LB and Henshaw SK, Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001, Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2006, 38:90-6

25. Stanley K. Henshaw, Isaac Adewole, Susheela Singh, Akinrinola Bankole. Boniface Oye-Adeniran and rubina hussain severity and cost of unsafe abortion complications treated in nigerian hospitals. International Family Planning Perspectives 2008; 34:40-50

26. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. International Perspectives on Sexual & Reproductive Health 2009;35:15-20

27. Saha R, Shrestha NS, Koirala B, Kandel P, Shrestha S. Patients choice for method of early abortion among comprehensive abortion care (CAC) clients at Kathmandu Medical College Teaching Hospital (KMCTH). Kathmandu University Medical Journal, (KUMJ) 2007;5:324-29

28. Harvey SM, Beckman LJ, Satre SJ. Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among U.S. clinic patients. Family Planning Perspectives 2001;33:212-16

29. Mattauer B, Peyrot D, Aussiloux MT. Repeated requests for termination of pregnancy. Some socio-cultural and psychological aspects, [Article in French]. Contracept Fertil Sex 1984;12:573-80

30. Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. Women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. Perspect Sex Reprod Health 2005;37:110-18

31. Florence Mirembea, Joseph Karanjab, Ezzeldin Osman Hassanc and Anibal Faúndesd Goals and activities proposed by countries in seven regions of the world toward prevention of unsafe abortion. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2010; 25:29

32. Upson K, Reed SD, Prager SW, Schiff MA. Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages 35-44 years at risk of unwanted pregnancy. Contraception 2010;81:427-34

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.14.6]