

بررسی پی آمد حاملگی های ناخواسته در زنان مراجعه کننده به زایشگاه، بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال ۷۹ - ۱۳۷۸

فاطمه عبد الهی *

رضا علی محمدپور تهمتن **(Ph.D)

چکیده

سابقه و هدف : با توجه به شیوع بالای حاملگی های ناخواسته و نتایج سوء ناشی از آن به منظور تعیین نتایج بارداری در زنان با حاملگی ناخواسته این تحقیق در سال ۷۹ - ۱۳۷۸ انجام گرفته است.

مواد و روش ها : تحقیق، بررسی توصیفی بر روی ۱۲۰۰ زن با حاملگی ناخواسته مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران است. معیارهای پذیرش نمونه، توافق کامل زن و شوهر در مورد نخواستن بارداری و نیز وقوع بارداری در اثر شکست یکی از روش های پیشگیری از بارداری بود. شیوع عوارض بارداری، زایمان زودرس، نوزاد کم وزن و سقط با شیوع آن در جمعیت عادی مقایسه شد. تجزیه و تحلیل آماری با برنامه SPSS و فرمول های آماری توصیفی انجام شد.

یافته ها : ۸۸/۷۵ نمونه ها در گروه سنی ۳۵-۱۸ سال بوده و ۶۵/۹ درصد از روش طبیعی پیشگیری از بارداری استفاده نمودند. ارتباط آماری معنی داری بین تعداد حاملگی و بارداری ناخواسته مشاهده نشد. در صد زیادی از نمونه ها (۲۵/۵ درصد) مصرف دارو را در طی بارداری ذکر نمودند. میزان شیوع سقط (۱/۸ درصد)، زایمان زودرس (۸/۹ درصد) و نوزاد کم وزن (۱۰/۵ درصد) کمتر از شیوع آنها در جمعیت عادی (۱۵ - ۱۰ ، ۱۰ - ۱۲ ، ۱۰ - ۱۰ درصد) بود.

استنتاج : علی رغم این که پی آمدهای سوء بارداری در زنان با حاملگی ناخواسته نسبت به جمعیت عادی تفاوت چندانی نشان نداد، به دلیل تاثیر حاملگی های ناخواسته بر عواملی مانند مشکلات پزشکی (عفونت، مصرف دارو و...) و رفتارهای غیر بهداشتی (تأخری در شروع مراقبت های بارداری، تغذیه نامناسب ...) جزء حاملگی های پر خطر در نظر گرفته می شود. نکته مهم دیگر به خصوص با در نظر داشتن بافت فرهنگی- مذهبی کشور ما این است که تمایل به حاملگی در شروع و ادامه بارداری ممکن است متفاوت باشد. پیشنهاد می گردد جهت تعیین دقیق تر نتیجه حاملگی های ناخواسته، تحقیقی وسیع تر در سنین مختلف بارداری انجام گیرد.

واژه های کلیدی : حاملگی های ناخواسته، عوارض بارداری

* این تحقیق طی شماره ۱۲-۱۳۷۸ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده وبا حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

** کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی (مریم) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ساری: خیابان وصال شیرازی، دانشکده بهداشت

*** دکترای آمار، عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**** تاریخ دریافت: ۸۱/۲/۶ تاریخ ارجاع چهت اصلاحات: ۸۲/۶/۸ تاریخ تصویب: ۸۳/۳/۱۳

مقدمه

خطر برای وزن و سن کم هنگام تولد است در این زنان شایع‌تر می‌باشد^(۲،۵،۶). رفتارهای شیردهی مادر که از جمله سیاست‌های اتخاذ شده سازمان بهداشت جهانی است در زنان با حاملگی‌های ناخواسته کمتر مشاهده می‌شود^(۷). تحقیقات از آثار سوء روانی ناشی از حاملگی‌های ناخواسته و وجود ارتباط بین تولدهای ناخواسته و مرگ نوزادان دختر در کشورهای رو به توسعه‌ای که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بچه کشی و یا ترجیح دادن فرزند پسر به دختر رایج است را گزارش کرده‌اند^(۸). و نیز برآورد شده هر سال در جهان ۵۰ میلیون سقط جنین انجام می‌شود که حدود ۲۱ میلیون آن سقط‌های غیرقانونی ناشی از حاملگی‌های ناخواسته می‌باشد^(۹).

رونده رو به رشد افزایش جمعیت و نگرانی‌های ناشی از آن و همچنین نتایج ناشی از بارداری‌های ناخواسته توجه به امر تنظیم خانواده و پیشگیری از این بارداری‌ها را در اولویت مسائل خانواده‌ها و جوامع قرار داده است^(۱۰). جهت دستیابی به تأثیر حاملگی‌های ناخواسته بر بی‌آمد حاملگی تحقیقات زیادی در سراسر دنیا انجام گرفته است، برخی از نتایج نشان داده حاملگی‌های ناخواسته باعث وزن کم هنگام تولد و زایمان زودرس^(۱۱،۱۰) تأخیر در شروع مراقبت‌های دوران بارداری^(۱۲،۱۱) و مرگ و میر مادران و نوزادان می‌گردد^(۸)، تحقیقات مشابه دیگر تفاوت آماری معنی داری بین شیوع وزن و سن کم هنگام تولد، سقط و مرگ و میر نوزادی در دو گروه حاملگی‌های خواسته و ناخواسته گزارش نکرده است^(۱۳،۱۲).

با توجه به تناقضات موجود و عدم پیشینه تحقیقاتی نتایج بارداری‌های ناخواسته در ایران، پژوهشگر نتایج بارداری را در زنان با حاملگی ناخواسته مورد بررسی قرار می‌دهد. امید است نتایج این مطالعه کوتاه بتواند در

تلاش‌های جهانی تنظیم خانواده، علی‌رغم پیشرفت‌های سریع در دهه اخیراً جدا ناکافی است. زمانی می‌توان به عمق واقعی این عدم کفایت پی برد که به جای نگریستن به وضع حاضر به آنچه می‌توانست باشد بیاندیشیم^(۱).

طبق تعریف حاملگی بدون قصد، حاملگی ناخواسته در زمان لقادح می‌باشد^(۲). طبق بررسی‌های مارگارت کاسلی گارسون رئیس شورای جمعیت جهان ۱۲۰ میلیون نفر از زنان کشورهای در حال توسعه به دلیل عدم استفاده از روش‌های جدید تنظیم خانواده، ناخواسته حامله می‌شوند. در نتیجه از هر پنج بارداری، یک مورد آن ناخواسته است^(۱) ۵۷ درصد حاملگی‌ها و ۴۴ درصد تولدها در امریکا (۱۹۹۷) بدون قصد بوده است. تعداد حاملگی‌های ناخواسته در آمریکای لا تین و کاربین ۳۳ درصد اعلام شده است^(۲). تحقیقات انجام شده در ایران (۱۳۷۶) میزان حاملگی‌های ناخواسته را ۲۴/۴ درصد اعلام کرد^(۳). مطالعات وسیع جهانی بر وضعیت مادران باردار، لزوم توجه و دقت بیشتر به بارداری‌های ناخواسته و نتایج ناشی از آن را به طور جدی مطرح می‌سازد، علاوه بر تأثیر کمی حاملگی‌های ناخواسته بر تسريع رشد جمعیت، اثرات کیفی آن بر سلامت مادران و کودکان قابل توجه می‌باشد. مادرانی که به باردار شدن اشتیاق می‌ورزند از آمادگی روانی بهتری در مقابله با مشکلات جسمی- اجتماعی بارداری و زایمان بر خوردار بوده و نیز به موقع جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی مراجعه و در اجرای کامل دستورات مراقبین در حفظ سلامت خود و جنین کوتاهی نخواهند کرد، بدین ترتیب این گونه حاملگی‌ها نتایج مطلوبی در برخواهد داشت^(۴). زنان با حاملگی‌ها ناخواسته رفتارهای بهداشتی کمتری اتخاذ نموده و رفتارهایی مانند کشیدن سیگار و تأخیر در شروع مراقبت‌های دوران بارداری که عوامل

۱۲۰۰ مادر باردار با حاملگی ناخواسته در سه زایشگاه آموزشی - درمانی مورد بررسی قرار گرفت. طول مدت نمونه‌گیری یک سال برآورد شده بود که به علت کاهش تعداد زایمان و شیوع حاملگی ناخواسته، یک سال و نیم به طول انجامید.

جدول شماره ۱ مشخصه‌های دموگرافیک و مامایی حاملگی زنان با حاملگی ناخواسته را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ : توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مشخصه‌های دموگرافیک و مامایی در زنان با حاملگی ناخواسته مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۹۳۷۸-۹

تعداد (درصد)	فراوانی	تعداد (درصد)	فراوانی
مکمل مدت استفاده از روش	سن مادر (سال)	مکمل مادر	سن مادر (سال)
۱۰۴ (۸/۶)	<۱	۷ (۰/۵۸)	<۱۸
۲۱۸ (۱۸/۱)	۱-۲	۲۰۷ (۱۷/۲۵)	۱۸-۲۴
۸۵۵ (۷۱/۲)	>۲	۸۵۸ (۷۱/۵)	۲۴-۳۵
۲۳ (۱/۹)	نمی‌داند	۱۲۸ (۱۰/۶۷)	>۳۵
تعداد زایمان‌های قبلی		تعداد زایمان‌های بعدی	
۲۵ (۲/۱)	.	۱۰۸۲ (۹۰/۱۶)	خانه دار
۳۵۶ (۲۹/۷)	۱	۲۸ (۲/۳۳)	قبلاً شاغل
۴۹۰ (۴۰/۹)	۲	۹۰ (۷/۵)	شاغل
۳۲۹ (۲۷/۳)	>۳	شغل پدر	
سابقه سقط		کارگر	
۹۷۶ (۸۱/۴)	.	۲۸۵ (۲۳/۷۵)	کارمند
۱۸۰ (۱۵)	۱	۸۳ (۶/۹۱)	بیکار
۴۴ (۳/۶)	>۲	۳۴۸ (۲۹)	غیره
سابقه زایمان زودرس		سطح سواد مادر	
۱۱۲۵ (۹۳/۷)	.	۱۹۷ (۱۶/۴)	بیسواد
۷۰ (۵/۹)	۱	۵۵۰ (۴۵/۸)	خواندن
۵ (۰/۴)	>۲	۳۶۲ (۳۰/۲)	نوشتن
سابقه نوزاد کم وزن		متوسطه	
۱۰۴۷ (۸۷/۳)	.	۹۱ (۷/۶)	دانشگاهی
۱۳۲ (۱۱)	۱	۶۲۹ (۵۲/۴)	محل زندگی
۲۱ (۱/۷۵)	>۲	۵۷۱ (۴۷/۶)	شهر
نوع روش پیشگیری		شهر	
از بارداری		روستا	
هormونی		جراحی	
مکانیکی		فیزیولوژیک	

شناسایی مهم ترین عوامل تأثیرگزار بر سلامت مادران و کودکان موثر واقع گردد.

مواد و روش‌ها

پژوهش، مطالعه توصیفی است. زنان با حاملگی ناخواسته مراجعت کننده به زایشگاه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران طی یک سال و نیم از تاریخ ۷۸/۴/۱ به تدریج (نمونه‌های در دسترس) جزء نمونه‌ها قرار گرفتند. تعداد نمونه با توجه به شیوع حاملگی‌های ناخواسته ۲۴/۴ درصد و شیوع ۶-۱۰ درصد زایمان زودرس و سقط ۱۰ درصد، ۱۲۰۰ نفر برآورده شد. معیارهای پذیرش نمونه، توافق کامل زن و شوهر در مورد نخواستن فرزند جدید در هنگام وقوع بارداری و نیز وقوع بارداری در اثر شکست یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری و موارد حذف نمونه، ندانستن تاریخ آخرین قاعدگی، نداشتن سونوگرافی، وقوع بارداری همراه با IUD و وجود بیماری‌های مزمن طبی بود. داده‌ها با مصاحبه، مشاهده و مطالعه پرونده‌ها جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود، بخش اول پرسشنامه تمایل زن و شوهر به فرزند جدید و نوع روش پیشگیری از بارداری را مشخص نموده، بخش دوم حاوی سوالاتی درباره مشخصات فردی، اجتماعی، و شاخص‌های حاملگی و پزشکی بود. شیوع نوزاد کم وزن (نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم)، نارس (نوزاد کمتر از ۳۷۷ هفته حاملگی) و سقط (جنین کمتر از ۲۰ هفته حاملگی) تعیین شد. از محدودیت‌های پژوهش، گذشته‌نگر بودن آن بود؛ به طوری که احساس فرد در مورد تمایل به بارداری در موقع تولد فرزند، ممکن است متفاوت از آن در شروع یا ادامه بارداری باشد. تجزیه و تحلیل آماری با برنامه SPSS و فرمول‌های آماری توصیفی انجام شد.

یافته‌ها

شدند. و در صد زیادی از زنان، عفونت و مصرف دارو را دوران بارداری گزارش کردند (۳۷ و ۲۵/۵ درصد). همچنین نتایج نشان می‌دهد میزان شیوع سقط، زایمان زودرس و نوزاد کم وزن به ترتیب ۱/۸، ۸/۹ و ۱۰/۵ درصد بود.

بحث

علی‌رغم در دسترس بودن وسیع روش‌های ضد بارداری مطمئن و موثره انتشار اطلاعات در مورد این روش‌ها، حاملگی ناخواسته به عنوان یک مشکل در جوامع مطرح می‌باشد^(۱۲). اگر چه به ارتباط بین بارداری ناخواسته و پی‌آمد های سوء ان به طور وسیع توجه نشده، اما در دهه‌های اخیر توجه متخصصان بهداشت عمومی به تأثیر حاملگی ناخواسته بر پی‌آمد های حاملگی جلب شد^(۱۴). علی‌رغم این که نتایج تحقیقات بر عوایق بهداشتی حاملگی‌های ناخواسته درمادر و نوزاد تاکید می‌کند^(۱۶، ۱۵، ۱۲)، نتایج این تحقیق ارتباطی بین بارداری ناخواسته و نتایج سوء آن مانند میزان سقط $\frac{۱}{۷}$ (حدود $\frac{۱}{۷}$ جمعیت عادی) و زایمان زود رس نشان نداد. علت تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در نمونه‌های پژوهش باشد. در صد زیادی از نمونه‌های مورد پژوهش کشورهای دیگر قبل از ازدواج باردار می‌شوند که خود این عامل می‌تواند نقش زیادی در نتایج سوء بارداری داشته باشد^(۲). در ایران به دلیل حاکمیت فرهنگی - مذهبی، عدم تاثیر سوء این مشکل بر کاهش عوارض بارداری‌های ناخواسته نقش دارد.

آنچه به راستی نظر محققان^(۱۷، ۱۲) را جلب کرده تمایل به حاملگی در شروع و ادامه بارداری و تاثیر آن بر پی‌آمد حاملگی می‌باشد. مادری که در شروع بارداری، حاملگی او ناخواسته است در هر زمانی از ادامه بارداری ممکن است از بارداری خود خوشحال و خرسند شود. پیشنهاد می‌گردد جهت تعیین دقیق تر نتیجه حاملگی‌های ناخواسته تحقیقی با همین عنوان در

نتایج نشان داده‌انگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش ۲۹/۲ سال و ۱۰/۶ درصد حاملگی‌های ناخواسته در زنان بالای ۳۵ بوده. همچنین ۶۵/۹ درصد زنان از روش طبیعی پیشگیری از بارداری استفاده نموده‌اند. ارتباط آماری معنی‌داری بین تعداد حاملگی‌های قبلی و بارداری ناخواسته مشاهده نشد. سابقه از دست دادن جنین و نوزاد کم وزن و نارس نیز شایع نبوده است.

جدول ۲ مشخصه‌های پزشکی و مامایی زنان با حاملگی ناخواسته را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ : توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مشخصه‌های پزشکی و مامایی در زنان با حاملگی ناخواسته مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۷۸-۹

فرافرایی	تعداد (درصد)	فرافرایی	تعداد (درصد)	وزن هنگام تولد
تعداد و پرینهای دوران		تعداد و پرینهای دوران		
بارداری		بارداری		
۳۰۶ (۲۵/۵)	۴	۸ (۰/۸)	۱۵۰	
۸۹۴ (۷۴/۵)	۴	۱۰۸ (۹/۷)	۱۵۰۰-۲۵۰۰	
		۱۰۰۰ (۸۱/۶)	۲۵۰۰-۴۵۰۰	
جنیت فرزند				
۶۰۹ (۵۰/۷)	پسر	۸۴ (۷/۹)	>/۴۰۰	
۵۹۱ (۴۹/۲)	دختر			سن هنگام تولد
		سن حاملگی در اولین	۲۱ (۱/۸)	۲۰
		وینیت		
۳۲۶ (۲۷/۲)	۲۷		۱۹ (۱/۶)	۲۰-۲۸
۵۰۰ (۴۱/۶)	۸۱۱		۴۴ (۳/۶)	۲۹-۳۲
۳۷۴ (۳۱/۲)	۱۲		۴۲ (۳/۵)	۳۳-۳۶
		وجود مشکلات در		
		دوران بارداری		امانه وزن مادر در
۲۰۵ (۱۷/۴)		عفونت ادراری	۱۰۷۴ (۸۹/۵)	دوران بارداری
		عفونت واژتال	۳۶۴ (۳۰/۳)	
۱۹۴ (۱۶/۵)		عفونت های دیگر	۶۲۰ (۵۱/۷)	۶-۱۲
۳۷ (۳/۱)		صرف دارو	۲۰۰ (۱۶/۷)	۱۲-۱۹
۳۰۱ (۲۵/۵)		پره اکلامی	۱۶ (۱/۴)	>/۱۹
۵۳ (۴/۵)		خونریزی واژتال		
۴۶ (۴/۲)				

^۱ بیش از $\frac{۱}{۳}$ زنان کمتر از ۶ kg اضافه وزن داشته و ^۲ درصد آنان کمتر از $\frac{۱}{۴}$ بار در دوران بارداری معاینه

هدف (۵ پنج سال اول زندگی) نشان می‌دهد. چنانچه نتایج تحقیق نیز نشان داد، بیش از نیمی از نمونه‌ها از روش طبیعی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. تخمین زده شده است که تقریباً در ۵۰ درصد موارد علت حاملگی‌های بی‌موقع، شکست روش‌های ضد بارداری است (۲۲). میزان تأثیر روش‌های ضد بارداری به استفاده صحیح و مداوم آن‌ها بستگی دارد. کارکنان بهداشتی باید زمینه انتخاب درست، مشاوره دقیق و کمک به کاربرد صحیح روش‌های ضد بارداری را برای استفاده کنند گان فراهم کنند (۲۰).

اگر چه نتایج تحقیق، تفاوت چندانی را در شیوع پی‌آمدهای سوء بارداری در زنان با حاملگی ناخواسته و جمعیت عادی نشان نداد، حاملگی‌های ناخواسته می‌تواند سبب مشکلات عدیده‌ای در طول زندگی زنان از جمله تحصیلات، شغل، ارتباطات، اقتصاد، کاهش حمایت از جانب همسر، افزایش علائم افسردگی، کاهش رضایت از زندگی گردد (۱۴).

همچین به دلیل تأثیر حاملگی‌های ناخواسته بر عواملی مانند مشکلات پزشکی (عفونت، مصرف دارو) و رفتارهای غیر بهداشتی (تأخر در شروع مراقبت‌های بارداری، تغذیه نامناسب...) سقط‌های عمدی (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۲، ۲) این گروه از زنان باردار باید جزء زنان در معرض خطر در نظر گرفته شده و به طور ویژه مراقبت شوند و نیز همگام با دیگر کشورهای جهان سطح خدمات بهداشتی را باید آنچنان گسترش داد تا انتخاب هر بارداری از روی برنامه و تمایل باشد.

سپاسگزاری

از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، کارکنان محترم زایشگاه‌های آموزشی دانشگاه و واحد رایانه دانشکده بهداشت و نیز از همکار محترم سرکار خانم فاطمه نصیری عضو هیأت

سنین مختلف بارداری، با مشخصات متفاوت (حاملگی ناخواسته، بی‌موقع، نامطمئن، بی‌تفاوت ...) انجام گیرد.

چنانچه نتایج نشان می‌دهد بیش از $\frac{1}{3}$ نمونه‌ها، مراقبت‌های دوران بارداری را از سه‌ماهه دوم بارداری شروع کردن، ماری جوری و همکاران نیز گزارش کردن زنان با حاملگی ناخواسته $1/6$ برابر زنان با حاملگی ناخواسته مراقبت‌ها را با تأخیر شروع می‌کنند (۱۲). زنان با حاملگی ناخواسته مشکلات پزشکی بیشتری را گزارش نموده و مراقبت‌های دوران بارداری را دیرتر شروع می‌کنند (۱۹، ۱۸، ۱۲). دوگانگی نسبت به حاملگی یک مانع جهت شروع و ادامه مراقبت‌های دوران بارداری است این زنان معمولاً دیرتر مراقبت‌ها را شروع کرده و تعداد معاینات آنها نیز کافی نمی‌باشد. افزایش وزن ناکافی، از عوارض دوران بارداری است که زنان با حاملگی ناخواسته را تهدید می‌کند. در این بررسی $\frac{1}{3}$ نمونه‌ها، افزایش وزن کمتر از ۶ کیلو گرم داشته‌اند که ممکن است به علت اهمیت ندادن به مراقبت‌های دوران بارداری، عدم آگاهی از اهمیت افزایش وزن و تغذیه ناکافی زنان با حاملگی ناخواسته باشد.

نکته قابل توجه در نتایج تحقیق، دامنه سنی زنان در هر گروه سنی می‌تواند وجود داشته باشد اما نوجوانان وزنان بالای ۳۵ سال، بیش تر در معرض خطر حاملگی‌های ناخواسته هستند (۲۱). بر خلاف نوجوانان که حاملگی اول آنان ناخواسته است، زنان بالای ۳۵ سال هنگامی که تعداد فرزندان آنان تکمیل می‌شود با حاملگی ناخواسته مواجه می‌شوند (۲۲). علت تفاوت دامنه سنی نمونه‌های این تحقیق با دیگر تحقیقات، سن پایین ازدواج و تکمیل شدن تعداد افراد خانوار در دوره سنی پایین‌تر جمعیت ایران می‌باشد که این مهم، لزوم توجه بیش‌تر به برنامه‌های تنظیم خانواده را در گروه‌های

و تشکر به عمل می آید.

علمی سابق دانشکده پرستاری مامایی نسیبه ساری تقدیر

1. Grossman M, Joyce J. pregnancy wantedness and early initiation prenatal care. *Journal of Demography*. 1990; 27(1): 1-17.
2. Bito A. Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning. *Am J public Health*. 1997; 87: 338-343.
3. بررسی شاخص های بهداشت باروری و تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، جزو و وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، ۱۳۷۶. صفحه ۸
4. Myhrman A. Unwantedness of Pregnancy and Schizophrenia in the Child. Births, *J. Psychiatry* 1996; 169(5). 637-4.
5. Bongarts J. trends in unwanted child bearing in the developing world. Student *Family planning* 1997; 28(4): 267-77.
6. Saling E. prevention of prematurity. *Journal perinatal medicine*. 1997;25(5): 406-17.
7. Timothy D, et al. Unintended pregnancy and breast feeding behavior. *Am J Public Health*. 1997; 87: 1709-1.1
8. Mayer J.P. Unintended childbearing. Maternal beliefs and delay of pregnancy care. *Birth journal*. 1997; 24(4): 247-52.
9. آصف زاده سعید، الماسی نوکیانی فریبا. بررسی حاملگی های ناخواسته در زنان روسایی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی کوثر قزوین.

- ### فهرست منابع
- انجمن تنظیم خانواده ایران، سال اول بهار ۱۳۷۵، صفحه ۱۹-۳۴.
10. میین محمود. حاملگی های ناخواسته، پیک ۶۰۵: ۱۳۷۳، شماره ۴ صفحه ۱۶-۱۷.
 11. میرزاده مینا. بررسی مقایسه ای میزان افسردگی در زنان با حاملگی های خواسته و ناخواسته در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران- تهران . ۱۳۷۴
 12. B. Marjorie.R.pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes. *family planning perspective*. 1997; 29:76-81
 13. کیستر ، رابت . بیماری های زنان ، ترجمه امیرخانی ، ژیلا . تهران : مرکز انتشارات ۱۳۷۱ . ۱۲۱۵-۱۲۲۰ . ص ۱۳۷۱
 14. Suezann T.orr, C. Arden Miller. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. *Women Health issues*. 1997; 7(1): 38-44.
 15. Institute of Medicine, Browns, Eisenberg
1. The best insertions unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington (DC) national Academy press, 1995.
 16. Morris NM, Udry JR, Chase CL. Reduction of low birth weight. *Health*. 1973; 63 935-8.
 17. M. N. Bustan and A Icokr. Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal Death. *American journal of public Health*. 1994; 84: 411-414.

18. Herbert TB, Cohen S, Marsland AL. Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosom Med.* 1994; 56: 337-44.
19. Jacobs Institute of women's Health. Managed care and unintended pregnancy: *testing the limits of prevention*. 1999; 9(2): 26-35.
20. Carrie S. Klima. *Unintended pregnancy: consequences and solutions for a world wide problem*. 1998; 43(6): 483-491
21. Sulak P. Unwanted pregnancies: Understanding contraceptive use and benefits in adolescents and older women. *Am J Obstetrics & Gynecology*. 1993; 168: 2042-7.
22. Forest J. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *J Obstetrics & Gynecology*. 1994; 170:1485-8.
23. Aya Goto, Seiji Yasumura, Michael R. Reich, Akira fukao . Factors associated with unintended pregnancy in yamagata *Japan* .2002; 54:1865-97.