

## بررسی تاثیر وقوع بارداری های ناخواسته بر چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری

نرجس بحری بیناباج<sup>۱</sup>، نسرین بحری بیناباج<sup>۲</sup>

### مقدمه:

علیرغم پیشرفتهای روزافزون در گستردگی و ابداع متدهای گوناگون تنظیم خانواده، متأسفانه هنوز هم بارداریهای ناخواسته به عنوان یک تراژدی بهداشتی، سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی بسیاری از خانواده ها را تهدید می نماید. این معضل گسترده جهانی دارای عوارض بسیار نامطلوبی در جنبه های مختلف و بخصوص در دریافت مراقبتهای پره ناتال میباشد. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثر بارداریهای ناخواسته بر چگونگی دریافت مراقبتهای دوران بارداری طراحی و انجام شد.

روش کار: این پژوهش تحلیلی که یک طرح دو متغیره، دوگروهی و دو مرحله ای میباشد، بر روی ۳۵۰ خانم باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی تربت جام که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شده بودند، انجام شد. جمع آوری اطلاعات توسط دو فرم پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه مشخصات باروری طی دو مرحله حین بارداری و پس از زایمان بوسیله مصاحبه با مادر و استفاده از اطلاعات پرونده بهداشتی صورت گرفت.

یافته ها: نتایج این تحقیق نشان داد که واحدهای پژوهش در گروه بارداری ناخواسته بطور معنی داری مراقبتهای دوران بارداری را در سن بارداری بالاتری شروع کرده اند. همچنین وارد شدن به گروه پرخطر در بارداریهای ناخواسته بطور معنی داری بالاتر بوده و این افراد بیشتر در طی حاملگی دچار عارضه شده اند. دو گروه از نظر دریافت ویتامینها و مکملها و نیز انجام آزمایشات دوران بارداری اختلاف آماری معنی دار نداشتند، اما میزان انجام زایمان بهداشتی در گروه بارداریهای ناخواسته بطور معنی داری کمتر از بارداریهای برنامه ریزی شده بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر در زمینه ارتباط قوی بارداری ناخواسته با بروز مشکلات و نارسائیهای مشهود در مراقبتهای پره ناتال، پژوهشگران پیشنهاد مینمایند که برنامه های گسترده ای جهت کنترل بارداریهای ناخواسته به مورد اجرا در آید.

کلید واژه ها: بارداری ناخواسته، مراقبتهای دوران بارداری، تنظیم خانواده

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد آموزش مامایی عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد مامایی (بهداشت مادر و کودک) - مدیر مرکز آموزش بهورزی تربت جام

## مقدمه :

یک زن برای بارداری وزایمان آماده شده است . نقش مادری خود را با رضایت خاطر انجام داده و از آمادگی روانی برای مقابله با مشکلات این دوران برخوردار میباشد . ضمن مراجعه به موقع جهت دریافت مراقبتهای بهداشتی و اجرای کامل دستورات مراقبین بهداشتی ، در حفظ سلامتی خود و فرزندش کوتاهی نخواهد کرد (۴) . آستی (۱۳۷۹) یکی از موانع مهم عدم دریافت مراقبت های دوران بارداری را ناخواسته بودن حاملگی ذکر کرده است (۱) . سنگستانی نیز در گزارش نتایج پژوهش خود آورده است که میزان مراجعه به پزشک جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری ، استفاده از ویتامینها و مکملهای لازم ، استراحت مناسب و ..... در بارداریهای ناخواسته بطور معنی داری کمتر بوده است (۷) .

با توجه به اهمیت مراقبتهای پره ناتال در تامین و حفظ سلامت مادر و جنین طی دوران بارداری و حتی پس از آن ، پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی را در زمینه بررسی نقش بارداریهای ناخواسته بر چگونگی دریافت مراقبتهای دوران بارداری انجام دهند .

## مواد و روشها:

این پژوهش از نوع تحلیلی بوده و یک طرح دو متغیره ، دو گروهی و دو مرحله ای میباشد. در طی مراحل انجام این پژوهش که در فاصله زمانی اول اردیبهشت ماه ۱۳۸۱ تا پایان دی ماه ۱۳۸۱ انجام شد ، ۳۵۰ نفر از زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تربت جام با روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا اسامی کلیه مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی تربت جام تهیه شده و سپس از هر مرکز به روش تصادفی و بر اساس جمعیت مرکز تعدادی از مادران باردار بطور تصادفی انتخاب شدند .

جهت جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از دو فرم پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه مشخصات بارداری استفاده شد . پرسشنامه اطلاعات فردی مشتمل بر ۱۲ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، شغل و ...) بوده و پرسشنامه مشخصات باروری مشتمل بر دو قسمت بارداری قبلی (سن حاملگی ، تعداد فرزندان و ...) با ۱۴ سوال و بارداری فعلی (سن بارداری ، هنگام مراقبت، نحوه مراجعه صادر جهت دریافت مراقبت ها ایجاد عارضه حین بارداری ، مصرف مکمل ها ، انجام آزمایشات و ...) با ۱۰ سوال بود.

جمع آوری اطلاعات در این پژوهش در دو مرحله صورت گرفته است . در مرحله اول پرسشنامه اطلاعات فردی توسط مصاحبه با مادر تکمیل شده و سپس قسمت اول فرم مشخصات باروری با استفاده از اطلاعات

با وجود اینکه بارداری و زایمان تجاربی شیرین در زندگی یک خانم محسوب میشوند ، اما متأسفانه باید به این حقیقت تلخ اعتراف نمود که در دنیای امروز هنوز وقوع بارداری و پا به عرصه گذاشتن یک هستی جدید برای میلیونها زن ، بدلیل اینکه با آمادگی قبلی و در زمان دلخواه صورت نمیگیرد ، یک واقعه تلخ و نامطلوب بشمار می آید . بارداری ناخواسته یک مشکل گسترده جهانی است که عوارض بهداشتی اجتماعی و اقتصادی فراوانی به همراه دارد . براساس تحقیقات از بین ۲۰۰ میلیون بارداری که سالیانه اتفاق می افتد ، ۷۵ میلیون آن ناخواسته میباشد و در حدود ۹۵ درصد از آنها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد که روزانه باعث مرگ حداقل ۲۰۰ مادر باردار می شود (۱۲) . براساس نتایج تحقیقات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۶ ، شیوع حاملگی ناخواسته در مناطق روستایی ۲۲/۴ درصد ، در شهرها ۲۶/۷ درصد و در کل کشور ۲۴/۴ درصد بوده است که تقریباً ۱۶ درصد آن منجر به سقطهای غیرقانونی می شود (۸) . این سقطهای غیر قانونی که در برخی از موارد بعنوان راهی جهت خاتمه دادن به یک بارداری ناخواسته صورت میگیرد منجر به بروز عفونتها ، خونریزیها ، پارگیهای رحمی و سایر عوارض شده و نتیجه آن بی مادر شدن حدود ۷۰۰ هزار کودک در سال میباشد (۵) .

از دیگر عوارض بارداریهای ناخواسته ، همراه شدن بارداری با حالاتی مانند سن بالا ، فاصله کم بین بارداریها ، تعداد فرزندان زیاد ، عدم وجود امکانات و شرایط لازم برای گذراندن دوره بارداری و عدم پذیرش فرزند میباشد. تحقیقات نشان داده اند که در بارداریهای ناخواسته خطرات بیشتری سلامت مادر و کودک را تهدید میکند و این زنان در معرض دریافت استرسهای بیشتر و حمایت خانوادگی کمتری قرار میگیرند (۴) . علاوه بر این افسردگی بعد از زایمان ، خودکشی و افزایش خطر مرگ مادر و جنین ، افزایش خطر مرگ نوزاد و کودک و سهل انگاری در مراقبت از کودک از جمله دیگر پیامدهای نامطلوب این بارداریها هستند (۹ و ۱۰) . دنتون (۱۹۹۴) می نویسد مرگ و میر و سوء تغذیه بطور معنی داری در فرزندان ناخواسته بالا بوده و آنها غالباً از بدرفتاری ، غفلت و سهل انگاری در مراقبت رنج می برند و تکامل روانی و پیشرفت تحصیلی آنان با مشکل مواجه می شود (۱۴) . یکی دیگر از عوارض بسیار مهم بارداریهای ناخواسته آن است که این خانمها بدلیل اینکه بارداری خود را نپذیرفته و از آمادگی روانی لازم برای مادر شدن برخوردار نیستند ، در دریافت و پیگیری مراقبتهای پره ناتال سهل انگاری مینمایند . تحقیقات نشان داده است در مواردیکه

۲۳/۳۱ سال بوده و واحدهای پژوهش در دو گروه تحت مطالعه از نظر این دو متغیر همگن بودند. همچنین نتایج آزمون تی دانشجویی بیانگر آن بود که میانگین زمان سپری شده از ازدواج  $6/63 \pm 7/44$  سال بود که دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشتند.

( $P = /000$  ،  $DF = 219/8$  ،  $t = 4/99$ ) - بررسی واحدهای پژوهش از نظر محل سکونت نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش در روستاهای اصلی سکونت داشته و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار نداشتند.

دیگر نتایج پژوهش حاضر در بررسی میانگین تعداد فرزندان واحدهای پژوهش نشان داد که میانگین کلی تعداد فرزندان  $3/17 \pm$  مورد بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند.

( $P = /100$  ،  $DF = 213/06$  ،  $t = -3/2$ ) بطوریکه میانگین تعداد فرزندان در گروه بارداری ناخواسته بیشتر از حاملگی برنامه ریزی شده بوده است (۳/۷۹ در مقابل ۲/۶۵) - نتایج آزمون کای اسکوتر نشان داد که واحدهای پژوهش در دو گروه تحت مطالعه از نظر جنس فرزندان همگن بوده و از نظر سابقه بارداری ناخواسته نیز اختلاف آماری معنی دار نداشتند.

در رابطه با بررسی اهداف پژوهش آزمون تی دانشجویی نشان داد که میانگین سن بارداری هنگام دریافت اولین مراقبت پره ناتال  $5/42 \pm 12/76$  هفته بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند.

( $P = /04$  ،  $DF = 280/68$  ،  $t = -1/806$ ) بطوریکه میانگین سن بارداری در گروه حاملگی ناخواسته بیشتر از گروه بارداری برنامه ریزی شده بوده است (۱۲/۳۶ هفته در مقابل ۱۳/۳۹ هفته) (نمودار شماره ۱).

موجود در پرونده بهداشتی تکمیل گردید. در مرحله دوم پژوهش که پس از زایمان انجام شد، قسمت دوم پرسشنامه مشخصات باروری با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده خانوار و کارت زایمان تکمیل شد.

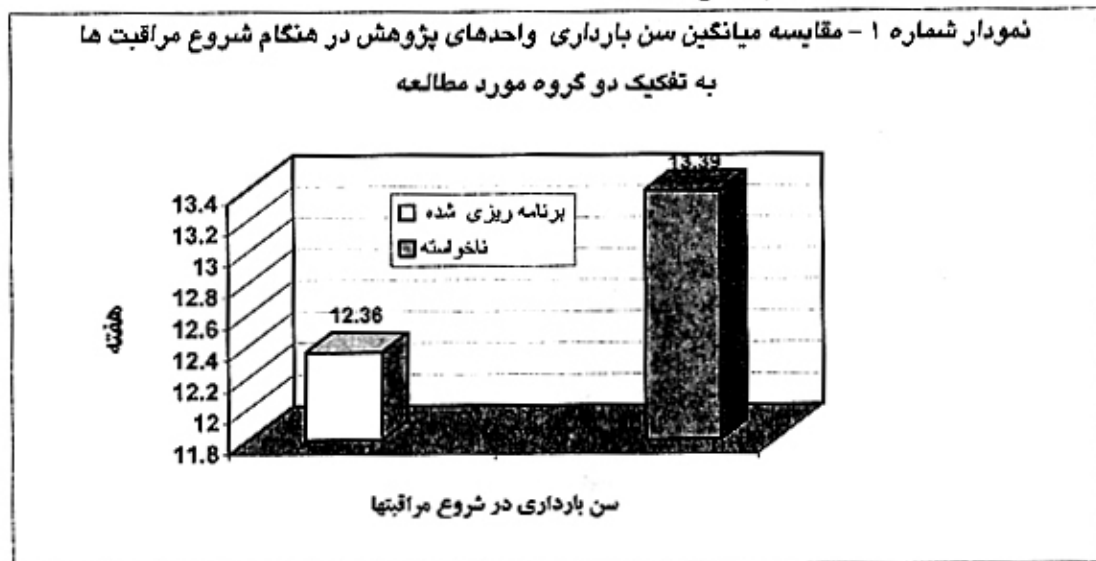
در این پژوهش از آزمونهای آماری فیشر، کای اسکوتر و تی دانشجویی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است.

#### نتایج:

یافته های پژوهش حاضر در بررسی مشخصات دموگرافیک نشان داد که واحدهای پژوهش در دو گروه تحت مطالعه از نظر سن اختلاف آماری معنی دار داشته اند بطوریکه میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه بارداری ناخواسته بیشتر از گروه بارداری برنامه ریزی شده بوده است (۲۸/۸۴ در مقابل ۲۵/۲۴ سال) - از نظر سطح تحصیلات نیز بین دو گروه تحت مطالعه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت بطوریکه سطح تحصیلات در گروه بارداری ناخواسته کمتر از بارداری برنامه ریزی شده بود ( $P = 0/002$  ،  $DF = 3$  ،  $X^2 = 15/36$ ) - نتایج آزمون تی دانشجویی بیانگر آن بود که میانگین سن همسر در واحدهای پژوهش  $7/79 \pm 31/15$  سال بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی داری نداشته اند. بررسی واحدهای پژوهش از لحاظ وضعیت اشتغال نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش (۹۱/۱ درصد) خانه دار بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند.

( $P = /018$  ،  $DF = 3$  ،  $t = 10/07$ ) - بررسی وضعیت اشتغال همسر در واحدهای پژوهش نیز نشان داد که اکثر ایشان (۴۷/۱ درصد) به شغل آزاد اشتغال داشته و اختلاف در وضعیت اشتغال همسر در دو گروه معنی دار نبود.

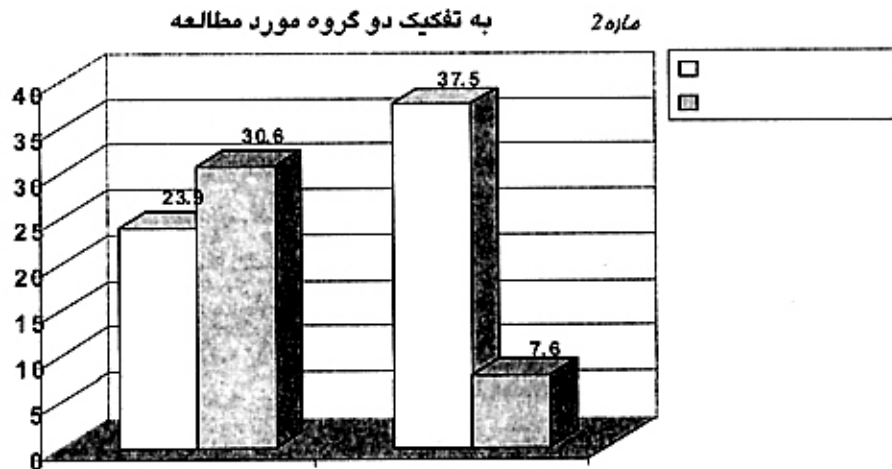
سایر یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سن مادر هنگام ازدواج  $3/39 \pm 19/09$  سال و میانگین سن همسر هنگام ازدواج  $4/36 \pm$



## Archive of SID

دو گروه تحت مطالعه از نظر وارد شدن به گروه خطر نیز بررسی شدند. با وجود اینکه نتیجه آزمون کای اسکوتر بیانگر آن بود که اکثر واحدهای پژوهش در بدو مطالعه در گروه در معرض خطر قرار نداشتند اما آزمون فیشر نشان داد دو گروه در طی دوران بارداری از نظر وارد شدن به گروه در معرض خطر اختلاف آماری معنی دار پیدا کردند (Fisher = ۳/۷۹،  $P = ۰/۰۰۰$ ) بطوریکه ۲۳/۹ درصد از گروه بارداری برنامه ریزی شده و ۳۰/۶ درصد از گروه بارداری ناخواسته در طول بارداری وارد گروه در معرض خطر شدند (نمودار شماره ۲)

نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب وارد شدن به گروه خطر در مراحل بارداری



بیانگر آن بود که دو گروه تحت مطالعه از نظر انجام آزمایشات لازم در دوران بارداری اختلاف آماری معنی دار نداشتند.

همچنین بررسی واحدهای پژوهش از نظر بهداشتی بودن زایمان نشان داد که دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند (Fisher = ۳۰/۶۱،  $DF=۲$ ،  $P = ۰/۰۰۰$ ) بطوریکه ۸۵/۷۱ درصد واحدهای پژوهش در گروه بارداری برنامه ریزی شده و ۶۴/۲۸ درصد آنان در گروه بارداری ناخواسته زایمان بهداشتی داشته اند (نمودار شماره ۴).

همچنین واحدهای پژوهش در دو گروه از نظر ایجاد عارضه در دوران بارداری نیز اختلاف آماری معنی دار نشان دادند (Fisher = ۷/۳،  $P = ۰/۰۰۶$ ) بطوریکه ۳۰/۲ درصد افراد گروه بارداری ناخواسته و ۲۹/۲ درصد از گروه بارداری برنامه ریزی شده در طی مراحل بارداری دچار عارضه شدند.

بررسی دو گروه تحت مطالعه از نظر دریافت و استفاده از مکمل ها در دوران بارداری نشان داد که واحدهای پژوهش در دو گروه تحت مطالعه از این نظر همگن بوده اند. نتایج آزمون کای اسکوتر نیز

نمودار شماره ۴ - توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب بهداشتی بودن زایمان به تفکیک گروههای تحت مطالعه



## Archive of SID

## بحث و نتیجه گیری :

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که میانگین سن مادران در گروه بارداری ناخواسته بطور معنی داری بیشتر از گروه بارداری برنامہ ریزی شده بوده است (۵). در مطالعات معموری و همکاران، اکبرزاده، نوزادی و افتخار نیز ارتباط معنی داری بین سن مادر و وقوع بارداری ناخواسته وجود داشت (۱۲، ۸، ۹، ۱۳). دیگر یافته های پژوهش نشان داد که سطح تحصیلات مادر نیز در دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشته و در بارداریهای ناخواسته کمتر بوده است - رهنورد، معموری، اکبرزاده و افتخار نیز در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که با افزایش سطح تحصیلات مادر وقوع بارداریهای ناخواسته کاهش یافته است (۱۲، ۹، ۸، ۵، ۳). شغل مادر از دیگر عوامل مؤثر بر بارداریهای ناخواسته در پژوهش حاضر بود، بطوریکه ۹۱/۱ درصد بارداریهای ناخواسته در مادران خانه دار مشاهده شد - در پژوهش محمد پور نیز ۸۸/۸۴ درصد از بارداریهای ناخواسته در زنان خانه دار اتفاق افتاده است (۱۰). رهنورد نیز ۷۱/۵ درصد از بارداریهای را در خانمهای خانه دار گزارش نمود (۵). این نتایج با یافته های پژوهش حسینی شهیدی نیز همخوانی دارد (۴). طبق نتایج پژوهش حاضر سن مادر و سن همسر در هنگام ازدواج ارتباط معنی داری با وقوع بارداری ناخواسته نداشت، اما زمان سپری شده از ازدواج با بارداری ناخواسته ارتباط داشته است بطوریکه با افزایش زمان سپری شده از ازدواج تعداد بارداریهای ناخواسته افزایش یافت - در مطالعه نوزادی سن هنگام ازدواج، با وقوع بارداری ناخواسته ارتباط داشت (۱۰). رهنورد نیز گزارش کرده است که با افزایش سن ازدواج، احتمال داشتن فرزندان ناخواسته کمتر میشود و بیشترین فرزندان ناخواسته در زنان با سن کمتر از ۲۰ سال رخ میدهد (۵). حسینی شهیدی نیز در مطالعه خود گزارش کرده است که طول مدت ازدواج در بارداریهای ناخواسته بطور معنی داری بیشتر است (۴). در این پژوهش وقوع بارداری ناخواسته با شغل همسر ارتباط نداشته است. اما رهنورد گزارش کرده است که بر اساس مدل رگرسیون لجستیک شغل همسر از عوامل مؤثر بر بارداری ناخواسته بوده و کارگران بیشترین درصد از فرزندان ناخواسته را داشته اند (۹). اما در تحقیق حسینی شهیدی نیز ارتباط معنی داری بین شغل همسر و وقوع بارداریهای ناخواسته مشاهده نشد (۴). دیگر نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که تعداد فرزندان نیز عاملی مؤثر در بروز بارداری ناخواسته است، بطوریکه میانگین تعداد فرزندان در بارداریهای ناخواسته بالاتر بوده است - رهنورد نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافت (۵). در مطالعه حسینی شهیدی نیز افراد تحت

مطالعه در گروه بارداری ناخواسته بطور معنی داری تعداد فرزندان بیشتری داشته اند (۴).

بررسی واحدهای پژوهش از نظر زمان شروع مراقبتهای پره ناتال نشان داد که میانگین سن بارداری هنگام اولین ویزیت پره ناتال در بارداریهای ناخواسته بطور معنی داری بالاتر بوده است. حسینی شهیدی، آستی و نوح جاه نتایج مشابهی را گزارش نموده اند (۱۱، ۱۰). همچنین سنگستانی گزارش کرده است که نحوه مراجعه به پزشک بر حسب استانداردهای ویزیت دوران بارداری در بارداریهای ناخواسته ۸۵ درصد و در بارداریهای ناخواسته تنها ۳۲ درصد بطور کامل اجرا شده است (۷). دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دو گروه از نظر وارد شدن به گروه خطر نیز اختلاف آماری معنی داری نشان داده اند، بطوریکه بارداریهای ناخواسته بیشتر وارد گروه حاملگی های پرخطر شدند. همچنین واحدهای پژوهش از نظر ایجاد عارضه در دوران بارداری نیز اختلاف آماری معنی داری داشتند. این نتایج مشابه یافته های پژوهش سنگستانی میباشد. وی گزارش نموده است میزان ابتلاء به بیماریها در دوران بارداری در بارداریهای خواسته ۳۵ درصد و در بارداریهای ناخواسته نزدیک به ۴۲ درصد بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند (۷).

در این پژوهش دو گروه تحت مطالعه از نظر دریافت و استفاده از مکملها و همچنین از نظر آزمایشات دوران بارداری تفاوت آماری معنی دار نداشتند. اما سنگستانی گزارش نموده است نحوه استفاده از داروهای تجویزی مثل آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک در بارداریهای ناخواسته ۴۹ درصد و در بارداری برنامہ ریزی شده ۷۹ درصد طبق دستور پزشک بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند. همچنین طبق نتایج پژوهش وی میزان انجام آزمایشات درخواستی در دوران بارداری در حاملگی خواسته ۹۵ درصد و در بارداری های ناخواسته ۵۵ درصد بوده است و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی دار داشته اند (۷).

دیگر یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که دو گروه از نظر بهداشتی بودن زایمان اختلاف آماری معنی دار داشته اند، بطوریکه ۸۵/۷۱ درصد از بارداریهای برنامہ ریزی شده و ۶۴/۲۸ درصد از بارداریهای ناخواسته زایمان بهداشتی انجام داده اند.

بطور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر در زمینه ارتباط قوی وقوع بارداریهای ناخواسته با بروز مشکلات و کاستی های مشهود در مراقبتهای پره ناتال، پژوهشگران پیشنهاد مینمایند برنامہ های گسترده ای جهت کنترل بارداریهای ناخواسته به مورد اجرا درآید و در این راستا انجام تحقیقاتی در زمینه بررسی علل بروز بارداریهای ناخواسته و راهکارهای آن ضروری بنظر میرسد.

## The effects of unwanted pregnancy on the quality of prenatal care

### Abstract:

**BACK GROUND:** Unwanted pregnancy is one of the most health problems, that always has various impacts on economical, social and health subjects, in a society. The purpose of this study is to determine the effects of unwanted pregnancy on the quality of prenatal care.

**METHOD:** This analytical study was conducted on 350 pregnant women in health centers of Torbate Jam, that were selected multiphase randomly. Two questionnaires have been used for data collection about demographic and contraception data. This questionnaires have been completed during pregnancy and after birth.

**RESULT:** The result showed that women with unwanted pregnancy start prenatal care after planned pregnancy. Also these women have had more complications during pregnancy and pregnancy in this group have been with more high risk. Also unwanted pregnancy have had more unhealthy delivery.

**CONCLUSION:** Because of strong relation between unwanted pregnancy and defect of prenatal care, we suggest to design a plan for controlling of unwanted pregnancy.

**KEY WORDS:** unwanted pregnancy, prenatal care, family planing.

### منابع:

- آستی، پروین؛ بختیار، کتیون، طراحی، محمدجواد. (۱۳۸۱). بررسی موانع پیشرفت و توسعه مراقبتهای دوران بارداری در زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان - ۱۳۷۹. خلاصه مقالات پنجمین سمینار سراسری دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، شیراز: دانشگاه علوم پزشکی.
- ۱- فشن، اسفندیار؛ فرارویی، محمد؛ کامکار؛ علی. (۱۳۷۹). بررسی نقش زنان در تصمیم گیریهای مهم خانواده در استان کهگیلویه و بویراحمر - ۱۳۷۹. خلاصه مقالات پنجمین سمینار سراسری دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، شیراز: دانشگاه علوم پزشکی.
- اقتدار، حسن؛ علی یار زاده، بابک. (۱۳۷۹). "بررسی شیوع و برخی عوامل موثر بر بارداریهای ناخواسته و تاثیر آن بر سلامت شیرخوار در شهرستان خلخال". خلاصه مقالات اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری. کرمانشاه: دانشگاه علوم پزشکی.
- حسینی شهیدی، لاله؛ مقیمیان؛ مریم، توکلی زاده، جهان شیر. (۱۳۸۱). "مقایسه افسردگی در حاملگیهای خواسته و ناخواسته - گناباد: طرح تحقیقاتی دانشکده علوم پزشکی".
- راهنورد، زهرا و همکاران. (۱۳۸۰). "بررسی عوامل موثر بر داشتن فرزندان ناخواسته در مراجعین به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تهران". تهران: مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی، سال پنجاه و نهم، شماره (۵).
- زمانی، فرشته. "بررسی برخی عوامل و رفتارهای نا سالم در زنان باردار بعنوان موانعی در راه توسعه سلامت خانواده در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد". فصلنامه علمی پژوهشی یافته، لرستان: دانشگاه علوم پزشکی.
- سنگستانی، گیلا. (۱۳۷۹). "بررسی رابطه ناخواسته بودن حاملگی با رعایت بهداشت دوران پره ناتال درمراجعه کنندگان به زایشگاه فاطمیه همدان ۱۳۷۹". خلاصه مقالات اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری، کرمانشاه: دانشگاه علوم پزشکی.
- شهریاری، افشار، صفیه. (۱۳۷۹). "مشاوره تنظیم خانواده". فصلنامه بهروز. سال ۱۰، شماره (۲). خراسان: مرکز بهداشت.
- محمد پور، علی. (۱۳۷۵). "بررسی علل حاملگیهای ناخواسته در شهرستان گناباد". گناباد: دانشکده علوم پزشکی.
- نوزادی، محسن؛ شاکری، محمدتقی؛ حامی، مریم. (۱۳۷۸). "بررسی حاملگی ناخواسته در ارتباط با روشهای پیشگیری از بارداری و رفتار باروری، مشهد: مجله دانشکده پزشکی؛ سال ۴۳، شماره (۶۹).
- نوح جاهد؛ صدیقه؛ لطیفی؛ سید محمود. (۱۳۷۸). "حاملگی استرسی موثر بر دریافت مراقبت های دوران بارداری و وزن هنگام تولد، تهران: خلاصه مقالات چهارمین کنگره سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۰). "حاملگی ناخواسته، تهران: فصلنامه بهروز. سال ۱۲، شماره (۲).

13-Carrington, Betty & et al. (1999). "The need for family Planning Services for Woman delivering with Little or no Prenatal care". *Woman Health j.* 20 (7). 1-9.

14-Denton, A.B & et al. (1994). "Unintended and Unwanted Pregnancy in St, Lucia". *W.I.Med.S.* 93:93-96