

## بررسی رفتار زنان در مواجهه با حاملگی ناخواسته

فرشته زمانی علویجه\*<sup>۱</sup>، دکتر حسن افتخار<sup>۲</sup>، دکتر نصراله بشردوست<sup>۳</sup>، طیبه مرعشی<sup>۴</sup> و ابوالحسن نقیبه<sup>۵</sup>

### چکیده:

هدف اصلی این بررسی، تعیین رفتار زنان هنگام شکست در اجرای برنامه تنظیم خانواده بود. در این مطالعه که به روش مقطعی انجام شد، کلیه زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله تحت پوشش و ساکن در روستاهای دارای خانه بهداشت فعال شهرستان نجف آباد (۶۲ روستا) مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد این زنان ۷۸۸ نفر بود. اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری با مادران باردار و پرونده خانوار، گردآوری و در پرسشنامه ثبت گردید و سپس با آزمونهای آماری  $t$  و  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. براساس نتایج بدست آمده رفتارهای مخاطره آمیز، در بارداریهای ناخواسته یا ناشی از شکست برنامه تنظیم خانواده در مقایسه با حاملگیهای خواسته ۴۴/۳ بار بیشتر رخ داده است. ۱۰۵ نفر (۳۱/۷۲٪) از زنان با حاملگی ناخواسته، اقدام یا اقداماتی ناموفق را در جهت ختم بارداری انجام داده اند. این اقدامات به روشهای مختلفی صورت گرفته است. ۳۵٪ از روشهای فیزیکی شامل وارد نمودن ضربه، بلند کردن اجسام سنگین و یا استفاده از اجسام غیرطبی و اژینال، ۲۸/۶٪ از روشهای تزریقی و ۹/۵٪ از روشهای خوراکی شامل خوردن داروهای گیاهی و شیمیایی، و بقیه تماماً از دو یا چند روش استفاده نموده اند. رفتار زنان ۹۱٪ از حاملگیهای خواسته و ۴۵٪ از حاملگیهای ناخواسته کاملاً مطلوب بوده است. ارتباط بین چگونگی رفتار و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری معنی دار بود ( $p=0/001$ ). همچنین بین سواد و رفتار زنان نسبت به حاملگی ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/001$ ).

با توجه به یافته های پژوهش بیش از یک سوم زنان هنگام مواجهه با بارداری ناخواسته یا شکست در تنظیم خانواده، اقدامات مخاطره آمیزی را انجام داده اند، این اقدامات قطعاً سلامت جسمی و روانی آنها و خانواده شان را تحت تاثیر قرار می دهد. بنابراین بایستی به نقش پیگیری و استفاده از فنون مشاوره و حمایت زنان واجد شرایط بیش از پیش اهمیت داده جامعه را از عوارض حاملگی های ناخواسته آگاه نمود.

**واژگان کلیدی:** برنامه تنظیم خانواده، حاملگیهای ناخواسته، زنان، نجف آباد

\* (عهده دار مکاتبات)

۱. دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک
۲. گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
۳. گروه آمار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۴. گروه بهداشت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۵. گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ساری

**مقدمه:**

در سالهای اخیر در بسیاری از کشورهای جهان میزان دسترسی به خدمات تنظیم خانواده افزایش یافته و میزان باروری کلی در حد قابل توجهی پایین آمده است ولیکن علی رغم همه این موفقیتها هنوز سالانه ۵۸۵۰۰۰ نفر از زنان به علت عوارض حاملگی وزایمان، جان خود را از دست می دهند و ۹۹٪ این مرگها در کشورهای درحال توسعه اتفاق می افتد (WHO 1998).

طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت هر ۳ دقیقه یک نفر به علت عوارض سقطهای عمدی جان خود را از دست می دهد (WHO 1992) (فلاحیان ۱۳۷۳). در زنانی نیز که زنده می مانند رنجهای جدی و فراوانی بر جای می ماند، (Kabir S. 1989) آگاهی زنان و خانواده ها از اهمیت برنامه تنظیم خانواده یکی از راههای کاهش مرگ مادران است (Esmat M. 2003). همه این مرگها قابل پیشگیری نیستند ولی قطعاً زنانی که سلامتشان به دلیل حاملگیهای مکرر مختل است یا در انتهای دوران بارداری خویش قرار دارند در معرض خطر بیشتری هستند. حاملگی ناخواسته، مهمترین علت تن دادن به خطرات سقط جنین است (زنجان و همکاران ۱۳۷۸). مطالعه ای که در ۱۰ مرکز آموزشی تهران انجام گرفت بیانگر این مساله است که ۱۲/۸٪ کل سقطها به طور غیر قانونی و نامطمئن انجام شده است (فلاحیان ۱۳۷۳). در سالهای اخیر اهمیت کنترل جمعیت در ایران بخوبی درک شده و برنامه تنظیم خانواده در قالب شبکه های بهداشتی - درمانی در دسترس همه افراد کشورمان قرار گرفته است و روز به روز به آمار افراد تحت پوشش تنظیم خانواده خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی افزوده می شود (زمانی ۱۳۷۶). اما اهمیت مسئله وقتی روشن می شود که با صرف هزینه، وقت، نیروی انسانی و از همه مهمتر تمایل خانواده به جلوگیری از بارداری متأسفانه مادران با حاملگی ناخواسته و به دنبال آن اقدام به سقط، عدم توجه کافی به مراقبت از خود و ... و ویروی می گردند. در کشور ما نیز علی رغم دسترسی آسان

به وسایل پیشگیری از بارداری سالانه تعداد زیادی حاملگی ناخواسته اتفاق می افتد و به نظر می رسد که تعدادی از این حاملگیها منجر به سقطهای غیر قانونی می شود که البته برای مادر از نظر عوارض بعدی و احتمالاً مرگ بسیار خطرناک است (ملک افضلی ۱۳۷۵). یک حاملگی نابهنگام می تواند بیش از هر چیز دیگری ناتوان کننده و مایوس کننده باشد. برای زنان تصمیم گیری در مورد این که حاملگی را تا پایان حفظ کنند یا آن را ختم نمایند، رنج آور و ناراحت کننده است (Kabir S. 1989)، (Erikson R. 1993) و فشار روانی ناشی از این موقعیت، تأثیرات روحی و روانی را در پی خواهد داشت (Erikson R. 1993). در این پژوهش علاوه بر تعیین فراوانی حاملگیهای ناخواسته، چگونگی برخورد و رفتار زنان در مواجهه با حاملگی ناخواسته نیز بررسی شده است.

**روش کار:**

این مطالعه به روش مقطعی در جامعه زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله شوهر دار روستایی شهرستان نجف آباد انجام شد. همه زنان باردار تحت پوشش که در زمان مطالعه، طی ۳۰ روز متوالی در کلیه روستاهای دارای خانه بهداشت فعال یعنی ۶۲ روستا، شناسایی شدند ۷۸۸ نفر بودند که همگی وارد مطالعه شدند. اولین معیار برای ورود زنان به مطالعه داشتن پرونده مراقبت، به عنوان زن باردار و یا ارائه جواب آزمایش مبنی بر مثبت بودن حاملگی و یا نظر پزشک و ماما و دومین معیار سکونت در روستاهای مورد مطالعه بود. ابتدا پرسشنامه مقدماتی تهیه و به صورت پایلوت در یکی از روستاهای فاقد خانه بهداشت تکمیل و مورد تایید متخصصان قرار گرفت. مصاحبه با زنان باردار و تکمیل پرسشنامه، توسط بهورزان زن باتجربه و علاقمند و در محلی بدون حضور دیگران انجام شد. زنان شناسایی شده قبلاً به خانه بهداشت دعوت شده بودند ولی کسانی که در زمان مورد نظر مراجعه نکردند. پیگیری و در منزل آنها اطلاعات جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از

نرم افزار، SPSS و آزمونهای آماری  $\chi^2$  و استفاده شد. یکی از متغیرهای اصلی در این مطالعه رفتار زنان در هنگام برخورد با حاملگی بود که با استفاده از مجموع امتیاز چهار متغیر دیگر شامل: نحوه مراجعه به خانه بهداشت، اهمیت به مراقبت از خود، تمایل به سقط و اقدامات انجام گرفته برای ختم بارداری، مورد سنجش قرار گرفت. به طوری که شدیدترین نحوه برخورد شامل عدم مراجعه به خانه بهداشت، بی اهمیتی به مراقبت های دوران بارداری، تمایل به سقط و انجام اقداماتی در جهت ختم بارداری بود. سایر متغیرهای مورد بررسی شامل وضعیت حاملگی (خواسته یا ناخواسته)، نوع اقدام جهت ختم بارداری، سواد بود.

### نتایج:

نتایج تحقیق نشان داد که از ۷۸۸ نفر زن مورد مطالعه، ۳۳۱ نفر در هنگام بررسی بدون برنامه و ناخواسته حامله بودند. ۳۱/۷٪ (۱۰۵ نفر) از زنان با حاملگی ناخواسته جهت انجام سقط اقدام یا اقداماتی انجام داده اند و ۶۸/۳٪ (۲۲۶ نفر) هیچگونه اقدامی در این جهت انجام ندادند بودند (نمودار ۱). محاسبه نسبت خطر (OR) نشان داد که رفتارهای مخاطره آمیز در زنان با حاملگی ناخواسته ۴۴/۳ برابر بیشتر از زنان با حاملگی خواسته رخ داده است (جدول ۱).

در جدول شماره ۲ مشاهده می شود که با ۹۱/۴۷٪ از حاملگیهای خواسته و ۴۵/۶۱٪ از حاملگیهای ناخواسته مناسب برخورد شده است، یعنی این که زن باردار به مراقبت از خود و جنبش اهمیت داده تمایل و یا اقدامی در جهت انجام سقط نداشته و مرتب به خانه بهداشت مراجعه نموده است. بدترین نحوه برخورد یعنی عدم مراقبت از خود تمایل و اقدام در جهت سقط و عدم مراجعه به موقع به خانه بهداشت در حاملگیهای خواسته، وجود نداشته و در حاملگیهای ناخواسته ۷/۲۵٪ موارد را شامل شده است. آزمون آماری  $\chi^2$  ارتباط بین نحوه برخورد با بارداری و خواسته یا ناخواسته بودن آن را مورد تایید قرار می دهد ( $P < ۰/۰۰۱$ ) جدول شماره ۳ توزیع فراوانی مطلق و نسبی

زنان بارداری را که با حاملگی ناخواسته روبرو بوده و اقدام به سقط داشته اند بر حسب نوع اقدام نشان می دهد. بر حسب روش اقدام به ترتیب: ۹/۵٪ از روش خوراکی (خوردن داروهای شیمیایی، جوشانده گیاهی و غیره)، ۲۸/۶٪ از روش تزریقی (تزریق آمپولهای هورمونی)، ۳۵/۲٪ از روش فیزیکی (بلند کردن اجسام سنگین وارد کردن ضربه و یا استفاده از وسایل غیر طبی واژینال) به قصد انجام سقط استفاده کرده اند. ۱۲/۳٪ از روش خوراکی و تزریقی و ۴/۸٪ از روش خوراکی و فیزیکی تماماً و ۳/۸٪ آنها از همه روشهای فوق استفاده نموده اند. شدیدترین نحوه برخورد به ترتیب در ۷/۵٪ از مادران بی سواد، ۶/۲۵٪ از مادران دارای سواد خواندن و نوشتن و ۲/۱۹٪ از مادران دارای مدرک پنجم ابتدایی رخ داده است. هیچ کدام از مادران دارای مدرک سوم راهنمایی و بالاتر، این نحوه برخورد (یعنی تمایل و اقدام به سقط همراه با عدم مراجعه به موقع به خانه بهداشت) را نداشته اند. ۵۱/۲۵٪ زنان بی سواد برخورد مناسب نسبت به بارداری خود داشته اند ولی این نسبت با افزایش تحصیلات افزایش یافته تا جایی که در گروه دارای تحصیلات سوم راهنمایی به ۸۱/۸۳٪ می رسد و مجدداً همین نسبت در گروه دیپلم و بالاتر تکرار می گردد. آزمون آماری  $\chi^2$ ، ارتباط معنی دار بین درجه تحصیلات و نحوه برخورد با بارداری فعلی را تایید می کند ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

### بحث و نتیجه گیری:

حاملگی ناخواسته یکی از مهمترین مسائل بهداشتی اجتماعی در ارتباط با برنامه تنظیم خانواده می باشد و به هر دلیل از جمله عدم استفاده یا استفاده غلط از روشهای پیشگیری که باشد، مخاطرات جدی را برای خانواده ها در بر خواهد داشت با توجه به بررسیهای انجام شده در مناطق روستایی کل کشور (UNFPA 1994) و استان اصفهان (مرکز بهداشت استان اصفهان ۱۳۷۵) و همچنین از نتایج بدست آمده در این مطالعه به نظر می رسد که علی رغم ارتقای سطح آگاهی و دسترسی آسان به روشهای پیشگیری از بارداری درصد قابل توجهی از حاملگی ها

ناخواسته بوده و سیستمهای بهداشتی نتوانسته اند خدمات مشاوره ای کاملاً مطلوبی را در اختیار نیازمندان تنظیم خانواده قرار دهد و در نتیجه تعدادی از خانواده ها با وجود تمایل به تنظیم خانواده با شکست روبرو شده اند که در مواردی نیز به سقط عمدی منجر شده است. به نظر می رسد که آگاهی و اعتقاد به لزوم تنظیم خانواده در جامعه هنوز کاملاً به رفتار تبدیل نشده و رفتار مورد انتظار ایجاد نگردیده است. نحوه برخورد با حاملگی ناخواسته خود به مشکلات بهداشتی دامن می زند و مانع از بهبود شاخصهای بهداشتی جامعه می گردد. همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود، در ۳۲/۷٪ حاملگیهای ناخواسته، زنان اظهار نمودند که اقداماتی ناموفق در جهت سقط جنین انجام داده اند در این بررسی چون گروه هدف ما زنان باردار بودند مطالعه به روش مقطعی انجام شد، از میزان اقدامات موفق و منجر به سقط اطلاعاتی بدست نیامده است. اما اگر مطالعه ای به روش کوهورت در این زمینه صورت گیرد، دستیابی به این میزان امکان پذیر خواهد بود، محدودیت دیگر ما در این مطالعه آن بود که تعداد زیادی از زنان روستایی به دلیل نبود امکانات تشخیصی، از ماه سوم بارداری مورد شناسایی قرار گرفتند احتمالاً زنان هنگام مواجهه با علایم بارداری ناخواسته، در همان روزهای اول اقداماتی را انجام داده اند، که حتی ممکن است منجر به ختم بارداری نیز شده باشد و در این صورت گروه فوق وارد مطالعه نشده اند. در سرتاسر جهان حدود ۱۳٪ از همه مرگ و میر مادران به علت سقط اتفاق می افتد. سقطهای غیر ایمن از جمله عواملی هستند که منجر به مرگ و یا عوارضی در مادران می شود، (Ravindran J. 2003). آمارها نشان می دهند که ۵۰٪ حاملگیها در دنیا بدون برنامه و ۲۵٪ آنها ناخواسته است. این امر محدود به کشورهای در حال توسعه نمی باشد ۴۵٪ حاملگیها در آمریکا بدون برنامه بوده که نیمی از آنها به سقط منجر شده است (شکیبا ۱۳۸۱). اطلاعات فوق گویای این است که هر چند مساله

حاملگیهای ناخواسته از جمله مهمترین مسائل بهداشتی و اجتماعی می باشد و مانعی در جهت کنترل جمعیت بوده سلامت مادران و کودکان و کل خانواده رامورد تهدید قرار داده است ولی نحوه برخورد با این مساله اگر مناسب نباشد مشکلات را بیش از پیش افزایش داده سلامت جسمی و روانی جامعه را مورد تهدید قرار خواهد داد زیرا عده ای از زنان و خانواده ها برای مقابله با حاملگی ناخواسته ای که با آن روبرو شده اند به هر اقدام و توصیه نادرستی جامع عمل می پوشانند و در نتیجه خود را در معرض عوارض حاملگی، زایمان و عوارض مربوط به سقطهای غیر بهداشتی (در صورت اقدام) قرار می دهند. مطالعات نشان داده است که تنظیم خانواده می تواند از یک سوم الی یک چهارم مرگ مادران جلوگیری کند (فلاحیان ۱۳۷۳، نقوی ۱۳۷۵، Erikson R. 1993). چنانچه بتوان با برنامه ریزی صحیح روشهای تنظیم خانواده را اصلاح و یا به روش موثرتری تغییر داد می توان ۹۸٪ حاملگیهای ناخواسته را کاهش داد، (ملک افضلی ۱۳۷۵). به ویژه اینکه در برخی از کشورهای جهان، زنان زیادی به علت عدم دسترسی به مراقبتهای دوران بارداری جان خود را از دست می دهند (Darney P. 1988).

در نتایج مطالعه حاضر مشاهده شد که خانواده های با سواد پایین بیشتر با حاملگی ناخواسته مواجه بودند. در تحقیقی نیز که در استان یزد انجام شد ارتباط پرور حاملگی ناخواسته با سواد مورد تأیید قرار گرفت.

هدف کنفرانسی که توسط WHO در سال ۲۰۰۱ در ایتالیا برای کاهش حاملگیهای ناخواسته برگزار شد، مروری بر روشهای اورژانسی پیشگیری از بارداری بود (Hertz H. and Bygdeman M. 2003). در مطالعه ای که افشاری در تابستان ۱۳۸۲ انجام داد نشان داده شد که آگاهی و نگرش زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار از روشهای پیشگیری اورژانسی در سطح بسیار پایینی قرار دارد (افشاری ۱۳۸۲) و ضرورت رسیدگی به این مساله را نشان می دهد.

ناخواسته بوده و سیستمهای بهداشتی نتوانسته اند خدمات مشاوره ای کاملاً مطلوبی را در اختیار نیازمندان تنظیم خانواده قرار دهد و در نتیجه تعدادی از خانواده ها با وجود تمایل به تنظیم خانواده با شکست روبرو شده اند که در مواردی نیز به سقط عمدی منجر شده است. به نظر می رسد که آگاهی و اعتقاد به لزوم تنظیم خانواده در جامعه هنوز کاملاً به رفتار تبدیل نشده و رفتار مورد انتظار ایجاد نگردیده است. نحوه برخورد با حاملگی ناخواسته خود به مشکلات بهداشتی دامن می زند و مانع از بهبود شاخصهای بهداشتی جامعه می گردد. همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود، در ۳۲/۷٪ حاملگیهای ناخواسته، زنان اظهار نمودند که اقداماتی ناموفق در جهت سقط جنین انجام داده اند در این بررسی چون گروه هدف ما زنان باردار بودند مطالعه به روش مقطعی انجام شد، از میزان اقدامات موفق و منجر به سقط اطلاعاتی بدست نیامده است. اما اگر مطالعه ای به روش کوهورت در این زمینه صورت گیرد، دستیابی به این میزان امکان پذیر خواهد بود، محدودیت دیگر ما در این مطالعه آن بود که تعداد زیادی از زنان روستایی به دلیل نبود امکانات تشخیصی، از ماه سوم بارداری مورد شناسایی قرار گرفتند احتمالاً زنان هنگام مواجهه با علایم بارداری ناخواسته، در همان روزهای اول اقداماتی را انجام داده اند، که حتی ممکن است منجر به ختم بارداری نیز شده باشد و در این صورت گروه فوق وارد مطالعه نشده اند. در سرتاسر جهان حدود ۱۳٪ از همه مرگ و میر مادران به علت سقط اتفاق می افتد. سقطهای غیر ایمن از جمله عواملی هستند که منجر به مرگ و یا عوارضی در مادران می شود، (Ravindran J. 2003). آمارها نشان می دهند که ۵۰٪ حاملگیها در دنیا بدون برنامه و ۲۵٪ آنها ناخواسته است. این امر محدود به کشورهای در حال توسعه نمی باشد ۴۵٪ حاملگیها در آمریکا بدون برنامه بوده که نیمی از آنها به سقط منجر شده است (شکیبا ۱۳۸۱). اطلاعات فوق گویای این است که هر چند مساله

فراوان برای بررسیهای بعدی است چرا که به نظر می رسد علاوه بر دانش مادران عوامل اجتماعی متعدد دیگری در شیوع و نحوه برخورد با حاملگی ناخواسته نقش دارد.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله بخشی از تحقیق مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد و بخشی از هزینه های آن را نیز اداره کل بهداشت و تنظیم خانواده مساعدت نمودند. از همکاری و زحمات تمامی عزیزانی که ما را در اجرای آن یاری نموده اند بویژه سرکارخانم دکتر زهرا علامه تشکر و قدردانی می کنیم. همچنین از همه بهورزان شهرستان نجف آباد سپاسگزاریم.

در کشورهای در حال توسعه در هر دقیقه یک زن به دلیل عوارض حاملگی یا زایمان می میرد در حالی که ۲۵٪ مرگ و میر مادری توسط تنظیم خانواده و پیشگیری از حاملگی ناخواسته، زود هنگام و پر خطر، سقطهای غیر ایمن و نیز بیماری های مقاربتی قابل کنترل می باشد (ترکان ۱۳۸۲).

در این بررسی نیز ارتباط بین وضعیت بارداری و نحوه برخورد با آن مورد تایید قرار گرفته است. ۳۱/۷۲٪ کل حاملگیهای ناخواسته اقداماتی جهت ختم بارداری انجام داده اند که نشانگر اهمیت رسیدگی به این مساله می باشد. این اقدامات به طور حتم بر سلامتی مادر و جنین او بی اثر نخواهد بود. رفتارهای مخاطره آمیز دربارداریهای ناخواسته حدود ۴۴ برابر بیشتر بوده است. این بررسی نشان می دهد که موضوع فوق دارای قابلیتهای

جدول ۱- توزیع رفتار زنان در حاملگیهای خواسته و ناخواسته (در زنان باردار روستایی شهرستان نجف آباد)

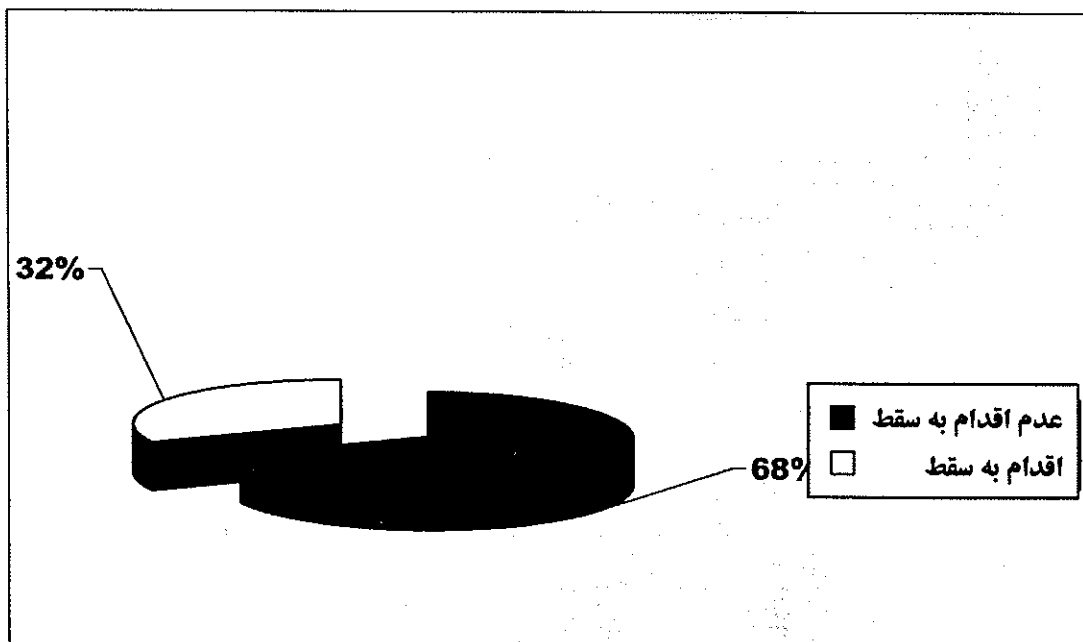
جمع	حاملگی خواسته		حاملگی ناخواسته		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد					
۱۰۰	۱۱۴	۴/۴	۵	۹۵/۶	رفتار مخاطره آمیز
۱۰۰	۶۷۴	۶۷	۴۵۲	۳۳	رفتار مناسب

جدول ۲- ارتباط نحوه برخورد با حاملگی و خواسته یا ناخواسته بودن آن (در زنان باردار روستایی شهرستان نجف آباد)

جمع	ناخواسته		خواسته		حاملگی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد					نحوه برخورد
۳/۰۵	۲۴	۷/۲۵	۲۴	۰	۱- بدترین نحوه برخورد
۹/۹۰	۷۸	۲۲/۰۵	۷۳	۱/۰۹۵	۲- برخورد نسبتاً نامطلوب
۱/۲۵	۱۲	۳/۶۳	۱۲	۰	۳- بی تفاوت
۱۳/۳۲	۱۰۵	۲۱/۴۵	۷۱	۷/۴۴	۴- برخورد نسبتاً مطلوب
۷۲/۲۱	۵۶۹	۴۵/۶۱	۱۵۱	۹۱/۴۷۵	۵- بهترین نحوه برخورد
۱۰۰	۷۸۸	۱۰۰	۳۳۱	۱۰۰	جمع کل

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد نوع اقدام به سقط در زنان با حاملگی ناخواسته (در زنان باردار روستایی شهرستان نجف آباد)

نوع اقدام به سقط	تعداد	درصد
۱- روش خوراکی	۱۰ نفر	۹/۵
۲- روش تزریقی	۳۰ نفر	۲۸/۶
۳- روش فیزیکی	۳۷ نفر	۳۵/۲
۴- خوراکی و تزریقی توأم	۱۴ نفر	۱۳/۳
۵- خوراکی و فیزیکی توأم	۵ نفر	۴/۸
۶- تزریقی و فیزیکی توأم	۵ نفر	۴/۸
۷- همه روشها توأم	۴ نفر	۳/۸
جمع کل	۱۰۵ نفر	۱۰۰



نمودار ۱- میزان اقدام به سقط در زنان با حاملگی ناخواسته (زنان باردار روستایی شهرستان نجف آباد)

## منابع:

- Darney P. (1988) Maternal deaths in the Less developed world: preventable tragedies: *Int. J Gynaecol Obstet.* 26(2): 177-9.
- Erikson R. (1993) Abortion trouna: Application of a conflict model. *Journal of prenatal and perinatal psychology and Health.* 8(1): 33-42 .
- Esmat M. (2003) The National Mortality Study: Egipt 2000, 6 IE A EMR (Iran).
- Hertzen H. and Bygdeman M. (2003) Summary of evidenc and research needs on the use of mifepristone in fertilty regulation: conference, National Library of Medicine, contraception. 68(6):401-7.
- Kabir S. (1989) Causes and consequences of unwanted pregnancy from Asian women's perspectives. *International Journal Obstetrics.* Supple 3. 9-14. (location: SNTD church gate).
- Ravindran J. (2003) Unwanted prognancy –medical and ethical dimension. *Med J.* 58:23-35.
- UNFPA (1994) Family planning in Islamic Republic of Iran. 23.
- World Health Organization (1996) Improving a access to quality care in family planning. WHO.
- WHO (1992) Reproductive Health : A key to a brighter Biennual Report Geneva.
- افشاری، مسعود (۱۳۸۲). بررسی آگاهی و نگرش زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار از روش پیشگیری اورژانسی و عوامل موثر، پایان نامه برای اخذ مدرک کارشناسی ارشد از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ترکان، بهناز (۱۳۸۲). تنظیم خانواده و کیفیت زندگی زنان اولین همایش سراسری ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، اصفهان، ۳۶.
- زمانی، فرشته (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع و برخی از عوامل موثر بر حاملگیهای ناخواسته... ، پایان نامه برای اخذ مدرک کارشناسی ارشد از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۴۰-۱۰.
- زنجانی، حبیب ا... شادپور، کامل. میرزائی، محمد. مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۷۸). جمعیت، توسعه و بهداشت باروری، ۱۳۵-۱۲۸.
- شکیبا، مهرداد. طباطبایی، افسر. کریمی، مهران (۱۳۸۱). بررسی حاملگیهای ناخواسته در استان یزد، مجله طلوع بهداشت، (۲): ۲۶-۳۰.
- فلاحیان، معصومه و نوروزی، آریتا (۱۳۷۳). مرگ و میر و عوارض ناشی از سقطهای عمدی در تهران، مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، (۲) ۵۹-۵۰.
- مرکز بهداشت استان اصفهان (۱۳۷۵). گزارش فعالیتهای هفته جمعیت و توسعه ، ۴۵.
- ملک افضلی، حسین (۱۳۷۵). برآورد سقطهای جنین حاصل از حاملگیهای ناخواسته ، نشریه تنظیم خانواده، (۲) ۷-۲ .
- نقوی، محسن (۱۳۷۵). بررسی عوامل موثر بر مرگ مادران در جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت ، گزارش پایان نامه برای اخذ درجه تخصص در رشته اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳۰-۱۰.

## THE BEHAVIOR OF WOMEN CONFRONTED WITH UNWANTED PREGNANCIES

Zamani F.,\*<sup>1</sup> MSPH; Eftekhari Ardebili H.,<sup>2</sup> MD; Bashardost N.,<sup>3</sup> Ph.D; Marashi T.,<sup>4</sup> MSHP; Naghibi A.,<sup>5</sup> MSPH

The goal of this study is to evaluate women's behaviors while their family planning programs fail or facing unwanted pregnancy. This is a cross-sectional study. The population is all 15-49 years pregnant women (788 people) in the villages (62 villages) of Najaf Abad City having active health center. Data were gathered through interview and their profiles. They were recorded in questionnaires. T test and X<sup>2</sup> were used to analyze data.

The results showed that high-risk behaviors happen %44/3 more when family planning program fails. 105 (%31/72) of women having unwanted pregnancy did unsuccessful activities in order to end their pregnancy. The activities are different. %35 was physical such as: hitting, lifting heavy objects or using unhealthy vulva objects, %28/6 used injection, %9/5 eat chemical and plant medicine. And the other used two or three ones together. Women showed good behaviors in %91 of wanted pregnancy and %45 of unwanted pregnancy. There is significant relationship ( $p=0/001$ ) between dealing with pregnancy and it's being wanted and unwanted. There is also significant relationship ( $p=0/001$ ) between women's education and their behaviors toward pregnancy.

According to the research findings more than one third of women did high-risk activities when a family planning program fails or facing unwanted pregnancy. These certainly influence their own and their family mental and physical health. So role of the prevention, counseling techniques and women's support must be considered more than before. Society should be become aware of the unwanted pregnancy symptoms.

**Key words:** *Family planning program ,unwanted pregnancy ,women,Najaf Abad*

\*. Author to whom all correspondence should be addressed.

1. Paramedical Faculty, Arak University of Medical Sciences.
2. Department of Public Health Services, School of Public Health and Institute of Public Health Research Tehran University of Medical Sciences.
3. Department of Statistics, School of Public Health, Esfahan University of Medical Sciences.
4. Department of Health, School of Public Health, Ahvaz University of Medical Sciences.
5. Department of Health, School of Public Health, Sary University of Medical Sciences.