

تجربیات زنان نسبت به حاملگی ناخواسته: یک مطالعه کیفی

فروغ السادات مرتضوی^{۱*}؛ مریم دامغانیان^۱؛ زهرا متقی^۱؛ محمد شریعی^۲

چکیده

زمینه: علی‌رغم پوشش وسیع تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته یکی از مشکلات شایع در کشور می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی تجربیات زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شاهرود از پدیده حاملگی ناخواسته بود. روش‌ها: این مطالعه، از نوع کیفی است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف و به روش مصاحبه متمرکز گروهی و فردی و براساس پرسش‌های نیمه‌ساختارمند صورت گرفت. ۵ مصاحبه گروهی با ۲۳ زن باردار در سه‌ماهه سوم بارداری و ۴ مصاحبه فردی با زنانی که سابقه سقط عمد داشتند، انجام شد. از تحلیل محتوا، جهت تجزیه و تحلیل این بررسی استفاده شد. یافته‌ها: نتایج در چهار طبقه علل ناخواسته دانستن بارداری، علل بروز بارداری ناخواسته، واکنش اطرافیان و روند پذیرش بارداری ناخواسته دسته‌بندی شدند. عدم برنامه‌ریزی در امور به دلیل عدم آمادگی فیزیکی، روحی روانی و اقتصادی برای بارداری و اعتقاد به کافی بودن دو بچه از علل ناخواسته دانستن بارداری بود. روند پذیرش بارداری ناخواسته شامل عدم پذیرش بارداری، تلاش برای سقط جنین، پذیرش جنین و احساسات منفی نسبت به افکار مربوط به سقط بود. همسر و مادر نقش مهمی در تصمیم به ادامه بارداری داشتند.

نتیجه‌گیری: زنان با بارداری ناخواسته دچار فشارهای روحی و روانی شدید در بارداری هستند. ضروری است مراقبین بهداشتی به این زنان و همسرانشان در گذر از این دوره بحرانی کمک کنند.

کلیدواژه‌ها: حاملگی، ناخواسته، برنامه‌ریزی نشده، تجربه، تحقیق کیفی

«دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۱۱»

۱. گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* عهده‌دار مکاتبات: شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، گروه بهداشت باروری، تلفن: ۰۲۷۳۳۳۹۵۰۵۴

Email: frmortazavi@yahoo.com

مقدمه

می‌دهد که ۸۷ میلیون آن ناخواسته است و در ۴۱ میلیون آن‌ها حاملگی ادامه یافته و منجر به تولد نوزاد می‌شود (۵). در سال ۲۰۰۸، تعداد سقط غیرایمن به دنبال بارداری ناخواسته، ۲۱-۲۲ میلیون و میزان سقط غیرایمن در زنان ۱۵-۴۴ ساله به ازای هر هزار زن در دنیا، ۲۲ مورد برآورد شده است. در همین سال، ۴۷۰۰۰ مرگ مادر به دلیل سقط غیرایمن تخمین زده شده است که معادل با ۱۳ درصد مرگ‌های مادری است (۶). در کشور ما نیز علی‌رغم تلاش‌های انجام‌شده در این زمینه و پوشش وسیع تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته یکی از مشکلات شایع است. در مطالعه جهانفر در ایران و امانی در اردبیل،

حاملگی برنامه‌ریزی شده و خواسته، واقعه‌ای خوشایند برای خانواده است در حالی که حاملگی ناخواسته، آثار نامطلوبی بر مادر، نوزاد و نهایتاً کل خانواده بر جای می‌گذارد (۱). حاملگی‌های ناخواسته (unwanted) به حاملگی‌هایی که در هیچ زمانی خواسته نبوده و حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده (unplanned) یا بی‌موقع (mistimed) به حاملگی‌هایی که در زمان مورد نظر خواسته نمی‌باشد، اطلاق می‌شود (۴-۲).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، هر ساله در جهان ۲۱۰ میلیون حاملگی رخ

به ترتیب ۴۰ و ۶۱ درصد حاملگی‌ها ناخواسته اعلام شده است (۷ و ۸). در مطالعه پورحیدری در سال ۱۳۸۶ در شاهرود، شیوع حاملگی ناخواسته ۳۱ درصد گزارش شد که ۵۶ درصد آن ناخواسته و ۴۴ درصد بدون برنامه‌ریزی بود (۹).

پیامدهای بارداری ناخواسته جدی بوده و بار قابل توجهی برای مادر، همسر و در صورت ادامه بارداری، برای فرزند به همراه خواهد داشت. نتایج مطالعه کاراکام در ترکیه نشان داد که زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی در مقایسه با زنانی که بارداری خواسته داشتند، در دوره بعد از زایمان دارای سطح هموگلوبین کم‌تر بودند، احساس منفی و احساس درد بیشتری در طی لیبر داشتند و در معرض افسردگی بعد از زایمان بودند (۱۰). همچنین نتایج مطالعه حیات‌بخش در استرالیا نشان داد که کودکان حاصل از بارداری ناخواسته در ۱۴ سالگی در مقایسه با کودکان حاصل از بارداری خواسته، بیشتر دچار افسردگی، اضطراب و بزه‌کاری شده و مصرف دخانیات در میان این‌ها رایج‌تر است (۱۱). زنان با بارداری ناخواسته به علت داشتن احساسات و عواطف ناخوشایند طی دوران بارداری، در معرض بروز افزایش فشارخون، سقط، زایمان زودرس و تولد نوزادان کم‌وزن در مقایسه با زنان دارای حاملگی خواسته هستند. همچنین از مراجعه منظم به مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات مورد نیاز جهت پی‌گیری سلامت خود و جنین، کوتاهی نموده و موجب می‌شوند خطرات بالقوه‌ای نظیر افزایش فشارخون حاملگی و دیابت که تهدیدی جدی برای سلامت مادر و جنین به حساب می‌آید به موقع شناسایی و پیشگیری نشود (۱۲ و ۱۳). در مطالعه زمانی، بیش از یک سوم زنان هنگام مواجهه با بارداری ناخواسته، اقدامات مخاطره‌آمیزی مانند وارد نمودن ضربه، بلند کردن اجسام سنگین، استفاده از اجسام غیرطبی و اژینال، تزریق دارو و خوردن داروهای گیاهی و شیمیایی انجام داده‌اند (۱۴).

تاکنون مطالعات انجام‌شده در ایران به بررسی شیوع و عوامل مؤثر در بروز بارداری ناخواسته و نهایتاً پیامدهای

آن بر سلامت فیزیکی زنان پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات حاکی از شیوع بالا و ناکارایی برخی روش‌های پیشگیری از بارداری است، به عبارت دیگر ابعاد اجتماعی موضوع بررسی شده است. اما سایر جوانب موضوع مانند دلایل زنان برای ناخواسته دانستن بارداری و نحوه تطابق آنان با بارداری ناخواسته و پیامدهای روحی روانی آن کم‌تر بررسی شده است. نتایج مطالعه کیفی کرکمن در استرالیا با عنوان "دلایل زنان برای در نظر گرفتن یا انجام سقط جنین" نشان داد که تصمیم‌گیری در مورد سقط در زمینه کلی زندگی زنان گرفته می‌شود. در این مطالعه، دلایل در نظر داشتن یا انجام سقط به خود زنان، تعداد بچه‌های خانواده، نظر همسر و سایر افراد مهم در زندگی آنان مربوط می‌شد (۱۵). همچنین مطالعات جهانی، اغلب بر پیامدهای روحی روانی سقط عمد برای زنان متمرکز بوده است و وضعیت زنانی که بارداری خود را به پایان می‌رسانند کم‌تر بررسی شده است به طوری که مطالعه مروری برادشو در زمینه تجارب روحی روانی و ارتباطات جنسی قبل و به دنبال سقط جنین، نشان داد که به دنبال کشف بارداری و قبل از سقط، ۴۵-۴۰ درصد زنان اضطراب و حدود ۲۰ درصد، نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. گرچه به دنبال سقط، پریشانی و اندوه کاهش می‌یابد اما حدود ۳۰ درصد زنان، حتی یک ماه بعد از سقط، هنوز مشکلات روحی روانی دارند (۱۶). نتایج مطالعه میجر که بر اساس گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا در مورد ارتباط سقط عمد و سلامت روان تهیه شده است، نشان داد که خطر نسبی مشکلات روحی روانی در زنانی که یک سقط قانونی در سه ماهه اول بارداری ناخواسته داشته‌اند بیشتر از زنانی که بارداری ناخواسته را به آنها می‌رسانند نیست (۱۷).

باید توجه داشت که در کشور ما به دلیل غیرقانونی، غیرشرعی و غیرعرفی بودن سقط، احتمال ادامه بارداری در مقایسه با سایر کشورها بیشتر است. همچنین به دلایل ذکرشده، بروز مشکلات روحی روانی نیز محتمل‌تر به نظر می‌رسد. لذا توجه و بررسی مشکلات این بارداری‌ها و

محرمانه ماندن پاسخ‌ها و نظرات آنان اطمینان داده شد. جمع‌آوری اطلاعات بر اساس پرسش‌های نیمه‌ساختارمند مطرح شده توسط پژوهشگر انجام شد. صحبت‌های افراد بر روی فایل صوتی ضبط شده و سپس بر روی کاغذ پیاده شد.

جهت تجزیه و تحلیل این بررسی از تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل همزمان)، بدین صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد تا درکی کلی از متن به دست آید و سپس متن، خطبه‌خط خوانده می‌شد. ابتدا کدگذاری سطح اول انجام می‌شد به این صورت که جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح شده در مصاحبه بودند مشخص می‌شد. سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک مضمون داده می‌شد. با مقایسه مضامین با یکدیگر، فهرستی از مضامین اصلی و زیرمضامین‌ها به دست آمد. در کدگذاری سطح دوم، مضامین اصلی و زیرمضامین‌ها بازخوانی می‌شد و سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی می‌شدند و طبقات تشکیل می‌شد. کدبندی و تعیین طبقات توسط محققین انجام شد و سپس مضامین تعیین شده توسط محققین با یکدیگر مقایسه شد. در موارد اختلاف، بعد از بحث و رسیدن به اجماع، مضامین نهایی تعیین شد. راه‌کارهایی که برای اعتباربخشی به نتایج استفاده شد شامل شنیدن و خواندن مکرر مصاحبه‌ها، مصاحبه‌های طولانی و استفاده از نظرات همکاران بود. همچنین از نظارت خارجی برای افزایش پایایی استفاده شد. به این معنی که بخشی از داده‌ها به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشته و به منزله یک ناظر خارجی بود، داده شد تا مشخص شود آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد. هماهنگی در کدگذاری بین ناظر و محققین بیش از ۸۰ درصد بود.

محیط مصاحبه، کلاس آموزشی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شاهرود بود. طول هر مصاحبه گروهی، به‌طور متوسط ۶۰-۹۰ دقیقه و هر مصاحبه فردی ۳۰-۴۰ دقیقه بود. مصاحبه‌کنندگان، سه دانشجوی دکترای بهداشت باروری با تجربه کافی در ارتباط با این مشکلات

کمک به این که این حاملگی‌ها سیر طبیعی خود را طی کنند ضروری است. به علاوه درک علل ناخواسته دانستن بارداری از دید زنان به مراقبین بهداشتی کمک می‌کند تا نیاز به کارگیری مؤثر یک روش پیشگیری از بارداری را به زنان نیازمند این خدمات بهتر یادآوری کنند. از آنجا که تحقیق کیفی، روشی مناسب جهت کشف ویژگی‌ها و تجربیات افراد است و آنچه را که در پس آن تجربیات قرار دارد بررسی می‌کند (۱۸) و با توجه به این که در این زمینه در ایران تحقیق کیفی که پاسخ‌گوی سؤالات و اهداف طرح باشد، انجام نشده است؛ بر آن شدیم تا این مسأله را به صورت عمیق و از طریق یک پژوهش کیفی بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوایی است که به بررسی عمیق علل و تجربه حاملگی ناخواسته از دیدگاه زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و زنانی که تجربه سقط عمد داشتند می‌پردازد. نمونه‌ها شامل دو گروه زنان باردار می‌باشد: ۱- زنانی که اصلاً تمایلی به بارداری نداشته و باردار شده بودند و ۲- زنانی که در زمان انجام مطالعه، تمایلی به بارداری نداشته و باردار شده بودند. ناخواستگی می‌تواند از جانب زن، شوهر و یا هر دو باشد. نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به روش مصاحبه فردی و گروهی صورت گرفت. نمونه‌گیری تا زمان اشباع اطلاعات و عدم دستیابی به داده‌های جدید ادامه یافت.

در هر مصاحبه بین ۵-۴ زن باردار شرکت کردند. از آنجا که خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی در پرونده ثبت می‌شود، نمونه‌ها بر اساس بررسی پرونده‌ها انتخاب و جهت مصاحبه گروهی دعوت شدند. در مجموع ۲۳ زن باردار در ۵ مصاحبه گروهی و ۴ زنی که سقط عمد داشتند در مصاحبه فردی شرکت کردند. پیش از اجرای مصاحبه، با خانم‌ها در مورد هدف مطالعه صحبت شد و از آنان رضایت شفاهی و آگاهانه کسب شد و در مورد

- شما در طول حاملگی ناخواسته فعلی چه مسایلی را تجربه کرده‌اید؟
- برای حل مشکل حاملگی ناخواسته از چه راه‌حل‌هایی استفاده کرده‌اید؟
- عکس‌العمل سایرین (همسر، مراقبین بهداشتی و اعضای خانواده) در مورد حاملگی ناخواسته و راه‌حل شما چه بوده است؟

یافته‌ها

مشخصات نمونه:

- ۶ مصاحبه گروهی با ۲۳ زن باردار و ۴ مصاحبه فردی با زنانی که سقط عمدی داشتند انجام شد. زنان شرکت‌کننده در مطالعه در محدوده سنی ۱۹-۳۷ سال و محدوده مدت ازدواج ۱-۲۵ سال بودند.
- وقتی از زنان سؤال شد که چرا حاملگی خود را ناخواسته می‌دانند، دلایل متعددی را ذکر کردند.
- نتایج در ۴ طبقه شامل علل ناخواسته دانستن بارداری، علل بروز بارداری ناخواسته، واکنش اطرافیان و روند پذیرش بارداری ناخواسته ارائه شد (جدول ۱).

جدول ۱- توصیف طبقات و کدها

کدها		طبقه
زیرمضامین	مضامین اصلی	
عدم آمادگی جسمی عدم آمادگی اقتصادی عدم آمادگی روحی، روانی	عدم قصد بارداری یا برنامه‌ریزی در امور	علل ناخواسته دانستن بارداری
-	اعتقاد به کافی بودن تعداد بچه‌های فعلی	
-	عدم وجود روش بدون عارضه	علت بروز حاملگی ناخواسته
-	غیر محتمل دانستن بارداری	
-	واکنش خانواده مرد و زن واکنش همسر واکنش پرسنل بهداشتی	واکنش اطرافیان
گریه، کشمکش‌های روحی، نگرانی و دلهره شدید شده	عدم پذیرش بارداری	روند پذیرش بارداری ناخواسته
پرس و جو برای روش‌های سقط	تلاش برای سقط	
ترس از عواقب جسمی و خطرات سقط در نظر گرفتن خواست دیگران خواست خدا	پذیرش جنین	
ترس، احساس گناه، پشیمانی، توبه	بروز احساسات منفی نسبت به افکار مربوط به سقط	

بودند. مصاحبه فردی با زنان به صورت فایل صوتی ضبط شد و پس از پیاده‌سازی روی کاغذ، جهت رعایت مسایل اخلاقی، فایل‌ها حذف شد. اخذ معرفی‌نامه از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، گرفتن رضایت آگاهانه شفاهی از زنان برای شرکت در پژوهش و بیان اهداف مطالعه به زنان مورد مطالعه و دادن اطمینان خاطر به زنان شرکت‌کننده در مورد محرمانه ماندن صحبت‌های آنان و حذف فایل‌های صوتی پس از پیاده شدن روی کاغذ از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. ضمناً محققین به‌عنوان مشاور به زنان تحت مطالعه، مشاوره مورد نیاز را ارائه نمودند.

راهنمای مصاحبه:

مصاحبه از سؤالات ساده نظیر سن، مدت ازدواج، تعداد زایمان، شغل، میزان تحصیلات، نوع روش پیشگیری و مدت استفاده از آن شروع می‌شد و با سؤالات پیچیده‌تر ادامه می‌یافت. این سؤالات شامل موارد ذیل بود:

- آیا ناخواستگی از جانب شما، همسران و یا هر دو می‌باشد؟
- چرا حاملگی فعلی را ناخواسته می‌دانید؟

علل ناخواسته دانستن بارداری:

۱- عدم قصد بارداری یا برنامه‌ریزی در امور

برای اغلب خانم‌ها برنامه‌ریزی و قصد برای بارداری امری مهم تلقی می‌شد. آنان آمادگی جسمی، اقتصادی و روحی روانی برای بارداری را ضروری می‌دانستند و لذا برای کسب این آمادگی‌ها برنامه‌ریزی برای بارداری لازم بود. یک خانم باردار ۲۶ ساله با بچه ۲ ساله چنین گفت:

"حاملگی خواسته و ناخواسته فرقی ندارند فقط یک چیزهایی را برنامه‌ریزی نکردی. مثلاً من برای حاملگی دخترم ناراحتی سنگ صفرآ گرفتم که منتظر بودم دخترم بزرگ بشه تا درمانش کنم، اما حالا موندم چه کار کنم یا برای آخر تابستون قرار بود برای مدارس خارج از کشور بریم یک کشور دیگه. حالا این که اومد همه این برنامه‌ها به هم خورد. حالا نمی‌دونیم می‌تونیم با بچه کوچیک بریم به کشوری که برامون تعیین می‌کنند یا نه." عدم آمادگی فیزیکی:

به‌دست آوردن سلامت به‌عنوان فاکتورهای مهم جسمانی قبل از بارداری و کسب آمادگی‌های خاص و شرایط مناسب برای لقاح توسط زنانی که بدون برنامه‌ریزی باردار شده بودند، ذکر شد. یک خانم ۳۵ ساله با بچه ۱۰ ساله و حاملگی بدون برنامه‌ریزی چنین گفت:

"می‌خواستم از لحاظ بنیه بدنی قوی بشم بعد حامله بشم. یعنی چون ضعف بدنی داشتم، ناراحتی معده داشتم، گفتم اول خوب بشم بعد حامله بشم. چون وزنم هم بالاست، گفتم اول وزنم را کم کنم بعد حامله بشم، چون وزن زیاد در حاملگی عوارض داره."

یک خانم ۳۳ ساله با حاملگی اول چنین گفت:

"من از این می‌ترسم که بچه‌ام ناقص باشه، چون ناخواسته بود. من خیلی کارها را دوست داشتم برای بچه‌دار شدن انجام بدهم مثلاً خیلی دوست داشتم با وضو باشم. سعی می‌کردم همیشه موقع خواب وضو داشته باشم. خیلی چیزها را باید رعایت می‌کردم که بچه‌ای که دنیا می‌آید بچه صالح و سالمی باشد ولی وقتی فهمیدم

حامله هستم توی مطب زدم توی سرم. دکتر گفت برای چی میزنی توی سرت. مگه بچه چندمت است؟ گفتم می‌ترسم بچه‌ام ناقص باشه. اما وقتی گفتند بچه سالمه، خیالم راحت شد." عدم آمادگی اقتصادی:

اغلب زنان، آمادگی اقتصادی را ضروری می‌دانستند اما برخی نیز معتقد بودند که روزی بچه قبل از خودش می‌آید. یک خانم ۲۸ ساله با یک بچه ۸ ساله چنین گفت: "من خودم نمی‌خواستم چون مستأجرم. تو این موقعیت اجاره‌نشینی خیلی سخته. اوضاع الان جوریه که خواسته‌های بچه‌ها مثل قدیم نیست. یک بچه کوچک هم به اندازه یک آدم بزرگ خواسته داره. شوهرم می‌گفت اگر خدا خانه‌ای به ما داد یکی دیگه بیاریم بد نیست." افزایش توقعات بچه‌ها و پدر و مادرها در مورد آینده بچه‌ها ضرورت آمادگی اقتصادی را بیشتر می‌کرد. خانم ۳۰ ساله با دو بچه و حاملگی بدون برنامه‌ریزی چنین گفت:

"از نظر آینده نمی‌شه پیش‌بینی کرد، این بچه‌ها هم فردا از آدم توقع دارند، دخترم می‌گه اگه نمی‌تونستید خواسته‌های منو برآورده کنید چرا برادرم را بدنیا آوردید؟ خود ما هم چندان خوب نیستیم. مثلاً دختر برادرم میره کلاس و ما هم می‌گیم بگذار منم دخترمو کلاس بفرستم، تا کم نیاره یا از نظر درسی پیش هم کلاسی‌هاش کم نیاره. خود ما هم دوست داریم که بهترین نمره را بیاورد، بهترین لباس را در جمع فامیل بپوشد. اگه آن‌ها هم به ما چیزی نگن ما خودمون بدتریم."

عدم آمادگی روحی روانی:

صحبت‌های اکثر زنانی که بارداری بدون برنامه‌ریزی داشتند حاکی از آن بود که از نظر روحی روانی، آمادگی بارداری را نداشته‌اند. این عدم آمادگی به‌صورت نگرانی در مورد تربیت بچه‌ها و احساس بی‌تجربگی در تربیت فرزند بروز می‌کرد.

خانمی با حاملگی اول گفت:

دو تا سی‌تی‌اسکن کم‌ری داشتم. حالا بماند که اگر حامله می‌شدم مریضی‌ام بدتر می‌شد، اما بیشتر فکر می‌کردم که اشعه روی بچه اثر بد بگذارد. اگر اون اشعه نبود به‌خاطر آموزه‌های دینی، اخلاقی و اجتماعی من سقط نمی‌کردم. اما چیزی که بیشتر کم‌کم می‌کرد تا خودم و شوهرم را قانع کنم و سقط را توجیه کنم و به این راحتی تصمیم بگیرم، همین بود."

علت بروز حاملگی ناخواسته:

از نظر زنان، علل بروز حاملگی ناخواسته شامل موارد ذیل بود:

۱- عدم وجود روش بدون عارضه

اغلب این زنان از روش طبیعی (منقطع) یا کاندوم استفاده می‌کردند و از عدم وجود روش مناسب و بدون عارضه شاکی بودند. یکی از زنان گفت:

"البته چیز بدرد بخور هم وجود ندارد، مثلاً آمپول رو می‌گن عوارض داره، من خودم یکسال استفاده کردم، خیلی چاق شدم و پریدهام نامنظم شد. قرص هم که به همه نمی‌سازه، IUD هم که بخاطر درد برداشتم، کاندوم هم اگر از درمانگاه بگیرم حتماً یک ایرادی درش هست یا حساسیت می‌دهد."

۲- غیر محتمل دانستن بارداری و بی‌دقتی زن و مرد

یک خانم ۳۵ ساله با دو بچه گفت:

"اون دوتای قبلی را با دارو حامله شدم، گفتم حتماً دیگه حامله نمی‌شم. چون می‌گفتن تخمدانهاش خیلی ضعیف شدن و قابلیت بارور شدن ندارن. خیالم راحت شده بود که پریدم عقب افتاد."

واکنش اطرافیان نسبت به بارداری ناخواسته و سقط جنین:

واکنش خانواده مرد و زن:

وقتی از زنان در مورد واکنش اطرافیان نسبت به حاملگی ناخواسته آنان سؤال شد اکثر آنان از خشنودی خانواده همسرشان و نگرانی خانواده خودشان صحبت کردند. به‌خصوص ناراحتی مادر در موارد بیماری زن و مشکلات مربوط به بزرگ کردن بچه‌های با فاصله سنی کم، بسیار گزارش شد. اما در عین حال اغلب آنان

"من فعلاً بچه نمی‌خواستم. برای من خیلی زود بود. دوست داشتم یکی دو سال بگذره بعد بچه بیارم تا توی زندگی تجربه‌ام بیشتر بشه، تو خونه‌داری، تربیت بچه و... ولی یکدفعه شد."

۲- اعتقاد به کافی بودن تعداد بچه‌های فعلی

برخی از زنانی که دو بچه داشتند می‌گفتند که ما و همسرمان فکر می‌کنیم دو بچه کافیت برای همین این یکی را ناخواسته می‌دانیم. یکی از زنان با دو بچه و ۳۰ ساله گفت:

"آلان هیچ‌کس خبر نداره که من حامله‌ام. اصلاً به مادرم نگفتم. فقط ۶ ماهه دارم گریه می‌کنم. انگار روم همیشه. از بس همه می‌گن دو تا بچه بسه، سه تا انگار یک جوریه. با این که خونه داریم، وضع شوهرم بد نیست، اقتصادمون خوبه، ولی روم همیشه بگم، می‌گم بگذار خودتون بفهمن."

یک خانم ۳۶ ساله، ۸ ماهه با سه فرزند بزرگ گفت:

"اصلاً نمی‌خواستیم. برای این حاملگی خیلی سختی کشیدم. از لحاظ روحی خیلی عصبی شدم. ۷ ماهم بود هیچکس نمی‌دانست حامله‌ام. ۱۶ سال آدم باد هوا بخوره بعد یک دفعه حامله بشه خیلی سخته. از لحاظ کار کردن خیلی برام سخت نیست. همه کارهامو خودم می‌کنم اما فکر می‌کنم مردم می‌گن نوه داره، عروس داره، دختر شوهر داده و حالا حامله شده."

دلایل زنان برای سقط عمدی:

در زنانی که سقط کرده بودند اعتقاد به کافی بودن تعداد بچه‌های فعلی در شرایط کنونی، دلیل اصلی ناخواسته دانستن بارداری بود. این زنان علت تصمیم به سقط عمد را مواردی مثل مشکلات مالی، نگرانی از ناهنجاری جنین، نگرانی در مورد آینده تحصیلی بچه‌ها و عدم توان جسمی برای بارداری نیز اشاره کردند. یکی از آنان گفت:

"بارداری من به دلایل زیادی مثل بیماری‌های خودم، شغل و داشتن پسر و دختر ناخواسته بود اما علت اصلی که من خواستم سقط کنم این بود که دقیقاً در بدو جنینی

به دو صورت گزارش شد. اگر حاملگی اول یا دوم بود سعی می‌کردند زن را تسلی دهند ولی اگر حاملگی سوم و بیشتر بود، اغلب رفتار ندامت‌آمیز داشتند. یکی از زنان باردار در مورد رفتار نامناسب با وی در بیمارستان و مرکز بهداشت چنین گفت:

"من تازه عقب انداخته بودم و حالت تهوع داشتم. آمدم مرکز بهداشت برای آزمایش. خانم ماما پرسید چند تا بچه داری، گفتم دو تا یک پسر و یک دختر. گفت برای چی حامله شدی؟ گفتم شوهرم می‌خواست. گفت مثل این که شوهرت مخش تکون خورده، دیگه تو بچه می‌خواستی چکار کنی؟ من ناراحت شدم و گفتم این چه طرز برخورد است، تو که نمی‌خواهی نان و آیش را بدی، هر چی خدا بخواهد همون میشه. در بیمارستان هم که بستری بودم، رگم پیدا نمی‌شد، آه و ناله می‌کردم. پرستارها می‌گفتن خودت خواستی. دفعه آخرت باشه. آن‌ها برخورد بدی داشتند و آدم را دل‌سرد می‌کردند." واکنش‌ها نسبت به سقط عمد:

در این زمینه زنانی که سقط عمد کرده بودند از موافق بودن همسرشان با ختم بارداری، عدم مشورت با سایر افراد یا مشورت با افراد موافق با سقط صحبت کردند. یک خانم ۳۷ ساله گفت:

"دو بار سقط عمد به فاصله ۹ سال کردم. هر دومون نمی‌خواستیم. اولی که شوهرم رفت و آمپول را خرید و خودش تزریق کرد و در دومی خودش رفت و قرص‌های واژینال را خرید. بعد از این که سقط می‌کردم به همه می‌گفتم."

خانمی ۳۲ ساله با یک بچه ۱۱ ساله گفت:

"وقتی فهمیدم حامله‌ام بچه‌ام یک سالش بود و خیلی ناراحت شدم. مستقیم رفتم سراغ آمپول. به خونریزی افتادم و کورتاژ شدم. شوهرم هم موافق بود و با هم رفتیم. چون خانواده خودم و شوهرم پریچه‌ایم. نه اون بچه دوست داشت نه من. مادرم می‌دانست و بهم می‌گفت سقطش کن، تو نمی‌تونی. چون می‌دانست بار زندگی همه‌اش روی خودمه. شوهرم کارگره، گاهی کار هست گاهی نیست."

زوجین را به پذیرش بارداری توصیه می‌کردند. در اغلب موارد نیز مخالفت‌های شدید مادر زن با سقط، تأثیر زیادی در پذیرش بارداری داشت. زنانی که دو بچه بزرگ یا بیشتر داشتند از توصیه‌های دوستانشان در مورد فواید داشتن بچه کوچک بعد از بزرگ شدن بچه‌های قبلی صحبت کردند. یکی از آنان گفت:

"آن‌هایی که دو تا بچه داشتند و بچه‌هاشون بزرگ شده بودند می‌گفتند یکی دیگه بیارید. دو تا بچه خیلی کمه. زود بزرگ میشن و تنها میشید. من می‌خواستم این دو تا که بزرگ شدند یکی دیگه بیارم اما شوهرم راضی نمی‌شد که دیگه حامله شدم." واکنش همسر:

مردان در این زمینه اغلب همراه و هم‌دل با زنان بودند و مشکل بارداری ناخواسته را مشکل مشترک می‌دانستند. اغلب زن و شوهر با هم در مورد سرنوشت بارداری تصمیم می‌گرفتند و با هم به دنبال روش ختم بارداری و مقدمات آن بودند. اکثراً به علت دودلی در مورد پذیرش جنین، نظرات زوجین در مورد سقط متضاد با هم بود، وقتی مرد تشویق به سقط می‌کرد زن مخالفت می‌کرد و زمانی بعد که زن نظرش عوض می‌شد، مرد مخالفت می‌کرد. برخی مردان قول حمایت بیشتر خود در این بارداری را داده بودند. یکی از زنان گفت:

"شوهرم از من زودتر پذیرفت، من واقعاً برام سخت بود. می‌گفتم نمی‌تونم، برام سخته، نمی‌تونیم نگاهش داریم، بریم دکتر ببینیم می‌تونیم کاری کنیم. می‌گفت بالاخره این هم بچه‌مونه. اوایلش یک مقدار شوهرم کمک می‌کرد و هوامو داشت ولی بعد از یک مدت می‌شه مثل قبلی. اولش حتی از اولی هم بیشتر هوامو داشت. چون من می‌گفتم سخته، اون یکی هنوز کوچیکه، ولی بعدش عادی شد. بیشتر با دخترم ارتباط داشت. چون دخترم خیلی وابسته به خودمه، شوهرم بیشتر باهاش بود تا کم‌تر مزاحم من بشه."

واکنش پرسنل بهداشتی:

برخورد مراقبین بهداشتی با زنان با حاملگی ناخواسته

و خانم ۳۸ ساله‌ای با دو بچه گفت:

"بعد از تصمیم به سقط با مادربزرگم در مورد داروهای گیاهی صحبت کردم. گفت اصلاً سقط نکن، گناه داره، اگر فکر می‌کنی بزرگ کردنش سخت است من بزرگش می‌کنم و مخالف بود و من وقتی دیدم که او مخالف است دیگه با هیچ کس از اعضای خانواده صحبت نکردم."

روند پذیرش بارداری ناخواسته:

۱- عدم پذیرش بارداری

گریه، افکار ناجور و خواب‌های بد در روزهای اول توسط اغلب زنان گزارش شد. زنان با حاملگی ناخواسته دچار کشمکش‌های روحی، نگرانی و دلهره شدید شده و اغلب همزمان از مشکلاتی مثل تهوع و استفراغ شدید بارداری نیز رنج می‌بردند و اکثراً بارداری پرتلاطمی را تجربه کرده بودند. یک خانم ۲۷ ساله در حاملگی سوم گفت:

"دو روز اول که فهمیدم حامله‌ام خیلی گریه کردم. ۲-۳ ماه اول بخاطر ویار، سرماخوردگی شدید و لکه‌بینی، بیمارستان بستری شدم، خیلی برام سخت بود. بعضی وقت‌ها از خودم بیزار می‌شدم و کفر می‌گفتم. بعد دوباره می‌گفتم خدایا منو ببخش، اشتباه کردم. بعد دیدم کار اشتباهی است و کم‌کم پذیرفتم."

۲- تلاش برای سقط

برخی زنان از همان اول به دلیل ترس از گناه و قبول خواست خدا بارداری را پذیرفتند ولی اغلب زنان بعد از مدتی به دنبال روش‌های مختلفی برای سقط رفتند. مصرف انواع دم‌کرده‌ها و بلند کردن اجسام سنگین جزء اقدامات اولیه‌ای بود که بدون نگرانی و با خیال راحت انجام می‌شد. اغلب زنان به سقط طبی هم فکر کرده بودند و برخی همه جوانب کار را هم سنجیده بودند اما در نهایت اقدام به سقط نکردند. یک خانم ۲۶ ساله با بچه ۲ ساله گفت:

"خیلی به سقط فکر کردیم، حتی چون محرم بود تمام چیزهایی را که توی رساله نوشته که دیه داره و

کفاره داره همه را درآوردیم ولی باز شوهرم گفت نه. بهترین راه آمپول بود که خیلی راحت هم تهیه میشد حتی رفتم محلش را هم پیدا کردیم، راهش همون بود ولی وقتی خطراتش را گفتند پشیمون شدیم."

۳- پذیرش جنین

زنان بعد از مدتی کشمکش ذهنی، به تدریج بارداری را پذیرفته و به دنبال آن احساس آرامش روحی به دست می‌آوردند. حتی برخی از بهبود زندگی و حل مشکلات خود صحبت کرده و اغلب ذکر کردند که به آنان گفته شده که بچه‌های ناخواسته، شیرین‌تر خواهند بود. گرچه تسلیم بر خواست خدا را به عنوان دلیل پذیرش جنین عنوان می‌کردند اما در رسیدن به این تصمیم، ترس از عواقب جسمی و خطرات سقط و در نظر گرفتن خواست دیگران، به خصوص همسر و مادر زن مؤثر بود.

ترس از عواقب جسمی و خطرات سقط:

خانم ۲۶ ساله با بچه ۲ ساله می‌گفت:

"وقتی خطرات سقط را گفتند، شوهرم گفت بابا بالاخره که ما یکی دیگه می‌خواهیم. حالا تو می‌خواهی همچین کاری بکنی بعد چند سال دیگه یکی دیگه بیاری. از فاصله‌ای که فهمیدیم حامله‌ام تا موقعی که دنبال سقط رفتم خیلی طول کشید، این‌طور نبود که سر یک هفته به تفاهم برسیم. بعد که می‌خواستیم این کار را بکنیم گفتند برید سونوگرافی. آنجا گفتند ۲ ماهت هست. آن‌جا شوهرم شک کرد و گفت تو نمی‌تونی این کار را بکنی و من به خودم گفتم حالا که من رفتم سونوگرافی و صدای قلبش را شنیدم پیام اینکار را بکنم؟"

در نظر گرفتن خواست دیگران و تسلیم بر خواست خدا:

در تمام مصاحبه‌ها زنان علت تصمیم نهایی به حفظ جنین را گناه دانستن سقط، ترس از قهر خدا و تسلیم در برابر خواست خدا ذکر کردند و در رسیدن به این تصمیم، نظرات همسر، اقوام و آشنایان و مراقبین بهداشتی نیز مؤثر بود. یکی از زنان گفت:

"همکاران آدرس دادند که برای سقط اقدام کنم. آن‌جا که رفتم، ایشون گفتند ببینید از هر ۱۰۰ هزار مورد،

می‌کنم. اصلاً با هیچ‌کسی مشورت نکردم. زمانی که رفتم بیمارستان شیاف بگذارم مادرم فهمید و گفت نکن می‌میری. به‌خاطر تجربه قبلی که آمپول زدم و نوسان فشارخون گرفتم و حالم خیلی بد شد. حتی توی بیمارستان بهم گفتند که این کار را نکن، رحمت پاره می‌شه و می‌میری. اما به مرگم راضی بودم و حاضر بودم بمیرم اما این بچه را نیارم."

همچنین همگی تصمیم قاطع داشته و توجهی به توصیه‌های دیگران نداشتند. خانم دیگری گفت:

"چیزی که بیشتر کمکم می‌کرد تا خودم و شوهرم را قانع کنم و سقط را توجیه کنم ترس از تأثیر اشعه دریافت‌شده در اوایل بارداری روی جنین بود. وقتی آمپول را زدم بچه سقط نشد و دکتر گفت ۱۰ روز صبر کن اگر قلبش از کار افتاد باید کورتاژ بشی و گرنه بچه می‌ماند. دکتر بهم دلگرمی داد و گفت آن خدایی که بچه را خلق می‌کند تا زمانی که شخص متوجه بارداری خود نشده یک سیستم خودایمنی داره و آن اشعه اثر نداره اما من این حرف‌ها را قبول نمی‌کردم و توی آن ده روز فکر می‌کردم اگر سقط نشه به چه راهی متوسل بشم."

بحث

این مطالعه برای اولین بار در ایران به بررسی علل و تجربیات از پدیده حاملگی ناخواسته در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شاهرود پرداخت.

نتایج نشان داد که حاملگی بدون برنامه‌ریزی از دلایل ناخواسته دانستن بارداری می‌باشد. در واقع برنامه‌ریزی و قصد باردار شدن، امری مهم بوده و زنان تمایل دارند با برنامه‌ریزی باردار شوند. این مسأله هم از نقطه نظر اهداف شخصی خود و هم از نظر خواست آنان برای فراهم کردن زندگی بهتر برای کودکانشان اهمیت دارد. نتایج مطالعه ویلسون در امریکا که بر روی ۱۱ مهاجر مکزیکی انجام شد نشان داد که این زنان نیز تمایل داشتند برای بارداری خود برنامه‌ریزی کنند و انگیزه آنان این بود که

یک مورد می‌شود که کاندوم اشکال‌دار باشه و بعد از هر ۱۰ هزار مورد یک مورد امکان داره قرص اورژانسی جواب ندهد و شاید من این آمپول را به شما تزریق کنم و اگر خواست خدا باشد، شاید این هم جواب ندهد و اگر بخواید بموند می‌موند و هر آمپول بین ۸۰-۱۰۰ هزار تومان است. حتی حاضر شده بودم طلاهام را بفروشم ولی بچه را نداشته باشم ولی وقتی ایشون گفت اگر خواست خدا باشد و بماند من هیچ کاری نمی‌توانم بکنم و هیچ مسئولیتی قبول نمی‌کنم، پشیمون شدم."

۴- بروز ترس‌ها و احساسات منفی نسبت به افکار مربوط به سقط

شرم از تفکرات مربوط به سقط، توبه به‌خاطر تفکرات قبلی، ترس از ناهنجاری جنین به دلیل غضب خدا و ترس از عوارض فیزیکی ناشی از بارداری ناخواسته مثل عقب‌افتادگی و ناهنجاری جنین، در اغلب زنان به دنبال پذیرش جنین بروز کرده بود. نگرانی در مورد سلامتی جنین در اکثر موارد گزارش شد.

یک خانم ۲۶ ساله با بچه ۲ ساله چنین گفت:

"الان که فکر می‌کنم از خودم خجالت می‌کشم که چه جور به این که چه طوری سقطش کنم فکر می‌کردم. همش خدا را شکر می‌کنم و توبه می‌کنم. آن موقع خیلی از نظر روحی تحت فشار بودم، بعدش حتی افسرده شدم. بعدش همش با خودم می‌گفتم که خدا کند سالم باشد. اینقدر که ما جوش زدیم تا سقطش کنیم، نکند خدا ناراحت شده باشد و بچه طوریش بشه."

روند تصمیم‌گیری در مورد سقط:

تصمیم‌گیری در مورد سقط، بسیار سریع و بدون مشورت با دیگران انجام می‌شد به طوری که در هر ۴ مورد فاصله بین اطلاع از بارداری تا اقدام به سقط را دو ساعت تا دو روز ذکر کردند. یکی از آنان گفت:

"وقتی آزمایش حاملگی مثبت شد، هیچ کار خاصی نکردم، می‌دانستم که داروی گیاهی افافه نمی‌کند. مستقیم رفتم سراغ آمپول و قرص. دو ساعت بعد قرص را خریدم. اگر ده دفعه دیگر هم حامله بشم همین کار را

نتایج این مطالعه نشان داد که برخی زنان بدون تلاش برای سقط، آن را خواست خدا دانسته و بارداری ناخواسته را می‌پذیرند و برخی بعد از اقدام به روش‌های بی‌خطر و رایج برای سقط، به دنبال روش‌های پرخطر رفته، اما با مقایسه فواید و خطرات این روش‌ها با مشکلات ناشی از داشتن یک کودک دیگر و تحت تأثیر نظرات همسر، مادر و سایرین، سرانجام حاملگی را می‌پذیرند و پذیرفتن آن را قبول خواست خدا می‌دانند. نتایج مطالعه موس نیز نشان می‌دهد که باورهای مذهبی به مردم کمک می‌کند که سرانجام، حاملگی ناخواسته را قبول کنند (۲۰). همچنین زنانی که سقط کردند این تصمیم را به سرعت و بدون مشورت با دیگران اتخاذ کرده بودند و کم‌تر نگران مسایل شرعی آن بودند. چینی چیان در مطالعه کیفی خود برای دستیابی به دلایل انجام یا عدم انجام سقط جنین عمدی، نشان داد که بارداری ناخواسته به‌عنوان اصلی‌ترین علت مطرح در شرایط مختلف، به‌خصوص وجود مشکلات مالی، منجر به انجام سقط عمدی می‌شود و اعتقادات مذهبی، مهم‌ترین علت انجام ندادن سقط عمدی است (۲۳).

نتایج مطالعه ما نشان داد که اغلب زنانی که بارداری بدون برنامه‌ریزی داشته‌اند، تحت فشارهای روحی شدیدی قرار گرفته و به تدریج در عرض چندماه، بارداری را می‌پذیرند در حالی که زنانی که سقط عمد کرده بودند، به دلیل تصمیم‌گیری سریع، تحت فشار طولانی مدت قرار نگرفته بودند. نتایج در این قسمت با مطالعه برادشو همخوانی دارد. مطالعه برادشو نشان داد زنانی که سقط عمد می‌کنند در کوتاه‌مدت، مضطرب‌تر از سایر زنان باردار یا زنانی که تهدید به سقط می‌شوند هستند اما در طولانی مدت از نظر روحی روانی با زنانی که زایمان می‌کنند تفاوت ندارند (۱۶). نتایج مطالعه موس و استانفورد حاکی از آن بود که برخی زنان به راحتی خود را با حاملگی ناخواسته به‌عنوان واقعه‌ای مطلوب، وفق می‌دهند (۲۰).

در این مطالعه زنان از عدم وجود روش‌های بدون عارضه پیشگیری از بارداری صحبت کردند. با توجه به

بتوانند زندگی و آینده خوبی برای کودکان خود فراهم کنند (۱۹). در مقابل نتایج مطالعه موس در امریکا بر روی زنان فقیر، برای پاسخ به این که آیا تصمیم به بارداری، یک مشخصه ارزشمند در حاملگی می‌باشد حاکی از آن بود که مفهوم حاملگی برنامه‌ریزی شده هیچ معنایی برای بسیاری از این زنان ندارد و حتی برنامه‌ریزی برای حاملگی، مفهومی استرس‌زا دارد زیرا که بالقوه می‌تواند موجب ناکامی شود. در مقابل بعد از وقوع بارداری، برنامه‌ریزی برای آمدن بچه، مهم‌ترین مسأله آنان می‌شود. نتایج استانفورد نیز بر اهمیت برنامه‌ریزی بعد از حاملگی تأکید دارد (۴ و ۲۰). شاید تفاوت مشاهده شده به علت تفاوت در وضعیت اقتصادی و اجتماعی نمونه‌ها در سه گروه باشد. در مطالعه ما زنان از طبقه متوسط اجتماعی و در مطالعه موس از طبقه کم‌درآمد بودند.

نتایج مطالعه ما نشان داد که در آن دسته از زنانی که در مورد سقط تردید دارند، نگرش همسر و مادر در پذیرش بارداری مؤثر است و زمانی که سقط از طرف اطرافیان به شدت نهی می‌شود، تصمیم به ادامه بارداری سریع‌تر گرفته می‌شود. اما زنانی که تردید ندارند تحت تأثیر سایرین قرار نمی‌گیرند. همچنین نگرش اجتماع نسبت به تعداد بچه‌ها نیز در تطابق با بارداری مؤثر است. نتایج مطالعه موس نیز نشان می‌دهد که نگرش شرکای جنسی، دوستان و خانواده بر پذیرش ریسک حاملگی تأثیر دارد (۲۰). در مطالعه ما همسران، مشارکت قوی در تصمیمات مربوط به سقط و پذیرش بارداری داشتند و حمایت همسر نقش مهمی در ادامه بارداری داشت و در موارد سقط، مردان از این تصمیم حمایت می‌کردند. در مطالعه هس در افریقا که بر روی ۵ زن با تاریخچه سقط عمد انجام شد، فقدان حمایت همسر و حمایت مالی، دلیل انتخاب سقط جنین توسط زنان گزارش شد (۲۱). بر اساس مطالعات گسترده در دنیا، بسیاری از زنان به دلیل روابط زناشویی ناپایدار، به دنبال سقط جنین حاصل از بارداری ناخواسته هستند. این مورد در لیست علل انتخاب سقط در دنیا، در رتبه اول قرار دارد (۲۲).

به کافی بودن دو بچه از علل ناخواسته دانستن بارداری می‌باشد. زوجین با بارداری ناخواسته تحت فشارهای روحی روانی هستند و این فشارها حتی بعد از پذیرش بارداری نیز ادامه می‌یابد، لذا مراقبین بهداشتی باید به آنان در گذر از این دوره بحرانی کمک کنند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شد. محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

این که امروزه روش‌های کم‌عارضه جدیدی به بازار عرضه شده‌اند لازم است مسئولین بهداشتی، روش‌های کم‌عارضه را در مراکز بهداشتی در دسترس زنان قرار دهند. توصیه می‌شود در مطالعات بعدی نظرات زوجین در مورد حاملگی ناخواسته بررسی شود، همچنین جهت تعمیم نتایج مطالعه فعلی، مطالعه کمی برای بررسی پیامدهای روحی روانی بارداری ناخواسته برای زنان توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

برنامه‌ریزی و کسب آمادگی برای بارداری و اعتقاد

References

1. Abazri F, Arab M, Abbaszadeh A. [The relationship of Unwanted Pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals (Persian)]. *Journal of Reproduction and Infertility* 2003; 4(1): 39-46.
2. Lifflander A, Gaydos L, Hogue C. Circumstances of Pregnancy: Low Income Women in Georgia Describe the Difference between Planned and Unplanned Pregnancies. *Matern Child Health J.* 2007; 11(1): 9-81.
3. Kaufmann R, Morris L, Spitz A. Comparisons of two question sequences for assessing pregnancy intention. *Am J Epidemiol.* 1997; 145(9): 810-11
4. Stanford JB, Hobbs R, Jameson P, DeWitt MJ, Fischer RC. Defining Dimensions of Pregnancy Intendedness. *Matern Child Health J.* 2000 ; 4(3): 183-9
5. World Health Organization. The World health report: 2005- make every mother and child count. [cited jan 17 2012]. Available at: www.who.int/whr/2005/en/index.html
6. World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: World Health Organization. 2011; 16-22.
7. Amani F, Bashiri J, Nahan Moghadam N, Tabarraie Y. [Application of logistic regression model in surveying effective causes of unwanted pregnancy (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2010; 4(1): 32-6.
8. Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi S. [The prevalence of unwanted pregnancy and its effective factors in 10 cities in Iran 2000 (Persian)]. *Tehran University Medical Journal (TUMJ)* 2002; 60(4): 334-40.
9. Pourheydari M, Souzani A, Shamaian N. [Prevalence of unwanted pregnancy and their correlates in pregnant women in Shahrood, Iran (Persian)]. *Payesh* 2007; 6(1): 63-70
10. Karacam Z, Onel K, Gercek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery* 2011; 27(2):288-93.
11. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Khatun M, Al Mamun A, Bor W, Clavarino A. A longitudinal study of child mental health and problem behaviours at 14 years of age following unplanned pregnancy. *Psychiatry Res* 2011; 185 (1-2): 200-4
12. Moghadam Banaem L, Eftekhari Ardebili H, Majlesi F, Rahimi A, Taamoli S, Amini Manesh A. [Risk of preeclampsia in planned and unplanned pregnancies. a comparative study(Persian)]. *Payesh* 2008 ; 7(1): 29-33
13. Zamani F, Eftekhari H, Bashardoust A, Rajabi Z, Nghibi A. [Unwanted pregnancy in rural women of Najafabad (Persian)]. *Feyz* 2005; 9(1): 56-61
14. Kirkman M, Rosenthal D, Mallett S, Rowe H, Annarella H. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. *Sex Reprod Healthc* 2010; 1(4): 149-55.
15. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(7): 929-58.
16. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol* 2009; 64(9): 863.

17. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 2ND ED. LONDON: Sage Publications, Inc. 2008; 21-8.
18. Wilson EK, McQuiston C. Motivations for pregnancy planning among Mexican immigrant women in North Carolina. *Matern Child Health J.* 2006; 10(3): 311-20.
19. Moos M, Peterson R. Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy. *Women's Health Issues* 1997; 7(6): 385-92.
20. Hess RF. Women's Stories of Abortion in Southern Gabon, Africa. *J Transcult Nurs.* 2007; 18(1): 41.
21. Greene M, Mehta M, Pulwicz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: contributes to development. Background paper to the public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the millennium development goals. United Nation Millennium Development project 2004. [CITED SEP 5 2009]. Available at: URL:http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf
22. Chinichian M, Halakooii-Naiini K, Rafaii-Shirpak K. [Voluntary abortion in Iran. a qualitative study (Persian)]. *Payesh* 2007; 6(3): 219-32.