مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸، شماره ٤، مرداد و شهریور ۱۳۸۹
صفحه: ۳۱٤-۳۰۷

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 18, No. 4, Aug/Sep 2010
Pages: 307-314

روش‌های پیشگیری از بارداری در بارداری‌های ناخواسته

سودابه آقابابایی*[1]، رفعت بخت[2]، راهله معین[3]

۱،۲ - عضو هیات علمی گروه بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک(پرستاری و مامایی)، دانشگاه علوم پزشکی همدان
۳ - کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱/۱۸

چکیده

مقدمه: حاملگی ناخواسته مشکلی جهانی می‌باشد که بر زندگی زنان، خانواده آنها و در نهایت اجتماع تأثیرگذار است. هدف از پژوهش حاضر تعیین فراوانی و نحوه‌ی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در خانم‌ها با حاملگی ناخواسته‌ی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۵ بوده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که بر روی ۹۰۰ نفر از مراجعین با حاملگی ناخواسته به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت. نمونه گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود. داده‌ها با استفاده ازنرم افزار آماری SPSS و به کارگیری آمار توصیفی، آزمون‌های کای اسکویر و تی تست تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: بر اساس یافته‌ها، ۹۳/۹٪ از واحدهای پژوهش از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند. شایع‌ترین روشهای مورد استفاده به ترتیب شامل روشهای هورمونی ۳۸/۱٪، طبیعی ۳۱/۹٪، کاندوم ۱۹/۸٪، شیردهی ۴/۴٪، IUD ۳/۶٪، اورژانسی ۱/۹٪ و ریتمیک ۰/۴٪ بوده‌اند. مهمترین موارد منجر به شکست در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری از دیدگاه واحدهای پژوهش شامل استفاده نامنظم و نادرست در استفاده کنندگان از روشهای هورمونی و کاندوم، عدم کنترل در استفاده کنندگان از IUD و اشتباه در محاسبه تاریخ در روش ریتمیک بوده است.

نتیجه‌گیری: اکثر واحدهای پژوهش ضمن محافظت از بارداری، بارداری‌های ناخواسته را تجربه کرده بودند. لزوم آموزش‌های بیشتر در خصوص استفاده مناسب از روش‌های پیشگیری از بارداری احساس می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بارداری ناخواسته- روش های پیشگیری از بارداری- نحوه‌ی استفاده

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۸۱۱۸۲۷۶۰۵۱، نمابر: ۰۸۱۱۸۲۷۶۰۵۲ ، پست الکترونیک: aghababaei@umsha.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

در هر سال حدود ۸۰ میلیون زن در تمام دنیا بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند و حدود ۴۲ میلیون نفر از آنها مبادرت به سقط جنین می‌نمایند، ۱۹ میلیون از این سقط‌ها غیر ایمن بوده و منجر به مرگ ۶۷۰۰۰ زن می‌گردد(۱). بارداری ناخواسته به دلیل ارتباط با نتایج نامناسب بهداشتی برای مادر و جنین یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی محسوب می‌گردد(۲). بارداری ناخواسته نشانه عدم تمایل به بارداری بوده و با افزایش عوارض طبی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای زنان، خانواده و جامعه‌ی آنان همراه است(۳).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بارداری‌های ناخواسته در مقایسه با بارداری‌های برنامه‌ریزی شده با بروز مشکلاتی نظیر کاهش مراقبتهای دوران بارداری، سوء رفتار و افزایش عوارض دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، تولد نوزاد کم وزن و مرگ نوزاد همراه هستند، عوارض طولانی مدت بارداری‌های ناخواسته شامل افزایش خطر عقب ماندگی ذهنی، فلج مغزی، مشکلات خانوادگی، خشونت علیه کودکان و سایر عوارض روانی و اجتماعی می‌باشد(۵،۴،۲). خطر بارداری ناخواسته در زنانی که از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند بسیار کمتر است، شواهد حاکی از آن است که با دسترسی بهتر و استفاده مناسب از روش‌های تنظیم خانواده میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن کاهش می‌یابد(۶).

تنظیم خانواده مجموعه اقداماتی است که جهت تأمین حقوق انسانها در مورد برنامه‌ریزی برای تعداد فرزندان و ایجاد فاصله گذاری مناسب بین آنها و در نتیجه داشتن برنامه‌ایی برای باروری صورت می‌گیرد(۷).

روش ایده‌آلی برای جلوگیری از بارداری وجود ندارد، کارآیی اکثر روش‌های پیشگیری از بارداری بستگی به انگیزه‌ی شخص استفاده کننده دارد، ابداع روشی که کاربرد آن راحت، قابل برگشت و فاقد عوارض جانبی بوده و در ۱۰۰ درصد موارد موثر باشد امکان پذیر نیست(۸). عوامل متعددی بر انتخاب روشهای پیشگیری از بارداری در زوجهایی که در معرض خطر بارداری هستند نقش دارد، این عوامل شامل میزان دسترسی به سرویسهای ارائه دهنده خدمات و انواع روشهای ارائه شده، اعتقاد زوجین در مورد کارآیی انواع روشهای موجود، اهداف باروری زوجین، میزان اطلاعات آنها از روشهای موجود وکیفیت سیستم‌های آموزش دهنده است(۹). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که عدم آگاهی و مشکلات دسترسی دو دلیل عمده جهت عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد(۸).

مطالعات قبلی در زمینه بارداری‌های ناخواسته و عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، عوامل مختلفی مانند خصوصیات دموگرافیک و اجتماعی، اقتصادی، عوامل مراقبتی و مشاوره‌ای تنظیم خانواده، ارتباطات جنسی و عوامل مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری را از عوامل موثر ذکر کرده‌اند(۱۳-۱۰).

علیرغم استفاده‌ی وسیع از روش‌های ضد بارداری در کشور فرانسه، حدود یک سوم حاملگی‌ها، ناخواسته می‌باشد و ۶۵٪ از این موارد در افرادی اتفاق می‌افتد که در زمان وقوع بارداری از روش‌های پیشگیری استفاده می‌کردند(۱۴).

در ایران نیز با وجود دسترسی به روشهای پیشگیری از بارداری و استفاده از آنها بارداری ناخواسته شایع است، Abbasi Shavazi در پژوهش خود گزارش نمود که ۳۵٪ از ۵۴۲۷ بارداری مورد بررسی، ناخواسته بوده است(۱۵). بر اساس پژوهش Jahanfar و همکاران در ۱۰ شهر ایران از جمله شهر همدان، میزان حاملگی ناخواسته ۳۴/۹۶٪ گزارش شد(۱۶).

با توجه به عوارض بی شمار بارداری‌های ناخواسته و با عنایت به ضرورت توجه به عوامل مختلف منجر به چنین بارداری‌هایی، پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در خانم‌های با حاملگی ناخواسته‌ی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۵ بپردازند و با شناسایی شرایط موجود برنامه ریزی‌های لازم در خصوص انجام اقدامات پیشگیرانه را به عمل آورند.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که با هدف تعیین فراوانی و نحوه‌ی استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

خانم‌های با حاملگی ناخواسته‌ی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۵ انجام شده است. محیط پژوهش شامل کلیه مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان بود. جامعه‌ی پژوهش را خانم‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان جهت مراقبت‌های دوران بارداری تشکیل می‌دادند که از بین آنها افرادی که حاملگی آنها ناخواسته بود به عنوان واحدهای پژوهش انتخاب می‌شدند. روش نمونه‌گیری نیز به صورت تصادفی ساده بود و پژوهشگر با مراجعه تصادفی به مراکز بهداشتی، مراجعین جهت مراقبت بارداری را به صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب کرده و در صورت ناخواسته بودن بارداری به عنوان واحد پژوهش انتخاب می‌نمود.

با انجام مطالعات مقدماتی و با استفاده از فرمول آماری

$$N = \frac{z^2 (1 - \frac{\partial}{2}).\ p\,(1 - p)}{d^2}$$

$\partial = 5\%$ p=5% d=1.5%

تعداد واحدهای پژوهش ۹۰۰ نفر محاسبه گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود که جهت تعیین اعتماد و اعتبار علمی آن از مطالعه کتب و منابع مربوطه استفاده شد و سپس پرسشنامه توسط ده نفر از اعضا محترم هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی بررسی گردیده و پیشنهادات ایشان مورد توجه قرار گرفت، در نهایت با بررسی تعداد ده نفر از افراد واجد شرایط به عنوان پایلوت، روایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه حاوی سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک، بارداری و روش تنظیم خانواده مورد استفاده قبل از بارداری بود.

پس از انتخاب افراد، به آنها توضیح داده شد که عدم شرکت در مطالعه هیچگونه تاثیری در نحوه سرویس دهی مرکز بهداشتی نداشته و پاسخ سوالات کاملا محرمانه خواهد بود. پس از جلب رضایت واحدهای پژوهش و بیان اهداف تحقیق، پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه‌ی رودررو تکمیل گردید. لازم به ذکر است که پس از مشخص شدن روش تنظیم خانواده، پرسشنامه مربوط به هر روش جهت بررسی اطلاعات و عملکرد فرد، به صورت جداگانه تکمیل شد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و بکارگیری آمار توصیفی، آزمون‌های کای اسکویر و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد مطالعه۲/۸ ±۲۶ سال بود و اکثریت واحدهای پژوهش، در گروه سنی ۳۰ – ۲۶ سال قرار داشته، خانه‌دار بوده (۸۶/۸٪)، از نظر تحصیل در مقطع زیر دیپلم قرار داشته (۶۳/۶٪)، سابقه سقط نداشته (۹۲٪) و برای اولین بار حاملگی ناخواسته داشتند (۹۲/۲٪). تعداد اندکی از واحدهای پژوهش (۰/۶٪) سابقه دو بار حاملگی ناخواسته را ذکر می‌کردند و در ۷/۲٪ از موارد سابقه یک بار حاملگی ناخواسته عنوان گردید. اکثریت واحدهای پژوهش از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می‌نمودند (جدول ۱ و ۲). اکثریت واحدهای پژوهش اطلاعات مربوط به روش‌های تنظیم خانواده را از مراکز بهداشتی کسب کرده بودند، علل منجر به شکست در استفاده از روش‌های تنظیم خانواده نیز در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت(جدول ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری درخانم های با حاملگی ناخواسته

استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری	تعداد	درصد
بلی	۸۴۴	۹۳/۹
خیر	۵۶	۶/۱
جمع	۹۰۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع روش‌های پیشگیری از بارداری مورد استفاده در خانم های با حاملگی

انواع روش های مورد استفاده	تعداد	درصد
روشهای هورمونی	۳۲۲	۳۸/۱
طبیعی	۲۶۹	۳۱/۹
کاندوم	۱۶۷	۱۹/۸
شیردهی	۳۷	۴/۴
IUD	۳۰	۳/۶
اورژانسی	۱۶	۱/۹
پرهیز دوره ای	۳	۰/۴
جمع	۸۴۴	۱۰۰

اکثریت واحدهای پژوهش (۳۸/۱٪) از روشهای هورمونی جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند، روش طبیعی نیز در رتبه دوم استفاده قرار داشت(۳۱/۹٪) و پرهیز دوره‌ای در کمترین میزان (۰/۴٪) استفاده می‌شد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شایعترین علل منجر به شکست روش‌های پیشگیری از بارداری در خانم ها با حاملگی ناخواسته

نوع روش	شایعترین علل منجر به شکست	تعداد	درصد
هورمونی خوراکی	مصرف نامنظم و نادرست	۱۸۱	۵۹/۹
وسایل داخل رحمی	عدم مراجعه جهت کنترل، عدم توجه به توصیه‌های لازم	۲۴	۸۳/۷
کاندوم	استفاده نامنظم و نادرست	۵۲	۲۸/۹
شیردهی	به صورت نامناسب و غیر از شش ماه اول پس از زایمان	۳۷	۱۰۰
اورژانسی	اشتباه در تعداد قرص و عدم رعایت فاصله مناسب در استفاده	۸	۵۰
طبیعی	عدم کنترل	۱۹۰	۷۰/۶
پرهیز دوره‌ای	اشتباه در محاسبه	۳	۱۰۰

مهمترین علل، مصرف نامنظم روش‌ها، اطلاعات ناکافی، انگیزه ناکافی و ترس از عوارض جانبی ذکر شد. آزمون آماری کای اسکویر نشان داد که بین سطح سواد و استفاده از وسائل پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد(p=۰/۰۰۰).

آزمون آماری تی تست نشان داد که بین سن واحدهای پژوهش، سن همسر، تعداد حاملگی و سقط با استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد(p=۰/۰۰۰).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند، درصد کمی نیز هیچگونه روش پیشگیری از بارداری را بکار نمی‌بردند. میزان عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در پژوهش Xaverius و همکاران، حدود یک سوم از واحدهای پژوهش و در پژوهش Foster و همکاران حدود ۹٪ گزارش شده است(۳،۱۲).

بر اساس مطالعه‌ای در آمریکا، نیمی از بارداری های ناخواسته در استفاده کنندگان از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری اتفاق افتاده بودند (۲). در بررسی حاضر اکثریت واحدهای پژوهش از روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند، سایر روش‌ها به ترتیب شامل طبیعی، کاندوم، شیردهی، وسیله داخل رحمی، اورژانسی و پرهیز دوره‌ای بوده است.

در تحقیق Adebola در خصوص بارداری‌های ناخواسته، روش‌های مورد استفاده توسط واحدهای پژوهش به ترتیب شامل کاندوم، قرص، آمپول و سایر روش‌ها بوده است(۱۷). در پژوهش Oddens اکثریت واحدهای پژوهش از قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، موارد بعدی به ترتیب کاندوم، وسیله داخل رحمی و روش طبیعی بوده است(۱۸). در پژوهش Cheng و همکاران، مهمترین علت بارداری ناخواسته شکست روشهای پیشگیری از بارداری ذکر شده و بالاترین میزان شکست به ترتیب در رابطه با کاندوم، وسیله داخل رحمی و روش ریتمیک گزارش شد(۱۹).

در مطالعه حاضر مهمترین علل منجر به شکست در استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، مصرف نامنظم در قرص‌های خوراکی ترکیبی، مصرف نامنظم و مصرف در زمانی غیر از شش ماه اول شیردهی در قرص‌های مینی پیل بوده است، لازم به ذکر است که مهمترین علل مصرف نامنظم قرص‌ها، کمبود آگاهی، انگیزه و ترس از عوارض جانبی بود.

مطالعه‌ای در کشور انگلستان دلیل اصلی بروز بارداری در زمان استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را فراموشی مصرف قرص یا عدم محافظت در زمان ابتلا به بیماری‌های گوارشی ذکر نموده است، نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که اکثر حاملگی‌های ناخواسته زمانی اتفاق می‌افتند که روش‌های پیشگیری از بارداری به صورت نادرست یا نامنظم استفاده می‌شوند(۲۰). در پژوهش دیگری در آمریکا، استفاده نامنظم علت اصلی بارداری در ۴۹٪ از مصرف کنندگان کاندوم و ۷۶٪ از مصرف کنندگان قرص بوده است(۲۱).

در مطالعه Glasier این نتیجه حاصل شد که بروز خطاهایی در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

مصرف قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری باعث افزایش ضریب شکست از یک در هزار به ۸٪ می‌شود(۲۲).

در پژوهش French و همکاران یکی از علل منجر به شکست پیشگیری از بارداری در استفاده از آمپول تزریقی، استفاده نامنظم بوده است به طوریکه حدود ۵۰٪ استفاده کنندگان از این روش پس از یک سال، به علت بروز اختلال در قاعدگی مصرف آن را قطع نموده‌اند(۲۳).

در پژوهش حاضر میزان شکست وسایل داخل رحمی پایین بوده و مهمترین علت منجر به شکست در استفاده از این وسیله در واحدهای پژوهش، عدم کنترل آن بوده است. در پژوهش Penney و همکاران نیز میزان شکست این روش پایین گزارش شده و مهمترین دلیل شکست نیز خروج وسیله، ذکر شده است(۲۴).

در پژوهش حاضر مصرف نادرست و نامنظم مهمترین علت منجر به شکست در استفاده از کاندوم از دیدگاه واحدهای پژوهش بوده است. در مطالعه Grimes مهمترین عوامل موثر در شکست کاندوم، قابلیت باروری، تعداد مقاربت و نحوه مصرف گزارش شده است(۲۵).

در پژوهش حاضر عدم رعایت ۷۲ ساعت فاصله از مقاربت در روش اورژانسی، اشتباه در محاسبه در روش پرهیز دوره‌ای مهمترین علل منجر به شکست در استفاده ازاین روش‌ها از دیدگاه از دیدگاه واحدهای پژوهش بوده است.

در پژوهش حاضر، استفاده از روش طبیعی که ضریب شکست بالایی دارد در تعداد کثیری از واحدهای پژوهش (۳۱/۹٪) از نکات قابل توجه در بروز بارداری‌های ناخواسته بود. این یافته با یافته‌های پژوهش Abassi Shavazi در خصوص بارداری‌های ناخواسته که میزان استفاده از روش طبیعی را در ۳۰٪ واحدهای پژوهش ذکر نموده همخوانی دارد، وی همچنین نتیجه گرفت که استفاده از روش طبیعی در زنان شهری بیشتر بوده است(۱۵).

در بررسی حاضر بین سطح سواد، سن واحدهای پژوهش، سن همسر، تعداد حاملگی و سقط با استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی‌دار بدست آمد(p=۰/۰۰۰).

در پژوهش Ramezani Tehrani و همکاران، سطح سواد زنان و همسران آنها و تجارب گذشته در رابطه با وسایل پیشگیری از بارداری مهمترین عوامل موثر در انتخاب روشهای پیشگیری از بارداری عنوان شده است(۲۶).

در پژوهش Marjori و همکاران عوامل موثر در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، موانع دسترسی، هزینه، هنجارهای اجتماعی و ترس از عوارض جانبی ذکر شده است(۲۷).

Piccinino و Mosher سن، نژاد، وضعیت ازدواج، تمایل به باروری، سطح سواد و درآمد را از عوامل مهم در انتخاب روشهای پیشگیری از بارداری ذکر کرده‌اند(۲۸).

در مطالعه حاضر با بررسی اطلاعات و نحوه‌ی استفاده از روش‌های تنظیم خانواده‌ی مورد استفاده در قبل از بارداری ناخواسته در واحدهای پژوهش، کمبود آگاهی و انگیزه و عملکرد نادرست از علل مهم منجر به شکست در پیشگیری از بارداری بوده است. در سایر پژوهش‌ها نیز این نتیجه به دست آمده است که استفاده‌ی مناسب از روشهای پیشگیری از بارداری بسیار مشکلتر از دسترسی راحت به این وسائل است(۳۱-۲۹).

متخصصین تنظیم خانواده راه حل کلیدی کاهش مشکلات مربوط به شکست روش‌های پیشگیری از بارداری را توصیه‌ی روش‌های موثرتر با اثر طولانی‌تر که وابسته به عملکرد فرد نباشد و ارائه آموزش‌های مناسب در این زمینه ذکر می‌کنند، همچنین بیان می‌دارند که در مشاوره‌های تنظیم خانواده نه تنها نیازهای فرد باید مورد توجه قرار گیرند بلکه باید به عواملی که موفقیت فرد را در پیشگیری از بارداری ناخواسته افزایش می‌دهند نیز توجه شود(۳۴-۳۲).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد افراد مورد مطالعه با وجود دسترسی مناسب به روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری، عموماً از روش‌هایی با ضریب شکست بالا و وابسته به عملکرد فرد مانند طبیعی و کاندوم استفاده نموده و همچنین در موارد به کارگیری روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری مانند قرص‌های خوراکی، استفاده‌ی نامناسب منجر به افزایش بارداری‌های ناخواسته شده بود. ارائه و تقویت آموزش‌های مناسب در زمینه تنظیم خانواده، انجام مشاوره‌های متعدد با زوجین و آموزش مردان از عوامل مهم

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

و موثر در کاهش بارداری‌های ناخواسته می‌باشد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در حمایت از طرح و کلیه همکارانی که در اجرای این پژوهش مارا یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- World Health Organization. ***Improving sexual and reproductive health is at the core of achiving Millennium Development Goal 5.*** 2008. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/strategy.htm [accessed on 3 November 2008].

2- Finer LB, Henshaw SK. ***Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States.*** Perspect Sex Reprod Health 2006; 38(2): 90-6.

3- Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. ***Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy.*** Women's Health 2009; 19(5): 306-12.

4- Mohllajee AP, Curtis KM, Morrow B. ***Pregnancy intention and its relationship to birth and maternal outcomes.*** Obstet Gynecol 2007; 109(3): 678-86.

5- Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. ***Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan.*** Soc Sci Med 2002; 54(7): 1065-79.

6- Marston C, Cleland J. ***Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence.*** Int Fam Plan Perspect 2003; 29(1): 6-13.

7- Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. ***Family planning and adolescent pregnancy.*** Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2010; 24(2): 209-22.

8- Barrett G, Smith SC, Wellings K. ***Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy.*** J Epidemiol Community Health 2004; 58(5): 426-33.

9- Bensyl DM, Iuliano D, Carter M, Stantelli J. ***Contraceptive use United States and behavioral risk factor surveillance system.*** Surveillance Summaries 2005; 54(6):1-72.

10- Frost JL, Singh S, Finer LB. ***Factors associated with contraceptive use and nonuse.*** Perspect Sex Reprod Health 2007; 39(2): 90-9.

11- Wu J, Meldrum S, Dozier A, Stanwood N, Fiscella K.***Contraceptive nonuse among US women at risk for unplanned pregnancy.*** Contraception 2008; 78(4): 284-9.

12- Foster DG, Bley J, Mikanda J. ***Contraceptive use and risk of unintended pregnancy in California.*** Contraception 2004; 70(1): 31–9.

13- Kramer MR, Hogue CJ, Gaydos LM. ***Noncontraceptive behavior in women at risk for unintended pregnancy: what's religion got to do with it?.*** Ann Epidemiol 2007; 17(5): 327-34.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

14- Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. ***Contraceptive failure rates in France: results from a population based survey.*** Hum Reprod 2007; 22(9): 2422-7.

15- Abbasi Shavazi MJ. ***Unintended pregnancies in the Islamic Republic of Iran: levels and correlates.*** Asian–Pacific Population Journal 2004; 19(1):27-38.[Persian]

16- Jahanfar Sh, Ramezani Tehrani F, Sadat Hashemi M. ***Assessment of unwanted pregnancies incidence in women who refering to hospital health center of 10 city of Iran.*** Tehran Medical university journal 2002; 60(4): 334-40.[Persian]

17- Adebola OK. ***Use of contraceptives and reproductive health knowledge aming adolescent mothers in Amukoko, A suburban community in Lagos, Nigeria***. Contraception J 2005; 72(3): 229-45.

18- Oddens JB. ***Women's stisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning and sterilization among 1466 women.*** Contraception J 1999; 59(5): 277-86.

19- Cheng Y, Zhu WL, Zhang Y, Wang A. ***Contraceptive practices of women requesting termination of pregnancy: A study from China.***Contraception 1997; 55(1):15-17.

20- Palanivelu LM, Oswal A. ***Contraceptive practices in women with repeat termination of pregnancies.*** J Obstet Gynaecol 2007; 27(8): 832-34.

21- Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. ***Contraceptive use among US women having abortions in 2000–2001.*** Perspect Sex Reprod Health 2002; 34(6): 294-303.

22- Glasier A.***Combined hormonal contraception***. Medicine 2006; 34(1): 1-5.

23- French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, etal. ***Hormonally impregnated intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy.*** Cochrane Database Syst Rev 2004; 3: 1776.

24- Penney G, Brechin S, de Souza A. ***The copper intrauterine device as long-term contraception.*** J Fam Plann Reprod Health Care 2004; 30(1):29-41.

25- Grimes DA, Schulz KF. ***Surrogate end points in clinical research- hazardous to your health.*** Obstet Gynecol 2005; 105(5): 1114-18.

26- Ramezani Tehrani F, Khalaj Abadi Farahani F, Hashemi MS. ***Factors influencing contraceptive use in Tehran.*** Family Practice 2001; 18(2): 204-8.[Persian]

27- Marjori BY, Sable M, Libbus K, Chiu JE. ***Factors affecting contraceptive use in women seeking pregnancy test Missouri 1997.*** Family planning perspectives 2000; 32(3):124-31.

28- Piccinino LJ, Mosher WD. ***Trends in contraceptive use in the United States.*** Family Planning Perspectives 1998; 30(1):4-10.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

29- Bianchi Demicheli F, Kulier R, Perrin E, Campana A. ***Induced abortion and psychosexuality.*** J Psychosom Obstet Gynaecol 2000; 21(4):213-17.

30- Bianchi Demicheli F, Perrin E, Ludicke F. ***Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy.*** J Psychosom Obstet Gynaecol 2001; 22(2): 83-90.

31- Bianchi Demicheli F, Perrin E, Ludicke F, Bianchi PG, Chatton D, Campana A. ***Termination of pregnancy and women's sexuality.*** Gynecol Obstet Invest 2002; 53(1):48-53.

32- Kottke M, Cwiak C. ***Nondaily contraceptive options user benefits, potential for high continuation, and counseling issues.*** Obstet Gynecol Surv 2008; 63(10): 661-8.

33- Mavranezouli I. ***The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline.*** Hum Reprod 2008; 23(6): 1338-45.

34- Ranjit N, Bankole A, Darroch JE, Singh S. ***Contraceptive failure in the first two years of use: differences across socioeconomic subgroups.*** Fam Plann Perspect 2001; 33(1): 19-27.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]