

## مقدمه

مطالعات جمعیت‌شناختی در نیمه دوم قرن بیستم حکایت از انتقال باروری<sup>۱</sup> در نقاط مختلف جهان به‌ویژه کشورهای کمتر توسعه یافته دارند (۶-۱). تحقیقات انجام شده بیانگر وجود نوعی همبستگی بین انتقال باروری و سطح باروری ناخواسته است. Bongaarts (۷) نشان داد در مرحله اول انتقال باروری، باروری ناخواسته رو به افزایش می‌گذارد و تا نزدیکی انتهای دوره انتقال باروری این روند کاهش نمی‌یابد. استدلال Bongaarts این است که علت اصلی افزایش باروری ناخواسته در نیمه اول دوره انتقال باروری ناشی از کاهش تعداد فرزندان ایده‌آل زوجین است و این تمایل منجر به افزایش نسبت زنانی می‌شود که در معرض خطر داشتن حاملگی ناخواسته قرار می‌گیرند. وی ادعا نمود که کاهش باروری ناخواسته در پایان دوره انتقال باروری، حاصل اثرات مربوط به دو عامل افزایش نسبت زنانی است که نمی‌خواهند بچه بیشتری داشته باشند و نیز افزایش میزان تحقق این خواسته در این زنان می‌باشد. بر مبنای برآورد وی در سال ۱۹۹۴ حدوداً از هر ۴ تولد در کشورهای درحال توسعه به‌جز کشور چین یک تولد ناخواسته بوده است، که این امر تأثیر قابل توجهی بر رشد جمعیت آنها داشته است (۸). Weinberger (۹) نتیجه گرفت که یکی از دلایلی که انتقال باروری اغلب در گروه‌های با موقعیت اقتصادی، اجتماعی بالاتر شروع می‌شود، این است که زنان این گروه‌ها سطح بالای باروری ناخواسته را پیش از آغاز دوره انتقال باروری تجربه کردند.

باروری ناخواسته از جنبه‌های مختلفی بر زندگی زوجین اثر می‌گذارد. نتایج مطالعات انجام شده در زمینه اثرات حاملگی ناخواسته بر سلامت فیزیکی و روانی مادر و طفل او، ثابت می‌کند که وقتی تولد ناخواسته می‌شود،

مادر و طفل او در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرند. کودکان حاصل از بارداری ناخواسته با احتمال بسیار بیشتری، دارای زندگی خانوادگی ناامن و پر آشوبی می‌شوند، مورد آزار و غفلت والدین قرار می‌گیرند، رفتارهای بزهکاری بروز می‌دهند و نیازمند درمان برای علائم مشکلات روحی روانی هستند (۱۱-۱۰). ملک افضلی (۱۲) برآورد نمود که حدود ۱۶٪ از حاملگی‌های ناخواسته در ایران منجر به سقط می‌شود. Liloyd و Montgomery (۱۳) و Montgomery (۱۴) با استفاده از داده‌های ۴ تحقیق DHS شواهدی یافتند که نشان می‌داد، تولدهای ناخواسته و حجم بالای آن در فیلیپین و جمهوری دومینیک باعث کاهش موفقیت‌های آموزشی و تحصیلی شده است.

در بین عوامل اقتصادی-اجتماعی، آموزش و تحصیل همواره به‌عنوان یک عامل قوی، تأثیر خود را بر رفتارهای باروری نشان داده است (۱۵). زنان با سطح آموزش بالاتر با احتمال موفقیت بیشتری باروری خود را کنترل می‌کنند و از فرصت بیشتری در فرزندآوری برخوردار هستند (۱۶). Weinberger (۹) با استفاده از داده بررسی‌های باروری جهان<sup>۲</sup> نشان داد که در کشورهایی که در گروه متوسط توسعه یافته قرار می‌گیرند بالاترین نسبت حاملگی ناخواسته در زنان با سطح آموزش متوسط دیده می‌شود و در بین دو گروه زنان با سطح آموزش پایین و سطوح آموزشی بالا این نسبت کمتر است. Okonofua و همکاران (۱۷) در مطالعه‌ای که بر روی حاملگی‌های ناخواسته در دو جمعیت نمونه در نیجریه انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که سن، تحصیلات، اشتغال، آگاهی از یک روش پیشگیری از بارداری، شناخت دوره باروری در سیکل قاعدگی ماهیانه، و استفاده از یک روش پیشگیری، از

2- World Fertility Surveys

1- Fertility Transition

حاملگی ناخواسته را در سال‌های اخیر تعیین کرده و سپس ارتباط عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی با حاملگی‌های ناخواسته را آزمون و تعیین نماید.

### مواد و روشها

منبع اصلی اطلاعات مورد استفاده در این مقاله، داده‌های تحقیق "بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران" (IDHS)<sup>۱</sup> است که برای اولین بار در فاصله زمانی مهر تا آبان ماه سال ۱۳۷۹ به اجرا درآمد. نویسندگان دوم و سوم این مقاله مسئولیت اجرایی و هماهنگی IDHS را به‌عهده داشته و در مراحل مختلف از اعضاء کمیته علمی و اجرایی طرح بودند. در این بررسی تعداد ۱۱۳۹۱۳ خانوار در ۲۸ استان (به‌علاوه شهر تهران) مورد پرسشگری قرار گرفتند و در این نمونه با تعداد ۹۰۷۴۰ زن ازدواج کرده مصاحبه به‌طور کامل انجام شده است. در طرح IDHS از کلیه زنان ۱۰-۴۹ ساله، حداقل یکبار ازدواج کرده، درباره تاریخچه باروری آنان و ابعاد خانوار سؤال شد؛ ولی اطلاعات مربوط به استفاده از روش پیشگیری، تصمیم زن یا شوهر در مورد حاملگی، نوع روش پیشگیری مورد استفاده قبل از حاملگی و دیگر سوالات مرتبط فقط درباره حاملگی فعلی زن بوده است. برای رسیدن به اهداف این مقاله، ابتدا زنان ازدواج کرده و دارای همسر در محدوده سنی ۱۰-۴۹ سال در طرح IDHS انتخاب گردیدند. سپس از بین افراد انتخاب شده، کلیه زنانی که در زمان تحقیق باردار بودند و به سوال مربوط به خواسته بودن و یا ناخواسته بودن بارداری خود پاسخ گفته بودند مورد بررسی این مقاله قرار گرفتند. بر این اساس زنان غیرباردار در زمان IDHS از این مطالعه حذف گردیدند.

علاوه بر سوالات مربوط به تنظیم خانواده، از زنانی که در زمان بررسی حامله بودند سوال شد که آیا این

مهمترین عوامل پیشگیری یا بروز حاملگی‌های ناخواسته بودند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که زنان با تحصیلات بالاتر داشتن موارد حاملگی ناخواسته بیشتری را نسبت به زنان با سطح تحصیلی پایین‌تر اعلام کردند. عوامل مؤثر دیگر که منجر به گزارش خود شخص از باروری ناخواسته بودند در زنانی مشاهده شد که تا اندازه‌ای درباره تنظیم خانواده آگاهی داشتند، و از یک روش مدرن پیشگیری استفاده می‌کردند و دوره باروری درسیکل قاعدگی ماهیانه را می‌دانستند.

ایران در سال‌های اخیر موفقیت‌های چشمگیری را در تنظیم خانواده و کاهش باروری داشته است (۲۶-۱۸). با این حال، علی‌رغم تحول و دگرگونی که در عملکرد تنظیم خانواده مشاهده می‌شود درصد قابل توجهی از حاملگی‌ها ناخواسته بوده است. ملک افضلی نشان داد که در سال ۱۳۷۵ حدود ۲۵٪ از حاملگی‌ها در ایران ناخواسته زن و شوهر بوده است (۱۲). مطالعات دیگر در تعدادی از استان‌های کشور نشان داد که حدود ۳۰ تا ۳۵٪ حاملگی‌ها ناخواسته بوده است (۲۷-۲۹). پایدارفر و ملک‌افضلی (۳۰) با استفاده از داده‌های تحقیق "بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله درباره بهداشت باروری" که در سال ۱۳۶۸ توسط وزارت بهداشت انجام شد، دریافتند که ۴۰٪ از زنان ازدواج کرده بین سنین ۱۵-۴۹ سال، اعلام کردند که حاملگی فعلی یا قبلی آنها ناخواسته بوده است. مطالعه پایدارفر و ملک‌افضلی براساس داده‌های تحقیق کشوری است که در اولین سال بعد از برنامه رسمی جدید تنظیم خانواده بدست آمده است. با فرض اینکه از سال ۱۳۶۷ برنامه تنظیم خانواده در جمعیت ایران موفقیت قابل توجهی داشته است، بررسی روند حاملگی ناخواسته در سال‌های اخیر از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. یافته‌های مطالعه موجود شواهد جدیدی از میزان و عوامل مؤثر بر حاملگی ناخواسته را در ایران آشکار خواهد کرد. این مقاله سعی دارد ابتدا میزان شیوع

1- Iran Demographic and Health Survey

فرزند زنده متولد شده زن، تعداد فرزند موجود، استفاده از روش قبل از حاملگی فعلی و ترجیح جنس فرزند در حاملگی فعلی به عنوان "متغیرهای غیر وابسته یا مستقل" منظور گردیده است. در این تحقیق ابتدا رابطه متغیر وابسته با هر کدام از متغیرهای مستقل بوسیله آزمون‌های آماری T<sup>2</sup> و  $\chi^2$  سنجیده شده و سپس برای تخمین اثرات خاص هریک از متغیرهای غیروابسته روی احتمال حاملگی‌های "ناخواسته" از رگرسیون لجستیک استفاده شد.

### نتایج

همانگونه که قبلاً ذکر شد زنانی که در این مقاله روی حاملگی آنها بحث می‌شود زنانی هستند که در زمان مطالعه DHS حامله و یا مشکوک به حاملگی بودند که این افراد حدود ۶/۵٪ از کل زنان همسر دار را تشکیل می‌دادند. این نسبت در مناطق شهری حدود ۶/۲٪ و در مناطق روستایی ۶/۶٪ بوده است. جدول شماره ۱ نظر زن و شوهر در مورد خواست حاملگی را

حاملگی الف) ناخواسته<sup>۱</sup> بوده، ب) خواسته بوده، ج) نابهنگام<sup>۲</sup> بوده یا د) فرقی نمی‌کرده است. این مقاله از تعریفی که جین (۳۱) از حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده<sup>۳</sup> ارائه داده استفاده کرده است. بدین ترتیب که جمع حاملگی‌های ناخواسته (اگر اصلاً حاملگی را نمی‌خواستند یا بچه بیشتری نمی‌خواستند) و حاملگی‌های نابهنگام (اگر می‌خواستند حاملگی را به تعویق بیاورند) را به عنوان حاملگی برنامه‌ریزی نشده یا ناخواسته در نظر گرفته و جمع تمامی حاملگی‌های خواسته (اگر حاملگی را می‌خواستند) و موارد فرقی نمی‌کرده (اگر نسبت به خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی بی‌تفاوت بوده) را به عنوان حاملگی برنامه‌ریزی شده یا خواسته در نظر گرفته است. با این حال با توجه به مصطلح بودن واژه باروری ناخواسته، در این مقاله به جای حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده از واژه حاملگی "ناخواسته" (مجموع ناخواسته و نابهنگام) استفاده می‌شود.

"حاملگی ناخواسته" در این مقاله به عنوان "متغیر وابسته" و متغیرهای سن، سطح تحصیل، اشتغال، تعداد

جدول ۱- توزیع زنان و شوهران آنها بر حسب خواست حاملگی فعلی به تفکیک محل سکونت، طبق بررسی ویژگی‌های

جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

شوهر **			زن *			زوجین - محل سکونت
کل	شهر	روستا	کل	شهر	روستا	
۷۰/۸	۷۰/۲	۷۱/۴	۶۴/۵	۶۵/۴	۶۳/۸	خواست حاملگی
۱۲/۹	۱۳/۹	۱۲/۰	۱۸/۹	۱۸/۹	۱۸/۹	خواست
۱۴/۴	۱۴/۰	۱۴/۷	۱۶/۰	۱۵/۱	۱۶/۸	ناخواسته
۱/۶	۱/۸	۱/۴	۰/۶	۰/۶	۰/۵	بی تفاوت
۰/۳	۰/۱	۰/۵	—	—	—	نمی‌داند
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	کل
۵۴۲۳	۲۴۷۵	۲۹۴۸	۵۴۲۷	۲۴۷۸	۲۹۴۹	تعداد

\* Not significant

\*\* P- value < 0.001

1- Unwanted  
2- Mistimed  
3- Unintended

نشان می‌دهد. ارقام مندرج در جدول حاکی از آن است که میزان حاملگی‌های "ناخواسته" شوهر کمتر از میزان حاملگی "ناخواسته" زن است. از نظر زنان، ۱۶٪ از موارد حاملگی ناخواسته و ۱۶/۹٪ حاملگی نابهنگام بوده است، یعنی در کل حدود ۳۵٪ از زنان باردار حاملگی فعلی خود را حاملگی "ناخواسته" اعلام کردند و از نظر شوهران این نسبت‌ها به ترتیب برابر با ۱۴/۴٪، ۱۲/۹٪ و در کل حدود ۲۷٪ می‌باشد. در مورد تفاوت بین زنان شهری و روستایی مشاهده می‌شود که میزان حاملگی "ناخواسته" در زنان روستایی معادل ۳۵/۷٪ و در زنان شهری ۳۴٪ است. این اختلاف اندک ممکن است به دلیل مقدار بالاتر استفاده از روشهای

فرزند بیشتر" را ذکر کردند. در تجزیه و تحلیلی که جزئیات آن در مقاله آورده نشده است، مشاهده شد که حدود ۱۸٪ از زنان ترجیح جنسی (۶٪ خواستن فرزند دختر و ۱۱/۸٪ خواستن فرزند پسر) را دلیل خواسته بودن حاملگی فعلی اظهار داشتند.

توزیع حاملگی زنان برحسب سن با توجه به وضعیت حاملگی و محل سکونت نشان داد که حاملگی‌ها اساساً در سنین جوانتر اتفاق افتاده است. به طوریکه ۴۷/۷٪ زنان باردار در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و ۴۳/۹٪ در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال بودند و فقط ۸/۲٪ آنها در گروه سنی ۴۹-۳۵ سال قرار داشتند. الگوی سنی حاملگی در مناطق روستایی از مناطق شهری متفاوت است. تولد

## جدول ۲- درصد توزیع حاملگی‌ها بر حسب خواست حاملگی فعلی، طبق بررسی ویژگیهای جمعیتی و بهداشتی

در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

خواست حاملگی	محل سکونت		
	روستا	شهر	کل
خواسته زن	۳/۱	۳/۶	۳/۳
خواسته شوهر	۱۱/۳	۹/۴	۱۰/۴
خواسته هر دو	۶۱/۱	۶۱/۷	۶۱/۴
ناخواسته هر دو	۲۴/۴	۲۵/۳	۲۴/۹
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تعداد	۲۹۴۶	۲۴۷۴	۵۴۲۰

فرزند در زنان روستایی نسبت به زنان شهری اندکی زودتر شروع می‌شود. به طوری که حدود نیمی از زنان باردار روستایی اکثراً سن بین ۱۵ تا ۲۴ سال داشتند، که این امر شاید مربوط به پایین‌تر بودن سن ازدواج در نقاط روستایی باشد (جدول شماره ۳).

نتایج تحقیق بیانگر یک رابطه خطی مثبت بین سن و حاملگی "ناخواسته" می‌باشد. حدود ۲۶٪ از زنان باردار ۲۴-۱۵ ساله اظهار داشتند که حاملگی آنها "ناخواسته" بوده است. این میزان در زنان ۲۵-۳۴ ساله

سنتی تنظیم خانواده در مناطق شهری باشد که بعداً بحث خواهد شد. علاوه بر آن، نتایج تحقیق در مورد نظر کلی زن و شوهر درباره حاملگی کنونی وی حاکی است که حدود ۱۰/۴٪ زنان اعلام داشتند که حاملگی فعلی از نظر شوهر آنها خواسته بوده است، در حالی که تنها ۳/۳٪ زنان حاملگی خود را خواسته می‌دانستند. از زنانی که حاملگی را خواسته خود، شوهر یا هر دو اعلام کردند، دلیل خواسته بودن حاملگی سوال شده است. حدود ۴۸/۵٪ زنان "نداشتن فرزند" و ۳۱/۵٪ "خواستن

جدول ۳- درصد توزیع زنان حامله ۱۵-۴۹ سال دارای همسر در زمان تحقیق به تفکیک سن و محل سکونت، طبق بررسی ویژگیهای جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

کل	روستا	شهر	محل سکونت
			گروه سنی (سال)
۴۷/۷	۴۹/۸	۴۶/۵	۱۵-۲۴
۴۳/۹	۴۱/۵	۴۵/۵	۲۵-۳۴
۸/۲	۸/۷	۸/۰	۳۵-۴۹
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل

کل در نظر گرفته شده است.

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که یک نوع همبستگی بین خواست حاملگی از نظر زن و شوهر و نوبت حاملگی وجود دارد. میزان حاملگی "ناخواسته" معادل ۱۳/۵٪ برای اولین حاملگی، ۲۸/۴٪ برای دومین حاملگی بود و در حاملگی‌های سوم و چهارم و بالاتر به ترتیب ۳۹/۵٪ و ۵۸/۱٪ به دست آمد. مقادیر قابل توجه میزان حاملگی "ناخواسته" برای حاملگی‌های اول و دوم، نشانه پذیرش خانواده با ابعاد کوچک توسط زوجین است. بنابراین نسبت قابل توجهی از حاملگی‌های "ناخواسته" در این گروه باید ناشی از حاملگی نابهنگام باشد. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود میزان حاملگی "ناخواسته" برای تمام نوبت‌های حاملگی در شهر بالاتر از روستا است. تنها در حاملگی نوبت دوم تفاوت بسیار کمی بین مناطق شهری و روستایی وجود دارد. برای زنانی که دومین حاملگی‌شان را

به ۴۰٪ افزایش می‌یابد و برای سنین ۳۵-۴۹ سال به ۶۵٪ می‌رسد. دلیل این الگو این است که معمولاً زنان فرزندان خواسته خود را در سنین جوانی به دنیا می‌آورند. به طوری که حدود ۷۵٪ حاملگی‌های در سنین ۱۵-۲۴ سال، حاملگی برنامه‌ریزی شده است. دلیل دیگر شیوع حاملگی ناخواسته در سنین بالا این است که در آن سنین استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری بیشتر رواج دارد. با عنایت به اینکه میزان باروری در سنین بالا در مقایسه با سایر سنین پایین‌تر است، لذا حتی وقوع یک مورد حاملگی ناخواسته در سنین مذکور با توجه به روش پیشگیری می‌تواند موجب افزایش بارداری ناخواسته شود (۳۲).

در جدول شماره ۴ که درصد حاملگی‌های "ناخواسته" از نظر زنان باردار بر حسب سن و محل سکونت را نشان می‌دهد، درصد حاملگی‌های ناخواسته به صورت جداگانه برای هر گروه سنی و به تفکیک شهر، روستا و

جدول ۴- درصد حاملگی‌های "ناخواسته" از نظر زنان باردار بر حسب سن و محل سکونت، طبق بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

کل	روستا	شهر	محل سکونت
			گروه سنی (سال)
۲۵/۵	۲۵/۶	۲۵/۲	۱۵-۲۴
۳۹/۶	۴۱/۱	۳۸/۱	۲۵-۳۴
۶۴/۵	۶۸	۶۰/۳	۳۵-۳۹

جدول ۵- درصد حاملگی های " ناخواسته " از نظر زن و شوهر برحسب نوبت حاملگی و محل سکونت، طبق بررسی ویژگیهای جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

شوهر		زن			زوجین- محل سکونت مرتبه حاملگی مورد نظر	
کل	شهر	روستا	کل	شهر		روستا
۹/۲	۹/۸	۸	۱۳/۵	۱۴/۲	۱۲/۳	اول
۲۴/۷	۲۳/۳	۲۷/۲	۲۸/۴	۲۶/۸	۳۱/۴	دوم
۳۵/۲	۳۶/۱	۳۳/۶	۳۹/۵	۴۰/۲	۳۸/۱	سوم
۴۸/۶	۴۹/۹	۴۶/۲	۵۸/۱	۵۹/۸	۵۵/۱	چهار و بالاتر

درصد حاملگی های ناخواسته در این جدول بصورت جداگانه برای مرتبه حاملگی و به تفکیک شهر، روستا و کل برای زن و شوهر در نظر گرفته شده است.

جنسی برای حاملگی اخیر آنها سئوال شد. حدود ۷۴/۹٪ زنان بر ترجیح جنس برای فرزند در این حاملگی تاکید داشتند (جدول شماره ۷). جالب توجه اینکه درصد زنانی که فرزند دختر را ترجیح می دادند (۲۸/۸٪) اندکی بیشتر از زنانی است که ترجیح برای فرزند پسر (۳۶/۱٪) داشتند. مهمتر اینکه ترجیح جنسی فرزند دختر در مناطق روستایی (۳۹/۸٪) بالاتر از این ترجیح در نقاط شهری (۳۷/۷٪) است و از این نسبت، اکثریت آنان گفته اند که ترجیح می دهند حاملگی شان منجر به تولد جنس پسر شود (۲۴٪ فرزند پسر در مقابل ۱۷٪ که فرزند دختر را ترجیح دادند). حدود ۵۹٪ زنان باردار قبل از باردار شدن از یک روش پیشگیری استفاده می کردند و ۱۸/۴٪ زنان باردار همزمان با روش مورد استفاده خود حامله شده اند که روش مورد استفاده حدود نیمی از آنها روش های مدرن پیشگیری بوده است (۹/۶٪). همانطوری که انتظار می رود میزان استفاده از روش پیشگیری قبل از حاملگی در حاملگی های ناخواسته زن و شوهر بسیار بیشتر از رقم مشابه آن در حاملگی های ناخواسته یکی از زوجین است و این نکته مهمی است که در مشارکت زن و شوهر در تصمیم گیری برای وقوع حاملگی و پوشش برنامه تنظیم خانواده در نظر گرفته شود.

تجربه می کردند، در مناطق روستایی ۳۱/۴٪ زنان اظهار کردند که حاملگی شان ناخواسته بوده است که این مقدار در زنان شهری ۲۶/۸٪ است. الگوی حاملگی های برنامه ریزی شده از نظر شوهران مشابه زنان است. اگرچه میزان حاملگی " ناخواسته " از نظر شوهران نسبت به زنان کمتر است. جدول شماره ۶، درصد حاملگی " ناخواسته " زنان بر حسب سطح تحصیل و وضعیت اشتغال آنها را نشان می دهد. نتایج بیانگر همبستگی معکوس بین تحصیلات و میزان حاملگی " ناخواسته " می باشد. مقادیر حاملگی " ناخواسته "، از ۴۸٪ برای زنان بی سواد به ۱۸/۸٪ در زنان با تحصیلات دانشگاهی کاهش یافته است. این روند کاهشی در شهر و روستا نیز الگوی مشابهی دارد. این جدول همچنین ارتباط بین وضع اشتغال زنان و میزان حاملگی های " ناخواسته " را نشان می دهد. به طور مشخص تفاوت اندکی بین زنان خانه دار و شاغل وجود دارد. با این حال رابطه بین تصمیم زنان و فعالیت اقتصادی به لحاظ آماری معنی دار نیست. لازم به ذکر است که درصد حاملگی ناخواسته، در این جدول نیز به صورت جداگانه برای هر مقطع تحصیلی و گروه شغلی به تفکیک شهر، روستا و کل در نظر گرفته شده است. در پرسشنامه IDHS از تمام زنان حامله درباره ترجیح

جدول ۶- فراوانی نسبی حاملگی‌های "ناخواسته" از نظر زن برحسب عوامل اقتصادی- اجتماعی به تفکیک منطقه، محل سکونت، طبق بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

کل	روستا	شهر	منطقه	
			عوامل اجتماعی- اقتصادی	
** ۲۴/۴	** ۳۸/۶	* ۲۷/۸	شاغل	وضع اشتغال
** ۳۵/۳	** ۳۵/۳	* ۳۵/۴	خانه‌دار	
** ۳۶	** ۳۹/۴	* ۳۴/۶	غیره	
۴۸	۴۶	۵۳/۳	بی‌سواد	تخصیلات***
۳۶/۱	۳۴/۱	۳۹/۸	ابتدایی	
۳۲/۲	۲۸	۳۵/۶	راهنمایی	
۲۴/۹	۲۶/۷	۲۴/۱	متوسطه و دیپلم	
۱۸/۸	۱۳/۲	۱۹/۷	دانشگاهی	

\*P-value < 0.005    \*\* Not significant    \*\*\*P- value < 0.001

شهری مربوط به روش سنتی (۲/۶٪) و سپس مربوط به کاندوم (۲/۱٪) است؛ ولی در روستا بیشترین شکست ابتدا با قرص‌های پیشگیری (۲/۵٪) و بعد مربوط به روش سنتی (۴٪) می‌باشد. نکته جالب توجه این است که در کل بالاترین میزان شکست همراه با استفاده از قرص‌های لاینسترنول (شیردهی) می‌باشد که از مقداری معادل ۴٪ برخوردار است و روش‌های سنتی با میزان ۳/۱٪ در رتبه بعدی قرار می‌گیرد که این نکته در تدارک وسایل پیشگیری و برنامه‌های آموزشی حساس و مورد نیاز این نوع قرص بسیار حائز اهمیت است.

جدول شماره ۹ درصد زنان با حاملگی‌های "ناخواسته" را در دو گروه زنانی که قبل از حاملگی از روش پیشگیری استفاده می‌کردند و آنهایی که از هیچ‌کدام از روش‌های پیشگیری استفاده نمی‌کردند نشان می‌دهد.

حدود ۴۴٪ زنانی که قبل از بارداری فعلی خود از روش پیشگیری استفاده می‌کردند حاملگی خود را "ناخواسته" اظهار کرده و مقدار این شاخص در زنانی که قبل از بارداری از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی‌کردند معادل ۲۵٪ بوده است. همچنین نتایج

براساس جدول شماره ۸ به ترتیب روش‌های سنتی، قرص و کاندوم به عنوان سه روشی هستند که بیشترین میزان حاملگی همزمان طی استفاده از روش را به خود اختصاص می‌دهند. الگوی استفاده از روش قبل و همزمان با حاملگی در روستا و شهر متفاوت است. بیشتر زنان در شهر قبل از حاملگی از روش منقطع استفاده می‌کردند (۳۲/۶٪)؛ در حالیکه در روستا بیشترین مقدار مربوط به قرص‌های پیشگیری از بارداری است (۲۷/۲٪). چنانچه میزان پوشش روش‌های پیشگیری از بارداری را برای تمامی زنان باردار مورد مطالعه در این مقاله مشابه میزان‌های شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار در مطالعه DHS فرض کنیم، می‌توان میزان شکست (مجموع شکست استفاده کنندگان<sup>۱</sup> و شکست ناشی از روش<sup>۲</sup>) هر یک از روش‌های پیشگیری از بارداری را برآورد نمود. برآورد میزان شکست همه روش‌ها نشان داد که بیشترین میزان شکست در مناطق

1- User failour  
2- Method failour

شماره ۱۰ نتایج رگرسیون لجستیک و تحلیل پیش‌بینی احتمال وقوع حاملگی "ناخواسته" را در بین زنان مورد مطالعه نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول شماره ۱۰ آمده در بین متغیرهای مستقل در مدل پایه، تعداد فرزند زنده متولد شده مهمترین متغیر متمایز کننده بین زنان دارای حاملگی "ناخواسته" و زنان دارای حاملگی برنامه‌ریزی شده می‌باشد. زنان دارای ۴-۳ فرزند ۱/۲۵ برابر زنان دارای ۲-۱ فرزند در خطر حاملگی ناخواسته قرار دارند. استفاده از هر نوع روش پیشگیری از حاملگی از دیگر عوامل مرتبط با حاملگی "ناخواسته" بود. در بین زنانی که تا به حال از روش پیشگیری استفاده نکرده بودند، احتمال تجربه حاملگی "ناخواسته" کمتر بود. سن و رجحان جنسی (پس از کنترل سایر متغیرها) در حاملگی‌های "ناخواسته" فاکتورهای تعیین کننده هستند. اگرچه یکی از طبقات این دو متغیر به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ولی به طور کلی تاثیر این دو متغیر بر حاملگی "ناخواسته" به لحاظ آماری معنی‌دار بود.

در بین متغیرهای مستقل موجود جدول در مدل پایه، شغل زن معنی‌دار نبود و از مدل حذف گردید. از دیگر متغیرهایی که در مدل نهایی باقی ماندند، پس از کنترل سایر متغیرها، منطقه محل سکونت در حد ۹۵٪ معنی‌دار بود. این بیانگر این است که ویژگی‌های اجتماعی-

حاصل حاکی از آن است که حدود ۹۰٪ زنانی که همزمان با استفاده از روش پیشگیری حامله شدند حاملگی خود را "ناخواسته" اعلام کردند. نکته قابل ذکر اینکه دلیل استفاده از روش علیرغم ناخواسته بودن حاملگی مربوط به تغییر نگرش زوجین نسبت به حاملگی پس از شکست روش بوده است. به منظور تعیین و آزمون تفاوت‌های آماری بین زنانی که برای داشتن فرزند برنامه‌ریزی داشتند با آنهایی که حاملگی "ناخواسته" داشتند از آزمون چند متغیره استفاده شد. متغیر وابسته در این آزمون یک متغیر دوسویه است، بنابراین رگرسیون لجستیک، مورد استفاده قرار گرفت. در این تحلیل متغیرهای سن زن، تعداد فرزند زنده متولد شده، منطقه محل سکونت و تحصیلات، فعالیت اقتصادی، تعداد فرزند موجود، استفاده از روش پیشگیری قبل از حاملگی و رجحان جنسی به عنوان متغیرهای مستقل به کار گرفته شدند. متغیرهای فوق با توجه به اهمیتی که متصور می‌شد به لحاظ مفهومی با متغیر وابسته در مدل پایه یا مدل I قرار گرفتند. بر مبنای روش Backward متغیرهایی که به لحاظ آماری معنی‌دار نبودند از مدل حذف شدند. سطح معنی‌داری برای خروج از مدل ۵٪ در نظر گرفته شده است. مدل II شامل متغیرهایی شد که پس از کنترل، قابل حذف شناخته نشدند و تاثیر آنها مهم و قابل توجه بود. جدول

جدول ۷- فراوانی نسبی حاملگی‌های "ناخواسته" از نظر جنس فرزند و منطقه محل سکونت،

طبق بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

منطقه	شهر*	روستا**	کل***
ترجیح جنس فرزند از نظر زن			
پسر	۳۷/۳	۳۵/۳	۳۶/۱
دختر	۳۷/۷	۳۹/۸	۳۸/۸
فرقی نمی‌کند	۳۱/۸	۳۴/۷	۳۳/۴
تعداد	۸۴۱	۱۰۵۱	۱۸۹۲

درصد حاملگی‌های ناخواسته در این جدول نیز بصورت جداگانه برای هر جنس به تفکیک شهر، روستا و کل محاسبه شده‌اند.

\*\*\* P value < 0.001 \*\* Not Significant \*P value < 0.005



جدول ۸ - درصد توزیع زنان باردار برحسب خواست حاملگی و استفاده از روش پیشگیری قبل و همزمان با حاملگی، طبق

بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

زنان باردار که همزمان با حاملگی از روش پیشگیری استفاده می‌کردند		زنان بارداری که قبل از حاملگی از روش پیشگیری استفاده می‌کردند		زمان استفاده از روش خواست حاملگی - نوع روش			
						شهر	روستا
۱۵/۷	۳۴/۵	۲۲/۴	۸/۵	۲۳/۲	۱۳/۷	قرص های ترکیبی	ناخواسته زن و شوهر هر دو
۵/۶	۵/۴	۵/۵	۴/۵	۴/۲	۴/۴	قرص لاینسترنول	
۱۲/۶	۴	۹/۵	۹/۹	۳	۷/۴	کاندوم	
۶/۳	۷/۹	۶/۸	۳	۲/۲	۲/۷	سایر روش‌های مدرن	
۳۸/۲	۱۹/۸	۳۱/۸	۳۴/۷	۱۸/۴	۲۸/۹	روش‌های سنتی	
۲۱/۶	۲۸/۴	۲۴	۳۹/۶	۴۸/۸	۴۲/۹	فاقد روش پیشگیری	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع*	
۱۱/۸	۲۰/۳	۱۴/۸	۰/۲	۰/۳	۰/۲	قرص های ترکیبی	خواسته زن و شوهر هر دو
۰	۰/۳	۰/۱	۰	۰/۲	۰	قرص لاینسترنول	
۷/۱	۳/۴	۵/۸	۰/۲	۰/۲	۰/۲	کاندوم	
۴/۹	۵/۳	۵	۰	۰	۰	سایر روش‌های مدرن	
۳۱/۶	۱۳/۸	۲۵/۳	۱/۸	۰/۸	۱/۵	روش‌های سنتی	
۴۴/۶	۵۶/۹	۴۹	۹۷/۸	۹۸/۵	۹۸/۱	فاقد روش پیشگیری	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع*	

\* جمع کل روش‌ها و هیچ روش

یافت. نتایج تحقیق نشان داد که از کل زنان همسر دار که در زمان بررسی باردار و یا مشکوک به بارداری بودند، ۱۶٪ اظهار کردند که حاملگی آنها ناخواسته بوده و حدود ۱۹٪ حاملگی نابهنگام داشته‌اند. در کل حدود ۳۵٪ از حاملگی‌های فعلی زنان مورد مطالعه بدون برنامه‌ریزی بوده است. میزان حاملگی "ناخواسته" در مناطق روستایی اندکی نسبت به شهر کمتر است. زنان با تعداد فرزندان بیشتر، تحصیلات پایین‌تر و زنان غیرشاغل، در مقایسه با زنانی که بچه کمتر داشته و تحصیل کرده و شاغل هستند، بیشتر دچار حاملگی "ناخواسته" می‌گردند. زنان در محدوده سنی ۴۹-۳۵ و ۳۴-۲۵ سال در مقایسه با زنان جوان‌تر با احتمال

اقتصادی پس از کنترل سایر متغیرها تاثیر اندکی بر حاملگی "ناخواسته" دارند. شاید دلیل این امر این است که مناطق شهری و روستایی از لحاظ توسعه اقتصادی-اجتماعی به خصوص از لحاظ سطح تحصیلات و دانسته‌های زنان درباره تنظیم خانواده همگون شده‌اند.

### بحث

این مقاله با هدف تعیین میزان و عوامل مؤثر بر حاملگی‌های "ناخواسته" در ایران با استفاده از داده‌های بررسی ویژگی‌های بهداشتی-جمعیتی در ایران (IDHS) که در سال ۱۳۷۹ به اجرا درآمد نگارش

جدول ۹ - مقایسه درصد حاملگی "ناخواسته" برحسب استفاده از روش پیشگیری به تفکیک برای قبل از بارداری (به طور کلی) و همزمان با باردار شدن به تفکیک محل سکونت، طبق بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی

ایران در سال ۱۳۷۹

استفاده از روش پیشگیری همزمان با باردار شدن		استفاده از روش پیشگیری قبل از بارداری		زمان استفاده - منطقه	
کل	روستا	شهر	کل	روستا	شهر
۸۹/۷	۹۱	۸۸/۵	۴۳/۶	۴۵/۳	۴۱/۸
۲۴	۲۷/۱	۲۰/۹	۲۵/۲	۲۶/۵	۲۳/۳
۱۲۵۶	۶۵۳	۶۰۳	۱۸۹۵	۱۰۵۲	۸۴۳

درصد حاملگی‌های ناخواسته در این جدول بصورت جداگانه بر اساس استفاده از روش پیشگیری قبل و بعد از حاملگی به تفکیک شهر، روستا و کل در نظر گرفته شده است.

نیازهای برآورد نشده<sup>۱</sup> در تنظیم خانواده و نیز ضرورت برنامه‌ریزی جامع تنظیم خانواده، مستلزم سنجش دقیق مفهوم باروری ناخواسته می‌باشد (۳۲). ناخواسته بودن باروری مفهومی است پیچیده و سنجش میزان باروری ناخواسته به لحاظ مفهومی و متدولوژی مورد نقد و بررسی قرار گرفته است (۳۳). از این رو لازم است در ارزیابی میزان‌های باروری ناخواسته و نیز رابطه هر جنبه از باروری‌های ناخواسته با ویژگی‌های زنان از روش‌ها و سوالات دقیق و مشخص تری بهره گرفت. در خیلی از جوامع بر دارا بودن فرزند پسر به دلایل اقتصادی-اجتماعی و مذهبی تاکید می‌گردد. چنین الگویی ما را به این فرضیه که تمایل برای داشتن فرزند پسر بر رفتار باروری تاثیر می‌گذارد، رهنمود می‌کند (۳۴). پایدارفر و ملک افضلی در سال ۱۳۷۷ (۳۰) اشاره کردند که یک حاملگی می‌تواند بعد از آگاهی زن از جنس فرزند و ناخواسته بودن جنس مزبور یک حاملگی ناخواسته شود. نتایج این تحقیق نیز بیانگر ترجیح جنسی در بین زنان بود، و متغیر ترجیح جنسی پس از کنترل سایر متغیرها نیز معنی دار بود. از این رو،

بیشتری دارای حاملگی "ناخواسته" بودند. نسبت قابل ملاحظه‌ای از زنانی که حاملگی‌های "ناخواسته" داشتند، از استفاده‌کنندگان روش‌های پیشگیری از بارداری قبل یا همزمان با حاملگی بودند و نسبت بالایی از روش‌های مورد استفاده آنان را روش سنتی در شهر و قرص در روستا شامل می‌شد. این مقاله از تعریفی که Jain (۳۱) از حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده ارائه داده، استفاده کرده است. بدین ترتیب که جمع حاملگی‌های ناخواسته و حاملگی‌های نابهنگام را به عنوان حاملگی برنامه‌ریزی نشده یا ناخواسته در نظر گرفته، و جمع تمامی حاملگی‌های خواسته و موارد فرقی نمی‌کرده را به عنوان حاملگی برنامه‌ریزی شده یا خواسته در نظر گرفته است. با توجه به مصطلح بودن واژه باروری ناخواسته، در این مقاله به جای حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده از واژه حاملگی "ناخواسته" (مجموع ناخواسته و نابهنگام) استفاده شد و در نهایت نتایج نهائی تحت عنوان باروری ناخواسته ارائه گردید. با این حال، تحقیقات اخیر نشان داده است که درک درست از رفتارهای باروری افراد، پیش‌بینی باروری، برآورد

1- Unmet Need

جدول ۱۰- آنالیز رگرسیون لجستیک برای پیش بینی احتمال وقوع حاملگی "ناخواسته"، طبق بررسی ویژگیهای جمعیتی و بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹

مدل نهائی (II)		مدل اولیه (I)		مدل‌ها متغیرهای مستقل
Sig.	نسبت شانس	Sig.	نسبت شانس	
-	-	-	۱	۱۵-۲۴ سال
**	۰/۸۳	**	۰/۸۳	۲۵-۳۴ سال
N.S.	۱/۰۸	N.S.	۱/۰۸	۳۵-۴۹ سال
-	-	-	۱	کمتر از ۳
**	۱/۲۵	**	۱/۲۵	۳-۴
**	۱/۹۶	**	۱/۹۶	بیشتر از ۴
-	-	-	۱	شاغل
-	-	N.S.	۰/۹۸	غیرشاغل
-	-	-	۱	بی سواد
*	۱/۱۷	*	۱/۱۷	ابتدایی
*	۱/۲۰	*	۱/۲۱	راهنمایی
N.S.	۰/۹۷	N.S.	۰/۹۷	متوسطه و دیپلم
*	۰/۶۶	*	۰/۶۵	دانشگاهی
-	-	-	۱	پسر
N.S.	۱/۰۰	N.S.	۱/۰۰	دختر
**	۱/۳۰	**	۱/۳۰	فرقی نمی کند
-	-	-	۱	بلی
**	۰/۷۳	**	۰/۷۳	خیر
-	-	-	۱	شهر
*	۰/۹۲	*	۰/۹۱	روستا

\* P-value<0.005 \*\* P-value <0.001 N.S.= Not Significant

آموزش و افزایش آگاهی زنان در مورد برابری اهمیت فرزند دختر و پسر می‌تواند تا اندازه‌ای از میزان باروری‌های ناخواسته بکاهد.

مطالعات نشان می‌دهد که تمام روش‌های پیشگیری از حاملگی، به خصوص روش‌های سدکننده و سنتی در اکثریت زوجینی که روش‌های مذکور را برای بیش از یک دوره یک ساله استفاده کرده‌اند، منجر به شکست

شده است (۳۶). بنابراین حتی با وجود استفاده بهینه از روش‌های پیشگیری، درصدی از حاملگی‌هایی که در هر سال اتفاق می‌افتد همزمان با استفاده از یک نوع روش پیشگیری می‌باشد (۱۱-۱۰). با توجه به بالا بودن روش‌های سنتی در شهر و نیز بالا بودن میزان استفاده از قرص‌های پیشگیری در نقاط روستائی، برنامه‌ریزی در مورد توسعه کیفی برنامه تنظیم خانواده باید زنانی

"ناخواسته" به عنوان یک سیاست تنظیم خانواده به منظور کنترل رشد جمعیت لحاظ گردد. این سیاست قطعاً تعداد تولدهای پیش رو را در دهه حاضر را کاهش خواهد داد و علاوه بر آن از آثار منفی باروری‌های ناخواسته بر روی سلامت مادران و فرزندان خواهد کاست.

### تشکر و قدردانی

این مقاله در راستای "طرح تحولات باروری در ایران- که توسط دکتر عباسی شوازی و پروفیسور Mc Donald و با حمایت دانشگاه تهران، دانشگاه ملی استرالیا و بنیاد Wellcome Trust انجام شد، نگارش یافته است. نگارندگان از نظرات اصلاحی پروفیسور Peter McDonald، پروفیسور Terry Hull، دکتر اکبر آقاجانیان و دکتر Yohannes Kinfu در مورد نسخه اولیه مقاله و نیز از پیشنهادات اصلاحی داوران و شورای نویسندگان فصلنامه سپاسگزاری می‌نمایند.

را که در شهر برای جلوگیری از حاملگی به یک روش سنتی اعتماد کرده‌اند و زنان روستایی را که از قرص به صورت نادرست استفاده می‌کنند به عنوان گروه هدف قلمداد نماید. علاوه بر آن، Brawn در سال ۲۰۰۱ (۳۶) نشان داد که از میان زنان سیاهپوست سانفرانسیسکو آمریکا که دچار حاملگی ناخواسته شده بودند، ۳۶٪ از وسائل تنظیم خانواده اورژانسی آگاهی داشتند، ۱۹٪ از آنها می‌توانستند قرص‌های مربوطه را نام ببرند، و تنها ۷٪ نحوه استفاده صحیح از این وسائل را می‌دانستند. Brawn پیشنهاد نمود که به منظور پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته باید آموزش‌های لازم برای وسائل تنظیم خانواده اورژانسی به زنان در معرض بارداری داد و آنها را از بی‌خطر بودن این وسائل مطمئن نمود (۳۷).

با توجه به اینکه ایران در حال حاضر با اثرات رشد زیاد جمعیت در سال‌های بعد از انقلاب روبرو است و احتمال افزایش تعداد موالید ناشی از ساخت سنی جوان بعد از انقلاب وجود دارد، باید کاهش حاملگی‌های

## References

- 1- Rashad H. Demographic transition in Arab countries: A new perspective. *Popul Res.*2000; 17:81-101.
- 2- Bulatao R.A. Introduction Rodolfo A. Caslerline B., casterline C. (Editors). *Global Fertility Transition. Popul Develop Rev.*2001; 27;(s):1-16.
- 3- Casterline J. The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century. Rodolfo A., Casterline B., Casterline C (editore) *Global Fertility Transition. Popul Devel Rev.*2001;27:17-52.
- 4- United Nations, Department of Economic and Social Affairs,2000, *Below Replacement Fertility*, New York.
- 5- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. *Completing Fertility Transition.* New York.2002.
- 6- United Nations, Population Division. *The fertility decline in developing countries* Completing the Fertility Transition. New York. 2002;3-32/45-71.
- 7- Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. *Stud Fam Plan.*1997;28 (4):267-277.
- 8- Bongaarts J. Population policy options in the developing world. *Science.*1994;263(5):771-776.
- 9- Weinberger M. B. The relationship between women's education and fertility:selected findings from the World Fertility Surveys.*Int Fam Plan Perspec.*1987;13(2):35-46.
- 10- Okonofua F.E., Odimegwu C., Ajobor H., Daru P.H., Johnson A. Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Stud Fam Plann.* 1999;30(1):67-77.
- 11- Nock S. L. Abortion, Adoption, and Marriage: Alternative resolutions of an unwanted pregnancy (in exchange on the treatment of adoption and abortion in Textbooks). *Fam Relations.* 1994; 43 (3):277-279.

- ۱۲- ملک‌افضلی، ح. برآورد سقط جنین‌های ناشی از حاملگی‌های ناخواسته در ایران. بهداشت خانواده، ۱۳۷۵، شماره ۲، صفحات: ۷-۲.
- 13- Lloyd C. B. Montgomery M. R., The consequences of unintended fertility for investments in children: Conceptual and methodological issues. 1996; Policy Research Division Working Paper No. 89. New York: Population Council.
- 14- Montgomery M. R., Lloyd C. B., Excess Fertility, Unintended Births and Children's Schooling. Policy Research Division Working Paper No. 100. New York: Population Council, 1997.
- ۱۵- بحرانی، م. بررسی میزان‌های باروری ناخواسته و وابسته‌های آن در شهر شیراز. فصلنامه جمعیت، ۱۳۷۷، شماره ۲۵-۲۶ و صفحات ۷۰-۵۹.
- 16- Mensch B., Arends-Kuenning M., Jain A., Garate M. Avoiding unintended pregnancy in Peru: does the quality of family planning services matter?. *Int Fam Plan Persp.* 1997; 23(1): 21-27.
- 17- Okonofua F., Odimegwu C., Ajobor H., Daru P. Johnson A Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Stud Fam Plan.* 1999; 30(1): 67-77.
- 18- Mirzaie M. Swings in fertility limitations in Iran. Working Paper in Demography, No. 72, Canberra: Australian National University. 1998.
- 19- Aghajanian A., Mehryar A., Fertility transition in the Islamic Republic of Iran: 1976-1996. *Asia Pac Popul J.* 1999; 14(1): 21-42.
- 20- Mehryar A., et al. Iranian miracle: How to raise contraceptive prevalence rate to above 70% and cut TFR by two-thirds in less than a decade? Paper presented at the 24<sup>th</sup> IUSSP conference, 2001; 18-24 August, Salvador, Brazil.
- ۲۱- عباسی شوازی، محمد جلال، همگرایی رفتارهای باروری در ایران: میزان، روند و الگوی سنی باروری در استان‌های کشور طی سال‌های ۱۳۵۱ و ۱۳۷۵. نامه علوم اجتماعی ۱۳۸۱، شماره ۱۸: صفحات ۲۳۱-۲۰۱.
- ۲۲- عباسی شوازی، محمد جلال، ارزیابی نتایج فرزندان خود در برآورد باروری با استفاده از داده‌های سرشماری، نامه علوم اجتماعی ۱۳۷۹، شماره ۱۶: صفحات ۱۳۵-۱۰۵.
- 23- Abbasi-Shavazi M.J. Effects of marital fertility and nuptiality on fertility transition in the Islamic Republic of Iran, Working Papers in Demography, No. 84, Canberra: Australian National University, 2000b.
- 24- Abbasi-Shavazi M.J., Attainment of below-replacement fertility in Iran: Fertility levels and trends during 1972-2000, Proceedings of the 3rd Conference of the Population Association of Pakistan on Population and Sustainable Development in Pakistan, Lahore, 19-21 December 2002; pp: 307-317.
- 25- Abbasi-Shavazi M.J. Recent changes and the future of fertility in Iran, Paper presented at the Expert Group Meeting on Completing Fertility Transition, New York, 11-16 March. 2002, pp. 425-439.
- 26- Abbasi-Shavazi M.J., Mehryar A., Jones, G., McDonald P. Revolution, war and modernization: population policy and fertility change in Iran. *J Popul Res.* 2002; 19(1): 25-46.
- ۲۷- حقجو، ن. و ییلاق بیگی، م. بررسی حاملگی‌های ناخواسته بین زنان روستائی در رشت. بهداشت خانواده و ۱۳۷۵، شماره ۴ و صفحات ۴۳-۳۶.
- ۲۸- کمال، س. بررسی شیوع حاملگی‌های ناخواسته در سمنان، بهداشت خانواده. ۱۳۷۶، شماره ۷، صفحات ۱۱-۳.
- ۲۹- پورزکریا، م. علل باروری ناخواسته زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار در جنوب تهران (مطالعه تطبیقی در منطقه فرمانفرمایان و دولتخون). پایان‌نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ۱۳۸۱.
- 30- Paydarfar A. Malekafzali H. Sociodemographic attributes of Iranian wives who reported unwanted pregnancies, Paper presented at the Research Committee on Sociology of Population in the World Congress of Sociology, July 26-August 1, Montreal, Canada, 1998.
- 31- Jain A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority?. *Int Fam Plan Perspec.* 1999; 25(S): 39-49.
- 32- Santelli J., et al. The Measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspec Sex Reprod Health.* 2003; 35(2): pp. 94-101.
- 33- Pulley L., Klerman L., Tang H., Baker B. A. The extent of pregnancy mistiming and its

association with maternal characteristics and behaviors and pregnancy outcomes. *Perspec Sex Reprod Health*.2002;34(4):pp.206-211.

34- Lucas D., Meyer P. The background to fertility. In *Beginning Population Studies*. Lucas. D. Meyer P (Editors). National Centre for Development Studies, The Australian National University, Canberra:1994;56-68.

۳۵- دزفولی منش، م.، رضائی، م. بررسی شیوع و

تعیین کننده‌های حاملگی ناخواسته در استفاده از وسائل

تنظیم خانواده. بهداشت خانواده، ۱۳۷۷، شماره ۱۲، صفحات ۲۴-۱۲.

36- Brown B. Many women at high risk of unintended pregnancy are unaware of emergency contraception or how to use it. *Fam Plan Perspec*.2001;33(1):42-43.

37- Abbasi-Shavazi, M.J. et al. Unintended Pregnancies in the Islamic Republic of Iran: Levels and Correlates, *Asia-Pacific Population Journal*, 2004:19(1),pp.27-38.