

## تحقیقی

### مقایسه سلامت زنان با بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان

دکتر معصومه سیمبر<sup>۱\*</sup>، مهین خواجه پور<sup>۲</sup>، شراره جانناری<sup>۳</sup>، دکتر حمید علوی مجد<sup>۴</sup>

۱- دانشیار بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی. ۲- عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی. ۳- عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی. ۴- دانشیار آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی.

#### چکیده

زمینه و هدف: حاملگی ناخواسته می‌تواند اثر سوء بر سلامت مادر و کاهش مراقبت‌های بارداری (مصرف مکمل‌ها و تغذیه) و افزایش رفتارهای پرخطر را به همراه داشته باشد. این مطالعه به منظور مقایسه سلامت زنان با بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مورد شاهدهی روی ۲۰۰ زن باردار (۱۰۰ زن با بارداری خواسته و ۱۰۰ زن با بارداری ناخواسته) مراجعه کننده به ۳۸ مرکز بهداشتی درمانی شهر کرمان طی سه ماه خرداد، تیر و مرداد ماه سال ۱۳۸۹ انجام شد. روش نمونه‌گیری از نوع چندمرحله‌ای تصادفی بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک، فرم کوتاه شده بررسی وضعیت سلامت ۳۶ (SF36) و پرسشنامه پژوهشگر ساخته سلامت جسمی دوران بارداری بود که اعتبار و پایایی آن سنجیده شده بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آمار SPSS-16 و آزمون‌های کای اسکوئر، تی و من‌ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: زنان با بارداری ناخواسته سلامت روانی، جسمی و میزان مراقبت کمتری نسبت به زنان با بارداری خواسته داشتند ( $P < 0/05$ ). میزان مشکلات دوران بارداری و استفاده از مکمل‌ها و واکسیناسیون بارداری و همچنین نمره بهداشت تغذیه، بهداشت فردی، بهداشت لباس در زنان با بارداری ناخواسته کمتر و رفتارهای پرخطر دوران بارداری، بیشتر از زنان با بارداری خواسته بود ( $P < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که میزان سلامت زنان با بارداری خواسته بیشتر از زنان با بارداری ناخواسته بود. با توجه به احتمال کمتر شدن میزان مراقبت و افزایش رفتارهای پرخطر در این زنان توصیه می‌شود که مشاوره، آموزش و مراقبت‌های ویژه‌ای در دوران بارداری برای این افراد در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: بارداری ناخواسته، سلامت، بارداری خواسته، کرمان

\* نویسنده مسؤول: دکتر معصومه سیمبر، پست الکترونیکی [msimbar@yahoo.com](mailto:msimbar@yahoo.com)

نشانی: تهران، تقاطع ولیعصر و اتوبان نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی  
طبقه سوم، معاونت پژوهشی، تلفن و نمابر ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۶  
وصول مقاله: ۸۹/۱۲/۲۶، اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۸، پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۵

## مقدمه

بارداری بدون برنامه شامل بارداری نابهنگام و بارداری ناخواسته می‌باشد. به بارداری‌هایی که زودتر از زمان مورد تمایل فرد رخ داده باشد؛ بارداری نابهنگام و به بارداری‌هایی که فرد اساساً تصمیمی برای بچه‌دار شدن در آینده نداشته باشد؛ بارداری ناخواسته گفته می‌شود (۱). در کشور آمریکا حدود ۴۹ درصد از بارداری‌ها ناخواسته تلقی می‌شوند. از ۱/۳ میلیون بارداری ناخواسته ۴۴ درصد به تولد نوزاد و ۴۲ درصد به سقط و ۱۴ درصد به مرده‌زایی می‌انجامد (۲). در ایران آمارهای متفاوتی ذکر می‌شود. به طوری که در ۱۰ شهر ایران ۳۴/۹۶ درصد (۳) و در جنوب تهران ۳۱ درصد از تولدها حاصل بارداری ناخواسته گزارش شده‌اند (۴). در بارداری ناخواسته دلایلی مانند عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، استفاده غیر صحیح از این روش‌ها، قطع بی‌موقع روش‌های پیشگیری و اعتقادات غلط در مورد روش‌های پیشگیری و علل بسیار دیگری برای توجیه نرخ بالای بارداری ناخواسته مطرح شده است (۵-۸).

مادران با بارداری ناخواسته در طول بارداری به علت نوع بارداری‌شان با عوامل خطر زیادی مواجه هستند. تاخیر، کاهش و یا عدم مراجعه به منظور دریافت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری (مصرف اسید فولیک و قرص آهن، تشخیص و درمان سل و مالاریا، واکسن کزاز، تشخیص و مراقبت از اکلامپسی و غربالگری و درمان سیفلیس)، افزایش خشونت‌های فیزیکی و جنسی علیه آنها، ابتلاء به فشارهای فیزیکی و روانی مانند افسردگی (افسردگی طی بارداری و افسردگی پس از زایمان)، میل به خودکشی، مصرف داروهای مختلف برای سقط، عدم توجه نسبت به پیشگیری یا درمان صحیح بیماری‌های زمان بارداری، اضطراب طی بارداری و حمایت اجتماعی کم از جمله این عوامل خطر هستند که در نهایت باعث افزایش میزان مرگ مادری می‌شود (۹-۱۸). از طرفی بارداری ناخواسته باعث افزایش احتمال کم وزن شدن نوزاد و بستری شدن نوزاد بعد از تولد می‌شود و کودکان نتیجه بارداری ناخواسته با احتمال بیشتری دچار تأخیر تکاملی می‌شوند. همچنین احتمال رفتارهای مشکل‌دار و استفاده از مواد مخدر در این کودکان افزایش می‌یابد (۱۴ و ۱۹-۲۱).

با توجه به این که مراقبت‌ها و رفتارهای دوران بارداری با سلامت جسمی ارتباط دارد و نظر به کمبود پژوهش در کشور و آمار بالای بارداری ناخواسته، عوارض و اثر آن بر سلامت زنان؛ این مطالعه به منظور مقایسه سلامت زنان با بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

## روش بررسی

این مطالعه مورد شاهدی روی ۲۰۰ زن باردار (۱۰۰ زن با بارداری خواسته و ۱۰۰ زن با بارداری ناخواسته) مراجعه کننده به ۳۸ مرکز بهداشتی درمانی شهر کرمان طی سه ماه خرداد، تیر و مرداد ماه سال ۱۳۸۹ انجام شد. این مطالعه توسط کمیته اخلاق پزشکی و شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی تایید گردید.

منظور از ناخواسته بودن بارداری، ناخواسته بودن از نظر زن بود. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. مراکز به روش تصادفی ساده با شماره‌های فرد انتخاب شدند. از هر مرکز بهداشتی درمانی، زنانی که دارای مشخصات واحدهای پژوهش بودند؛ انتخاب شدند. در صورت تمایل به شرکت در پژوهش پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی از آنها پرسیده شد «اگر به زمان قبل از بارداری برگردید درباره باردار شدن چگونه فکر می‌کنید؟» در صورت پاسخ «نمی‌خواستم باردار شوم»؛ در گروه بارداری ناخواسته و در غیراینصورت در گروه بارداری خواسته قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی بودن، بارداری تک‌قلو داشتن، سن بارداری ۴۲-۱۰ هفته (براساس اولین روز آخرین قاعدگی قابل اعتماد یا سونوگرافی سه ماهه اول) بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش سه پرسشنامه شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مامایی، پرسشنامه پژوهشگر ساخته سلامت جسمی دوران بارداری و پرسشنامه سلامت فرم کوتاه ۳۶ (Short Form Health Survey: 36SF) بود.

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل ۱۳ سؤال دموگرافیک و ۱۲ سؤال تاریخچه مامایی بود. پرسشنامه سلامت جسمی دوران بارداری با توجه به پژوهش‌های انجام شده و مرور متون ساخته شد که شامل ۱۰ سؤال در خصوص

همسر، تعداد بارداری و تعداد فرزندان زنده تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ) (جدول یک). همچنین بین وضعیت تحصیلات زن و شوهر، شغل زن و شوهر، مالکیت واحد مسکونی و جنسیت فرزندان رابطه آماری معنی داری یافت نشد.

میانگین نمره ابعاد سلامت جسمی و نمره کل سلامت جسمی (۴۸/۹۴) در گروه بارداری ناخواسته به طور معنی داری کمتر از گروه بارداری خواسته (۶۲/۴۸) بود ( $P < 0/001$ ). میانگین نمره ابعاد سلامت روانی و نمره کل سلامت روانی در گروه بارداری ناخواسته به طور معنی داری (۴۸/۶۶) کمتر از گروه بارداری ناخواسته (۶۲/۱۰) بود ( $P < 0/001$ ) (جدول ۲). از نظر سن بارداری مقایسه نمره سلامت جسمی و روانی بین دو گروه کمتر و مساوی ۲۸ هفته و ۲۹-۴۲ هفته نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود ندارد.

پس از بررسی اثر خواسته بودن بارداری از طرف همسر در زنان با بارداری ناخواسته؛ مشخص شد که تنها نمره سلامت جسمی در زنانی که بارداری از نظر همسرشان ناخواسته (۴۷/۲۳) بود؛ از گروه زنانی که بارداری از نظر همسرشان خواسته (۵۸/۸۹) بود؛ به طور معنی داری کمتر است ( $P < 0/01$ ).

در هر دو گروه بارداری خواسته (۶۲ درصد) و بارداری ناخواسته (۵۴ درصد) اکثریت افراد به مرکز بهداشتی درمانی و مطب مراجعه کرده بودند و زنان با بارداری ناخواسته (۵/۹۴) (دفعه) تعداد مراقبت کمتری نسبت به زنان با بارداری خواسته (۷/۱۴) دریافت نموده بودند ( $P = 0/01$ ).

بین دو گروه مورد بررسی از نظر عوارض طی بارداری، اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد.

مراقبت‌های دوران بارداری، رفتارهای خود مراقبتی (در مورد تغذیه، بهداشت فردی، رفتارهای پرخطر شامل استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر) عوارض و مشکلات بارداری بود. دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی، عوارض طی (نظیر قلبی، کلیوی، ریوی، پرفشاری خون، دیابت و سرطان) و عوارض جراحی از افراد پرسیده شد.

برای نمره گذاری به پاسخ‌های بله نمره یک و به پاسخ‌های خیر نمره صفر داده شد و سپس نمره هر بخش به صورت درصد محاسبه شد.

با توجه به این که ممکن است سن بارداری بر نمره سلامت اثر داشته باشد؛ سن بارداری افراد به دو گروه کمتر و مساوی ۲۸ هفته و ۲۹-۴۲ هفته تقسیم شدند.

پرسشنامه سلامت فرم کوتاه ۳۶، دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۲).

پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه تکمیل شد. برای تعیین روایی این پرسشنامه‌ها از روش بررسی اعتبار محتوا و صوری استفاده شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش بررسی آزمون مجدد استفاده شد. به طوری که پرسشنامه سلامت با  $T = 0/91$  و پرسشنامه سلامت جسمی دوران بارداری با  $T = 0/95$  تایید شد.

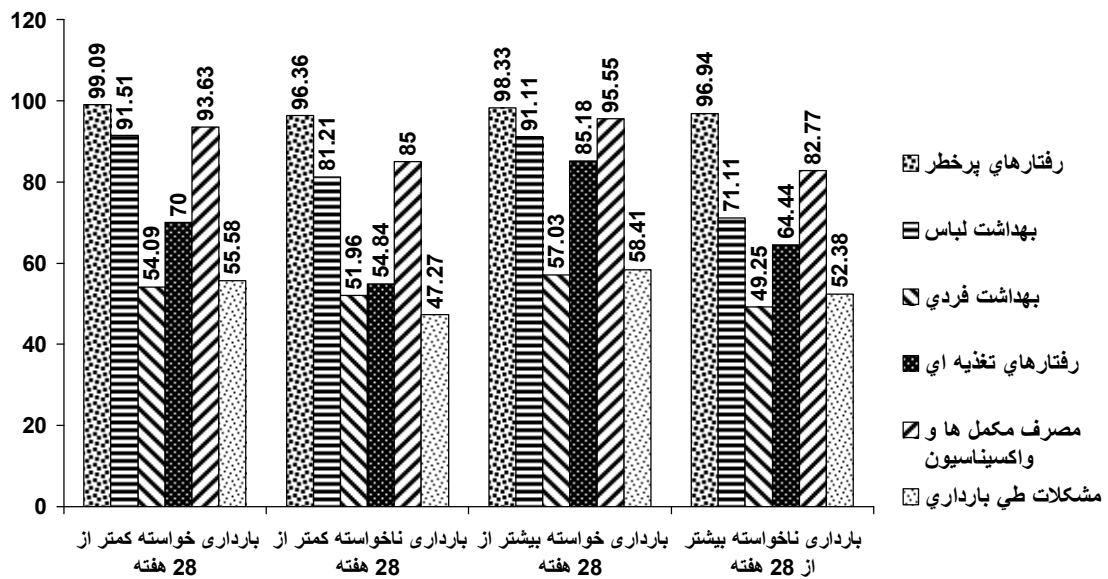
داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون‌های کای اسکوتر، t-test و من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری مقادیر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

بین دو گروه بارداری ناخواسته و خواسته، از نظر سن

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و مامایی گروه‌های بارداری خواسته و ناخواسته  
مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹

p-value	بارداری ناخواسته	بارداری خواسته		
۰/۰۹	۲۹/۱	۲۷/۷	سن زن	
<۰/۰۰۱	۳۳/۴	۳۰/۶	سن همسر	
<۰/۰۰۱	۳/۱	۲/۱	تعداد بارداری	میانگین
۰/۷۴	۲۷/۲	۲۶/۸	سن بارداری (هفته)	
	۷۰	۵۴	۰-۱	
۰/۰۱	۱۲	۳	۳-۲	تعداد فرزندان زنده
	۸	۱	بیش از ۴	



نمودار ۱: میانگین نمره رفتارهای پرخطر، بهداشت لباس، بهداشت فردی، رفتارهای تغذیه‌ای، مصرف مکمل‌ها و واکسیناسیون و مشکلات طی بارداری براساس سن حاملگی در گروه‌های بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹

جدول ۲: میانگین نمره ابعاد سلامت جسمی و روانی در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹

p-value	میانگین نمره ابعاد سلامت جسمی			
	بارداری ناخواسته	بارداری خواسته		
<۰/۰۰۱	۵۱/۶۰	۶۴/۶	عملکرد جسمانی	سلامت جسمانی
<۰/۰۰۱	۴۰/۷۵	۵۷	کارکرد نقش جسمانی	
۰/۰۰۴	۵۶/۲	۶۶/۷	درد بدن	
<۰/۰۰۱	۴۷/۲۰	۶۱/۶۰	سلامت عمومی	
<۰/۰۰۱	۴۸/۹۴	۶۲/۴۸	سلامت جسمی	
<۰/۰۰۱	۴۵/۱	۵۱/۷	سرزندگی	سلامت روانی
<۰/۰۰۱	۶۸/۸۸	۸۸/۱۲	عملکرد اجتماعی	
<۰/۰۰۱	۲۹/۳۳	۴۶/۶۷	کارکرد نقش-هیجانی	
<۰/۰۰۱	۵۱/۳۲	۶۱/۹۲	سلامت روانی	
<۰/۰۰۱	۴۸/۶۶	۶۲/۱	سلامت روان	

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان با بارداری ناخواسته نسبت به زنان با بارداری خواسته به‌طور معنی‌داری از سلامت جسمی کمتری برخوردار می‌باشند.

در مطالعه عباس‌زاده و همکاران با استفاده از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ برای بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار؛ رابطه معنی‌داری بین ابعاد سلامت جسمی و ناخواسته بودن بارداری یافت نشد (۲۳). احتمالاً علت تفاوت نتایج این تحقیق با مطالعه حاضر، در تعداد کم نمونه با بارداری ناخواسته و تفاوت در روش پژوهش می‌باشد.

از نظر سن بارداری در گروه کمتر از ۲۸ هفته بین دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته از نظر مصرف مکمل‌ها و واکسیناسیون، رفتارهای تغذیه‌ای، بهداشت لباس در زنان با بارداری ناخواسته به‌طور معنی‌داری کمتر و رفتارهای پرخطر در این زنان بیشتر از گروه زنان با بارداری خواسته بود ( $P < 0/05$ ) (نمودار یک). همچنین در گروه با سن بارداری ۲۹-۴۲ هفته، مصرف مکمل‌ها و واکسیناسیون، رفتارهای تغذیه‌ای و بهداشت فردی و بهداشت لباس در زنان با بارداری ناخواسته به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان با بارداری خواسته بود ( $P < 0/05$ ) (نمودار یک).

با بارداری ناخواسته تعداد بارداری بیشتری را تجربه می‌کنند؛ علت مراجعه کمتر می‌تواند به واسطه اطلاعات قبلی این افراد نسبت به بارداری باشد.

در مطالعه ما عوارض طبی و جراحی در بارداری گروه بارداری ناخواسته با گروه بارداری خواسته تفاوتی نداشت. در حالی که در مطالعات دیگر عوارض دوران بارداری مانند اکلامپسی و دیابت بارداری و فشارخون دوران بارداری و عفونت ادراری در این دوران، تب شدید، تشنج، آنمی و عفونت دستگاه تناسلی در زنان با بارداری ناخواسته بیشتر بوده است (۱۱ و ۳۷ و ۳۸). به نظر می‌رسد فراوانی و نوع عوارض بررسی شده در این مطالعه با مطالعات دیگر متفاوت باشد.

مصرف کمتر مکمل‌ها و تزریق واکسن در زنان با بارداری ناخواسته در مطالعه حاضر و سایر مطالعات (۱۳ و ۳۹) مشاهده شده است و فقط در یک مطالعه تفاوتی در دو گروه از نظر برخی از رفتارهای خود مراقبتی دیده نشد (۳۴). به نظر می‌رسد که زنان با بارداری ناخواسته انگیزه‌ای برای مراقبت از خود در دوران بارداری ندارند.

در مطالعه ما نمره رفتارهای تغذیه‌ای در زنان با بارداری ناخواسته کمتر از گروه با بارداری خواسته بود. Arslan Ozkan و همکاران نیز میزان وزن‌گیری و تغذیه ناکافی دوران بارداری را در این زنان گزارش کردند (۱۳).

در مطالعه حاضر نمره رفتارهای بهداشت فردی و لباس در سه ماهه سوم در زنان با بارداری ناخواسته کمتر از گروه بارداری خواسته بود. در مطالعه‌ای در ترکیه نیز تفاوت معنی‌داری از نظر رفتارهای بهداشتی در دوران بارداری بین دو گروه مشاهده شد (۱۱). به نظر می‌رسد زنان با بارداری ناخواسته انگیزه کمتری برای توجه به بهداشت خود دارند.

در مطالعه ما رفتارهای پرخطر در زنان با بارداری ناخواسته بیشتر از بارداری خواسته بود. مطالعات دیگر نیز رفتارهای پرخطر را در زنان با بارداری ناخواسته بیشتر گزارش کرده‌اند (۱۰ و ۱۲ و ۳۹ و ۴۰).

از محدودیت این مطالعه، مشخص نبودن تقدم و تاخر وضعیت سلامت و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری بود.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که میزان سلامت زنان با بارداری

در مطالعه حاضر سلامت روانی زنان با بارداری ناخواسته نسبت به بارداری خواسته به‌طور معنی‌داری کمتر بود. عباس‌زاده و همکاران نیز نشان دادند که ابعاد کارکرد نقش هیجانی و سلامت روان در زنان با بارداری ناخواسته به‌طور معنی‌داری کمتر است (۲۳). مطالعات دیگر نیز نشان دادند که زنان با بارداری ناخواسته در بارداری‌شان به‌طور معنی‌داری از سلامت روان کمتری بر خوردارند (۲۴ و ۲۵). در مطالعه Ishida و همکاران زنان با بارداری ناخواسته نسبت به زنان با بارداری خواسته، میزان اختلالات عمومی روانی و تمایل به خودکشی بیشتری داشتند (۹). افسردگی و اضطراب بیشتری بارداری و پس از زایمان در زنان با بارداری ناخواسته نیز گزارش شده است (۱۱ و ۳۱-۲۵). همه مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روان زنان با بارداری ناخواسته با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد؛ اما این مطالعات اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را بررسی کرده‌اند و در مطالعه حاضر سلامت روان به‌طور کلی مدنظر بود.

در مطالعه ما زنان با بارداری ناخواسته دارای نمره سلامت کلی کمتری نسبت به زنان با بارداری خواسته بودند. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۲۳) زنان با بارداری ناخواسته ۲/۰۵ برابر شانس بیشتری برای زندگی با کیفیت زندگی کمتر داشتند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. میانگین نمره سلامت در مطالعه حاضر ۵۵/۵۴ درصد (در گروه خواسته ۶۲/۲۸ و در گروه ناخواسته ۴۹ درصد) به‌دست آمد که در مطالعه عباس‌زاده و همکاران در زنان باردار ۶۱/۲۳ درصد تعیین شده بود (۲۳). این تفاوت می‌تواند به علت تفاوت در روش مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر نمره سلامت جسمی زنان با بارداری ناخواسته از طرف همسر کمتر از زنان با بارداری خواسته از جانب همسر بود. مطالعه‌ای در رابطه با سلامت مادر و کودک نشان‌دهنده اثر شگرف پدر و تصمیم در مورد بارداری بر سلامت مادر و کودک بود (۳۲).

نتایج مطالعه ما نشان داد که زنان با بارداری ناخواسته به‌منظور دریافت مراقبت دوران بارداری کمتر مراجعه می‌کنند. این یافته با مطالعات صورت گرفته در ایران (۳۶-۳۳) و سایر کشورها (۱۰ و ۱۶) نیز تأیید شده است. با توجه به این که زنان

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته مامایی خانم مهین خواجه‌پور بود. بدین وسیله از جناب آقای دکتر جمال شمس که در این مطالعه ما را یاری نمودند؛ کمال تشکر خود را ابراز می‌داریم.

خواسته بیشتر از زنان با بارداری ناخواسته بود. با توجه به احتمال کمتر شدن میزان مراقبت و افزایش رفتارهای پرخطر در این زنان توصیه می‌شود که مشاوره، آموزش و مراقبت‌های ویژه‌ای در دوران بارداری برای این افراد در نظر گرفته شود.

## References

1. Chauke L. Unwanted pregnancy- a review of contraception. *Professional Nursing Today*. 2007; 11(1):10-14.
2. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual Reproductive Health*. 2006;38(2):90-6.
3. Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi M. [The prevalence of unwanted pregnancy and its effective factors in 10 cities Iran, 2000]. *Tehran Univ Med J*. 2002;60(4): 334-40. [Article in Persian]
4. Khosheh-Mehr IG, Abraham-Taheri G, Hatami Z, Saffari M. [Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in women referring to health centers in south of Tehran]. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2008; 59 (16): 28-32. [Article in Persian]
5. Sanaie Nasab H, Rashidi Jahan H, Tavakoli R, Tavakoli HR, Amin Shokravi F. [Correlates of Unwanted Pregnancy among Pregnant Women attending Medical and Health Centers in Semnan, Iran]. *Hayat, J Nurs Midwifery Tehran Univ Med Sci*. 2009;15(2): 81-6. [Article in Persian]
6. Golmohamadloo S, Broomand F, Asadi Afshar M. [Causes of Unintended Pregnancy in Urmia Kosar Hospital, 1999]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2006;5(4): 357-61. [Article in Persian]
7. Shahbazi A, Ghorbani R, Akbari far M. [A survey on the prevalence of unwanted pregnancy and some related factors in pregnant women who referred to the medical laboratories in Semnan]. *Koomesh, J Semnan Univ Med Sci*. 2005;7(3-4): 133-37. [Article in Persian]
8. Haghghi L, Zand Fani N. [Unintended pregnancies in referred woman to Iran University affiliated hospitals during 1998-99]. *J Iran Univ Med Sci*. 2002;9(28): 33-8. [Article in Persian]
9. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Sep;110(3):235-40.
10. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009 Mar;79(3):194-8.
11. Karaçam Z, Onel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*. 2011 Apr;27(2):288-93.
12. Orr ST, James SA, Reiter JP. Unintended pregnancy and prenatal behaviors among urban, black women in Baltimore, Maryland: the Baltimore preterm birth study. *Ann Epidemiol*. 2008 Jul; 18(7):545-51.
13. Arslan Ozkan I, Mete S. Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*. 2010 Jun; 26(3):338-47.
14. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann*. 2008 Mar;39(1):18-38.
15. Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008 Aug; 45(8):1185-91.
16. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):104-8.
17. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):109-15.
18. Eggleston E. Unintended pregnancy and women's use of prenatal care in Ecuador. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1011-8.
19. 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 Jan;185(1-2):200-4.
20. Keeton K, Hayward RA. Pregnancy intention and birth outcomes: does the relationship differ by age or race? *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 May;16(4):510-6.
21. Hinds MW, Bergeisen GH, Allen DT. Neonatal outcome in planned v unplanned out-of-hospital births in Kentucky. *JAMA*. 1985 Mar; 253(11):1578-82.
22. Ware JE. SF-36® Health Survey Update. A community for measuring health outcomes using SF Tools. Jun 19 2007. Available at: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>
23. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran A. [Quality of life in pregnant women]. *Payesh Health Monit*. 2010;9(1): 69-75. [Article in Persian]
24. Grusso P, Quattraro RM, Nasta MT. Profile of Mood States and parental attitudes in motherhood: comparing women with planned and unplanned pregnancies. *Birth*. 2005 Jun;32(2):107-14.
25. Najman JM, Morrison J, Williams GM, Andersen MJ, Keeping JD. The Mental Health of Women 6 Months After They Give Birth to an Unwanted Baby: A Longitudinal Study. *Soc Sci Med*. 1991;

32(3):241-7.

26. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *East Mediterr Health J*. 2005 Jul;11(4):618-24.

27. Leathers SJ, Kelley MA. Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *Am J Orthopsychiatry*. 2000 Oct;70(4):523-31.

28. Zangeneh M, Shams Alizadeh N, Kaamrvamanesh M, Rezaie M, Pormehr S. [Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2009;14(2): 65-71. [Article in Persian]

29. Sehhatie shafaei F, Ranjbar koochaksariie F, Ghojzadeh M, Mohamadrezaei Zh. [Study of Relationship between Some Predisposing Factors and Postpartum Depression]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008;8(1):54-61. [Article in Persian]

30. Narimani M, Nakhostine Ruhi P, Yosefi M. [Postpartum Depression: Prevalence and Associated Factors]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2004;3(12): 53-8. [Article in Persian]

31. Hosseini Shahidi L, Moghimian M, Tavakkoli Zadeh J. [The comparison of depression in wanted and unwanted pregnancies]. *Ofogh-e-danesh*. 2002;8(2): 90-5. [Article in Persian]

32. World Health Organization. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. 2010. WHO/MPS/09.04

33. Mohammad beygi A, Mohammad Salehi N, Bayati A. [Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak 2007]. *Koomesh*. 2009;10(3): 201-6. [Article in Persian]

34. Bahri N, Bahri N. [The effects of unwanted pregnancy on the quality of prenatal care]. *Ofogh-e-danesh*. 2002;8(2): 80-75. [Article in Persian]

35. Fekrat M, Kashanian M, Saberi Z. [Evaluation of the effective factors in irregular prenatal care]. *J Iran Univ Med Sci*. 2004;11(4): 605-10. [Article in Persian]

36. Mojahed Sh, Parsay S, Dafei M. [Barriers associated with receiving prenatal care]. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 1999;7(1): 45-50. [Article in Persian]

37. Giacaman R, Abu-Rmeileh NM, Mataria A, Wick L. Palestinian women's pregnancy intentions: analysis and critique of the Demographic and Health Survey 2004. *Health Policy*. 2008 Jan; 85(1):83-93.

38. Abdollahi F, Mohammadpour RA. [Evaluation of adverse outcomes of unwanted pregnancy on the women referring to Mazandran Medical University hospitals, 1999-2000]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2004;14(44): 87-93. [Article in Persian]

39. Dott M, Rasmussen SA, Hogue CJ, Reefhuis J; National Birth Defects Prevention Study. Association between pregnancy intention and reproductive-health related behaviors before and after pregnancy recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2002. *Matern Child Health J*. 2010 May;14(3):373-81.

40. Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. *Womens Health Issues*. 2009 Sep-Oct;19(5):306-12.

## Original Paper

# Comparing the health status of women with wanted and unwanted pregnancy

Simbar M (MD)\*<sup>1</sup>, Khajehpoor M (MSc)<sup>2</sup>, Jannesari Sh (MSc)<sup>3</sup>, Alavi Majd H (PhD)<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Department of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <sup>2</sup>Academic Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. <sup>3</sup>Academic Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <sup>4</sup>Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Unwanted pregnancy can have negative impacts on maternal health. The aim of this study was to compare the health status of women with wanted and unwanted pregnancies in Kerman, Iran.

**Materials and Methods:** This case – control was performed on women with wanted (100 cases) and unwanted pregnancies (100 cases) whom referred to health centers in Kerman, Iran during 2010. The tool for data collection included a demographic questionnaire, short form 36 health survey (SF36) and a researcher-made pregnancy's physical health. Validity and reliability of the questionnaires were assessed initially prior to study procedure. Data was analyzed by using SPSS-16, Chi-Square, T Student and Mann-Whitney tests.

**Results:** Women with unwanted pregnancies had lower scores for physical and mental health, vaccination and supplement consumption, prenatal care and personal health than women with wanted pregnancies ( $P<0.05$ ). Women with unwanted pregnancies had more complications and high risk behavior compared to unwanted pregnancies ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** This study indicated that unwanted pregnancies are accompanied with physical and mental health. Thus, special counseling and extra care measures is recommended during unwanted pregnancies. Pregnancy

**Keywords:** Health, Unwanted Pregnancy, Prenatal care, Mental Health, Physical health

---

\* **Corresponding Author:** Simbar M (MD), E-mail: msimbar@yahoo.com

Received 17 March 2011      Revised 30 October 2011      Accepted 6 November 2011