

میزان و علل حاملگی‌های ناخواسته در ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر زنجان طی سال ۱۳۷۹

دکتر سید علینقی کاظمی *، دکتر علی کوشا*، دکتر پروین تدین **، دکتر نورالدین موسوی نسب ***

خلاصه:

سابقه و هدف: حاملگی‌های ناخواسته یکی از علل بزرگ افزایش جمعیت کنونی جهان است و این پدیده اثرات بسیار بدی بر روی مادر، خانواده و اجتماع دارد. شیوع حاملگی‌های ناخواسته در کشورهای مختلف متفاوت است. از آنجایی که میزان حاملگی‌های ناخواسته بعنوان یک شاخص سلامتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بنابراین، پژوهش کنونی با هدف تعیین میزان شیوع و علل حاملگی‌های ناخواسته در شهر زنجان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: به منظور انجام این پژوهش توصیفی (مقطعی) ۵۰۰ مادر حامله در ۲ بیمارستان زنان و زایمان شهر از طریق سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. پرسش نامه مبتنی بر هدف تهیه و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد. میزان حاملگی ناخواسته بر اساس حاملگی در حین استفاده از روشهای پیش‌گیری از بارداری (حاملگی ناخواسته حقیقی) و حاملگی بدون استفاده از روشهای پیش‌گیری از بارداری (حاملگی ناخواسته کاذب) تعیین گردید و ارتباط برخی از متغیرها نظیر سن، سواد، سن ازدواج، مدت ازدواج، تعداد فرزندان و محل سکونت و... با بارداری ناخواسته از طریق آزمونهای آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: شیوع حاملگی ناخواسته ۲۸ درصد است که ۴۰/۳ درصد آن حاملگی ناخواسته حقیقی و ۵۹/۷ درصد حاملگی ناخواسته کاذب بود. هر چه سن ازدواج پایین‌تر باشد، میزان حاملگی ناخواسته زیادتر است. هر چه سن مادر بالاتر می‌رود، ناخواسته بودن افزایش می‌یابد. شانس حاملگی ناخواسته در خانواده‌هایی که فرزند بیشتر دارند بیشتر است. در صورت داشتن حاملگی ناخواسته قبلی، شانس حاملگی ناخواسته بیشتر می‌گردد. بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در مادران بیسواد دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: نقش عدم استفاده از راههای پیش‌گیری از بارداری در بروز حاملگی ناخواسته، بارزتر از ضریب شکست روشهای پیشگیری از بارداری است. پیشنهاد می‌شود که سن ازدواج برای دختران بیش از ۲۰ سال باشد، استفاده از روشهای ضد بارداری بیشتر تشویق گردیده و نحوه استفاده صحیح از آنها به طور مرتب آموزش داده شود. واژگان کلیدی: حاملگی، حاملگی‌های ناخواسته، روشهای پیش‌گیری از بارداری، زنان باردار

* استادیار گروه کودکان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

** استادیار گروه زنان و زایمان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

*** استادیار گروه آمار حیاتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مقدمه

شکست روشهای ضد بارداری مورد قبول منابع به صورت مصرف رایج و صحیح نشان می‌دهد که این ضریب شکست در انواع روشها بسیار متفاوت است (۱۸، ۱۹) و به نظر می‌رسد که ضریب شکست استفاده‌کنندگان بیشتر از ضریب شکست روشها می‌باشد (۲۰).

از این رو، با توجه به متغیر بودن میزان شیوع و علل بارداری‌های ناخواسته در جوامع مختلف این پژوهش به منظور تعیین شیوع و علل بارداری‌های ناخواسته در سال ۷۹ در شهر زنجان انجام گرفت.

مواد و روشها

این تحقیق به صورت مقطعی طی سال ۱۳۷۹ در شهر زنجان در ۲ بیمارستان زنان و زایمان فعال شهر صورت پذیرفت. بدین منظور، تا تکمیل ۵۰۰ برگ پرسش‌نامه به صورت سرشماری از کلیه زنانی که جهت زایمان مراجعه کرده بودند توسط کارشناسان آموزش دیده پرستاری مصاحبه انجام گردید. پرسش‌نامه تهیه شده به صورت مصاحبه حضوری و تکمیل برعهده پرسشگر بود. حاملگی ناخواسته از طریق پرسشنامه و براساس حاملگی در حین استفاده از روشهای بارداری (حاملگی ناخواسته حقیقی) و حاملگی بدون استفاده از روشهای پیش‌گیری از بارداری (حاملگی ناخواسته کاذب) تعیین گردید و ارتباط متغیرهایی نظیر سن، میزان سواد، سن ازدواج، مدت زمان ازدواج، تعداد فرزندان، تعداد خانواده، حاملگی ناخواسته قبلی، تمایل و یا عدم تمایل به بارداری، محل سکونت و استفاده از روشهای ضد بارداری با بارداری ناخواسته مورد بررسی قرار گرفت و نتایج با استفاده از آزمون χ^2 استخراج گردید.

یافته‌ها

تحقیق روی ۵۰۰ زن پس از زایمان در بیمارستان انجام گرفت. لازم به ذکر است بدلیل نقص اطلاعات، تعدادی از

حاملگی ناخواسته حامله شدن زن بدون تمایل به حاملگی و عدم داشتن برنامه برای حاملگی است. روند کلی جمعیت جهان روبه افزایش بوده و $\frac{3}{4}$ این افزایش در کشورهای در حال توسعه است (۱).

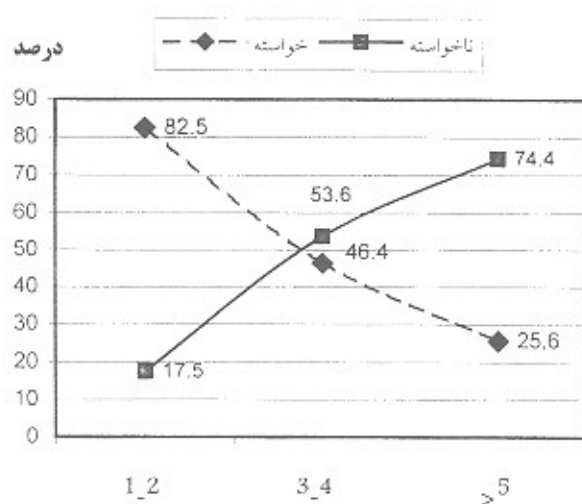
امروزه یکی از دلایل بارز افزایش جمعیت را حاملگی‌های ناخواسته ذکر می‌کنند (۲).

در کشور آمریکا ۶۰ - ۵۰ درصد حاملگی‌ها ناخواسته است (۳، ۴)، ولی شیوع حاملگی‌های ناخواسته در بعضی از کشورها مشخص نیست (۵). در کشور ما سالیانه تقریباً ۵۰۰۰۰۰ مورد حاملگی ناخواسته گزارش می‌شود که از این میان ۸۰۰۰۰ مورد (۱۶ درصد) منجر به سقط جنین می‌شود (۶). حاملگی ناخواسته اثرات بسیار بدی بر روی مادر، خانواده و اجتماع دارد (۷). بر اثر حاملگی‌های ناخواسته، هر سال هزاران مادر با خطرات سقط‌های غیر قانونی و عفونی مواجه می‌شوند (۴، ۸) و سقط‌های غیر قانونی یکی از علل اصلی مرگ و میر مادران است (۸).

از آنجایی که ناخواسته بودن حاملگی یک مشکل جهانی است (۹) عوارض بهداشتی - اجتماعی و اقتصادی وسیعی را به دنبال دارد (۱۰). امروزه میزان حاملگی‌های ناخواسته به عنوان یک شاخص سلامتی جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۱).

علل حاملگی‌های ناخواسته را در ۲ محور می‌توان مطالعه کرد. امروزه شکست روشهای پیش‌گیری از بارداری و عدم استفاده از راههای پیش‌گیری از بارداری دو دلیل عمده شناخته شده می‌باشند (۷، ۱۲) و شکست روشهای پیش‌گیری را دلیل عمده حاملگی ناخواسته ذکر می‌کنند (۱۳، ۱۴)، به گونه‌ای که از ۳/۵ میلیون حاملگی ناخواسته سالیانه آمریکا، ۱/۷ میلیون مورد در اثر شکست راههای پیش‌گیری از بارداری بوده است (۱۵). میزان شکست با انواع راههای پیش‌گیری از بارداری در جوامع مختلف متفاوت است (۱۶، ۱۷). خطر

نمودار (۱) بیانگر آن است که شانس حاملگی ناخواسته در خانواده هایی که فرزند بیشتری دارند بیشتر می باشد به طوری که در خانواده هایی که ۵ فرزند و یا بیشتر دارند، میزان بروز حاملگی ناخواسته به شدت بالا است. در بررسی بعد خانوار مشخص گردید هر چه تعداد خانوار زیادتر باشد، شانس حاملگی ناخواسته افزایش می یابد. این اختلاف از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/000005$).



نمودار ۱ - توزیع ۴۹۹ نفر از زنان دارای زایمان برحسب حاملگی ناخواسته به تفکیک تعداد فرزندان در بیمارستانهای زنان و زایمان شهر زنجان طی ۱۳۷۹

ارتباط بین میزان بروز حاملگی ناخواسته با داشتن و یا نداشتن سابقه حاملگی ناخواسته قبلی در نمودار ۲ آرایه شده است و نشان می دهد که در صورت داشتن حاملگی ناخواسته قبلی شانس بارداری ناخواسته بیشتر شده است ($P < 0/000005$).

در رابطه با داشتن تمایل به بارداری قبل از ازدواج با میزان ناخواسته شدن این بارداری نتایج نشان داد که کسانی که در مرحله بارداری حاملگی ناخواسته دارند ولی تمایل به باردار شدن قبل از ازدواج را داشته اند کمتر بوده و میزان ناخواسته بودن حاملگی در صورت عدم تمایل به بارداری به طور طبیعی بیشتر است.

نمونه ها برحسب نوع اطلاعات در نظر گرفته نشدند. ۲۸ درصد زنان دارای حاملگی ناخواسته بودند. نتایج نشان داد که هر چه سن ازدواج مادران پایین تر باشد شانس حاملگی ناخواسته در وی بالا می رود که این ارتباط ($P < 0/0002$) معنی دار می باشد (جدول ۱).

جدول ۱ - توزیع فراوانی زنان دارای زایمان برحسب وضعیت حاملگی (خواسته و ناخواسته) به تفکیک سن ازدواج در بیمارستانهای زنان و زایمان شهر زنجان طی سال ۱۳۷۹

سن ازدواج (سال)	خواسته	ناخواسته	جمع
کمتر از ۱۵	۳۱ (۴۹/۳)	۳۲ (۵۰/۷)	۶۳
۱۵-۱۹	۱۵۹ (۷۰/۶)	۶۶ (۲۹/۴)	۲۲۵
۲۰-۲۴	۱۲۳ (۸۰/۴)	۳۰ (۱۹/۶)	۱۵۳
۲۵ و بیشتر	۴۴ (۸۱/۵)	۱۰ (۱۸/۵)	۵۴
جمع	۳۵۷ (۷۲/۱)	۱۳۸ (۲۷/۹)	۴۹۵

$P < 0/00022$

توزیع فراوانی حاملگی ناخواسته بر حسب سن مادران در جدول (۲) آرایه شده و نشان می دهد که هر چه سن مادر باردار بالا باشد، میزان حاملگی ناخواسته در وی افزایش می یابد. این ارتباط از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/00006$).

جدول ۲ - توزیع فراوانی حاملگی ناخواسته بر حسب سن مادران در بیمارستانهای زنان و زایمان شهر زنجان طی سال ۱۳۷۹

سن مادران (سال)	خواسته	ناخواسته	جمع
کمتر از ۲۰	۵۰ (۷۸/۱)	۱۴ (۲۱/۹)	۶۴
۲۰ - ۳۰	۲۵۵ (۷۷/۳)	۷۵ (۲۲/۷)	۳۳۰
بیشتر از ۳۰	۵۳ (۵۱)	۵۱ (۴۹)	۱۰۴
جمع	۳۵۸ (۷۱/۹)	۱۴۰ (۲۸/۱)	۴۹۸

$P = 0/0000065$

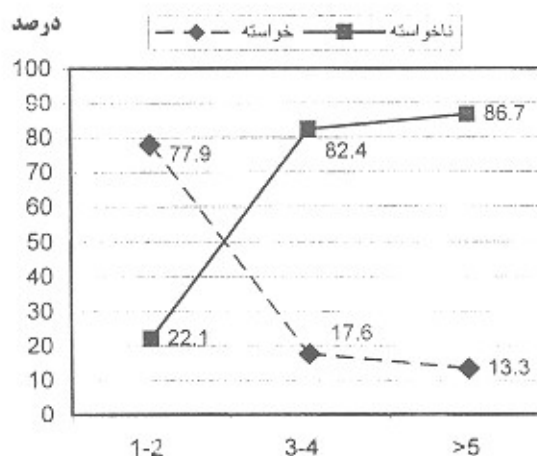
توسط زنان بیان گردیده است و فقط ۶ نفر (۱۶ درصد) از ۳۷ نفر اظهار داشته‌اند که با مصرف صحیح قرص حامله شده‌اند و از مجموع ۵۶ نفر حامله شده با وجود استفاده از وسایل ضد بارداری، ۲۰ نفر (۳۵/۷ درصد) ادعای مصرف صحیح وسایل را داشته‌اند.

بحث

تحقیق نشان داد که میزان حاملگی ناخواسته ۲۸ درصد بوده و این میزان ارتباط معنی داری با سن ازدواج، سن مادر، تعداد فرزندان و حاملگی ناخواسته قبلی داشته است.

حاملگی ناخواسته یک مشکل جهانی است (۹) و عوارض ناخواسته بسیاری را به دنبال دارد (۱۰). علل عمده حاملگی ناخواسته را شکست روشهای پیش‌گیری از حاملگی و یا عدم استفاده از راههای پیش‌گیری از بارداری می‌شناسند (۱۵-۱۲). در بررسی که در شهر و روستاهای قزوین انجام شده، علت عمده حاملگی ناخواسته شکست روشهای پیش‌گیری عنوان شده است (۱۴) و هم چنین از ۳/۵ میلیون حاملگی ناخواسته سالانه آمریکا ۱/۷ میلیون مورد آن در اثر شکست راههای پیش‌گیری از بارداری بوده است (۱۵).

در بررسی ما عدم استفاده از روشهای ضدبارداری بیشتر از شکست روشهای پیش‌گیری از بارداری منجر به حاملگی ناخواسته شده است که با گزارش ملک افضل مطابقت دارد (۲۶). در این پژوهش علل عمده حاملگی ناخواسته عدم استفاده از روشهای ضد بارداری و یا عدم استفاده بهینه از آنها قید شده است، به گونه‌ای که از ۱۳۹ حاملگی ناخواسته تنها ۵۶ زن حامله از روشهای ضد بارداری استفاده می‌کرده‌اند. در این تحقیق میزان حاملگی ناخواسته ۲۸ درصد است که ۴۰/۳ درصد آن با استفاده از روشهای ضد بارداری (حاملگی ناخواسته حقیقی) و ۵۹/۷ درصد دیگر بدون استفاده از روشهای ضد بارداری (حاملگی ناخواسته کاذب) رخ داده است. تعداد فرزند بیشتر، بیشتر بودن تعداد خانوار، بیشتر بودن طول مدت ازدواج، وجود سابقه حاملگی ناخواسته



نمودار ۲ - توزیع ۴۹۸ نفر از زنان دارای زایمان برحسب حاملگی ناخواسته به تفکیک حاملگی ناخواسته قبلی در بیمارستانهای زنان و زایمان شهر زنجان طی سال ۱۳۷۹

مادران مورد مطالعه در این پژوهش چنانچه تمایل به بارداری نداشته باشند شانس حاملگی ناخواسته آنان بالا می‌رود و در صورتی که شوهر به داشتن فرزند تمایل نداشته باشد، شانس بروز حاملگی ناخواسته بسیار بالا است و در نهایت، چنانچه هر دو والدین تمایل به بارداری را از خود نشان ندهند، شانس حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود.

بررسی میزان حاملگی ناخواسته بر حسب میزان تحصیلات مادران نشان می‌دهد که با بالا رفتن سطح سواد میزان حاملگی ناخواسته کم می‌شود و بیشترین حاملگی ناخواسته در مادران بی‌سواد (۵۷ درصد) می‌باشد. این ارتباط از نظر آماری معنی دار است ($P < 0.000005$).

در این پژوهش میزان حاملگی ناخواسته بر حسب محل سکونت متفاوت نیست. بررسی صحت مصرف روشهای پیش‌گیری از بارداری در بارداری ناخواسته نشان می‌دهد که بیشترین وسیله مورد استفاده قرص بوده است (۶۶/۱ درصد) و مهمترین مسأله استفاده از قرص نیز فراموش کردن مصرف آن (۴۹ درصد) و سپس سهل انگاری در مصرف (۳۵ درصد)

کمترین میزان حاملگی ناخواسته وقتی است که سن ازدواج مادر بیش از ۲۰ سال باشد و حاملگی وی نیز در سنین ۳۰ - ۲۰ سال اتفاق افتاده باشد.

با افزایش تعداد فرزندان میزان حاملگی ناخواسته زیاده‌تر می‌شود. از ۳۹ خانم حامله با ۵ فرزند و یا بیشتر ۲۹ مورد حاملگی ناخواسته بوده است در صورتی که با ۲ فرزند و کمتر، از ۳۷۸ مورد حاملگی فقط ۶۶ مورد آن ناخواسته بوده است. اگر خانمی قبلاً دچار حاملگی ناخواسته شده باشد شانس حاملگی ناخواسته بعدی نیز در وی بالا می‌رود. این مسئله می‌تواند بدلیل سهل انگاری بیشتر این مادران و یا ناآگاهی آنها به استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری باشد که عامل ایجاد حاملگی کنونی و قبلی وی شده است. در مادران بی‌سواد از ۷۹ مورد حاملگی، ۴۵ مورد آن ناخواسته بوده و در مادران با سطح سواد بالای دیپلم از ۵۷ مورد فقط ۱۴ مورد آن حاملگی ناخواسته بوده است. در این بررسی محل سکونت مادر در میزان فراوانی حاملگی ناخواسته تأثیر نداشته است و در آنالیز مصرف وسایل ضد بارداری مشاهده می‌شود که قرص بیشترین مصرف را دارد و فراموش کردن و یا سهل انگاری در مصرف، دلیل عمده حاملگی ناخواسته است و با گزارش موجود مبنی بر این که ضریب شکست استفاده کنندگان، بیشتر از ضریب شکست روشها است (۲۰)، هم آهنگی دارد. در اهواز نیز این چنین بوده است (۲۵).

پیشنهادهات

جهت پیش گیری از حاملگی های ناخواسته بهتر است سن ازدواج دختران بیش از ۲۰ سال باشد و مادران در گروه سنی ۳۰ - ۲۰ سال باردار شوند. والدین برنامه ریزی قبلی برای بارداری داشته باشند، سطح سواد مادران بالاتر رود. آموزش همگانی برای استفاده هر چه بیشتر و استفاده بهینه از روشهای ضد بارداری کنونی ترویج یابد.

قبلی، بالا بودن سن بارداری، کم بودن سن موقع ازدواج، عدم استفاده از وسایل ضد بارداری و استفاده نامطلوب از آنها و پایین بودن سطح سواد مادران شانس حاملگی ناخواسته را در مادران بالا برده است، در حالی که در آمریکا اغلب زنانی که نمی‌خواهند حامله شوند از یکی از روشهای پیش گیری از حاملگی استفاده نمی‌نمایند و فقط ۱۵ درصد از هیچ روشی جهت پیش گیری استفاده نمی‌نمایند (۲۱) و می‌گویند روشهای پیش گیری از حاملگی امروزی ایده آل نیستند (۱۵). اگر چه بسیاری از روشهای پیش گیری از حاملگی شناخته شده از نظر تئوری ضریب شکست کمی دارند، در عمل احتمالاً هنوز ضریب شکست آنها بالا است (۲۲)، بدین سان در کشور آمریکا ۶۰-۵۰ درصد حاملگی‌ها ناخواسته است (۳،۴) از این رو، باید روش و یا روشهای پیش گیری دیگری را کشف کرد. امروزه کنتراسپتیو اورژانس و یا کنتراسپتیو بعد از تماس یکی از راههای پیش گیری از حاملگی‌های ناخواسته ذکر می‌شود (۲۱،۲۳،۲۴) به گونه‌ای که ضریب شکست برای این روش‌ها صفر تا ۴/۷ درصد گزارش شده است (۲۴). از آنجایی که در بعضی از کشورها پیش گیری بعد از تماس هنوز راه متداول نیست، جهت کاهش حاملگی‌های ناخواسته یا در واقع پیش گیری از روند افزایش بی‌رویه جمعیت می‌باید راههای مؤثرتری را جستجو کرد.

وقتی سن ازدواج مادران کمتر از ۱۵ سال باشد، شیوع حاملگی ناخواسته در آنها بیشتر از سنین دیگر دیده می‌شود به طوری که از ۶۳ مورد حاملگی در این گروه سنی ۳۲ (۵۰/۷ درصد) مورد آن ناخواسته بوده است. وقتی که میزان حاملگی ناخواسته برحسب سن کنونی مادران بررسی می‌شود، می‌توان دریافت که با افزایش سن مادر باردار، میزان حاملگی ناخواسته بالا می‌رود به عبارت دیگر، از ۱۰۴ مادر باردار بالای ۳۰ سال، ۵۱ مورد (۴۹ درصد) آن ناخواسته بوده است. بیشترین فراوانی حاملگی‌های ناخواسته در این گروه سنی است که با گزارش اهواز مطابقت دارد (۲۵).

تشکر و سپاسگزاری

ولیعصر و همکاران وی که نهایت کوشش خود را در انجام مصاحبه و پر کردن پرسش نامه‌های این تحقیق نموده‌اند، تشکر می‌گردد.

از معاونت محترم آموزشی و کمیته پژوهشی بسیار سپاسگزاری به عمل می‌آید. هم چنین از سرکار خانم فاطمه کریمی سر پرستار بخش مامایی و زایمان بیمارستان

منابع

- ۱ - سوری حمید، لطیفی محمود. بررسی موالید و مطالعه میزان آگاهی زنان در مورد جمعیت و تنظیم خانواده در اهواز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز* ۱۳۷۸؛ صفحات ۲۹ - ۳۵.
- 2 - Ostnanadh R. Conception control in woman's health in: Knenneth DR editor. *Kistner's gynecology and woman's health*. 7 th ed. ST.Louis: Mosby; 1999; 285 -319.
- 3 - Klima CS. Unintended pregnancy: consequences and solution for a worldwide problem. *F Nurse Midwifery* 1998; 43(6):483- 91 .
- 4 - Westhoffe, Rosenfield A. The impact of family planning on women's health. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993; 5(6): 793-7.
- 5 - Chavkin W. Unwanted pregnancy in armenia. *Am J Public Health* 1998; 88 (5):732-3.
- 6 - Peckham S. Presenting unintended teenage pregnancies. *Am J Public Health* 1993; 107 (2):125 - 33.
- 7 - Oddens BJ, Lolkema A. A scenario study of oral contraceptive use in Japan, contraception. *Jul* 1998; 58(1):13 - 9.
- 8 - MalekAfzali H. Evaluation of family Planning programs in the TL of Iran. *J Fam Health* 1996; 1(1):3 - 18.
- 9 - Halie A. Unintended contraception and unwanted fertility in Gondar. *Ethiop East Afr Med J* 1992; 69(7):335 - 9.
- 10 - Konje JC, Obiseansan KA. Health and economic consequences of septic induced abortion. *Int J Gynecol Obstet* 1992; 37(3):1937.
- 11 - Trussell J, Vaughan B, stanford J. Are all contraceptive failures unitended pregnancies? *Fam Plann Perspect* 1999; 31(5): 246-7, 260.
- 12 - Bairagi R, Islam MM, Barua MK. Contraceptive failure: levels, trends and determinants in Matlab, Bangladesh. *J Biosoc Sci* 2000; 32(1): 107-23.
- 13 - Trussell J, vaghan B. Contraceptive failure: method-related discontinuation and resumption of use:results from the 1995 national survey of family growth. *Fam Plann Perspect* 1999; 31(2): 64 - 72,93.
- ۱۴ - آصف زاده سعید، الماسی نوکیانی فریبا. حاملگی ناخواسته در زنان روستائی قزوین. *مجله بهداشت خانواده* ۱۳۷۵؛ سال اول. صفحات ۱۹ - ۳۴.
- 15 - Chiev VM, shrrier LA, Emans SJ, shrrier LY (corrected to shrrier LA). Emergency postcoital contraception [published erratum appears in *pediatr adolesc gynecol*]. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 11(2-3): 61-72.

- 16 - Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 national survey of family growth. *Fam Plann Perspect* 1999; 31(2): 56-63.
- 17 - Cisse CT, Gomez Cisse-C, Kerby K, Faye EO, Diadhiou F. Pregnancy after tubal sterilization: experience at the university hospital center of Dakar. *Contracept Fertil Sex* 1998; 26(3): 229-33 .
- 18 - Stubble field PG. Family planning in: Berek js, Adashiey, Hillaked PA, editors. *Novak's gynecology leds*. 12th ed. Williams & Willkins; 1996: 2321.
- 19 - Ches RA, Strath men I. Contraception and sterilization. in: Seth JR, Disaia PJ, Ham mod CR, spellacy WN, editors. *Danforthes Obstetrics Gynecology Leds*. 8th ed. Williams & Willkins; 1999: 553- 563.
- 20 - Obwaka W, Rum in Jo JK, Ndavi PN. Sekadde-Kigondue correlates of contraceptive failure among clients attending an antenatal clinical in Nairobi. *East Afr Med J* 1997;74(9):561-5.
- 21 - Mark D, Levie MD. Emergency contraception on Monday afternoon, May 22, at *The annual clinical meeting of the american college of obstetries and gynecology*. LosAngeles California.
- 22 - Cheng Y, Zhu W, Li Z, Zhangy, wang A. Contraceptive practices of women requesting: termination of pregnancy. *A Study From China Contraception* 1997; (1): 7-15
- 23 - Wildemeersch D, Batar I, Webb A, Gbolade BA, Delbarg W, Temmerman M, Dhont M, Guillebaud J. Gynefix the frameless intrauterine conetraceptive implant an update for interval emergency and posta bortal contraception. *Br J Fam Plann* 1999; 24(4): 149-59.
- 24 - Schein AB. Pregnancy prevention using emergency contraception: efficacy, attitudes, and limitations to use. *J Pediatr Adolesc Gynecol*1999; 12(1): 3 - 9.
- ۲۵ - سفیدگران غلامحسین، نوح چاه صدیقه. بررسی عوامل موثر بر شکست عملی روشهای مختلف تنظیم خانواده در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز. *مجله علمی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز* ۱۳۷۸: صفحات ۲۸ - ۲۴.
- ۲۶ - ملک افضلی حسین، برآمد سقط جنین های حاصل از حاملگی های ناخواسته در ایران در سال ۱۳۷۴. *مجله بهداشت خانواده* ۱۳۷۵؛ سال اول، شماره دوم: صفحات ۸-۱.