

بررسی شیوع حاملگی ناخواسته و رابطه آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان باردار شهرستان ثلاث (استان کرمانشاه) - ۱۳۸۵

دکتر علی عزیزی^{۱*}، دکتر فرهاد امیریان^۲، طاهره پاشایی^۳، دکتر مرضیه امیریان^۴

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان ثلاث، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. کارشناس ارشد آموزش بهداشت. مرکز بهداشت شهرستان ثلاث، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۴. پزشک عمومی. مرکز بهداشت شهرستان ثلاث، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۴

خلاصه

مقدمه: حاملگی‌های ناخواسته از جمله عوامل موثر بر مرگ و میر مادران است که می‌تواند کیفیت زندگی زنان را متأثر سازد. این مطالعه با هدف بررسی شیوع حاملگی ناخواسته و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی زنان باردار که به منظور انجام مراقبت‌های معمول دوران بارداری در فاصله بهمن تا اسفند ماه سال ۱۳۸۵ به مرکز بهداشتی درمانی شهر ثلاث باباجانی مراجعه کرده بودند انجام شد. با توجه به هدف مطالعه؛ دو پرسشنامه برای هر مادر باردار تکمیل گردید: پرسشنامه بررسی نوع حاملگی و پرسشنامه SF36 که جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به کار می‌رود. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار آماري SPSS (نسخه ۱۱/۵) و با استفاده از آزمون آماری T-test، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از زنان مورد مطالعه ۴۰/۲٪ حاملگی ناخواسته داشتند؛ که از این تعداد ۱۵/۷٪ ناخواسته زن، ۷/۸٪ ناخواسته شوهر و ۱۶/۷٪ ناخواسته هر دو بود. با استفاده از آزمون تی تست بین میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نوع حاملگی را ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/0001$). میانگین نمره کیفیت زندگی در خرده مقیاس روانی و جسمانی در مادران با حاملگی ناخواسته، کمتر از مادران دارای حاملگی خواسته بود ($P < 0/0001$).
نتیجه‌گیری: کاهش شیوع حاملگی‌های ناخواسته در شهر ثلاث کیفیت زندگی مادران را ارتقاء خواهد بخشید.

کلمات کلیدی: حاملگی ناخواسته، کیفیت زندگی، بارداری، سلامت زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علی عزیزی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران؛ تلفن همراه: ۰۹۱۸۳۳۹۱۸۸۴؛ پست الکترونیک: aliazizi@kums.ac.ir

مقدمه

حاملگی ناخواسته نه تنها باعث افزایش بعد خانوار و کاهش فاصله بین تولدها می‌شود، بلکه زمینه‌ساز خطرناکی جهت مرگ و میر مادران و کودکان می‌باشد. چرا که حاملگی ناخواسته در صورت ادامه حاملگی باعث افزایش فشار روانی مادر گردیده که این امر نیز منتهی به عدم مراقبت کافی از خود و جنین می‌گردد. مادر از مراجعه منظم جهت دریافت خدمات بهداشتی در دوران بارداری امتناع می‌کند و کودک پس از زایمان به دلیل ناخواسته بودن کمتر مورد توجه قرار گرفته و کمتر مراقبت می‌شود. به این ترتیب حاملگی ناخواسته بر ۲ شاخص مهم بهداشتی مرگ و میر مادران و کودکان موثر است. علاوه بر این حاملگی ناخواسته می‌تواند کیفیت زندگی زنان را متأثر سازد. مطالعات نشان می‌دهد که مادران دارای حاملگی ناخواسته بوده و کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به دیگر مادران تجربه می‌کنند (۱). در تحقیق سراسری اداره کل بهداشت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ۱۳۷۸ میزان حاملگی ناخواسته ۲۲/۶٪ گزارش شده است (۲)، براساس نتایج طرح کشوری (DHS) در سال ۱۳۷۹، ۲۴/۱٪ از حاملگی‌ها در ایران و ۲۲/۱٪ در استان کرمانشاه ناخواسته بودند (۳). در سایر مطالعات انجام شده در ایران شیوع حاملگی‌های ناخواسته از ۱۸٪ تا ۴۶/۹٪ گزارش شده است (۱۵-۴).

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت HRQL به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی‌اش، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی‌اش را دنبال کند، بر می‌گردد. HRQL چند بعدی، ذهنی و پویا بوده و دارای ابعاد اساسی از قبیل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۱۶). از جمله عوامل موثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان، سلامت باروری آن‌ها می‌باشد. مطالعه شوارز در سال ۲۰۰۸ نشان داد اثرات حاملگی‌های ناخواسته بر کیفیت زندگی زنان به قدری است که باید در آنالیز هزینه اثر بخشی و کارایی برنامه‌های

تنظیم خانواده ادغام گردد (۱۷). سایر مطالعات نیز بر تاثیر حاملگی‌های ناخواسته بر کیفیت زندگی و اهمیت بیان این تاثیرات در زنان استفاده کننده از روش‌های پیشگیری از بارداری تاکید دارند (۱۸-۱۹). با توجه به اهمیت حاملگی ناخواسته، این مطالعه به منظور بررسی رابطه حاملگی ناخواسته با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مادران مراجعه کننده به تنها مرکز بهداشتی، درمانی شهری-روستایی شهر ثلاث استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، روش نمونه‌گیری به صورت تمام شماری بود به این صورت که کلیه مادران باردار (۱۰۲ نفر) شهر ثلاث باباجانی (با ۸۳۵۱ نفر جمعیت) که در فاصله بهمن تا اسفند ماه سال ۱۳۸۵ جهت انجام مراقبت‌های معمول دوران بارداری به مرکز بهداشتی درمانی واقع در شهر ثلاث باباجانی مراجعه نمودند، وارد مطالعه شدند.

با توجه به موضوع مورد بحث، دو پرسشنامه (بدون نام و با رضایت فرد) برای هر مادر باردار توسط یکی از اعضای تیم تحقیق (کارشناس ارشد آموزش بهداشت) تکمیل گردید: پرسشنامه بررسی نوع حاملگی، شامل ۲۰ سوال بود (۱۰ سوال به بررسی متغیرهای فردی و ۱۰ سوال جهت بررسی نوع حاملگی) که پایایی و اعتبار آن تایید شده بود (۲۰) و نسخه فارسی پرسشنامه SF36 جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی که شامل ۳۶ سوال است و ۸ خرده‌مقیاس مربوط به سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ۸ خرده‌مقیاس شامل: عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی است که روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف (۰/۷۷ تا ۰/۹) سنجیده و تایید شده است (۲۱-۲۲). اساس نمره دهی سوالات این پرسشنامه از ۰-۱۰۰ می‌باشد که نمره صد نشانه بالاترین سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. نمره کل کیفیت زندگی از محاسبه مجموع امتیازات کل پرسشنامه و نمره کل هر خرده‌مقیاس از مجموع

توصیفی (فراوانی، درصد و...) و آزمون آمار تحلیلی T-test مورد تجزیه، تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن زنان مورد مطالعه $25/7 \pm 4/1$ سال بود. $25/5\%$ زنان باردار مورد مطالعه (اکثریت) سن بین ۲۵ تا ۲۹ سال و $12/7\%$ (اقلیت) سن ۱۵ تا ۱۹ سال داشتند. سن ازدواج زنان در اکثر موارد $(38/2\%)$ ۲۰ تا ۲۴ سالگی گزارش شد (جدول ۱).

امتیازات آن خرده مقیاس بدست آمد. در این مطالعه جهت سطح بندی کیفیت زندگی؛ ابتدا حداقل و حداکثر نمره کیفیت زندگی در پرسشنامه (۷۸۰ و ۲۶۳۵ امتیاز) محاسبه و سپس دامنه امتیاز ۷۸۰ تا ۱۳۹۸ به عنوان سطح ضعیف، امتیاز ۱۳۹۹ تا ۲۰۱۶ سطح متوسط و امتیاز ۲۰۱۶ تا ۲۶۳۴ سطح خوب تعیین شد. داده‌های پس از جمع آوری توسط نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و با استفاده از آمار

جدول ۱- توزیع بیشترین فراوانی متغیرهای فردی در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ثلاث باباجانی در سال ۱۳۸۵

بیشترین فراوانی (مد)	تعداد	درصد	جمع کل افراد
سن	۲۶	۲۵/۵	۱۰۲
سواد	۳۳	۳۲/۴	۱۰۲
سواد همسر	۳۶	۳۵/۳	۱۰۲
تعداد فرزندان	۳۲	۳۱/۴	۱۰۲
شغل	۹۷	۹۵/۱	۱۰۲
شغل همسر	۴۶	۴۵/۱	۱۰۲
میانگین و انحراف معیار سن	$25/7 \pm 4/1$		۱۰۲

افراد خانوار زیر ۴ نفر و $6/9\%$ تعداد افراد خانوار بیشتر از ۸ نفر داشتند. از میان زنان باردار مورد مطالعه $40/2\%$ حاملگی ناخواسته داشتند که از این تعداد: $15/7\%$ ناخواسته زن، $7/8\%$ ناخواسته شوهر و $16/7\%$ ناخواسته هر دو، و تنها $59/8\%$ خواسته هر دو بود (جدول ۲).

$28/4\%$ سابقه حاملگی قبلی نداشتند. $32/4\%$ دارای تحصیلات در سطح ابتدایی و تنها 13% موارد دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند. $95/1\%$ خانه دار و تنها $4/9\%$ آن‌ها شاغل ($44/1\%$ کارگر و $20/6\%$ کارمند) بودند. 51% موارد دارای منزل شخصی و $40/2\%$ در منزل استیجاری زندگی می‌کردند. $53/9\%$ دارای تعداد

جدول ۲- توزیع فراوانی وضعیت حاملگی فعلی بر حسب خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ثلاث باباجانی در سال ۱۳۸۵

وضعیت حاملگی بر حسب خواسته یا ناخواسته بودن	تعداد	درصد
خواسته هر دو	۶۱	۵۹/۸
ناخواسته شوهر	۸	۷/۸
ناخواسته هر دو	۱۷	۱۶/۷
ناخواسته زن	۱۶	۱۵/۷
جمع	۱۰۲	۱۰۰

بررسی وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نتایج نشان داد که اکثریت نمونه‌های تحت بررسی (۵۵/۹٪) سطح متوسطی از کیفیت زندگی داشتند (جدول ۳).

سن ۳۸٪ مادران باردار با حاملگی ناخواسته در گروه سنی ۳۰-۳۵ و ۲۸٪ در گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله گزارش شد. اکثریت نمونه‌ها (۴۳٪) دارای تحصیلات در حد ابتدایی و ۲۸٪ دارای مدرک دیپلم و بالاتر می‌باشد و ۹۷٪ خانه دار و ۳٪ شاغل بودند.

جدول ۳- توزیع فراوانی سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ثلاث باباجانی در سال ۱۳۸۵

سطح HRQL	تعداد	درصد
ضعیف	۷	۱۶/۷
متوسط	۷۷	۵۵/۹
خوب	۲۸	۲۷/۵
جمع	۱۰۲	۱۰۰

مادران دارای حاملگی خواسته به طور معنی داری (۶۱/۸۶±۱) از مادران دارای حاملگی ناخواسته بیشتر بود (۴۶/۲±۸). همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در خرده مقیاس روانی و جسمانی در مادران با حاملگی ناخواسته کمتر از مادران دارای حاملگی خواسته بود (p<۰/۰۰۰۱) (جدول ۴).

نتایج آزمون t-test در خصوص مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در حاملگی خواسته و ناخواسته نشان داد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نوع حاملگی رابطه معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱) به این ترتیب که میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در

جدول ۴- بررسی رابطه نوع حاملگی و میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد جسمانی، روانی و کل در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ثلاث باباجانی در سال ۱۳۸۵

P- value	میانگین نمره کیفیت زندگی		
	حاملگی ناخواسته	حاملگی خواسته	
۰/۰۰۰۱	۴۶/۵±۸/۴	۶۱/۸۴±۱	کل
۰/۰۰۰۱	۳۸/۴±۳۹/۳	۷۰/۸±۳۳/۵	بعد روانی
۰/۰۰۰۱	۱۵/۴±۳۵/۱	۲۰/۴±۶۱/۸	بعد جسمانی

در روش کار اشاره شده است که از آزمونهای آنالیز واریانس و کای دو هم استفاده شده است.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد ۴۰/۲٪ از زنان باردار مورد مطالعه حاملگی آنان ناخواسته بود. این رقم در مقایسه با نتایج مطالعه DHS در سال ۱۳۷۹ (میزان حاملگی

رابطه معنی داری آماری بین حاملگی و نمره کیفیت زندگی در سایر ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را گزارش نشد (p>۰/۰۵) و بین کیفیت زندگی و سایر متغیرهای مورد بررسی در مطالعه نیز رابطه معنی داری مشاهده نشد. (p>۰/۰۵).

ناخواسته در کشور ۱/۲۴٪ و در استان کرمانشاه (۱/۲۲٪) و سایر مطالعات انجام شده در ایران (شیوع حاملگی‌های ناخواسته در مناطق مختلف بین ۱۸٪ تا ۹/۴۶٪ گزارش شده) قابل توجه می‌باشد (۱، ۲، ۴، ۵-۱۶). در سایر کشورها نیز میزان شیوع متفاوتی (از ۲۰٪

تا ۴۳٪) اعلام شده است (۲۶-۲۳). به نظر می‌رسد میزان شیوع متفاوت، ناشی از تفاوت در آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری در نقاط مختلف باشد.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی مادران با حاملگی ناخواسته در سطح پایین‌تری نسبت به مادران دارای حاملگی خواسته بود. همچنان که در مطالعه آلن و همکاران که در انگلستان انجام شده نیز کیفیت زندگی در مادران بارداری ناخواسته کاهش یافته بود (۲۷).

حاملگی ناخواسته و برنامه ریزی نشده نه تنها در کل کیفیت زندگی مادران باردار تاثیرگذار است بلکه در ابعاد آن نیز موثر HSJ (۱) این مسئله مهم در این مطالعه نیز صادق بود به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط در سلامت در ابعاد روانی و جسمانی مادران دارای حاملگی ناخواسته، به مراتب نسبت به سایر مادران پایین‌تر بود. مطالعه سارا نیز نشان داد که در میان زنان دارای حاملگی ناخواسته افسردگی مشاهده می‌شود. هرچند این مادران دارای علایم افسردگی شدید با علایم بالینی نبودند با این حال بعد روانی کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به مادران دارای حاملگی خواسته کاهش چشمگیری یافته بود (۲۸). در مطالعه نوروزی و همکاران در بوشهر و مطالعه ایران فر در کرمانشاه نیز مشاهده شد که مادران با تولدهای ناخواسته دارای سطح بالایی از افسردگی می‌باشند (۲، ۲۵).

درحالی که دوران بارداری یکی از مهم‌ترین و پرمخاطره‌ترین دوران زندگی زنان محسوب می‌شود در

این مطالعه تنها ۲۷/۵٪ از مادران باردار از سطح مناسبی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برخوردار بودند، سلامت و بیماری زن باردار نه تنها کیفیت زندگی وی را متأثر می‌سازد بلکه می‌تواند در وضع زندگی و سلامت جنین در نسل‌های آینده نیز نقش داشته باشد (۲۹). بی شک بین HRQL و مشکلات سلامت افراد رابطه متقابل وجود دارد. از عوامل مهمی که می‌تواند سلامت مادران را تحت شعاع قرار دهد بارداری ناخواسته می‌باشد (۳۰).

جلوگیری از حاملگی ناخواسته باعث کاهش احساس خوشحال بودن، فعالیت‌های اجتماعی و روابط فامیلی می‌شود ضمن اینکه حاملگی برنامه ریزی شده باعث می‌شود که تولد فرزند برای مادر لذت بخش بوده و ارتباط عاطفی بیشتری بین مادر و فرزند به وجود آید (۱۹).

نتیجه گیری

کاهش حاملگی ناخواسته عامل موثری در سلامت باروری محسوب شده و تلاش در این امر کیفیت به زندگی مادران را ارتقاء خواهد بخشید.

تشکر و قدردانی

از همکاری و زحمات مسئولین و پرسنل محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ثلاث (استان کرمانشاه) که در انجام این پژوهش مساعدت نمودند صمیمانه تقدیر و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

منابع

1. Noroozi A, Khoramrodi R, Sharifi S, Tahmasbi R. [Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in the women covered by health centers in Bushehr province in 200]. Iran South Med J 2004;8(1):83-9. [In Persian].
2. Asfy A. Application of health Belief Model in the prevention of unwanted pregnancies in women's health study covered the area south of Tehran 2001-2002 (thesis). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2003. [In Persian].
3. Naghavi M, Akbari MS, Kazem M, Delavar A. Office of the Deputy of Health and Population Ministry of Health of Iran. Report of the research project population and health check features (DHS) in Iran in 2000-2001. 1th ed. Iranian Ministry of Health Publications. Tehran, 2003:234- 245.
4. Bashardoost N, Eftekhari H, Zamani F, Allameh Z. How to treat with unwanted pregnancies? Med Res J Esfahan Univ Med Sci 2000;5(10): 27-30. [In Persian].
5. Rakhshani F, Ansari Moghaddam AR, Tehrani H. Prevalence of unwanted pregnancy and associated factors in Zahedan, 1999. Med Res J Esfahan Univ Med Sci 2003;8(3):40-3. [In Persian].

6. Zamani F, Eftekhar Ardebili H, Bashar Doost N, Marashi T, Naghibi AH. The behavior of women confronted with unwanted pregnancies. *J Health Facult Health Res Instit* 2003;6(2):55-62. [In Persian].
7. Kasmaei P. Study of prevalence and some correlative factors with unwanted pregnancies. *J Med Facult Gilan Univ Med Sci* 2003;48(12):61-6. [In Persian].
8. Fallah Zadeh H. Survey on unplanned pregnancies in pregnant women in Yazd. *J Shahid Sadoghi Univ Med Sci Health Serv* 2001;4(9):98-102. [In Persian].
9. Hajian K. The prevalence of unwanted children and its affecting factors in Babol. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2004;45(14):35-42. [In Persian].
10. Abazari F, Arab M, Abbasszadeh A. Relationship of unwanted pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals. *Med J Rerod Infertil* 2002;4(1):39-46. [In Persian].
11. Abbasi Shavazi MJ, Hosseini Chavoshi M. Unwanted pregnancies and its determinants in Iran. *Med J Reprod Infertil* 2003;1(5):62-76. [In Persian]
12. Delaram M, Sereshti M. The causes of unwanted pregnancy in oral contraceptive pills users. *Shahrekord Univ Med Sci J* 2004;3(6):55-62. [In Persian].
13. Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi M. The prevalence of unwanted pregnancy and its effective factors in 10 cities Iran, 2000. *Tehran Facult Med J* 2002;60(4):334-40. [In Persian].
14. Kazemi SA, Kousha A, Tadayyon P, Mousavi Nasab N. A survey of causes and rate of unwanted pregnancy in 500 pregnant women of maternity hospitals in Zanjan, 2000. *Zanjan Univ Med Sci J* 2001;37(9):39-45. [In Persian].
15. Golmohamadloo S, Broomand F, Asadi Afshar M. Causes of unintended pregnancy in Urmia Kosar Hospital, 1999. *J Med Council of Islamic Repub Iran* 2004;22(4):323-9. [In Persian].
16. Donald A. What is quality of life: clinical lecture in epidemiology University College London? *London: Epidemiology University College*; 2001.
17. Schwarz EB, Smith R, Steinauer J, Reeves MF, Caughey AB. Measuring the effects of unintended pregnancy on women's quality of life. *Contraception* 2008 Sep;78(3):204-10.
18. Bond SC. Effects of Unintended Pregnancy on Women's Quality of Life are varied, but more precision and Consistency Needed in Measurement. *J Midwifery & Women's Health* 2009;54(1):90.
19. Sable MR, Washington CC, Schwartz LR, Jorgenson M. Social well-being in pregnant women: intended versus unintended pregnancies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007 Dec;45(12):24-31.
20. Saydnozadi M, Shakeri MT, Hami M. Survey on unwanted pregnancy in relation to contraception methods and fertility behavior. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2000;69(43):82-7. [In Persian].
21. Montazeri A, Goshtasb A, Vhdany MS. Reliability and validity of such set Farsi questionnaire SF-36. *Payesh J* 2005;5(1):49-56. [In Persian].
22. Asghari Moghaddam MA, Faghihi S. validity and reliability of the health survey questionnaire (short form 36 questions) in two samples, Iran *J Behav Daneshvar* 2003;10(1):1-10. [In Persian].
23. Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Umoh AV, Ekanem EE, Gbadegesin A, Iwere N. Community-based survey of unwanted pregnancy in southwestern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2004 Dec; 8(3):103-15.
24. Singh S, Prada E, Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *Int Fam Plan Perspect* 2006 Sep;32(3):136-45.
25. 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.
26. Matteson KA, Peipert JF, Allsworth J, Phipps MG, Redding CA. Unplanned pregnancy: does past experience influence the use of a contraceptive method? *Obstet Gynecol* 2006 Jan;107(1):121-7.
27. Schmiede S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ* 2005 Dec 3;331(7528):1303.
28. Kaiser LL, Allen L. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 2000 Oct;102(10):1479-90.
29. Mansour ME, Kotagal U, Rose B, Ho M, Brewer D, Roy-Chaudhury A, et al. Healthy-related quality of life in urban elementary school children. *Pediatrics* 2003 Jun;111(6Pt 1):1372-81.