مقـاله تحقیقی

بررسی رضایتمندی زنان از عملکرد وزارت بهداشت در زمینه مدیریت باروری و ارتباط با عوامل فردی

مژگان نینوایی[1*]، گلنوش احمدی[2]، حمیدرضا سلطانی[3]

[1] استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[1] استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[3] کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نشانی الکترونیک: mjgn.neinavaie@yahoo.com

چکیده

زمینه: تبعات احتمالی کاهش شدید میزان باروری، دولتمردان و سیاست‌گذاران جامعه را وادار به تجدیدنظر در سیاست‌های جمعیتی و تشویق خانواده‌ها به زاد و ولد نموده است. هدف از این پژوهش تعیین میزان رضایت مردم از سیاست‌های فرزند آوری دولت در سال‌های اخیر است.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی و در سال ۱۳۹۶ بر روی ۳۰۰ زن سن باروری (۱۸-۴۵ سال) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرج با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انجام‌شده است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کای اسکوئر ($P=۰/۰۵$) و نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد.

یافته‌ها: از ۳۰۰ زن با میانگین سنی ۳۵ سال، ۶۲% زنان (۱۸۶ نفر) از محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری رضایت نداشتند. ۴۸% (۱۴۴ نفر) اطلاعات خود را در زمینه پیشگیری از بارداری ناکافی دانسته‌اند. منابع اطلاعاتی مراجعین در ۳۷% (۱۱۱ نفر) خانواده و تنها در ۹% (۲۷ نفر) کادر درمان بوده است. مشکلات اقتصادی در ۸۳% مراجعین به‌عنوان بیشترین عامل عدم تمایل به باروری برشمرده شده است. میزان رضایتمندی با تحصیلات، سن، سن ازدواج، سطح درآمد خانواده و بارداری ناخواسته رابطه معنی‌دار ($p<۰/۰۵$) و با روش کنتراسپشن رابطه معنی‌دار نداشته است ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: عدم رضایتمندی از سیاست‌های تنظیم خانواده در تقریباً نیمی از زنان مورد مطالعه دیده شد و کمبود آگاهی و کسب اطلاعات از منابع نامعتبر هنوز در زنان ایرانی وجود دارد. برای تشویق به افزایش موالید لازم است ابتدا زیرساخت‌های رفاهی لازم ایجاد و سپس با آموزش مناسب به خانواده‌ها اجازه داد تا خود به افزایش آگاهانه فرزندان تمایل نشان دهند.

کلمات کلیدی: رضایت، مدیریت باروری، عوامل فردی، مدیریت

مقدمه

حدود ده هزار سال طول کشید تا جمعیت جهان به یک میلیارد نفر برسد؛ اما در فاصله سال‌های ۱۸۰۰ تا ۱۹۰۰ این جمعیت دو برابر و به دو میلیارد نفر و در آغاز هزاره سوم میلادی به شش میلیارد نفر رسید (۱).

هرچند جمعیت ایران پس از دهه بیست به دلیل افزایش مستمر مرگ‌ومیر با کاهش جدی مواجه گردید اما در دوره زمانی سال‌های ۱۳۶۰-۱۳۳۰ با رشد شتابان جمعیت مواجه بود، به‌طوری‌که میانگین رشد سالانه جمعیت در این چهار دهه، به رقمی حدود سه درصد افزایش یافت. این رشد سالانه موجب شد که جمعیت ایران هر بیست سال، دو برابر و در طول یک قرن، بیش از شانزده برابر شود. یعنی جمعیت ایران از نوزده میلیون نفر در سال ۱۳۳۵، به حدود پنجاه میلیون نفر در سال ۱۳۶۵ افزایش یافت (۲،۳). ازنظر جمعیت شناسان، دهه پنجاه تا هفتاد دوره انفجار جمعیت جوان در کشور بوده است. با نگاهی به روند رشد جمعیت از دهه پنجاه تا دهه هفتاد (۱۳۵۵-۱۳۷۵)، شاهد دو برابر شدن جمعیت ایران هستیم. در سال ۱۳۷۵ جمعیت ایران حدود شصت میلیون نفر گزارش شد (۲،۳).

در ایران، سیاست‌های جمعیتی مبتنی بر تنظیم خانواده، طی دو مرحله به اجرا گذاشته شد: ابتدا، پیش از انقلاب و از سال‌های ۱۳۴۱ برای اولین بار دولت به مسائل جمعیتی توجه کرد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، مدت، کوتاهی برنامه‌های تنظیم خانواده به بوته فراموشی سپرده شد. نتیجه این امر، افزایش سریع موالید و رشد جمعیت بود (۲/۳)؛ اما در سال‌های پس از جنگ تحمیلی و از سال ۱۳۶۸، این موضوع مجدداً در دستور کار قرار گرفت. آمار رسمی نشان می‌داد که ایران با افزایش ۳/۹ نرخ رشد جمعیت، از این لحاظ در ردیف سوم کشورهای جهان قرارگرفته بود. ازاین‌پس موضوع کنترل جمعیت و لزوم تنظیم خانواده از سوی محافل گوناگون علمی و سیاسی مطرح و موافقت و مخالفت‌های زیادی در پی داشت. همین امر موجب شد که سیاست‌های تعدیل رشد جمعیت از طریق تشویق و ترغیب برنامه‌های تنظیم خانواده و کاهش نرخ زاد و ولد و باروری در کشور گرفته شود. تداوم این سیاست موجب شد که طی سال‌های ۶۵ تا ۸۴، سطح باروری در ایران با سرعتی استثنایی و کم‌سابقه در سطح بین‌المللی کاهش یابد. به‌طوری‌که شاخص‌های باروری و به‌تبع آن میزان زاد و ولد در مقایسه با سال ۱۳۶۵، به کمتر از نصف تقلیل یافت (۲،۳).

در تاریخ ۱۳۷۲/۲/۲۶ مصوبه مجلس شورای اسلامی در خصوص تنظیم خانواده با اعمال محدودیت‌هایی در افزایش رشد جمعیت همراه شد: «کلیه امتیازاتی که در قوانین بر اساس تعداد فرزندان یا عائله پیش‌بینی و وضع‌شده‌اند در مورد فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون متولد می‌شوند قابل‌محاسبه و اعمال نخواهد بود و فرزندانی که تا تاریخ مزبور متولد می‌شوند کماکان از امتیازات مقررشده برخوردار می‌باشند» (۴).

در سرشماری سال ۱۳۹۰ شاخص باروری در ایران به رقم بسیار پایین ۲۹ رسید که از تحولات مهمی در آینده جمعیتی ایران خبر می‌داد. به‌نحوی‌که تبعات احتمالی کاهش شدید میزان باروری، دولتمردان و سیاست‌گذاران جامعه ایران را وادار به تجدیدنظر در سیاست‌های جمعیتی و تصویب و اجرای برنامه‌هایی به‌منظور جلوگیری از پیر شدن جمعیت در سال‌های آینده و تشویق خانواده‌ها به زادوولد بیشتر نموده است (۵،۶).

لذا در تاریخ ۲۰ خردادماه ۱۳۹۲، مجلس شورای اسلامی مصوبه‌ای داشت که از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون «کلیه محدودیت‌های مقرر در قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶ و اصلاحات آن و سایر قوانین که بر اساس تعداد فرزند برای والدین شاغل یا فرزندان آنان ایجادشده است، لغو می‌شود.»(۷) نمایندگان مجلس شورای اسلامی در جریان بررسی طرح یک‌فوریتی افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کلیه اعمال جراحی که به‌منظور پیشگیری دائمی از بارداری انجام می‌شود به‌استثنای موارد مرتبط با تهدید سلامت را ممنوع اعلام کردند و در ۱۹ مردادماه ۱۳۹۳، در جریان بررسی طرح یک‌فوریتی افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت با اصل ماده یک و تبصره این طرح موافقت کردند. در ماده یک این طرح آمده است کلیه اعمال جراحی که به‌منظور پیشگیری دائمی از بارداری انجام می‌شود به‌استثنای موارد مرتبط با تهدید سلامت ممنوع است. عدم رعایت این حکم توسط شاغلین حرف پزشکی تخلف محسوب می‌شود و متخلفین متناسب با عمل ارتکابی و تکرار آن به مجازات مندرج در تبصره یک ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۸۳/۸/۱۶ محکوم می‌شوند. تبصره یک این ماده می‌گوید موارد تهدید سلامت را وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌کند.

در این راستا دروس تنظیم خانواده و جمعیت از واحدهای اجباری دانشگاه‌ها حذف و روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری برای فرد انجام دهنده و پزشک مجازات را به همراه داشت. تبلیغ تنظیم خانواده از رسانه‌ها و مطبوعات نسبت به قبل محدودشده و وسایل پیشگیری از بارداری موقت که قبلاً حتی مشاوره و به کار گذاشتن آن دارای پاداش برای کارکنان بهداشتی بود از دسترس رایگان خارج شد.

و اما بار دیگر نمایندگان مجلس شورای اسلامی در نشست علنی (۲۰ اسفند ۹۶) به بررسی و رفع ایرادات شورای نگهبان نسبت به طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت پرداختند. نمایندگان مجلس جهت رفع ایرادات این شورا ماده یک طرح و تبصره آن را که کلیه اعمال جراحی به‌منظور پیشگیری دائمی از بارداری را ممنوع و عدم رعایت آن توسط شاغلین حرف پزشکی را تخلف محسوب می‌کرد حذف کردند. همچنین جهت رفع دیگر ایراد

شورای نگهبان به این طرح، ماده دو آن را نیز که درباره ممنوعیت هرگونه تبلیغ درباره پیشگیری از بارداری و کاهش فرزند آوری بود حذف کردند.

چنانچه مرتکب از امکانات دولتی و عمومی برای هرگونه تبلیغ برای پیشگیری از بارداری و کاهش فرزند آوری به‌جز موارد مصرح در تبصره (۱) استفاده نماید مشمول جزای نقدی درجه ۶ ماده (۱۹) قانون مجازات اسلامی مصوب ۹۲/۲/۱ می‌شود. همچنین با حذف ماده (۳) از طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت به‌منظور تأمین نظر شورای نگهبان موافقت کردند. در این ماده آمده بود که موارد آموزشی و ضروری در راستای احتراز از تهدید سلامت جسمی و روانی مادر و کودک از شمول این قانون مستثنی است. طبق ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی مرتکبین استفاده از امکانات دولتی و عمومی برای تبلیغ پیشگیری از بارداری به ۲ تا ۸ میلیون جزای نقدی محکوم می‌شوند (۷).

طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، تعداد جمعیت (۷۹,۹۲۶,۲۷۰ نفر) بوده است که نسبت به سرشماری سال ۱۳۹۰ (۷۵,۱۴۹,۶۶۹ نفر) چهار میلیون و هفت‌صد و هفتادوشش هزار و شش صد و یک نفر افزایش داشته است. این بازه زمانی درست محدوده‌ای است که سیاست‌های دولت برای رشد جمعیت تغییریافته و تبلیغات تنظیم خانواده متوقف‌شده و قوانینی برای افزایش رشد جمعیت تصویب شد. این در حالی است که در سال ۱۳۸۵ جمعیت کشور (۷۰,۴۹۵,۷۸۲ نفر) بوده که تا سال ۱۳۹۰، چهار میلیون و شش‌صد و پنجاه‌وسه هزار و هشت‌صد و هفتادوهفت نفر افزایش داشته است در این بازه زمانی تنظیم خانواده به‌شدت اجرا شده است و تبلیغات زیادی انجام شد؛ یعنی در پنج سال اخیر جمعیت ایران به‌اندازه (۱۲۲,۷۱۴) یک‌صد و بیست و دو هزار و هفت‌صد و چهارده نفر نسبت به دوره قبل افزایش‌یافته است. متوسط رشد سالانه جمعیت در سال‌های ۱۳۸۵–۱۳۹۰، ۱/۲۹ بوده درحالی‌که در سال‌های ۱۳۹۰– ۱۳۹۵ به ۱/۲۴ رسیده است (۸).

برخی از آثار و پیامدهای کاهش جمعیت عبارت‌اند از: عدم رشد و توسعه اقتصادی، پیری و بی‌نشاطی جمعیت، آسیب‌های اخلاقی و تربیتی انقطاع نسل بشر و برخی پیامدهای افزایش جمعیت نیز عبارت از فقر و مصرف‌زدگی، افزایش بزهکاری و جرائم اجتماعی، مهاجرت، شهرنشینی و کمبود مسکن، پایین بودن سطح بهداشت، عوارض زیست‌محیطی و سوءتغذیه می‌باشند (۲،۳).

دیدگاهی بر نفی مطلق افزایش جمعیت پافشاری می‌کند و دیدگاهی دیگر، که طرفدار نظریه حد متناسب جمعیت است، معتقد است که باید تناسب بین تعداد جمعیت و امکانات وجود داشته باشد (۲،۳،۹). دین یکی از نظام‌های ارزشی و فرهنگی است که بر باور و نگرش افراد نسبت به باروری و کنترل جمعیت تأثیر می‌گذارد (۱،۱۰).

ازنظر مفسرین، سیاست‌ها و اقدامات دولت‌ها می‌تواند باعث گسترش تقاضای افراد برای تشکیل خانواده شود و حتی دیدگاه‌های افراد در مورد خانواده را به‌گونه‌ای مثبت تغییر دهد. برخی نیز با نگاهی منفی به این اقدامات می‌نگرند و معتقدند دولت‌ها تنها سعی در ارائه خدمات رفاهی برای خانواده‌ها دارند و این به معنی آن است که آن‌ها به خانواده نگاهی اقتصادی دارند و به بسیاری از دیگر ابعاد خانواده توجه کافی به عمل نمی‌آورند (۱۱،۱۲).

امروزه تحولات جمعیتی باسیاست گذاری‌های مستقیم دولت‌ها در عرصه ملی و بین‌المللی پیوند تنگاتنگی یافته است، هر چه دولت‌ها، شکل مدرن‌تری به خود گرفته‌اند، میزان این پیوند و نزدیکی بیشتر شده است (۵).

امروزه عملاً بسیاری از دولت‌ها به‌طور مستقیم و غیرمستقیم وارد حوزه برنامه‌ریزی جمعیتی شده‌اند. به‌طورکلی دولت‌ها در زمینه رشد جمعیت سه رویکرد: دستور و کنترل، کنترل نکردن و تنظیم و تعدیل جمعیت را در پیش می‌گیرند. دولت در رویکرد دستور و کنترل می‌تواند باقدرت دستوری خود به کنترل و مقررات گذاری در هر زمینه‌ای هرچند روابط خانوادگی و فرزند آوری بپردازد (مثل قانون تنظیم خانواده چین).

در رویکرد کنترل نکردن، روابط خانوادگی و زناشویی جزو حوزه خصوصی افراد تلقی می‌شود و دولت در دخالت در این حوزه مجاز نیست (مثل کشورهای آلمان و اتریش).

در رویکرد تنظیم و تعدیل، یک وضعیت متعادل بین دو رویکرد فوق در پیش‌گرفته شده است. ضرورت تنظیم برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی دولت با میزان رشد جمعیت برای افزایش رفاه جامعه و همساز کردن آن‌ها با ملاحظات محیط زیستی نیز چنین رویکردی در مقررات گذاری را توجیه می‌کند؛ اما این نوع برنامه‌ریزی و مقررات گذاری به‌گونه‌ای انجام می‌شود که جنبه دخالت در امور خصوصی خانواده‌ها و ورود در حریم خصوصی اشخاص را نداشته باشد و خود اشخاص به‌صورت داوطلبانه به تنظیم جمعیت خانواده خود بپردازند (۱۳).

در این پژوهش، به ارزیابی رضایت مردم در زمینه سیاست‌های مدیریتی باروری زنان در پنج سال اخیر پرداخته‌شده است. هدف از انجام این پژوهش این است که باوجود تغییرات سال‌های اخیر سیاست‌های دولت و وزارت بهداشت در زمینه باروری و فرزند آوری، آیا خانواده‌های ایرانی به دخالت دولت در امر تعیین تعداد فرزندان معتقدند و آیا این تغییر سیاست‌ها توانسته است انگیزه مردم را نسبت به فرزند آوری تغییر دهد؟ چه ارتباطی میان عوامل و خصوصیات فردی با رضایت از سیاست‌های دولت در این زمینه وجود دارد؟ آیا افزایش موالید در سیاست های اخیر حاصل سیاست دولت و پذیرش جامعه بوده است یا از روی ناآگاهی و عدم دسترسی به وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری؟ تاکنون پژوهشی با این مضمون در جمعیت زنان سن باروری انجام‌نشده است. بدیهی است دانستن رضایت زنان از این قوانین می‌تواند منجر به ادامه روش و یا بازنگری در قوانین

موجود برای سلامت و رفاه بیشتر خانواده‌ها باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- مقطعی که در سال ۱۳۹۶ بر روی ۳۰۰ زن سن باروری (۱۸-۴۵ سال) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرج انجام شد. افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا شهر کرج به پنج منطقه مرکزی، شمالی، جنوبی، شرقی و غربی تقسیم و سپس از میان درمانگاه‌های واقع در این مناطق چند درمانگاه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی از هر مرکز شصت زن که برای دریافت خدمات به کلینیک زنان مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه خودساخته شامل سؤالات فردی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و رضایت از عملکرد دولت در زمینه تبلیغات فرزند آوری و تنظیم خانواده بود. تمام مراحل نمونه‌گیری توسط حضور مستقیم مجری در مراکز به‌صورت انجام مصاحبه حضوری و تکمیل پرسشنامه انجام شد. نمونه‌های پژوهش زنان متأهل سن باروری و دارای سطح تحصیلات و شغل متفاوت بودند. با توجه به نتایج مطالعه پایلوت که روی سی نفر از زنان واجد شرایط شرکت در مطالعه انجام شد و با استفاده از فرمول (فاصله اطمینان ۹۵%)، حجم نمونه ۳۰۰ نفر محاسبه شد. داده‌های حاصل از پایلوت در آنالیز نهایی وارد نشدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن باروری، تابعیت ایرانی، عدم نازایی، عدم وجود بیماری‌های خاص و معیارهای خروج از مطالعه شامل بارداری، یائسگی، اتباع خارجی، نازایی و کارکنان بهداشتی درمانی بودند. افراد به‌صورت انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه توسط محقق وارد نمونه‌گیری شدند. کلیه مراجعین در جریان هدف و نحوه انجام مطالعه و کاربرد آینده آن قرارگرفته و فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. همچنین به اختیاری بودن شرکت در مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید و مراجعین در شرکت یا عدم شرکت در مطالعه آزادانه تصمیم‌گیری کردند. نمونه‌گیری شش ماه به طول انجامید.

پرسشنامه استفاده‌شده در مطالعه حاضر، پژوهشگر ساخته بود که در سه بخش مشتمل بر اطلاعات و خصوصیات فردی موردمطالعه (ازجمله سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت بیمه، شغل) (۵ سؤال)، سوابق مامایی و زایمان (۱۰ سؤال) و رضایت از عملکرد دولت در زمینه تنظیم خانواده (۱۵ سؤال) طراحی و توسط مقیاس سه گزینه‌ای امتیازدهی شد؛ به‌طوری‌که به رضایت کامل عدد ۳، رضایت نسبی عدد ۲ و به عدم رضایت عدد ۱ تعلق می‌گرفت. برای سنجش روایی پرسشنامه، ابتدا روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس قضاوت خبرگان (متخصصین مدیریت بهداشتی و بهداشت باروری) (۱۰ نفر) تعیین و درخواست شد که نظر خود را در مورد محتوا، ساختار، شکل ظاهری و نحوه نگارش پرسشنامه بیان کنند. پس از اعمال پیشنهادهای این گروه از متخصصین، برای تعیین روایی صوری، پرسشنامه اصلاح‌شده در یک اجرای آزمایشی مورد آزمون قرار گرفت. درنهایت برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرون باخ استفاده شد که در این مطالعه مقدار ضریب آلفای کرون باخ ۰/۹۶ به‌دقت آمد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کای اسکوئر و (P =۰/۰۵) و نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک و سابقه مامایی نمونه‌های مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱-خصوصیات دموگرافیک و مامایی نمونه‌های موردبررسی در پژوهش

سابقه مامایی	تعداد	فراوانی	درصد
گراویدا	صفر	۷۵	%۲۵
	یک	۴۸	%۱۶
	دو	۶۰	%۲۰
	سه و بیشتر	۱۱۷	%۳۹
سقط	صفر	۲۰۱	%۶۷
	یک	۶۹	%۲۱
	دو و بیشتر	۳۰	%۱۲
بارداری ناخواسته	صفر	۲۴۳	%۸۱
	یک	۳۶	%۱۲
	دو و بیشتر	۲۱	%۷
سن ازدواج	۲۰<	۱۵۳	%۵۱
	۳۰-۲۰	۱۳۵	%۴۵
	۴۰-۳۰	۱۲	%۴
روش کنتراسپشن	ندارد	۸۷	%۲۹
	موقت	۱۷۱	%۵۷
	دائم	۴۲	%۱۴

مشخصات فردی	طیف مشخصات فردی	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)	۲۵< سال	۶۳	%۲۱
	۳۵-۲۵ سال	۱۰۲	%۳۴
	۳۵> سال	۱۳۵	%۴۵
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲۷	%۹
	ابتدایی	۸۴	%۲۸
	متوسطه	۸۱	%۲۷
	دانشگاهی	۹۶	%۳۲
	عالی (ارشد دکترا)	۱۲	%۴
وضعیت درآمد	ضعیف	۱۶۸	%۵۶
	متوسط	۱۰۸	%۳۶
	خوب	۲۴	%۸
وضعیت بیمه	دارد	۲۵۸	%۸۶
	ندارد	۴۲	%۱۴

با توجه به یافته‌های پژوهش، ۵۸% زنان (۱۷۴ نفر) از عملکرد دولت

در مورد محدودیت انجام روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری نظیر توبکتومی و وازکتومی رضایت نداشتند،۲۲% (۶۶ نفر) تا حدودی رضایتمند و ۲۰% (۶۰ نفر) رضایت کامل داشتند.

۶۲% زنان (۱۸۶ نفر) از محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری در مراکز بهداشتی رضایت نداشتند. ۲۵%(۷۵ نفر) تا حدودی راضی و ۱۳%(۳۹ نفر) رضایت کامل داشتند.

۵۲%(۱۵۶ نفر) از مراجعین اطلاعات خود را در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری مناسب و ۴۸% (۱۴۴ نفر) ناکافی دانسته‌اند.

۵۰% (۱۵۰ نفر) از مراجعین، آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری را در رسانه‌ها نامناسب و ناکافی دانسته،۲۴% (۷۲ نفر) تا حدودی مناسب و ۲۶% (۷۸ نفر) مناسب و کافی ارزیابی کرده‌اند.

۴۵% زنان (۱۳۵ نفر) نیاز به آموزش بیشتر و ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری داشتند. ۱۷% (۵۱ نفر) تا حدودی احساس نیاز داشته و ۳۸% (۱۰۴ نفر) مشکلی نداشتند.

منابع اطلاعاتی در مورد شناخت روش‌های پیشگیری از بارداری و نحوه مصرف آن‌ها در مراجعین، خانواده و اقوام ۳۷% (۱۱۱ نفر)، کتاب ۲۰% (۶۰ نفر)، رده‌های آموزشی ۱۴% (۴۲ نفر)، رادیو و تلویزیون ۱۱% (۳۳ نفر)، اینترنت ۹% (۲۷ نفر) و کادر درمانی ۹% (۲۷ نفر) بوده است.

۸۳% (۲۴۹ نفر) شرکت‌کنندگان در این پژوهش معتقد بوده‌اند که تصمیم‌گیری در مورد باروری و تعداد موالید یک زوج نظر شخصی و خانوادگی بوده و دولت نباید مداخله‌ای در آن داشته باشد.

۱۳% زنان (۳۹ نفر) تعداد فرزند دلخواه خود را یک، ۵۴% (۱۶۲ نفر) دو، ۱۸%(۵۴ نفر) سه و ۱۸%(۴۵ نفر) بیش از ۴ ذکر کرده‌اند.

در این پژوهش از موانع تمایل به باروری در ۸۳% مراجعین مشکلات اقتصادی به‌عنوان بیشترین عامل و در اشتراک با عوامل دیگر برشمرده شده است و سپس منابع محدود کشوری (۶۲%)، مسکن (۷۹%)، مشکلات اجتماعی (۷۴%) و اشتغال زنان (۵۴%) به‌عنوان عوامل دیگر و در اشتراک با عوامل دیگر عنوان‌شده‌اند.

از تعداد سیصد زن سن باروری شرکت‌کننده در این پژوهش، ۸۸% زنان علت تمایل به باروری را عشق به کودک (۳۳%)، تجربه حس مادری (۱۹%)، تحکیم زندگی خانوادگی (۱۷%) و تنهایی فرزند قبلی یا خود در سالمندی (۱۲%) عنوان کرده‌اند.

برای بررسی رابطه‌ی تحصیلات با رضایتمندی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و تبلیغات آن از آزمون کای مجذور استفاده شد. میزان رضایتمندی با تحصیلات رابطه‌ای معنی‌دار داشته است. (p<۰/۰۵) به‌طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات میزان رضایت کاهش یافته است.

برای بررسی رابطه‌ی سن با رضایتمندی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و تبلیغات آن از آزمون کای مجذور استفاده شد. میزان رضایتمندی باسن رابطه‌ای معنی‌دار داشته است (p < ۰/۰۵) به‌طوری‌که با افزایش سن میزان رضایت به بیشترین مقدار رسیده است.

برای بررسی رابطه‌ی سن ازدواج با رضایتمندی از عملکرد دولت درزمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و تبلیغات آن از آزمون کای مجذور استفاده شد. میزان رضایتمندی با روش کنتراسپشن رابطه‌ای معنی‌دار داشته است (p < ۰/۰۵). به‌طوری‌که نارضایتی در زنان باسن ازدواج زیر سی سال بیشتر بوده است.

برای بررسی رابطه‌ی سطح درآمد خانواده با رضایتمندی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و تبلیغات آن از آزمون کای مجذور استفاده شد. میزان رضایتمندی با درآمد رابطه‌ای معنی‌دار داشته است (p<۰/۰۵) به‌طوری‌که با کاهش سطح درآمد عدم رضایت به حداکثر مقدار و در سطح درآمد بالا رضایتمندی به حداقل مقدار رسیده است.

برای بررسی رابطه‌ی روش پیشگیری از بارداری با رضایتمندی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و تبلیغات آن از آزمون کای مجذور استفاده شد. میزان رضایتمندی با روش کنتراسپشن رابطه‌ای معنی‌دار نداشته است (p<۰/۰۵).

برای بررسی رابطه‌ی بارداری ناخواسته با رضایتمندی از عملکرد دولت درزمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و تبلیغات آن از آزمون کای مجذور استفاده شد. میزان رضایتمندی با بارداری ناخواسته رابطه‌ای معنی‌دار داشته است (p<۰/۰۵) (جدول ۲).

بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش، میزان آگاهی مراجعین از تنظیم خانواده در حد مطلوب نیست و هنوز بسیاری از زنان (۳۷%) اطلاعات خود را در این زمینه از اقوام و افراد خانواده به دست می‌آورند. این موضوع بسیار مهم است زیرا کسب اطلاعات ناقص و نادرست و مبتنی بر تجربیات شخصی می‌تواند علاوه بر شکست روش پیشگیری از بارداری، عوارض بی‌شماری برای مادر و خانواده به دنبال داشته باشد. بدون شک هدف از تشویق به فرزندآوری، افزایش جمعیت با رضایت و آگاهی کامل است وگرنه بارداری ناخواسته و همراه با عدم آگاهی و با نارضایتی، عواقب جسمی و عاطفی وحشتناکی را برای مادر، خانواده و درنهایت جامعه به دنبال خواهد داشت. به نظر می‌رسد در سیاست جدید وزارت بهداشت در مورد مشاوره تنظیم خانواده این امر مهم کاملاً برآورده نشده است. در این پژوهش تقریباً نیمی از زنان از آموزش تنظیم خانواده و مشاوره رضایت نداشتند و احساس نیاز به آموزش در این زمینه را ذکر نموده‌اند. این امر بسیار مهم است که باوجود تحول عظیم سال‌های اخیر در زمینه بهداشت و سلامت جامعه هنوز نیمی از زنان احساس کمبود آگاهی دارند، لذا

جدول ۲- ارتباط رضایت زنان از عملکرد دولت در زمینه مدیریت باروری با عوامل فردی

عوامل فردی تعداد		رضایتمندی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری		رضایتمندی نسبی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری		عدم رضایتمندی از عملکرد دولت در زمینه محدودیت دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری		آزمون کای اسکوئر
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن (سال)	کمتر از ۲۵	۹	%۳	۹	%۳	۴۵	%۱۵	P= ۰/۰۱۶ df=۴
	۳۵-۲۵	۶	%۲	۳۰	%۱۰	۶۶	%۲۲	
	۴۰-۳۵	۲۴	%۸	۳۶	%۱۲	۷۵	%۲۵	
	کل	۳۹	%۱۳	۷۵	%۲۵	۱۸۶	%۶۲	
تحصیلات	بی‌سواد	۱۵	%۵	۳	%۱	۹	%۳	P= ۰ df=۸
	کم‌سواد	۱۸	%۳	۲۴	%۸	۴۲	%۱۴	
	متوسطه	۳	%۱	۲۱	%۷	۵۷	%۱۹	
	دانشگاهی	۳	%۱	۲۷	%۹	۶۶	%۲۲	
	ارشد و دکترا	۰	%۰	۰	%۰	۱۲	%۴	
	کل	۳۹	%۱۳	۷۵	%۲۵	۱۸۶	%۶۲	
سن ازدواج	زیر ۲۰	۳۰	%۱۰	۳۶	%۱۲	۸۷	%۲۹	P= ۰/۰۱ df=۴
	۳۰-۲۰	۹	%۳	۳۶	%۱۲	۹۰	%۳۰	
	۴۰-۳۰	۰	%۰	۳	%۱	۹	%۳	
	کل	۳۹	%۲۶	۷۵	%۲۵	۱۸۶	%۶۲	
سطح درآمد	کم	۲۷	%۹	۳۶	%۱۲	۱۰۵	%۳۵	P= ۰ df=۴
	متوسط	۱۲	%۴	۳۹	%۱۳	۵۷	%۱۹	
	خوب	۰	%۰	۰	%۰	۲۴	%۸	
	کل	۳۹	%۱۳	۷۵	%۲۵	۱۸۶	%۶۲	
روش کنتراسپشن	بدون روش	۶	%۲	۲۱	%۷	۶۰	%۲۰	P= ۰/۰۶۳ df=۴
	موقت	۳۰	%۱۰	۴۵	%۱۵	۹۶	%۳۲	
	دائمی	۳	%۱	۹	%۳	۳۰	%۱۰	
	کل	۷۵	%۱۳	۷۵	%۲۵	۱۸۶	%۶۲	
بارداری ناخواسته	نداشته	۲۱	%۷	۶۹	%۲۳	۱۵۳	%۵۱	P= ۰ df=۴
	یک	۹	%۳	۳	%۱	۲۴	%۸	
	دو و بیشتر	۹	%۳	۳	%۱	۹	%۳	
	کل	۳۹	%۱۳	۷۵	%۲۵	۱۸۶	%۶۲	

توجه بیش از گذشته به امر آموزش و مشاوره تنظیم خانواده از طریق رسانه‌ها وجود دارد. عدم رضایت از کیفیت مشاوره تنظیم خانواده با یافته‌های پاک‌گوهر و همکاران همسو است (۱۴). در پژوهش سالاروند و همکاران بااینکه ارزیابی بیشتر زوجین از کلاس‌های مشاوره تنظیم خانواده قبل از ازدواج در حد متوسط و خوب بود اما آن‌ها نیاز به آموزش بیشتر در زمینه‌ی تنظیم خانواده و افزایش تعداد جلسات آموزشی را ابراز نمودند (۱۵). بر اساس پژوهش روشنی و همکاران اکثر افراد به تنظیم خانواده معتقد بودند ولی با توجه به میزان بالای افرادی که بدون برنامه‌ریزی به دنیا آمده بودند (۴۲/۷%)، نتیجه‌گیری شد که نقایصی در اطلاع‌رسانی یا نوع ارائه خدمات تنظیم خانواده وجود دارد. مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات تنظیم خانواده در این پژوهش از پزشک و کارکنان بهداشتی (۴۴/۱%) و رسانه‌های گروهی ۲۰/۷% بوده است و بهترین راه آموزش به افراد توسط پزشک و کادر درمانی (۴۶/۷%) بوده و رسانه‌های گروهی ۲۷% عنوان شده است (۱۶). مطابق یافته‌های پژوهش حاضر مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات اقوام بوده است که

احتمالاً این تفاوت ناشی از مشخصات دموگرافیک متفاوت جمعیت موردپژوهش می‌باشد. پژوهش روشنی و همکاران بر روی جامعه فرهنگیان شهرستان رشت انجام‌شده و همگی دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده و فرد بی‌سواد و کم‌سوادی در نمونه‌ها وجود ندارد بنابراین تمرکز آموزش و تبلیغات باید برای گروه‌های با تحصیلات پایین‌تر و با زبان ساده باشد (۱۶).

مطابق یافته‌های آقا بابایی و همکاران مهم‌ترین علت عدم تداوم روش‌های پیشگیری از بارداری، اطلاعات ناکافی، انگیزه ناکافی و ترس از عوارض جانبی بود. بین سطح سواد و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد که با یافته این پژوهش در مورد عدم رضایت از عملکرد دولت در تحصیلات بالاتر همسو است. بین سن واحدهای پژوهش، سن همسر، تعداد حاملگی و سقط با استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت (۱۷).

زنجانی و همکاران نشان دادند که زنان شهری از سلامت باروری بیشتری در مقایسه با زنان روستایی برخوردارند. بر اساس نتایج این تحقیق، ارتقاء آگاهی زنان از بهداشت باروری و تنظیم خانواده از طریق آموزش در هر دو شهرستان ضروری می‌باشد (۱۸). در نزدیک به نیمی از زنان در این دو شهرستان (دورود و کوهدشت) میزان آشنایی با روش‌های پیشگیری از بارداری قبل از ازدواج بسیار کم بوده و این مسئله بر بارداری در سنین پایین و تعداد زیاد حاملگی و فاصله کم میان حاملگی‌ها تأثیرگذار بوده است (۱۸). در پژوهش حاضر نیز نارضایتی در زنان با سن ازدواج زیر سی سال بیشتر بود که با یافته‌های زنجانی در مورد رابطه سن ازدواج با آگاهی همسو است. نتایج مطالعه گنجویی و همکاران نشان داد بین بارداری ناخواسته و تعداد فرزندان، سواد پایین و سن بالای مادر رابطه معکوس وجود دارد. این امر نیز در تائید یافته‌های پژوهش، اهمیت آگاهی در سنین پایین‌تر و تحصیلات کمتر را نشان می‌دهد. بررسی گنجویی نشان داد شیوع حاملگی ناخواسته در کرمان مشابه سایر شهرها است. شیوع حاملگی ناخواسته در زنان بالای ۳۵ سال و زنان بی‌سواد بیشتر از سایر گروه‌ها بوده که لزوم ارائه خدمات آموزشی بیشتر در زنان بی‌سواد و توصیه به استفاده از روش‌های قطعی پیشگیری از حاملگی در زنان با سن بالا و تعداد فرزند کافی توصیه می‌شود. نتایج بررسی نشان داد که بروز حاملگی ناخواسته در افراد بدون آگاهی از روش پیشگیری نسبت به بروز حاملگی ناخواسته در افراد آگاه بیشتر بوده است (۱۹). در پژوهش فعلی نیز میزان رضایت از عملکرد وزارت بهداشت در زمینه تنظیم خانواده در افراد با بارداری‌های ناخواسته کمتر است.

در مطالعه ظاهری و همکاران شیوع بارداری ناخواسته حدود ۲۰/۱% بوده و نتیجه گرفته شد که با افزایش سطح آگاهی زنان در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری و همچنین مشارکت مردان در بهداشت باروری بتوان از میزان بارداری‌های ناخواسته کاست (۲۰). این امر با نتایج پژوهش حاضر که شیوع بارداری ناخواسته را ۱۹% برآورد کرده است همخوانی دارد. این گروه بیشترین عدم رضایت از آموزش و اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت را داشته‌اند. در سال‌های اخیر باوجود پیشرفت بالای رسانه‌های جمعی و تبادل اطلاعات این نقیصه بسیار چشمگیر است و نیازمند تمهیدات بیشتری می‌باشد.

شهبازین و غلامی از یافته‌های پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که سن زنان و نوع روش‌های پیشگیری تأثیر مهمی بر بارداری ناخواسته دارند؛ بنابراین با افزایش آگاهی زنان در مورد این روش‌ها می‌توان وقوع این نوع بارداری‌ها را کاهش داد که تأثیر سن بر نیاز به آموزش را مورد تأکید قرار داده است (۲۱).

در پژوهش حاضر ۸۳% زنان تصمیم‌گیری در مورد فرزند آوری را یک مسئله شخصی دانسته‌اند و تبعیت از سیاست‌های دولت را در آن دخیل نمی‌دانند که بامطالعه فرخ اسلاملو و همکاران در ارومیه مطابقت دارد (۲۲).

نتایج پژوهش فرخ اسلاملو و همکاران نیز نشان داد که حدود ۸۵ درصد مردان و ۹۰ درصد زنان در شرف ازدواج، روی خوشی به تشویق‌های اقتصادی و اجتماعی اعلام‌شده از طرف ارگان‌های دولتی نشان نداده‌اند و تمایلی ندارند تحت تأثیر سیاست‌های تشویقی افزایش فرزند آوری، زمان انتظار برای تولد اولین فرزند یا تعداد مورد دلخواه فرزندان خود را افزایش دهند (۲۲).

بر اساس یافته‌های حسینی و همکاران در سیاست‌گذاری‌های جمعیتی جدید، سیاست‌های تشویقی برای افزایش موالید عمدتاً بایستی معطوف و متمرکز برزنان ازدواج‌کرده‌ی بی‌فرزند یا صاحب یک فرزند باشد (۲۳).

نتایج پژوهش مطلق و همکاران نشان داده است که بالا رفتن سن زنان، مشکلات اقتصادی و مخالفت همسر از دلایل مهم عدم تمایل به فرزند آوری می‌باشد. یافته‌های مطالعه نشان داد حدود ۶۰ درصد زنان باوجود داشتن قابلیت باروری، هیچ تمایلی به فرزند آوردن بعدی نداشتند و میزان عدم تمایل در قومیت‌های مختلف متفاوت بود (۲۴). این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر در مورد علت عدم تمایل زنان به فرزند آوری مطابقت دارد. در پژوهش حاضر بیشترین عامل عدم تمایل به باروری، مشکلات اقتصادی به‌تنهایی و یا در اشتراک با عوامل دیگر برشمرده شده و منابع محدود کشوری، مسکن، مشکلات اجتماعی و اشتغال زنان به‌عنوان عوامل دیگر عنوان‌شده‌اند.

در پژوهش نینوایی و همکاران مولفه های متعددی با استفاده از الگوی سلامت بهداشت مادران برگرفته از کشورهای توسعه یافته در ارتقای سلامت مادران و افزایش داوطلبانه موالید موثر است که یکی از آنها دسترسی همگان به خدمات تنظیم خانواده است که در این پژوهش نیز زنان از عدم دسترسی آزاد و استفاده داوطلبانه از وسایل

پیشگیری از بارداری رضایت کافی نداشته اند(۲۵).
به نظر می‌رسد اگر دولت بخواهد در امر تشویق به فرزند آوری و افزایش موالید کشور موفق باشد باید ابتدا مشکلات اقتصادی و اجتماعی جامعه را برطرف ساخته تا خانواده‌ها به افزایش موالید تشویق شوند زیرا مطابق یافته‌های پژوهش، عشق به فرزند و تجربه مادر شدن مهم‌ترین انگیزه برای باروری بوده و الزام آن و تغییر سیاست‌های کشور را زیاد در تصمیم‌گیری مؤثر ندانسته‌اند. بسیار خوب است که با توجه به این نتایج، آموزش و آگاهی از تنظیم خانواده و کنترل جمعیت به میزان کافی و باکیفیت به مراجعین داده شود، وسایل پیشگیری از بارداری بدون محدودیت و کمافی‌السابق در اختیار زنان گذاشته شود و توبکتومی و وازکتومی نیز برای متقاضیان دارای عدم تمایل به بارداری مجاز بوده تا مردم خودآگاهانه تعداد و بعد خانوار را تعیین کرده باشند. درنتیجه علاوه بر کاهش بارداری ناخواسته و عواقب و پیامدهای نامطلوب آن (چه در صورت ادامه و چه در صورت ختم بارداری)، انتخاب آگاهانه بعد خانوار را به خود افراد و با برآورد آن‌ها از امکانات جامعه واگذار کرد. بدیهی است در کنار آگاهی، ایجاد رفاه اقتصادی و اجتماعی مطمئناً تمایل به باروری و خانواده پرجمعیت‌تر را در پی خواهد داشت. افزایش بعد خانوار که با انتخاب آگاهانه و تمایل والدین باشد قطعاً سلامت و شادابی بیشتری برای جامعه به ارمغان خواهد آورد تا بارداری که ناخواسته بوده و از روی ناآگاهی و یا به علت عدم دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری اتفاق می‌افتد.

مراجع

1. Zare S, Hashemi H. Investigation of the effect of religion on population policies and fertility. The Journal of Islamic and Social Sciences 2014;5(10):81-98. (In Persian)

2. Foladi M. Reflections on population control policy and its consequences.Marifat-I Farhangi Ejtemaii 2011; 3(1):153-180. (In Persian)

3. AmirAhmadi H, Nikpour F. Population growth and social economic development. Political Economic Information 1990; 2 (40):47-57. (In Persian)

4. http://jamyat.farhangoelm.ir

5. HeidariS, Zanjani H, Sarokhani B. A Research Journal on Social Work 2015; 2(5): 1-48. (In Persian)

6. Samiie Nasab M and Torabie M. Indicators and Demographic Policies in Iran, Second Quarterly Reports, 2010; 7(11, 12):143-188. (In Persian)

7. http://rc.majlis.ir/fa/law

8. Statistical Centre of Iran. Selection of population and housing census.1st ed. Tehran: Office of the Head, Public Relations and International Cooperation; 2017.

9. Amani M. The foundations of demography.4TH ed. Tehran: Organization for the Study and Compilation of Humanities Books of Universities (SAMT); 2014. (In Persian)

10. Blake J. Demographic science and the redirection of population policy. J Chronic Dis 1965;18(11):1181-200.

11. Takaffoli M, Sabzi Khoshnam M. Family Welfare Policies in Iran, Comparative Study of Development Programs. Quarterly Journal of Social Work 2015;4(1):38-51.

12. McCarthy, Ribbens & Rosalind, Jane Edwards (1390). Key concepts in family studies. Translated by M.M. Labibi. Tehran: Elm Publication .

13. Mashhadi A, Faryadi M. The Impact of legislative Policy on the Rate of Population Growth in Iran. Gender and Family Studies 2015; 3(1): 67-91. (In Persian)

14. Pakgohar M, Rahimikian F, Mehran A, Mohammadi T. Quality assessment of family planning counseling in health and treatment centers, affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Hayat 2002; 8 (2) :62-71

15. Salarvand, Sh, Bahri N, Heidari S and Khadiv M. Assessing Quality of the Pre-marriage Family Planning Consulting Classes: Viewpoints of Participant Couples. Journal of Isfahan Medical School 2011; 29(128):138-146. (In Persian)

16. Roushani A, Kiani SA, Mokhtari F, Sedighi A. A Study on Knowledge, Attitude and Performance of Teachers in Rasht-City Concerning Family Planning and Contraceptive Methods. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2004; 13 (49) :33-38. (In Persian)

17. Aghababaei S, Bakht R, Moien R. Study of Contraceptives Used in Unwanted Pregnancies. SSU_Journals 2010;18(3):307-14.

18. Zanjani H. A comparative study of Effective Factors on Women's Reproductive Health among Dorood and Koohdasht Residents. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2015;22(6):103-14.

19. Ganjouei TA, Karim Zadeh Z, Faramarzi Gohar A, Hosseini-Zijoud SS, Hosseini-Zijoud SM. Unwanted pregnancy and related causes in pregnant women in Kerman, 2013. Pajouhan Scientific Journal 2015;13(4):19-26.

20. Zaheri F, Ranaie F, Hashemi nasab L, Karimeh R, Shahoi R. Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Women who referred to Sanandaj Health Centers in 2011. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2015; 17(132): 10-15. (In Persian)

21. Shahbazin S, Gholami A. Prevalence of Unintended Pregnancy and Its Related Factors in Kermanshah, Kangavar city (west Iran). Journal of Community Health Research 2015;4(1):19-28.

22. Farrokh Eslamlou HR, Moghaddam Tabrizi F, Moeini SR, Vahabzadeh Z. Pre-marriage couplesfertility attitude following recent childbearing persuasive policies in Iran. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2013;11(10):836-46.

23. Hosseini H, Bagi B. Culture and Childbirth: A Study of the Kurdish Women's Fertility Tendencies in Mahabad. Women's Strategic Studies 2013; 15(58):121-161. (In Persian)

24. Motlagh ME, Eslami M, Taheri M, Nasrollahpour Shirvani SD. Factors affecting the fertility preferences in Iranian ethnic groups. The J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016;14(6):485-95.

25. Neinavaie M, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raieesi P. A comparative study of maternal and child health services management in selected developing a model for Iran. 2016;33(4):297-309.