

سیاست‌های مشوق باروری و نقش آن در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان سنین باروری شهر سنندج، سال ۱۳۹۵

دکتر فریده خلج‌آبادی فراهانی^{۱*}، شهرام خزانی^۲

۱. دانشیار گروه جمعیت و سلامت، مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۰۶

خلاصه

مقدمه: در پاسخ به روند سریع کاهش باروری در ایران در دهه‌های اخیر، سیاست‌های مشوق باروری در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ ابلاغ گردید و تغییرات مهمی در محدود کردن برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور رخ داده است، در حالی که مشخص نیست این سیاست‌ها چه تأثیری در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری داشته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش سیاست‌های مشوق باروری در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و همچنین نگرش زنان در خصوص تغییر در دسترسی، کیفیت، هزینه و ترویج روش‌های پیشگیری از بارداری پس از معرفی سیاست‌های فوق انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقایسه‌ای، یک پیمایش مبتنی بر جمعیت است که در تابستان ۱۳۹۵ در بین ۴۵۴ زن ۱۵-۴۹ ساله همسر دار در شهرستان سنندج انجام شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام گرفت. آخرین روش پیمایش سنندج (نمونه: ۴۵۴ زن) با داده‌های متناظر در پیمایش جمعیت و سلامت استان کردستان (نمونه: ۲۶۰ زن) در سال ۱۳۸۹ مقایسه گردید. همچنین نگرش زنان سنندج در خصوص تغییرات در عرضه، کیفیت و هزینه روش‌های پیشگیری از بارداری بررسی شده و عوامل مرتبط با نگرش زنان با استفاده از آزمون‌های تی تست و کای دو مورد تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که در دوره ۹۵-۱۳۸۹، شیوع روش‌های مدرن از ۸۱/۲٪ به ۶۴/۷٪ کاهش یافته بود، در حالی که شیوع روش منقطع از ۱۹٪ به ۳۶٪ افزایش و برعکس لوله بستن زنان از ۲۴/۴٪ به ۴٪ کاهش یافته بود. همچنین استفاده از IUD و کاندوم افزایش واضحی را نشان می‌داد (به ترتیب از ۱۹٪ به ۲۶/۳٪ و از ۱۱٪ به ۱۵/۱٪). در پیمایش ۱۳۹۵، دسترسی، کیفیت و ترویج و اطلاع‌رسانی روش‌های پیشگیری کاهش یافته و هزینه تهیه روش‌های پیشگیری از نگاه زنان سنین باروری نسبت به ۲ سال قبل، افزایش یافته بود. زنان از طبقات اجتماعی اقتصادی پایین‌تر، نگرانی بیشتری از افزایش هزینه و کاهش کیفیت روش‌های پیشگیری داشتند.

نتیجه‌گیری: الگوی روش‌های پیشگیری از بارداری از روش‌های مطمئن به روش‌های غیرمطمئن تغییر کرده است. عواقب بهداشتی نامطلوب محدودیت تنظیم خانواده متعاقب سیاست‌های جدید بر اقشار آسیب‌پذیر جامعه بیشتر خواهد بود که نیازمند توجه سیاست‌گذاران سلامت و مداخلات مناسب می‌باشد.

کلمات کلیدی: ایران، روش‌های پیشگیری از بارداری، زنان، سنندج، سیاست مشوق جمعیتی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فریده خلج‌آبادی فراهانی؛ مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۵۰۶۵۶۳۱؛ پست الکترونیک: faridehfarahani2@gmail.com

مقدمه

امروزه جمعیت و تحولات آن بیشتر از گذشته مورد توجه سیاست‌گذاران اقتصادی- اجتماعی جمعیتی و مسئولان بهداشتی قرار گرفته است. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که دولت با معرفی سیاست‌های جدید جمعیتی بر تحولات جمعیتی تأثیرگذار است. ایران طی سه دهه اخیر، تحولات مهمی اجتماعی، اقتصادی و جمعیت‌شناختی را تجربه کرده که موجب تأثیرات قابل توجهی بر ساختار سنی جمعیت شده است (۱). یکی از تحولات مهم جمعیتی، کاهش سریع باروری بوده است؛ به طوری که کاهش باروری کل در ایران از سال ۱۳۶۴ آغاز شد و از سطح ۵/۵ در سال ۱۳۶۷ به سطح جانشینی (۲/۱) در سال ۱۳۷۹ رسید و در سال ۱۳۸۵، به زیر سطح جانشینی کاهش یافت (۲). در پاسخ به این کاهش سریع باروری، سیاست‌های مشوق باروری و افزایش جمعیت در اردیبهشت سال ۱۳۹۳ در ایران ابلاغ گردید. از آنجایی که بخش مهمی از کاهش باروری، به گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده در سال‌های گذشته نسبت داده شده است، در راستای سیاست‌های مشوق باروری، تغییرات مهمی در محدود کردن برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور رخ داد.

در سال‌های اخیر، برخی با استناد بر سیاست‌های مشوق جمعیتی، بر محدود کردن خدمات تنظیم خانواده تأکید داشتند (۳). یکی از فرضیات این گروه این است که برنامه‌های تنظیم خانواده که با رویکرد فعال توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دهه‌های گذشته اجرا می‌شد، نقش اساسی در کاهش سطح باروری داشته و بر این مبنا استدلال می‌کنند که اگر برنامه‌های تنظیم خانواده متوقف شوند و یا حتی اگر برای ارائه خدماتی از جمله واکتومی، توبکتومی و سقط جنین و حتی تبلیغ برای کنترل جمعیت محدودیت ایجاد شود، میزان باروری افزایش خواهد یافت (۱). هرچند این گروه کمتر به اهمیت برنامه‌های تنظیم خانواده در ارتقاء سلامت مادر و کودک تأکید داشته و مزایای سلامتی ناشی از باروری با فاصله‌گذاری مناسب و در سن مناسب که از اهداف برنامه‌های تنظیم خانواده است، را نادیده می‌گیرند (۱).

استان کردستان، مانند سایر استان‌ها نیز کاهش مهمی را در باروری در سال‌های اخیر تجربه کرده است (۲)؛ به طوری که میزان باروری کل از حدود ۶/۶ در سال ۱۳۶۵ به ۱/۹ در سال ۱۳۷۹ کاهش یافت (۴). برنامه‌های تنظیم خانواده نیز در این استان به طور فعال اجرا می‌شد. از سال ۱۳۶۸، سیاست جمعیتی ایران با عنوان برنامه‌های تنظیم خانواده (سیاست تحدید مولید) و با هدف تعدیل نرخ رشد سالیانه جمعیت به اجرا درآمد، اما با ابلاغ سیاست‌های جدید جمعیتی در سال ۱۳۹۳ با رویکرد افزایش جمعیت و نرخ باروری، وزارت بهداشت نیز تغییراتی در جهت محدود کردن برنامه‌های تنظیم خانواده اعمال کرد؛ به طوری که دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری به طور رایگان برای همگان با محدودیت‌هایی مواجه شد. پیرو ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت و بازنگری در سیاست‌های جمعیتی قبلی، در راستای دستیابی به نرخ باروری کلی در حد جانشینی و اهمیت سلامت مادران در حفظ بنیاد خانواده، وزارت بهداشت ضمن تشویق خانواده‌ها به فرزندآوری و مشاوره فرزندآوری، در برخی موارد مانند ابتلاء مادر به برخی بیماری‌های مزمن یا شرایط خاص گیرنده خدمت، مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت باروری را موظف کرد تا تنها تحت شرایط خاص فوق، با ارائه خدمات تنظیم خانواده رایگان به زنان کمک کند تا بارداری را تا زمان بهبودی نسبی به تعویق اندازد و یا از بارداری پیشگیری به عمل آید. همچنین شرایط سنی خاص (بالای ۳۵ سال و دارا بودن ۳ فرزند و افراد زیر ۱۸ سال) و مادران تا ۲ سال پس از زایمان نیز شرایط دریافت روش‌های پیشگیری رایگان را تحت این دستورالعمل دارا هستند (۵). در همین راستا، برخی از روش‌های پیشگیری دائمی مانند واکتومی یا لوله بستن مردان و توبکتومی یا لوله بستن زنان نیز با ممنوعیت قانونی مواجه شدند.

«با وجود سطح نسبتاً پایین توسعه یافتگی استان کردستان، در سال‌های اخیر میزان باروری در این استان نیز به صورت قابل توجهی کاهش یافته است (۶)؛ به طوری که باروری در استان کردستان حتی پایین‌تر از میانگین باروری کشور است. سنجش، یکی از

شهرستان‌های استان کردستان است که در مرکز این استان واقع شده و دارای باروری خیلی پایین (حدود ۱/۵ فرزند) است (۱).

یک اختلاف عقیده در مورد نقش برنامه‌های تنظیم خانواده در رفتارهای باروری در بین محققین و مسئولین وجود دارد. برخی معتقدند که با قطع خدمات رایگان تنظیم خانواده، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری کمتر شده و نرخ باروری افزایش می‌یابد، درحالی‌که گروهی دیگر معتقد هستند حتی اگر برنامه تنظیم خانواده قطع شود، افراد به هر قیمتی روش‌ها را تهیه می‌کنند و یا روش‌های خود را به سایر روش‌های کمتر مطمئن که نیازی به مراجعه به مراکز تنظیم خانواده ندارد، تغییر می‌دهند. برخی شواهد علمی رابطه بین گسترش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری و کاهش باروری در کشورهای غربی را نشان داده‌اند (۷). از طرف دیگر کنترل باروری به یک عادت تبدیل شده است. به اعتقاد دمنی، وجود یک سیستم تنظیم جمعیت پایدار، می‌تواند سطوح باروری را در جوامع معاصر دچار تحول کرده و ثابت نگه دارد.

برخی مطالعات پیشین به بررسی روند تغییرات الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در دوره‌های زمانی مختلف در سال‌های گذشته پرداخته‌اند. مطالعه طولی حاجیان و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف مقایسه الگوی تغییرات ۷ ساله (۷۹-۱۳۷۳) انجام شد، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در جمعیت روستایی بابل بر اساس اطلاعات موجود از پرونده و دفاتر تنظیم‌خانواده و با نمونه ۴۰۰ نفری از هر سال در زنان ۱۵-۴۹ ساله، تغییرات قابل ملاحظه‌ای را نشان داد؛ به طوری که توبکتومی از ۲۶/۲٪ به ۳۶/۷٪ و کاندوم از ۳٪ به ۷/۵٪ افزایش قابل توجه داشته و همچنین IUD از ۵٪ به ۸/۵٪ نیز افزایش یافته بود، درحالی‌که عدم استفاده از روش پیشگیری از ۲۷/۵٪ در سال ۱۳۷۳ به ۴/۷٪ در سال ۱۳۷۹ کاهش معنی‌داری را نشان داد. درحالی‌که تغییرات در استفاده از قرص (از ۱۷/۵٪ به ۱۸٪) و روش منقطع (از ۱۸/۵٪ به ۲۰٪) در طی ۷ سال از نظر آماری معنادار نبود (۸).

مطالعه علی‌پور و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف

بررسی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در جمعیت روستایی ساری از سال ۸۶-۱۳۸۲ انجام شد، جامعه آماری زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله بوده و از سرشماری و اطلاعات مراکز بهداشتی استفاده شد. این مطالعه نشان داد که استفاده از روش‌های کاندوم، آمپول، وازکتومی و کل روش‌های پیشگیری از بارداری سیر صعودی و استفاده از روش‌های توبکتومی، IUD، قرص، نورپلنت و روش طبیعی سیر نزولی داشتند. این تغییرات برای روش‌های کاندوم، توبکتومی و طبیعی از نظر آماری معنادار بود، ولی برای سایر روش‌ها معنادار نبود. این مطالعه نشان داد که روند کلی استفاده از روش‌های مطمئن در استان و شهرستان ساری رو به رشد بوده، ولی دو روش قرص و لوله بستن در طول مدت مطالعه، روندی کاملاً نزولی و هماهنگ در استان و شهرستان ساری داشته است (۹). این دوره مربوط به اوج برنامه‌های فعال تنظیم خانواده در ایران بود.

همچنین بعد از آن، مطالعه طولی بهبودی‌گندوانی و همکاران (۲۰۱۷) از سال ۹۰-۱۳۸۱ (دوره قبل از سیاست‌های مشوق باروری) در ایران نشان داد که روش‌های سنتی مانند منقطع به‌طور قابل توجهی افزایش یافته، درحالی‌که روش‌های مدرن، روند معکوسی را تجربه کرده است. لوله بستن و IUD کاهش مهمی را نشان داده، درحالی‌که کاندوم افزایش معنی‌داری در طول این دهه داشته است (۱۰). تمام این مطالعات، تغییرات الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را طی سال‌های قبل از معرفی سیاست‌های جدید جمعیتی نشان دادند و نمی‌توانند تغییرات مربوط به سیاست‌های جدید جمعیتی را در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری منعکس نمایند. هرچند بهبودی‌گندوانی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه طولی که به بررسی تغییرات الگوی روش‌های پیشگیری از بارداری بین سال‌های ۹۰-۱۳۸۱ پرداختند، تغییرات فوق را به سیاست‌های مشوق باروری نسبت دادند، ولی با توجه به اینکه در این دوره هنوز برنامه‌های تنظیم خانواده ادامه داشت و

هزینه دسترسی و اطلاع‌رسانی روش‌ها را بررسی نکرده است، لذا مطالعه حاضر با هدف پر کردن خلاء اطلاعاتی فوق انجام شد.

تئوری تبیین نهادی زیربنای نظری این پژوهش است. به اعتقاد مک‌نیکل (۱۹۸۰) و گرین‌هال (۱۹۸۸)، تبیین رفتار باروری از دو دیدگاه: الف) تأثیر سیاست‌های جمعیتی و نهادها در سطح کلان بر رفتار باروری (دیدگاه بالا به پایین) و ب) بررسی رفتارهای باروری در سطح خرد و خانواده‌ها (دیدگاه پایین به بالا) ممکن است. تئوری تبیین نهادی به تحلیل باروری در هر دو سطح خرد و کلان می‌پردازد (۱۸، ۱۹). در دیدگاه اول، سیاست‌های جمعیتی می‌توانند به‌طور بالقوه از سه طریق: ۱- اطلاع از نیازهای موجود جامعه و ایجاد امکانات از طریق کاهش و یا افزایش هزینه اطلاعات و قیمت عرضه به مردم، ۲- استفاده از شیوه‌هایی که کنترل فرزند را قابل قبول نموده و مردم را به کاهش شمار فرزندان تشویق می‌کند و یا برعکس و ۳- فشار اجرایی و سیاسی و استفاده از تشویق‌ها و حمایت‌های اقتصادی برای داشتن فرزندان کمتر و یا بیشتر؛ بر باروری تأثیر بگذارند. مک‌نیکل به نقش دولت و سیاست‌گذاری در اجرای بهتر برنامه‌ها و کیفیت خدمات اشاره نموده و می‌گوید: بدون شک مقامات می‌توانند نقش مهمی در اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های ضروری و کیفیت بهتر خدمات داشته باشند (۱۸). کاربرد تئوری تبیین نهادی، مقایسه دسترسی و هزینه و کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری، در نتیجه سیاست‌های جمعیتی جدید است.

مطالعه حاضر دو هدف را دنبال کرد: ۱- مقایسه الگوی روش‌های پیشگیری از بارداری در پیمایش جمعیت و سلامت سال ۱۳۸۹، (قبل از سیاست‌های مشوق باروری)، با الگوی فوق در سال ۱۳۹۵ (پس از سیاست‌های مشوق باروری)، ۲- بررسی نگرش زنان در پیمایش ۱۳۹۵ در خصوص تغییرات در دسترسی، کیفیت و هزینه روش‌های پیشگیری، ترویج و اطلاع‌رسانی در مورد روش‌های پیشگیری در مقایسه با قبل از سیاست‌های مشوق باروری.

سیاست‌های مشوق باروری آغاز نشده بود، نمی‌توان تغییرات فوق را به این سیاست‌ها نسبت داد (۱۰). عوامل مختلفی در سطح خرد و کلان با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مرتبط است (۱۱). در مطالعه پاشا و همکاران (۲۰۰۱) در پاکستان، عدم دسترسی و کیفیت پایین خدمات و نیز مخالفت‌های اجتماعی، دلیل عدم استفاده از روش‌های پیشگیری معرفی شد (۱۲). در هند، سن زنان، مذهب، موافقت همسر در استفاده از وسیله پیشگیری و ارتباط کلامی زوجین در مورد روش‌های پیشگیری، از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده بود (۱۳). در نپال، مشکلات مربوط به دسترسی و ترس از عوارض جانبی و اجبار خانواده، به‌عنوان مهم‌ترین دلایل در بالا بودن نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده بود (۱۴). در مطالعه عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۲) در یزد، نقش آگاهی از روش‌ها و دسترسی به روش‌ها نشان داده شد (۱۵). در مطالعه تیموری (۱۹۹۷) در استان کردستان بین تحصیلات و آگاهی مردان از روش‌ها نیز ارتباط معنی‌داری نشان داده شد (۱۶). مطالعه رضایی (۲۰۱۲) نیز در کردستان و شهرستان سقز، نشان داد برنامه کنترل موالید با تبلیغ گسترده در سطح شهرها و روستاها نقش مهمی در کاهش باروری در این استان داشته است (۴). برعکس مطالعه عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که سطح آگاهی از وسایل تنظیم خانواده حتی در بین زنان بی‌سواد و روستایی بالاست و حتی اگر استفاده از وسایل تنظیم خانواده مستلزم پرداخت هزینه‌ای باشد، زنان برای برنامه‌ریزی بهتر امور خانواده، به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ادامه می‌دهند (۱۵). مطالعه خلج‌آبادی فراهانی و همکار (۲۰۱۲) نقش مشارکت مردان را در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نشان داد (۱۷). علی‌رغم این مطالعات و تغییرات در ارائه خدمات تنظیم خانواده متعاقب سیاست‌های مشوق باروری، هیچ تحقیقی به مقایسه الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری در قبل از سیاست‌های مشوق جمعیت (سال ۱۳۹۳) با بعد از ابلاغ این سیاست‌ها نپرداخته است و یا نگرش افراد نسبت به تأثیر این سیاست‌ها در دسترسی، کیفیت،

این نتایج از این جهت مهم است که با تداوم سیاست‌های مشوق باروری و محدودیت تنظیم خانواده می‌تواند تغییر رفتار پیشگیری از بارداری را در گروه‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی پیش‌بینی کرده و برآوردهایی از نیازهای برآورد نشده تنظیم خانواده و عواقب ناشی از تغییر رفتار آنها را ارائه دهد. همچنین نوعی ارزیابی از تأثیرات تغییر سیاست‌های تنظیم خانواده ارائه کند و نقش مؤثری در شناخت وضعیت و نتایج سلامتی ناشی از آن برای مادران و کودکان داشته باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقایسه‌ای، یک پیمایش مبتنی بر جمعیت^۱ است که در تابستان ۱۳۹۵ در شهرستان سنندج انجام شد و داده‌های مربوط به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان سنین باروری با داده‌های متناظر در پیمایش سلامت و جمعیت ۱۳۸۹ در استان کردستان، مقایسه گردید. جمعیت آماری در پیمایش سال ۱۳۹۵ را زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله تشکیل دادند (۲۰، ۲۱).

حجم نمونه پیمایش سنندج در سال ۱۳۹۵، ۴۵۴ زن واجد شرایط در پیمایش سنندج بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران و با احتساب ضریب اطمینان ۹۵٪ و دقت احتمالی ۵٪ محاسبه شد. با توجه به دست نبودن تخمینی از شیوع متغیر وابسته یا همان صفت مورد تحقیق در جمعیت آماری، p معادل ۵۰٪ در نظر گرفته شد که حجم نمونه معادل ۳۸۳ نفر به دست آمد که برای افزایش دقت نتایج، حجم نمونه به ۴۵۴ نفر افزایش پیدا کرد.

نمونه‌گیری به صورت پرسشگری درب منزل انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل دارای همسر، سنین ۴۹-۱۵ سال، زندگی در سنندج و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود و نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای سیستماتیک (مشابه

پیمایش جمعیت و سلامت سال ۱۳۸۹) (۲۱، ۱۰) انجام شد.

پرسشنامه شامل سه بخش: ۱- مشخصات اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی پاسخگویان، ۲- تاریخچه باروری و روش‌های پیشگیری از بارداری و ۳- نگرش زنان نسبت به تغییرات در دسترسی، هزینه، کیفیت و اطلاع‌رسانی در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری در سال‌های اخیر بود. سؤالات استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در پیمایش سال ۱۳۹۵، با سؤالات متناظر پیمایش جمعیت و سلامت ۱۳۸۹ سازگار بوده تا مقایسه نتایج امکان‌پذیر باشد، ولی در پیمایش سال ۱۳۹۵، تعدادی گویه و سؤالات نگرشی نسبت به تغییر کیفیت، دسترسی، هزینه و اطلاع‌رسانی در مورد روش‌های پیشگیری اضافه شد که این بخش در پیمایش سال ۱۳۸۹ وجود نداشت. بخش‌های مختلف پرسشنامه پیمایش و سؤالات هر بخش به شرح زیر می‌باشد:

۱- مشخصات اجتماعی - اقتصادی و جمعیتی:

شامل سن (سال)، محل سکونت (شهر، روستا)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی/ نهضت، راهنمایی، دبیرستان، دیپلم/پیش‌دانشگاهی، دانشگاهی، علوم حوزوی)، وضع فعالیت (خانه‌دار، کارمند، دانشجو یا محصل، امور خدماتی، جویای کار مشاغل خانگی، سایر) و میزان درآمد ماهیانه خانواده (کمتر از ۷۰۰ هزار تومان، بین ۷۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان، بالای یک میلیون تومان) بود.

۲- تاریخچه باروری و استفاده از روش‌های

مختلف پیشگیری از بارداری: در این بخش، پس از بررسی وضعیت بارداری، زنان باردار و زنان غیرباردار در زمان مطالعه، هر کدام به سؤالات مختص به خود پاسخ دادند: وضعیت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در زنانی که در زمان مطالعه باردار نبودند، در این بخش پرسش شد. سؤالات عبارت بودند از: "آیا در حال حاضر از روشی برای تأخیر در بارداری یا جلوگیری از آن استفاده می‌کنید؟ اگر بلی، از چه روشی استفاده می‌کنید؟ پاسخ شامل انواع روش‌های پیشگیری از بارداری بود (لوله بستن زنان، لوله بستن

¹ Population Based Survey

مردان، IUD، تزریقی ۱ ماهه، تزریقی ۳ ماهه، نازایی، قرص، کاندوم، روش تداوم شیردهی، روش ریتمی، روش منقطع، سایر، نام ببرید".

۳- نگرش زنان نسبت به تغییر در دسترسی، هزینه، کیفیت، ترویج و اطلاع‌رسانی وسایل پیشگیری از بارداری در ۲ سال گذشته نسبت به قبل: از طریق گویه‌هایی با استفاده از طیف لیکرتی ۵ قسمتی سنجیده شد. گویه‌ها از مصاحبه‌های عمیق که قبل از پیمایش با تعدادی از زنان در سنندج انجام شده بود، استخراج گردید. به‌عنوان مثال: "در دو سال گذشته چند بار به مراکز بهداشتی جهت دریافت وسایل پیشگیری از بارداری مراجعه کردم، ولی وسیله را دریافت نکردم". با استفاده از پاسخ‌های ۵ قسمتی لیکرتی (کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف) به هر گویه نمرات از ۵-۱ داده شد. با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، مقیاس دسترسی بر اساس این گویه‌ها ساخته شد که نمره آن دارای طیف ۲۵-۵ بود. نمره کمتر مقیاس فوق، نشانگر کاهش دسترسی و نمره بیشتر، نشان‌دهنده افزایش دسترسی در سال‌های اخیر بود.

برای سنجش تغییر هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری نیز تعداد ۵ گویه با پاسخ‌های ۵ قسمتی لیکرتی ارائه شد. به‌عنوان مثال "بارها شده که به‌علت گران بودن وسایل پیشگیری از بارداری نتوانستیم آنها را تهیه کنیم". مقیاس هزینه با طیف ۲۵-۵ بر اساس نمرات گویه‌های فوق ساخته شد که نمره بالا، به‌معنای افزایش هزینه تهیه روش‌ها نسبت به قبل و نمره پایین به معنای کاهش هزینه تهیه روش‌ها بود. همچنین یک سؤال مستقیم نیز تغییر هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری را به این شکل پرسید: "به‌نظر شما، هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری در ۲ سال اخیر نسبت به قبل چه تغییری کرده است؟". پاسخ‌ها شامل ۴ گزینه بود (ارزان‌تر شده، تغییر نکرده، گران‌تر شده، نمی‌دانم). جهت سنجش تغییر در کیفیت روش‌های پیشگیری از بارداری از ۴ گویه با پاسخ ۵ قسمتی لیکرتی استفاده شد. به‌عنوان مثال، "بارها شده که به‌علت کیفیت بد (نامناسب) وسایل پیشگیری، از روش طبیعی استفاده

کرده‌ایم". یک سؤال مستقیم نیز تغییر کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری را ارزیابی نمود این سؤال عبارت بود از: "به‌نظر شما، کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری در ۲ سال اخیر نسبت به قبل چه تغییری کرده است؟". پاسخ‌ها عبارت بودند از: ۱. بدتر شده، تغییر نکرده، بهتر شده و نمی‌دانم.

جهت سنجش تغییر در ترویج و اطلاع‌رسانی و مشاور روش‌های پیشگیری از بارداری، ۴ گویه با پاسخ‌های ۵ قسمتی لیکرتی (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) ارائه شد. به‌عنوان مثال "بارها شده که به‌علت نداشتن آگاهی از مزایا و معایب روش‌های پیشگیری مختلف، ما از روش طبیعی استفاده کرده‌ایم"، یک سؤال مستقیم نیز تغییر در اطلاع‌رسانی در مورد روش‌های پیشگیری را به این صورت پرسید: "به‌نظر شما، اطلاع‌رسانی از روش‌های پیشگیری از بارداری در ۲ سال اخیر نسبت به قبل چه تغییری کرده است؟ پاسخ‌ها عبارت بود از: ۱. کمتر شده، ۲. تغییر نکرده، ۳. بیشتر شده، ۴. نمی‌دانم.

بررسی اعتبار و روایی ابزار در پیمایش ۱۳۹۵

اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصین و اساتید بهداشت و جمعیت‌بررسی و تأیید شد. همچنین با انجام پیش‌آزمون مقدماتی پرسشنامه در بین تعدادی زن واجد شرایط در دسترس ارزیابی شد و محاسن و معایب ابزار به‌طور اولیه بررسی گردید. بعد از بررسی پاسخ‌های پیش‌آزمون مقدماتی و انجام تغییرات مقتضی، پیش‌آزمون رسمی بر روی ۴۰ زن سنین باروری در سنندج انجام شد. هدف بررسی الگوی پاسخ‌ها، روان بودن واژه‌ها و قابل فهم بودن آنها، توزیع پاسخ‌ها، شناسایی ابهام در سؤالات و شناسایی سؤالات با پاسخ‌های یکدست بود. پاسخگویان پرسشنامه را تکمیل نموده و در صورت ابهام، پرسشگر برای راهنمایی و شفاف‌سازی در دسترس بود. پس از پیش‌آزمون، برخی سؤالات تکراری حذف شده و برای برخی سؤالات، راهنمایی نوشته شد. برخی سؤالات مربوط به نیازهای برآورده نشده و تمایل به بارداری اصلاح شدند. برخی سؤالات باز، به‌صورت سؤالات چند گزینه‌ای تبدیل شد و در برخی موارد، تغییر واژه‌ها

اتفاق افتاد. به‌عنوان نمونه، روش منقطع با روش طبیعی جایگزین شد. در نهایت بر اساس پیش‌آزمون، تصمیم گرفته شد که برگه راهنما در اختیار پرسشگر باشد که در صورت نیاز برای راهنمایی پاسخگویان استفاده شود. برای بررسی پایایی درونی ابزار، ۴۰ پرسشنامه تکمیل شد و آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های آن محاسبه گردید که ضریب قابل قبولی بود (معیار بالای ۰/۶۵). بر اساس نتایج آن، برخی از گویه‌ها که در صورت حذف شدن موجب افزایش همبستگی درونی مقیاس‌ها می‌شدند، حذف گردیدند. تحلیل عاملی تأییدی نیز برای بررسی روایی مقیاس یا سازه‌ها انجام شد. آزمون کایزر مایر اولکین (KMO)^۱ و تست بارتلت، نیز دلالت بر مناسب بودن تعداد نمونه و تحلیل عاملی بوده و نشان‌دهنده همبستگی مناسب بین گویه‌های هر مقیاس یا سازه به‌عنوان عامل مورد نظر بود. تحلیل عاملی در مورد سازه‌های دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، تغییر هزینه‌های وسایل پیشگیری از بارداری و کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری انجام شد.

روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری پیمایش سنج در سال ۱۳۹۵، دقیقاً منطبق با روش نمونه‌گیری در نقاط شهری و روستایی سنج در پیمایش جمعیت و سلامت ۱۳۸۹ بود تا مقایسه نتایج این دو پیمایش امکان‌پذیر باشد. نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای سهمیه‌ای بود؛ به‌طوری‌که تعداد ۱۸ خوشه در شهرستان سنج انتخاب شدند (۱۴ خوشه شهری و ۴ خوشه روستایی). هر خوشه شامل ۱۰ خانوار بود. پرسشگران زن به بلوک‌های مورد نظر رجوع کرده و در هر بلوک با مراجعه به درب منازل و توضیحات و کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، اقدام به تکمیل پرسشنامه به‌صورت تصادفی از زنان متأهل ۱۵-۴۹ ساله آن بلوک می‌کردند. پرسشنامه‌ها به‌وسیله پرسشگران تکمیل شدند و جمع‌آوری داده‌ها به‌مدت ۲ ماه (تیر و مرداد سال ۱۳۹۵) طول کشید. در مجموع پرسشنامه‌ها برای ۴۵۴ زن سنین باروری در مطالعه سنج در سال ۱۳۹۵ تکمیل گردید. تمام

ملاحظات اخلاقی از جمله کسب رضایت آگاهانه، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه رعایت گردید.

روش نمونه‌گیری پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در ایران^۲ که در سال ۱۳۸۹ انجام شد، خوشه‌ای چند مرحله‌ای طبقه‌بندی شده تصادفی با خوشه‌های مساوی بود (۲۰، ۲۱). در پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در ایران (سال ۱۳۸۹) که بر اساس بررسی خانوار انجام شد، حداقل حجم نمونه مورد نیاز هر استان ۴۰۰ خانوار و حداکثر ۳۰۰۰۰ خانوار تعیین شد. توزیع نمونه بر مبنای تعداد خانوار ساکن در استان صورت گرفت. هر خوشه شامل ۱۰ خانوار تصادفی طبقه‌بندی شده (شهری و روستایی) بود. فهرست خانوارها بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ مشخص شده و چهارچوب نمونه‌گیری در هر استان تعیین شد. در مطالعه حاضر داده‌های مربوط به زنان سنین باروری ۱۵-۲۹ ساله استان کردستان جهت مقایسه با داده‌های متناظر در پیمایش سنج در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور، داده‌های ۲۷۰ نفر از زنان سنین باروری استان کردستان از داده‌های پیمایش ۱۳۸۹ با هماهنگی با مسئولین اجرای پیمایش جمعیت و سلامت (DHS)^۳ در دسترس محقق این پژوهش قرار گرفت. تعداد ۱۰ زن در پیمایش سلامت و جمعیت که سن بیش‌تر از ۴۹ سال داشتند، حذف شدند و اطلاعات ۲۶۳ زن در پیمایش سلامت و جمعیت ۱۳۸۹، با تعداد ۴۵۴ زن سنین باروری در پیمایش ۱۳۹۵ مقایسه گردید.

برای تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی مانند درصد و میانگین و آزمون‌های تحلیل عاملی برای تولید مقیاس‌ها و از آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی درونی مقیاس‌ها استفاده شد. جهت سنجش و مقایسه عوامل مرتبط با نگرش زنان در مورد تغییر در کیفیت روش‌ها، دسترسی و هزینه روش‌ها، از آزمون‌های آنالیز واریانس و تی تست استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

^۲ Iran Multiple Indicator Demography and Health Survey

^۳ Demographic and Health Survey

^۱ Kaiser Meyer Olkins

یافته‌ها

بیشتری را به خود اختصاص دادند (فراوانی ۲۶۰ زن). در واقع می‌توان استدلال کرد که کوهورت سنی ۲۴-۱۵ ساله بعد از ۶ سال، وارد کوهورت سنی ۳۴-۲۵ شده‌اند که قابل انتظار بود. بنابراین میانگین سنی نمونه در پیمایش سال ۹۵ به نسبت نمونه پیمایش سال ۸۹ بالاتر بود (جدول ۱).

مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پیمایش ۱۳۹۵ با نمونه پیمایش سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹، نشان داد که در پیمایش سال ۸۹، بیشترین درصد پاسخگویان (۵۰/۲٪) مربوط به گروه سنی ۲۴-۱۵ ساله بود (تعداد ۱۳۲ زن)، درحالی‌که در پیمایش ۱۳۹۵، یعنی ۶ سال بعد، گروه سنی ۳۴-۲۵ ساله (۵۷٪) سهم

جدول ۱- مقایسه متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی نمونه در پیمایش ۱۳۹۵ و ۱۳۸۹

پیمایش سلامت و جمعیت		پیمایش سنج	
سال ۱۳۸۹؛ داده‌های کردستان (نمونه=۲۶۳)		سال ۱۳۹۵ (نمونه=۴۵۴)	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۲ (۵۰/۲)	۵۲ (۱۱/۵)	۱۵-۲۴	۲۵-۳۴
۵۶ (۲۱/۳)	۲۶۰ (۵۷/۳)	۳۵-۴۴	۴۵-۴۹
۵۱ (۱۹/۴)	۱۲۲ (۲۶/۹)	شهری	محل سکونت
۲۴ (۹/۱)	۲۰ (۴/۴)	روستایی	زیردیپلم
۲۰۷ (۷۸/۷)	۳۱۰ (۶۸/۳)	دیپلم	تحصیلات
۵۶ (۲۱/۳)	۱۴۴ (۳۱/۷)	دانشگاهی	کل
۱۵۳ (۵۸/۲)	۱۷۷ (۳۹/۰)		
۵۷ (۲۱/۷)	۱۶۱ (۳۵/۵)		
۵۳ (۲۰/۱)	۱۱۶ (۲۵/۶)		
۲۶۳ (۱۰۰)	۴۵۴ (۱۰۰)		

استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در زنان

سنین باروری سنج در پیمایش سال ۱۳۹۵

از بین کل زنان سنین باروری، حدود ۳۹۵ نفر (۸۷٪) از یکی از روش‌های پیشگیری مدرن و یا سنتی در زمان مطالعه استفاده می‌کردند. به عبارتی ۵۹ نفر (۱۳٪) از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند. در بین زنانی که در زمان مطالعه روش پیشگیری استفاده می‌کردند، حدود ۲۵۷ نفر (۶۵٪) زنان از روش‌های مدرن و ۱۳۸ نفر (۳۵٪) از روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری مانند روش منقطع یا طبیعی استفاده می‌کردند. به تفکیک نوع روش، بیشترین روش مورد استفاده در زنان، روش منقطع (۳۳٪) بود. پس از روش منقطع، IUD بیشترین شیوع را در زنان داشت (۲۵٪)، و پس از آن روش کاندوم بود (۱۵/۱٪). فقط ۷/۳٪ زنان از قرص‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند.

در پیمایش سال ۱۳۹۵، ۳۱۰ نفر (۶۸/۳٪) زنان شهری و ۱۴۴ نفر (۳۱/۷٪) روستایی بودند. یافته‌ها از عمومیت سوادآموزی در میان پاسخگویان حکایت داشت. زنان با تحصیلات دانشگاهی از حدود ۲۰٪ در سال ۱۳۸۹ به حدود ۲۵/۶٪ در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته که می‌تواند نشانگر این باشد که سطح تحصیلات دانشگاهی در زنان در طول ۶ سال افزایش یافته است (جدول ۱). پیمایش ۹۵ همچنین نشان داد که حدود ۸۶ نفر (۱۹٪) زنان شاغل و حدود ۳۶۵ نفر (۸۰٪) خانه‌دار بودند که این سطح پایین اشتغال زنان را در سطح شهرستان نشان می‌دهد. درآمد خانوار حدود ۳۶۵ نفر (۸۰٪) از پاسخگویان در زمان مطالعه، کمتر از یک میلیون تومان بود که بیانگر وضعیت پایین درآمدی در سطح شهرستان است (جدول ۱).

مقایسه الگوی استفاده از روش پیشگیری از بارداری در داده‌های کردستان در پیمایش سلامت و جمعیت ۸۹ با پیمایش سنندج سال ۹۵ بر اساس نتایج مطالعه حاضر روش لوله بستن به‌طور معنی‌داری در سال ۱۳۹۵، یعنی پس از سیاست‌های جمعیتی مشوق باروری در مقایسه با سال ۱۳۸۹ (قبل از سیاست‌های مشوق باروری) کاهش یافته بود، ولی IUD و کاندوم و روش‌های طبیعی افزایش چشم‌گیری داشته است. برعکس شیوع استفاده از قرص از ۱۹/۷٪ در سال ۱۳۸۹ به ۱۷/۶٪ در سال ۱۳۹۵ کاهش یافته بود. در مجموع، به نظر می‌رسد که با تغییر سیاست‌های جمعیتی، شیوع استفاده از روش‌های دائمی پیشگیری از

بارداری روند کاهشی داشته، هرچند شیوع IUD افزایشی در حدود ۷/۵٪ را نشان می‌داد و روش کاندوم نیز افزایشی در حدود ۶٪ داشت. برعکس روش‌های سنتی مانند منقطع، تداوم شیردهی و ریتمی افزایش نشان می‌دادند، به‌خصوص افزایش روش منقطع بسیار قابل توجه بود (حدود ۱۵٪ افزایش). روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری در داده‌های کردستان پیمایش جمعیت و سلامت (DHS) در سال ۱۳۸۹، ۱۹/۶٪ گزارش شد، درحالی‌که در پیمایش سنندج در سال ۹۵، ۳۶/۵٪ از زنان از روش سنتی به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند که این رقم حدود ۱۷٪ افزایش یافته بود (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه الگوی استفاده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری در پیمایش سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹ (داده‌های استان کردستان) و پیمایش سنندج ۱۳۹۵ (درصد)

روش‌های سنتی	روش‌های مدرن	منقطع	ریتمی	تداوم شیردهی	کاندوم	قرص	توزیقی سه ماهه	IUD	واژکتومی	توبکتومی	پیمایش سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹، داده‌های استان کردستان
۱۹/۶	۸۱/۲	۱۸/۹	۰/۳	۰/۳	۱۰/۸	۱۹/۷	۵/۸	۱۸/۶	۱/۳	۲۴/۲	پیمایش سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹، داده‌های استان کردستان
۳۶/۵	۶۴/۶	۳۳/۸	۱/۵	۰/۸	۱۵/۱	۱۷/۶	۲/۳	۲۵/۹	۱/۳	۴/۱	پیمایش سنندج سال ۱۳۹۵
+۱۶/۹٪	-۱۶/۶٪	+۱۴/۹٪	+۱/۲٪	+۰/۵٪	+۵/۷٪	-۲/۱٪	-۳/۵٪	+۷/۴٪	۰/۰	-۲۰/۰٪	تغییرات بین سال‌های ۸۹ تا ۹۵

نکته: روش‌های مدرن شامل: لوله بستن زنان، لوله بستن مردان، IUD، تزریق، قرص، کاندوم و روش‌های سنتی شامل: روش تداوم شیردهی، روش ریتمی (تقویمی) و روش منقطع.

مقایسه روند تغییرات روش‌های پیشگیری از بارداری در سال‌های قبل از ابلاغ سیاست‌های مشوق باروری

جدول ۳ به مقایسه الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در دوره‌های مختلف زمانی بر اساس مطالعات مختلف در جوامع آماری متفاوت می‌پردازد. داده‌های مربوط به جمعیت روستایی بابل در دوره زمانی ۱۳۷۳-۷۹ از مطالعه طولی حاجیان (۲۰۰۳) (۸) و در جمعیت روستایی ساری در سال‌های ۸۶-۱۳۸۳ از مطالعه علی‌پور (۲۰۰۹) (۹) استخراج شده است. اطلاعات مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان ۴۹-۱۵ ساله شهر تهران در دوره سال‌های ۹۰-۱۳۸۱ از مطالعه بهبودی گندوانی و همکاران (۲۰۱۷) (۱۰) و الگوی فوق در زنان سنین باروری در طول دوره

۹۵-۱۳۸۹ بر اساس داده‌های مطالعه خزایی (۲۰۱۸) (۲۲) استخراج شده است. بر اساس این جدول، علی‌رغم اینکه روش‌های مدرن پیشگیری در دوره ۷۹-۱۳۷۳ روندی افزایشی داشته است (۸)، ولی از سال ۹۰-۱۳۸۲، استفاده از IUD و قرص، روند کاهشی و استفاده از کاندوم و روش منقطع روند افزایشی داشته است. در واقع روش‌های مدرن، سیر کاهشی خود را از قبل از سیاست‌های جمعیتی شروع کرده بودند، ولی در دوره ۹۵-۱۳۸۹ که در این دوره تحولات مربوط به سیاست‌های مشوق باروری اتفاق افتاد و محدودیت برنامه‌های تنظیم خانواده اعمال گردید، IUD مجدداً روند افزایشی پیدا کرد، درحالی‌که قرص همچنان به‌روند کاهشی خود ادامه می‌داد.

جدول ۳- تغییرات الگوی روش‌های پیشگیری از بارداری در جامعه روستایی بابل (۷۹-۱۳۷۳) و جامعه روستایی ساری (۸۶-۱۳۸۲)، زنان سنین باروری تهران (۹۰-۱۳۸۱)، زنان سنین باروری سنندج (۹۵-۱۳۸۹)

دوره زمانی	جامعه مورد مطالعه	لوله بستن	واژکتومی	IUD	تزریقی سه ماهه	قرص	کاندوم	نورپلنت	روش منقطع	عدم استفاده از روش	روش‌های مدرن	روش‌های سنتی
۶۴-۱۳۸۱	جمعیت روستایی بابل ^۱	*+۱/۰۵	-	*+۱/۸۵	-	+۱/۰۵	*+۱/۳۵	+۱/۵	*-۱/۲۳/۵	-	-	-
۶۷-۱۳۸۱	جمعیت روستایی ساری ^۲	*-۱/۳/۹۵	+۱/۰۳	-۱/۰۲۹	+۱/۱۱۹	-۱/۱۳۵	*+۱/۵۷	-۱/۰۰۲	*-۱/۲/۵۶	-	-	-
۹۰-۱۳۸۱	زنان ۱۵ ساله ^۳	**+۱/۲/۲	-۱/۰۵	**+۱/۹/۴	-۱/۰۲	**+۱/۹/۰	**+۱/۱۱/۰	-	**+۱/۸/۹	-۱/۱/۶	**+۱/۱۰/۴	**+۱/۸/۹
۹۵-۱۳۸۹	زنان سنین باروری سنندج ^۴	-۱/۲/۰	۰/۰	+۱/۷/۴	-۱/۳/۵	-۱/۲/۱	+۱/۵/۷	-	+۱/۱۴/۵	-	-۱/۱۶/۶	+۱/۱۶/۹

**p<۰/۰۰۱، *p<۰/۰۵

عوامل اقتصادی اجتماعی مرتبط با نوع روش پیشگیری از بارداری

بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، استفاده از قرص پیشگیری از بارداری در زنان روستایی به‌طور معناداری بیشتر از زنان شهری بود (۲۴٪ در برابر ۱۴/۷٪، p<۰/۰۵)، در حالی که استفاده از کاندوم در زنان روستایی به‌طور معناداری کمتر از زنان شهری بود (۸٪ در برابر ۱۸/۴٪، p<۰/۰۱). از نظر گروه سنی، تنها روشی که با سن ارتباط معناداری را نشان داد، روش منقطع بود که به‌طور معناداری در زنان سنین جوان‌تر ۳۴-۱۵ سال بیشتر از زنان سنین ۴۹-۳۵ سال بود (p<۰/۰۵). تحصیلات با استفاده از کاندوم و روش منقطع ارتباط معنادار قوی را نشان داد؛ به‌طوری که در زنان با تحصیلات بالاتر، استفاده از روش‌های کاندوم و منقطع به‌طور معناداری بیشتر از زنان با تحصیلات کمتر بود. حدود یک سوم (۳۰٪) زنان با تحصیلات دانشگاهی از کاندوم استفاده می‌کردند، در حالی که فقط حدود ۸٪ از زنان با تحصیلات کمتر از دبیرستان، کاندوم استفاده می‌کردند (p<۰/۰۰۱). همچنین روش منقطع نیز در زنانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند، به‌طور معناداری بیشتر از زنان با تحصیلات کمتر بود (p<۰/۰۵). رابطه بین اشتغال و روش پیشگیری از بارداری نشان داد که روش قرص به‌طور معناداری در زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل بود (۱۹/۶٪ در برابر

۹/۵٪، p<۰/۰۵)، برعکس روش کاندوم در زنان شاغل به‌طور معناداری بیشتر از زنان غیرشاغل بود (۲۸/۴٪ در برابر ۱۲/۰٪، p<۰/۰۰۱). در نهایت، مصرف قرص در زنانی که از نظر اقتصادی ضعیف بودند (درآمد کم) به‌طور معناداری بیشتر از زنان با وضعیت اقتصادی بهتر (درآمد بالاتر) بود (p<۰/۰۵). برعکس، استفاده از کاندوم برای پیشگیری از بارداری در زنانی که درآمد بهتری داشتند، به‌طور معناداری بیشتر از زنانی بود که درآمد کم داشتند.

در پیمایش سال ۱۳۹۵ همچنین نشان داده شد که در بین زنان استفاده کننده از روش‌های پیشگیری از بارداری، فقط ۲۹/۵٪ زنان آخرین روش پیشگیری خود را از مراکز دولتی تهیه کرده، ۳۶/۱٪ از مراکز خصوصی و ۳۴/۳٪ از سایر مراکز تهیه نمودند؛ یعنی بیش از دو سوم زنان وسایل پیشگیری خود را از مراکز غیردولتی تهیه می‌کردند (۶۹/۵٪). این امر می‌تواند مربوط به تغییر سیاست‌های جمعیتی و برنامه‌های تنظیم خانواده رایگان پس از معرفی سیاست‌های جمعیتی باشد. همچنین بر اساس جدول ۴، مهم‌ترین منبع تهیه وسایل پیشگیری از بارداری در زنان روستایی، زنان با تحصیلات کم، با درآمد پایین و خانه‌دار، مراکز بهداشتی دولتی بود و برعکس در شهرها، زنان تحصیل کرده و جوان، شاغل و با درآمد بالا، وسایل پیشگیری از بارداری خود را بیشتر از مراکز خصوصی تهیه می‌کردند.

جدول ۴- الگوی استفاده از روش‌های شایع پیشگیری از بارداری در زنان سنین باروری به تفکیک برخی از متغیرهای اجتماعی اقتصادی، پیمایش سنندج، سال ۱۳۹۵ (تعداد=۴۱۴)

محل تهیه وسایل پیشگیری از بارداری (درصد)	منقطع		کاندوم		IUD		قرص		تعداد						
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد							
سایر	۳۴/۲	۴۰/۷	۲۵/۱	۳۳/۱	۸۸	۱۸/۴	۴۹	۲۷/۵	۳	۱۴/۷	۳۹	۲۸۶	محل شهری		
	۳۴/۷	۲۵/۸	۳۹/۵	۳۵/۲	۴۴	۸/۰	۱۰	۲۲/۴	۲۸	۲۴/۰	۳۰	۱۲۸	سکونت روستایی		
سطح معنی‌داری											۰/۰۰۴	۰/۳۸۱	۰/۰۰۴	۰/۱۶۹	۰/۰۱۸
گروه سنی	۳۵/۰	۴۲/۵	۲۲/۵	۳۰/۰	۱۲	۱۵/۰	۶	۲۰/۰	۸	۲۷/۵	۱۱	۱۵-۲۴			
	۳۸/۴	۳۷/۰	۲۴/۷	۳۹/۲	۸۷	۱۴/۰	۳۱	۲۷/۶	۶۱	۱۶/۲	۳۶	۲۵-۳۴			
	۲۷/۳	۳۲/۰	۴۰/۶	۲۵/۶	۳۳	۱۷/۱	۲۲	۲۴/۸	۳۲	۱۷/۱	۲۲	۳۵-۴۹			
سطح معنی‌داری											۰/۰۲۰	۰/۰۳۰	۰/۷۳۸	۰/۵۵۵	۰/۲۲۱
تحصیلات	۲۸/۴	۲۸/۴	۴۳/۲	۲۷/۴	۴۳	۸/۳	۱۳	۳۱/۴	۴۹	۱۸/۵	۲۹	۱۶۱	ابتدایی/راهنمایی		
	۳۷/۳	۳۴/۳	۲۸/۴	۳۴/۸	۴۷	۱۱/۹	۱۶	۲۵/۲	۳۴	۲۲/۲	۳۰	۱۵۰	متوسطه و دیپلم		
	۳۹/۸	۵۰/۰	۱۰/۲	۴۲/۴	۴۲	۳۰/۳	۳۰	۱۸/۲	۱۸	۱۰/۱	۱۰	۱۰۳	دانشگاهی		
سطح معنی‌داری											۰/۰۰۰	۰/۰۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۶۲	۰/۰۵۲
وضعیت اشتغال	۳۳/۹	۳۳/۹	۳۲/۳	۳۳/۸	۱۰۷	۱۲/۰	۳۸	۲۵/۹	۸۲	۱۹/۶	۶۲	۳۳۵	خانه‌دار		
	۳۶/۵	۴۴/۶	۱۸/۹	۳۳/۸	۲۵	۲۸/۴	۲۱	۲۵/۷	۱۹	۹/۵	۷	۷۹	شاغل		
سطح معنی‌داری											۰/۰۶۰	۰/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵	۰/۰۲۵
درآمد خانوار	۳۰/۸	۲۶/۷	۴۲/۵	۲۹/۷	۴۴	۵/۴	۸	۲۹/۳	۴۳	۲۴/۳	۳۶	۱۵۴	زیر ۷ میلیون ریال		
	۳۹/۷	۳۵/۹	۲۴/۴	۳۸/۶	۶۱	۱۶/۵	۲۶	۲۳/۴	۳۷	۱۴/۶	۲۳	۱۶۹	۷-۱۰ میلیون ریال		
	۳۰/۶	۵۱/۸	۱۷/۶	۳۱/۸	۲۷	۲۹/۴	۲۵	۲۴/۷	۲۱	۱۱/۸	۸۵	۹۱	بالای ۱۰ میلیون ریال		
سطح معنی‌داری											۰/۰۰۰	۰/۲۳۶	۰/۰۰۰	۰/۴۸۹	۰/۰۲۲

نکته: درصدها سطری بوده و زنانی که در زمان مطالعه باردار نبودند و از یک روش پیشگیری استفاده می‌کردند، در این بررسی در نظر گرفته شدند.

سخت‌تر شده است". این موضوع می‌تواند بیانگر ادراک زنان از سخت‌تر شدن دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری پس از تغییر سیاست‌های جمعیتی باشد. حدود ۳۹٪ پاسخگویان دسترسی به وسایل پیشگیری را در ۲ سال گذشته سخت‌تر اعلام نمودند. حدود ۴۱٪ پاسخگویان قبلاً وسایل را از درمانگاه (مرکز بهداشتی) تهیه می‌کردند، ولی در زمان مطالعه، از داروخانه خریداری نموده که دسترسی این افراد به وسایل را نیز سخت نموده است. ۳۱٪ افراد را پاسخگویان تشکیل می‌دادند که همسر آنها از مراجعه به داروخانه امتناع و در نتیجه دسترسی این زنان به وسایل سخت‌تر می‌شد (جدول ۵).

نگرش زنان سنین باروری در پیمایش سنندج در سال ۱۳۹۵ در خصوص تغییر در دسترسی به روش‌های پیشگیری، هزینه، کیفیت و ترویج و اطلاع‌رسانی روش‌ها در ۲ سال گذشته نسبت به قبل

تغییر در دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری: در پیمایش ۱۳۹۵، نگرش زنان در مورد تغییر در دسترسی به روش‌ها در ۲ سال گذشته نسبت به قبل سنجیده شد که بر اساس آن بیش از نیمی از زنان (۵۷٪) اظهار داشتند که "اخیراً از اطرافیان زیاد شنیده‌اند که این روزها گرفتن وسایل پیشگیری از بارداری از درمانگاه (مراکز بهداشتی) نسبت به قبل

جدول ۵- توزیع درصدی نگرش نسبت به تغییر دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری

انحراف استاندارد	میانگین	کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	گویه
۱/۲۸۳	۳/۰۰	۱۷/۰	۱۲/۱	۴۳/۴	۸/۶	۱۸/۹	۱) در دو سال گذشته، چند بار به مراکز بهداشتی جهت دریافت وسایل پیشگیری مراجعه نموده‌ام، اما وسیله پیشگیری را دریافت نکرده‌ام.
۱/۳۴۱	۳/۱۲	۱۶/۷	۱۳/۹	۳۰/۲	۱۸/۹	۲۰/۳	۲) در دو سال گذشته نسبت به قبل، تهیه وسایل پیشگیری برایمان دشوار شده است.
۱/۲۳۳	۳/۶۰	۹/۰	۷/۷	۲۶/۲	۲۸/۰	۲۹/۱	۳) اخیراً از اطرافیان زیاد شنیده‌ام که این روزها گرفتن وسایل پیشگیری از بارداری از درمانگاه (مراکز بهداشتی) نسبت به قبل سخت‌تر شده است.
۱/۲۷۹	۳/۳۵	۱۰/۴	۱۲/۱	۳۶/۸	۱۳/۷	۲۷/۱	۴) قبلاً من بیشتر اوقات وسایل پیشگیری از بارداری را از درمانگاه (مرکز بهداشتی) تهیه می‌کردم، ولی حالا از داروخانه می‌خرم.
۱/۳۴۲	۲/۸۹	۲۰/۰	۱۸/۵	۳۰/۸	۱۳/۴	۱۷/۲	۵) شوهرم باید جهت تهیه وسایل به داروخانه برود که به علت کم‌رویی، از رفتن به داروخانه و تهیه وسایل خودداری می‌کند.

نکته: طیف نمره هر گویه بین ۵-۱ بوده و گویه‌هایی که میانگین آنها به ۵ نزدیک‌تر است، نشان از دسترسی خوب و گویه‌هایی که نمره آنها به ۱ نزدیک‌تر است، نشانگر دسترسی ضعیف به وسایل پیشگیری از بارداری می‌باشد.

بودند. ۶۷٪ پاسخگویان با گویه‌ای که نشانگر افزایش هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری بود، موافق بودند و ۴۳٪ در صورت عدم تهیه وسایل پیشگیری به علت هزینه، روش طبیعی را جایگزین روش معمول مورد استفاده کرده بودند. نتایج بالا نشان‌دهنده اعتقاد زنان به افزایش هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری نسبت به ۲ سال قبل از مطالعه بود که با توجه به میانگین پایین درآمد خانوارهای شهرستان سمنان قابل تأمل است (جدول ۶).

تغییر در هزینه تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری

نگرش زنان در مورد تغییر هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری نیز نسبت به قبل، نشان داد حدود دو سوم زنان (۶۸٪) معتقد بودند که اخیراً "از دوستان و آشنایان زیاد شنیده‌اند که هزینه وسایل پیشگیری از بارداری بیشتر شده است" و همچنین حدود ۷۴٪ با گویه "به نظر من افراد کم‌درآمد نمی‌توانند هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری را پرداخت کنند"، موافق

جدول ۶- توزیع درصدی نگرش نسبت به تغییر هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری

انحراف استاندارد	میانگین (طیف ۵-۱)	کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	گویه
۱/۵۶۶	۲/۹۶	۲۴/۷	۲۲/۲	۱۳/۲	۱۱/۹	۲۸/۰	۱) بارها شده که به علت گران بودن وسایل پیشگیری نتوانستیم آنها را تهیه کنیم.
۱/۴۷۳	۳/۴۰	۱۸/۵	۸/۶	۱۹/۸	۲۰/۹	۳۲/۲	۲) قبلاً به‌طور رایگان وسایل پیشگیری را از مراکز بهداشتی (درمانگاه) تهیه می‌کردیم، ولی الان باید آنها را از داروخانه‌ها بخریم که گران است.
۱/۳۰۴	۳/۸۱	۱۰/۱	۶/۴	۱۵/۹	۲۷/۱	۴۰/۵	۳) اخیراً از دوستان و آشنایان زیاد شنیده‌ام که این روزها هزینه وسایل پیشگیری از بارداری بیشتر شده است.
۱/۲۱۳	۴/۰۵	۵/۳	۹/۳	۱۱/۵	۲۲/۹	۵۱/۱	۴) به نظر من افراد کم‌درآمد نمی‌توانند هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری را پرداخت کنند.
۱/۵۶۱	۳/۱۴	۲۰/۹	۲۰/۹	۱۳/۴	۱۲/۸	۳۱/۹	۵) بارها شده که به علت گران بودن وسایل پیشگیری، از روش طبیعی استفاده کرده‌ایم.

تغییر در کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری

در خصوص گویه‌های نگرش نسبت به تغییر کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری، افراد بیشترین میزان موافقت را با گویه "از دوستان و آشنایان زیاد شنیده‌ام که این روزها با وجود استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، حامله شده‌اند" (۷۲/۷٪) داشتند. همچنین بیشترین میزان موافقت (۷۹/۵٪) به ترتیب با گویه "به نظر من کسانی که کم‌درآمد هستند، نمی‌توانند وسایل پیشگیری از بارداری باکیفیت را تهیه کنند و

مجبورند از وسایل پیشگیری ارزان و بی‌کیفیت استفاده کنند" داشتند. ۷۱٪ از پاسخگویان با گویه "با وجود استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری حامله شده‌اند" موافق بودند. حدود ۸۰٪ پاسخگویان معتقد بودند "کسانی که کم‌درآمد هستند، نمی‌توانند وسایل پیشگیری از بارداری باکیفیت را تهیه کنند و مجبوراً از وسایل پیشگیری ارزان و بی‌کیفیت استفاده کنند" (جدول ۷).

جدول ۷- توزیع درصدی نگرش در خصوص تغییر کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری (درصد)

گویه	کاملاً موافق	بی‌نظر	مخالف	کاملاً مخالف	میانگین (طیف ۱-۵)	انحراف استاندارد
۱) بارها شده که به علت کیفیت بد (نامناسب) وسایل پیشگیری، از روش طبیعی استفاده کرده‌ایم.	۳۰/۶	۱۶/۷	۱۴/۸	۲۱/۶	۲/۸۰	۱/۵۳۸
۲) قبلاً که وسایل پیشگیری را از مراکز بهداشتی دولتی (درمانگاه) تهیه می‌کردیم به کیفیت آنها اطمینان بیشتری داشتیم نسبت به الان که بیشتر از داروخانه‌ها تهیه می‌کنیم.	۲۴/۷	۲۳/۶	۱۶/۱	۲۲/۵	۲/۹۸	۱/۴۷۷
۳) از دوستان و آشنایان زیاد شنیده‌ام که این روزها با وجود استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، حامله شده‌اند.	۳۹/۹	۳۲/۸	۱۳	۶/۶	۲/۰۹	۱/۲۱۷
۴) به نظر من کسانی که کم‌درآمد هستند، نمی‌توانند وسایل پیشگیری از بارداری باکیفیت را تهیه کنند و مجبورند از وسایل پیشگیری ارزان و بی‌کیفیت استفاده کنند.	۵۵/۱	۲۴/۴	۹/۹	۵/۹	۱/۸۱	۱/۱۲۷

تغییر در اطلاع‌رسانی روش‌های پیشگیری از بارداری

بیش از نیمی از زنان (۵۵٪) با گویه "قبلاً که وسایل پیشگیری از مراکز بهداشتی (درمانگاه) تهیه می‌کردیم، مشاوره کافی برای نحوه استفاده از روش به ما داده می‌شد، ولی الان که از داروخانه می‌خریم، هیچ مشاوره‌ای نمی‌گیریم"، موافق بودند. ۷۴٪ از پاسخگویان

با وجود استفاده از وسایل، از عوارض آنها اطلاعی نداشتند. ۷۶٪ از پاسخگویان با گویه "افرادی که سواد بالایی ندارند، نمی‌توانند اطلاع و آگاهی کامل درباره نحوه استفاده وسایل از پیشگیری از بارداری را به دست آورند"، موافق بودند (جدول ۸).

جدول ۸- توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب نگرش نسبت به تغییر در ارائه مشاوره و اطلاع‌رسانی وسایل پیشگیری از بارداری

گویه	کاملاً موافق	بی‌نظر	مخالف	کاملاً مخالف	میانگین (طیف ۱-۵)	انحراف استاندارد
۱) بارها شده که به علت نداشتن آگاهی از مزایا و معایب روش‌های پیشگیری مختلف، از روش طبیعی استفاده کرده‌ایم.	۳۴/۸	۱۵/۲	۱۰/۸	۱۸/۹	۲/۷۵	۱/۵۷۷
۲) قبلاً وسایل پیشگیری را که از مراکز بهداشتی (درمانگاه) تهیه می‌کردیم، مشاوره کافی برای نحوه استفاده از روش به ما داده می‌شد، ولی الان که از داروخانه می‌خریم، هیچ مشاوره‌ای نمی‌گیریم.	۳۱/۳	۲۳/۶	۱۸/۵	۸/۶	۲/۵۹	۱/۴۵۹
۳) اخیراً از دوستان و آشنایان زیاد شنیده‌ام که این روزها با وجود استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، از عوارض آنها اطلاعی ندارند.	۴۳/۸	۳۰/۰	۱۴/۱	۵/۷	۲/۰۱	۱/۱۷۷
۴) به نظر من کسانی که سواد بالایی ندارند، نمی‌توانند اطلاع و آگاهی کامل درباره نحوه استفاده وسایل از پیشگیری از بارداری را به دست آورند.	۵۲/۲	۲۴/۲	۸/۸	۱۱/۰	۳/۷	۱/۱۷۵

عوامل مرتبط با نگرش زنان نسبت به تغییر در دسترسی، کیفیت و هزینه تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری

به‌منظور بررسی عوامل مختلف مرتبط با نگرش زنان در خصوص تغییر دسترسی، هزینه و کیفیت روش‌ها، از آنالیز واریانس و تی تست استفاده شد که بر اساس نتایج، درک زنان از تغییر دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط معنی‌داری با متغیرهای جمعیت‌شناسی و اجتماعی-اقتصادی مانند سن، محل سکونت، تحصیلات و درآمد نداشت؛ یعنی تغییر دسترسی در همه سنین، شهری و روستایی، مقاطع تحصیلی و اقتصادی یکسان بود، درحالی‌که نمره مقیاس نگرش نسبت به افزایش هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری به‌طور معناداری در زنان ساکن روستا (نمره مقیاس نگرش ۱۸/۷۸)

بیشتر از زنان شهری (۱۶/۷۱) بود. این بدان معناست که زنان روستایی به‌طور معناداری بیشتر از زنان شهری معتقد بودند که هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری نسبت به ۲ سال گذشته افزایش یافته است ($p < 0/001$). همچنین زنان با تحصیلات کمتر، بیشتر معتقد بودند که هزینه تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری افزایش یافته است. میانگین نمره نگرشی در مورد هزینه تهیه روش‌های پیشگیری در زنان با تحصیلات زیردیپلم به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی بود (۱۸ در برابر ۱۵/۷، $p < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج، میانگین نمره مقیاس مربوط به تغییر هزینه تهیه روش‌ها در زنانی که درآمد پایین داشتند، به‌طور معناداری بیشتر از زنانی بود که دارای درآمد بالا بودند (۱۸/۶ در برابر ۱۵/۷، $p < 0/001$) (جدول ۹).

جدول ۹- مقایسه میانگین نمره نگرش نسبت به تغییر دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، هزینه تهیه وسایل پیشگیری، کیفیت وسایل پیشگیری از بارداری نسبت به دو سال قبل از پیمایش، بر حسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی و اقتصادی - اجتماعی در پیمایش ۱۳۹۵ در سندج (N=۴۵۴)^۱

متغیر		تعداد		مقیاس تغییر دسترسی		مقیاس تغییر هزینه تهیه		مقیاس تغییر کیفیت وسایل	
				به وسایل پیشگیری از بارداری (طیف نمره ۵-۲۵)		وسایل پیشگیری (طیف نمره: ۵-۲۵)		پیشگیری از بارداری (طیف نمره: ۲۰-۴)	
				میانگین نمره	SD	میانگین نمره	SD	میانگین نمره	SD
گروه سنی	۲۴-۱۵	۵۵	۱۵/۰۱	۴/۴۸	۱۵/۷۶	۴/۹۱	۱۰/۶۳	۳/۳۹	۳/۳۹
	۳۴-۲۵	۲۹۹	۱۳/۷۸	۴/۴۶	۱۶/۹۷	۴/۸۷	۹/۶۴	۳/۳۰	۳/۳۰
	۴۴-۳۵	۱۴۴	۱۴/۰۹	۴/۶۶	۱۷/۵۰	۵/۳۴	۹/۸۸	۳/۷۷	۳/۷۷
	۴۵ به بالا	۲۲	۱۵/۷۲	۳/۸۶	۱۸/۵۱	۴/۸۶	۹/۱۹	۳/۵۰	۳/۵۰
سطح معنی‌داری		۰/۰۹				۰/۰۸۲		۰/۲۰۴	
محل سکونت	شهر	۴۳۴	۱۴/۱۴	۴/۴۳	۱۶/۷۱	۴/۹۲	۹/۹۰	۳/۴۱	۳/۴۱
	روستا	۸۶	۱۳/۸۰	۴/۹۲	۱۸/۷۸	۵/۲۴	۹/۲۳	۳/۶۹	۳/۶۹
سطح معنی‌داری		۰/۵۲۶				< 0/001		۰/۰۹۸	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲۴۱	۱۴/۱۳	۴/۶۲	۱۸/۰۱	۵/۱۲	۹/۳۴	۳/۶۵	۳/۶۵
	دیپلم و پیش دانشگاهی	۱۲۲	۱۳/۸۶	۳/۹۰	۱۶/۸۰	۴/۷۳	۹/۷۲	۲/۷۴	۲/۷۴
	دانشگاهی	۱۵۷	۱۴/۱۷	۴/۸۰	۱۵/۷۶	۴/۸۲	۱۰/۵۳	۳/۵۶	۳/۵۶
سطح معنی‌داری		۰/۸۲۵				< 0/001		۰/۰۰۳	
وضعیت درآمد	پایین	۱۶۴	۱۳/۶۵	۴/۷۳	۱۸/۶۰	۵/۰۳	۹/۳۰	۳/۷۲	۳/۷۲
	متوسط	۲۲۶	۱۴/۲۶	۴/۴۶	۱۶/۷۱	۵/۰۲	۹/۶۱	۳/۳۲	۳/۳۲
	بالا	۱۳۱	۱۴/۳۱	۴/۲۹	۱۵/۶۹	۴/۵۳	۱۰/۷۲	۳/۲۱	۳/۲۱
سطح معنی‌داری		۰/۳۲۸				< 0/001		۰/۰۰۱	

^۱ نکته: مقیاس نگرش نسبت به هزینه روش‌ها (طیف ۵-۲۵)، نمره ۵، معرف کاهش هزینه وسایل پیشگیری و نمره ۲۵ معرف افزایش هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری است. مقیاس کیفیت وسایل پیشگیری (طیف ۲۰-۴)، نمره ۴ بیانگر کاهش کیفیت روش‌ها و نمره ۲۰ بیانگر افزایش کیفیت روش‌های پیشگیری است.

این نتایج می‌تواند بیانگر این باشد که در فاصله بین سال‌های ۹۵-۱۳۸۹ که تغییر سیاست‌های جمعیتی و محدود شدن برنامه تنظیم خانواده رخ داده است، بیشترین اثر را به‌خصوص از نظر هزینه تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری را در بین زنان از طبقه اجتماعی اقتصادی پایین شامل زنان کم‌درآمد، زنان روستایی و زنانی که از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار هستند، داشته است. در مورد مقایسه میانگین نمره نگرش در مورد تغییر کیفیت روش‌های پیشگیری از بارداری بر حسب متغیرهای جمعیتی و اقتصادی اجتماعی، نشان داده شد که نمره نگرش در زنانی که تحصیلات پایین‌تری داشتند، به‌طور معناداری از زنان با تحصیلات دانشگاهی پایین‌تر بود که بیانگر درک آنها از کاهش کیفیت روش‌ها از دیدگاه زنان است ($p < 0.001$)، همچنین نمره نگرش نسبت به تغییر کیفیت روش‌ها در زنانی که درآمد ماهیانه پایین‌تری داشتند، به‌طور معناداری کمتر از زنان با درآمد بالا بود ($p < 0.001$)، این یافته می‌تواند نشانگر این باشد که از نظر زنانی که تحصیلات پایین‌تر و درآمد کمتری دارند، کیفیت روش‌های پیشگیری از بارداری در سال‌های اخیر کاهش یافته است.

بحث

در ایران تا قبل از معرفی سیاست‌های جمعیتی مشوق باروری (سال ۱۳۹۲)، روش‌های پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده در تمام مراکز بهداشتی شهری، بیمارستان‌های دولتی و پایگاه‌های روستایی به‌طور رایگان و با رویکردی فعال به افراد واجد شرایط ارائه می‌شد. در نتیجه میزان شیوع استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری بالا بود. بدیهی است ارائه روش‌های مطمئن و با ایمنی بالا جهت پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته، ناهنگام و برنامه‌ریزی نشده، شرط اساسی سلامت مادر و کودک، توانمندی زنان و کاهش فقر و افزایش کیفیت زندگی در زنان است (۲۵-۲۳). در این میان انتخاب صحیح نوع روش پیشگیری از بارداری می‌تواند در فراهم نمودن زمینه‌های سلامت جسمانی و روانی خانواده مؤثر باشد. هدف این پژوهش،

بررسی تأثیر سیاست‌های جمعیتی مشوق بارداری و به‌تبع آن محدودیت در برنامه‌های تنظیم خانواده بر الگوی استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله در شهرستان سنندج و بررسی نگرش زنان سنین باروری نسبت به تغییرات در عرضه روش‌ها می‌باشد. به این منظور پیمایشی بین ۴۵۴ زن ساکن سنندج انجام شد و برای هدف اول، داده‌های آن با داده‌های متناظر (روش‌های پیشگیری از بارداری) استان کردستان در پیمایش جمعیت و سلامت سال ۱۳۸۹ مقایسه گردید. همچنین برای هدف دوم، داده‌های نگرشی پیمایش سنندج مورد تحلیل قرار گرفت. با توجه به گذشت ۶ سال از زمان مطالعه جمعیت و سلامت، و تغییر ساختار سنی جمعیت و سطح تحصیلات، تفاوت کمی که بین درصدهای سنی دو نمونه و تحصیلات وجود داشت، منطقی بوده و با در نظر گرفتن این محدودیت، لازم است نتایج تحلیل گردد. بخشی از تفاوت‌ها در الگوی روش‌های پیشگیری ممکن است به‌علت افزایش تحصیلات و سن جمعیت در طول زمان باشد که لازم است در تفسیر نتایج در نظر گرفته شود.

نتایج نشان داد که در دوره ۹۵-۱۳۸۹ که سیاست‌های جمعیتی مشوق باروری معرفی گردید، عدم استفاده از روش پیشگیری در زنان سنندج نسبت به میزان متناظر در مطالعه قبلی در سال ۱۳۸۷ در تهران و مطالعه طولی در سال ۱۳۸۹ قبل از شروع سیاست‌های مشوق جمعیتی تفاوت مهمی نداشته است (۱۳٪ در برابر ۱۵٪ و ۱۴/۳٪) (۱۰، ۲۶). بلکه به‌نظر می‌رسد انتقال روشی از روش‌های طولانی‌مدت مانند لوله بستن به روش‌های مطمئن دیگر مانند IUD و روش‌های موقت مدرن مانند کاندوم و سنتی مانند منقطع اتفاق افتاده است.

در مجموع روش‌های دائمی مانند لوله بستن (توبکتومی، وازکتومی) کاهش چشمگیری از سال ۹۵-۱۳۸۹ تجربه کرده است (حدود ۲۰٪) که علت آن ممنوعیت این روش‌ها در قالب سیاست‌های مشوق جمعیتی است، درحالی‌که روش IUD برخلاف روند سال‌های قبل، افزایشی حدود ۷/۵٪ داشته که یافته مهم و قابل توجهی است. در تبیین و توضیح این تغییرات، با فرض اینکه روش لوله بستن و روش IUD (که حداکثر ۸ سال

یافته‌های این تحقیق مبنی بر افزایش روش منقطع (از ۱۹٪ به ۳۶٪) بود که در ادامه روند افزایشی فوق در سال‌های قبل از شروع سیاست‌های مشوق جمعیتی شتاب گرفته است (۱۰). تفاوت روند افزایشی روش منقطع و کاندوم در مطالعه حاضر با روند مشابه در مطالعه بهبودی گندوانی و همکاران (۲۰۱۷) در این است که در مطالعه طولی ایشان بین سال‌های ۹۰-۱۳۸۱، همزمان با افزایش روش منقطع و کاندوم، روش‌های IUD و قرص کاهش یافتند، ولی در مطالعه حاضر بین سال‌های ۹۵-۱۳۸۹، روند افزایشی روش‌های منقطع و کاندوم با افزایش روش IUD همراه شد، درحالی‌که همچنان قرص کاهش یافت، البته به میزان کمتری کاهش را نشان داد. به نظر می‌آید با روندهای فوق، نقش و مشارکت مردان در تنظیم باروری و فرزندآوری بیش از پیش اهمیت می‌یابد، زیرا موفقیت روش‌های منقطع و کاندوم به انگیزه و مشارکت مردان در استفاده و ادامه روش بستگی زیادی دارد (۱۷). همچنین این نتایج با نتایج مطالعه علی‌پور و همکاران (۲۰۰۹) که نشان دادند که از میان روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری، استفاده از کاندوم و IUD و در بین روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری، روش منقطع سیر صعودی داشته و بکارگیری روش‌های توبکتومی سیر نزولی داشتند، همخوانی داشت (۹).

تبیین نهادی که بر اساس آن سیاست‌های جمعیتی می‌توانند به‌طور بالقوه از طریق کاهش و یا افزایش هزینه عرضه روش‌های پیشگیری از بارداری بر رفتار باروری زنان و مردان تأثیر بگذارند، در توضیح این نتایج می‌تواند مؤثر باشد. با محدودیت ارائه وسایل پیشگیری از بارداری متعاقب سیاست‌های جدید جمعیتی، طبعاً دسترسی به این وسایل کاهش یافته است که همراه با افزایش هزینه روش‌های مدرن، منجر شده که زنان و مردان به روش‌های طبیعی (که نیازی به مراجعه به مراکز بهداشتی یا داروخانه ندارد و رایگان است، ولی در عین حال احتمال شکست بالاتری دارد)، روی آورند. در مجموع استفاده از روش‌های کمتر مطمئن پیشگیری از بارداری رو به افزایش است (۸، ۲۹) از دیدگاه گروه زیادی از زنان در پیمایش سال ۱۳۹۵، دسترسی به

می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد) به‌عنوان روش‌های طولانی‌مدت محسوب می‌شوند، پس از ممنوعیت روش لوله بستن، متقاضیان روش‌های فوق به روش‌های جایگزین طولانی‌مدت مانند IUD که عوارض هورمونی قرص را ندارند، روی آورده‌اند. قرص نیز یک روند کاهشی در سال‌های قبل از سیاست‌های جدید جمعیتی داشته که به این روند با شتاب کمتری پس از سیاست‌های مشوق جمعیتی ادامه داده است. در تبیین تمایل کمتر زنان به استفاده از قرص، می‌توان به افزایش تحصیلات زنان و آگاهی از عوارض روش‌های هورمونی مانند قرص اشاره نمود (۲۸). مطالعه طولی بهبودی گندوانی و همکاران (۲۰۱۷) بین سال‌های ۹۰-۱۳۸۱، روند کاهشی روش‌های مدرن شامل قرص و IUD همزمان با روند افزایشی در مصرف کاندوم و منقطع را نشان داد (۱۰). با توجه به اینکه روش‌های قرص و روش‌های مردانه کاندوم و منقطع، روند افزایشی خود را قبل از سیاست‌های جدید جمعیتی آغاز کرده بودند و با معرفی سیاست‌های مشوق جمعیتی، فقط روند کاهشی IUD برعکس شده و افزایشی می‌گردد، لذا می‌توان تمایل به روش‌های غیرهورمونی و روش‌های موقت که عوارض کمتری دارند را به عوامل دیگری نیز مانند افزایش تحصیلات و انگیزه پیشگیری از بارداری و معلومات افراد نسبت داد. به‌خصوص افزایش روش منقطع را در این مطالعه می‌توان به آسانی، در دسترس بودن، نداشتن هزینه و نبود عوارض از نظر زنان و مردان مرتبط کرد (۲۹). غلبه روش‌های مردانه پیشگیری از بارداری در ایران در یک مطالعه مقطعی دیگر نیز در شهر تهران نشان داده شد (۱۰). هرچند در تبیین افزایش روش IUD، می‌توان ادعا کرد که با شروع سیاست‌های جدید، زنان به جای استفاده از روش‌های طولانی‌مدت و مطمئن مانند لوله بستن و قرص، به IUD روی آورده تا نیاز خود را برای روش‌های مطمئن و طولانی‌مدت برآورده کنند. بنابراین الگوی جاری روش‌های پیشگیری از بارداری تلفیقی از تغییرات ایجاد شده در عرضه روش‌های پیشگیری از بارداری و افزایش تحصیلات و معلومات زنان و مردان می‌باشد.

روش‌ها نسبت به قبل کمتر، هزینه دسترسی افزایش و کیفیت روش‌ها کاهش یافته است که نیازمند توجه بیشتر محققین و برنامه‌ریزان است.

تحلیل عوامل اقتصادی اجتماعی مرتبط با نوع روش پیشگیری نشان داد که استفاده از روش قرص در سنج در بین زنان روستایی با تحصیلات کمتر و درآمد کمتر که اکثراً خانه‌دار هستند، بیشتر بوده و برعکس استفاده از کاندوم در زنان شهری، با تحصیلات بالاتر، شاغل و با درآمد بهتر، بیشترین روش پیشگیری از بارداری است. روش منقطع با محل سکونت شهری روستایی و درآمد ارتباط معناداری نشان نداد، ولی زنان جوان‌تر و با تحصیلات بالاتر، به‌طور معناداری بیشتر از زنان مسن‌تر و با تحصیلات کمتر از روش منقطع استفاده می‌کردند، لذا به‌نظر می‌رسد زنانی که از طبقه اجتماعی اقتصادی پایین‌تر بوده، وابسته به روش مدرن قرص بوده که جزء روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری بوده و در صورت عدم عرضه رایگان آن به‌علت محدودیت برنامه‌های تنظیم خانواده، این گروه ممکن است با عواقب بارداری ناخواسته مواجه شوند. برخلاف این، مطالعه عرفانی (۲۰۱۳) نشان داد که بارداری ناخواسته در زنانی که از روش‌های مطمئن استفاده می‌کردند، بیشتر از زنانی بود که از روش‌های غیرمطمئن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. دلیل این امر تفاوت دو گروه از نظر قصد باروری بود؛ به‌طوری‌که زنان گروه اول، قصد باروری نداشته و بروز بارداری برای آنها ناخواسته تلقی می‌شد، درحالی‌که گروه دوم، قصد بارداری آنها غیرقطعی بود و بارداری در آنها ممکن بود خواسته تلقی شود (۲۷). به‌خصوص زنان از طبقه اجتماعی پایین که تحصیلات و درآمد کمتری دارند، به‌علت بالا بودن هزینه تهیه کاندوم و IUD، ممکن است توان دسترسی به این روش‌ها را نداشته و با بارداری ناخواسته مواجه شوند. چنانچه نشان داده شد که روش کاندوم در زنان تحصیل کرده و افرادی که درآمد بیشتر دارند، بیشتر استفاده می‌شود.

یکی دیگر از مهم‌ترین نتایج این طرح این بود که اگرچه تفاوت مهمی در دسترسی به روش‌ها بر اساس متغیرهای اجتماعی اقتصادی مشاهده نشد، ولی به اعتقاد زنان، هزینه تهیه وسایل پیشگیری از بارداری به‌طور معناداری

در زنان ساکن روستا بیشتر از زنان ساکن شهر، در زنان با تحصیلات کمتر و درآمد کمتر، بیشتر از زنان با تحصیلات بالا و درآمد بالا مشاهده شد. این نتایج نشانگر این است که تغییر سیاست‌های جمعیتی و برنامه تنظیم خانواده بیشترین اثر را بر روی اقشار کم‌درآمد، زنان روستایی و زنانی که از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار هستند، خواهد داشت. همچنین از نظر زنانی که تحصیلات پایین‌تر و درآمد کمتری دارند، کاهش مهمی در کیفیت روش‌های پیشگیری از بارداری نسبت به زنان با تحصیلات بالاتر و درآمد بالاتر اتفاق افتاده است؛ لذا با تغییر الگوی روش‌های پیشگیری از بارداری از روش‌های مطمئن به روش‌های کمتر مطمئن و وابستگی زنان طبقات اجتماعی پایین به قرص، خطر بارداری ناخواسته و سقط غیرایمن را افزایش می‌دهد، به‌خصوص اگر با محدودیت در عرضه روش‌های رایگان مطمئن مواجه شوند که می‌تواند تهدیدکننده سلامت مادر و کودک باشد. بنابراین بازنگری در برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده به‌خصوص برای گروه‌های در معرض خطر و آسیب‌پذیر اقتصادی اجتماعی به‌خصوص زنان ساکن روستا، زنانی که از سطح تحصیلات کمتر برخوردارند و همچنین زنانی که از نظر وضعیت اقتصادی و درآمدی در سطح مطلوبی قرار ندارند، دارای اهمیت است.

این تحقیق دارای نقاط قوت و ضعفی بود که لازم است در تفسیر نتایج به آن توجه گردد. یکی از نقاط قوت این مطالعه، مقایسه تغییرات الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در دو پیمایش قبل و بعد از معرفی سیاست‌های جدید جمعیتی است که در مطالعات پیشین این بررسی انجام نشده و نتایج را جالب می‌کند، از آن جهت که تغییرات فوق را می‌توان به معرفی سیاست‌های مشوق باروری و تغییر در برنامه‌های تنظیم خانواده نسبت داد. برعکس، یکی از محدودیت‌های این تحقیق این بود که داده‌های پیمایش سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹ به تفکیک شهر سنج در دسترس نبود، لذا محقق ناچار به استفاده از داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت استان کردستان گردید؛ با فرض اینکه الگوی روش‌های پیشگیری از بارداری در استان کردستان با

گرفتن احتمال افزایش بارداری‌های ناخواسته به‌خصوص در اقشار آسیب‌پذیر جامعه، ارائه خدمات باکیفیت به این گروه‌ها را مدنظر داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از جناب آقای دکتر حسن سرایی، استاد محترم دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی برای مشاوره‌های ارزنده ایشان و همچنین از سرکار خانم دکتر خبیری در مؤسسه ملی سلامت کشور، آقای دکتر سعید خانی از دانشگاه کردستان، دکتر حاتم حسینی از دانشگاه همدان و دکتر مهدی رضایی و از ریاست و معاونین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان کردستان و سرکار خانم استاد نوروزی، سرکار خانم ملکی، سرکار خانم حجاز رو، کارشناسان محترم مامایی و متخصصین زنان و زایمان خانم دکتر سیمین زندیه، بخش زایمان بیمارستان بعثت سنندج، مراکز خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان سنندج (شهر سنندج، شهر شویشه، روستاهای نایسر، دوشان، کرجو)، از نماینده استانداری آقای کاوه باباجانی و فرمانداری شهرستان سنندج و جناب آقای خالد حدودی که در انجام این تحقیق همکاری ارزنده‌ای انجام دادند و همچنین از خانم سروه کریمیان، پرسشگر پرتلاش در پیمایش سال ۹۵ سنندج و همچنین از آقای فاروق فرجی برای مشاوره کامپیوتری، تشکر و قدردانی می‌شود.

الگوی فوق در سنندج مشابه است. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به بررسی مشابه در استان‌های مختلف و مقایسه روش‌های مطمئن و غیرمطمئن در بین زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا و پایین و زنان شهری و روستایی با حجم نمونه مکفی پردازد. بررسی و مقایسه بارداری ناخواسته در زنان با طبقات اجتماعی متفاوت در قبل و پس از سیاست‌های جدید جمعیتی نیز پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع این تحقیق نشان داد شیوع استفاده از روش‌ها پس از سیاست‌ها در مقایسه با قبل تغییر نکرده، بلکه شیفت و انتقال روشی اتفاق افتاده است، لذا برنامه‌های تنظیم خانواده نیازمند ارائه خدمات رایگان به‌خصوص برای اقشار کم‌درآمد، زنان و مردان ساکن روستا و افراد با تحصیلات کمتر است تا از وقوع بارداری‌های ناخواسته و عواقب بهداشتی آن (شامل سقط نایمن، مرگ‌ومیر مادر و کودک) در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه جلوگیری به‌عمل آید. همچنین تحقیقات جامع و کاربردی در خصوص تأثیر سیاست‌ها در الگوی استفاده از روش‌ها، به‌خصوص تحقیقات کیفی پیشنهاد می‌شود که در استان‌های مختلف به تفکیک شهر و روستا انجام شود. کاربرد این نتایج در سیاست‌گذاری جمعیتی، توجه به عواقب سلامتی ناشی از تغییر رویکرد تنظیم خانواده و سلامت باروری است که مسئولین بهداشتی با در نظر

منابع

1. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M. Changes and recent population policies in Iran: The necessity of formulating comprehensive population policy. J Popul Assoc Iran 2012; 7(13):95-117. (Persian).
2. Abbasi-Shavazi MJ. Below replacement-level fertility in Iran: progress and prospects. Paper prepared for the IUSSP Seminar on: international perspectives on low fertility: Trends, theories and policies, Tokyo; 2001.
3. Hosseini H, Begi B. Demographic changes, challenges of family Planning programs and policy implications in Iran. J Popul Assoc Iran 2012; 6(12):103-21. (Persian).
4. Rezaiee M. Underlying factors for low fertility in Kurdistan of Iran, the case of Saghez City. Tehran: Tehran University of Social Science; 2012. (Persian).
5. Women eligible for receiving free of charge birth spacing-contraceptive services. Ministry of Health & Medical Education. Available at: URL: <http://ird.behdasht.gov.ir/>; 2015.
6. Javadkhani H, Motihaghshenas N. Documentation of levels and trends of fertility transition in Iran: differentials in regional developments. 4th Conference of the Association of Population in Iran; Planning and Sustainable Development, Tehran, Iran; 2007. (Persian).
7. McIntosh C, Alison J, Janson L, Finkle R. The Cairo conference on population and development: a new paradigm? Popul Dev Rev 1995; 21:223-60.

8. Hajian KO, Asnafi N, Molania-Jelodar F. Trend of contraceptive patterns over the 7 years in rural population of Babol (1994-2000). *Gorgan Univ Med Sci* 2003; 5(12):19-24. (Persian).
9. Alipour A, Habibian N, Tabatabaei SH. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari from 2003 to 2007. *Iran J Epidemiol* 2009; 5(1):47-55. (Persian).
10. Behboudi-Gandevani S, Tehrani FR, Cheraghi L, Noroozadeh M, Farahmand M, Azizi F. Trends of contraception use among married reproductive age women: Tehran lipid and glucose cohort study 2002–2011. *Sex Reprod Healthc* 2017; 12:116-22.
11. Demeny P, McNicoll G, Hodgson D. *Encyclopedia of population*. Hodgson, Dennis: Contemporary Population Thought; 2003.
12. Pasha O, Fikree FF, Vermund S. Determinants of unmet need for family planning in squatter Settlements in Karachi Pakistan. *Asia Pac Popul J* 2001; 16(2):93-108.
13. Kaushik S. Unmet need for family planning: a comparative analysis of northern and southern states of India based on NFHS data. Presented at the Millennium Conference on Population Development and Environment Nexus, New Delhi, India; 2000.
14. Stash S. Reasons for unmet need in Nepal: an attempt to pick up where fertility surveys left off. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of American, San Francisco, California; 1995.
15. Abbasi-Shavazi MJ, Hussein-Chavoshi M, McDonald P, Kavehfiroz Z. A qualitative study of women's views on fertility behavior in the province of Yazd. *J Sco Sci Lett* 2002; 20:169-203. (Persian).
16. Teimoori P. Knowledge, attitude and practice of married men in Sanandaj city about family planning and contraception and influencing factors. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 1997; 2(4):12-7. (Persian).
17. Khalajabadi FF, Heidari J. Male participation in family planning in Zanjan, 2011: a qualitative study. *Hakim Res J* 2012; 16(1):50-7. (Persian).
18. McNicoll G. Institutional determinants of fertility change. *Popul Dev Rev* 1980; 6(3):441-62.
19. Greenhalgh S. Fertility as mobility: Sinic Transition. *Popul Dev Rev* 1988; 14(4):629-74.
20. Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Khosravi A, Elahi E, Beheshtian M, Shakibazadeh E, et al. Iran's multiple indicator demographic and health survey-2010: Study protocol. *Int J Prev Med* 2014; 5(5):632.
21. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic Republic of Iran's Multiple indicator demographic and health survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012. P. 83-6.
22. Khazani S. The role of pro-natalist population policies on the pattern of contraceptive use among married women aged 15-49 years old, (The case of Sanandaj city). Tehran: Allameh Tabatabaiee University, Social Science College; 2016. (Persian).
23. Hameed W, Azmat SK, Ali M, Sheikh ML, Abbas G, Temmerent M, et al. Women's empowerment and contraceptive use: the role of independent versus couples' decision-making, from a lower middle income country perspective. *PLoS One* 2014; 9(8):e104633.
24. Erfani A. Family planning and women's educational advancement in Iran. *Can Stud Popul* 2015; 42(1-2):35-52.
25. Li RH, Lo SS, Teh DK, Tong NC, Tsui MH, Cheung KB, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong, Chinese women. *Contraception* 2004; 70(6):474-82.
26. Erfani A. Levels, trends, and determinants of unintended pregnancy in Iran: the role of contraceptive failures. *Stud Fam Plan* 2013; 44(3):299-317.
27. Erfani A, Yuksel-Kaptanoglu I. The use of withdrawal among birth limiters in Iran and Turkey. *Stud Fam Plan* 2012; 43(1):21-32.
28. Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Oakley D, Montazeri A. Why Iranian married women use withdrawal instead of oral contraceptives? A qualitative study from Iran. *BMC Public Health* 2010; 10(1):289.
29. Nadi BM, Noughjah S, Haghhighizadeh MH. The pattern of using family planning methods in women over 35 years old referred to Ahvaz health centers in 2010. *Jentashapir J Health Res* 2011; 2(4):175-82. (Persian).

