

بررسی عوامل موثر بر رفتارهای باروری زنان تحت پوشش مراکز جامع شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

فاطمه رضایی^۱، لیلا امیری فراهانی^۲ و هدی محسنیان^۳

چکیده

رفتارهای باروری، شامل رفتارهای مربوط به تولید مثل، تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین موالید، استفاده از وسائل پیشگیری از بارداری، ترجیح جنسی فرزندان، حاملگی ناخواسته، سقط و قصد باروری است. عوامل مختلفی بر رفتارهای باروری تاثیرگذارند. این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر رفتارهای باروری در زنان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹ طراحی و انجام شد.

روش کار این مطالعه، مقطعی توصیفی-مقایسه‌ای است که بر روی ۴۲۵ زن در مراکز جامع سلامت شهرستان بابل انجام شد. نمونه‌گیری با روش چندمرحله‌ای با تخصیص نسبی، از زنانی که معیارهای ورود به مطالعه داشتند، از مرداد تا آبان ۱۴۰۱ از ۶ مرکز جامع سلامت شهری و ۱۰ مرکز روستایی انجام شد. پرسشنامه مشخصات فردی و رفتارهای باروری توسط پژوهشگر تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل و سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد، بیش‌تر زنان مورد پژوهش در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال، دارای سطح تحصیلی دیپلم، خانه‌دار و ساکن شهر بودند. تعداد فرزندان زنده با سن، سطح تحصیلات زن و همسر رابطه معنی‌دار داشت ($p < 0/001$). تمایل به بارداری با سن، سطح تحصیلات زن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات همسر ($p = 0/006$)، شغل ($p = 0/004$) و تعداد سقط جنین تنها با سن ($p = 0/003$) و تحصیلات همسر ($p = 0/001$) ارتباط معنی‌دار داشت. پیشگیری از بارداری با سن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات زن و همسر ($p < 0/001$) و شغل همسر ($p = 0/001$)، محل زندگی ($p = 0/004$) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ($p = 0/002$) رابطه معنی‌دار داشت. بارداری ناخواسته نیز با سن ($p = 0/003$)، سطح تحصیلات زن ($p = 0/009$)، سطح تحصیلات همسر ($p = 0/001$) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ($p = 0/002$) رابطه آماری معنی‌دار داشت.

در بررسی ارتباط مشخصات فردی با رفتارهای باروری نتایج نشان داد، هر یک از متغیرهای مشخصات فردی با تعدادی از رفتارهای باروری ارتباط معنی‌دار آماری داشتند؛ در این میان متغیر سن و پس از آن سطح تحصیلات زن و همسر با تعداد بیش‌تری از رفتارهای باروری ارتباط داشتند و شغل، شغل همسر و محل زندگی با تعداد کم‌تری از رفتارهای باروری ارتباط معنی‌دار داشتند.

واژگان کلیدی: رفتارهای باروری، عوامل موثر بر رفتارهای باروری، بارداری ناخواسته، سقط جنین، تمایل به بارداری، پیشگیری از بارداری.

۱- کارشناسی ارشد مامایی، دپارتمان سلامت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (bachook71@gmail.com).

۲- دکترای سلامت باروری، دانشیار، دپارتمان سلامت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (l.amirifarahani@gmail.com) (نویسنده مسئول).

۳- مرکز تحقیقات کاربردی سلامت و آمار، معاونت بهداشتی، پژوهشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (H.mohsenian@yahoo.com).

مقدمه

رفتارهای باروری یکی از موضوعات مهم سلامت باروری محسوب می‌شود. طی دهه‌های گذشته، موضوعات مربوط به سلامت باروری به عنوان مشکلات اجتماعی، درک شده بود و به صورت یک نگرانی در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت درآمد. (Alam, 2012). Withers رفتار باروری را به عنوان پدیده‌ای پیچیده، شامل هم تاثیرات بیولوژیکی هم تصمیمات فردی که متاثر از وضعیت‌های اقتصادی-اجتماعی و باورهای فرهنگی می‌باشد، تعریف کرده است (Withers, 2009). رفتار باروری، به منزله کنشی اجتماعی، در محیط و بستر اجتماعی - فرهنگی رخ می‌دهد. فرهنگ و تنظیمات نهادی، ارزش‌ها و هنجارهای مرتبط با باروری را شکل می‌دهد (Abbassi- Shavazi et al., 2018). رفتاری که تنها در به دنیا آوردن فرزند خلاصه نمی‌شود، بلکه تمامی جنبه‌های فرزندزایی نظیر ازدواج، علاقه به داشتن فرزند و نگرش‌ها نسبت به محرک‌ها برای تنظیم باروری را، در بر می‌گیرد. به دنیا آوردن فرزند می‌تواند به عنوان نتیجه یک فرایند بزرگ‌تر که تمامی این موارد را در بر می‌گیرد، تلقی شود (Mahmoudian, 2000). رفتارهای باروری، شامل رفتارهای مربوط به تولید مثل، تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین موالید، استفاده از وسائل پیشگیری از بارداری، ترجیح جنسی فرزندان، حاملگی ناخواسته، سقط و قصد باروری است (Abbassi- Shavazi et al., 2018). تفاوت‌های فردی و فرهنگی موجود بین افراد و جوامع، موجب بروز رفتارهای باروری متفاوت می‌شود (Morgan and Bachrach, 2011).

جامعه ایران تحول‌های بسیاری را در ابعاد اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و جمعیت‌شناختی پشت سر گذاشته است. یکی از این تحول‌ها، کاهش سریع باروری و فراگیری این کاهش در تمام استان‌ها و مناطق شهری و روستایی است (Abbasi-Shavazi and Dorahaki, 2018). خانواده به عنوان یکی از بنیادی‌ترین نهادهای اجتماعی، از تحولات فرهنگی طی سال‌های اخیر تاثیر گرفته و دستخوش تغییراتی شد. افزایش سن ازدواج، افزایش طلاق و افزایش میزان تجرد قطعی، برخی از تغییرات رخ داده در حوزه خانواده است که منجر به کاهش فرزندآوری شده است (Chaboki et al., 2018). نرخ باروری جهانی از $3/2$ تولد زنده به ازای هر زن در سال ۱۹۹۰ به $2/5$ تولد در سال ۲۰۱۹ کاهش یافته است و انتظار می‌رود کاهش بیش‌تری در آینده وجود داشته باشد. این روندها نتیجه کاهش قصد باروری در زوجین است (United-Nations-New-York, 2019). بررسی‌ها در ایران نیز نشان داد، میزان باروری کل کشور به حدود $1/8$ کاهش یافت (Iran-Statistical-Center, 2020).

یکی از رفتارهای باروری ناشی از فرزندآوری سقط جنین است که می‌تواند خودبخودی یا عمدی باشد (Sedgh et al., 2012). از هر ۱۰ بارداری، ۳ مورد (۲۹ درصد از کل بارداری‌ها) و از هر ۱۰ بارداری ناخواسته، ۶ مورد (۶۱ درصد) به سقط جنین منجر می‌شود (Bearak et al., 2020). در این میان، از هر ۳ مورد سقط جنین انجام شده، ۱ مورد در کم‌ترین شرایط ایمن یا خطرناک انجام شده و بیش از نیمی از سقط‌های غیرایمن تخمین زده شده در سطح جهان، در

آسیا بوده است (Ganatra et al., 2017). هر ساله بین ۷/۴ - ۱۳/۲ درصد از مرگ مادران را می‌توان به سقط جنین غیرایمن نسبت داد (Say et al., 2014). پیشگیری از بارداری با جلوگیری از حاملگی ناخواسته، یکی از روش‌های کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از سقط جنین غیرایمن می‌باشد (Haddad and Nour, 2009). روش‌های پیشگیری از بارداری دارای مکانیسم‌های مختلف عملکرد و اثر بخشی متفاوت در جلوگیری از بارداری ناخواسته هستند (Radhakrishnan, 2008). شیوع پیشگیری از بارداری مدرن در زنان متاهل سنین باروری در سراسر جهان از ۵۵ درصد در سال ۲۰۰۰، به ۵۷/۱ درصد در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است (Kantorová et al., 2020).

در مطالعات مذهب (Adhikari, 2010, Pezhhan and Kamali, 2015)، سن ازدواج، رضایت از زندگی زناشویی (Morita et al., 2012, Rezaei-nasab and Fotohi, 2017)، اشتغال زنان، فشار اجتماعی (Abbasi-Shavazi and Dorahaki, 2018)، طول مدت ازدواج، نگرش در مورد استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری (Rezaei-nasab and Fotohi, 2017)، قرار گرفتن در معرض رسانه‌های جمعی، سرپرستی خانوار و تجربه مرگ کودک (Adhikari, 2010) به عنوان سایر عوامل موثر بر رفتارهای باروری گزارش شدند.

با افزایش سن، امکان فرزندآوری افزایش می‌یابد و می‌توانند تعداد فرزندان مطلوب خود را به دنیا بیاورند. همچنین با افزایش سن بیش‌تر تحت تأثیر آداب و رسوم و عقاید و هنجارهای مربوط به باروری بالاتر قرار دارند که در نسل پیشین بیش‌تر از نسل کنونی حاکم بود و می‌تواند محرک تعداد فرزندان بیش‌تر آنان باشد (Jamshidiha et al., 2011). سن زنان همچنین بر تمایل به باروری هم تأثیرگذار است؛ طبق نتایج مطالعه رضایی نسب و فتوحی (۲۰۱۷)، هرچه سن بالاتر باشد، تمایل به باروری بالاتر است (Rezaei-nasab and Fotohi, 2017). در حالیکه در مطالعات دیگر رابطه منفی بین سن و نگرش و تمایل به فرزندآوری گزارش شد (Ahmed and Sonfield, 2020) (Barati et al., 2021). تحصیلات زنان هم به طور مستقیم با بالابردن سن ازدواج و در نتیجه تأخیر در سن فرزندآوری و هم به طور غیرمستقیم از طریق تغییر در نگرش‌ها و عقاید فردی و شکل دادن نگرش‌های مدرن بر میزان باروری تأثیرگذار است (Abbasi Shovazi and Khaje Salehi, 2013). روحیه فردگرایی، خردگرایی و منفعت طلبی زنان شاغل نقش بازدارنده‌ای برای فرزندآوری ایفا می‌کند (Seifoori et al., 2020). در زنان روستایی سن تولد اولین فرزند کم‌تر و تعداد فرزندان بیش‌تر می‌باشد (Government-of-Zambia, 2018). در مطالعات بین محل زندگی با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (Muluneh et al., 2020) و تعداد بارداری ناخواسته (Sarder et al., 2021) هم ارتباط معنی‌دار گزارش شد.

با بالا رفتن سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی معمولاً جهان‌بینی‌ها و نوع نگرش افراد به زندگی دگرگون می‌شود و افراد خواهان سطح زندگی ایده‌آل و نسبتاً بالایی برای خود و فرزندان خود می‌شوند (Pezhhan and Arab, 2017). رابطه منفی بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی با نگرش و

تمایل به فرزندآوری در تعدادی از مطالعات گزارش شد (Arjmand et al., 2016). در حالیکه در مطالعه ادهمی و همکاران (۲۰۲۱)، رابطه مستقیم و مثبت بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و نگرش فرزندآوری گزارش شد (Adhami and Kazemipour, 2021). در مطالعه‌ای در تبریز، بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی زنان و ایده‌آل‌های فرزندآوری رابطه معنی‌دار گزارش نشد (Golabi et al., 2020). در مطالعات بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی با استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری (MacQuarrie, 2014, Worku et al., 2019) و بارداری ناخواسته (Sarder et al., 2021) نیز ارتباط معنی‌دار گزارش شد.

بنابر آنچه گفته شد، بررسی رفتارهای باروری و عوامل موثر بر آن در اقوام و فرهنگ‌های مختلف ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این جمعیت زنان متاهل سنین باروری شهرستان بابل ۲۲/۱۰ درصد کل جمعیت و جمعیت زنان متاهل سنین باروری کل کشور ۲۱/۲۳ کل جمعیت است؛ در حالیکه به گزارش مرکز آمار ایران میزان باروری کلی در شهرستان بابل در سال ۱۳۹۸، ۱/۲ و از میزان باروری کلی در کشور (۱/۸) کم‌تر بوده است (Iran-Statistical-Center, 2020) و شهرستان بابل علی‌رغم داشتن نسبت بالاتری از جمعیت زنان متاهل سنین باروری نسبت به کل جمعیت، میزان باروری کلی پایین‌تری نسبت به میانگین کشوری دارد که همه‌گیری کووید-۱۹ نیز با تشدید مشکلات اقتصادی و تغییر در سبک زندگی، ممکن است منجر به تشدید این مشکل شود (Micelli et al., 2020). بنابراین شناسایی رفتارهای باروری و عوامل موثر بر آن جهت رفع این مشکل و افزایش باروری ضروری به نظر می‌رسد؛ طبق نتایج مطالعات انجام شده در سایر استان‌ها، بین برخی مشخصات فردی با تعدادی از رفتارهای باروری ارتباط معنی‌دار وجود داشت که در مورد ارتباط برخی مشخصات فردی با رفتارهای باروری نتایج ضد و نقیض گزارش شده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر رفتارهای باروری، در زنان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹ طراحی و انجام شد.

روش کار

طراحی مطالعه

مطالعه مقطعی حاضر شامل زنان سنین باروری تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان بابل در استان مازندران بود. رضایت آگاهانه از زنان مورد بررسی که دسترسی به نرم افزار واتس‌آپ داشتند، پس از ارائه اطلاعات در مورد هدف پژوهش و روش مطالعه و اطمینان دادن به شرکت کنندگان در مورد محرمانگی اطلاعات، اخذ شد.

حجم نمونه

برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم به منظور برآورد فراوانی تمایل به باروری در ایران (Kaveh Firouz and Karami, 2015)، در سطح اطمینان ۹۵٪ و با دقت برآورد $d=0.043$ پس از مقدارگذاری در فرمول زیر، حداقل حجم نمونه لازم $n=415$ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 pq}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 0.76 \times 0.24}{0.043^2} = 412 \approx 415$$

نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای با تخصیص نسبی از پرونده الکترونیک سامانه سیب زنان تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان بابل انجام شد. ابتدا به روش طبقه‌ای، هر یک از بخش‌های شش‌گانه شهرستان بابل به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد. در مرحله بعد به قید قرعه ۲-۳ مرکز جامع خدمات سلامت روستایی و ۱-۳ مرکز جامع خدمات سلامت شهری از هر طبقه انتخاب شد. سپس با روش تصادفی منظم، کلیه کدهای الکترونیک که مضرب ۱۵ هستند از سامانه انتخاب شدند و در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه نمونه‌گیری از پرونده الکترونیک آن فرد انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مستمر از مرداد تا آبان ۱۴۰۰ از هر مرکز با روش تخصیص نسبی تا رسیدن به حجم نمونه ۴۲۵ ادامه پیدا کرد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان متاهل ۱۵-۴۹ سال، گذشتن حداقل ۲ سال از زمان ازدواج و سکونت با همسر در یک مکان و فعال بودن پرونده الکترونیک در سامانه سیب و پاسخ به تماس تلفنی بود. معیارهای خروج شامل، عدم رضایت در شرکت در مطالعه، ناباروری اولیه و ثانویه و بیماری‌هایی که در باروری فرد ایجاد اختلال کند، معلولیت شدید ذهنی و اختلالات روانی که قادر به پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه نباشند بود. در مجموع پرونده الکترونیک ۸۰۲ زن ۱۵-۴۹ ساله بررسی شد که ۳۷۷ پرونده به علت نداشتن معیارهای ورود کنار گذاشته شدند.

جمع‌آوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه رفتارهای باروری بود. پرسشنامه مشخصات فردی شامل: سن، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، محل زندگی، وضعیت اجتماعی اقتصادی بود. روایی و پایایی آن در پژوهش حاضر تایید شد. تعداد فرزندان زنده، تعداد و نوع سقط، روش‌های پیشگیری از بارداری و محل تهیه آن، بارداری ناخواسته، علل ناخواسته بودن بارداری، تمایل به بارداری، علل تمایل به بارداری و علل عدم تمایل به بارداری زنان مورد پژوهش نیز با استفاده از پرسشنامه رفتارهای باروری بررسی شد. این پرسشنامه توسط بهمنش و همکاران در سال ۱۳۹۴ طراحی و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت (Behmanesh et al., 2015). این پرسشنامه حاوی ۲۰ گویه می‌باشد و متغیرهای تعداد بارداری، بارداری فعلی، سقط، قصد باروری، استفاده از پیشگیری از بارداری، نوع مدت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته، علل ناخواسته بودن

بارداری، فاصله بین ازدواج و اولین بارداری، تعداد فرزندان فعلی، تجربه مرگ فرزند و فاصله‌گذاری بین فرزندان را می‌سنجد.

سوالات این پرسشنامه مستقل از هم بوده و این پرسشنامه نمره کل ندارد. تنها پاسخ به سوال "تمایل به بارداری" مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای است (۱). بله، در حال حاضر تمایل به بارداری دارم، ۲. بله، می‌خواهم بعداً باردار شوم، ۳. نه من اصلاً تمایل به بارداری ندارم ۴. نمی‌دانم). در مطالعه حاضر ۳ سوال "علل تمایل به باروری، عدم تمایل به باروری و محل تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری" به پرسشنامه رفتارهای باروری اضافه شد. سپس به ۹ نفر متخصص ارسال شد و روایی محتوایی و صوری آن به صورت کمی و کیفی مورد بررسی قرار گرفته و تایید شد. از آن‌جا که سوالات مربوط به پرسشنامه، کاملاً مستقل از هم بوده و اکثر سوالات نیاز به بررسی پایایی نداشت، جهت بررسی پایایی سوال "تمایل به بارداری" با طیف لیکرتی، همبستگی اسپیرمن محاسبه و $r=1$ گزارش شد.

پرسشنامه‌ها با استفاده از اطلاعات پرونده الکترونیک سامانه سیب توسط پژوهشگر تکمیل شد و سوالات "نوع سقط جنین، علل تمایل به بارداری و علل انصراف از تمایل به بارداری" که با استفاده از اطلاعات موجود در سامانه سیب قادر به پاسخ‌گویی نبودند، طی تماس تلفنی توسط پژوهشگر پرسیده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها پس از کدگذاری با استفاده از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل توصیف متغیرها از آمار توصیفی (شامل فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و همچنین ارتباط مشخصات فردی با رفتارهای باروری از آزمون‌های کای دو استفاده شد. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

یافته‌های پژوهش ما نشان داد که زنان گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال با ۳۶/۵ درصد و سطح تحصیلات دیپلم با ۴۱/۴ درصد بیش‌ترین فراوانی را در میان زنان مورد پژوهش داشتند. در میان همسران زنان مورد پژوهش، سطح تحصیلی زیر دیپلم با ۳۴/۸ درصد و شغل آزاد با ۸۰/۷ درصد بیش‌ترین فراوانی را داشت. ۷۹/۱ درصد از زنان مورد پژوهش خانه‌دار و محل زندگی ۶۰ درصد از آنها شهر بود. وضعیت اجتماعی-اقتصادی نسبتاً مطلوب با ۶۷/۱ درصد بیش‌ترین فراوانی را داشت (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان تحت پوشش مراکز جامع سلامت

شهرستان بابل

درصد	فراوانی	مشخصات فردی	
۵/۲	۲۲	زیر ۲۰	سن (سال)
۳۶/۵	۱۵۵	۲۰ تا ۲۹	
۳۵/۵	۱۵۱	۳۰ تا ۳۹	
۲۲/۸	۹۷	۴۰ تا ۴۹	سطح تحصیلات
۲۶/۸	۱۱۴	زیر دیپلم	
۴۱/۴	۱۷۶	دیپلم	
۳۱/۸	۱۳۵	دانشگاهی	شغل
۷۹/۱	۳۳۶	خانه‌دار	
۲۰/۹	۸۹	شاغل	
۳۴/۸	۱۴۸	زیر دیپلم	سطح تحصیلات همسر
۳۰/۸	۱۳۱	دیپلم	
۳۴/۴	۱۴۶	دانشگاهی	
۱۹/۳	۸۲	کارمند	شغل همسر
۸۰/۷	۳۴۳	شغل آزاد	
۶۰/۰	۲۵۵	شهر	محل زندگی
۴۰/۰	۱۷۰	روستا	
۱۶/۷	۷۱	نامطلوب	وضعیت اجتماعی-اقتصادی
۶۷/۱	۲۸۵	نسبتاً مطلوب	
۱۶/۲	۶۹	مطلوب	

در بررسی فراوانی رفتارهای باروری نتایج ما نشان داد (جدول ۲)، زنان با ۲ فرزند زنده، با ۴۳/۵ درصد بیش‌ترین فراوانی را میان زنان مورد پژوهش داشتند. ۲۰/۱ از زنان سابقه سقط جنین داشتند و سقط خودبخودی با ۶۱/۸ درصد بیش‌ترین فراوانی را در میان انواع سقط جنین داشت. ۳۱/۴ درصد از زنان از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و جلوگیری طبیعی یا منقطع با ۵۸/۶ درصد بیش‌ترین فراوانی را در روش‌های پیشگیری از بارداری زنان مورد پژوهش طی همه‌گیری داشت. ۹۳/۵ درصد از زنانی که از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، وسایل پیشگیری از بارداری خود را از داروخانه تهیه می‌کردند. ۷۴/۶ درصد از زنان مورد پژوهش، بارداری ناخواسته نداشتند. در میان زنانی که سابقه بارداری

ناخواسته داشتند، نامناسب بودن زمان بارداری با ۳۹/۹ درصد، بیشترین فراوانی را در علل ناخواسته بودن بارداری داشت. ۵۷/۵ درصد از زنان مورد پژوهش با بیشترین فراوانی اصلاً تمایل به بارداری نداشتند. رسیدن به تعداد ایده‌آل فرزندان با ۵۹/۱ درصد، بیشترین علت تمایل به بارداری و کافی بودن تعداد فرزندان با ۴۲/۲ درصد، بیشترین علت عدم تمایل به بارداری در این دوره بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی رفتارهای باروری زنان مورد پژوهش تحت پوشش مراکز جامع سلامت

شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

درصد	فراوانی	رفتارهای باروری طی همه‌گیری کووید-۱۹
۸/۹	۳۸	۰
۳۷/۷	۱۶۰	۱
۴۳/۵	۱۸۵	۲
۹/۹	۴۲	۳ و بیش‌تر
۷۹/۱	۳۳۶	۰
۱۶/۷	۷۱	۱
۴/۲	۱۸	۲ و بیش‌تر
۶۱/۸	۵۵	خودبخودی
۲۳/۶	۲۱	طبی
۱۴/۶	۱۳	غیرقانونی
۹/۸	۴۲	عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری
۶/۴	۲۷	روش‌های جراحی
۰/۷	۳	آی یو دی
۴/۵	۱۹	روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری
۲۰/۰	۸۵	کاندوم
۵۸/۶	۲۴۹	جلوگیری طبیعی یا منقطع

ادامه جدول ۲: توزیع فراوانی رفتارهای باروری زنان مورد پژوهش تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

درصد	تعداد	رفتارهای باروری طی همه‌گیری کووید-۱۹	
۶/۵	۷	مرکز بهداشت	محل تهیه روش پیشگیری از بارداری
۹۳/۵	۱۰۰	داروخانه	
۷۴/۶	۳۱۷	۰	تعداد بارداری‌های ناخواسته
۲۰/۷	۸۸	۱	
۴/۷	۲۰	۲ و بیش‌تر	
۱۹/۵	۲۱	نگرانی از مسائل مالی	علل ناخواسته بودن بارداری
۴/۶	۵	بیماری	
۱۸/۴	۲۰	فاصله‌گذاری بین فرزندان	
۳۹/۹	۴۳	زمان نامناسب	
۳/۷	۴	ترس از کرونا	
۱۳/۹	۱۵	کافی بودن تعداد فرزندان	تمایل به بارداری
۵/۴	۲۲	بله در حال حاضر تمایل به بارداری دارم	
۳۷/۱	۱۵۰	فعلا تمایل به بارداری ندارم	
۵۷/۵	۲۳۲	اصلا تمایل به بارداری ندارم	
۴۰/۹	۹	نداشتن فرزند	علل تمایل به بارداری
۵۹/۱	۱۳	رسیدن به تعداد ایده‌آل فرزندان	
۱۴/۱	۶۷	نگرانی از مسائل مالی	علل عدم تمایل به بارداری
۶/۰	۱۰	بیماری	
۹/۷	۳۷	زمان نامناسب	
۲/۹	۱۱	بالارفتن سن	
۱۹/۶	۷۵	فاصله‌گذاری بین فرزندان	
۴۲/۲	۱۶۱	کافی بودن تعداد فرزندان	
۵/۵	۲۱	ترس از کرونا و سایر علل	

طبق نتایج مطالعه حاضر، تعداد فرزندان زنده با سن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات زن ($p < 0/001$) و سطح تحصیلات همسر ($p < 0/001$) رابطه معنی‌دار داشت. بین تمایل به بارداری نیز با سن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات زن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات همسر ($p = 0/006$)، شغل ($p = 0/004$) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ($p < 0/001$) رابطه آماری معنی‌دار داشت (جدول ۳).

جدول ۳: ارتباط مشخصات فردی با تمایل به بارداری و تعداد فرزندان زنده زنان مورد پژوهش تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

P-Value	تمایل به بارداری						مشخصات فردی	
	خیر اصلا ندارم		خیر فعلا ندارم		بله تمایل به بارداری دارم			
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
* < ۰/۰۰۱	۰	۰	۹۰/۵	۱۹	۹/۵	۲	زیر ۲۰	سن (سال)
	۲۹/۴	۴۲	۶۴/۳	۹۲	۶/۳	۹	۲۹-۳۰	
	۶۸/۵	۹۸	۲۶/۶	۳۸	۴/۹	۷	۳۹-۴۰	
	۹۴/۸	۹۲	۱/۰	۱	۴/۲	۴	۴۹-۵۰	
* < ۰/۰۰۱	۷۱/۹	۷۹	۲۷/۲	۳۰	۰/۹	۱	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۵۴/۹	۹۱	۳۹/۷	۶۶	۵/۴	۹	دیپلم	
	۴۸/۶	۶۲	۴۲/۱	۵۴	۹/۳	۱۲	دانشگاهی	
* ۰/۰۰۶	۶۹/۵	۹۸	۲۷	۳۸	۳/۵	۵	زیر دیپلم	سطح تحصیلات همسر
	۶۸/۲	۱۲۶	۲۸/۶	۵۳	۳/۲	۶	دیپلم	
	۴۹/۰	۶۷	۴۳/۰	۵۹	۸/۰	۱۱	دانشگاهی	
* ۰/۰۰۴	۵۵/۳	۱۷۶	۴۰/۶	۱۲۹	۴/۱	۱۳	خانه‌دار	شغل
	۶۵/۱	۵۶	۲۴/۴	۲۱	۱۰/۵	۹	شاغل	
* ۰/۰۷۲	۵۴/۵	۴۴	۳۹/۷	۳۱	۳/۸	۳	کارمند	شغل همسر
	۵۷/۷	۱۸۸	۳۶/۵	۱۱۹	۵/۸	۱۹	آزاد	
* ۰/۰۲۵	۶۰/۳	۱۴۶	۳۳/۹	۸۲	۵/۸	۱۴	شهر	محل زندگی
	۵۳/۱	۸۶	۴۲	۶۸	۴/۹	۸	روستا	
* ۰/۰۰۱	۶۲/۹	۴۴	۳۲/۹	۲۳	۴/۲	۳	نامطلوب	وضعیت اجتماعی اقتصادی
	۵۷/۲	۱۵۴	۳۹/۸	۱۰۷	۳/۰	۸	نسبتا مطلوب	
	۵۲/۳	۳۴	۳۰/۸	۲۰	۱۶/۹	۱۱	مطلوب	

ادامه جدول ۳: ارتباط مشخصات فردی با تمایل به بارداری و تعداد فرزندان زنده زنان مورد پژوهش تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

P-Value	تعداد فرزندان زنده								مشخصات فردی	
	۳ و بیش‌تر		۲		۱		۰			
	نسبت	فراوانی	نسبت	فراوانی	نسبت	فراوانی	نسبت	فراوانی		
* < ۰/۰۰۱	۰	۰	۹/۱	۲	۵۴/۵	۱۲	۳۶/۴	۸	زیر ۲۰	سن (سال)
	۳/۲	۵	۲۲/۶	۳۵	۵۶/۸	۸۸	۱۷/۴	۲۷	۲۹-۲۰	
	۹/۹	۱۵	۵۴/۳	۸۲	۳۳/۸	۵۱	۲/۰	۳	۳۹-۳۰	
	۲۲/۷	۲۲	۶۸/۰	۶۶	۹/۳	۹	۰	۰	۴۹-۴۰	
* < ۰/۰۰۱	۲۱/۱	۲۴	۴۸/۲	۵۵	۲۹/۸	۳۴	۰/۹	۱	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۶/۸	۱۲	۴۶	۸۱	۳۶/۴	۶۴	۱۰/۸	۱۹	دیپلم	
	۴/۴	۶	۳۶/۳	۴۹	۴۵/۹	۶۲	۱۳/۳	۱۸	دانشگاهی	
* < ۰/۰۰۱	۱۷/۶	۲۶	۴۵/۹	۶۸	۳۲/۴	۴۸	۴/۱	۶	زیر دیپلم	سطح تحصیلات همسر
	۵/۳	۷	۴۷/۳	۶۲	۴۰/۵	۵۳	۶/۹	۹	دیپلم	
	۶/۳	۹	۳۷/۷	۵۵	۴۰/۴	۵۹	۱۵/۸	۲۳	دانشگاهی	
* ۰/۳۸	۱۰/۱	۳۴	۴۲/۶	۱۴۳	۳۹/۳	۱۳۲	۸/۰	۲۷	خانه‌دار	شغل
	۹/۰	۸	۴۷/۲	۴۲	۳۱/۵	۲۸	۱۲/۴	۱۱	شاغل	
* ۰/۹۵	۸/۵	۷	۴۲/۷	۳۵	۳۹/۰	۳۲	۹/۸	۸	کارمند	شغل همسر
	۱۰/۲	۳۵	۴۳/۷	۱۵۰	۳۷/۳	۱۲۸	۸/۷	۳۰	آزاد	
* ۰/۸۲	۱۱	۲۸	۴۳/۱	۱۱۰	۳۶/۹	۹۴	۹	۲۳	شهر	محل زندگی
	۸/۱	۱۴	۴۴/۱	۷۵	۳۸/۸	۶۶	۸/۸	۱۵	روستا	
* ۰/۱۸	۱۲/۷	۹	۴۹/۳	۳۵	۳۵/۲	۲۵	۲/۸	۲	نامطلوب	وضعیت اجتماعی اقتصادی
	۹/۱	۲۶	۴۳/۵	۱۲۴	۳۸/۶	۱۱۰	۸/۸	۲۵	نسبتاً مطلوب	
	۱۰/۱	۷	۳۷/۷	۲۶	۳۶/۲	۲۵	۱۵/۹	۱۱	مطلوب	

بررسی ارتباط تعداد و نوع سقط جنین با مشخصات فردی، نشان داد تعداد سقط جنین تنها با سن ($p=۰/۰۳$) و تحصیلات همسر ($p=۰/۰۱$) ارتباط معنی‌دار داشت و بین نوع سقط جنین با هیچ یک از مشخصات فردی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۴).

جدول ۴: ارتباط مشخصات فردی با تعداد و نوع سقط جنین زنان مورد پژوهش تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

P-Value	تعداد سقط جنین						مشخصات فردی	
	۲ و بیش تر		۱		۰			
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
**۰/۰۳	۰	۰	۱۳/۶	۳	۸۶/۴	۱۹	زیر ۲۰	سن (سال)
	۱/۳	۲	۱۴/۲	۲۲	۸۴/۵	۱۳۱	۲۹-۲۰	
	۴/۰	۶	۱۹/۲	۲۹	۷۶/۸	۱۱۶	۳۹-۳۰	
	۱۰/۳	۱۰	۱۷/۵	۱۷	۷۲/۲	۷۰	۴۹-۴۰	
*۰/۸۰	۴/۴	۵	۱۵/۸	۱۸	۷۹/۸	۹۱	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۴	۷	۱۹/۳	۳۴	۷۶/۷	۱۳۵	دیپلم	
	۴/۴	۶	۱۴/۱	۱۹	۸۱/۵	۱۱۰	دانشگاهی	
*۰/۰۱	۵/۴	۸	۲۵/۰	۳۷	۶۹/۶	۱۰۳	زیر دیپلم	سطح تحصیلات همسر
	۳/۸	۵	۱۰/۷	۱۴	۸۵/۵	۱۱۲	دیپلم	
	۳/۴	۵	۱۳/۷	۲۰	۸۲/۹	۱۲۱	دانشگاهی	
*۰/۱۶	۳/۳	۱۱	۱۷/۰	۵۷	۷۹/۸	۲۶۸	خانه‌دار	شغل
	۷/۹	۷	۱۵/۷	۱۴	۷۶/۴	۶۸	شاغل	
*۰/۲۲	۶/۱	۵	۱۱/۰	۹	۸۲/۹	۶۸	کارمند	شغل همسر
	۳/۸	۱۳	۱۸/۱	۶۲	۷۸/۱	۲۶۸	آزاد	
*۰/۱۹	۴/۷	۱۲	۱۴/۱	۳۶	۸۱/۲	۲۰۷	شهر	محل زندگی
	۳/۵	۶	۲۰/۶	۳۵	۷۵/۹	۱۲۹	روستا	
*۰/۱۴	۹/۹	۷	۱۵/۵	۱۱	۷۴/۶	۵۳	نامطلوب	وضعیت اجتماعی اقتصادی
	۳/۲	۹	۱۶/۵	۴۷	۸۰/۴	۲۲۹	نسبتاً مطلوب	
	۲/۹	۲	۱۸/۸	۱۳	۷۸/۳	۵۴	مطلوب	

ادامه جدول ۴: ارتباط مشخصات فردی با تعداد و نوع سقط جنین زنان مورد پژوهش تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

P-Value	نوع سقط جنین						مشخصات فردی	
	غیرقانونی		القایی		خودبخودی			
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
**./۰۵	۰	۰	۳۳/۳	۱	۶۶/۷	۲	زیر ۲۰	سن (سال)
	۱۲/۵	۳	۴۱/۷	۱۰	۴۵/۸	۱۱	۲۹-۳۰	
	۸/۶	۳	۲۲/۸	۸	۶۸/۶	۲۴	۳۹-۴۰	
	۲۵/۹	۷	۷/۴	۲	۶۶/۷	۱۸	۴۹-۵۰	
*./۰۷۷	۱۳	۳	۲۶/۱	۶	۶۰/۹	۱۴	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۱۹/۵	۸	۲۲	۹	۵۸/۵	۲۴	دیپلم	
	۸	۲	۲۴	۶	۶۸	۱۷	دانشگاهی	
**./۰۵۹	۱۳/۳	۶	۲۲/۲	۱۰	۶۴/۴	۲۹	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۲۶/۳	۵	۲۱/۱	۴	۵۲/۶	۱۰	دیپلم	
	۸	۲	۲۸	۷	۶۴	۱۶	دانشگاهی	
**./۰۵۱	۱۳/۲	۹	۲۶/۵	۱۸	۶۰/۳	۴۱	خانه‌دار	شغل
	۱۹/۰	۴	۱۴/۳	۳	۶۶/۷	۱۴	شاغل	
**./۰۸۳	۷/۲	۱	۲۱/۴	۳	۷۱/۴	۱۰	کارمند	شغل همسر
	۱۶	۱۲	۲۴	۱۸	۶۰	۴۵	آزاد	
*./۰۱۷	۱۸/۸	۹	۱۶/۶	۸	۶۴/۶	۳۱	شهر	محل زندگی
	۹/۸	۴	۳۱/۷	۱۳	۵۸/۵	۲۴	روستا	
**./۰۹۹	۱۶/۷	۳	۲۲/۲	۴	۶۱/۱	۱۱	نامطلوب	وضعیت اجتماعی اقتصادی
	۱۴/۳	۸	۲۳/۲	۱۳	۶۲/۵	۳۵	نسبتاً مطلوب	
	۱۳/۳	۲	۲۶/۷	۴	۶۰/۰	۹	مطلوب	

جدول ۵: ارتباط مشخصات فردی با بارداری ناخواسته و پیشگیری از بارداری در زنان مورد پژوهش شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

P-Value	تعداد بارداری ناخواسته						مشخصات فردی	
	۲ و بیش تر		۱		۰			
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
*۰/۰۳	۰	۰	۴/۵	۱	۹۵/۵	۲۱	زیر ۲۰	سن (سال)
	۱/۹	۳	۱۸/۱	۲۸	۸۰	۱۲۴	۲۹-۲۰	
	۶/۶	۱۰	۲۴/۵	۳۷	۶۸/۹	۱۰۴	۳۹-۳۰	
	۷/۲	۷	۲۲/۷	۲۲	۷۰/۱	۶۸	۴۹-۴۰	
*۰/۰۰۹	۸۰	۱۰۸	۷۵/۶	۱۳۳	۶۶/۷	۷۶	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۲۰	۲۷	۱۸/۸	۳۳	۲۴/۶	۲۸	دیپلم	
	۰	۰	۵/۷	۱۰	۸/۸	۱۰	دانشگاهی	
*۰/۰۱	۸/۱	۱۲	۲۵/۷	۳۸	۶۶/۲	۹۸	زیر دیپلم	سطح تحصیلات همس
	۴/۶	۶	۱۸/۳	۲۴	۷۷/۱	۱۰۱	دیپلم	
	۱/۴	۲	۱۷/۸	۲۶	۸۰/۸	۱۱۸	دانشگاهی	
*۰/۲۸	۳/۹	۱۳	۲۰/۸	۷۰	۷۵/۳	۲۵۳	خانه‌دار	شغل
	۷/۹	۷	۲۰/۲	۱۸	۷۱/۹	۶۴	شاغل	
*۰/۲۲	۱/۲	۱	۱۹/۵	۱۶	۷۹/۳	۶۵	کارمند	شغل همسر
	۵/۵	۱۹	۲۱	۷۲	۷۳/۵	۲۵۲	آزاد	
*۰/۸۷	۴/۳	۱۱	۲۱/۲	۵۴	۷۴/۵	۱۹۰	شهر	محل زندگی
	۵/۳	۹	۲۰	۳۴	۷۴/۷	۱۲۷	روستا	
*۰/۰۲	۱۱/۳	۸	۲۱/۱	۱۵	۶۷/۶	۴۸	نامطلوب	وضعیت اجتماعی اقتصادی
	۲/۸	۸	۲۲/۱	۶۳	۷۵/۱	۲۱۴	نسبتاً مطلوب	
	۵/۸	۴	۱۴/۵	۱۰	۷۹/۷	۵۵	مطلوب	

ادامه جدول ۵: ارتباط مشخصات فردی با بارداری ناخواسته و پیشگیری از بارداری در زنان
مورد پژوهش شهرستان بابل طی همه‌گیری کووید-۱۹

P-Value	روش‌های پیشگیری از بارداری						مشخصات فردی	
	روش‌های جراحی تعداد (درصد)	IUD تعداد (درصد)	روش‌های هورمونی تعداد (درصد)	کاندوم تعداد (درصد)	طبیعی تعداد (درصد)	عدم استفاده از روش تعداد (درصد)		
* < .001	(۰) ۰	(۰) ۰	(۰) ۰	۵ (۲۲/۸)	۱۴ (۶۳/۶)	۳ (۱۳/۶)	سن (سال)	زیر ۲۰
	۲ (۱/۳)	۱ (۰/۶)	۸ (۵/۲)	۳۶ (۱۶/۸)	۹۸ (۶۳/۲)	۲۰ (۱۲/۹)		۲۰-۲۹
	۴ (۲/۶)	(۰) ۰	۸ (۵/۳)	۳۸ (۲۵/۲)	۸۶ (۵۷/۰)	۱۵ (۹/۹)		۳۰-۳۹
	۲۱ (۳۱/۶)	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۱)	۱۶ (۱۶/۵)	۵۱ (۵۲/۶)	۴ (۴/۱)		۴۰-۴۹
* < .001	۱۴ (۱۲/۳)	(۰) ۰	۶ (۵/۳)	۱۷ (۱۴/۹)	۷۲ (۶۳/۲)	۵ (۴/۴)	سطح تحصیلات	زیر دیپلم
	۹ (۵/۱)	۳ (۱/۷)	۱۱ (۶/۳)	۲۵ (۱۴/۲)	۱۰۹ (۶۱/۹)	۱۹ (۱۰/۸)		دیپلم
	۴ (۳/۰)	(۰) ۰	۲ (۱/۵)	۴۳ (۳۱/۹)	۶۸ (۵۰/۵)	۱۸ (۱۳/۳)		دانشگاهی
* < .001	۱۳ (۸/۸)	(۰) ۰	۹ (۶/۱)	۲۳ (۱۵/۵)	۹۱ (۶۱/۵)	۱۲ (۸/۱)	سطح تحصیلات همسر	زیر دیپلم
	۸ (۶/۱)	۳ (۲/۳)	۸ (۶/۱)	۱۷ (۱۳/۰)	۸۴ (۶۴/۱)	۱۱ (۸/۴)		دیپلم
	۶ (۴/۱)	(۰) ۰	۲ (۱/۴)	۴۵ (۳۰/۸)	۷۴ (۵۰/۷)	۱۹ (۱۳/۰)		دانشگاهی
* .016	۲۲ (۶/۵)	۳ (۰/۹)	۱۹ (۵/۸)	۶۵ (۱۹/۳)	۱۹۶ (۵۸/۲)	۳۱ (۹/۲)	شغل	خانه‌دار
	۵ (۵/۶)	(۰) ۰	(۰) ۰	۲۰ (۲۲/۵)	۵۳ (۵۹/۵)	۱۱ (۱۲/۴)		شاغل
* .01	۶ (۷/۳)	(۰) ۰	۲ (۲/۴)	۲۸ (۳۴/۱)	۴۰ (۴۸/۸)	۶ (۷/۳)	شغل همسر	کارمند
	۲۱ (۶/۱)	۳ (۰/۹)	۱۷ (۵/۰)	۵۷ (۱۶/۶)	۲۰۹ (۶۰/۹)	۳۶ (۱۰/۵)		آزاد
* .04	۲۳ (۹/۰)	۲ (۰/۸)	۱۰ (۳/۹)	۵۶ (۲۲/۰)	۱۳۷ (۵۳/۷)	۲۷ (۱۰/۶)	محل زندگی	شهر
	۴ (۲/۴)	۱ (۰/۶)	۹ (۵/۳)	۲۹ (۱۷/۱)	۱۱۲ (۶۵/۸)	۱۵ (۸/۸)		روستا
** .02	۵ (۷/۰)	۱ (۱/۵)	۵ (۷/۰)	۷ (۹/۹)	۴۹ (۶۹/۰)	۴ (۵/۶)	وضعیت اجتماعی اقتصادی	نامطلوب
	۱۷ (۶/۰)	۱ (۰/۴)	۱۳ (۴/۵)	۶۴ (۲۲/۵)	۱۶۶ (۵۸/۲)	۲۴ (۸/۴)		نسبتاً مطلوب
	۵ (۷/۲)	۱ (۱/۴)	۱ (۱/۴)	۱۴ (۲۰/۳)	۳۴ (۴۹/۴)	۱۴ (۲۰/۳)		مطلوب

بررسی ارتباط مشخصات فردی با پیشگیری از بارداری و تعداد بارداری ناخواسته نشان داد، پیشگیری از بارداری با سن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات زن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات همسر ($p < 0/001$) و شغل همسر ($p = 0/01$)، محل زندگی ($p = 0/04$) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ($p = 0/02$) رابطه معنی‌دار داشت. بین بارداری ناخواسته نیز با سن ($p = 0/03$)، سطح تحصیلات زن ($p = 0/009$)، سطح تحصیلات همسر ($p = 0/01$) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ($p = 0/02$) رابطه آماری معنی‌دار داشت (جدول ۵).

بحث

یافته‌های ما عوامل موثر بر رفتارهای باروری را تشریح می‌کند. بین تعداد فرزندان زنده با سن، سطح تحصیلات زن و سطح تحصیلات همسر رابطه آماری معنی‌دار وجود داشت. تمایل به بارداری با سن، سطح تحصیلات زن و همسر، شغل و وضعیت اجتماعی-اقتصادی رابطه آماری معنی‌دار داشت. تعداد سقط جنین تنها با سن و سطح تحصیلات همسر رابطه آماری معنی‌دار داشت. تعداد بارداری ناخواسته نیز با سن، سطح تحصیلات زن، سطح تحصیلات همسر، محل زندگی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی رابطه آماری معنی‌دار داشت. بین روش پیشگیری از بارداری هم با سن، تحصیلات زن، سطح تحصیلات همسر، شغل همسر، محل زندگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، با افزایش سن، تعداد فرزندان زنده افزایش یافت. نتایج مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) و جمشیدیها و همکاران (۲۰۱۱) در ایران نیز نتایج پژوهش ما را تایید می‌کنند؛ (Sadighi et al., 2020). زیرا با افزایش سن احتمال فرزندآوری افزایش می‌یابد و می‌تواند تعداد مطلوب فرزند خود را به دنیا بیاورند. همچنین با افزایش سن بیش‌تر تحت تاثیر آداب و رسوم و عقاید و هنجارهای مربوط به باروری بالاتر قرار دارند که در نسل پیشین، بیش‌تر از نسل کنونی حاکم بود و می‌تواند محرک تعداد فرزندان بیش‌تر آنان باشد (Jamshidiha et al., 2011).

طبق نتایج مطالعه حاضر، با افزایش سطح تحصیلات، تعداد فرزند زنده کاهش یافت. نتایج سایر مطالعات نیز رابطه منفی بین تحصیلات و باروری را تایید می‌کنند (Sadighi et al., 2020). (Barati et al., 2021). (Seifoori et al., 2020, Pezhhan and Kamali, 2015, Requena and). (Mirabi et al., 2020, Salazar, 2014, Piotrowski and Tong, 2016). افزایش تحصیلات با بالا بردن سن ازدواج و در نتیجه تأخیر در سن فرزندآوری باعث کاهش باروری می‌شود. به علاوه تحصیلات منجر به تغییر در نگرش‌ها و شکل دادن نگرش‌های مدرن در فرد می‌شود و از این طریق به طور غیر مستقیم نیز منجر به کاهش باروری می‌شود (Abbasi Shovazi and Khaje Salehi, 2013). علاوه بر این ممکن است، انتظارات بالا برای زندگی فرزندان و همچنین سختی زندگی و مشغله بیش‌تر نیز، از علت محدود کننده رفتار باروری در زنان تحصیلات بالاتر باشد (Barati et al., 2021).

با افزایش سطح تحصیلات همسران تعداد فرزندان زنده کاهش یافت. مطالعه مدیری و همکاران (۲۰۲۱) در ایران و Godefroy و Lewis (۲۰۱۸) در مالی نیز، نتایج پژوهش ما را تایید می‌کند و بین تحصیلات مردان و تعداد فرزندان رابطه منفی وجود داشت (Modiri et al., 2021). به نظر می‌رسد کاهش قابل توجه باروری به دنبال افزایش سطح تحصیلات مردان، ناشی از افزایش سن ازدواج باشد که منجر به کاهش باروری در این مردان شد (Godefroy and Lewis, 2018). سطح تحصیلات بالاتر، ممکن است ارزش‌های زندگی فرد را تغییر دهد که ممکن است با ترجیحات فرزندان کم‌تر و یافتن راه‌های جایگزین برای رضایتمندی در زندگی مرتبط باشد. افزایش سرمایه انسانی مردان ممکن است تقاضا برای کودکان را از طریق افزایش شهرنشینی تغییر دهد و کاهش تقاضا برای کودکان یا تغییر در ترجیحات فرزندآوری و جایگزینی کیفیت به جای کمیت را موجب شود (Godefroy and Lewis, 2018). علاوه بر این، معمولا مردان در مقاطع تحصیلی بالاتر دانش و عملکرد بهتری در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری داشته و بنابراین احتمال بارداری ناخواسته در همسران آنها کم‌تر می‌باشد (Speizer et al., 2018). در مقابل مطالعات در کشورهای توسعه یافته با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی ندارد؛ چنانچه مطالعه Nisén و همکاران (۲۰۱۸) رابطه مثبت بین سطح تحصیلات مردان با تعداد فرزندان در فنلاند را نشان دادند. در کشورهای توسعه یافته میزان باروری در افراد با سطح درآمد بالاتر بیش‌تر است و پدر شدن براساس پتانسیل تأمین‌کنندگی اقتصادی است که سطح تحصیلات مردان، نقش زیادی در آن دارد (Nisén et al., 2018).

بین شغل زنان با تعداد فرزندان هیچگونه ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت؛ مطالعه سعادت‌ی (۲۰۱۵) بر روی ۴۰۵ زن در سمنان نیز با نتایج پژوهش ما همسو بود و بین شغل زنان و تعداد فرزندان زنده ارتباط آماری گزارش نشد (Saadati, 2015). درحالی‌که مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) در ۳۱ استان ایران با نتایج ما همسو نبود و بین شغل و تولد زنده ارتباط وجود داشت؛ به طوری که تعداد فرزندان زنده در زنان خانه‌دار بیش‌تر بود (Sadighi et al., 2020). طبق نتایج مطالعه حاضر، شغل همسر ارتباط معنی‌دار آماری با تعداد فرزندان زنده نداشت؛ در مطالعه مدیری و همکاران (۲۰۲۱) در ایران نیز شاغل بودن یا نبودن مردان رابطه معنی‌داری با تعداد فرزندان زنده نداشت، اما منزلت شغلی با تعداد فرزندان زنده رابطه معنی‌دار داشت و تعداد فرزندان زنده در مردان با منزلت شغلی بالاتر کم‌تر بود (Modiri et al., 2021). علت آن احتمالا بالاتر بودن پایگاه اقتصادی در افراد با منزلت شغلی بالاتر می‌باشد؛ چنانچه نتایج این مطالعه نشان داد که پایگاه اقتصادی با تعداد فرزندان قصد شده و زنده افراد ارتباط منفی دارد (Modiri et al., 2021). درحالی‌که مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) در ۳۱ استان ایران با نتایج ما همسو نبود و بین شغل همسر و تولد زنده ارتباط وجود داشت؛ به طوری که میانگین تولد زنده در زنانی که همسران‌شان دانشجوی، سرباز و شاغل بودند، کم‌تر از سایر گروه‌های شغلی بود (Sadighi et al., 2020).

طبق نتایج مطالعه حاضر، بین محل زندگی با تعداد فرزندان زنده هیچگونه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد؛ درحالیکه مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) در ۳۱ استان ایران با نتایج ما همسو نبود و بین محل زندگی و تعداد تولد زنده ارتباط وجود داشت؛ به طوری که میانگین تولد زنده در زنان روستایی بیش‌تر بود (Sadighi et al., 2020). سایر مطالعات نیز بالاتر بودن تعداد فرزندان زنده در زنان روستایی را نشان دادند (Government-of-Zambia, 2018,) (Saadati, 2015, Abbasi-Shavazi et al., 2020). زنان روستایی سن ازدواج و سن تولد اولین فرزند پایین‌تر و تعداد فرزندان بیش‌تری نسبت به هم‌تایان شهری خود دارند (Government-of-Zambia, 2018). علت تفاوت مطالعه ما با این مطالعات، ممکن است این باشد که در شهرستان بابل زنان روستایی از نظر سطح تحصیلات تفاوت کمی با زنان شهری دارند و اختلاف فرهنگی زیادی بین زنان شهری و روستایی در این شهرستان وجود ندارد.

طبق نتایج مطالعه حاضر بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی با تعداد فرزندان زنده ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد؛ در حالی‌که مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) با نتایج ما همسو نبود و بین درآمد و تولد زنده ارتباط وجود داشت و میانگین تولد زنده در افراد با درآمد کم‌تر، بیش‌تر بود (Sadighi et al., 2020). در مطالعه مدیری و همکاران (۲۰۲۱) در تهران نیز با یافته‌های پژوهش ما هم‌خوانی نداشت و پایگاه اقتصادی با تعداد فرزندان زنده افراد ارتباط منفی داشت (Modiri et al., 2021).

طبق نتایج مطالعه حاضر، تمایل به بارداری در زنان با سنین پایین‌تر، بیش‌تر بود. مطالعات عباسی شوازی و همکاران (۲۰۲۰)، براتی و همکاران (۲۰۲۱) و ادهمی و همکاران (۲۰۲۰)، در ایران نیز نتایج مطالعه ما را تایید می‌کند و قصد فرزندآوری در زنان سنین پایین‌تر بیش‌تر بود (Abbasi-Shavazi et al., 2020) (Barati et al., 2021) (Ahmed and Sonfield, 2020). مطالعه Schoenaker و همکاران (۲۰۲۲) در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ در استرالیا نیز، نتایج ما را تایید می‌کند و تمایل به بارداری در زنان ۳۵ تا ۵۰ سال کم‌تر از ۲۵ تا ۳۴ سال بود (Schoenaker et al., 2022). علت این امر ممکن است تحقق آرمانهای باروری زنان و ترس از خطرات بهداشتی حاملگی در سن بالا همراه باشد (Abbasi-Shavazi et al., 2020).

در حالی‌که مطالعه کاوه فیروز و همکاران (۲۰۲۱)، در تهران با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی ندارد و با افزایش سن زنان احتمال قصد باروری زنان جز گروه سنی ۴۵-۴۹ سال، بیش‌تر شد و بیش‌ترین قصد باروری در زنان ۴۰-۴۴ سال گزارش شد (Kaveh-Firouz et al., 2021). به نظر می‌رسد زنان تحت تأثیر شرایط جدید، ابتدا موقعیت اقتصادی و اجتماعی خود را بهبود می‌بخشند و بعد از آن تمایل و قصد فرزندآوری برای آنان شکل می‌گیرد (Kaveh-Firouz et al., 2021). علت تفاوت با مطالعه ما می‌تواند بالاتر بودن سن ازدواج و اولین بارداری در تهران باشد. در حالی‌که در شهرستان بابل، زنان در این سن به تعداد ایده‌آل فرزندان رسیده و بعد خانواده خود را تکمیل کردند. مطالعه Micelli و همکاران (۲۰۲۰)، در ایتالیا نیز با

نتایج پژوهش ما هم‌خوانی ندارد و قصد باروری در سنین بالاتر بیشتر بود (Micelli et al., 2020). علت تفاوت نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش ما، احتمالاً بالاتر بودن سن اولین بارداری و زایمان در شرکت‌کنندگان این مطالعه می‌باشد؛ چنانچه موسسه ملی آمار ایتالیا میانگین سنی زنان ایتالیایی در اولین زایمان را ۳۱/۲ سال گزارش کرد (ISTAT, 2018)، در حالیکه در مطالعه ما، اکثر زنان در سنین بالاتر به تعداد ایده‌آل فرزندان رسیده و بعد خانواده خود را تکمیل کردند؛ بنابراین تمایل به بارداری کم‌تری داشتند.

در مطالعه حاضر تمایل به بارداری با بالاتر بودن سطح تحصیلات افزایش یافت؛ به طوری که در زنان با تحصیلات دانشگاهی تمایل به بارداری بیشتر بود. مطالعه عباسی شوازی و همکاران (۲۰۲۰) در ایران نیز، نتایج مطالعه ما را تایید می‌کند و رابطه معنی‌دار بین سطح تحصیلات زنان با قصد فرزندآوری را نشان می‌دهد. در این مطالعه قصد فرزندآوری در زنان با تحصیلات بالاتر بیشتر بود (Abbasi-Shavazi et al., 2020). مطالعات در استرالیا و ایالت متحده آمریکا هم با نتایج مطالعه ما سازگار بود؛ نتایج این مطالعه نشان داد، در دوره همه‌گیری کووید، تمایل به بارداری در زنان با مدرک دانشگاهی بیشتر بود (Schoenaker et al., 2022) (Kahn et al., 2021). شاید علت آن همراه بودن تحصیلات بالاتر با درآمد بیشتر باشد، تا بتواند جایگزین مناسبی برای متغیرهای دیگر از جمله مراقبت از کودکان و همکاری همسر در منزل فراهم آوردند (Piltan and Rahmanian, 2015). علت دیگر این امر ممکن است افزایش سطح تحصیلات در زنان با سنین پایین‌تر باشد که یا فرزندی نداشته یا تعداد فرزند کم‌تری دارند و تمایل بیشتری به افزایش بعد خانواده خود را دارند. طبق یافته‌های پژوهش ما، تمایل به بارداری در زنان سنین پایین‌تر، بیشتر بود. این گروه از زنان کسانی هستند که به دلیل تحصیل، ازدواج و فرزندآوری خود را به تاخیر انداخته و یا تولد دومین فرزند را به تاخیر انداخته‌اند. بنابراین پس از اینکه توانستند بر موانع فرزندآوری فائق آیند، تصمیم دارند تاخیر را جبران کنند و قصد فرزندآوری دارند. این زنان با فاصله‌گذاری کم‌تر بین ازدواج و فرزندآوری و یا بین مولید، باروری خود را تکمیل می‌کنند. این مساله تحت تاثیر تعداد فرزندان در حال حاضر زنده است و زنان بدون فرزند و زنان دارای یک فرزند بیشتر از سایرین قصد فرزندآوری دارند (Abbasi-Shavazi et al., 2020). اما مطالعه افرینی و همکاران (۲۰۱۸) قبل از همه‌گیری در تهران، با یافته‌های پژوهش ما سازگار نبود؛ رابطه منفی بین تحصیلات و قصد فرزندآوری را نشان داد (Afarini et al., 2018). تحصیلات ممکن است منجر به تغییر در نگرش‌ها و شکل دادن نگرش‌های مدرن در فرد شود و از این طریق به طور غیر مستقیم منجر به کاهش باروری می‌شود (Abbasi Shovazi and Khaje Salehi, 2013).

نتایج مطالعه ما نشان داد وضعیت اجتماعی- اقتصادی، با تمایل به بارداری رابطه مستقیم دارد. به طوری که در زنان با وضعیت اجتماعی- اقتصادی مطلوب تمایل به بارداری بیشتر بود. نتایج مطالعات چین همه‌گیری در استرالیا (Schoenaker et al., 2022) و ایالات متحده آمریکا

(Kahn et al., 2021) و قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ در ایران نیز نتایج مطالعه ما را تایید می‌کند (Adhami and Kazemipour, 2021). درحالی‌که مطالعه کاوه فیروز و همکاران (۲۰۲۱) در تهران، نتایج پژوهش ما هم‌خوانی ندارد و بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی و قصد باروری رابطه آماری معنی‌داری گزارش نشد (Kaveh-Firouz et al., 2021). مطالعه صیفوری و همکاران (۲۰۲۰) هم با نتایج ما سازگار نبود و نشان داد هرچه میزان درآمد افزایش یابد، ترجیح فرد برای باروری کاهش پیدا می‌کند (Seifoori et al., 2020). با افزایش درآمد، معمولاً بین کیفیت بر کمیت کودکان ترجیح داده می‌شود و والدین با درآمد بالاتر احتمالاً ترجیح می‌دهند از نظر جنبه‌هایی مانند تحصیل و رفاه کودکان، فرزندان کم‌تر اما با کیفیت بالاتری داشته باشند (Niséen et al., 2018).

در مطالعه حاضر تمایل به بارداری در زنان با سطوح بالاتر تحصیلات همسر افزایش یافت، که علت آن می‌تواند، بالاتر بودن سطح تحصیلات همسر در زنان جوان‌تر و سنین پایین‌تر باشد. تمایل به بارداری در مطالعه حاضر در همسران با سطوح بالاتر تحصیلات افزایش یافت؛ به طوری که ۶۹/۵ درصد از زنان با سطح تحصیلات کم‌تر از دیپلم همسر و ۴۹ درصد زنان با سطح تحصیلات دانشگاهی همسر اصلاً تمایل به بارداری نداشتند. مطالعه Kuhnt و همکاران (۲۰۱۷) در آلمان نیز با یافته‌های پژوهش ما سازگار بود و تمایل به بارداری در مردانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، بیش‌تر از سطوح تحصیلی پایین‌تر بود (Kuhnt et al., 2017). ممکن است به این علت باشد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر، اعتماد به نفس و توانایی بیش‌تری برای مقابله با استرس و فشارهای خانواده دارند و توانایی پذیرش نقش والدینی در این افراد بیش‌تر است (Azmoode et al., 2017). مطالعه آزموده و همکاران (۲۰۱۷) در تربت حیدریه، با نتایج ما هم‌خوانی ندارد و بین تحصیلات همسر و تمایل به بارداری رابطه معنی‌داری گزارش نشد (Azmoode et al., 2017).

در مطالعه حاضر، بین متغیر شغل با تمایل به بارداری ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. به طوری‌که تمایل به بارداری در زنان شاغل کم‌تر از زنان خانه‌دار بود. علت این امر ممکن است این باشد که فرزندآوری مانع اشتغال زنان است و بر مبنای ارزش‌های جدید خانواده، میزان باروری به طور مداوم در کاهش است. روحیه فردگرایی، خردگرایی و منفعت‌طلبی زنان شاغل نقش بازدارنده‌ای برای فرزندآوری ایفا می‌کند (Seifoori et al., 2020). مطالعه Kuhnt و همکاران (۲۰۱۷) در آلمان نیز با یافته‌های پژوهش ما را تایید می‌کند (Kuhnt et al., 2017). در حالی‌که مطالعه عباسی شوازی و همکاران (۲۰۲۰) در تهران، با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد و رابطه معنی‌دار بین شغل زنان و قصد فرزندآوری را نشان نداد (Abbasi-Shavazi et al., 2020). مطالعه Schoenaker و همکاران (۲۰۲۲) در استرالیا نیز، با نتایج مطالعه ما همسو نبود؛ در این مطالعه تمایل به بارداری حین همه‌گیری کووید-۱۹ در زنان شاغل بیش‌تر بود (Schoenaker et al., 2022). علت آن می‌تواند وقت آزاد بیش‌تر این زنان به علت کاهش ساعت

کاری طی همه‌گیری باشد و این زنان به علت فرصت بیش‌تر برای نگهداری از فرزندان، تمایل به بارداری بیش‌تری طی همه‌گیری داشته باشد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، شغل همسر ارتباط معنی‌دار آماری با تمایل به بارداری نداشت. مطالعه افرینی و همکاران (۲۰۱۸) در ایران نیز بین شغل همسر با تمایل به بارداری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (Afarini et al., 2018). مطالعه آزموده و همکاران (۲۰۱۷) نیز با نتایج ما هم‌خوانی داشت و بین شغل همسر و تمایل به بارداری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (Azmoode et al., 2017). در مطالعه مدیری و همکاران (۲۰۲۱) در ایران نیز شاغل بودن یا نبودن مردان رابطه معنی‌داری با تعداد فرزندان قصد شده نداشت، اما منزلت شغلی با تعداد فرزندان قصد شده، رابطه معنی‌دار داشت، به طوری‌که تعداد فرزندان قصد شده در مردان با منزلت شغلی بالاتر کم‌تر بود (Modiri et al., 2021). علت آن احتمالاً بالاتر بودن پایگاه اقتصادی در افراد با منزلت شغلی بالاتر می‌باشد؛ چنانچه نتایج این مطالعه نشان داد، پایگاه اقتصادی با تعداد فرزندان قصد شده افراد ارتباط منفی دارد (Modiri et al., 2021). بنابراین به نظر می‌رسد صرف نظر از شغل همسر، درآمد او بر تمایل زنان به بارداری تاثیرگذار باشد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، بین محل زندگی با تمایل به بارداری ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت؛ نتایج مطالعه Akinyemi و همکاران (۲۰۲۲) نیز با نتایج ما همسو بود و ارتباط معنی‌داری بین محل زندگی با تمایل به بارداری مشاهده نشد (Akinyemi et al., 2022). در حالیکه مطالعه Schoenaker و همکاران (۲۰۲۲) در استرالیا با نتایج ما هم‌خوانی نداشت و تمایل به بارداری در دوره همه‌گیری در زنان شهری بیش‌تر از زنان روستایی بود (Schoenaker et al., 2022). که علت آن می‌تواند کم‌تر بودن تعداد فرزندان در زنان شهری و در نتیجه بیش‌تر بودن تمایل به بارداری در این زنان با تعداد فرزندان کم‌تر باشد. در حالیکه عباسی شوازی و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند، بین محل زندگی و ایده‌آل‌های باروری ارتباط معنی‌دار وجود داشت و زوج‌هایی که در محیط شهری پرورش یافتند، نسبت به زوج‌های روستایی فرزندان کم‌تری را برای هر زوج مناسب می‌دانستند (Abbasi-Shavazi et al., 2020). طبق نتایج مطالعه حاضر با افزایش سن، تعداد سقط جنین افزایش یافت. مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) نیز با یافته‌های پژوهش ما همسو بود؛ زیرا با افزایش سن، تعداد بارداری و فرزندان افزایش یافته و تعداد سقط جنین با افزایش تعداد بارداری افزایش می‌یابد (Sadighi et al., 2020). مطالعه عرفانی و شجاعی (۲۰۱۸) نیز با نتایج مطالعه ما همسو بود؛ نتایج این مطالعه نیز رابطه معنی‌دار بین سن و سقط جنین را نشان داد و سقط جنین عمدی در سنین بالای ۳۵ سال بیش‌تر بود (Erfani and Shojaei, 2018). علت آن می‌تواند بالاتر بودن بارداری ناخواسته در زنان بالای ۳۵ سال به دلیل تکمیل بعد خانواده در سنین بالاتر باشد.

در مطالعه حاضر سطح تحصیلات همسر با تعداد سقط جنین ارتباط داشت و سابقه سقط جنین در زنانی که همسران‌شان تحصیلات زیر دیپلم داشتند، با ۳۰/۴ درصد بیشتر از سایر سطوح تحصیلی بود. مطالعه علی پناه‌پور و همکاران (۲۰۲۰) در ایران نیز با نتایج ما همسو نبود و سقط جنین در زنان با سطح بالاتر تحصیلات همسر بیشتر بود (Alipanahpour et al., 2020). در مطالعه عرفانی و شجاعی (۲۰۱۸) در ایران نیز با نتایج ما همسو نبود و تحصیلات همسر با سقط عمدی رابطه مستقیم داشت و بیش‌ترین فراوانی سقط جنین عمدی در زنانی بود که همسران‌شان تحصیلات عالی داشتند (Erfani and Shojaei, 2018). علت آن می‌تواند بالاتر بودن سطح درآمد در افراد با تحصیلات بالاتر باشد. در این مطالعه نشان داده شد با توجه به غیرقانونی بودن سقط عمدی در ایران، با توجه به هزینه‌های سقط غیر قانونی، فراوانی سقط عمدی در زنان با درآمد بالاتر بیشتر بود (Erfani and Shojaei, 2018). علت تفاوت این مطالعات با نتایج پژوهش ما، ممکن است بالاتر بودن سن در افراد با تحصیلات زیر دیپلم و بیشتر بودن تعداد سقط جنین در این افراد باشد، زیرا نتایج مطالعه ما نشان داد، تعداد سقط جنین در سنین بالاتر بیشتر بود.

در مطالعه حاضر، بین سطح تحصیلات با تعداد و نوع سقط جنین هیچگونه ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد. اما مطالعه مرادی‌نظر و همکاران (۲۰۲۰) با نتایج ما همسو نبود؛ این مطالعه که در ایران بر روی ۴۸۳۱ زن کرد انجام شد، نشان داد سقط جنین خودبخودی در زنان با سطح تحصیلی بالاتر بیشتر بود (Moradinazar et al., 2020). علت این امر ممکن است این باشد که در زنان با سطح تحصیلات بالاتر، سن اولین ازدواج و همچنین بارداری اول (به عنوان عامل خطر برای سقط جنین خود به خود) بالاتر بوده و تحصیلات بالا از این طریق می‌تواند خطر سقط جنین را افزایش دهد (Moradinazar et al., 2020). مطالعه عرفانی و شجاعی (۲۰۱۸)، نیز با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی نداشت؛ نتایج این مطالعه در تهران نشان داد سطح تحصیلات با سقط جنین عمدی رابطه مستقیم داشت و بیش‌ترین فراوانی سقط عمدی در زنان با تحصیلات عالی بود (Erfani and Shojaei, 2018). علت آن می‌تواند بالاتر بودن سطح درآمد در افراد با سطح تحصیلات بالاتر باشد. در این مطالعه نشان داده شد با توجه به غیرقانونی بودن سقط عمدی در ایران، با توجه به هزینه‌های سقط غیر قانونی، فراوانی سقط عمدی در زنان با درآمد بالاتر بیشتر بود (Erfani and Shojaei, 2018). در مقابل مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۷) در همدان نشان داد، فراوانی سقط جنین در زنان با تحصیلات دانشگاهی کم‌تر از سطح تحصیلی دیپلم بود (Hosseini et al., 2017). مطالعه رضایی و پرتوی (۲۰۱۷) در مهاباد نیز با نتایج ما همسو نبود؛ ارتباط معنی‌دار بین سطح تحصیلات و نوع سقط جنین را نشان داد و سقط جنین عمدی در زنان با سطح تحصیلات بالاتر و سقط جنین غیر عمدی در زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر بود (Rezaei and Partovi, 2017). ممکن است علت معنی‌دار نشدن ارتباط سقط جنین با سطح تحصیلات، پایین‌تر بودن فراوانی سقط جنین در زنان مورد پژوهش

ما باشد، زیرا حداقل نمونه براساس شیوع ۲۲ درصدی سقط در نظر گرفته شد، در حالیکه فراوانی سقط جنین در مطالعه ما ۲۰/۱ درصد بود.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، شغل زنان با تعداد و نوع سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری نداشت؛ مطالعه Santos و همکاران (۲۰۱۶) در برزیل نیز با یافته‌های مطالعه ما همسو بود و بین شغل زن و سابقه سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (Santos et al., 2016). مطالعه علی پناه‌پور و همکاران (۲۰۲۰) در ایران با نتایج پژوهش ما همسو بود و رابطه معنی‌داری بین شغل زن و نوع سقط جنین وجود نداشت (Alipanahpour et al., 2020). مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۷) در همدان نیز با نتایج پژوهش ما سازگار بود و بین شغل زن و سقط القایی رابطه معنی‌داری وجود نداشت (Hosseini et al., 2017). اما مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) با نتایج پژوهش ما همسو نبود و شغل زن با تعداد سقط جنین ارتباط معنی‌دار داشت. به طوری که میانگین تعداد سقط جنین در زنان دانش‌آموز/ دانشجو کم‌تر از زنان شاغل، خانه‌دار و بازنشسته بود که علت آن احتمالاً کم‌تر بودن سن این زنان نسبت به سایرین می‌باشد (Sadighi et al., 2020). مطالعه عرفانی و شجاعی (۲۰۱۸) نیز با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی نداشت و بین شغل با سقط عمدی رابطه وجود داشت و میزان سقط در زنان شاغل (۶ سقط در ۱۰۰۰ نفر) دو برابر زنان غیر شاغل (۳ سقط در ۱۰۰۰ نفر) بود (Erfani and Shojaei, 2018). علت آن می‌تواند بالاتر بودن سطح درآمد شاغلین باشد. در این مطالعه نشان داده شد با توجه به غیرقانونی بودن سقط عمدی در ایران، با توجه به هزینه‌های سقط غیر قانونی، میزان سقط عمدی در زنان با درآمد بالاتر بیشتر بود (Erfani and Shojaei, 2018).

طبق نتایج مطالعه ما شغل همسر با تعداد و نوع سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری نداشت؛ مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) نیز با نتایج پژوهش ما همسو بود و بین شغل همسر با تعداد سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری گزارش نشد (Sadighi et al., 2020). اما مطالعه علی پناه‌پور و همکاران (۲۰۲۰) در ایران با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی نداشت؛ در این مطالعه رابطه معنی‌دار شغل همسر با نوع سقط جنین ارتباط معنی‌دار داشت و سقط جنین خودبخودی در زنان با همسر شغل آزاد همسر بیشتر بود (Alipanahpour et al., 2020).

طبق نتایج مطالعه ما، محل زندگی با تعداد سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری نداشت؛ مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) نیز با نتایج پژوهش ما همسو بود و بین محل زندگی با تعداد سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (Sadighi et al., 2020). در حالیکه مطالعه مرادی‌نظر و همکاران (۲۰۲۰) با نتایج پژوهش ما همسو نبود. در این مطالعه که بر روی ۴۸۳۱ زن کرد انجام شد، محل زندگی با سقط جنین ارتباط وجود داشت و سقط جنین خودبخودی در زنان روستایی کم‌تر بود (Moradinazar et al., 2020).

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی با تعداد و نوع سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نداشت. مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۰) در ایران و مطالعه Santos و همکاران (۲۰۱۶) در برزیل نیز با نتایج پژوهش ما همسو بود و بین سطح درآمد با تعداد سقط جنین ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (Sadighi et al., 2020). اما مطالعه رضایی و پرتوی (۲۰۱۷) در مهاباد با نتایج پژوهش ما همسو نبود و ارتباط معنی‌دار بین وضعیت اجتماعی اقتصادی با نوع سقط جنین را نشان داد. طبق نتایج این مطالعه، سقط جنین عمدی در وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا و سقط جنین غیر عمدی در وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر بیشتر بود (Rezaei and Partovi, 2017). مطالعه عرفانی و شجاعی (۲۰۱۸) نیز با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی نداشت؛ نتایج این مطالعه در تهران نشان داد، میزان درآمد با سقط عمدی رابطه مستقیم داشت. ۳ مورد از هر ۵ مورد سقط عمدی در زنانی رخ داد که در چارک سوم و چهارم درآمد قرار داشتند. میزان عمومی سقط عمدی از ۳ سقط در پایین‌ترین درآمدی به ۵ سقط در ۱۰۰۰ نفر زن در بالاترین چارک درآمدی افزایش یافت (Erfani and Shojaei, 2018). به علت غیر قانونی بودن سقط جنین در ایران، سقط ایمن مخفیانه کم است و تنها زنان با سطح درآمد بالا که از عهده هزینه‌های پزشک خصوصی بر می‌آیند، امکان سقط ایمن را دارند و از این رو احتمال انجام سقط در افراد با درآمد خانوار بالاتر افزایش می‌یابد (Erfani and Shojaei, 2018).

در مطالعه حاضر با افزایش سن، تعداد بارداری ناخواسته افزایش یافت. در مطالعه طاهری و همکاران (۲۰۲۲) در دوره همه‌گیری در ایران و Beyene و همکاران (۲۰۱۹)، در اتیوپی نیز، با نتایج مطالعه ما همسو بود (Taheri et al., 2022). (Beyene, 2019). علت آن می‌تواند افزایش تعداد بارداری در زنان سنین بالاتر باشد؛ زنان سنین بالاتر سابقه بارداری بیش‌تری نسبت به زنان سنین پایین‌تر دارند، بنابراین تعداد بارداری ناخواسته نیز در زنان سنین بالاتر بیش‌تر از زنان سنین پایین‌تر می‌باشد. در مطالعه علی‌آبادیان و همکاران (۲۰۱۷)، در دوره قبل از همه‌گیری در ایران، میانگین سنی زنان در بارداری ناخواسته از بارداری خواسته بیش‌تر بود (Aliabadian et al., 2017). علت این امر می‌تواند این باشد که زنان در سنین بالاتر معمولاً تعداد فرزندان مطلوب خود را به دنیا آورده‌اند و با داشتن فرزندان بالغ در صورت بروز حاملگی احساس شرم کرده و بارداری به عنوان بارداری ناخواسته تلقی می‌شود.

در حالیکه مطالعه Sarder و همکاران (۲۰۲۱)، با یافته‌های پژوهش ما سازگار نبود؛ نتایج این مطالعه که با استفاده از آخرین داده‌های جمعیت‌شناسی و بررسی سلامت از شش کشور جنوب آسیا، از جمله بنگلادش، پاکستان، نپال، افغانستان، مالدیو و هند انجام شده است، با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی ندارند و ناخواسته بودن بارداری در زنان باردار زیر ۲۰ سال، بیش‌تر گزارش شد (Sarder et al., 2021). احتمالاً علت این امر، عدم تاهل، دانش ضعیف بهداشت باروری، فرصت کم‌تر برای دسترسی آزادانه به خدمات تنظیم خانواده و قرار گرفتن در معرض فشار

همسالان در زنان نوجوان می‌باشد. در حالیکه زنان سنین بالاتر عمدتاً متاهل هستند و احتمال بیش‌تری برای برنامه‌ریزی بارداری خود دارند (Beyene, 2019). بنابراین علت تفاوت این دو مطالعه با یافته‌های پژوهش ما، متاهل بودن کلیه زنان و عدم بارداری بدون همسر در شرکت کنندگان مطالعه ما بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، با افزایش سطح تحصیلات، تعداد بارداری ناخواسته کاهش یافت. مطالعه طاهری و همکاران (۲۰۲۲) و علی‌آبادیان و همکاران (۲۰۱۷) در ایران و Dehingia و همکاران (۲۰۲۰) و Peach و همکاران (۲۰۲۱) در گینه نیز، با نتایج مطالعه ما همسو بودند و سطح تحصیلات با بارداری ناخواسته رابطه معکوس داشت (Taheri et al., 2022) (Aliabadian et al., 2017). (Dehingia et al., 2020, Peach et al., 2021). از دلایل پایین بودن بارداری ناخواسته در زنان با تحصیلات بالاتر می‌توان به آگاهی بیش‌تر این افراد در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری اشاره کرد. همان‌طور که نتایج مطالعه ما نشان داد، استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان با تحصیلات دانشگاهی بیش‌تر بود. همچنین فرصت داشتن شغل و درآمد بالاتر، در این زنان بیش‌تر بوده و این زنان وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتری دارند و نتایج مطالعه ما نشان داد بارداری ناخواسته در زنان با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتر، کم‌تر می‌باشد. در حالیکه مطالعه اسماعیل‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) در رباط کریم بر روی ۲۴۰ زن در دوره قبل از همه‌گیری با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی ندارد و اختلاف آماری معنی‌دار بین سطح تحصیلات با بارداری خواسته و ناخواسته وجود نداشت (Esmaelzadeh et al., 2021). علت معنی‌دار نبودن این ارتباط ممکن است این باشد که این مطالعه در حاشیه شهر تهران با حجم نمونه پایین انجام شد. جامعه پژوهش محدود بوده و طبق نتایج این مطالعه اکثر افراد تحصیلات زیر دیپلم داشتند، بنابراین تفاوت زیادی بین زنان با سطح تحصیلات راهنمایی با سطح تحصیلات دبیرستان مشاهده نشد.

در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات همسران، تعداد بارداری ناخواسته در زنان مورد پژوهش کاهش یافت. مطالعه طاهری و همکاران (۲۰۲۲) و علی‌آبادیان و همکاران (۲۰۱۷) در ایران نیز، با نتایج مطالعه ما همسو بود و سطح تحصیلات همسر با بارداری ناخواسته رابطه معکوس داشت (Taheri et al., 2022) (Aliabadian et al., 2017). از دلایل پایین‌تر بودن بارداری ناخواسته در زنانی که همسران‌شان تحصیلات بالاتری دارند، می‌توان به آگاهی و همکاری بیش‌تر همسران این زنان، در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری اشاره کرد. همچنین فرصت داشتن شغل و درآمد بالاتر در افراد با تحصیلات بالاتر، بیش‌تر بوده و این افراد وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتری دارند. طبق یافته‌های پژوهش ما، بارداری ناخواسته در زنانی که وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتری دارند، کم‌تر می‌باشد. در حالیکه مطالعه اسماعیل‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) بر روی ۲۴۰ زن در رباط کریم با نتایج پژوهش ما همسو نبود و سطح تحصیلات همسر در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته اختلاف آماری معنی‌دار نداشت

(Esmaelzadeh et al., 2021). علت معنی‌دار نبودن ارتباط تحصیلات همسر با بارداری ناخواسته در این مطالعه، ممکن است این باشد که این مطالعه در شهر تهران با حجم نمونه پایین انجام شد. جامعه پژوهش محدود بوده و اکثر افراد وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیفی دارند و جامعه پژوهش همسان بوده و افراد تفاوت زیادی با یکدیگر نداشتند.

یافته‌های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل زنان با بارداری ناخواسته نشان نداد؛ نتایج مطالعه peach و همکاران (۲۰۲۱) در گینه هم با نتایج ما سازگار بود (Peach et al., 2021). در مقابل مطالعه طاهری و همکاران (۲۰۲۲) در تبریز با مطالعه ما سازگار نبود و بارداری ناخواسته در زنان خانه‌دار بیش‌تر از زنان شاغل گزارش شد (Taheri et al., 2022).

یافته‌های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل همسر با بارداری ناخواسته نشان نداد؛ در حالیکه نتایج مطالعه peach و همکاران (۲۰۲۱) در گینه با نتایج ما سازگار نبود و فراوانی بارداری ناخواسته در زنانی که همسران‌شان شغل با درآمد ثابت داشتند، کم‌تر بود (Peach et al., 2021).

یافته‌های پژوهش ما، ارتباط آماری معنی‌دار بین محل زندگی با بارداری ناخواسته را نشان نداد؛ در حالیکه مطالعه Sarder و همکاران (۲۰۲۱) و Ameyaw و همکاران (۲۰۱۹) در صحرای افریقا با یافته‌های پژوهش ما سازگار نبود و بارداری ناخواسته در زنان شهری کم‌تر از روستایی گزارش شد (Sarder et al., 2021) (Ameyaw et al., 2019). ممکن است به این علت باشد که فرصت حضور در ویژگی‌های تنظیم خانواده برای زنان شهری بیش‌تر از زنان روستایی بوده و زنان روستایی دانش کم‌تری در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری دارند؛ بنابراین شیوع حاملگی ناخواسته در زنان شهری کم‌تر می‌باشد (Tabassum et al., 2016). ممکن است علت تفاوت با مطالعه ما، تفاوت فرهنگی این جوامع با جامعه پژوهش ما و اختلاف زیاد بین زنان شهری و روستایی در این جوامع باشد.

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، با بهبود وضعیت اجتماعی-اقتصادی تعداد بارداری ناخواسته کاهش یافت. نتایج مطالعه ما نشان داد، در زنان با سطح اجتماعی-اقتصادی بالاتر، استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری افزایش یافت؛ بنابراین با افزایش استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری، بارداری ناخواسته کاهش می‌یابد. مطالعه طاهری و همکاران (۲۰۲۲) در تبریز و Sarder و همکاران (۲۰۲۱)، در شش کشور جنوب آسیا (بنگلادش، پاکستان، نپال، افغانستان، مالدیو و هند) نیز با نتایج مطالعه ما همسو بود (Taheri et al., 2022, Sarder et al., 2021). درحالی‌که مطالعه علی‌آبادیان و همکاران (۲۰۱۷) در بابل، با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی ندارد و میزان درآمد در بارداری خواسته، بیش‌تر از بارداری ناخواسته بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (Aliabadian et al., 2017). علت تفاوت با یافته‌های پژوهش ما، ممکن است این باشد که در این مطالعه میزان درآمد افراد پرسیده شد و ممکن است افراد میزان واقعی درآمد خود را گزارش نکرده باشند.

در مطالعه حاضر با افزایش سن، استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری افزایش یافت؛ این نشان دهنده آن است که زنان با افزایش سن و رسیدن به تعداد ایده‌آل فرزندان و تکمیل بعد خانواده، برای پیشگیری از بارداری ناخواسته، بیش‌تر از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده کردند. روش منقطع شایع‌ترین روش پیشگیری از بارداری در تمامی گروه‌های سنی بود، اما در زنان سنین پایین‌تر بیش‌تر بود. مطالعه Akinyemi و همکاران (۲۰۲۲) در نیجریه و Peach و همکاران (۲۰۲۱) در گینه نیز، با نتایج مطالعه ما همسو بود و استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در سنین بالاتر بیش‌تر بود (Akinyemi et al., 2022, Peach et al., 2021). مطالعه خلج‌آبادی فراهانی و خزانی (۲۰۱۹) در ایران نیز با نتایج مطالعه ما سازگار بود؛ روش طبیعی یا منقطع در زنان با سنین پایین‌تر، بیش‌تر بود (Khalajabadi-Farahani and Khazani, 2019).

در مقابل، مطالعه Roy و همکاران (۲۰۲۲) طی همه‌گیری کووید-۱۹ در بنگلادش، با نتایج پژوهش ما همخوانی نداشت و استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری، در زنان سنین پایین‌تر بیش‌تر بود (Roy et al., 2021). این ممکن است به این علت باشد که بارداری و زایمان منجر به از دست دادن فرصت ادامه تحصیل و فرصت‌های شغلی، در زنان جوان‌تر می‌شود و این زنان برای پیشگیری از بارداری ناخواسته، به روش‌های مطمئن‌تر پیشگیری از بارداری روی می‌آوردند. چنانچه در این مطالعه نشان داده شد، فراوانی زنانی که به دلیل به تعویق انداختن بارداری از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، بیش‌تر از زنانی بود که به دلیل تکمیل اندازه خانواده از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده کردند (Roy et al., 2021). طبق نتایج مطالعه حاضر، استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان با تحصیلات دانشگاهی بیش‌تر بود. زنان با تحصیلات دانشگاهی حدود ۲ برابر بیش‌تر از سایر سطوح تحصیلی از کاندوم به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. با وجود شایع‌تر بودن روش طبیعی یا منقطع نسبت به سایر روش‌ها در کلیه سطوح تحصیلی، استفاده از این روش با افزایش سطح تحصیلات کاهش یافت و در زنان با تحصیلات دانشگاهی کم‌ترین فراوانی را داشت.

در مطالعه خلج‌آبادی فراهانی و خزانی (۲۰۱۹) استفاده از کاندوم در زنان با تحصیلات بالاتر، بیش‌تر از زنان با تحصیلات پایین‌تر بود که با نتایج مطالعه ما همسو بود. استفاده از روش منقطع نیز در زنان با تحصیلات دانشگاهی از سایر سطوح تحصیلی بیش‌تر گزارش شد که این مورد با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد و در مطالعه ما با وجود شایع‌تر بودن روش منقطع نسبت به سایر روش‌ها در کلیه سطوح تحصیلی، استفاده از این روش با افزایش سطح تحصیلات کاهش یافت و در زنان با سطح تحصیلی دانشگاهی کم‌ترین فراوانی را داشت (Khalajabadi-Farahani and Khazani, 2019). مطالعه Akinyemi و همکاران (۲۰۲۲) در نیجریه در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ با نتایج مطالعه ما همسو بود و استفاده از روش‌های

مدرن پیشگیری از بارداری در زنان تحصیلات بالاتر، بیش تر بود (Akinyemi et al., 2022). مطالعه karp و همکاران (۲۰۲۲) در کنیا نیز نتایج مطالعه ما را تایید می کند و استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان با تحصیلات بالاتر بیش تر بود. در حالیکه در بورکینافاسو ارتباطی بین سطح تحصیلات با روش های پیشگیری از بارداری مشاهده نشد (Karp et al., 2021). علت عدم سازگاری این نتایج در بورکینوفاسو، با یافته های پژوهش ما ممکن این باشد که ۷۳/۳ درصد از زنان بورکنیایی هرگز به مدرسه نرفتند و سطح تحصیلات اکثر زنان در این کشور بسیار پایین و در یک سطح بود، بنابراین رابطه آماری معنی داری بین تحصیلات و روش های پیشگیری از بارداری مشاهده نشد (Karp et al., 2021).

طبق نتایج مطالعه حاضر، استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان با همسران دارای سطح تحصیلات دانشگاهی، بیش تر بود. استفاده از کاندوم به عنوان روش پیشگیری از بارداری در زنان با همسران با سطح تحصیلات دانشگاهی، بیش تر از سایر سطوح تحصیلی بود. در مجموع استفاده از روش منقطع بیش ترین فراوانی را در تمامی سطوح تحصیلی همسر داشت. نتایج مطالعه Namasivayam و همکاران (۲۰۱۹) در اوگاندا و Speizer و همکاران (۲۰۱۸) در سنگال نیز نتایج پژوهش ما را تایید می کند و استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری، در مردان با تحصیلات بالاتر بیش تر بود (Namasivayam et al., 2019, Speizer et al., 2018).

یافته های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معنی داری بین شغل زنان و روش های پیشگیری از بارداری نشان نداد؛ نتایج مطالعه peach و همکاران (۲۰۲۱) در گینه هم با نتایج ما سازگار بود (Peach et al., 2021). در حالیکه در مطالعه خلیج آبادی فراهانی و خزایی (۲۰۱۹) در ایران، با نتایج ما همسو نبود و بین شغل زنان با روش پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت؛ به طوری که استفاده از OCP در زنان خانه دار و استفاده از کاندوم در زنان شاغل بیش تر بود (Khalajabadi-Farahani and Khazani, 2019).

در مطالعه حاضر فراوانی استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری، در زنان مورد پژوهش با همسران کارمند بیش تر از شغل آزاد بود. نتایج مطالعه Peach و همکاران (۲۰۲۱) نیز، با یافته های پژوهش ما همسو بود (Peach et al., 2021). در مطالعه roy و همکاران (۲۰۲۱) در بنگلادش، استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری در زنانی که همسران شان تاجر بودند یا در بخش خصوصی کار می کردند، بیش تر از زنانی بود که همسرشان کار دولتی داشتند (Roy et al., 2021).

بین محل زندگی با روش پیشگیری از بارداری، ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. چنانچه استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری، در زنان شهری، بیش تر از زنان روستایی بود. استفاده از کاندوم در زنان شهری و روش منقطع در زنان روستایی بیش تر بود، با این حال روش منقطع شایع ترین روش پیشگیری از بارداری در هر دو گروه بود. با توجه به محدودیت شدید ارائه روش های پیشگیری از بارداری توسط مراکز بهداشتی، علت آن می تواند دسترسی بیش تر و

راحت‌تر زنان شهری به روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری باشد. مطالعات حین همه‌گیری در نیجریه و بنگلادش نیز با نتایج مطالعه ما سازگار بود و استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان شهری، بیش‌تر بود (Akinyemi et al., 2022, Roy et al., 2021). مطالعه خلج‌آبادی فراهانی و خزانی (۲۰۱۹)، در ایران نیز با مطالعه ما همسو بود و استفاده از کاندوم در زنان شهری از زنان روستایی بیش‌تر بود (Khalajabadi-Farahani and Khazani, 2019).

چنانچه استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری با بهبود وضعیت اجتماعی- اقتصادی افزایش یافت؛ به طوری‌که استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در وضعیت اجتماعی- اقتصادی نامطلوب، کم‌تر از سایر سطوح بود. استفاده از روش‌های هورمونی در زنان با وضعیت اجتماعی- اقتصادی نامطلوب بیش‌تر بود. در مقابل استفاده از کاندوم در زنان با سطح اجتماعی- اقتصادی بالاتر، بیش‌تر بود که علت آن کم‌تر بودن هزینه خرید OCP نسبت به کاندوم می‌باشد. احتمالاً با توجه به محدودیت‌های شدید ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری توسط مراکز جامع سلامت، زنان با وضعیت اجتماعی- اقتصادی ضعیف‌تر در پرداخت هزینه‌های وسایل پیشگیری از بارداری بیش‌تر به مشکل بر خورده و بنابراین از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری کمتر استفاده می‌کنند.

مطالعه Akinyemi و همکاران (۲۰۲۲)، طی همه‌گیری کووید- ۱۹ در نیجریه هم با نتایج مطالعه ما همسو بود و استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در افراد با درآمد بالاتر بیش‌تر بود (Akinyemi et al., 2022). مطالعه خلج‌آبادی و خزانی (۲۰۱۹) نیز، نتایج مطالعه ما را تایید می‌کند و استفاده از کاندوم در زنانی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند و مصرف OCP در زنانی که از نظر اقتصادی ضعیف‌تر بودند، بیش‌تر بود (Khalajabadi-Farahani and Khazani, 2019). در نظرسنجی Lindberg همکاران (۲۰۲۰)، در ایالات متحده آمریکا در ماه‌های اول همه‌گیری کووید- ۱۹ زنان با سطح درآمد پایین‌تر، لغو یا تاخیر در ویزیت پیشگیری از بارداری و مشکل در دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری را بیش‌تر گزارش کردند (Lindberg et al., 2020).

نتیجه‌گیری

فراوانی استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان مورد پژوهش، به علت محدودیت‌های ارائه روش‌های تنظیم خانواده، در نتیجه سیاست‌های جمعیتی پایین بوده و اکثر زنان وسایل پیشگیری از بارداری را از خارج از سیستم بهداشتی تهیه می‌کردند. سقط خودبه‌خودی، شایع‌ترین نوع سقط جنین بود و زمان نامناسب و نگرانی از مسائل مالی، از علل ناخواسته بودن بارداری بودند. اکثریت زنان مورد پژوهش تمایل به باروری نداشتند که مسائل اقتصادی از علل مهم عدم تمایل به عدم تمایل به بارداری در زنان می‌باشد. با این حال تمایل به داشتن یک یا دو فرزند دلایل تمایل به بارداری در زنان بودند.

در بررسی ارتباط مشخصات فردی با رفتارهای باروری نتایج نشان داد، هر یک از متغیرهای مشخصات فردی با تعدادی از رفتارهای باروری ارتباط معنی‌دار آماری داشتند؛ در این میان متغیر سن و پس از آن سطح تحصیلات زن و همسر با تعداد بیش‌تری از رفتارهای باروری ارتباط داشتند و شغل، شغل همسر و محل زندگی با تعداد کم‌تری از رفتارهای باروری ارتباط معنی‌دار داشتند.

نقاط قوت و ضعف و پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده

حجم نمونه نسبتاً بالا، استفاده از پرسشنامه استاندارد و نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از هر ۶ بخش شهرستان بابل از نقاط قوت این مطالعه می‌باشد. نمونه‌گیری سامانه‌ای و تلفنی به علت عدم امکان نمونه‌گیری حضوری به علت همه‌گیری کووید-۱۹ از نقاط ضعف این مطالعه می‌باشد. با توجه به تاثیر پذیری رفتارهای باروری از فرهنگ، این مطالعه می‌تواند در سایر استان‌ها انجام شود.

منابع:

- ABBASI-SHAVAZI, M. & DORAHAKI, A. 2018. The effect of social networking mechanisms on fertility intention of women in Urban Areas of Bushehr Province. *Population Studies*, 4, 1-39.
- ABBASI-SHAVAZI, M., RAZEGHI-NASRABAD, H. & HOSSEINI-CHAVOSHI, M. 2020. Socio-economic security and fertility intention in Tehran City. *Journal of Population Association of Iran*, 15, 211-238.
- ABBASI SHOVAZI, M. & KHAJE SALEHI, Z. 2013. Assessing the impact of independence, social participation, and education of women on the tendency to childbearing (case study of Sirjan city). *Woman in Development and Politics (Women's Research)*, 11, 45-64.
- ABBASSI- SHAVAZI, M., SADEGHI, R. & FARASH, N. 2018. Ethnicity, Ethnocentrism and Fertility: The Study of the Effects of Ethnocentrism on Fertility Intention and behavior among Kurdish and Turkish Women in Maku City. *Journal of Iranian Social Studies*, 12, 80-101.
- ADHAMI, A. & KAZEMIPOUR, S. 2021. Socio-economic factors affecting attitudes towards childbearing: A study of ever married couples in Kermanshah, Iran. *Payesh (Health Monitor)*, 20, 471-485.
- ADHIKARI, R. 2010. Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 19-20.
- AFARINI, F., AKBARI, N. & MONTAZERI, A. 2018. The relationship between social support and the intention of childbearing in women of reproductive age. 17, 315-328.
- AHMED, Z. & SONFIELD, A. 2020. The COVID-19 outbreak: potential fallout for sexual and reproductive health and rights. *Guttmacher: Guttmacher Institute*.
- AKINYEMI, J., DIPEOLU, O., ADEBAYO, A., GBADEBO, B., AJUWON, G., OLOWOLAFE, T., ADEWOYIN, Y. & ODIMEGWU, C. 2022. Social consequences of COVID-19 on fertility preference consistency and contraceptive use among Nigerian women: insights from population-based data. *Contraception and Reproductive Medicine*, 7, 1-19.
- ALAM, R. 2012. Impact of socio-economic, demographic and health related factors on reproductive health behavior among ever married rural women: A study from Bogra Sadar Upazila. *Bangladesh. J Soc Sci Res*, 1, 69-77.
- ALIABADIAN, A., AGAJANIDELAVAR, M. & KHANMOHAMMMADI, A. 2017. The relationship between male personality trait and unwanted pregnancy. *Payesh (Health Monitor)*, 16, 81-88.
- ALIPANAHPOUR, S., ZARSHENAS, M. & AKBARZADEH, M. 2020. Investigation of the Prevalence of Induced Abortions, Spontaneous Abortions, and Cases of Forensic Medicine Referrals Based on Demographic Characteristics. *Women's Health Bulletin*, 7, 31-38.
- AMEYAW, E. K., BUDU, E., SAMBAH, F., BAATIEMA, L., APPIAH, F., SEIDU, A.-A. & AHINKORAH, B. O. 2019. Prevalence and determinants of

- unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis of demographic and health surveys. *PLoS one*, 14, e0220970.
- ARJMAND, I., SAHPOUSH, I. & BOROUMAND, N. 2016. Investigation of social and cultural factors affecting the propensity to childbearing in Andimeshk City with emphasis on lifestyle (case study of married women under 35). *Journal of Sociological Studies of Youth*, 6, 9-24.
- AZMOUDE, E., BEHNAM, H., BARATI FAR, S. & KABIRIAN, M. 2017. The relationship of socio-demographic factors, fertility behavior and child's perceived value with fertility intention of women in a region in the East of Iran. *International Journal Community Based Nursing and Midwifery*, 5, 123-133.
- BARATI, T., KANANI, M. & EBADOLLAHI-CHANZANAGH, H. 2021. Cultural capital and fertility: a study among married women aged 15-49 in the city of Rasht. *Journal of Population Association of Iran*, 16, 159-91.
- BEARAK, J., POPINCHALK, A., GANATRA, B., MOLLER, A.-B., TUNÇALP, Ö., BEAVIN, C., KWOK, L. & ALKEMA, L. 2020. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8, e1152-e1161.
- BEHMANESH, F., TAGHIZADEH, Z. & VEDADHIR.A 2015. Reproductive behaviors of women belonging to patterns of marriage: a sequential explanatory mixed method design.
- BEYENE, G. 2019. Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: a cross sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 4, 1-8.
- CHABOKI, O., SEYEDAN, F. & SAATI MASOUMI, T. 2018. Cultural Values and Tendency towards Child Bearing Among 15-49-Year-Old Women in Hamadan. *Gender and Family Studies*, 6, 106-127.
- DEHINGIA, N., DIXIT, A., ATMAYILAS, Y., CHANDURKAR, D., SINGH, K., SILVERMAN, J. & RAJ, A. 2020. Unintended pregnancy and maternal health complications: cross-sectional analysis of data from rural Uttar Pradesh, India. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-11.
- ERFANI, A. & SHOJAEI, J. 2018. The New Evidence on Induced Abortion in Tehran, Iran: Rates, Causes, and Changes. *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 21, 64-77.
- ESMAELZADEH, S., SHIRZAD, T. & RAHIMZADEH, M. 2021. Pregnancy out Come and Postpartum Depression Among Women with Wanted and Unwanted Pregnancy. *Alborz University Medical Journal*, 10, 394-404.
- GANATRA, B., GERDTS, C., ROSSIER, C., JOHNSON JR, B., TUNÇALP, Ö., ASSIFI, A., SEDGH, G., SINGH, S., BANKOLE, A. & POPINCHALK, A. 2017. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390, 2372-2381.
- GODEFROY, R. & LEWIS, J. 2018. Does male education affect fertility? Evidence from Mali. *Economics letters*, 172, 118-122.

- GOLABI, F., AGHAYARI-HIR, T. & ASIABANIAN BARENJI, M. 2020. An intergenerational study of women's childbearing ideals (Study of Married Women in Tabriz). *Journal of Woman in Culture Arts*, 12, 489-515.
- GOVERNMENT-OF-ZAMBIA 2018. Zambia Demographic and Health Survey.
- HADDAD, L. & NOUR, N. 2009. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 2, 122.
- HOSSEINI, H., ERFANI, A. & NOJOMI, M. 2017. Factors associated with incidence of induced abortion in Hamedan, Iran. *Archives of Iranian medicine*, 20, 282.
- IRAN-STATISTICAL-CENTER 2020. Descending slope of the total fertility rate of Iran from 2017 to 2019.
- ISTAT 2018. Italian National Institute of Statistics ISTAT report 2018.
- JAMSHIDIHA, G., KOSHESHI, M. & IRANI, Y. 2011. Socio-Economic and Demographic Factors Affecting Fertility of Married Women (15-49 Years Old) in Qom. *Journal of Islam and Social Sciences*, 3, 59-77.
- KAHN, L., TRASANDE, L., LIU, M., MEHTA-LEE, S., BRUBAKER, S. & JACOBSON, M. 2021. Factors associated with changes in pregnancy intention among women who were mothers of young children in New York city following the COVID-19 outbreak. *JAMA Network Open*, 4, e2124273.
- KANTOROVÁ, V., WHELDON, M., UEFFING, P. & DASGUPTA, A. 2020. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS medicine*, 17, e1003026.
- KARP, C., WOOD, S., GUIELLA, G., GICHANGI, P., BELL, S., ANGLEWICZ, P., LARSON, E., ZIMMERMAN, L. & MOREAU, C. 2021. Contraceptive dynamics during COVID-19 in sub-Saharan Africa: longitudinal evidence from Burkina Faso and Kenya. *BMJ sexual & reproductive health*, 47, 252-260.
- KAVEH-FIROUZ, Z., ABBASI-SHAVAZI, M., SERAJZADEH, H. & RAMAZI, N. 2021. The relationship between religiosity and family values with fertility desires and intention among married women in Tehran. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 10, 587-623.
- KAVEH FIROUZ, Z. & KARAMI, F. 2015. Assessment of the impact of family power structure on fertility rate in Tehran City. *Women in Development & Politics*, 13, 291-308.
- KHALAJABADI-FARAHANI, F. & KHAZANI, S. 2019. Pronatalist policies and its role in pattern of contraceptive methods among women in reproductive age in Sanandaj City, 2016. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 22, 20-38.
- KUHN, A., KREYENFELD, M. & TRAPPE, H. 2017. Fertility ideals of women and men across the life course. *reyenfeld, & D. Konietzka (Eds.), Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences*. Springer, Cham.
- LINDBERG, L., VANDEVUSSE, A., MUELLER, J. & KIRSTEIN, M. 2020. Early impacts of the COVID-19 pandemic: Findings from the 2020

- Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences. *New York: Guttmacher Institute.*
- MACQUARRIE, K. 2014. *Unmet need for family planning among young women: levels and trends*, ICF International.
- MAHMOUDIAN, H. 2000. Research in theoretical fields and experimental results of migration and fertility. *Social Science Letter*, 15.
- MICELLI, E., CITO, G., COCCI, A., POLLONI, G., RUSSO, G., I, O., MINERVINI, A., CARINI, M., NATALI, A. & COCCIA, M. 2020. Desire for parenthood at the time of COVID-19 pandemic: an insight into the Italian situation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-8.
- MIRABI, S., MIRZAEI, H. & HASSANI-DARMIAN, G. 2020. A Phenomenological Study on Married Women Awareness of Childbearing. *Journal of Applied Sociology*, 31, 1-20.
- MODIRI, F., TANHA, F. & GILANI, N. 2021. Socio-economic determinants of childbearing intention and behavior among men in Tehran. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 10, 1123-1147.
- MORADINAZAR, M., NAJAFI, F., MORADINAZAR, Z., HAMZEH, B., PASDAR, Y. & SHAKIBA, E. 2020. Lifetime prevalence of abortion and risk factors in women: evidence from a cohort study. *Journal of pregnancy*, 2020.
- MORGAN, S. P. & BACHRACH, C. A. 2011. Is the Theory of Planned Behaviour an appropriate model for human fertility? *Vienna yearbook of population research*, 9, 11-18.
- MORITA, M., OHTSUKI, H., SASAKI, A. & HIRAIWA-HASEGAWA, M. 2012. Factors affecting the number of children in five developed countries: a statistical analysis with an evolutionary perspective. *Letters on Evolutionary Behavioral Science*, 3, 7-11.
- MULUNEH, A., KASSA, Z., SIYOUM, M., GEBRETSADIK, A., WOLDEYES, Y. & TENAW, Z. 2020. Determinants of Sub-Optimal Birth Spacing in Gedeo Zone, South Ethiopia: A Case-Control Study. *International Journal of Women's Health*, 12, 549.
- NAMASIVAYAM, A., LOVELL, S., NAMUTAMBA, S. & SCHLUTER, P. J. 2019. Improved contraceptive use among women and men in Uganda between 1995-2016: a repeated cross-sectional population study. *PLoS One*, 14, e0219963.
- NISÉN, J., MARTIKAINEN, P., MYRSKYLÄ, M. & SILVENTOINEN, K. 2018. Education, other socioeconomic characteristics across the life course, and fertility among Finnish men. *European Journal of Population*, 34, 337-366.
- PEACH, E., MORGAN, C., SCOULLAR, M., FOWKES, F., KENNEDY, E., MELEPIA, P., HOMIEHOMBO, P., AU, L., LUCHTERS, S. & UMBERS, A. 2021. Risk factors and knowledge associated with high unintended pregnancy rates and low family planning use among pregnant women in Papua New Guinea. *Scientific Reports*, 11, 1-13.
- PEZHAN, A. & ARAB, S. 2017. The social, cultural and economic factors affecting the number of ideal children among employed and unemployed women in district 8 of Tehran city. *Journal of Population*, 22, 58-78.

- PEZHGAN, A. & KAMALI, A. 2015. The impact of cultural effective factors on fertility of women Aged 15-49; District 12, Tehran city. *Cultural Research Society*, 6, 1-18.
- PILTAN, F. & RAHMANIAN, M. 2015. Investigating factors affecting the tendency toward childbearing among married men and women (case of study: men and women aged 25 to 45 years old in Jahrom). *Journal of Iranian social development studies*, 7, 121-134.
- PIOTROWSKI, M. & TONG, Y. 2016. Education and fertility decline in China during transitional times: A cohort approach. *Social Science Research*, 55, 94-110.
- RADHAKRISHNAN, S. 2008. Family Planning. A global handbook for providers. Taylor & Francis.
- REQUENA, M. & SALAZAR, L. 2014. Education, marriage, and fertility: The Spanish case. *Journal of Family History*, 39, 283-302.
- REZAEI-NASAB, Z. & FOTOHI, S. 2017. Study of cultural and social factors affecting reproductive behavior among women aged 15-49 in Ilam. *Ilam Scientific Quarterly*, 18, 112-133.
- REZAEI, M. & PARTOVI, L. 2017. Abortion among Kurdish Women from Mahabad in 2016. *Iran Journal of Nursing*, 30, 32-43.
- ROY, N., AMIN, M., MALIHA, M., SARKER, B., AKTARUJJAMAN, M., HOSSAIN, E. & TALUKDAR, G. 2021. Prevalence and factors associated with family planning during COVID-19 pandemic in Bangladesh: A cross-sectional study. *PloS one*, 16, e0257634.
- SAADATI, M. 2015. Factors affecting children ever born for 15-49 year-old women in Semnan using poisson regression. *Journal of Health System Research*, 11, 627-637.
- SADIGHI, J., TAVOUSHI, M., MONTAZERI, A., MOZAFARI-KERMANI, R., ESLAMI, M., ROSTAMI, R. & ROSTAMI, T. 2020. Fertility indicators and its correlates among women in Iran. *Payesh (Health Monitor)*, 19, 645-672.
- SANTOS, A. P., COELHO EDE, A., GUSMÃO, M. E., SILVA, D. O., MARQUES, P. F. & ALMEIDA, M. S. 2016. Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 38, 273-9.
- SARDER, A., ISLAM, S. M. S., TALUKDER, A. & AHAMMED, B. 2021. Prevalence of unintended pregnancy and its associated factors: Evidence from six south Asian countries. *PLoS One*, 16, e0245923.
- SAY, L., CHOU, D., GEMMILL, A., TUNÇALP, Ö., MOLLER, A., DANIELS, J., GÜLMEZOĞLU, A., TEMMERMAN, M. & ALKEMA, L. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2, e323-e333.
- SCHOENAKER, D., BENNETT, C., GRIEGER, J., HARRISON, C. L., HILL, B., ENTICOTT, J., MORAN, L., TEEDE, H. J., O'REILLY, S. L. & LIM, S. 2022. Association between pregnancy intention and psychological distress among women exposed to different levels of restrictions during the COVID-19 pandemic in Australia. *PloS one*, 17, e0273339.

- SEDGH, G., SINGH, S., SHAH, I., ÅHMAN, E., HENSHAW, S. & BANKOLE, A. 2012. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The lancet*, 379, 625-632.
- SEIFOORI, B., HASSANI, G., MAJDI, A. & KERMANI, M. 2020. Analyzing fertility indicators: a Meta-Analysis of existing literature. *Journal of Social Sciences*, 16, 145-113.
- SPEIZER, I., CORROON, M., CALHOUN, L., GUEYE, A. & GUILKEY, D. 2018. Association of men's exposure to family planning programming and reported discussion with partner and family planning use: The case of urban Senegal. *PloS one*, 13, e0204049.
- TABASSUM, A., MANJ, Y. N., GUNJIAL, T. R. & NAZIR, S. 2016. Perceptions of rural women about contraceptive usage in district Khushab, Punjab. *JPMA*, 66, 1577-1581.
- TAHERI, A., VAKILI, M., MIRZAEI, M. & MODARRESI, M. 2022. Frequency of unwanted pregnancies and its related factors in Tabriz hospitals in 2020. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 25, 38-45.
- UNITED-NATIONS-NEW-YORK 2019. World population prospects 2019: Highlights. *New York: United Nations Department for Economic and Social Affairs*.
- WITHERS, M. 2009. *Fertility preferences, intentions and outcomes: A mixed-methods study of fertility in a Balinese village*, University of California, Los Angeles.
- WORKU, S., AHMED, S. & MULUSHEWA, T. 2019. Unmet need for family planning and its associated factor among women of reproductive age in Debre Berhan Town, Amhara, Ethiopia. *BMC research notes*, 12, 1-6.