

بررسی علل تفاوت استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در اقوام مختلف

دکتر زهره عباسی^۱، دکتر زهره کشاورز^{۲*}، دکتر محمد جلال عباسی شوازی^۳،
دکتر عباس عبادی^{۴،۵}، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی^۶، محبوبه قربانی^۷

۱. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استاد جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران و محقق مؤسسه مطالعات جمعیتی اجتماعی دانشگاه ملی استرالیا.
۴. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
۵. استاد دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
۶. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۷. مربی گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۰۷

خلاصه

مقدمه: با توجه به این که یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری، قومیت افراد می‌باشد و عوامل فرهنگی اجتماعی و مذهبی مؤثر بر این انتخاب در اقوام مختلف متفاوت باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی تفاوت‌های روش‌های پیشگیری از بارداری در یک جامعه موزائیک چندقومیتی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۰۰۰ زن متأهل واقع در سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) از ۵ گروه قومیتی فارس، ترک، کرد، ترکمن و تات خراسان شمالی انجام گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته رفتار باروری (با استفاده از روش قیاسی و بر اساس مرور متون و تلفیق سؤالات پرسش‌نامه‌های موجود) انجام گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های تی و آنالیز واریانس دوطرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در تمام اقوام قرص‌ها الویت اول روش پیشگیری از بارداری معرفی شدند (با بیشترین فراوانی، در قوم کرد). در قوم فارس، کرد و ترک با اختلاف اندک کاندوم و IUD به‌عنوان الویت دوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و در قوم تات و ترکمن با اختلاف واضح، کاندوم الویت دوم و IUD الویت سوم زنان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری می‌باشد.

نتیجه‌گیری: انتخاب روش‌های جلوگیری از بارداری متأثر از ویژگی‌های افراد است، لذا باید تمامی برنامه‌ریزی‌ها به‌ویژه برنامه‌های تنظیم خانواده که در ارتباط مستقیم با باروری قرار دارد، مبتنی بر شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی و شناخت شرایط آن جامعه باشد.

کلمات کلیدی: پیشگیری از بارداری، رفتار باروری، قومیت

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهره کشاورز؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: keshavadzohre57@gmail.com

مقدمه

اکثر جوامع امروزه با پدیده باروری کنترل شده و کاهش میزان باروری دست به گریبان می‌باشند. در ایران نیز در سال‌های اخیر با اجرای برنامه باروری کنترل شده، نگرانی جمعیتی در رابطه با کاهش جمعیت، به زیر سطح جایگزینی در بین سیاست‌گذاران جمعیتی کشور افزایش یافته و منجر به تغییر سیاست‌های باروری کشور شده است (۲)؛ به طوری که در سال ۲۰۱۲، در پاسخ به کاهش پایدار باروری در کشور، پارلمان ایران پیشنهاد لایحه‌ای را مبنی بر حذف کلیه محدودیت‌های فرزندآوری از قوانین کشور را ارائه نمود (۶، ۷).

در عین حال برای دستیابی به سیاست‌های جدید جمعیتی، تلاش وزارت بهداشت بر این است که از کاهش رشد جمعیت که متأسفانه در سال‌های اخیر رخ داده، جلوگیری کند و برنامه کنترل جمعیت کشور را که قبلاً اجرا می‌شد را تغییر دهد. البته این برنامه اجباری نیست و افراد بر اساس تمایل خود می‌توانند روش‌های جلوگیری از بارداری را با هزینه خود تهیه نموده و کسی مانع آنها نمی‌شود (۴). لازمه موفقیت برنامه فوق آن است که در عین دسترسی به افزایش نرخ رشد جمعیت، شاخص‌ها و دستاوردهای مهمی که در سال‌های گذشته در زمینه کنترل و کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان زیر یک سال وجود داشته است را هم حفظ کرد (۵)، اما تجربه گذار باروری در ایران بیانگر آن است که رفتار جمعیتی مردم، صرفاً تابع سیاست‌گذاری نیست، بلکه تابع موقعیت فرهنگی-اجتماعی و عوامل مختلفی از جمله سن زوجین، سطح تحصیلات، شغل، منطقه زندگی، تعداد فرزندان قبلی، وضعیت فرهنگی، باورهای مذهبی، قومیت، انگیزه فرد و سیاست‌های خدمات بهداشتی می‌باشد (۸-۱۱).

در واقع، فرآیند گذار باروری در ایران متناسب با تحولات اقتصادی، اجتماعی و نیز تحول در ابعاد سنتی خانواده می‌باشد (۱۱). پس لازم است عواملی را که در انتخاب زنان در فرزندآوری نقش دارد را شناسایی و آنها را مبنای سیاست‌گذاری قرار داد. یکی از حوزه‌های تأثیرگذار بر رفتار باروری، دسترسی و آگاهی نسبت به روش‌های

تنظیم خانواده است و مطالعات متعدد از جمله چرم‌زاده و همکاران (۲۰۱۵)، رضوی‌زاده و همکار (۲۰۱۵) و ابراهیم‌زاده و همکاران (۲۰۱۵) این مسئله را مورد توجه قرار داده‌اند (۱۴-۱۲). اگرچه در سال‌های اخیر فراز و فرودهای زیادی در میزان استفاده از روش‌های پیشگیری وجود داشته است؛ به طوری که در سال ۱۳۷۹ فراوانی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ۷۹٪ (۵۶٪ روش مدرن و ۱۸٪ روش سنتی) (۱۰)، در سال ۱۳۸۶ این میزان ۹۸٪ (۷۰٪ روش‌های مدرن و ۲۷٪ از روش‌های سنتی) و در سال ۱۳۹۲ این رقم ۸۲٪ بوده که مبین کاهش استفاده از روش‌های پیشگیری می‌باشد (۸، ۱۵).

نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که تحت تأثیر تغییر سیاست‌های جمعیتی مبنی بر کاهش ارائه خدمات پیشگیری از بارداری به‌عنوان یک راه‌حل برای بالا بردن نرخ پایین باروری کشور و از تب و تاب افتادن تشویق استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و تغییر در شعار فرزند کمتر، زندگی بهتر، میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری کاهش یافته و از سوی دیگر کاهش میزان دسترسی و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، میزان حاملگی ناخواسته را مخصوصاً در جوامعی که وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین دارند، افزایش می‌دهد و اگر ارائه روش‌های تنظیم خانواده برنامه‌ریزی شده در زمینه خانواده محدود شوند، آسیب‌پذیرترین گروه‌های جمعیت همین اقشار کم‌درآمد خواهند بود که این مسئله خود منجر به تغییر منفی در شاخص‌های بهداشتی کشور خواهد شد (۶، ۹، ۱۵).

آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده و علت انتخاب این روش‌ها، می‌تواند در انجام برنامه‌ریزی کلان منطقه و کشور و تدوین استراتژی‌های مناسب آموزشی راهگشا باشد (۱۵). از طرفی چون یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری، قومیت افراد می‌باشد و عوامل فرهنگی اجتماعی و مذهبی ممکن است در اقوام مختلف متفاوت باشد و از آنجایی که نمی‌شود یک نسخه یکسان در رابطه با یک رفتار برای همه تنظیم نمود و هر جامعه و قومیتی بستر فرهنگی خاص خود را دارد، باروری افراد و انتخاب روش

پیشگیری از بارداری وابسته به فرهنگ و ارزش‌های افراد آن جامعه است. از سوی دیگر انتخاب روش‌های جلوگیری از بارداری متأثر از ویژگی‌های افراد است و آنان بر اساس اهداف خود و قابلیت‌ها و محدودیت‌های هر روش و همچنین تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی دست به انتخاب می‌زنند، لذا باید تمامی برنامه‌ریزی‌ها به‌ویژه برنامه‌های تنظیم خانواده که در ارتباط مستقیم با باروری قرار دارد، مبتنی بر شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی و شناخت شرایط آن جامعه باشد؛ چرا که حتی در یک کشور و در یک منطقه نمی‌توان از سیاست‌های جمعیتی یکسان استفاده کرد و با توجه به اینکه سیاست‌های جمعیتی ایران از کنترل همه جانبه جمعیت به تعادل جمعیتی و افزایش باروری به بالاتر از سطح جایگزینی تغییر یافته است، لذا لازم است ضمن شناسایی عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری، با ارائه مداخلات متناسب در راستای سیاست‌های جدید گام برداشت و مطالعه‌ای در رابطه با روش‌های پیشگیری از بارداری در یک جامعه موزاییک چندقومیتی در کنار هم انجام داد، لذا لازم است جهت اولویت‌بندی اقدامات پیشگیرانه و طراحی مؤثرترین برنامه‌ها بر اساس شواهد، تفاوت در رفتارها و شیوه‌های استفاده از روش‌های تنظیم خانواده زنان در اقوام مختلف شناسایی شود تا با شناخت آن شاید بتوان برنامه مؤثری را در جهت سیاست‌های جمعیتی و پیرو آن پیشگیری از رشد منفی جمعیت به‌کار برد (۱۰).

روش کار

این مطالعه مقطعی با هدف شناسایی تفاوت‌ها در انتخاب روش پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۹۶ در اقوام مختلف خراسان شمالی با استفاده بخشی از پرسشنامه محقق‌ساخته رفتار باروری انجام گردید. زنان شرکت‌کننده در این مطالعه از ۵ گروه قومیتی فارس، ترک، کرد، ترکمن و تات خراسان شمالی بودند. روش طراحی عبارات پرسشنامه، روش قیاسی با استفاده از مرور متون و تلفیق سؤالات پرسشنامه‌های موجود در رابطه با رفتار باروری مانند پرسشنامه تحولات باروری در ایران، پرسشنامه رفتار باروری بهمنش و پرسشنامه

تولید مثلی زنان ۲۰۱۰ بود (۱، ۱۶، ۱۷). روایی صورتی پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از زنان وابسته به قومیت‌های و روایی محتوی نیز توسط ۲۰ کارشناس از رشته‌های مختلف دانشگاهی و رشته‌های مرتبط بهداشت باروری، بررسی و تأیید گردید. پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۶۹۸ محاسبه و تأیید گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل، واقع در سنین باروری (۴۹-۱۵ سال)، تمایل جهت شرکت در مطالعه و عدم ابتلاء به بیماری‌ها و معلولیت ذهنی خاصی که قادر به پاسخ‌گویی به سؤالات نباشند، بود. حجم نمونه در این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و با توجه به ضریب همبستگی بین متغیرهای اصلی آخرین مطالعه انجام شده در رابطه با رفتار باروری در سال ۱۳۹۴ توسط دکتر بهمنش در بابل، با روش نمونه‌گیری مرحله‌ای و با احتساب ریزش ۱۰٪ در نمونه‌گیری، ۲۰۰ نفر (۲۰۰ نفر از هر قومیت) یعنی در مجموع ۱۰۰۰ نفر برآورد گردید (۱). سپس با توجه به تعداد نمونه‌های مورد نیاز در کل استان و با اخذ مجوز از مراکز، پرسشگران با حضور در مرکز بهداشتی و درمانی یا درمانگاه یا پارک‌ها، از تمام زنان واجد شرایط، رضایت آگاهانه گرفته و پرسشنامه مربوطه به‌صورت خودایفا یا مصاحبه تکمیل گردید. به افراد و خانواده‌ها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد (جهت راهنمایی در رابطه با نحوه تکمیل پرسشنامه، از کمک پژوهشگران مسلط به زبان‌های مختلف استفاده گردید).

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و شاخص‌های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف مشخصات جمعیتی-اجتماعی و تحلیل‌های سطری و ستونی مربوط به فراوانی مطلق و نسبی، درصد، میانگین و انحراف معیار از آزمون تی و آزمون آنالیز واریانس دوطرفه استفاده گردید. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول مشخصات دموگرافیک نشان داد که در بین پنج گروه قومیتی خراسان شمالی، زنان قوم ترکمن و همسران آنان از لحاظ سن، جوان‌تر از دیگر واحدهای پژوهش بودند ($p < 0.001$). از لحاظ مذهب به جز قوم ترکمن که تمام آنها اهل تسنن بودند، سایر اقوام شیعه مذهب بودند. بیشترین سطح تحصیلات عالی به مربوط به قوم فارس (۵۸٪) و قوم ترک (۳۵٪) و کمترین سطح تحصیلات مربوط به قوم ترکمن (۵۰٪ تحصیلات ابتدایی و ۲۲٪ بی‌سواد) بود. تقریباً همین وضعیت برای سطح تحصیلات همسران در اقوام مختلف مشاهده شد. از لحاظ وضعیت شغلی، بیشتر زنان در تمام قومیت‌ها خانه‌دار بوده و تمام واحدهای پژوهش درآمد خانواده خود را در حد کفاف اظهار می‌نمودند.

بر اساس نتایج آزمون آنوا اگرچه بیشتر اقوام ۱ سال بعد از ازدواج اقدام به بچه‌دار شدن نموده بودند و اولین فرزند خود را ۱ سال بعد از ازدواج به دنیا آورده بودند، ولی بیشترین فراوانی در این مؤلفه مربوط به قوم ترکمن و در مرحله بعد قوم کرد و ترک و کمترین فراوانی بارداری در سال اول مربوط به قومیت فارس و تات بود. فاصله حاملگی اول تا دوم در اقوام مختلف آماری معنی‌داری داشت ($p = 0.002$)؛ به طوری که کمترین فاصله مربوط به قوم ترکمن و بیشترین فاصله مربوط به قوم تات و فارس بود. بهترین زمان تولد اولین فرزند از دیدگاه زنان اقوام مختلف ۱/۸ سال بود (به جز قوم فارس که زمان $2/0.3 \pm 0/99$ بود) ($p = 0/043$) (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین رفتارهای باروری مربوط به اطلاعات روش‌های پیشگیری در قومیت‌های مختلف

متغیر	قومیت	فارس	ترک	ترکمن	کرد	تات	کل	سطح معنی‌داری*
فاصله زمانی ازدواج تا تولد اولین فرزند به سال		۲/۰۳±۰/۹۹	۱/۸±۱/۳	۱/۶±۱/۰۵	۱/۷±۱/۰۲	۲/۰۱±۱/۳	۱/۰۸±۱/۲	($p = 0/043$)
فاصله حاملگی اول تا دوم به سال		۵/۱۸±۳/۶۱	۳/۶۶±۲/۵۳	۲/۵۰±۱/۶۳	۳/۶±۳/۴۰	۴/۱۸±۲/۴۳	۳/۶۸±۳/۰۵	($p = 0/002$)
بهترین فاصله سنی از نظر زن		۳/۱±۰/۸۷	۳/۰۷±۰/۸۷	۲/۸±۰/۸۹	۳/۰۹±۰/۸۱	۲/۸۱±۰/۹۹	۲/۹۹±۰/۸۸	($p = 0/034$)
بهترین فاصله سنی بین فرزندان از نظر همسر		۳/۱۴±۰/۸۷	۳/۰۷±۰/۸	۲/۹۶±۰/۸۹	۳/۰۹±۰/۸۱	۲/۹۹±۰/۹	۳/۰۵±۰/۸	($p = 0/053$)

* آزمون آنوا

در قومیت‌های مختلف از هیچ روش جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. بر اساس نتایج ۳۴ نفر (۱۷٪) از افراد قوم ترکمن و تات و تقریباً ۳۸ نفر (۲۳٪) از اقوام فارس، کرد و ترک، هم‌زمان از دو روش استفاده می‌کردند. در رابطه با اولویت دوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در اقوام مختلف شرایط متفاوت بود؛ به طوری که در قوم فارس، کرد و ترک با اختلاف اندک، کاندوم و IUD به عنوان الویت دوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بود و در قوم تات و ترکمن با اختلاف واضح، کاندوم الویت دوم و IUD الویت سوم زنان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری بود. این اختلاف در قوم ترکمن مشهودتر بود (۳۱٪ کاندوم در مقابل ۶٪ IUD). در رابطه با استفاده از IUD، قوم فارس، تات و ترک با فراوانی تقریباً یکسان بیشترین استفاده را از IUD داشتند و کمترین استفاده از IUD در قوم

نظر بیشتر واحدهای پژوهش در مورد بهترین فاصله سنی بین فرزندان در قومیت‌های مختلف، فاصله ۳ سال بود ($p = 0/012$). اکثر زنان با بیش از دو روش پیشگیری از بارداری آشنایی داشتند. منبع به دست آوردن اطلاعات مربوط به روش پیشگیری در قومیت‌های مختلف، مراکز بهداشتی و درمانی بود و نتایج از درصد پایین رسانه به عنوان منبع اطلاعات روش پیشگیری حکایت می‌کند. تقریباً ۲۶٪ زنان در تمام قومیت‌ها از قرص به عنوان روش پیشگیری استفاده می‌کردند. بیشترین فراوانی استفاده از قرص به عنوان روش پیشگیری، در قوم کرد (۳۱٪) گزارش شد که ناشی از شناخت بیشتر این روش به عنوان یک روش پیشگیری از بارداری در تمام اقوام است. البته میزان اطلاعات قوم ترکمن در رابطه با روش منقطع بیشتر از قرص گزارش شده بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، اختلاف معنی‌داری از نظر میزان اطلاعات بین قوم ترک و کرد وجود داشت ($p = 0/021$). ۳-۱٪ زنان

ترکمن و کرد گزارش شد. بیشترین فراوانی استفاده از روش‌های منقطع و کمترین فراوانی استفاده از روش‌های دائمی در قوم ترکمن گزارش شد. در رابطه با قصد باردار شدن در آینده، اقوام فارس، ترک و تات و کرد گزارش نمودند اصلاً و یا فعلاً قصد باردار شدن را ندارند، ولی قوم ترکمن (۳۶٪) قصد بارداری را در آینده داشتند که بر اساس نتایج آزمون کای دو، این نتایج از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/001$). کمترین قصد بارداری در آینده مربوط به قوم ترک و کرد و بیشترین قصد مربوط به قوم ترکمن بود (جدول ۲).

در این مطالعه برای کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر باروری و بررسی نقش قومیت و پاسخ به این سؤال که آیا در صورت کنترل سایر متغیرها، قومیت همچنان تأثیر مستقل و معنی‌داری بر انتخاب روش پیشگیری از باروری دارد، از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد، لذا تمام متغیرهای مرتبط به ویژگی‌های مختلف فردی،

اجتماعی و اقتصادی مانند سن و سن همسر، مذهب زوجین، قومیت همسر، تحصیلات، شغل، درآمد، محل سکونت، رابطه زناشویی، رضایت از زندگی، سن ازدواج، حمایت همسر، تمایل زوجین به فرزندآوری و عوامل مربوط به انتخاب روش پیشگیری از بارداری که بین اقوام مختلف ارتباط معنی‌داری را نشان داده بودند، در مدل وارد شدند. اگرچه در مرحله اول تمام متغیرها معنی‌دار بودند، اما نتایج تحلیل‌های چندمتغیره نشان داد با ورود متغیرهای دیگر در تجزیه و تحلیل، تأثیر قومیت بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری برداشته شد، ولی متغیرهای سطح تحصیلات زوجین ($p=0/001$)، شغل ($p=0/001$) و منبع کسب اطلاعات ($p=0/001$) بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری اثر معنی‌دار خود را حفظ نمودند (جدول ۳).

جدول ۲- فراوانی رفتارهای باروری مربوط به اطلاعات مرتبط با فاصله‌گذاری بین فرزندان در قومیت‌های مختلف

متغیر	قومیت	گزینه پاسخ	فراوانی (درصد)				
			فارس	ترک	ترکمن	کرد	تات
سطح معنی‌داری	آماره	آزمون	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
$p=0/001$	۴۸/۲	قرص	۵۶ (۲۶/۸)	۵۳ (۲۵/۷)	۵۱ (۲۶/۱)	۶۰ (۳۱/۲)	۴۷ (۲۴/۵)
		کاندوم	۲۸ (۱۳/۴)	۳۱ (۱۵/۰)	۶۲ (۳۱/۸)	۲۴ (۱۲/۵)	۴۴ (۲۳/۰)
		IUD	۳۴ (۱۶/۳)	۳۲ (۱۵/۰)	۱۸ (۶/۲)	۲۱ (۱۰/۹)	۳۲ (۱۶/۷)
		آمپول	۱۶ (۷/۷)	۱۴ (۶/۸)	۴ (۲/۱)	۴ (۲/۱)	۱۳ (۶/۸)
		نزدیکی منقطع	۳ (۱/۴)	۹ (۴/۴)	۱۴ (۷/۲)	۴ (۲/۱)	۹ (۴/۷)
		دائمی	۱۷ (۸/۲)	۱۵ (۷/۳)	۱۲ (۶/۲)	۱۹ (۹/۹)	۱۹ (۹/۹)
		یک یا دو روش	۴۷ (۲۲/۵)	۴۶ (۲۲/۳)	۳۴ (۱۷/۴)	۴۶ (۲۴/۰)	۳۴ (۱۷/۸)
$p=0/053$	۵۲/۳	هیچ روشی	۸ (۳/۸)	۶ (۲/۹)	۲ (۰/۵)	۱۴ (۷/۰)	۷ (۳/۶)
		لازم نداریم	۱۹ (۹/۱)	۱۴ (۶/۹)	۲ (۰/۵)	۲۰ (۹/۹)	۴ (۲/۱)
		همسر	۶۱ (۲۹/۲)	۴۰ (۱۹/۴)	۴۴ (۲۲/۳)	۳۲ (۱۵/۱)	۲۹ (۱۵/۱)
		خودم	۶۴ (۳/۶)	۸۳ (۴۰/۳)	۷۱ (۳۶/۸)	۶۸ (۷۱/۰)	۹۷ (۵۰/۸)
$p=0/001$	۵۲/۴	هر دو	۶۵ (۳۱/۱)	۶۹ (۳۳/۵)	۷۹ (۴۰/۴)	۷۲ (۳۷/۰)	۶۱ (۳۱/۹)
		اصلاً قصد ندارم	۸۱ (۳۸/۹)	۹۲ (۴۴/۷)	۵۹ (۳۰/۳)	۷۶ (۳۹/۶)	۸۲ (۴۲/۹)
		فعلاً قصد ندارم	۸۳ (۳۹/۷)	۸۵ (۴۱/۳)	۶۵ (۳۳/۳)	۸۰ (۴۱/۶)	۷۱ (۳۷/۱)
		قصد بارداری دارم	۴۵ (۲۱/۵)	۲۵ (۱۲/۱)	۷۱ (۳۶/۳)	۲۹ (۱۳/۱)	۳۸ (۲۳/۶)
		پاسخ نداده	۰ (۰/۰)	۴ (۱/۹)	۲ (۱/۱)	۷ (۳/۶)	۰ (۰/۰)

جدول ۳- نتایج تحلیل چندمتغیره در رابطه با تأثیر قومیت و روش پیشگیری از بارداری بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	قومیت	ضرب	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
ترک		-۰/۴۴۵	۰/۵۹۶	۰/۰۲۹	۰/۷۲۶
روش پیش از بارداری	فارس	-۰/۴۲۶	۰/۶۱۰	۰/۴۵۶	۰/۷۷۰
	تات	-۰/۵۶۶	۰/۶۰۸	۰/۴۸۵	۰/۶۲۷
	کرد	-۰/۵۰۱	۰/۶۰۰	۰/۳۵۲	۰/۶۷۶
گروه مبنا	ترکمن	۰	۰	۰	۰

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در رابطه با انتخاب روش پیشگیری از بارداری در اقوام مختلف خراسان شمالی، روش‌های پیشگیری از بارداری در قومیت‌های مختلف تفاوت دارد، اما بر اساس نتایج تحلیل‌های چندمتغیره، با ورود متغیرهای دیگر در تجزیه و تحلیل، تأثیر قومیت بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری برداشته شد و قومیت به‌عنوان یک عنصر ثانوی در انتخاب روش و تصمیم‌گیری در رابطه با بارداری مجدد نقش داشت. در خصوص استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، قرص در تمام اقوام به‌عنوان الویت اول انتخاب زنان به‌عنوان روش پیشگیری بود که این نتیجه با نتایج مطالعه حسین‌زاده و همکاران (۲۰۱۰)، مشرفی و همکاران (۲۰۰۵)، افخم‌زاده و همکاران (۲۰۱۶)، رخشانی و همکاران (۲۰۰۲)، مشرفی و همکاران (۲۰۰۵) و حسینی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی و با نتایج مطالعه بهمنش و همکار (۲۰۱۵) و مطالعه عباسی و همکار (۲۰۰۲) مغایرت داشت (۱، ۱۰، ۲۲-۱۸)؛ به‌طوری‌که نتایج مطالعه حسین‌زاده و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد بیشترین روش تنظیم خانواده در بین سه قوم عرب، فارس و لر، قرص‌های خوراکی می‌باشد و عرب‌ها بیشترین و فارس‌ها کمترین فراوانی استفاده از قرص را در مطالعه حسین‌زاده داشتند (۱۸). اگرچه بر اساس نتایج مطالعه مذکور، تأثیر قومیت بر استفاده از روش‌های تنظیم خانواده معنی‌دار بود، ولی مشخص نشده بود در کدام روش پیشگیری اختلاف بین اقوام مشهودتر بوده است. در مطالعه مشرفی و همکاران (۲۰۰۵) همسو با مطالعه حاضر نیز بیش از ۳۰٪ زنان بالای ۳۰ سال، از روش‌های هورمونی جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند (۱۹). در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان هر ۵ قومیت حدود

۳۰ سال بود. در مطالعه افخم‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) نیز هر سه قوم ترک، کرد و فارس به میزان ۲۵٪ از قرص به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و اختلافی در این روش بین اقوام وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۰). در مطالعه رخشانی و همکاران (۲۰۰۲)، پائول و همکاران (۱۹۹۷)، فریدمن و همکاران (۱۹۹۷) و حسینی و همکاران (۲۰۰۸) نیز روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی، متداول‌ترین روش انتخابی زنان گزارش شد (۲۱-۲۴). البته در این سه مطالعه به قومیت افراد توجه نشده بود، اما نتایج مطالعه حاضر با مطالعه بهمنش و همکار (۲۰۱۵) و مطالعه همکاران (۲۰۱۵) مغایرت داشت؛ به‌طوری‌که در این دو مطالعه روش منقطع به‌عنوان الویت اول زنان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری مطرح شده بود (۱، ۷). اگرچه در این دو مطالعه، استفاده‌کنندگان روش نزدیکی منقطع در مقایسه با استفاده‌کنندگان از روش‌های مدرن از لحاظ ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی تفاوت بارز نداشتند، از این‌رو شاید علل انتخاب این روش در آنان، اجتناب از اثرات جانبی ناشی از روش‌های مدرن، عدم نیاز به پرداخت هزینه‌های بهداشتی در قبال استفاده از روش‌های مدرن، محرمانه بودن روش، دسترسی و راحتی و تأثیر شبکه روابط اجتماعی باشد که در مطالعه خادم‌زاده به موارد فوق اشاره شده بود (۱۰).

در مطالعه حاضر اگرچه در استفاده از قرص در اقوام مختلف اختلاف معنی‌داری وجود نداشت، اما بین سایر روش‌ها در بین اقوام اختلاف معنی‌داری مشاهده شد؛ به‌طوری‌که در رابطه با انتخاب دوم زنان در اقوام مختلف، در قوم فارس، کرد و ترک با اختلاف اندک، کاندوم و IUD به‌عنوان الویت دوم استفاده بودند، اما

در قوم تات و ترکمن با اختلاف واضح، کاندوم الویت دوم و IUD الویت سوم زنان در انتخاب روش پیشگیری از بارداری بود. این اختلاف در قوم ترکمن مشهودتر بود (۳۱٪ کاندوم در مقابل ۶٪ IUD در قوم ترکمن).

در مطالعه حسینی و همکار در یزد (۲۰۱۳) همسو با نتایج مطالعه البته بدون توجه به قومیت، میزان استفاده از کاندوم و IUD به ترتیب ۴۶٪ و ۲۶٪ گزارش شده بود (۱۱). در مطالعه حسین‌زاده و همکاران (۲۰۱۰)، ۲۵٪ زنان اقوام فارس، عرب و لر کاندوم را به‌عنوان الویت دوم خود اعلام نمودند (۱۸). (بیشترین فراوانی استفاده در قوم فارس و کمترین میزان استفاده در قوم لر) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. البته در میزان استفاده از IUD، نتایج مطالعه حسین‌زاده با مطالعه حاضر و مطالعه افخم‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) مغایرت داشت (۲۰)؛ به‌طوری‌که در مطالعه حسین‌زاده، فراوانی استفاده از IUD در هر سه قومیت از سایر روش‌ها کمتر بود (۲/۱٪ در کل اقوام). البته در مطالعه ایشان علت تمایل کم زنان اقوام مختلف در رابطه با این روش گزارش نشده بود (۱۸). ولی آنچه حائز اهمیت است اینکه مطالعه حسین‌زاده در بافت جمعیتی اهواز و در بین اقوامی انجام شده بود که تمایلات فرزندآوری بالایی دارند؛ به‌طوری‌که ۱۶٪ زنان مطالعه ایشان تجربه ۴ فرزند و بیشتر را داشته و در مجموع میزان استفاده از روش‌های دائمی در زنان این مطالعه کم است. البته تمایلات فرزندآوری بالا در قوم لر و عرب و تفاوت آن با قوم فارس در کل کشور توسط مطالعه عباسی (۲۰۰۱) نیز نشان داده شده است (۱۶).

در مطالعه بهمنش و همکار (۲۰۱۵) در زنان شهرستان بابل نیز الویت دوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با روش‌های دائمی بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود (۱). شاید از دلایل تفاوت نتایج مطالعات حاضر با مطالعات مشابه با مطالعه بهمنش و همکار (۲۰۱۵) در تمایلات فرزندآوری زنان باشد؛ به‌طوری‌که در مطالعه بهمنش و همکار (۲۰۱۵) تک‌فرزندی انتخاب والدین برای تعداد دلخواه فرزند موردنظر بود و شاید به این علت آنها استفاده از

روش‌های دائمی را به انواع دیگر ترجیح می‌دادند. لازم به ذکر است تک‌فرزندی انتخاب هیچ‌کدام از زنان مطالعات فوق نمی‌باشد. از سوی دیگر ۷۷٪ زنان مطالعه بهمنش تمایل به باروری مجدد نداشتند، درحالی‌که میزان عدم تمایل قطعی به باروری مجدد در مطالعه حاضر تقریباً ۴۰٪ بود (با تفاوت معنی‌دار در اقوام)، لذا با توجه به انتخاب تک‌فرزندی در مطالعه بهمنش، انتخاب روش دائمی به‌عنوان الویت دوم روش پیشگیری از بارداری در مطالعه ایشان قابل توجیه است. بر اساس داده‌های معاونت بهداشتی، فراوانی استفاده از روش‌های هورمونی به تفکیک تمایل یا عدم تمایل به بارداری بعدی در کل کشور به ترتیب ۳۳٪ در مقابل ۱۸٪ است که با نتایج بهمنش همسو می‌باشد (۲۶). یکی دیگر از علل تفاوت نتایج این دو مطالعه، تفاوت در میانگین سنی افراد دو مطالعه فوق بود؛ به‌طوری‌که میانگین سنی زنان در مطالعه حاضر ۳۰ سال و در مطالعه بهمنش و همکار (۲۰۱۵) ۳۵ سال بود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند نوع روش پیشگیری از بارداری ارتباط مستقیمی با سن دارد. موشر و همکاران (۲۰۰۴) اعلام نمودند افزایش سن تمایل به استفاده از روش‌های دائمی را افزایش می‌دهد (۲۸).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در انتخاب روش پیشگیری از بارداری، تأثیر شبکه روابط اجتماعی بود (۵، ۱۰). در قوم کرد و ترکمن در مطالعه حاضر تأثیر شبکه روابط اجتماعی در انتخاب روش پیشگیری از بارداری قوی‌تر از اقوام دیگر بود؛ به‌طوری‌که بعد از مراکز بهداشتی، دوستان و آشنایان در دو قوم کرد و ترکمن از درصد بالایی (۱۱/۵٪ در هر قوم) در ارائه اطلاعات برخوردار بودند، لذا دریافت اطلاعات از افراد غیرحرفه‌ای در تصمیمات افراد تأثیر گذاشته و منجر به انتخاب روشی می‌گردد که شاید مناسب آنان نباشد. در رابطه با میزان استفاده از روش‌های هورمونی تزریقی، میزان استقبال از این روش در بین اقوام خراسان شمالی کم بود (بین ۷-۲٪) و کمترین فراوانی استفاده از این روش در قوم ترکمن و کرد و بیشترین فراوانی در قوم فارس بود. به‌طور کلی توزیع فراوانی استفاده از انواع روش‌های تزریقی در کل کشور کم می‌باشد (۲۷).

مسائل باروری، خانواده فرزند محور نسبت به خانواده همسر محور، تأکید کمتر روی رابطه جنسی بین زوجین و تمایل کمتر زنان به انتخاب روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری است (۱۰). از سوی دیگر اوکان (۱۹۹۷) در مطالعه خود بر روی زوجین یهودی گزارش نمود پایین بودن سطح تحصیلات زوجین و برخورداری از عقاید سنتی در زمینه نقش جنسیتی، فراوانی استفاده از روش سنتی را افزایش می‌دهد که به نظر می‌رسد در جامعه سنتی قوم ترکمن به علت غالب بودن آداب و رسوم، شرایط فوق بیشتر حاکم بوده و توجیه‌کننده استفاده بیشتر از روش فوق در زنان قوم ترکمن مطالعه حاضر است (۳۳). در کشور ما شیوع بالای استفاده از روش نزدیکی منقطع در استان‌های گیلان، مازندران، سمنان، قم و تهران گزارش شده است. اگرچه در برخی مطالعات ارتباط بین محل سکونت و انتخاب نوع روش پیشگیری تأیید و در برخی دیگر رد شده است (۱۰)، اما عرفانی و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود میزان عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را در زنان روستایی ۴۴٪ نسبت به ۲۶٪ در زنان شهری گزارش کردند (۶). اگرچه مسئله فوق در رابطه با قوم ترکمن در مطالعه حاضر صادق است، اما برخلاف مطالعه رخشانی و همکاران (۲۰۰۲) که میزان استفاده از روش‌های منقطع در زنان شهری را بیش از زنان روستایی اعلام نمودند، این نتیجه توسط مطالعه افخم و مطالعه حاضر تأیید نگردیده است (۲۱). اگرچه افخم‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) در توضیح مغایرت نتایج خود با نتایج مطالعه عظیمی، به ترکیب بافت جمعیتی روستایی و شهری شهرستان قروه و عدم وجود فاصله فرهنگی بین دو جامعه شهری و روستایی آنجا اشاره نموده است (۲۰). از سوی دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد استفاده از روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری در قوم ترکمن کمترین و قوم کرد و تات بیشترین را دارند. در نهایت اگرچه در مطالعه حاضر تفاوت در انتخاب روش پیشگیری از بارداری در اقوام مختلف مشاهده گردید، نتایج تحلیل‌های چندمتغیره نشان داد با ورود

استقبال پایین از این روش در مطالعه پائول و همکاران (۱۹۹۷) نیز تأیید گردیده است (۲۶). با توجه به اینکه اختلالات قاعدگی و آمنوره، یکی از عوارض شایع روش‌های تزریقی می‌باشد (۲۳) و در مطالعه رمضان‌زاده و همکاران (۱۹۹۷) از بین ۴۰٪ استفاده کنندگان از آمپول تزریقی، ۷۰٪ آنان دچار آمنوره شده بودند (۲۳، ۳۰). آمنوره ایجاد شده، ترس و نگرانی از ناباروری را در بین زنان ایجاد می‌نماید و چون زنان در این دو قومیت بیشتر تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی (دوستان و آشنایان) هستند و از سوی دیگر فراوانی سکونت این دو قوم در مطالعه حاضر در روستا بیش از شهر می‌باشد، بر اساس گزارش پائول و همکاران (۱۹۹۷) زنان در کشورهای در حال توسعه به دلایل مذهبی نسبت به مسائل اختلالات قاعدگی حساسیت بیشتری دارند (۲۳). لذا این مسائل شاید توجیه‌کننده استقبال کمتر این دو قوم از روش فوق باشد. از سوی دیگر یکی از عوامل تعیین‌کننده در انتخاب روش پیشگیری، ترجیح جنسی والدین است و از آنجا که ترجیح جنسی به نفع پسر در دو قوم فوق بیش از اقوام دیگر است، این مسئله به همراه ترس ناشی از نازایی، استفاده از روش فوق را در دو قوم کرد و ترکمن تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۴، ۸). در رابطه با روش‌های منقطع، قوم ترکمن بیشترین و قوم فارس کمترین فراوانی استفاده از روش‌های منقطع داشتند. البته فراوانی استفاده از روش منقطع در مطالعه حاضر کمتر از کل کشور بود؛ به طوری که بر اساس داده‌های معاونت بهداشتی ایران فراوانی استفاده از روش منقطع در کشور به تفکیک تمایل یا عدم تمایل به بارداری بعدی به ترتیب ۲۶٪ و ۲۰٪ می‌باشد (۲۵). ارگوسمن و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود رایج‌ترین روش پیشگیری از بارداری را در ترکیه روش سنتی معرفی نمود و گزارش کرد زنان ترک، روش فوق را تا زمان شکست روش یا تمایل به بارداری مجدد تغییر نمی‌دهند (۳۲).

مهم‌ترین عوامل مرتبط با انتخاب روش سنتی شامل: نقش‌های جنسی کاملاً تعریف شده، تسلط مردان در تصمیم‌گیری باروری، شرم و حیای زنان در رابطه با

متغیرهای دیگر در تجزیه و تحلیل، تأثیر قومیت بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری برداشته شد.

روش‌های پیشگیری از بارداری در اقوام مختلف خراسان شمالی بیش از آنکه تابعی از تعلقات قومیتی آنان باشد، تحت تأثیر مجموعه‌ای از شرایط اقتصادی، اجتماعی (مانند سطح تحصیلات، منبع کسب اطلاعات و شغل آنان) می‌باشد. مشابه همین نتیجه توسط مطالعه حسین‌زاده و حسینی گزارش گردید. آنان نقش سواد را در انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری مهم دانسته و گزارش کردند نابرابری آموزشی سهم مهم و تعیین کننده‌ای در تفاوت‌های قومی باروری از طریق تأثیر بر ایده‌آل‌ها و نگرش‌های زنان دارد (۱۸). اگرچه در مطالعه افخم‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) بین قومیت و روش پیشگیری از بارداری ارتباط معنی‌داری گزارش شد، ولی ایشان ارتباط بین متغیرها را در مدل رگرسیون لجستیک وارد ننموده که بر اساس آن، ارتباط بین این دو متغیر و سایر متغیرهای زمینه‌ای را بتوان اثبات نمود (۲۰). در مطالعه حسین‌زاده و همکاران (۲۰۱۰)، که در ۵ کشور اروپایی انجام شد، نشان فوق تأیید گردید؛ به طوری که پس از کنترل تحصیلات و دیگر مشخصات جمعیت‌شناختی، نقش مستقل قومیت بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری برداشته شد (۱۸). با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه، عوامل زمینه‌ای از جمله سطح تحصیلات نقش به مراتب مهم‌تری در انتخاب نوع روش پیشگیری از بارداری در گروه‌های قومیتی ایفا می‌کند و تعلقات قومیتی همچون یک عنصر ثانوی در انتخاب نوع روش پیشگیری از بارداری عمل می‌کنند.

نتیجه‌گیری

اگرچه نتایج مطالعه تفاوت در رفتار باروری گروه‌های قومیتی را در خراسان شمالی نشان داد، اما واقعیت این

است که هر جامعه و قومیتی بستر فرهنگی خاص خود را دارد. باروری افراد و انتخاب روش پیشگیری از بارداری وابسته به فرهنگ و ارزش‌های افراد آن جامعه است. از سوی دیگر انتخاب روش‌های جلوگیری از بارداری متأثر از ویژگی‌های افراد است و آنان بر اساس اهداف خود و قابلیت‌ها و محدودیت‌های هر روش و همچنین تحت تأثیر شبکه روابط اجتماعی دست به انتخاب می‌زنند. لذا باید تمامی برنامه‌ریزی‌ها به‌ویژه برنامه‌های تنظیم خانواده که در ارتباط مستقیم با باروری قرار دارد، مبتنی بر شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی و شناخت شرایط آن جامعه باشد؛ چراکه حتی در یک کشور و در یک منطقه نمی‌توان از سیاست‌های جمعیتی یکسان استفاده کرد و با توجه به اینکه سیاست‌های جمعیتی ایران از کنترل همه‌جانبه جمعیت به تعادل جمعیتی و افزایش باروری به بالاتر از سطح جایگزینی تغییر یافته است، لذا لازم است ضمن شناسایی عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش پیشگیری از بارداری با ارائه مداخلات متناسب در راستای سیاست‌های جدید گام برداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در رابطه با رفتار باروری در جامعه چندقومیتی خراسان شمالی با کد اخلاقی IR.SBMU.RETECH.1395.2.21 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین پرسنل محترم بیمارستان بنت‌الهدی، اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و تمام عزیزانی که در جمع‌آوری و ارائه نتایج این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Behmabesh F, Taghi-Zadeh Z. Reproductive behavior of women in marriage patterns of modern and additional: a combination of successive explanation (Doctoral dissertation, Thesis Tehran Univ 2015. (Persian).
2. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, ter Mc Donald P. The Path to be low Re place ment Fer til ity in the is lam ic Re pub lic of Iran. *Asia-Pacific Population Journal* 2007; 22(2):91.
3. Vahidnia F. Case study: fertility decline in Iran. *Population and environment* 2007; 28(4-5):259-66.
4. Taghizadeh Z, Vedadhir A, Behmanesh F, Ebadi A, Pourreza A, Abbasi-Shavazi MJ. Reproductive practices by patterns of marriage among Iranian women: study protocol for an explanatory sequential mixed methods design. *Reproductive health* 2015; 12(1):1-8.
5. Entezari A, Asadpour A. Studying and Analyzing the Concept of Childbearing from the Point of View of Muslim Thinkers: From Farabi to Ibn Khaldun. *The Journal of Research in Humanities* 2020; 27(3):19-39.
6. Erfani A, Nojomi M, Hosseini H. Prolonged birth intervals in Hamedan, Iran: Variations and determinants. *Journal of biosocial science* 2018; 50(4):457.
7. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude toward governmental incentives on childbearing and its relationship with fertility preferences in couples attending premarital counseling clinic in health centers in Mashhad. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 24(120):1-3.
8. Bagheri A, Abbaszade F, Mehran N. Contraceptive methods in over 35-year old women and their related factors in Kashan, 2007. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2009; 13(1):48-54.
9. Ergocmen BA, Koc I, Senlet P, Yigit EK, Roman E. A closer look at traditional contraceptive use in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2004; 9(4):221-44.
10. Abbasi Shavazi MJ, Khademzadeh A. Reasons for choosing intermittent method of contraception among women of reproductive age in Rasht. *Journal of Reproduction and Infertility* 2002; 5(4):323-337.
11. Hosseini H, Bagi B. Women's autonomy and fertility ideals among Kurdish women in the city of Mahabad. *Women in Development & Politic* 2013; 10(4):54-78.
12. Choromzadeh R, Akhound M R, Rasekh A. Factors Affecting Women's Birth Intervals: The Case of Women Referred to Health Centers in Ahwaz. *Hayat* 2015; 20(4):35-50
13. Ebrahimzadeh F, Hajizadeh E, Vahabi N, Almasian M, Bakhteyar K. Prediction of unwanted pregnancies using logistic regression, probit regression and discriminant analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2015; 29:264.
14. Razavizadeh N, Peykani N. A review of family social studies of fertility regulation and reduction in Iran. *Rahborde Farhang* 2015; 8(30):35-65.
15. Hosseini H, Erfani A. Ethnic differences in the attitudes and practice of consanguineous marriage among Kurds and Turks in Uromiyeh District, Iran. *Journal of Comparative Family Studies* 2014; 45(3):389-403.
16. Abbasi Shavazi MJ. Convergence of fertility behaviors in Iran: the rate, trend and pattern of fertility in the provinces of Iran in the years 1351 and 1375. *Social Sciences Letter* 2001; 9(18):201-231.(Persian).
17. Degan Kambou S. Exploring Women's Reproductive Histories Using a Narrative Approach: A Survey Instrument. United States; international center for research on women; 2002.
18. Hosseinzadeh H, Nuh JS, Sharifi M. Fertility pattern, marriage age and contraceptive methods usage between different ethnic groups in the city of Ahwaz in 1388. *Journal of Social Sciences* 2010; 4(8):67-96.
19. Moshrefi M, Mehran A, Gheitoli H. The rate of using different contraception methods among women attending to Tehran south health centers; Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2005; 4(1):11-8.
20. Afkhamzadeh A, Farhadi M, Mohammadi N. Factors affecting the use of contraceptive methods among married women, Qorveh city, 2014. *Journal of Preventive Medicine* 2016; 3(3):39-47.
21. Rakhshani F, Mohammadi M, Mokhtari M, Refahi R. Continuation rate of contraceptive methods and causes of their discontinuation in Zahedan. *Journal of Reproduction & Infertility* 2002; 3(2).
22. Hosseini N, Mazloumi SS, Fallahzadeh H, Morovati Sharif Abad MA. Evaluation of continuity and causes related to termination of contraceptive methods in women referring to health centers in Yazd. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd* 2008; 16(1): 75-80.
23. Paul C, Skegg DC, Williams S. Depot medroxyprogesterone acetate: patterns of use and reasons for discontinuation. *Contraception* 1997; 56(4):209-14.
24. Cunningham FG, Williams JW, MCDonald PC, Gant NF. *Williams Obstetrics*. 20nd ed. Appleton & Lange, 1997.
25. Hajian KA, Asnafi N, Jelodari Momghani M. The process of seven-year changes in the selection model of preventive methods Pregnancy in the rural population of Babylon. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2004; 5(12):19-24.
26. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini H. Ethnic fertility differentials in Iran: trends and correlates. *Iranian Journal of Sociology* 2009;8(4):3-6.
27. Hajjian Karim A. Choice of Contraception Methods And Its Relationship With Age, Number Of Children And Education In Married Women 15-49 Years in the Rural Population of Babol. *Journal University of Medical Sciences* 2003; 10(1).

28. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Willson SJ. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Adv Data* 2004; (350):1-36.
29. Johnson- Hanks J. On the modernity of traditional contraception: Time and the social context of fertility. *Population and Development Review* 2002; 28(2):229-49.
30. Ramezanzadeh F, Mohammadi K, Moayed Mohseni S. Evaluation of the effect and acceptance of injectable methods of contraception with DMPA in Iran. *Nabz* 1997; 6(11).
31. Mirmohammadali M, Mirmolaei T, Babaei G, Borghei N. The comparative study of side effect DMPA with OCP (LD) in reproductive women referring to health center in Kalaleh. *Journal of hayat* 2002; 8(2):21-31.
32. Ergocmen BA, Koc I, Senlet P, Yigit EK, Roman E. A closer look at traditional contraceptive use in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2004; 9(4):221-44.
33. Okun BS. Family planning in the Jewish population of Israel: Correlates of withdrawal use. *Studies in Family Planning* 1997: 215-27.
34. Nazar Pour S, Azimi H. The Study Of Married Women Using Contraception And Attitudes Towards Family Planning Under 25 Years Of Mazandaran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2002; 37.