

# تبیین نیازهای برآورده نشده زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال: با

## نگاهی به قانون جوانی جمعیت

مرجان هوایی<sup>۱</sup>، دکتر ملیحه نصیری<sup>۲</sup>، دکتر شهناز ترک زهرانی<sup>۳</sup>، دکتر نوشین اشراقی<sup>۴</sup>،

دکتر زهره کشاورز<sup>۵\*</sup>

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۷

### خلاصه

**مقدمه:** با توجه به تصویب قانون جوانی جمعیت در ایران از سال ۱۴۰۰، رویکرد فرزندآوری در زنان بیشتر از ۳۵ سال از طرف وزارت بهداشت مورد تأیید و تشویق قرار گرفت، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین نیازهای برآورده نشده زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال با نگاهی به قانون جوانی جمعیت در این مادران انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های شهدای تجریش، اکبرآبادی، آرش و رسول اکرم به مدت ۳ ماه انجام شد. داده‌های مربوط به نیازهای برآورده نشده زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال از مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۵ زن باردار بیشتر از ۳۵ سال جمع‌آوری شد. به منظور بررسی صحت و استحکام داده‌ها، از معیارهای گابا و لینکلن استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کیفی قراردادی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-10 انجام شد.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۱۲۶ کد اولیه، ۲۶ زیرطبقه، ۸ طبقه و در نهایت ۳ درون‌مایه شامل: نیازهای برآورده نشده سلامت مادران، پذیرش اجتماعی و تشویش‌های بارداری شد. افراد در این دوران، دغدغه‌های مختلفی داشتند که در این میان شایع‌ترین نیازهای زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال شامل: نیازهای جسمی، جنسی، روانی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه و مشکلات زنان باردار در زمینه نیازهای زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال و تناسب آن با سیاست‌های تشویقی، به نظر می‌رسد سیاست‌گذار باید در راستای برطرف کردن نیازهای سلامت جسمی، تسهیلات مراقبتی و بهبود حمایت‌های اجتماعی در محل کار و مشاوره‌های مختص زنان باردار و آموزش‌های لازم به همسران در سیاست‌های قوانین جوانی جمعیت، بازبینی‌های لازم را انجام دهد.

**کلمات کلیدی:** سن مادر، سلامت مادر، عوارض بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهره کشاورز؛ گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: keshavarzzohre57@gmail.com

## مقدمه

فرزندآوری، از مؤلفه‌های اصلی یک جامعه است؛ به‌طوری‌که کاهش و یا حتی افزایش آن، خط قرمزی برای حکومت‌ها می‌باشد (۱). در دو دهه اخیر نگرانی سیاست‌گذاران نسبت به کاهش رشد جمعیت کشور، موجب شد که طرح و سیاست‌های متعددی جهت تغییر این روند پیشنهاد گردد. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، بیانگر آخرین اراده قانون‌گذار جهت تغییر این روند است (۲). آمارها نشان می‌دهد بیشترین افزایش در باروری ویژه سنی ۳۹-۳۵ ساله زنان شهری صورت گرفته که این تغییر الگوی سنی سهم بسزایی در رسیدن نرخ باروری کشور به سطح جانشینی را داشته است و الگوی سنی باروری در سال‌های اخیر از الگوی زودرس فرزندآوری به سمت الگوی دیررس فرزندآوری در حال تغییر بوده است (۳). افزایش تحصیلات، شاغل بودن، ازدواج در سنین بالاتر، امیدوار بودن به درمان‌های ناباروری، تغییرات فرهنگی - اجتماعی و در دسترس بودن انواع روش‌های جلوگیری از بارداری، از مهم‌ترین عوامل افزایش سن مادری است (۴، ۵). اگرچه مزایایی در تصمیم‌گیری برای بارداری دیرنگام وجود دارد، اما این مسئله هنوز با حوادث نامطلوب مامایی همراه است (۸-۶)، با این حال مطالعات نشان داده‌اند که سن مادر به‌تنهایی نمی‌تواند یک عامل خطر برای بارداری باشد. کنترل در دوران بارداری، مراقبت کافی در هنگام بارداری و زایمان، پیش‌آگهی - های بارداری در سنین بالاتر را مشابه زنان باردار جوان می‌کند و نتایج مثبتی از این حاملگی‌ها انتظار می‌رود (۹-۱۱).

نویسندگان بر این باورند که حاملگی برای زنان دوره‌ای متفاوت است؛ به گونه‌ای که لازم است نیازهای زنان در بارداری را شنید و سلامت خود و فرزندانشان را در نظر گرفت (۱۲). درک بهتر نیازهای زنان در زمینه سلامت در دوران بارداری به همراه موانع دستیابی به این نیازها، مداخلاتی را که برای ارتقای سبک زندگی در دوران پری‌ناتال طراحی شده‌اند، بهتر می‌کند. مطالعه الدریقی و همکاران (۲۰۱۶) در برزیل که بر روی زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال انجام شد، نشان داد که این

زنان احساس می‌کنند مراقبت‌های بهداشتی کمی به آن‌ها ارائه می‌شود و اطلاعات اندکی در مورد خطرات بارداری در سن بالا دارند (۱۲). همچنین در مطالعه افخم‌زاده و همکاران (۲۰۲۲) در ایران که بر روی نیازهای برآورده نشده به مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار انجام شد، یکی از نیازهای برآورده نشده خدمات درمانی، مربوط به خدمات مامایی (۱۵/۶٪) بود که یکی از مهم‌ترین دلایل آن، هزینه خدمات گزارش شد (۱۳). مطالعاتی که با سن بالای مادر سروکار دارند، عمدتاً بر رابطه بین خطرات و نتایج نامطلوب مرتبط با سن متمرکز شده‌اند (۶، ۹، ۱۶-۱۴).

فرآیند شناسایی نیازهای بهداشتی برآورده نشده در یک جمعیت برای سیاست‌گذاران که به‌دنبال برنامه‌ریزی مناسب و مؤثر برای رفع این نیازها هستند، بسیار مهم است (۱۷). در این زمینه، ارزیابی نیازهای ابزاری برای توسعه درک جامع از سلامت و نیازهای بهداشتی و همچنین طراحی مداخلات برای بهبود سلامت است (۱۸). در دوران بارداری، برآورده کردن نیازهای مرتبط با سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا آموزش مناسب دوران بارداری، پیامدهای مادری و جنینی را بهبود می‌بخشد (۱۹). ارزیابی نیازهای زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال می‌تواند رهبران و سیاست‌گذاران را از مسائل مبرمی که نیاز به تغییرات در سطح سیستم دارند، آگاه کند و از تلاش‌های آنها برای بسیج منابع برای شروع برنامه‌های نوآورانه حمایت کند (۲۰). همچنین با توجه به گذشت ۳ سال از تصویب قانون جوانی جمعیت، بررسی این قانون نشان داد الگوی فرزند سوم به میزان ۹٪، الگوی فرزند چهارم به میزان ۲۸٪ و الگوی فرزند پنجم به بالا به میزان ۵۱٪ افزایش یافته است. همچنین میزان باروری مادران بیشتر از ۳۵ سال به میزان ۱۵٪ افزایش یافته است (۲۱). اکنون در گام‌های نخست اجرای این قانون و با توجه به افزایش نرخ باروری در زنان بیشتر از ۳۵ سال، زمان مناسبی برای پرداختن به نیازسنجی در مادران باردار بیشتر از ۳۵ سال است، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین نیازهای زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال با نیم‌نگاهی به قانون جوانی جمعیت در این مادران انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های شهدای تجریش، اکبرآبادی، آرش و رسول اکرم به مدت ۳ ماه انجام شد.

### انتخاب مشارکت‌کنندگان

در این پژوهش، نمونه‌گیری به روش هدفمند و با حداکثر تنوع (از نظر سن، سطح تحصیلات و شغل) انجام شد. محقق نمونه‌گیری را تا زمان اشباع داده‌ها ادامه داد. داده‌ها بعد از مصاحبه با ۲۵ نفر به اشباع رسید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان در سه ماهه سوم بارداری، سن بیشتر از ۳۵ سال و عدم سابقه بیماری بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل افراد به ادامه مصاحبه بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از کسب کد اخلاق و مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (IR.SBMU.PHARMACY.REC.1401.106) به بیمارستان‌های دولتی شهر تهران (شهدای تجریش، اکبرآبادی، آرش، رسول اکرم) مراجعه شد. برای انتخاب نمونه‌ها، از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. در همین راستا ابتدا لیستی از اسامی زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه یک ماه اخیر از بیمارستان‌ها استخراج شد، سپس مصاحبه با زنان باردار صورت گرفت.

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به مدت ۳ ماه (۲۰ فروردین تا ۲۰ تیر ۱۴۰۳) به طول انجامید. قبل از شروع مصاحبه، طی یک معرفی مقدماتی توسط محقق، توضیحات شفاهی در مورد اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان داده شد. سپس از مشارکت‌کنندگان برای انجام مصاحبه، ضبط گفته‌ها و مکتوب نمودن آن، رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید و توضیحات کافی در مورد اختیاری بودن مشارکت، عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی، محرمانه ماندن اطلاعات و امکان کناره‌گیری از مطالعه در هر مرحله از مصاحبه بدون تغییر در روند مراقبت بارداری آنها داده شد. تمام مراحل انجام شده مطابق با استانداردهای اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بر اساس اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ و اصلاحات بعدی آن یا استانداردهای اخلاقی مشابه بود. مکان و زمان مصاحبه با توجه به نظر مصاحبه‌شوندگان انتخاب

گردید. مصاحبه‌های فردی به صورت عمیق و نیمه‌ساختار یافته و بر اساس راهنمای سؤالات انجام می‌شد و توسط ضبط صوت دیجیتال ضبط می‌گردید. هر مصاحبه حدود ۳۰-۴۵ دقیقه طول می‌کشید. پس از کسب اطلاعات فردی، مصاحبه‌ها با سؤالات عمومی آغاز و سپس با سؤالات اختصاصی‌تر جهت دستیابی به اهداف پژوهش ادامه می‌یافت. مصاحبه زنان باردار با یک سؤال مرتبط با هدف پژوهش مانند "آیا سیاست‌های تشویقی قانون جوانی جمعیت در تصمیم‌گیری شما برای بارداری مؤثر بود؟" شروع می‌شد و سپس به سمت سؤالات اختصاصی‌تر نظیر: منظورتان چیست؟ چطور؟ چرا؟ ممکن هست در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ یا مثالی بزنید تا منظورتان را بیشتر بفهمم؟ و... هدایت می‌شد. جهت گردآوری داده‌ها علاوه بر مصاحبه، از یادآورنویسی<sup>۱</sup> و یادداشت در عرصه<sup>۲</sup> استفاده شد و خصوصیات و حالات غیرکلامی مشارکت‌کنندگان (ژست، حرکات سر و بدن، حالات چهره و ...) نیز در کنار مصاحبه‌ها یادداشت می‌شد. مصاحبه‌های ضبط شده در همان روز، تایپ و در نرم‌افزار MAXQDA-10 وارد می‌شد. برخی از سؤالات مصاحبه در زیر آورده شده است:

- ۱- آیا سیاست‌های تشویقی قانون جوانی جمعیت در تصمیم‌گیری شما برای بارداری مؤثر بود؟
- ۲- از نظر شما نقاط قوت و نقاط ضعف قوانین فرزندآوری چیست؟
- ۳- اولین بارداری شما در چه سنی بود؟ بارداری حاضر چه تفاوتی با بارداری قبلی دارد؟
- ۴- آیا آمادگی (جسمی، روانی، اجتماعی) برای باردار شدن داشته‌اید؟
- ۵- آیا احساسات در این بارداری نسبت به بارداری قبلی متفاوت است؟
- ۶- آیا تا به حال از طرف جامعه، محل کار، خانواده و محیط اطراف مورد قضاوت قرار گرفته‌اید؟
- ۷- حمایت‌های خانواده (همسر، خواهر، مادر و پدر) و محیط اطراف (پزشک، ماما) در این بارداری نسبت به

<sup>1</sup> memoing

<sup>2</sup> Field note

داده‌ها با استفاده از حداکثر تنوع در نمونه‌ها از نظر سن، تحصیلات، شغل و با ارائه تعدادی از متون کدگذاری شده به مشارکت کنندگان برای بررسی چگونگی و درستی برداشت‌های پژوهشگران تا همسانی داده‌ها تأمین شد. برای رعایت تأییدپذیری، مراحل انجام پژوهش و چگونگی داده‌های به‌دست آمده به دقت ثبت شدند. همچنین کدهای استخراج شده از هر مصاحبه را فرد مشارکت کننده تأیید کرد. همچنین برای محور انتقال‌پذیری یافته‌های پژوهش، با سه متخصص بهداشت باروری که در پژوهش مشارکت نداشتند، مشورت شد و در این مرحله مشخص شد که بیش از ۸۰٪ کدهای استخراجی محققین و ناظرین مشابهت دارند.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۲۵ زن باردار بیشتر از ۳۵ سال بودند. مشخصات جمعیت‌شناختی و فردی زنان باردار در جدول ۱ نشان داده شده است.

بارداری قبلی چگونه است؟ آیا تفاوتی را احساس کرده‌اید؟

۸- آیا بارداری فعلی شما بر رابطه بین شما و همسران تأثیرگذار بوده است؟

۹- دغدغه‌ها و نگرانی‌های شما در بارداری فعلی چیست؟

۱۰- چه نیازهایی (تغذیه‌ای، بهداشتی، اجتماعی، فرهنگی، اطلاعاتی و...) در این بارداری دارید که در بارداری قبلی نداشته‌اید؟

در این مرحله از پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی استفاده شد. جهت برداشت کلی از محتوای مصاحبه، متن به‌صورت کلی و چندین مرتبه خوانده می‌شد و در خصوص واحدهای کدگذاری به‌عنوان مهم‌ترین بخش تحلیل محتوا تصمیم‌گیری می‌شد. در این مطالعه به‌منظور بررسی صحت و استحکام داده‌ها بر اساس معیارهای گابا و لینکلن<sup>۱</sup>، از معیارهای مقبولیت، همسانی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۲۲). مقبولیت

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

| شماره شرکت کننده (p25) | سن (سال) | تحصیلات    | شغل        | تعداد فرزندان | نوع بارداری (خواسته/ ناخواسته) | بیماری زمینه‌ای | سن بارداری (هفته) |
|------------------------|----------|------------|------------|---------------|--------------------------------|-----------------|-------------------|
| P1                     | ۳۷       | فوق دیپلم  | معلم       | ۳             | ناخواسته                       | ندارد           | ۳۰                |
| P2                     | ۳۸       | سیکل       | خانه‌دار   | ۲             | ناخواسته                       | ندارد           | ۳۳                |
| P3                     | ۳۷       | سیکل       | خانه‌دار   | ۲             | ناخواسته                       | ندارد           | ۲۹                |
| P4                     | ۴۰       | لیسانس     | کارمند     | ۲             | ناخواسته                       | ندارد           | ۳۲                |
| P5                     | ۴۰       | دیپلم      | کارمند     | ۱             | ناخواسته                       | ندارد           | ۳۴                |
| P6                     | ۴۲       | دیپلم      | خانه‌دار   | ۱             | ناخواسته                       | ندارد           | ۳۳                |
| P7                     | ۴۵       | لیسانس     | کارمند     | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۳۰                |
| P8                     | ۳۷       | دیپلم      | خانه‌دار   | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۲۸                |
| P9                     | ۳۸       | دیپلم      | بهبار      | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۳۱                |
| P10                    | ۳۹       | فوق لیسانس | طراح جواهر | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۲۸                |
| P11                    | ۴۰       | دیپلم      | خانه‌دار   | ۱             | خواسته                         | ندارد           | ۳۲                |
| P12                    | ۴۳       | ابتدایی    | خانه‌دار   | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۲۹                |
| P13                    | ۴۰       | لیسانس     | کارمند     | ۱             | ناخواسته                       | ندارد           | ۳۴                |
| P14                    | ۳۹       | کاردانی    | کارمند     | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۳۵                |
| P15                    | ۴۰       | لیسانس     | خانه‌دار   | ۰             | خواسته                         | ندارد           | ۳۰                |
| P16                    | ۳۹       | فوق لیسانس | معلم       | ۱             | خواسته                         | ندارد           | ۳۶                |
| P17                    | ۴۵       | لیسانس     | کارمند     | ۱             | خواسته                         | ندارد           | ۳۰                |
| P18                    | ۳۸       | لیسانس     | پرستار     | ۱             | خواسته                         | ندارد           | ۲۸                |
| P19                    | ۳۹       | کاردانی    | طراح لباس  | ۲             | ناخواسته                       | ندارد           | ۲۹                |

|     |    |         |          |   |          |       |    |
|-----|----|---------|----------|---|----------|-------|----|
| P20 | ۴۲ | دیپلم   | خانه‌دار | ۲ | ناخواسته | ندارد | ۳۲ |
| P21 | ۳۷ | لیسانس  | مهندس    | ۱ | خواسته   | ندارد | ۳۲ |
| P22 | ۳۸ | لیسانس  | پرستار   | ۱ | خواسته   | ندارد | ۳۰ |
| P23 | ۴۳ | لیسانس  | حسابدار  | ۰ | خواسته   | ندارد | ۳۵ |
| P24 | ۴۱ | کاردانی | خانه‌دار | ۱ | ناخواسته | ندارد | ۳۳ |
| P25 | ۳۹ | سیکل    | خانه‌دار | ۲ | خواسته   | ندارد | ۳۶ |

مصاحبه با یکدیگر و با سایر کدهای مصاحبه‌های قبلی مقایسه می‌شدند تا تشابهات و تفاوت‌های آن‌ها مشخص گردد، سپس کدها بر اساس تشابهاتی که با یکدیگر داشتند، در طبقات خاصی قرار گرفتند. نتایج تحلیل محتوی در پیوست ۱ قابل مشاهده است.

از ۲۵ مصاحبه انجام شده، ۳۴۰ کد اولیه استخراج گردید که پس از حذف کدهای تکراری، ۱۲۶ کد نهایی استخراج شد. دسته‌بندی اولیه کدها از همان مصاحبه‌های اول شروع شد و در طی مصاحبه‌های بعدی و وارد شدن کدهای بیشتر و جدید، طبقات و درونمایه‌ها شکل گرفتند؛ به‌طوری‌که در مصاحبه‌های بعدی، کدهای هر

#### جدول ۲- نتایج کلی تحلیل محتوی

|     |                   |
|-----|-------------------|
| ۳۴۰ | کدهای اولیه       |
| ۱۲۶ | کدهای ادغام یافته |
| ۲۶  | زیرطبقه           |
| ۸   | طبقه              |
| ۳   | درون‌مایه         |

درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات استخراج شده به تفکیک در جدول ۳ نمایش داده شده است.

#### جدول ۳- زیرطبقات، طبقات اصلی و درون‌مایه‌های استخراج شده

| درون‌مایه                           | طبقه                           | زیر طبقه                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | ناتوانی‌های جسمانی درک شده     | احساس کاهش توانایی جسمی ناشی از افزایش سن مادر، تأثیر بیماری‌های زمینه‌ای بر بارداری                                                                                               |
| نیازهای برآورده نشده سلامت مادران   | تأثیر بارداری بر روان          | کاهش حضور در اجتماع از زمان بارداری، احساس کم شدن صبر و حوصله با افزایش سن مادر، احساس افسردگی مادر                                                                                |
| نیازهای سلامت جنسی در دوران بارداری |                                | ترس از روابط زناشویی به دلیل بارداری، محدودیت پوزیشن جنسی، نگرانی از برطرف نشدن نیازهای جنسی همسر                                                                                  |
|                                     | مواجهه با فشار فرهنگی- اجتماعی | بدانگاری فرزندآوری بیشتر در جامعه، انگ (استیگما) بارداری در سنین بالا، بی‌توجهی به کیفیت فرزند در سیاست‌گذاری‌ها، قضاوت شدن به دلیل بارداری‌های متعدد                              |
| پذیرش اجتماعی                       | سیاست‌های تشویقی               | ضعف در سیاست‌های مربوط به مراکز مراقبت از کودکان، ضعف در قوانین مربوط به والد شدن پدران، مشوق‌های صرفاً اقتصادی، نبود ضمانت اجرایی قانون جوانی جمعیت، عدم اطمینان به تسهیلات دولتی |
| تشویش‌های بارداری                   | حمایت اجتماعی درک نشده         | کاهش حمایت‌ها از جانب همسر و خانواده نسبت به بارداری‌های قبلی، عدم حمایت از زنان شاغل باردار در محیط کار                                                                           |
|                                     | ترس‌ها و نگرانی‌ها             | اختلاف سنی زیاد والدین با فرزند، نگرانی از تأثیر سن بالا مادر بر بارداری و جنین، نگرانی از آینده اجتماعی و اقتصادی فرزند                                                           |

## درون‌مایه اول: نیازهای برآورده نشده سلامت مادران

### ناتوانی‌های جسمانی درک شده

یکی از مصادیقی که در بهبود مراقبت نقش قابل توجهی دارد، ناتوانی‌های جسمانی درک شده زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال می‌باشد که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند. تعدادی از شرکت‌کنندگان صحبت‌هایی در این خصوص داشتند:

"این بارداری برام سخت‌تر شده خیلی فرق داره انرژی کمه، خسته می‌شم زود، بی‌جون می‌شم و بی‌حال می‌شم می‌تونم کارهای شخصی‌مو انجام بدم، ولی زود خسته می‌شم" P6

"مثلاً دوست داشتم مسافرت و مهمانی و عروسی می‌رفتم، ولی چون به توصیه دکترم باید استراحت می‌کردم و بارداریم سخت بود. نتونستم و کنسل شدند یا محدود شدند، با این حال اگر سالم به دنیا بیاد من راضیم" P11

### تأثیر بارداری بر روان

بر اساس مصاحبه‌های انجام شده، زنان در خصوص مسائل روانی پیش‌آمده در دوران بارداری چنین اذعان داشتند:

"اوایل واقعاً حالم خوب نبود و چون بارداریم ناخواسته بود، تا ۴-۳ ماهگی حوصله جمع نداشتم و دوست داشتم همش تو خودم باشم، با کسی صحبت نکنم، کوچک‌ترین چیزی باعث می‌شد عصبانی بشم و گریه بیفتم و افسرده بودم" P13

"من تا بچم بره کلاس اول شده ۴۹ سالم، ولی برای این یکی جوان بودم که حوصله داشتم، الان می‌گم چطور با این درس کار کنم و مدرسه بفرستمش، مادر جوان ۲۵ ساله با بچه‌اش بهتر بازی می‌کنه و پارک میرن و دنبالش میدوه، ولی آدم سنش که بالاتر میره، دیگه حوصله و کشش نداره و خسته میشه زود" P6

## نیازهای سلامت جنسی در دوران بارداری

عده زیادی از شرکت‌کنندگان لزوم توجه به نیازهای سلامت جنسی در دوران بارداری را اظهار داشتند و بیان کردند:

"برای نزدیکی ناراحتم، چون شوهرم ناراحت میشه و براش مهمه، من هم بخاطر همین دوست ندارم براش مشکلی پیش بیاد، اگر رابطه نداشته باشیم، یهو ممکنه از هم سرد بشیم، می‌ترسم بره دنبال زن‌های دیگه و منو ول منه" P2

"از وقتی متوجه شدم باردارم رابطه‌مون را قطع کردیم، چون می‌ترسیدیم به بچه آسیب بزنیم" P6

### درون‌مایه دوم: پذیرش اجتماعی

#### مواجهه با فشار فرهنگی - اجتماعی

برخی شرکت‌کنندگان به نقش فرهنگ در فرزندآوری اشاره کردند که به‌نظر می‌رسد بسترهای فرهنگی جوامع، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر فرزندآوری افراد دارد. شرکت‌کنندگان اظهار داشتند:

"خیلی شدید قضاوت شدم، بعضی از همکارام قضاوت کردند یا مثلاً تو جامعه که هستی وقتی با بچه‌هام بیرون می‌رفتم ی جور ی نگاه می‌کردن که انگار این عقل نداره بچه چهارم آورده، همه گفتن خودت مریضی دیگه سه تا بچه هم داشتی، چرا الان باردار شدی با این وضعیت و... خب الان من مستأجرم و به‌خاطر مسکن و اینا" P1

"میگن فرزندآوری را بیشتر کنید، ولی وقتی تعداد بچه تو خانواده بیشتر میشه، قطعاً کیفیت پرورش آن‌ها پایین میاد و پدر و مادر زمان کمتری برای وقت گذراندن با بچه‌ها دارند و اصلاً به این قسمت هیچ توجهی نمیشه و فقط روی تعداد بچه‌ها تمرکز کردند" P21

### سیاست‌های تشویقی

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، مشوق‌های مالی ارائه شده را با توجه به شرایط تورمی کشور و بی‌ثباتی

اقتصادی، ناکافی می‌دانستند و معتقد بودند که این مشوق‌ها به‌صرفه نیستند.

"محل کارم دو سه ساله گفتن که میخوان مهدکودک درست کنند، اما هنوز مهد نداره، همش نگرانم مرخصی زایمانم تموم بشه بچه را به کی بسپارم، آخه خانواده‌هامون شهرستان و ما اینجا کسی را نداریم" P7 "سیاست‌های تشویقی دولت به هیچ وجه جواب نمیده، اون چیزهایی که دولت داره برای بچه سوم و چهارم وعده میده، منابع مالی زیادی میخواد که با توجه به شرایط کشور اصلاً قابل اطمینان نیست، ممکنه فردا بیای بگن بودجه نداریم و این قانون واسه پارسال و بوده و یا قانون جدید اومده و دیگه بهتون وام و زمین و این چیزا تعلق نمی‌گیره، اصلاً همین زمین یا خونه که گفتن میدن معلوم نیست کجا باشه، چقدر با محل کارم فاصله داشته باشه" P10

"واقعاً نیاز دارم یک پرستار باشه که بیاد کمک و کارهای خونه رو انجام بده. وقتی که بارداری و بچه هم داری، کارهای خونه خیلی تلنبار میشه و دیگه زمانی برای انجام کارها نمی‌مونه، همسر هم خیلی سر مرخصی گرفتن چالش داره، استرس اینو دارم بعد زایمان چطوری از بچه نگهداری کنم، چون همسرم باید بره سرکار و مرخصیش به اندازه‌ای نیست که بتونه کمکم کنه، کلاً در حد سه چهار روزه" P22

#### درون‌مایه سوم: تشویش‌های بارداری

##### حمایت اجتماعی درک نشده

یافته‌های به‌دست آمده حاکی از آن بود که حمایت‌های اجتماعی در دوران بارداری، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و چنین بیان کردند:

"من وقتی رفتم دکتر و ازم پرسید بارداری چندمته و گفتم چهارم، با یک لحن بدی گفت چه خبرته، به فکر سلامتی خودت نیستی و میخوای چیکار این همه بچه و همون اول تو دلمو خالی کرد" P1

"خانواده‌ام مثل بارداری قبلی کمک نمی‌کنند، میگن دیگه مثل بارداری قبلیت نیست که تجربه نداشته باشی و نتونی از پس کارهات بریای، در صورتی که من بیشتر از بارداری قبلی استرس دارم و نگران سلامتی

بچه هستم و اینو کسی درک نمی‌کنه، من الان نمی‌تونم با توجه به شرایطم برم سرکار واقعاً راه رفتن برام سخت شده و باید تا آخر بارداری برم سرکار" P13

##### ترس‌ها و نگرانی‌ها

ترس‌ها و نگرانی‌ها از مفاهیم دیگری است که شرکت‌کنندگان در این خصوص نظرات خود را این‌گونه بیان کردند:

"خب سنم بالا میره و اختلاف سنیمون با بچه زیاد میشه، و درکشون سخت‌تر میشه و ارتباط برقرار کردن مشکل می‌شه باهاشون" P15

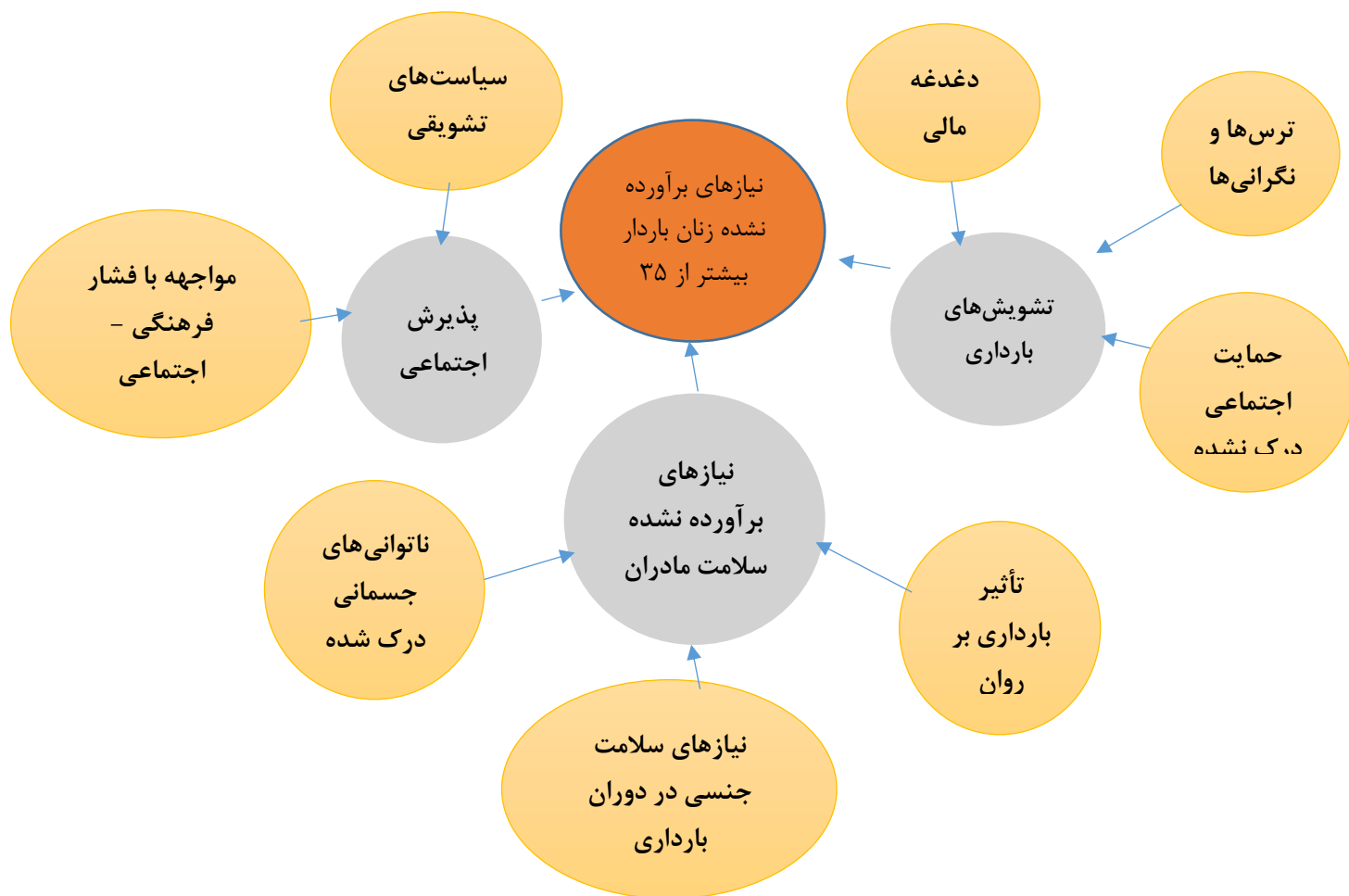
"چون سقط داشتم تا زمانی که صدای قلب بچه را بشنوم داشتم سخته می‌کردم، الان هم استرس دارم، اینکه نکنه مرده به دنیا بیاد، نگران آیندش هم هستم، اینکه تو این شرایط اجتماعی و اقتصادی قراره چه شغلی داشته باشه وضعیت اقتصادیش چطوری باشه و چطور زندگی کنه" P7

##### دغدغه مالی

بعد مالی جزو دغدغه‌های اصلی افراد در بحث فرزندآوری است، شرکت‌کنندگان در این زمینه نظراتی داشتند:

"این کمک هزینه‌ها بی‌فایده است، کسی به این‌ها اهمیت نمی‌ده، این مشوق‌ها و سیاست‌ها با واقعیت جامعه ما نمی‌خونه، چون اون مبلغ کمی که میخوان به‌عنوان کمک بدن، اصلاً انقدر کمه که در مقابل تورم حس نمی‌شه" P17

"درسته ما بچه دوست داشتیم و تشویق‌های دولت هم دیدیم و اقدام کردیم، ولی خب دغدغه‌های مالی را همچنان داریم، اگر شخص بداند که می‌تونه بعد از چند سال به خونه بخره، بدونه می‌تونه ماشین بخره، با اطمینان بیشتری بچه میاره، اما الان فکر کن با حقوق پایه ده میلیون اصلاً نمیشه به این فکر کرد که ی روزی بتونی خونه‌دار بشی. نگاه باید دیدگاه رفاهی باشه، اون حل بشه فرزندآوری خودبه‌خود درست میشه، اینکه به ثبات اقتصادی باشه که تو بتونی برنامه‌ریزی کنی، بچه میاری" P18



شکل ۱- مدل مفهومی درون‌مایه‌ها و طبقات اصلی نیازهای برآورده نشده زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد زنان باردار در برخی از ابعاد سلامت خود، نیازهایی از جمله پذیرش اجتماعی، تشویش‌های بارداری و نیازهای برآورده نشده سلامت مادران دارند که پرداختن به آنها ضروری می‌باشد. نیازهای برآورده نشده سلامت مادران، درون‌مایه اول حاصل از نتایج مطالعه حاضر بود. ناتوانی‌های جسمانی درک شده، تأثیر بارداری بر روان، نیازهای سلامت جنسی در دوران بارداری و حمایت اجتماعی درک نشده، از جمله طبقات این درون‌مایه بود. برخی از زنان اظهار داشتند که در دوران بارداری، افزایش سن و وجود بیماری‌های زمینه‌ای باعث کاهش عملکرد فیزیکی در آنها شده است. مطالعه پیترز و همکاران

(۲۰۱۳) که به بررسی ارتباط بین سلامت و عوامل زمینه‌ای پرداختند، نشان داد که با افزایش سن، کاهش عملکرد وجود دارد که به عملکرد پایه بستگی دارد (۲۳). مطالعه لاموس و همکاران (۲۰۲۱) در برزیل که بر روی زنان باردار با میانگین سنی ۲۸/۳ انجام شد، مشخص کرد که وجود تشخیص بالینی، یک عامل مستقل مرتبط با اختلال در عملکرد است (۲۴). همچنین مطالعه کرس ول و همکاران (۲۰۲۰) که در سه کشور کنیا، جامائیکا و مالاوی انجام شد، نشان داد شرکت‌کنندگانی که بیشتر از ۳۵ سال سن دارند و دارای یک مشکل در سلامت جسمی هستند، نسبت به افرادی که هیچ مشکلی ندارند، احتمال بیشتری دارد که سطح عملکرد پایین‌تری داشته باشند (۲۵) نتایج مطالعه کاردین (۲۰۲۰) نشان داد هیچ مدرکی وجود



ندارد که نشان دهد افزایش ناگهانی و شدید خطر ناتوانی، در سن ۳۵ سالگی وجود دارد، در واقع روند ناتوانی بسیار پیچیده‌تر است و برای افراد مختلف متفاوت است (۲۶). یکی دیگر از ابعاد سلامت، سلامت روان می‌باشد. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان تأثیر بارداری بر روان را بیان کردند. آنها در این دوران به تأثیر کاهش حضور در اجتماع از زمان بارداری، احساس کم شدن صبر و حوصله با افزایش سن و آشفتگی احساسی مادر باردار شاغل بر روان پرداختند. مطالعه آشیم و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بدون سابقه افسردگی، زنان در سنین بالا در معرض خطر بالاتری از مشکلات روان قرار نداشتند و فقط زنان ۳۲ سال و بالاتر در مقایسه با زنان ۳۱-۲۵ ساله، اندکی در معرض خطر ابتلاء به ناراحتی روانی در دوران بارداری بودند (۲۷). مطالعات دیگر نیز میزان بالاتری از استرس و مشکلات روانی را در زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال گزارش کردند (۲۸-۳۰).

استرس شغلی مادر، از دیگر موارد تأثیرگذار بر مسائل روانی در دوران بارداری می‌باشد که مورد توجه برخی از مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت. زنان به دلیل بارداری و زایمان، در معرض استرس‌های شغلی مختلفی قرار می‌گیرند. طبق مطالعه الدریغی و همکاران (۲۰۱۶)، یکی از مسائلی که در دوران بارداری باعث استرس زنان باردار شده است، این است که نگرانند بارداری مانع پیشرفت شغلی شود و یا باعث شود شغل آنها آسیب ببیند (۱۲). با توجه به اینکه اغلب امتیازات و تسهیلات مربوط به حوزه اشتغال در قانون جوانی جمعیت (ماده ۱۵، ۱۷ و ...)، مختص شاغلان دستگاه‌های عمومی و دولتی است، این‌گونه مزایا شامل شهروندان شاغل در بخش خصوصی نشده و بالتبع، نقشی در تشویق آنها به فرزندآوری نخواهد داشت، اما از طرف دیگر، می‌توان پیش‌بینی کرد که در بخش خصوصی، پدیده کاهش قطعی شانس استخدام شهروندان متأهل، پرفرزند و یا زنان باردار به وجود خواهد آمد (۳۱). برای غلبه بر کاهش نرخ زاد و ولد و در عین حال حفظ نیروی کار، زنانی که مایل به بچه‌دار شدن هستند، باید بتوانند بدون هیچ مانع و نگرانی باردار شوند و زایمان کنند.

برای چنین زنانی، ایجاد تعادل بین کار و رویدادهای زندگی بارداری و زایمان چالش‌برانگیز است. بر اساس مصاحبه‌های انجام شده، زنان اذعان داشتند که با افزایش سن، احساس می‌کنند صبر و حوصله کمتری برای نگهداری از فرزند خود دارند. برخلاف آنچه شرکت‌کنندگان در این پژوهش اظهار داشتند، چندین مطالعه که در سال‌های ۲۰۱۱ و ۲۰۰۵ انجام شد، تأیید کردند که به تعویق انداختن مادر شدن ممکن است یک مزیت روانی برای مادران و فرزندانشان باشد. مادران مسن‌تر احساس می‌کنند توانایی بیشتری در مراقبت از فرزندان خود دارند و شایستگی بیشتری دارند (۳۲، ۳۳). آنها همچنین در نقش خود احساس رضایت می‌کنند و بارداری را تجربه‌ای می‌دانند که ادراکات و احساس رضایت و موفقیت را دربر می‌گیرد (۳۲، ۳۳). این زنان خود را آماده‌تر، صبورتر، بردبارتر، انعطاف‌پذیرتر، متعادل‌تر و از نظر عاطفی آماده‌تر و همچنین نسبت به نوزاد خود امن‌تر و شایسته‌تر می‌دانند (۲۸، ۳۴-۳۲). به‌طور کلی در مطالعات انجام شده در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۲، به‌نظر می‌رسد که مادران مسن‌تر نسبت به فرزندان خود پاسخ‌گوتر، حمایت‌گرتر، نزدیک‌تر و سخت‌گیرتر هستند (۳۵، ۳۶). یکی دیگر از ابعاد سلامت که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، نیاز سلامت جنسی در دوران بارداری می‌باشد. پژوهش بورمان و همکار (۱۹۹۲) نشان داد روابط زناشویی بر انواع نتایج بالینی مانند بهداشت روانی و جسمانی و در مجموع در کیفیت زندگی تأثیرگذار است (۳۷). ترس از برقراری روابط جنسی در دوران بارداری و محدودیت پوزیشن جنسی، از جمله مواردی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. مطالعه مانگلی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بیش از ۵۰٪ زوجین، اطلاعات لازم در مورد روابط جنسی در دوران بارداری ندارند و به همین دلیل، دچار مشکلات متعددی در روابطشان می‌گردند (۳۸). باورهای غلط و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی، نامناسب بودن فرآیند ارتباط، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین و اضطراب در مورد عملکرد جنسی در بروز و تداوم اختلالات جنسی نقش دارند (۳۹). مطالعه ترشیزی و

همکاران (۲۰۲۴) نشان داد آموزش سلامت جنسی به زنان باردار با افزایش آگاهی و بهبود عملکرد آنان همراه است (۴۰). بنابراین با آموزش کافی و به موقع در این افراد می توان از بروز بسیاری از این قبیل مشکلات پیشگیری کرد.

پذیرش اجتماعی، درون مایه دوم حاصل از این مطالعه بود. مواجهه با فشارهای فرهنگی- اجتماعی و سیاست های تشویقی، از جمله طبقات این درون مایه بود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد برخی افراد با معضلاتی همچون فرزندآوری بیشتر، فرزندآوری در سنین بالا و محدودیت های اجتماعی و معضلات شغلی مواجه هستند. در این راستا نتایج مطالعه عبداللهی و همکار (۲۰۱۷) نشان داد فرزندآوری کم در جامعه تا حد زیادی گسترش یافته و والدین کیفیت فرزندان را بر کمیت آنها ترجیح می دهند (۴۶). افراد معتقدند که جامعه، واکنش مساعدی نسبت به تعداد فرزند بالا ندارد؛ به نحوی که داشتن تعداد پایین بچه به عنوان یک ارزش در بطن جامعه نهادینه شده است (۴۶). از منظر شرکت کنندگان، کم فرزنددی در ذهن مردم، تداعی کننده وضعیت اقتصادی نامناسب خانواده، ناتوانی در رسیدگی به فرزندان و خانواده بود. در شرایط اقتصادی و اجتماعی حاکم بر جامعه ایران، مردم درصدد اقدام به فرزندآوری بر اساس شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه و به ویژه جایگاه اقتصادی و اجتماعی خودشان هستند (۴۶). بُعد فرهنگی قانون به مواردی همچون تبلیغات صداوسیما با همکاری سازمان تبلیغات اسلامی برای ساخت برنامه هایی با محتوای ترویج ارزشمندی فرزندآوری و اختصاص یک سوم ظرفیت تبلیغات راهها و جاده ها به تبلیغ فرزندآوری اشاره داشته است. بر اساس نظرات اکثر مصاحبه شوندگان، آنچه از محتوای این تبلیغات دریافت کرده بودند بر ترجیحات، نگرش و یا احساس آنان نسبت به فرزندآوری تأثیری نداشته است. سیاست های فرهنگی قانون جوانی جمعیت نیز باید به تولید محصولات فرهنگی قوی و غیرمستقیم بپردازد. در واقع انتخاب ابزارهای سیاستی تحت تأثیر عوامل متعددی همچون محیط سیاست، اهداف سیاست، موضوع سیاست، ساختار حکمرانی و

ویژگی های ابزار قرار می گیرد (۴۷). از دیگر دغدغه های مهم زنان که برای آنان پررنگ بود، می توان به فقدان و کمبود مراکز مراقبت از کودکان با کیفیت بالا و هزینه کم اشاره کرد. در همین راستا باید اشاره داشت که خدمات مهد کودک و اختصاص دادن پرستار، جزء سیاست های مهم جمعیتی در جهان هستند. فرانسه دارای یکی از بهترین تسهیلات و خدمات عمومی مهد های کودک برای نگهداری از بچه های ۲ ساله و ۳ ساله در سطح اروپا می باشد. همچنین در آلمان تسهیلاتی را برای مهد کودک اختصاص می دهند. در سوئد نیز کمک هزینه مهد کودک و در بریتانیا استفاده رایگان از مراکز آموزشی پیش دبستانی وجود دارد (۴۸). هرچند در ماده ۲۲ قانون جوانی جمعیت و ماده ۲۹ قانون برنامه ۵ ساله ششم توسعه، دستگاه ها ملزم به احداث مراکز نگهداری کودک شده اند، اما اشکالاتی در صورت بندی و ورودی این سیاست مشاهده می شود. اولین مسئله، نادیده گرفتن زنان خانه دار است. به فرض اجرایی شدن احداث مراکز نگهداری کودک در دستگاه های دولتی، این امکانات تنها برای زنان شاغل وجود خواهد داشت و کماکان زنان خانه دار نمی توانند از این امکانات استفاده کنند. بنابراین، ارائه خدمات نگهداری کودک هم برای مادران شاغل و هم خانه دار مهم است. دو مؤلفه کیفیت و هزینه بالای این خدمات، از دیگر دغدغه های اساسی این مادران می باشد.

یکی دیگر از مشکلات زنان باردار در این پژوهش، ضعف در قوانین مربوط به والد شدن پدران بود. در قانون جوانی جمعیت، مرخصی والد شدن برای پدران در نظر گرفته نشده است. به همین جهت هر دستگاه با توجه به قوانین خود، مدتی را برای مرخصی اختصاص می دهد. نادیده گرفتن نقش پدر، باعث می شود که فشار و سختی نگهداری کودک بر دوش مادر باشد. این مضاعف شدن سختی نگهداری فرزند برای مادران، تأثیر بسیاری بر نگرش و ترجیحات آنان نسبت به فرزندآوری می گذارد. طبق مطالعه سوبوتکا و همکاران (۲۰۱۹)، مرخصی والدین با تصمیمات باروری زنان و زوجین رابطه مثبتی دارد، زیرا به والدین اجازه می دهد تا برای مراقبت از فرزند خردسال خود مدتی از محیط کار جدا

باشند، بدون اینکه نیاز باشد قرارداد کاریشان را فسخ کنند (۴۹). همانطور که در کدها استخراج شد در صورت همراهی، همسر زنان تمایل بیشتری به آوردن فرزند بعدی دارند. این همراهی، از طرفی بُعد فرهنگی دارد که باید به مردان آموزش داده شود. از طرف دیگر، قوانین محل کار و ابعاد حمایتی که بتواند شرایط را برای حضور بیشتر پدران فراهم کند نیز بسیار مؤثر است. اما این مسئله در خصوص مرخصی برای پدران در قانون مورد غفلت واقع شده است. مطالعه وود و همکار (۲۰۱۷) نشان داد استفاده از مراقبت‌های رسمی کودکان در بین خانواده‌هایی که در انتهای پایین‌ترین مقیاس توزیع درآمد هستند، بسیار کمتر است و زنان دارای تحصیلات عالی نیز بیشتر از مرخصی استفاده می‌کنند (۵۰). یکی دیگر از مواردی که اکثر مشارکت‌کنندگان در ارتباط با سیاست‌ها به آن تأکید داشتند، توجه بیشتر به کمیت فرزند و نادیده گرفتن کیفیت بود؛ به‌طوری‌که در بحث آموزش، هزینه‌های آموزش و کیفیت آن را بسیار اساسی می‌دانستند. سیاست‌های حامی افزایش جمعیت، برای دولت بسیار هزینه‌بر هستند و پیامدهای بالقوه عمده‌ای بر مسائل اقتصادی به‌ویژه شرایط و هزینه‌های اشتغال خواهند داشت، در نتیجه اینها موانعی هستند که باعث می‌شوند دولت‌ها در عمل گُند پیش بروند (۵۱). پاسخگویان در این پژوهش نداشتن دیدی روشن در مورد نحوه اجرایی شدن سیاست‌ها و از سویی دیگر شرایط ناپایدار اقتصادی را از عوامل زمینه‌ساز این بی‌اعتمادی نسبت به سیاست‌ها می‌دانستند. به باور مکدونالد (۲۰۰۶)، اساس سیاست‌های عمومی، تغییرات نهادی است که اعتماد افراد را به‌دست می‌آورد و آنها را قادر به تشکیل زندگی با سطح قابل تحملی از زیان اقتصادی و تأثیرات قابل قبولی از خواسته‌های فردی می‌کند (۵۲). همچنین نبود ضمانت اجرایی با تغییرات سیاسی از منظر مشارکت‌کنندگان این پژوهش، عامل دیگری است که منجر به ناکارآمدی سیاست‌ها می‌شود. افراد به نوعی گریزان از سیاست‌هایی می‌شوند که از نظر آنها، رفاه را نه در سطح فردی، نه اقتصادی و نه اجتماعی در نظر نگرفته است (۵۱). نگرانی از تغییر این سیاست‌ها با

تغییر دولت و همچنین تجربه عدم موفقیت در استفاده از مشوق‌ها در سنوات گذشته باعث شده تا افراد نتوانند به سیاست‌های جدید و اجرایی شدن آنها اطمینان داشته باشند (۵۱). همچنین مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، سیاست‌های تشویقی را صرفاً اقتصادی می‌دانستند و از این جهت بر این باور بودند که این سیاست‌ها، تنها اقشار کمتر برخوردار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تفاوت‌های طبقاتی در پاسخ‌های سیاستی در مطالعات مربوط به تأثیرات سیاست بر میزان باروری، زیاد مورد توجه قرار نگرفته است (۵۳). یکی از نکات حائز اهمیت این است که سیاست‌های جمعیتی نباید برای همه افراد یکسان اجرا شود، زیرا نیازهای افراد متفاوت است. بنابراین ممکن است برای عده‌ای پاداش اقتصادی، مشوقی برای فرزندآوری شود و برای دیگری، حمایت‌های اجتماعی و در نظر گرفتن مهدکودک با کیفیت در نزدیک محل کار و برای عده‌ای دیگر مرخصی زایمان باشد (۵۴). بنابراین به‌نظر می‌رسد با فرهنگ‌سازی در زمینه هنجار و ارزش فرزندآوری می‌توان ایده‌آل کم‌فرزندگی را تغییر داد و در نهایت ایجاد فضای نشاط در جامعه، کاهش نگرانی‌های اجتماعی، ایجاد اعتماد عمومی، ایجاد امنیت و احساس امنیت در مردم می‌تواند رضایت در زندگی را افزایش دهد و در نتیجه این مهم فرزندآوری افزایش پیدا می‌کند. تشویش‌های بارداری، درون‌مایه سوم حاصل از این مرحله از مطالعه بود. نگرانی‌ها و ترس‌ها در این دوران، جزء دغدغه‌های اصلی زنان باردار به‌شمار می‌آید. زنان باردار اذعان داشتند که در این دوران، حمایت‌های خانواده و همسر در برخی موارد نسبت به گذشته کاهش یافته است. برخلاف پژوهش حاضر، مطالعه موری و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کرد که در زنان باردار بالای ۳۵ سال، حمایت اجتماعی و عملکرد خانواده با افزایش سن بهبود می‌یابد و اثرات محافظتی قوی‌تری در برابر افسردگی برای زنان در مقایسه با زنان زیر ۳۵ سال دارد (۲۹). تجربه بارداری و زایمان، خود به تنهایی نوعی بحران موقعیتی با تغییرات جسمی، روانی، روانی و اجتماعی است، لذا زنان باردار برای رفع این تغییرات و تطبیق با آنها، به حمایت اجتماعی نیاز

دارند و فقدان حمایت اجتماعی به صورت بالقوه می‌تواند آثار زیان‌باری بر پیامدهای بارداری داشته باشد (۴۱). طبق مطالعات انجام شده در سال‌های ۲۰۲۱ و ۲۰۱۸، حمایت اجتماعی می‌تواند در قالب توصیه یا ارائه اطلاعات، حل مشکل، حمایت مالی، ارائه مراقبت، حمایت اخلاقی و روابط اجتماعی با دیگران مشاهده شود (۴۲، ۴۳). این حمایت پیچیده، عامل تعیین کننده مهمی در سلامت جسمی و عاطفی زنان در دوران بارداری و بعد از زایمان است (۴۴، ۴۵). همچنین شرکت‌کنندگان به تأثیر سن بالای مادر بر بارداری و جنین اشاره کردند. مطالعه احمد و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد زنان باردار ۳۵ ساله یا بالاتر، سن خود را به عنوان یک عامل خطر برای بارداری می‌دانند (۵۵). همچنین این نگرانی‌ها در حضور عوامل خطر دیگر مانند نتایج آزمایش غربالگری نامطلوب، سابقه تولید مثل ضعیف قبلی یا اضطراب بیشتر ظاهر می‌شوند (۳۴). بر اساس برخی مطالعات در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۱۲، مادران مسن‌تر نگران‌تر هستند و خطر مرگ‌ومیر و عوارض در دوران بارداری را بیشتر از زنان جوان در نظر می‌گیرند (۳۴، ۵۶). آگاهی مادر از خطر می‌تواند بر تصمیمات آنها در مورد زمان مراجعه به پزشک و اقدامات مناسب که می‌تواند به طور قابل توجهی سلامت و رشد مادر و جنین را بهبود بخشد، تأثیر مثبت داشته باشد (۵۵). مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که دغدغه تربیت صحیح فرزندان را دارند و تصور می‌کردند تربیت صحیح فرزندان کمتر، امکان‌پذیرتر از فرزندان بیشتر است. برخی نیز محیط اجتماعی را ناسالم می‌دیدند، در این شرایط ترجیح می‌دادند که فرزند کمتری داشته باشند تا مدیریت آنها در این فضا امکان‌پذیرتر باشد. همسو با مطالعه حاضر، رضوی‌زاده و همکاران (۲۰۱۵) بیان کردند دغدغه‌های تربیتی، مهم‌ترین دل‌مشغولی فرزندمحور (دغدغه‌های فرزند محور به طور مستقیم به فرزندان مربوط می‌شوند، از جمله دغدغه‌های تربیتی، کمبود امکانات آموزشی، ناسالم بودن فضای جامعه) است (۵۷). عبدلهی و همکار (۲۰۱۷) نشان دادند گسترش معضلات اجتماعی، ابراز نگرانی و ناامیدی از آینده فرزندان و

به دنبال آن ناامید شدن نسبت به زندگی، از جمله مسائل نگران کننده در میان افراد جامعه می‌باشد و همچنین به نظر می‌رسد که ابراز نگرانی افراد، حکایت از نوعی احساس ناامنی اقتصادی و اجتماعی در جامعه دارد (۴۶). در مطالعه حاضر دغدغه مالی مرتبط با بارداری، زایمان و نگهداری از نوزاد در افراد با طبقات گوناگون اقتصادی وجود داشت. برخی افراد اذعان داشته که مبلغ وام فرزندآوری، تنها حمایت کوچکی است و نقشی در نگرش مثبت و ترجیحات فرزندآوری ندارد. وام فرزندآوری برای برخی، صرف پر کردن برخی کمبودهای دیگر زندگی مانند خرید برخی از وسایل فرزند، بخشی از رهن مسکن و یا خرید خودرو شده است و در برنامه‌ریزی برای فرزندآوری آنان نقشی نداشته است. بنابراین وام فرزندآوری، اثر حمایتی برای قشری از جامعه مخاطب داشت، اما موجب تغییر نگرش و یا ترجیحات آنان نمی‌شد. همچنین طبق اظهارات شرکت‌کنندگان، یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی که افراد هنگام دریافت تسهیلات با آن روبه‌رو می‌شوند، سلیقه‌ای برخورد کردن دستگاه‌های مجری مواد قانونی است؛ به طوری که شرایط دریافت تسهیلات در متن قانون با آنچه سازمان‌ها و نهادهای مجری اتخاذ می‌کنند، مغایرت دارد. برای مثال، این مسئله در خصوص اعطای وام فرزندآوری توسط بانک‌ها وجود دارد؛ به طوری که در قانون اشاره شده که بانک‌ها موظف هستند وام فرزندآوری به واجدین شرایط با یک ضامن و بازپرداخت پس از ۶ ماه اعطا کنند، اما بانک‌ها برخلاف این ماده قانونی، شرایط دیگری همچون ۲ ضامن رسمی، چک و سفته را برای اعطای وام قرار می‌دهند. همچنین در مواردی، اقساط وام را از همان ماه اول دریافت می‌کنند. هرچند برخی از قوانین حمایتی برای زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال جهت کاهش هزینه‌های درمانی در نظر گرفته شده است. با توجه به اینکه در زنان بیشتر از ۳۵ سال، علی‌رغم اقدام به بارداری، بعد از ۶ ماه بررسی و درمان ناباروری صورت می‌گیرد، قانون حمایت از خانواده پس از این مدت افراد را تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک

معالج قرار می‌دهد، اما نیاز است قوانین مشابه بیشتری در دوران بارداری نیز جهت حمایت اقتصادی خانواده‌ها گنجانده شود. همچنین با توجه به قانون حمایت خانواده و جوانی جمعیت، "پیشنهاد و درخواست غربالگری ناهنجاری جنین در سطح یک ارائه خدمت" ممنوع است، در نتیجه در بسیاری از مناطق به‌خصوص روستاها و استان‌های محروم، پزشک متخصص وجود ندارد و پزشکان عمومی و ماماها ارائه خدمت می‌دهند و نیز بخش قابل توجهی از جمعیت، توان مراجعه به پزشک متخصص را ندارند تا ببینید غربالگری برایشان لازم است یا خیر. از طرفی عدم پوشش بیمه‌ای آزمایشات غربالگری برای افراد پرخطر که نیازمند انجام غربالگری هستند، باعث می‌شود بسیاری از این افراد، هزینه لازم را نداشته باشند و یا آزمایشات را انجام ندهند. همچنین با این قانون، عملاً مرحله غربالگری از چرخه بهداشتی- درمانی جامعه حذف شده و جان مادران و نوزادان به خطر خواهد افتاد. این در حالی است که در انتهای بند ۴ از سیاست‌های کلی جمعیت "تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری" مورد تصریح قرار گرفته است. بند ۶ سیاست‌های مذکور نیز به موضوع لزوم پیشگیری از بیماری‌ها تصریح کرده است و حال اینکه دشواری در انجام غربالگری، منجر به مخفی ماندن بیماری مادرزادی نوزاد و حتی بروز خطر برای مادر خواهد شد.

## نتیجه‌گیری

مطالعه جریان‌های جمعیتی در دوره‌های زمانی مختلف نشان می‌دهند که کاهش یا افزایش جمعیت، ریشه در عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد و پایداری و رفاه اقتصادی، میزان خوش‌بینی و امید به آینده و سبک زندگی، از جمله مهم‌ترین عوامل هستند. بر این

اساس، موفقیت در روند کاهش جمعیت، مستلزم تغییرات اساسی در حوزه‌های مختلف است.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، به‌ویژه زنان بارداری که به‌عنوان نمونه‌های مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از اخذ موافقت از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، انجام شد و تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده به‌صورت محرمانه و بدون اسم مشخص، نگهداری و تجزیه و تحلیل گردید. همچنین، کلیه اصول اخلاقی هلسینکی پابرجا ماند.

## تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافی در رابطه با انتشار این مقاله وجود ندارد.

## حمایت مالی

نویسندگان هیچ حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

## مشارکت نویسندگان

دکتر شهناز ترک زهرانی در طراحی اولیه مطالعه؛ دکتر زهره کشاورز در مدیریت و نظارت بر اجرای طرح، نگارش اولیه گزارش و تهیه پیش‌نویس مقاله؛ دکتر ملیحه نصیری در تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش گزارش، نهایی‌سازی مقاله؛ دکتر نوشین اشراقی در تجزیه و تحلیل داده‌ها و بازنگری مقاله؛ مرجان هوایی در نهایی کردن طراحی مطالعه، نمونه‌گیری و نهایی‌سازی مقاله مشارکت داشتند. همچنین متن مقاله مورد تأیید همه نویسندگان است.

1. Taghizadeh A, Mansourizade K, Mousavi S. Measuring the capacity of the protection of the family and youth of population law in order to realize the general policies of social security: Emphasizing the issue of having children. *Journal of Legal Research* 2025; 24(61):413-42.
2. Moghaddasi MB, Roustaie M. Population growth through criminal interventions; a look to the approval process and the challenges of the implementation of the youthful population and protection of the family law. *Criminal law doctrines* 2022; 18(22):285-312.
3. Total Fertility Rate in I.R.Iran. Comprehensive Report. National Institute of Health Research, 2019.
4. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertility and sterility* 2015; 103(5):1136-43.
5. Kawwass J, Badell M. Riesgo materno y fetal relacionado con técnicas de reproducción asistida. *Obstet Gynecol* 2018; 132(3):1-2.
6. Yazdani M, Amirshahi E, Shakeri A, Amirshahi R, Malekmakan L. Prenatal and maternal outcomes in advanced maternal age, a comparative study. *Women's Health Bulletin* 2015; 2(2):1-5.
7. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2021; 70:2-9.
8. Aoyama K, Pinto R, Ray JG, Hill AD, Scales DC, Lapinsky SE, et al. Association of maternal age with severe maternal morbidity and mortality in Canada. *JAMA network open* 2019; 2(8):e199875-.
9. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *bmj* 2019; 364.
10. Hartwig TS, Sørensen S, Jørgensen FS. The maternal age-related first trimester risks for trisomy 21, 18 and 13 based on Danish first trimester data from 2005 to 2014. *Prenatal Diagnosis* 2016; 36(7):643-9.
11. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PloS one* 2019; 14(1):e0210655.
12. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SR, Cancela FZ. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2016; 50(03):0512-21.
13. Afkhamzadeh A, Shokri A, Safari H, Nouri E, Bolbanabad AM, Amirhosseini S, et al. Unmet health care needs among pregnant women during COVID-19 pandemic and its determinants in Kurdistan province, Iran: A cross-sectional study. *Health science reports* 2022; 5(5):e804.
14. Getaneh T, Asres A, Hiyaru T, Lake S. Adverse perinatal outcomes and its associated factors among adult and advanced maternal age pregnancy in Northwest Ethiopia. *Scientific reports* 2021; 11(1):14072.
15. Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Lauridsen LL, Roos L, Ramlau-Hansen CH, et al. Risk of adverse pregnancy outcomes at advanced maternal age. *Obstetrics & Gynecology* 2018; 131(3):457-63.
16. Ediris M, Belachew T, Yadassa F, Getu K. Disparities in adverse pregnancy outcomes between advanced maternal age and younger age in Ethiopia: institution based comparative cross-sectional study. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2018; 10(6):54-61.
17. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *Bmj* 1998; 316(7140):1310-3.
18. Myers S, Stoto MA. Criteria for assessing the usefulness of community health assessments: A literature review; 2006.
19. Robinson JR, Anders SH, Novak LL, Simpson CL, Holroyd LE, Bennett KA, et al. Consumer health-related needs of pregnant women and their caregivers. *JAMIA Open* 2018; 1(1):57-66.
20. Finifter DH, Jensen CJ, Wilson CE, Koenig BL. A comprehensive, multitiered, targeted community needs assessment model: Methodology, dissemination, and implementation. *Family & Community Health* 2005; 28(4):293-306.
21. Bankipourfard A. "National Meeting on Maternal Health and Population Youth", 1403. available at: <https://www.yjc.ir/fa/news/8838845>
22. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation* 1986; 1986(30):73-84.
23. Peeters G, Dobson AJ, Deeg DJ, Brown WJ. A life-course perspective on physical functioning in women. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91:661-70.
24. Lamus MN, Pabon S, MPoca C, Guida JP, Parpinelli MA, Cecatti JG, et al. Giving women WOICE postpartum: prevalence of maternal morbidity in high-risk pregnancies using the WHO-WOICE instrument. *BMC pregnancy and childbirth* 2021; 21(1):357.
25. Cresswell JA, Barbour KD, Chou D, McCaw-Binns A, Filippi V, Cecatti JG, et al. Measurement of maternal functioning during pregnancy and postpartum: findings from the cross-sectional WHO pilot study in Jamaica, Kenya, and Malawi. *BMC pregnancy and childbirth* 2020; 20:1-11.
26. Cardin M. Reconsidering "advanced maternal age": Communicating about pregnancy, disability risk and ageing. *Feminist Media Studies* 2020; 20(8):1073-87.
27. Aasheim V, Waldenström U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, Schytt E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012; 119(9):1108-16.

28. McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Hammarberg K, Wynter K, Fisher JR. Older maternal age and major depressive episodes in the first two years after birth: Findings from the Parental Age and Transition to Parenthood Australia (PATPA) study. *Journal of Affective Disorders* 2015; 175:454-62.
29. Mori E, Maehara K, Iwata H, Sakajo A, Tsuchiya M, Ozawa H, et al. Comparing older and younger Japanese primiparae: Fatigue, depression and biomarkers of stress. *International Journal of Nursing Practice* 2015; 21:10-20.
30. Glavin K, Smith L, Sørsum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian journal of caring sciences* 2009; 23(4):705-10.
31. Sadeghi Jogheh S. Analysis; Supporting the Family and the Youth Population: Needs and Challenges 2021; 116(8):59-66.
32. de Oliveira RB, de Paula Galdino MD, Cunha EC, Paulino ME. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência; 2011.
33. Carolan M. "Doing it properly": The experience of first mothering over 35 years. *Health Care for Women International* 2005; 26(9):764-87.
34. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* 2012; 12:1-13.
35. Barnes J, Gardiner J, Sutcliffe A, Melhuish E. The parenting of preschool children by older mothers in the United Kingdom. *European Journal of Developmental Psychology* 2014; 11(4):397-419.
36. Sutcliffe AG, Barnes J, Belsky J, Gardiner J, Melhuish E. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *Bmj* 2012; 345:e5116.
37. Burman B, Margolin G. Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological bulletin* 1992; 112(1):39.
38. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. *Iranian journal of medical Education* 2008; 8(2).
39. Khoei M. The effect of counseling using the PLISSIT model on sexual function of pregnant women. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal* 2016; 6(1):18-28.
40. Torshizi M, Milani P, Sharifzadeh G, Hosseini H. The Effect of Sexual Health Empowerment on the Sexual Function of Pregnant Women: An Intervention Based on the James Brown Model. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2024; 23(2):143-55.
41. Javid FM, Simbar M, Dolatian M, Majd HA. Comparison of lifestyles of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. *Global Journal of Health Science* 2014; 7(2):162.
42. Costa-Cordella S, Arevalo-Romero C, Parada FJ, Rossi A. Social support and cognition: A systematic review. *Frontiers in psychology* 2021; 12:637060.
43. Waite LJ. Social well-being and health in the older population: moving beyond social relationships. In *Future directions for the demography of aging: Proceedings of a workshop 2018 Jun 21 (pp. 99-130)*. Washington, DC: National Academies Press.
44. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health* 2021; 18:1-23.
45. Emmott EH, Myers S, Page AE. Who cares for women with children? Crossing the bridge between disciplines. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 2021; 376(1827):20200019.
46. Abdollahi A, Rahimi A. Social construction of the policies of increasing of childbearing and leading obstacles: A case study of internet users. *Women's Strategic Studies* 2017; 20(77):35-60.
47. Luo D, Zhang Y. Policy Tool Model and Its Application in the Governance of Characteristic Towns. *Open Journal of Social Sciences* 2020; 8(7):232-44.
48. May JF. *World population policies: Their origin, evolution, and impact*. Dordrecht: Springer; 2012.
49. Sobotka T, Matysiak A, Brzozowska Z. Policy responses to low fertility: How effective are they; 2019.
50. Wood J, Neels K. First a job, then a child? Subgroup variation in women's employment-fertility link. *Advances in Life Course Research* 2017; 33:38-52.
51. Shams-Ghahfarokhi F, Askari-Nodoushan A, Eini-Zinab H, Ruhani A, Abbasi-Shavazi MJ. Challenges of new pronatalist population policies and programs in Iran: a qualitative study in the city of Isfahan. *Journal of Population Association of Iran* 2021; 16(32):79-112.
52. McDonald P. Low fertility and the state: The efficacy of policy. *Population and development review* 2006; 485-510.
53. Gauthier AH. The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature. *Population research and policy review* 2007; 26:323-46.
54. Chamani S, Shekarbeigi A, Moshfegh M. Sociological determinants of fertility (case study: married women living in Tehran). *Socio-Cultural Strategy* 2016; 5(3):137-65.
55. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced maternal age: a scoping review about the psychological impact on mothers, infants, and their relationship. *Behavioral sciences* 2024; 14(3):147.
56. Carolan M, Nelson S. First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International* 2007; 28(6):534-55.
57. Razavizadeh N, Ghafarian E, Akhlaqi A. Grounds for low child seeking and delay in child bearing (case study: Mashhad women). *Strategy for Culture* 2015; 8(31):73-98.

# The unmet needs of pregnant women over 35 years: Looking at the youth population law

Marjan Havaei<sup>1</sup>, Malihe Nasiri<sup>2</sup>, Shahnaz Torkzahrani<sup>3</sup>, Nooshin Eshraghi<sup>4</sup>, Zohreh Keshvarz<sup>5\*</sup>

1. PhD Student of Reproductive Health, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Midwifery and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

## Abstract

Received: Feb 22, 2025 Accepted: May 28, 2025

**Introduction:** Considering to the approval of the Youth Population Law in Iran since 2021, the approach of having children in women over 35 years of age was approved and encouraged by the Ministry of Health. Therefore, the present study was conducted with aim to explain the unmet needs of pregnant women over 35 years by looking at the youth population law in these mothers.

**Methods:** This qualitative study was conducted in Shohada Tajrish, Akbarabadi, Arash and Rasoul Akram hospitals in 2024 for 3 months. Data related to the unmet needs of pregnant women over 35 years were collected through semi-structured interviews with 25 pregnant women over 35 years. In order to check the accuracy and robustness of the data, GABA and Lincoln criteria were used. Data were analyzed using a conventional qualitative analysis and MAXQDA-10 software.

**Results:** Data analysis resulted in the extraction of 126 primary codes, 26 subcategories, 8 categories, and finally 3 themes including maternal health unmet needs, social acceptance, and pregnancy anxieties. Women had various concerns during this period that the most common needs of pregnant women over 35 years included physical, sexual, psychological, economic, social, and cultural needs.

**Conclusion:** Considering the results of the study and the problems of pregnant women regarding the needs of pregnant women over 35 years and their suitability with incentive policies, it seems that policymakers should perform the necessary revisions in the policies of youth population laws in order to meet the needs of physical health, care facilities, and improving social support in the workplace, as well as counseling specifically for pregnant women and necessary training for spouses.

**Keywords:** Maternal age, Maternal health, Pregnancy complications

## ► Please cite this article as:

Havaei M, Nasiri M, Torkzahrani Sh, Eshraghi N, Keshvarz Z. The unmet needs of pregnant women over 35 years: Looking at the youth population law. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2025; 28(2):10-25. DOI: 10.22038/ijogi.2025.83986.6257