ORIGINAL ARTICLE

Frequency of Unintended Fertility and its Associated Factors in Married Men

Mojgan Zendehdel[1],
Zeinab Hamzehgardeshi[2,3],
Ensiyeh Fooladi[4],
Shayesteh Jahanfar[5]

[1] MSc Student in Midwifery Counselling, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Monash University, Melbourne, Australia
[5] Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health Professional, Central Michigan University, Michigan, USA

(Received Agust 12, 2018 ; Accepted December 1, 2018)

Abstract

Background and purpose: Unwanted fertility is rarely studied among men.The aim of this study was to investigate the frequency of unintended pregnancy and its related factors in married men in South of Tehran, Iran.

Materials and methods: This descriptive-analytic study was conducted in 507 married men aged 23-49 in 2017. Demographic characteristics of the participants, their fertility history and knowledge on this issue were recorded. To analyze the data, single and multiple logistic regressions were conducted.

Results: The majority of participants reported history of pregnancy in their wives (95.1%). Approximately 37% of married men experienced at least one unwanted pregnancy. Adjusted multivariate logistic regression showed that being married more than once (AOR [Adjusted Odds Ratio], 95% CI= 2.74; 1.07-7.13), low level of comfort in the use of contraceptive methods (AOR, 95% CI= 10.06; 1.95-51.9), more than two live births (AOR, 95% CI= 2.49; 1.60-3.88), having three children and more (AOR, 95% CI= 6.70; 3.51-12.79), and doubts about marriage durability (AOR, 95% CI=0.25; 0.08-0.81) were associated with unwanted pregnanies .

Conclusion: More focus on the factors associated with male experiences of unintended pregnancy could reduce this problem. Providing care for fertility and sexuality, trainings on the correct use of contraceptive methods to men in healthcare centers could also be of great benefit in reducing the rate of unwanted pregnancy and illegal abortions, especially in socioeconomically vulnerable populations.

Keywords: unwanted pregnancy, married men, Tehran

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 28 (168): 82-95 (Persian).

* **Corresponding Author: Ensiyeh Fooladi -** Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: ensieh.fooladi5@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۸ دی سال ۱۳۹۷ (۹۵-۸۲)

فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مردان متاهل

مژگان زنده دل[۱]
زینب حمزه گردشی[۲و۳]
انسیه فولادی[۴]
شایسته جهانفر[۵]

چکیده

سابقه و هدف: در مطالعات، باروری ناخواسته در مردان خیلی به ندرت مورد پژوهش قرارگرفته است. لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در مردان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر با ۵۰۷ شرکت کننده مرد متاهل ۴۹-۲۳ ساله، در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران انجام شد. داده‌ها از پرسش‌نامه دموگرافیک، دانش و تاریخچه باروری جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS16 وارد شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آنالیز توصیفی و تحلیلی (رگرسیون لجستیک) بهره گرفته شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۹۵/۱ درصد از همسران مردان پژوهش سابقه بارداری داشتند. ۳۷ درصد از مردان با سابقه باروری، حداقل یکبار باروری ناخواسته را تجربه کرده بودند. بعد از تعدیل مخدوشگرها در رگرسیون لجستیک چند متغیره، متغیرهای ازدواج بیش از یک بار (AOR, 95%CI= 2.74; 1.07-7.13)، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری (AOR, 95%CI= 10.06; 1.95-51.9)، تعداد فرزند زنده بیش از دو تا (AOR, 95%CI= 2.49; 1.60-3.88) و سه تا و بیش‌تر (AOR, 95%CI= 6.70; 3.51-12.79) و عدم اطمینان از تداوم زناشویی (AOR, 95%CI=0.25; 0.08-0.81) عوامل مرتبط با بارداری ناخواسته گزارش شدند.

استنتاج: توجه به عوامل مرتبط با باروری ناخواسته در مردان می‌تواند در کاهش فراوانی باروری ناخواسته تاثیر چشمگیری داشته باشد. ارائه مراقبت باروری و جنسی، آموزش استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از باروری به مردان در مراکز بهداشتی درمانی، می‌تواند باروی‌های ناخواسته و سقط‌های القاییِ غیرقانونی ناشی از آن را به خصوص در افراد آسیب‌پذیر اجتماعی و اقتصادی کاهش دهد.

واژه های کلیدی: بارداری ناخواسته، مردان متاهل، تهران

مقدمه

بارداری ناخواسته به بارداری هایی اطلاق می‌شود که بدون برنامه‌ریزی و عدم تمایل زوجین یا هریک به تنهایی نه در حال و نه آینده رخ می‌دهد(۱، ۲). امروزه میزان بارداری ناخواسته به عنوان یکی از شاخص‌های مهم سلامت جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد(۳) زیرا بارداری ناخواسته، عامل پیشگویی‌کننده قوی برای سقط‌های غیربهداشتی، مرگ‌های مادرزادی، مراقبت‌های بارداری ناکافی و نامناسب می‌باشد(۵،۴). اهمیت علل و عوامل

مولف مسئول: انسیه فولادی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه E-mail: ensieh.fooladi5@gmail.com
۱.دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه موناش، ملبورن، استرالیا
۵. استادیار، گروه سلامت عمومی، دانشکده بهداشت حرفه ایی، دانشگاه مرکزی میشیگان، امریکا
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۵/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۵/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۹/۱۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

مرتبط با بارداری‌های ناخواسته به خوبی در میان زنان در بسیاری از مطالعات مشخص شده است(۷،۶). بررسی عوامل مرتبط و شیوع بارداری ناخواسته بسیار پیچیده است و به طور کلی در طراحی و بررسی این اهداف، اغلب زنان را مورد هدف قرار می‌دهند، زیرا زنان بارداری را تجربه می‌کنند(۸). با وجود این که تلاش‌های خیلی زیادی برای مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده انجام شده است، ولی مطالعات اندکی از بررسی پیشگیری از بارداری توسط مردان انجام شد(۹). علل و عوامل مرتبط با رفتارهای مردان در باروری ناخواسته به ندرت شناخته شده است. ویژگی‌ها و عوامل مرتبط با باروری ناخواسته در مردان مشخص نشده است. داده‌های نظر سنجی ملی در امریکا گزارش کرد، یکی از هر سه مرد امریکایی، یک تولد حاصل از باروری ناخواسته را در سال‌های اخیر تجربه کرده است. اطلاعات باروری ناخواسته مردان معمولاً توسط زنان تکمیل می‌شود(۹، ۱۰).

مطالعات جمع‌آوری شده نشان داد اختلاف دیدگاه مادران و پدران از بارداری ناخواسته می‌تواند بر مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و برسلامت مادر و کودک تأثیر مهمی بگذارد(۱۱). با این حال، درک تجربیات مردان در مورد باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن نه تنها برای برنامه ریزی تنظیم خانواده به عنوان یک شریک جنسی مهم است، بلکه هم‌چنین توجه به یک بعد مهم از سلامت جنسی و باروری در مردان می‌باشد(۹). تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف ایران در سال‌های ۲۰۱۸ و قبل از آن نشان‌دهنده شیوع حاملگی ناخواسته بین ۱۰/۵ درصد تا ۴۹/۳ درصد از حاملگی‌ها (در گروه هدف زنان) بوده است(۱۴-۱۲). در سال ۱۹۷۶، میزان رشد جمعیت ایران ۶/۵ درصد گزارش شده بود که با اجرای برنامه‌ریزی موفق سیاست کنترل جمعیت به میزان ۱/۶ در سال ۲۰۱۲ کاهش یافت و از سازمان بهداشت جهانی، مدال برترین کشور کنترل موالید را دریافت کرد. البته این میزان خیلی بیش‌تر از هدف تعیین شده بود؛ به طوری‌که از هدف اصلی خود که ۲/۲ درصد بود، خارج شده بود. سیاست موفق کنترل جمعیت ایران در سال ۲۰۱۲ با چالش کاهش میزان باروری کلی، کم‌تر از حد جایگزینی و نگرانی‌ها و پیامدهای احتمالی اقتصادی و اجتماعی ناشی از این تغییر سیاست مواجه شد(۱۵). یک راهکار شتابزده و اولیه جهت جبران کاهش میزان باروری کلی، دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری دائمی (توبکتومی و وازکتومی) منوط به شرایط خاص شد. هم‌چنین دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن در بخش دولتی محدود شده است. ولی در بخش‌های خصوصی قابل دستیابی می‌باشند(۱۶). در واقع مردان و زنان خانواده‌های آسیب پذیر (کارگران جنسی، مردان و زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و خانواده‌های کم‌درآمد)، بیش ترین افرادی هستند که از این تغییر سیاست متضرر می‌شوند چرا که اندازه خانواده این افراد بزرگ‌تر شده و کیفیت زندگی تنزل پیدا می‌کند(۱۷). اکثر مطالعات، شیوع بارداری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن را فقط در زنان و اغلب در دوره قبل از تغییر سیاست و عملکرد تنظیم خانواده (توزیع رایگان و ترویج آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری) بررسی کرده‌اند. لذا با توجه به تغییر سیاست‌های جدید جمعیتی ایران و تغییر عملکرد تنظیم خانواده ازسال۱۳۹۳ (ترویج فرزندآوری حداقل سه فرزند، محدودیت توزیع روش پیشگیری از بارداری مدرن، استفاده از روش‌های پیشگیری دائمی توبکتومی فقط در شرایط خاص و وازکتومی در مراکز بهداشتی درمانی دولتی قابل انجام نمی‌باشد) و عدم بررسی شیوع و عوامل مرتبط باروری ناخواسته مردان در ایران، بر آن شدیم تا مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن را در مردان متاهل ۴۹- ۱۵ ساله مراجعه‌کننده به ۶۲ مرکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران را مورد پژوهش قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می‌باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

کمیته اخلاق تحقیقات علوم پزشکی مازندران و تحقیقات علوم پزشکی تهران این مطالعه را با کد اخلاق IR.MAZUM.REC.96.3019 تایید کردند. جامعه پژوهش، مردان متاهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن جنوب شرقی، جنوب و جنوب غربی شهر تهران بودند که جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز، پایگاه‌ها و خانه بهداشت این مناطق مراجعه می‌کردند. مردان در صورت تمایل به شرکت در مطالعه دعوت می‌شدند و رضایت خود را به صورت کتبی اعلام می‌کردند. تنها معیار خروج از مطالعه، عدم توانایی ذهنی برای پاسخ به سوالات مطالعه و عدم ارتباط مناسب کلامی بود.

در این مطالعه نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای طبقه‌بندی شده (classified multistage cluster sampling method) انجام شد. محیط انجام پژوهش، مراکز، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت در سطح جنوب شهر تهران بوده است. پژوهشگر از ۱۰۹ مرکز، پایگاه و خانه بهداشت جامع سلامت جنوب تهران، ۶۲ مرکز، پایگاه و خانه بهداشت را به صورت تصادفی انتخاب کرده و از مردان ۴۹-۱۵ سال مراجعه‌کننده به این مراکز بهداشتی درمانی جهت شرکت درمطالعه دعوت به‌عمل آورد. در صورتی که افراد واجد شرایط بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، پرسشنامه پژوهش برای آن‌ها تکمیل می‌شد. براساس سرشماری دریافت شده از سازمان مدیریت برنامه استان تهران، جمعیت مردان ۴۹-۱۵ ساله، ۴۴۸۲۹۰ نفر در سال ۱۳۹۵ بوده است. حجم نمونه با استفاده از مطالعه مطلق و همکاران که شیوع حاملگی ناخواسته را ۳۰ درصد بیان کردند(۱۳)، محاسبه شد. تعداد نمونه‌های جمع‌آوری شده براساس محاسبات، جمعاً ۵۰۷ نفر (مرد) بود. این تعداد نمونه در پرسشگری شرکت کردند و پرسشنامه برای تمامی این افراد تکمیل شد و هیچ نمونه‌ای حذف نشد. پرسشگری از نوزدهم خردادماه سال ۱۳۹۶ شروع شد و در تاریخ نوزدهم مهرماه ۱۳۹۶ خاتمه یافت. در ابتدا پژوهشگر خود و طرح پژوهشی را به مردان متاهل ۴۹-۱۵ ساله که برای دریافت خدمات (تنظیم‌خانواده یا مراقبت بارداری (همسر)، پایش کودکان، مراقبت‌های میانسالی (از ۳۰ سالگی تا ۵۹)، دندانپزشکی، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، تغذیه و بهداشت روان و به دلائل دیگر) به مراکز و خانه بهداشت نزدیک منزل خود مراجعه می‌کردند، معرفی می‌کرد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، پرسشنامه مورد نظر در فضای کاملاً خصوصی برای شرکت‌کنندگان تکمیل می‌شد. زمان لازم جهت تکمیل هر پرسشنامه ۴۵-۳۰ دقیقه بود. پرسشنامه متشکل از آگاهی و سابقه باروری بود. جهت تهیه نسخه فارسی این ابزار، در ابتدا مجوز ترجمه و به کارگیری پرسشنامه understanding fertility management in Australia از سازنده آن، Holton sara از دانشگاه MONASH، در تاریخ ۱۸ می سال ۲۰۱۶ میلادی اخذ گردید. سپس پرسشنامه مذکور با استفاده از روش ترجمه برگشتی[1] به شرح زیر ترجمه و اعتبار یابی شد:

ابتدا پرسشنامه توسط دو مترجم به شکل مستقل، از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. سپس ترکیب و تلفیق ترجمه‌های اولیه به یک ترجمه واحد توسط مترجم مسلط به هر دو زبان و جمعی از متخصصان صورت گرفت و در مرحله سوم، نسخه نهایی ترجمه گردید. سپس پایلوت پرسشنامه در گروه کوچکی (۳۰ نفر) از زنان و مردان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران انجام شد. هدف از انجام پایلوت، بررسی قابلیت درک زنان و مردان متاهل، تفسیر و برداشت آنان و استفاده از کلمات جایگزین بود. نتایج به دست آمده از پایلوت، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اصلاحات لازم در نسخه ترجمه شده اعمال شد. در آخرین گام ترجمه پرسشنامه، متخصصین مربوطه نسخه ترجمه شده به فارسی را از لحاظ اشتباهات املایی و نکات دستوری مورد بازنگری قرار دادند. در نهایت

1. Forward-Backward translation

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

برای کسب اطمینان کافی از وجود روایی و اعتبار، اقدامات زیر انجام گردید:

۱- تعیین روایی صوری[1]، به منظور بررسی مرتبط بودن ابزار از نظر ظاهری با اهداف مطالعه، با کمک ۳۰ نفر از زنان و مردان متاهل و ۱۸ نفر از پانل متخصصان زنان و بهداشت باروری انجام شد و از آنان خواسته شد تا در مورد تناسب ابزار با اهداف تحقیق نظر دهند. ضمنا" پرسشنامه ازنظر استفاده ازشیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات مورد بررسی قرار گرفت.

۲- تعیین روایی محتوی[2]، که به منظور کسب اطمینان از این که محتوای آزمون، معرف سازه‌ای است که ادعا می گردد آن را می سنجد، انجام شد. برای این کار از روش کیفی استفاده گردید.

روایی صوری و محتوا به روش کیفی بررسی شد.

۳- تعیین پایایی[3] پرسشنامه به معنای وجود همسانی و ثبات در اندازه‌گیری صفات یا سازه‌های موجود در ابزار است که این فرآیند با استفاده از روش آلفای کرونباخ جهت تعیین همبستگی درونی پرسشنامه و از روش آزمون- بازآزمون[4] برای بررسی تکرار پذیری پرسشنامه با فاصله ۲ هفته (در ۳۰ زن و مرد سنین باروری ۴۹-۱۵ سال) انجام شد. نتایج نشان دادند پایایی رضایت بخشی مناسبی دارد. ضریب همبستگی درونی ابزار با آلفا کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. ارزیابی آزمون- بازآزمون با فاصله ۲ هفته نیز همبستگی بین نمرات پرسشنامه را ۰/۸۱ نشان داد که نشان دهنده ثبات مناسبی از ابزار می‌باشد (جدول شماره ۱ و ۲). بر اساس انجام پایلوت، مشخص گردید که پر کردن پرسشنامه حدوداً به ۳۰ تا ۴۵ دقیقه زمان نیاز دارد.

سوالات پرسشنامه شامل بخش‌های دموگرافیک، آگاهی و دانش باروری، نوع روش پیشگیری از بارداری و تاریخچه باروری بود.

سوالات دموگرافیک شامل سن، جنس، محل زندگی، محل تولد، ملیت، میزان‌تحصیلات شرکت‌کننده و همسر، رضایت‌مندی از وضعیت اقتصادی و سلامتی و مذهب بود.

درقسمت دوم، میزان آگاهی و دانش بهداشت باروری با پاسخ‌های خیلی زیاد، کافی، خیلی کم سنجیده شد. هم‌چنین در خصوص آموزش در مدرسه در مورد انواع روش‌های پیشگیری از بارداری با پاسخ‌های خیلی زیاد، زیاد، کم و اصلاً مشخص شد.

درقسمت سوم از روش‌پیشگیری که در حال حاضر مورد استفاده قرارگرفته، پرسش انجام شد. هم‌چنین سوال "راحتی صحبت کردن با همسر در خصوص استفاده و انتخاب روش پیشگیری" پرسیده شد و با پاسخ‌های راحتم، راحت نیستم، خیلی ناراحتم مشخص شد. هم‌چنین در این قسمت، "روزهایی از سیکل ماهانه (زن) که احتمال باروری در صورت عدم استفاده از روش پیشگیری بیش‌تر از سایر روزهای سیکل می‌باشد" به‌طور خاص مورد پرسش قرار گرفت و پاسخ‌ها ثبت شد. موارد باروری ناخواسته طبق تعریف حاملگی ناخواسته پرسش شد و پاسخ‌ها با توجه به تعداد حاملگی ناخواسته ثبت شد. سیستم نمره‌دهی ابزار با استفاده از اعداد انجام شد. عوامل مرتبط سن، سن اولین ازدواج، تعداد ازدواج، اهمیت مذهب در مسائل باروری، سن اولین بارداری، اطمینان از ادامه رابطه زناشویی، راحتی استفاده از روش پیشگیری، داشتن فرزند زنده و تعداد آن، رضایت از روش پیشگیری، اولین رابطه زناشویی با همسر یا غیر همسر و سن اولین رابطه جنسی با بارداری ناخواسته مورد بررسی قرار گرفت. پس از جمع‌آوری داده ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه تحلیل شد. برای توصیف نتایج کمی مطالعه از میانگین و انحراف استاندارد و نتایج کیفی از درصد استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تحلیل عوامل مرتبط در مرحله اول از مدل رگرسیون لجستیک تک متغیره و در مرحله دوم از مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره استفاده شد.

1. Face validity
2. Content validity
3. reliability
4. test-retest

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره ۱: نتایج ارزیابی پایایی پرسشنامه در بعد تکرارپذیری به تفکیک سوالات

سوالات پرسشنامه	Intraclass correlation coefficient (ICC)		
	Mean	Maximum	Minimum
دامنه مراقبت های بهداشتی			
۱۷- آیا در طول ۲ سال گذشته از پزشک یا کارکنان بهداشتی در مورد روش پیشگیری از بارداری، باروری یا حاملگی مشاوره دریافت کرده اید؟	۰/۶۰۱	/۷۵۶	۰/۵۰۱
۱۸- شما به عنوان یک زن، چقدر صحبت کردن با کارکنان بهداشتی در مورد موارد زیر برایتان راحت است؟	۰/۹۴۹	۰/۹۸۱	۰/۸۹۲
۱۹- شما به عنوان یک زن چقدر برایتان راحت و آسان است که خدمات بهداشتی –مشاوره ای زیر را از مرکزبهداشتی درمانی دریافت کنید؟	۰/۹۸۵	۰/۹۹۴	/۹۷۱
۲۰-در صورت رخداد حاملگی ناخواسته در شما کدام یک از موارد زیر را انجام می دهید	۰/۹۷۹	۰/۹۹۳	۰/۹۳۵
۲۱-کدامیک از موارد زیر به نظرات شما در مورد انجام سقط در ایران نزدیک است؟	۰/۹۹۴	۰/۹۹۸	۰/۹۸۱
۲۲-آیا تا به حال نام داروهایی که باعث ایجاد سقط می‌شوند را شنیده‌اید؟	۱	۱	۱
۲۳- آیا فکر می کنید داروهای سقط آور در ایران موجود هستند؟	۱	۱	۱
۲۴-آیا فکر می کنید داروهای سقط آور باید در ایران موجود باشد؟	۱	۱	۱
۲۵-آیا شما و همسرتان استفاده از داروهای سقط آور را در صورت نیاز، مَد نظر قرار خواهید داد؟	۱	۱	۱
۲۶-اگر در باروری مشکل داشته باشید، موانع دریافت خدمات مربوط به ناباروری به نظر شماچه خواهد بود؟	۰/۷۴۰	۰/۹۱۶	۰/۱۸۹
دامنه اطلاعات بهداشت باروری			
۲۷- میزان دانش شما در مورد مسائل جنسی و بهداشت باروری چقدر است؟	۱	۱	۱
۲۸- چقدر در مدرسه به شما در موارد زیر آموزش داده شده است؟	۰/۹۱۳	۰/۹۶۷	۰/۸۲۸
۲۹- به جز مواردی که شما در مدرسه یاد گرفته‌اید، سه منبع مهم و اصلی دیگر که بیش ترین اطلاعات در مورد مدیریت باروری (انتخاب روش جلوگیری از بارداری و باردار شدن) را در اختیار شما قرار می دهند، کدامند؟	/۷۷۰	۰/۹۲۶	/۲۸۲
دامنه پیشگیری از بارداری			
۳۰- روش پیشگیری از بارداری شما در اولین باری که نزدیکی داشته‌اید، یا در حال حاضر در حال استفاده از آن هستید و یا این که تا به حال از آن استفاده کرده‌اید، چیست؟	۰/۷۶۹	۰/۸۷۵	۰/۴۹۸
۳۱- اگر شما در حال حاضر برای پیشگیری از بارداری از روش خاصی استفاده می کنید، میزان رضایتمندی شما از این روش چقدر است؟	۰/۹۸۹	۰/۹۹۱	۰/۷۸۹
۳۲-چنانچه در حال حاضر از بارداری پیشگیری می کنید، آیا روش شما...؟	۰/۸۷۴	۰/۹۵۳	۰/۷۴۶
۳۳-اگر در حال حاضر از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنید، لطفاً علت آن را توضیح دهید؟	۱	۱	۱
۳۴-فکر می کنید در حال حاضر چقدر مساله پیشگیری از بارداری برای شما اهمیت دارد؟	۱	۱	۱
دامنه بینش و تجربه شما در مدیریت باروری			
۳۵- به طور کلی فکر می کنید چه کسی باید مسئولیت پیشگیری از بارداری را به عهده بگیرد؟	۰/۹۸۲	۰/۹۹۴	۰/۹۴۵
۳۶- به طور کلی چقدر در موقع صحبت کردن در مورد روش‌های پیشگیری با همسرتان احساس راحتی می کنید؟	۱	۱	۱
۳۷- چقدر در موقع سوال کردن در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با همسرتان احساس راحتی می کنید؟	۱	۱	۱
۳۸- با توجه به پیشرفت روش‌های پیشگیری از بارداری، تعدادی از آن‌ها طولانی اثر و موثرتر از روش‌های قبلی پیشگیری از بارداری هستند. در این سوالات می‌خواهیم نظر شما را در مورد روش‌های جدید پیشگیری از بارداری بدانیم.	۰/۹۴۹	۰/۸۴۲	۰/۹۸۴
۳۹- فکر می کنید موارد زیر بر توانایی باردار ی زنان در آینده به چه میزان تاثیر گذارباشد؟	۰/۹۱۰	۰/۸۲۱	۰/۹۶۶
۴۰- آیا فکر می کنید در یک دوره عادت ماهیانه در بعضی روزها در صورت عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری امکان بارداری بیش تر باشد؟	۰/۹۳۴	۰/۹۷۵	۰/۸۷۱
۴۱- اگر پاسخ به سوال فوق بلی می باشد، احتمال بارداری در کدام روزها بیش تر است؟	۱	۱	۱
۴۲- فکر می کنید در رده‌های مختلف سنی زنان چه مدت طول می کشد تا حاملگی رخ دهد؟	۰/۹۹۸	۰/۹۹۹	۰/۹۸۹
۴۳- آیا به نظر شما قابل قبول است که یک زن با سن بالای ۴۵ سال بر باردار شدن اقدام نماید؟	۰/۹۷۹	۰/۹۹۳	۰/۹۳۳
۴۴- فکر می کنید برای یک مرد تا چه سنی بچه دار شدن قابل قبول است؟	۰/۹۹۶	۰/۹۹۹	۰/۹۸۹
۴۵- فکر می کنید باروری در مردان و زنان از چه سنی شروع به کاهش می کند؟	۰/۹۹۶	۰/۹۹۹	۰/۹۸۸
۴۶- به عقیده شما عامل ناباروری به کدامیک از موارد زیر مربوط می باشد؟	۰/۹۴۱	۰/۹۸۱	۰/۸۱۶
۴۷- وقتی درمان‌های ناباروری مثل IVF (کاشتن جنین در رحم با استفاده از لقاح آزمایشگاهی) نیاز باشد، فکر می کنید... ؟	۰/۹۸۸	۰/۹۹۶	۰/۹۶۲
۴۸- آیا شانس باردار شدن با روش های کمک باروری مانند IVF (کاشتن جنین در رحم با استفاده از لقاح آزمایشگاهی) در زنانی که در اواخر دهه ۳۰ یا اوایل دهه ۴۰ زندگیشان می باشند، همانند شانس باردار شدن آن ها به صورت طبیعی در زمانی که جوان تر بوده اند، می باشد؟	۱	۱	۱
۴۹- آیا در ایران بایستی زنان برای ذخیره تخمک (فریز بخشی از تخمک ها در بانک های بیولوژیک) برای استفاده در آینده تشویق شوند؟	۰/۸۹۴	۰/۶۷۱	۰/۹۶۶
دامنه تجربه جنسی			
۵۰- شما در چند سالگی اولین نزدیکی را تجربه کردید؟	۰/۹۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۶۸
۵۱- اولین نزدیکی خودتان را چگونه توصیف می کنید؟	۱	۱	۱
۵۲-همسرشما در اولین باری که نزدیکی داشتید، چند ساله بود؟	۰/۹۸۹	۰/۹۹۶	۰/۹۶۵
۵۳- آیا تا به حال تحت فشار مرد یا زنی دیگر به داشتن نزدیکی ترغیب شده‌اید یا این که نگران این مسئله بوده‌اید؟	۰	۰	۰
۵۴- آیا نزدیکی ناخواسته توسط کسی بود که:	۰	۰	۰
دامنه تلاش برای باردارشدن			
۵۵- آیا برای باردارشدن تلاش کردید و یا بارداری داشته‌اید؟	۱	۱	۱
۵۶- شما زمانی که برای اولین بار برای بارداری تلاش می کردید، چند ساله بودید؟	۱	۱	۱
۵۷- در اولین باری که شما برای بارداری سعی می کردید، آیا فکر می کردید حامله شدن چگونه باشد؟	۰/۹۸۵	۰/۹۹۵	۰/۹۵۵
دامنه مشکلات باروری			
۵۸- آیا شما تاکنون بارداری داشته‌اید؟	۱	۱	۱
۵۹- آیا شما (در حال حاضر یا در گذشته) تشخیص ناباروری داشته‌اید؟	۱	۱	۱
۶۰- بعضی از مردم تنها یک کودک دارند (یا بیش تر) اما برای باردار شدن مجدد مشکل پیدا می کنند. آیا شما در حال حاضر برای بارداری دومین و (یا سومین) بچه مشکل دارید؟	۰/۹۲۹	۰/۹۷۷	۰/۷۸۰
۶۱- وقتی تلاش شما برای باردار شدن موفقیت‌آمیز نبود، متعاقباً چه اقداماتی برای حاملگی انجام دادید؟	۰/۹۴۵	۰/۹۸۶	۰/۵۶۸
۶۲- آیا با فردی در مورد این که چه کاری برای بارداری انجام دهید، مشاوره داشتید؟	۰/۹۴۵	۰/۹۸۶	۰/۵۶۸
۶۳- قبل از این که شما با یک پزشک مشورت کنید، چقدر سعی کردید تا باردارشوید؟	۰/۹۴۵	۰/۹۸۶	۰/۵۶۸
برنامه باروری شما وتاریخچه آن			
۶۴- تعداد فرزند ایده‌آل شما چندتاست؟	۱	۱	۱
۶۵- ایده‌آل همسر شما چند فرزند است؟	۱	۱	۱
۶۶- در واقعیت فکر می کنید، چندتا بچه خواهید داشت (این شامل همه بچه‌های قبلی شما نیز می‌باشد	۱	۱	۱
۶۷- اگر می‌خواهید که بچه یا بچه‌های دیگری داشته باشید، تمایل دارید چه زمانی بچه بعدی را داشته باشید؟	۱	۱	۱
۶۸- چند بار موارد زیر برای شما اتفاق افتاده است؟	۰/۷۹۰	۰/۸۹۴	۰/۶۶۵
۶۹- چندبار ازدواج کردید و از چند همسر تا کنون باردار شده اید؟	۱	۱	۱
۷۰- شما وقتی باردار شدید، چند سال داشتید؟	۰/۹۹۸	۱	۰/۹۹۸
۷۱- نتایج این بارداری ها چه بودند؟	۱	۱	۱
۷۲- این حاملگی شما چطور اتفاق افتاد؟	۰/۸۸۹	۰/۹۵۹	۰/۷۷۲
۷۳- قبل از این که این بارداری اتفاق بیفتد، فکر می کردید اینقدر راحت باردارشوید؟	۰/۸۴۶	۰/۹۴۳	۰/۶۸۵
۷۴- اگر شما برای بارداری تلاش کردید، چقدر طول کشید تا بارداری رخ دهد؟	۱	۱	۱
۷۵- شما برای رخداد این بارداری چه کاری انجام داده‌اید؟	۱	۱	۱
۷۶- آیا کادر بهداشتی-درمانی در مورد روش‌های پیشگیری بعد از بارداری‌های زیر مشاوره ای با شما داشتند؟	۱	۱	۱
۷۷- آیادر زمان نزدیکی که منجر به حاملگی ناخواسته شد، فکر می کردید که خطر حاملگی ناخواسته وجود داشته باشد؟	۰/۸۸۹	۰/۹۵۹	۰/۶۶۵
۷۸- اگر تمایل به بارداری نداشتید، فکر می کنید علت باردار شدن شما چه بوده است؟	۰/۶۵۴	۰/۸۶۹	۰/۳۱۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره ۲: نتایج ارزیابی پایایی پرسشنامه در بعد تکرارپذیری به تفکیک دامنه ها

	Intraclass correlation coefficient (ICC)		
دامنه های پرسشنامه	Mean	Maximum	Minimum
مراقبت های بهداشتی (۲۶-۱۷ سوال)	۰/۹۱۵	۰/۹۶۹	۰/۸۳۶
اطلاعات بهداشت باروری (۲۹-۲۷ سوال)	۰/۸۱۷	۰/۹۱۱	۰/۶۵۶
پیشگیری از بارداری(۳۴-۳۰ سوال)	۰/۷۱۵	۰/۸۳۹	۰/۵۹۹
بینش و تجربه شما در مدیریت باروری (۳۷-۳۵ سوال)	۰/۹۰۶	۰/۹۶۴	۰/۸۱۹
تجربه جنسی (۴۹-۳۸ سوال)	۰/۶۱۳	۰/۸۵۵	۰/۴۹۹
تلاش برای باردارشدن (۵۴-۵۰ سوال)	۰/۹۸۷	۱	۰/۸۱۲
مشکلات باروری (۵۷-۵۵ سوال)	۰/۷۰۲	۰/۸۸۸	۰/۴۷۶
برنامه باروری (۶۳-۵۸ سوال)	۰/۹۱۹	۰/۹۷۹	۰/۸۹۹
کل پرسشنامه (۷۸- ۶۴ سوال)	۰/۸۴۵	۰/۹۸۶	۰/۶۸۹

یافته ها

میانگین سن مردان در پژوهش ۱/۶± ۳۶/۵ سال بود. مردان مطالعه از نظر سنی به سه گروه تقسیم شدند. اکثریت مردان با ۷۲ درصد به گروه سنی ۴۰-۲۵ سال و کم‌ترین مردان با ۱/۶ درصد در گروه سنی ۲۵-۱۵ تعلق داشتند. ۸۱/۷ درصد مردان تحصیلات دیپلم و کم‌تر از دیپلم داشتند. ۹۹/۴ درصد از مردان در پژوهش، شاغل بودند. ۹۲/۹ درصد از مردان یکبار ازدواج کرده بودند. ۷۶/۵ درصد از همسر مردان به‌گروه سنی ۴۰-۲۶ سال تعلق داشتند. ۹۶/۱ درصد از مردان مذهب شیعه داشتند و ۷۶/۳ درصد از مردان از وضعیت مالی و جسمانی خود رضایت نسبی داشتند و مدت زمان تاهل مردان از یک ماه تا ۳۹۶ ماه متفاوت بود. ۲/۷۶ درصد افراد پژوهش، ملیت افغانی داشتند. ۱۰۰درصد مردان هیچ‌آموزشی درخصوص روش‌های پیشگیری از بارداری در مدرسه دریافت نکرده بودند. ۹۵/۱ درصد از مردان تجربه باروری در همسرانشان داشتند. ۳۷/۱ درصد از مردان با سابقه باروری حداقل یک بار تجربه بارداری ناخواسته را در همسر خود گزارش کردند.

بیش‌ترین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده مردان در حال حاضر، روش طبیعی با ۳۷/۱ درصد، کاندوم ۳۵/۳ درصد و IUD ۳/۸ درصد، کم‌ترین روش‌ها مورد استفاده شامل ۴/۳ درصد توبکتومی، ۰/۸ درصد آمپول دپومدروکسی پروژسترون و ۲ درصد وازکتومی گزارش شد. عوامل تک متغیره مرتبط با بارداری ناخواسته در جدول‌شماره۳ گزارش شد. گروه سنی مردان شرکت کننده در مطالعه با حاملگی ناخواسته ارتباط معنی‌داری داشت (p =۰/۰۱۷). بیش‌ترین حاملگی ناخواسته با ۴۵/۹ درصد را مردان در گروه سنی ۴۰ سال و بیش‌تر و کم‌ترین حاملگی ناخواسته درگروه سنی ۳۰-۱۸ سال با ۳۱ درصد گزارش شد.

سن اولین ازدواج مردان با باروری ناخواسته در گروه سنی ۲۰-۱۵ سال با ۵۶/۸ درصد بیش‌ترین و در گروه سنی ۴۰-۳۰ با ۲۱ درصد کم ترین ارتباط را نشان داد (p =۰/۰۰۱). ازدواج بیش از یک بار، ۵۵/۵ درصد با (p=۰/۰۲)، هم‌چنین عدم اهمیت مذهب در برنامه باروری ۴۴/۱ درصد با (p =۰/۰۰۱)، سن اولین باروری در گروه سنی ۱۵-۲۰ سال با ۶۶/۷ درصد با (p=۰/۰۰۱)، عدم اطمینان از ادامه تداوم زناشویی ۶۵ درصد با (p =۰/۰۰۸)، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری ۷۵ درصد با (p =۰/۰۰۱)، داشتن سه فرزند زنده و بیش‌تر با ۶۶/۱ درصد با (p =۰/۰۰۱)، عدم رضایت از روش پیشگیری ۴۷/۶ درصد با (p =۰/۰۴)، اولین تماس جنسی با شریک جنسی ۴۴/۴ درصد با (p =۰/۰۰۷)، سن اولین تماس جنسی۴۶/۱ درصد با (p =۰/۰۰۲) با باروری ناخواسته ارتباط نشان دادند (جدول شماره ۳). در تجزیه و تحلیل مدل‌های رگرسیون لجستیک چند متغیره، عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته، ازدواج بیش از یکبار مردان (CI = 95% ۱/۰۷-۷/۱۳) ۲/۷۴، عدم اطمینان از تداوم روابط زناشویی (CI= 95% ۰/۰۸-۰/۸۱) ۰/۲۵، عدم راحتی استفاده از روش‌پیشگیری (CI= 95% ۱/۹۵-۵۱/۹۱) ۱۰/۰۶، داشتن دو فرزند زنده (CI= 95% ۱/۳۷-۴/۰۹) ۲/۳۷، داشتن۳ فرزند زنده و بیش‌تر(CI=95% ۱/۸۲-۱۰/۹۹) ۴/۴۷ مشخص شد (جدول شماره ۴).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره ۳: مشخصات فردی و توزیع فراوانی ۵۰۷ مرد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران

متغیرهای تحقیق	تعداد مردان (۵۰۷) درصد (۱۰۰)	متغیرهای پژوهش	تعداد (۵۰۷) درصد(۱۰۰ درصد)
سن، سال، دامنه	۶/۱ ± ۳۶/۵ (۴۹ -۲۳)	دانش باروری	
سن		خوب	۱۰ (۱/۹)
۱۵-۲۵	۸ (۶/۱)	بد	۴۹۷ (۹۸/۰۲)
۲۶-۴۰	۳۶۶ (۷۲)	سابقه باروری	
۴۰<	۱۳۳ (۲۶/۲)	خیر	۲۵ (۴/۹)
تحصیلات		بله	۴۸۲ (۹۵/۱)
دیپلم وپایین تر	۴۱۴ (۸۱/۷)	سابقه باروری ناخواسته	
دیپلم و بالاتر	۹۳ (۱۸/۳)	یکبار	۳۱۹ (۶۲/۹)
شاغل		بیش از یکبار	۱۸۸ (۷۱/۱)
بله	۵۰۴ (۹۹/۴)	روش پیشگیری از بارداری در حال حاضر	
خیر	۳ (۰/۶)	طبیعی	۱۸۸ (۳۷/۱)
تعدد ازدواج		کاندوم	۱۷۹ (۳۵/۳)
یکبار	۴۷۱ (۹۲/۹)	قرص های خوراکی	۱۹ (۳/۷)
بیش تر از یکبار	۳۶ (۷/۱)	آی یو دی	۲۷ (۵/۳)
سن همسر		دپو مدروکسی پروژسترون تزریقی	۴ (۰/۸)
۱۵-۲۵	۸۰ (۱۵/۸)	توبکتومی	۲۲ (۴/۳)
۲۶-۴۰	۳۸۸ (۷۶/۵)	وازکتومی	۱۰ (۲)
۴۰<	۳۹ (۷/۷)	هیچ روشی نداریم	۵۸ (۱۱/۴)
تحصیلات همسر		در دو سال گذشته مشاوره ازپرسنل بهداشتی در خصوص روش های پیشگیری از بارداری دریافت کرده اید؟	
دیپلم وپایین تر	۳۶۸ (۷۲/۶)	بله	۴۵ (۸/۹)
دیپلم و بالاتر	۱۳۹ (۲۷/۴)	خیر	۴۶۲ (۹۱/۱)
مذهب		به راحتی از پرسنل بهداشتی پرسش های خود را در خصوص روش های پیشگیری از بارداری می پرسید؟	
شیعه	۴۸۷ (۹۶/۱)	نمی پرسم	۱۱۷ (۲۳/۱)
سنی	۲۰ (۳/۹)	راحتم	۲۴۹ (۴۹/۱)
رضایت از وضعیت مالی		ناراحتم	۱۴۱ (۲۷/۸)
خیلی زیاد	۵۴ (۱۰/۷)	سابقه سقط	
متوسط	۳۸۷ (۷۶/۳)	خیر	۴۴۱ (۹۱/۴)
خیلی کم	۶۶ (۱۳)	بله	۴۱ (۸/۶)
رضایت از سلامت جسمانی		آموزش روش های پیشگیری از بارداری در مدرسه دریافت کردید؟	
خوب	۵۴ (۱۰/۷)	خیلی کم	۰
نه خوب نه بد	۳۸۷ (۷۶/۳)	تدریس نشد	۵۰۷ (۱۰۰)
بد	۶۶ (۱۳)	به نظر شما در حال حاضر جلوگیری از بارداری اهمیت دارد؟	
		خیلی مهم	۳۹۶ (۷۸/۱)
		بی اهمیت	۱۱۱ (۲۱/۹)
		به نظر شما مسئولیت پیشگیری از بارداری با کیست؟	
		زن	۳۸ (۷/۵)
		مرد	۹۵ (۱۸/۷)
		هر دو	۳۶۵ (۷۲)
		احساس راحتی در صحبت کردن در خصوص روش های پیشگیری از بارداری با همسر خود دارید؟	
		خیلی راحت	۴۶۷ (۹۲/۱)
		خیلی ناراحت	۴۰ (۷/۹)

جدول شماره ۴: مقایسه متغیرهای دموگرافیک ودانش، تاریخچه باروری با و بدون بارداری ناخواسته و تحلیل رگرسیون لجستیک تک متغیره وچند متغیر ۵۰۷ مرد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران

متغیرهای پژوهش	عدم بارداری ناخواسته (تعداد=۳۱۹)	سابقه بارداری ناخواسته (تعداد=۱۸۸)	سطح معنی داری	نسبت شانس تطبیق داده شده با حدود اطمینان ۹۵ درصد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
سن			۰/۰۱		
۱۸-۳۰	۶۰(۶۹)	۲۷(۳۱)		۱	۱
۳۱-۴۰	۱۸۷(۶۵/۲)	۱۰۰(۳۴/۸)		۱/۱۹(۰/۷۱-۱/۹۹)	۰/۸۱(۰/۳۹-۱/۶۶)
۴۰<	۷۲(۵۴/۱)	۶۱(۴۵/۹)		۱۰/۸۸(۱/۰۷-۳/۳۲)	۰/۸۷(۰/۳۸-۲/۰۸)
سن اولین ازدواج			۰/۰۰۱		
۱۰-۲۰	۱۹(۴۳/۲)	۲۵(۵۶/۸)		۱	۱
۲۱-۳۰	۲۵۱(۶۲/۶)	۱۵۰(۳۷/۴)		۰/۴۵(۰/۲۴-۰/۸۵)	۰/۸۶(۰/۳۳-۳/۱۶)
۳۱-۴۰	۴۹(۷۶)	۱۳(۲۱)		۰/۲(۰/۰۹-۰/۴۷)	۱/۰۷(۰/۹۳-۵/۳۶)
تعدد ازدواج			۰/۰۲		
یکبار	۳۰۳(۶۴/۳)	۱۶۸(۳۵/۷)		۱	۱
بیش از یک بار	۱۶(۴۵/۷)	۲۰(۵۵/۵)		۲/۲۵(۱/۱۴-۴/۴۸)	۲/۷۴(۱/۰۷-۷/۱۳)
اهمیت مذهب در موضوعات باروری			۰/۰۰۱		
مهم هست	۱۷۳(۷۰/۳)	۷۳(۲۹/۷)		۱	۱
مهم نیست	۱۴۶(۵۵/۹)	۱۱۵(۴۴/۱)		۱/۸۷(۱/۲۹-۲/۶۹)	۱/۵۷(۰/۹۹-۲/۴۹)
اولین سن باروری			۰/۰۰۱		
۱۰-۲۰	۶(۳۳/۳)	۱۲(۶۶/۷)		۱	۱
۲۱-۳۰	۱۹۱(۵۸/۱)	۱۳۸(۴۱/۹)		۰/۳۶(۰/۱۳-۰/۹۹)	۰/۴۴(۰/۷-۲/۳۸)
۳۱-۴۹	۹۷(۷۱/۹)	۳۸(۲۸/۱)		۰/۲(۰/۶۹-۰/۵۶)	۰/۲۹(۰/۰۴-۲/۱۲)
تداوم زندگی زناشویی			۰/۰۰۸		
برای همیشه	۷(۳۵)	۱۳(۶۵)		۱	۱
مطمئن نیستم تا کی	۳۱۲(۶۴/۲)	۱۷۴(۳۵/۸)		۰/۳(۰/۱۲-۰/۷۷)	۰/۲۵(۰/۰۸-۰/۸۱)
راحتی استفاده از روش پیشگیری			۰/۰۰۱		
بله	۲۶۵(۶۶/۱)	۱۳۶(۳۳/۹)		۱	۱
خیر	۴(۲۵)	۱۲(۷۵)		۵/۸۴(۱/۸۵-۱۸/۴۷)	۱۰/۰۶(۱/۹۵-۵۱/۹۱)
داشتن تعداد فرزند زنده					
یک فرزند	۱۳۴(۵/۷۷)	۳۹(۲۲/۵)	۰/۰۰۱	۱	۱
دو فرزند	۱۳۱(۵۸)	۹۵(۴۲)		۲/۴۹(۱/۶-۳/۸۸)	۲/۳۷(۱/۳۷-۴/۰۹)
سه فرزند	۲۰(۳۳/۹)	۳۹(۶۶/۱)		۶/۷(۳/۵۱-۱۲/۷۹)	۴/۴۷(۱/۸۲-۱۰/۹۹)
رضایت از روش پیشگیری از بارداری			۰/۰۴		
کاملا راضیات دارم	۲۶۵(۵۶/۵)	۲۰۴(۴۳/۵)		۱	۱
رضایت دارم	۴۹۷(۶۰/۸)	۳۲۱(۳۹/۲)		۱/۷۳(۰/۱-۳/۰۲)	۰/۹۱(۰/۴۸-۱/۷۴)
رضایت ندارم	۱۲۲(۵۲/۴)	۱۱۱(۴۷/۶)		۱/۵۹(۱-۲/۵۴)	۰/۹۲(۰/۰۰۱-۱۳۸/۸)
اولین تماس جنسی					
همسر	۲۱۰(۶۷/۵)	۱۰۱(۳۲/۵)	۰/۰۰۷	۱	۱
غیر همسر	۱۰۹(۵۵/۶)	۸۷(۴۴/۴)		۱/۶۶(۱/۱۵-۲/۴)	۱/۷۱(۰/۹۳-۳/۱۱)
سن اولین تماس جنسی					
۱۰-۲۰	۹۰(۵۳/۹)	۷۷(۴۶/۱)	۰/۰۰۲	۱	۱
۲۱-۳۰	۲۹۶(۶۵/۸)	۱۰۷(۳۴/۲)		۰/۶۱(۰/۴۱-۰/۸۹)	۰/۹۲(۰/۴۸-۱/۷۴)
۳۱-۴۰	۲۳(۸۵/۲)	۴(۱۴/۸)		۰/۲(۰/۰۷-۰/۶۱)	۰/۴۶(۰/۰۹-۲/۳۸)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

بحث

نتایج در این مطالعه، اطلاعات به روز از فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن، در مردان متاهل ۴۹- ۱۵ ساله جنوب شهر تهران گزارش شده است. بیش از یک سوم از مردان پژوهش تجربه بارداری ناخواسته را با همسر خود را گزارش کردند، هم چنین از عوامل مرتبط با باروری ناخواسته می توان به تعدد ازدواج بیش از یکبار، عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری از بارداری و تعداد فرزند زنده بیش از یکی، اشاره کرد. شیوع بارداری ناخواسته، در مطالعات مقطعی انجام شده از سال ۲۰۱۲ تا سال ۲۰۱۸ در شهرهای مختلف کشور متفاوت گزارش شده است. قابل ذکر است که در تمام مطالعات، گروه هدف مطالعه را فقط زنان تشکیل می‌دادند. به طوری که بیش‌ترین بارداری ناخواسته مطالعه کیانی در سال ۲۰۱۳ در شهر مشهد(۱۸) ۲۹/۵ درصد، مطلق در سال ۲۰۱۳ در شش شهر بزرگ ایران ۳۰ درصد(۱۳)، مطالعه نمازی در سال۲۰۱۴ در شهر رشت ۴۹/۳ درصد(۱۲)، مطالعه ولی پور در سال ۲۰۱۵ در شهر یزد ۳۸/۹ درصد(۱۹) و مطالعه ابراهیمی‌زاده درسال ۲۰۱۵ درشهر خرم‌آباد ۳۲/۳ درصد(۲۰)، گزارش شد. کم‌ترین شیوع حاملگی ناخواسته در مطالعه شهبازیان در سال ۲۰۱۵ در کرمانشاه ۲۱/۷ درصد(۲۱)، جراحی در سال ۲۰۱۵ در سرخس مشهد ۲۱/۷ درصد(۲۲)، اسدی سروستانی در سال ۲۰۱۶ در شهر شیراز ۱۷ درصد(۲۳)، رزاقی نصرآباد در سال ۲۰۱۸ در شهر سمنان ۱۰/۵ درصد(۱۴)، در مطالعه میرزاپور در سال ۲۰۱۷ در شهر تهران ۱۹/۲ درصد(۲۴) و مطالعه Rowe در سال ۲۰۱۶ در کشور استرالیا با گروه هدف زنان و مردان شیوع بارداری ناخواسته را ۴۰ درصد گزارش کرد(۲۶).

محمدهاتف حبیب در سال ۲۰۱۷ در کشور پاکستان (گروه هدف زنان) ۳۸/۲ درصد(۲۷) و Wellings و همکاران در سال ۲۰۱۳ در کشور بریتانیا (گروه هدف زنان) ۱۶/۲ درصد(۷)، Kågesten درسال۲۰۱۴ درفرانسه شیوع بارداری ناخواسته در مردان را ۲۰ درصد گزارش کردند(۲۸).

طبق آمار جهانی، شیوع بارداری ناخواسته در قاره آسیا در سال ۲۰۱۰ تا سال ۲۰۱۴ از ۳۶ درصد تا ۴۴ درصد گزارش شده است(۲۹). فراوانی بالای بارداری ناخواسته در مطالعه حاضر با سایر مطالعات در سطح کشور به جهت تفاوت مهم در نوع جمعیت پژوهش می‌باشد. در مطالعه حاضر مردان و در سایر مطالعات ایرانی فقط زنان مورد پژوهش قرار گرفتند. تعداد نمونه، گروه هدف (زنان)، تفاوت محیط پژوهش، فرهنگ شهرستان‌ها و موقعیت اجتماعی و اقتصادی مردم پژوهش از سایر موارد قابل ذکر می‌باشد. فراوانی باروری ناخواسته مطالعه حاضر با آمار جهانی همخوانی دارد و نسبت به کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه افزایش نشان می‌دهد که برای سلامت مادران و کودکان تهدید جدی به شمار می‌آید. شایان ذکر است که فراوانی باروری ناخواسته در مردان بیش از ۳۷ درصد می‌باشد، چرا که مردان باروری را تجربه نمی‌کنند و از طریق اطلاع رسانی همسر یا شریک جنسی متوجه باروری می‌شوند، ممکن است اطلاعات به درستی از سوی همسران انتقال داده نشود یا با سقط خاتمه پیدا کند(۳۱).

دومین یافته مهم مطالعه حاضر، متغیر ازدواج بیش از یکبار در مردان است که با بارداری ناخواسته همراه بود. معمولاً با شروع رابطه جنسی جدید و هیجانات جنسی، معمولاً استفاده از روش پیشگیری فراموش می‌شود (در اولین رابطه، اکثریت باروری‌ها ناخواسته گزارش می‌شوند) یا به دلیل عدم استفاده صحیح از روش پیشگیری، احتمال بارداری افزایش می یابد. گاهی اوقات به دلیل نشان دادن صمیمیت بین زوجین، روش پیشگیری استفاده نمی‌شود(۳۲)؛ لذا احتمال بارداری ناخواسته افزایش می‌یابد(۳۳). یافته سوم، عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی که با بارداری ناخواسته ارتباط معکوس نشان داد، می باشد که در واقع نقش محافظتی دارد. در سایر مطالعات هم گزارش شده که تعارضات زناشویی و عدم اطمینان از تدوام روابط زناشویی بر کاهش یا عدم رابطه جنسی تاثیر دارد و زوجین به دلیل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

طلاق عاطفی سعی می‌کنند وارد رابطه عاطفی یک بارداری قرار نگیرند(۳۴). اما در سایر مطالعات، افزایش دهنده بارداری ناخواسته گزارش شده است(۳۵). شاید به دلیل عدم ارتباط مناسب، زوجین فکر می‌کنند طرف مقابل در حال استفاده از روش پیشگیری می‌باشد و یا نسبت به شریک جنسی تعهدی ندارد، لذا بارداری ناخواسته حائز اهمیت نیست. مردان در روابط زناشویی پایدار اغلب از روش پیشگیری قابل اطمینان استفاده می‌کنند(۳۵).

یافته چهارم مطالعه حاضر، عدم راحتی در استفاده از روش پیشگیری از بارداری به عنوان عامل خطر بارداری ناخواسته در نظرگرفته شده است. بیش‌ترین احتمال بارداری ناخواسته همزمان با استفاده از روش منقطع، کاندوم و قرص گزارش شده است(۲). احتمال خطا معمولاً در شش‌ماهه اول استفاده از روش افزایش می‌یابد(۳۳). عدم استفاده صحیح و مهارت لازم، شانس بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد. استفاده از روش‌های طولانی‌اثر از جمله آمپول مدروکسی‌پروژسترون و آی‌یودی یا روش‌های دائمی توبکتومی و وازکتومی که نیاز به مهارت استفاده کننده ندارد، شانس بارداری ناخواسته را کاهش می دهد. در صورت آگاهی از مکانسیم عملکرد روش پیشگیری، احتمال بارداری ناخواسته به صفر درصد می‌رسد(۳۶). هم‌چنین تغییر روش پیشگیری و استفاده از روش جدید، شانس بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد(۳۷). یافته پنجم مطالعه حاضر، ارتباط تعداد بیش از یک فرزند زنده با بارداری ناخواسته گزارش شد. در توضیح این یافته مطالب ذیل قابل ذکر است: در زندگی کشاورزی، فرزندان بهترین و ارزشمندترین سرمایه‌های هر خانواده به شمار می رفتند از جمله نیروی کار، منبع امرار معاش والدین و در زمان سالمندی، پرستار و حامی والدین سالمند خود بودند. افزایش تعداد فرزندان در حکم افزایش سرمایه آن خانوار در نظر گرفته می‌شد. در فرایند صنعتی شدن و توسعه شهرنشینی و بالارفتن تحصیلات، ابتدا باعث کاهش مرگ و میر و بعدها نیز منجر به کاهش تمایل به باروری شد، تعداد فرزند نه تنها سرمایه محسوب نمی‌شود، بلکه از یک طرف با تحمیل هزینه های سنگین برای والدین به دلیل آموزش و پرورش فرزندان و از طرف دیگر منافع فرزندان دیگر کاهش می‌یابد. در نتیجه، انگیزه والدین برای داشتن فرزند بسیار کم‌تر می‌شود(۳۸، ۳۹). یافته‌های مطالعات جویس و بونگارت با این یافته هم‌سو بود(۴۱،۴۰). با توجه به وضعیت اقتصادی اجتماعی و تحصیلات مردان پژوهش (فقط ۱۸ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند) که اکثراً کارگران روز مزد بودند، تامین مسکن و معاش خانواده با ابعاد بزرگ تر، سخت و در بعضی مواقع غیر ممکن می‌باشد، می‌تواند کامل کننده توضیح این متغیر باشد "افزایش تعداد فرزند بیش از یکی، باروری ناخواسته تلقی می‌شود".

محدودیت های مطالعه

از نقاط ضعف مطالعه می‌توان به مقطعی بودن مطالعه اشاره کرد. افراد شرکت کننده در مطالعه ملیت ایرانی و افاغنه داشتند، این گروه (افاغنه) با توجه به مشکلات اقتصادی اجتماعی بیش‌تر، امکانات و تسهیلات کم‌تر، گروه ویژه‌ای هستند، نتایج داده‌ها به دلیل ناکافی بودن حجم نمونه افاغنه (۱۴ مرد) امکان قدرت مطالعه کافی را نداشت و تعمیم متغیر و عوامل مرتبط، نتایج به این گروه امکان پذیر نبود.

نقاط قوت مطالعه

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱- اولین مطالعه در خصوص باروری ناخواسته در مردان در کشور ایران بود؛ البته در کشورهای دیگر هم مطالات اندکی انجام شده است. ۲- بعد از گذشت چهار سال از تغییر سیاست فرزندآوری، اولین مطالعه در جنوب و حاشیه شهر تهران بود که به بررسی فراوانی باروری ناخواسته و عوامل مرتبط با آن پرداخته است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

۳- تعداد متغیرهای بیش تری مورد تحلیل قرار گرفت. ۴- از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره در تحلیل آماری استفاده شد. ۵- با توجه به محیط نمونه-گیری (جنوب و حاشیه تهران)، مردم این منطقه با مشکلاتی از قبیل وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و مشکلات شغلی (کارگر و روزمزد) و مکان سکونت نامناسب و استیجاری مواجه هستند، لذا بررسی فراوانی باروری ناخواسته و بررسی وضعیت باروری آن ها نسبت به سایر افراد می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری از وضعیت باروری ناخواسته شهر تهران در اختیار ما قرار دهد. ۶- مطالعه ما با نمونه‌گیری از ۶۰ مرکز و دو خانه بهداشت از ۱۰۹ مرکز و خانه بهداشت، مرکز بهداشت جنوب که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. با توجه به افزایش فراوانی بارداری ناخواسته در مردان، توجه به عوامل مرتبط می‌تواند در کاهش باروری ناخواسته و سقط خود خواسته موثر باشد. کلاس‌های مشاور قبل از ازدواج و مراکز بهداشتی درمانی، مکان مناسب جهت آموزش روش های پیشگیری از بارداری برای مردان می‌تواند باشد. افرادی که بار دوم یا بیش ترازدواج می‌کنند، بهتر است آموزش روش‌های پیشگیری را دریافت کنند. ازدواج مجدد آن ها بر آگاهی مناسب آن‌ها تلقی نشود. هم‌چنین آموزش مهارت فردی، مزایا و معایب استفاده از روش پیشگیری می‌تواند در راحتی استفاده از روش پیشگیری کمک رسان باشد. در افرادی که عدم راحتی در استفاده از روش دارند، بهتر است از روش های طولانی‌الاثر (آمپول مدروکسی‌پروژسترون و آی‌یودی) که توسط پرسنل دوره دیده ارایه خدمت می‌شود، استفاده کنند. در صورت عدم تمایل به باروری مجدد، عوارض بارداری ناخواسته و سقط برای مردان با بیش از یک فرزند آموزش داده شود و مشاوره کامل روش های پیشگیری دریافت کنند.

پیشنهاد می‌شود آموزش باروری و جنسی در برنامه مراقبت فردی مردان قرار گیرد تا آگاهی لازم و مناسب بدون واسطه انتقال داده شود. برای استفاده بهینه از پژوهش در بالین و سیاست آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری به مردان توصیه می‌شود: آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری به مردان معمول نیست، هم چنین از ورود مردان متاهل به اتاق تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی ممانعت می‌شود، در بعضی مواقع که امکان ورود هست، فضای کافی برای آموزش نیست. لذا مراجعین مرد احساس راحتی در هنگام کسب اطلاعات لازم از خدمات مشاوره تنظیم خانواده را نمی‌کنند. بارداری ناخواسته از چالش‌های مهم بهداشتی کشور ایران بوده و هست. این چالش (کاهش بارداری ناخواسته) تا حدودی با برنامه‌ریزی و آموزش همگانی به زنان در سال های قبل محدود شده بود، اما با تغییر عملکرد تنظیم‌خانواده، این چالش می‌تواند غیر قابل کنترل و آسیب رسان باشد. برنامه تنظیم‌خانواده ایران، نیازمند حمایت، تدابیر هوشمندانه و مقتدارنه مسئوولین کشوری می‌باشد تا الگوی مناسب باروری سالم در مردان ترویج گردد.

References

1. Ebrahimzadeh F, Hajizadeh E, Vahabi N, Almasian M, Bakhteyar K. Prediction of unwanted pregnancies using logistic regression, probit regression and discriminant analysis. Med J Islam Repub Iran 2015; 29: 264 (Persian).
2. Moosazadeh M, Nekoeimoghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and metaanalysis. Int J Health Plann Manage 2014; 29(3): e277-e290.
3. Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M. Women's experiences of unwanted pregnancy. Behbood 2012; 15(6): 492-503.
4. Finlayson K, Downe S. Why do women not

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

use antenatal services in low-and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. PLoS Med 2013; 10(1): e1001373.

5. Amoako Johnson F, Madise NJ. Examining the geographical heterogeneity associated with risk of mistimed and unwanted pregnancy in Ghana. J Biosoc Sci 2009; 41(2): 249-267.
6. Finer LB, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001–2008. Am J Public Health 2014; 104(Supp,1): S43-S48.
7. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). Lancet 2013; 382(9907): 1807-1816.
8. Santelli JS, Lindberg LD, Orr MG, Finer LB, Speizer I. Toward a multidimensional measure of pregnancy intentions: evidence from the United States. Stud Fam Plann 2009; 40(2): 87-100.
9. Lindberg LD, Kost K. Exploring US men's birth intentions. Matern Child Health J 2014; 18(3): 625-633.
10. Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Jones J, Mosher WD. Fertility, contraception, and fatherhood: data on men and women from cycle 6 (2002) of the 2002 National Survey of Family Growth. Vital Health Stat 23 2006(26): 1-142.
11. Carter M, Kraft JM, Hock Long L, Hatfield Timajchy K. Relationship characteristics and feelings about pregnancy among Black and Puerto Rican young adults. Perspect Sex Reprod Health 2013; 45(3): 148-156.
12. Namazi A. The investigation of demographic variables associated with the phenomenon of unwanted pregnancy in Rasht. Nurs Vulnerables 2015; 2(2): 29-38 (Persian).
13. Motlaq ME, Eslami M, Yazdanpanah M, Nakhaee N. Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. Int J Gynecol Obstet 2013; 121(2): 157-161.
14. Razeghi H, Saadati M, Bagheri A. Factors Affecting Unplanned Pregnancy in Semnan Province, Iran. J Midwifery Reproduct Health 2018; 6(2): 1273-1281 (Persian).
15. Erfani A. Fertility in Tehran city and Iran: rates, trends and differentials. Popul Stud 2013; 1(1): 87-107 (Persian).
16. Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran's shift in family planning policies: concerns and challenges. Int J Health Policy Manag 2014; 3(5): 231-233.
17. Karamouzian M, Haghdoost AA, Sharifi H . Addressing the needs of sexual partners of people who inject drugs through peer prevention programs in Iran. Int J Health Policy Manag 2014; 2(2): 81-83.
18. Kiani MA,Vakili R,Khakshour A, Saeedi M, Mosavi Gagarmi SM. Prevalence of Unwanted Pregnancy and its Related Factors in Women Mashhad City in 2013. J North Khorasan Univ Med Sci 2013; 5(2): 421-419 (Persian).
19. Valipour M, Nodushan AA. Factors Pertaining to Unintended Pregnancy Amongst Women Visiting Healthcare Centers of Yazd City. JCHR 2015;4(2):128-137 (Persian).
20. Ebrahimzadeh F, Azarbar A, Almasian M, Bakhteyar K, Vahabi N. Predicting Unwanted Pregnancies among Multiparous Mothers in Khorramabad, Iran. Iran Red Crescent Med J. 2016;18 (12): e26994 (Persian)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

21. Shahbazin S, Gholamy A. Prevalence of Unintended Pregnancy and Its Related Factors in Kermanshah, Kangavar city (west Iran). J Commun Hezlth Res 2015; 4(1): 19-28 (Persian).
22. Jarahi L, Zavar A, Neamat Shahi M. Evaluation of the frequency of unwanted pregnancy and its related factors in the pregnant women of Sarakhs city. Iranian J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(124): 8-14 (Persian).
23. Sarvestani KA, Ahmadi A, Enayat H, Movahed M. Level and Factors Related to Unintended Pregnancy with a Brief Review of New Population Policies in Iran. Iran J Public Health 2017; 46(7): 973-981 (Persian).
24. Mirzamoradi M, Saleh M, Jamali M, Bakhtiyari M, Pooransari P, Saleh Gargari S. Factors related to unwanted pregnancies and abortion in the northern district of the city of Tehran, Iran. Women Health 2018; 58(6): 714-728 (Persian).
25. KHOUSHEH MG, Taheri E, HATAMI Z, Safaari M. Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in women referring to health centers in south of Tehran. Faculty Of Nursing Of Midwifery Quarterly 2008; 16(59): 26-32 (Persian).
26. Rowe H, Holton S, Kirkman M, Bayly C, Jordan L, McNamee K, et al. Prevalence and distribution of unintended pregnancy: the Understanding Fertility Management in Australia National Survey. Australian New Zealand J Public Health 2016;40(2):104-109.
27. Habib MA, Raynes-Greenow C, Nausheen S, Soofi SB, Sajid M, Bhutta ZA, et al. Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. BMC Pregnancy and Childbirth 2017; 17(1): 156.
28. Kågesten A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. Hum Reprod 2014; 30(1): 186-196.
29. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann 2014; 45(3): 301-314.
30. Ebrahimzadeh F, Azarbar A, Almasian M, Bakhteyar K, Vahabi N. Predicting Unwanted Pregnancies among Multiparous Mothers in Khorramabad, Iran. Iranian Red Crescent Med J 2016; 18(12): 1-9 (Persian).
31. Jones EF, Forrest JD. Underreporting of abortion in surveys of US women :1976 to 1988. Demography 1992; 29(1): 113-126.
32. Manlove J, Welti K, Barry M, Peterson K, Schelar E, Wildsmith E. Relationship characteristics and contraceptive use among young adults. Perspect Sex Reprod Health 2011; 43(2): 119-128.
33. Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. Fam Plann Perspect 1999; 31(2): 56-63.
34. Hosseinian S,Amini M,Amini Y. Efficacy of Couples Communication Skills Group Training using Interaction Analysis Approach (TA) on Reducing Marital Conflicts. Family Counseling and Psychotherapy 2013; 3(3): 377-400 (Persian).
35. Catallozzi M, Bell DL, Short MB, Marcell AV, Ebel SC, Rosenthal SL. Does perception of relationship type impact sexual health risk? Sex Transm Dis 2013; 40(6): 473-475.
36. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T ,Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. New Engl J Med 2012; 366(21): 1998-2007.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

37. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Group C, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human Reprod 2006; 21(11): 2862-2867.
38. Keshavarz H, Bahramian M,Mohajerani AA, Hosseinpour K. Effective Factors of the Fertility Behavior the Nomadic and Non nomadic Tribes in Township of Semirum. J Health Syst Res 2012; 8(3): 456-465 (Persian).
39. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, Delavar B. "Unwanted" pregnancies and its determinants in Iran. J Reproduct Inferti 2004; 5(1): 62-76 (Persian).
40. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. Demography 2000; 37(1): 83-94.
41. Bongaarts J, Watkins SC. Social interactions and contemporary fertility transitions. Population and Development Review 1996; 22(4): 639-682.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]