QUALITATIVE RESEARCH

Midwives' Experiences of Implementing Iran's Pronatalist Population Policy: A Qualitative Study

Shahnaz Kohan[1],
Fatemeh Mokhtari[2],
Marzieh Ghasemi Goujani[2,3]
Kiana Saberi[4],
Zahra Izadi Pour[4]

[1] Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Department of Nursing and Midwifery, Shk.C, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
[4] Msc Student in midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received December 10, 2024; Accepted May 17, 2025)

Abstract

Background and purpose: In response to declining total fertility rates, concerns about population replacement, and the spread of low-fertility patterns, a pronatalist population policy was approved in Iran under the "Youthful Population and Protection of the Family" law in 2021. The implementation of most of its legal provisions was assigned to the Ministry of Health, and one of the key professions involved is midwifery. This qualitative study was conducted to explore midwives' experiences regarding the implementation of Iran's fertility encouragement policy.

Materials and methods: This study was conducted using a qualitative content analysis approach. Midwives working in the health system were selected through purposeful sampling. Data were collected through semi-structured individual interviews. All interviews were transcribed and analyzed using qualitative content analysis. By categorizing similar codes, subcategories were developed, and through continued categorization, categories and overarching themes were extracted.

Results: By analyzing the experiences of 15 midwives, four themes emerged: the harm of the pronatalist policy to maternal health and midwifery authority; the potential of midwives in the success of the pronatalist policy; sustainable encouragement of childbearing and promotion of reproductive health; and midwives' concerns about addressing the shortcomings of the pronatalist policy.

Conclusion: Data analysis revealed that midwives perceive themselves as having significant capabilities and roles in encouraging childbirth and maintaining maternal health. However, they expressed concerns about the consequences of the pronatalist policy on their professional status and the health of mothers and children. Utilizing the potential and expertise of midwives may contribute to the successful implementation of the pronatalist policy while safeguarding maternal and child health.

Keywords: **midwife**, pronatalist policy, population, qualitative study, Iran

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (246): 152-163 (Persian).

Corresponding Author: Marzieh Ghasemi Goujani - Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, Department of Nursing and Midwifery, Shk.C, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. (E-mail: mr.ghasemi@iau.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۶ تیر سال ۱۴۰۴ (۱۶۱۳-۱۵۲)

تجارب ماماها از اجرای سیاست‌های تشویق باروری ایران: یک مطالعه کیفی

شهناز کهن[۱]
فاطمه مختاری[۲]
مرضیه قاسمی گوجانی[۲و۳]
کیانا صابری[۴]
زهرا ایزدی پور[۴]

چکیده

سابقه و هدف: به دنبال کاهش رشد جمعیت، نگرانی‌های عدم جایگزینی جمعیت و گسترش الگوی کم فرزندی، سیاست تشویق باروری از سال ۱۴۰۰ در ایران اتخاذ گردیده است. اجرای بخشی از این سیاست‌ها بر عهده سیستم سلامت هست و یکی از حرفه‌های تأثیر گذار در این راستا، اعضای حرفه مامایی هستند. این مطالعه با هدف تبیین تجارب ماماها از اجرای سیاست‌های تشویق باروری ایران طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با روش تحلیل محتوا کیفی، انجام شد. ماماهای شاغل در سیستم سلامت با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه نیمه ساختاریافته فردی جمع‌آوری شد. کلیه داده‌ها مکتوب شده و با رویکرد تحلیل محتوی کیفی آنالیز شدند. با دسته‌بندی کدهای مشابه، زیر طبقات شکل گرفت. با ادامه دسته‌بندی‌ها، طبقات فرعی و اصلی استخراج گردیدند.

یافته‌ها: با تحلیل تجارب ۱۵ ماما، چهار درون‌مایه شامل آسیب سیاست‌های تشویق باروری به سلامت مادران و اختیارات حرفه مامایی با ۲ طبقه و ۴ زیر طبقه، پتانسیل ماماها در موفقیت سیاست‌های تشویق باروری با ۲ طبقه و ۵ زیر طبقه، تشویق پایدار فرزند آوری و حفظ سلامت باروری با ۴ طبقه و ۹ زیر طبقه و دغدغه ماماها برای رفع کاستی‌های سیاست تشویق باروری با ۳ طبقه و ۸ زیر طبقه ظهور یافت.

استنتاج: ماماها قابلیت و نقش مهمی برای خود در تشویق فرزندآوری و حفظ سلامت مادران قائل هستند، اما نگران عواقب سیاست تشویق باروری بر جایگاه حرفه‌ای خود و سلامت مادر و کودک هستند. به نظر می‌رسد استفاده از پتانسیل و توانمندی ماماها بتواند به موفقیت سیاست تشویق باروری کمک نموده و فرزندآوری را در کنار حفظ سلامت مادران توسعه دهد.

واژه های کلیدی: ماما، سیاست جمعیتی، تشویق فرزند آوری، ایران

مولف مسئول: مرضیه قاسمی گوجانی- اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران- شهرکرد: گروه پرستاری و مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
Email: mr.ghasemi@iau.ac.ir

۱. استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. گروه پرستاری و مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۴. دانشجو کارشناس ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۳/۹/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۳/۹/۲۴ تاریخ تصویب : ۱۴۰۴/۲/۲۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

آگاهی از تغییرات جمعیت همراه با متغیرهای اقتصادی- اجتماعی اساس هر گونه برنامه‌ریزی برای توسعه‌ی ملی است(۱). دولت‌ها با طراحی سیاست‌های جمعیتی بر ویژگی‌های کمی و کیفی جمعیت تأثیر می‌گذارند(۲). بنابراین غفلت دولت از سیاست‌های جمعیتی مناسب، آسیب‌های جبران ناپذیری را در تأمین نیروی انسانی و سرمایه‌ی اجتماعی کشور به دنبال خواهد داشت(۳). طی دهه اخیر، در ایران جمعیت سنین زیر ۱۵ سال به‌طور اساسی رو به کاهش و سرعت سالخوردگی جمعیت رو به افزایش است(۴). تداوم زیر سطح جایگزین باروری دغدغه کشورهای با باروری پایین است، زیرا سالخوردگی جمعیت، پیامدهای منفی جدی برای کشور خواهد داشت(۵). در ایران با توجه به تغییر الگوی باروری، نگرانی از عدم جایگزینی جمعیت، سیاست حمایتی و تشویقی باروری در قالب قانون جوانی جمعیت از سال ۱۴۰۰ در ۷۳ ماده تدوین و ابلاغ گردید(۶). علی‌رغم اجرای سیاست‌های جمعیتی ایران همچنان رشد جمعیت روند نزولی دارد(۷، ۸). مطالعات نشان داده که سیاست جمعیتی، صرفاً یکی از عوامل اجتماعی مؤثر بر رشد جمعیت است و عوامل دیگری مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی، نگرش‌های فرهنگی و همچنین وضعیت محیط زیست و منابع طبیعی در کاهش یا افزایش آن مؤثرند(۵، ۹). لذا لازم است مدیریت کلان کشور از تمام ظرفیت‌های خود برای تغییر شاخص‌های کیفی و کمی جمعیت استفاده کند(۸).

اجرای بخشی از سیاست‌های تشویق باروری بر عهده سیستم سلامت است. یکی از حرفه‌های تأثیر گذار، اعضای حرفه مامایی هستند. در سیستم بهداشتی ایران، ماماها یکی از مهم‌ترین افراد در ارائه خدمات سلامت به زنان در طی دوره‌های مختلف باروری می‌باشند. یکی از وظایف ماماها کمک به ارتقا سلامت مادران و خانواده برای فرزندآوری می‌باشد(۱۱). ژاپن نیز از اوایل دهه ۱۹۹۰ تاکنون تلاش بسیاری برای تدوین سیاست‌های حمایت از خانواده‌ها، ازدواج و فرزند آوری انجام داده و وظایفی مانند مراقبت از مادر و کودک، تشویق به فرزندآوری و حمایت از کودکان بر عهده ماما است(۱۲، ۱۳). استفاده از پتانسیل ماماها جهت بهبود خدمات باروری در سطح بین‌المللی تأیید می شود. طبق نظر WHO، ماما تأمین‌کننده تمام نیازهای بهداشتی زنان هستند(۱۴). وظایف ماماها شامل تمام مقاطع زندگی پیش از تولد، نوزادی، کودکی، بلوغ، سنین باروری و بعد از یائسگی می‌شود(۱۵). ماماها توانایی دارند تا خدمات بهداشت باروری به جامعه ارائه دهند. ماماها نقش راهبردی در افزایش آگاهی و مشارکت عمومی در حفظ سلامت باروری خود دارند. نقش ماما در این مورد مدیر، مربی، تسهیل‌کننده و محرک می باشد(۱۶). بنابراین باید به نقش حرفه مامایی به‌عنوان یک حرفه تأثیرگذار در فرآیند فرزندآوری باید در سیاست‌های جمعیتی توجه شود.

از طرفی سیاست‌های تشویق جمعیت باید با ارتقا سلامت باروری زنان متناسب باشد تا این سیاست‌ها منجر به افزایش حاملگی پر خطر و ناخواسته نشود، به‌علاوه لازم است تجارب ماماها به‌عنوان یکی از اعضا تیم سلامت که نقش مهمی در حفظ فرزندآوری سالم و جلوگیری از بارداری پر خطر داشته و مسئولیت متعددی در راستای سیاست جمعیتی کشور دارند، تبیین گردد. به‌علاوه حدود ۳ سال از ابلاغ اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می‌گذرد و عمده ماده‌های قانونی در حوزه وزارت بهداشت تعریف شده و بسیاری از محدودیت‌ها و مشوق‌ها مرتبط با سلامت باروری است. بنابراین مطالعه حاضر به تبیین تجارب ماماها از اجرای سیاست‌های جمعیتی کشور ایران، پرداخت، زیرا تحقیقات کیفی توانایی کافی برای آشکار نمودن رفتار، دیدگاه‌ها، احساسات و تجارب مردم دارد(۱۷).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با روش کیفی، به تبیین تجارب ماماها از اجرای سیاست‌های تشویق باروری ایران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پرداخت. مشارکت کنندگان از بین ماماهای شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی و اعضا هیات علمی گروه مامایی و بهداشت باروری، علوم پزشکی اصفهان، با حداکثر تنوع از نظر سن، سابقه کار، تاهل و تعداد فرزند، به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. آن‌ها حداقل ۵ سال تجربه خدمت در حرفه‌ی مامایی داشتند و با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. داده‌ها با روش مصاحبه انفرادی عمیق جمع‌آوری گردید.

بعد از تصویب طرح و کسب مجوز اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1399.403، محقق مشارکت کنندگان را انتخاب و ضمن معرفی خود در تماس تلفنی و شرح اهداف پژوهش، آنان را به مطالعه دعوت کرد. در شروع مصاحبه، ابتدا درباره اهداف مطالعه توضیح داده شد و رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. داده‌ها توسط دکترای تخصصی سلامت باروری از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته فردی و با کمک سؤالات راهنمای مصاحبه (سیاست تشویق باروری چگونه بر روند ارائه خدمات شما تأثیر گذاشته است؟ و ارزیابی شما از نقش خود در اجرای این سیاست و سلامت مادران چیست؟) جمع‌آوری گردید. محل مصاحبه با توجه به نظر شرکت‌کنندگان مشخص گردید. مدت مصاحبه بین ۶۰ -۴۵ دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم زمان با جمع‌آوری آن‌ها و با روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم به شیوه استقرایی گرانهایم انجام شد(۱۸). پژوهشگر بعد از ضبط مصاحبه، به مصاحبه‌ها گوش سپرده و بعد از پیدا کردن دید کلی، مصاحبه را کلمه به کلمه مکتوب نمود و واحد تحلیل شکل گرفت. سپس با خواندن مکرر تمام داده‌ها واحد معنایی تشکیل گردید. واحد معنایی به شکل مختصر و کوتاه تبدیل شد و عبارات کلیدی به‌صورت کدها استخراج شدند. سپس کدها بر اساس ارتباط با یکدیگر در زیر طبقات جای گرفتند و این زیر طبقات با یکدیگر طبقات را تشکیل دادند. در نهایت از دسته‌بندی طبقات، درون‌مایه‌ها شکل گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها، زمانی که یافته‌های جدیدی به داده‌های موجود اضافه نگردید، ادامه یافت. در این راستا ۱۷ مصاحبه با ۱۵ مشارکت کننده انجام شد.

به‌منظور اطمینان از صحت(Rigor) یافته‌های کیفی در پژوهش حاضر، از چهار معیار اعتبار یا مقبولیت(credibility)، قابلیت اعتماد(Dependability)، انتقال‌پذیری(Transferability) و تأثیرپذیری(Conformability) استفاده شد. اعتبار داده با مصاحبه‌های عمیق، ارتباط مناسب با مشارکت کنندگان، هم‌چنین درگیری طولانی مدت محقق با موضوع پژوهش، بازبینی دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان تقویت گردید. جهت بررسی قابلیت انتقال داده‌ها نتایج تحقیق به ۴ فرد با مشخصات مشارکت‌کنندگان که در تحقیق شرکت نداشتند ارائه شد و قضاوت آن‌ها در مورد وجود تشابه بین نتایج تحقیق و تجارب آن‌ها بررسی شد(۱۷). جهت تایید پذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار ۲ نفر از اعضای هیئت علمی که با تحقیقات کیفی آشنا بودند و در تحقیق شرکت نداشتند، گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها و توافق آن‌ها در مورد طبقات و دسته‌بندی‌ها بررسی شد. هم‌چنین جهت اعتمادپذیری کلیه مراحل تحلیل، مکتوب گردید.

رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ شد. تمام اطلاعات محرمانه بود. مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت و شرکت‌کنندگان نیز زاد بودند درهرمرحله از مطالعه انصراف دهند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۷ مصاحبه با ۱۵ مشارکت کننده شامل ۳ مامای شاغل در مرکز جامع سلامت، ۳ مامای زایشگاه، ۳ مامای سیاست گذار سلامت و ۶ نفر از اعضای هیات علمی گروه مامایی و بهداشت باروری علوم پزشکی اصفهان انجام شد (جدول شماره ۱).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول شماره ۱: مشخصات مشارکت کنندگان

مشارکت کننده	مدرک تحصیلی/محل اشتغال	سابقه کار در حرفه مامایی (سال)	وضعیت تاهل و فرزندان
۱	Ph.D بهداشت باروری، هیات علمی گروه مامایی	۶	مجرد
۲	Ph.D بهداشت باروری، هیات علمی گروه مامایی	۲۵	متاهل- ۱ فرزند
۳	Ph.D بهداشت باروری، هیات علمی گروه مامایی	۲۸	متاهل-۳فرزند
۴	کارشناس ارشد مامایی، هیات علمی گروه مامایی	۲۲	متاهل -۲فرزند
۵	Ph.D بهداشت باروری، هیات علمی گروه مامایی	۲۳	مجرد
۶	کارشناس مامایی، مرکز جامع سلامت	۲۶	متاهل –۲فرزند
۷	کارشناس ارشد مامایی، معاونت بهداشتی (سیاست گذار)	۲۴	متاهل – ۱ فرزند
۸	کارشناس ارشد مامایی، زایشگاه	۱۳	مجرد
۹	کارشناس ارشد مامایی، معاونت بهداشتی (سیاست گذار)	۱۳	متاهل –۳فرزند
۱۰	کارشناس ارشد مامایی، مرکز جامع سلامت	۱۶	متاهل -۲فرزند
۱۱	Ph.D بهداشت باروری، هیات علمی گروه مامایی	۸	مجرد
۱۲	کارشناس مامایی، مرکز جامع سلامت	۱۸	متاهل- ۲فرزند
۱۳	Ph.D بهداشت باروری، هیات علمی گروه مامایی (سیاست گذار)	۲۷	متاهل- ۱فرزند
۱۴	کارشناس مامایی، زایشگاه	۱۴	متاهل- ۲فرزند
۱۵	کارشناس مامایی، زایشگاه	۲۴	متاهل- ۱فرزند

از تحلیل توصیف مشارکت کنندگان ۸۶۰ کد استخراج شد و با دسته‌بندی مکرر، ۲۶ زیر طبقه، ۱۱ طبقه و ۴ درون‌مایه ظهور یافتند (جدول شماره ۲). درون‌مایه‌ها شامل آسیب سیاست‌های تشویق باروری به سلامت مادران و اختیارات حرفه مامایی، پتانسیل ماماها در موفقیت سیاست‌های تشویق باروری، تشویق پایدار فرزندآوری و حفظ سلامت باروری و دغدغه ماماها برای رفع کاستی‌های سیاست تشویق باروری بودند.

درون‌مایه ۱: آسیب سیاست تشویق باروری به سلامت مادران و اختیارات حرفه مامایی

طبقه اصلی و محوری که ماماها در اجرای سیاست‌های تشویق باروری داشتند، تقابل سیاست تشویق باروری با حفظ سلامت مادران و اختیارات حرفه مامایی بود. اگر چه ماماها به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین ارائه دهندگان خدمات سلامت باروری به زنان، مدافع تشویق باروری برای حفظ جوانی جمعیت کشور بودند؛ اما اظهار داشتند سیاست‌های تشویق باروری ایمن نبود و ممکن است سلامت مادر و کودک قربانی افزایش جمعیت شود. از طرفی در سیاست تشویق باروری اختیارات و جایگاه مامایی نادیده گرفته شده و آموزش حرفه مامایی آسیب دیده بود.

جدول شماره ۲: درون‌مایه‌ها، طبقات و زیر طبقات حاصل از تحلیل توصیف مشارکت کنندگان

زیر طبقه	طبقه	درون‌مایه‌ها
تأکید افراطی بر بارداری و زایمان مکرر	تردید ماماها به ایمن بودن سیاست‌های تشویق باروری برای سلامت مادران	آسیب سیاست‌های تشویق باروری به سلامت مادران و اختیارات حرفه مامایی
سردرگمی ماماها در مواجهه باسیاست‌های آسیب‌رسان به‌سلامت مادران		
آسیب سیاست تشویق باروری به آموزش و مهارت‌های حرفه مامایی	دغدغه آسیب حرفه مامایی به دنبال سیاست تشویق باروری	
بی‌توجهی به جایگاه حرفه مامایی در حفظ سلامت مادر و کودک		
اعتماد مردم به ماماها در برنامه‌ریزی و فرزندآوری	تأثیرگذاری ماماها بر تصمیم فرزند آوری زوجین و خانواده	پتانسیل ماماها در موفقیت سیاست تشویق باروری
ارتباط و همدلی ماماها با زنان در زمینه سلامت باروری		
توانایی ماماها در ترغیب خانواده‌ها به ادامه فرزند آوری		
بارداری سالم و برنامه‌ریزی شده با خدمات تنظیم خانواده	توانایی و مهارت ارائه خدمات باروری سالم	
ترویج زایمان طبیعی توسط ماماها عامل بهبود باروری		
آموزش بلوغ در مدارس	حفظ سلامت باروری نوجوانان	تشویق پایدار فرزند آوری و حفظ سلامت باروری
پیشگیری از رفتارهای پرخطر		
کاهش آسیب‌های سلامت باروری	آماده‌سازی جوانان برای ازدواج سالم و پایدار	
مشاوره زوجی حین ازدواج		
مراقبت قبل و حین بارداری	مراقبت بارداری و خوشایند سازی زایمان	
خوشایند سازی زایمان طبیعی		
آماده‌سازی مادران برای زایمان طبیعی		
مشاوره و ترغیب زوجین به فرزند بعدی	مشاوره فرزند آوری و حفظ حیات جنین	
مشاوره تداوم بارداری ناخواسته		
مشوق‌های مالی کافی برای خانواده و فرزندان	تأمین بستر مناسب اقتصادی اجتماعی برای فرزند آوری	
حمایت کافی از خانواده و تحصیل فرزندان		
تأمین آینده شغلی و رفاهی فرزندان		
به‌کارگیری ماما و مشاوران مامایی در نظام سلامت	تقویت جایگاه حرفه مامایی	دغدغه ماماها برای رفع کاستی‌های سیاست تشویق باروری
حمایت مالی از ماماها		
مشاوره تنظیم خانواده در زنان پرخطر	توسعه خدمات مشاوره‌ای مامایی در راستای فرزند آوری سالم	
مشاوره والدین در غربالگری ناهنجاری جنین		
مشاوره در راستای حفظ حیات جنین در بارداری ناخواسته		

تردید ماماها به ایمن بودن سیاست‌های تشویق باروری

یکی از مهم‌ترین دغدغه ماماها، نگرانی از آسیب سلامت مادران به دنبال سیاست‌های تشویق باروری بود. یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش مرگ مادران دسترسی به خدمات تنظیم خانواده و کاهش بارداری در مادران پر خطر و هم‌چنین کاهش سقط غیر ایمن به دنبال بارداری ناخواسته است. در حالی که سیاست تشویق باروری با تاکید افراطی بر بارداری و زایمان مکرر و زود هنگام، محدودیت خدمات تنظیم خانواده، ممنوعیت غربالگری ناهنجاری جنین به‌سلامت مادران آسیب رسانده و باعث سردرگمی ماماها در محافظت از سلامت مادر و کودک می‌شود. یکی از ارائه‌دهندگان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

خدمات اظهار کرد: "سلامت نباید تحت الشعاع سیاست‌های جمعیتی قرار بگیرد و الان سلامت مادران به دنبال سیاست‌های تشویق فرزند آوری آسیب‌دیده است. موافق با سیاست‌های تشویقی هستم اما نباید خدمات تنظیم خانواده برداشته بشه، اول باید سلامت مادران تأمین بشه. " (شرکت‌کننده شماره ۵).

دغدغه آسیب اختیارات ماماها به دنبال سیاست تشویق باروری

ماماها اظهار داشتند تغییر جایگاه ماما به مراقب سلامت در سیستم سلامت، اختیارات حرفه مامایی کاهش یافته که سلامت مادران آسیب می بیند. یکی از ارائه دهندگان خدمات اظهار کرد: "ماماها بی‌هویت هستند. شرح وظایف حرفه‌ای برای حفظ سلامت مادران ندارند و مراقب سلامت شده‌اند. اگر می‌خواهند سیاست‌ها به ثمر بشیند باید مامایی را تقویت کرد "(شرکت کننده شماره ۲). ماماها پیشنهاد توسعه اختیارات مامایی در مراقبت از سلامت باروری به‌ویژه ارائه خدمات مشاوره تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری پر خطر برای حفظ سلامت مادران را داشتند. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد: " خدمات مشاوره‌ای ماماها خیلی قوی و گسترده است. آن‌ها می‌توانند در این زمینه کمک کنند به شرطی که هویت ماماها برگردانده شود، اتاقشان برگردد اسمشان، مهرشان، سر در اتاقشون و سایر نقش‌هایی که ازشون گرفته شده است. بهتر از ماماها کسی نمی‌تواند مشاوره باروری سالم بدهد یعنی هم تشویق فرزندآوری کند هم سلامت مادر را حفظ کند."(شرکت کننده شماره ۱۳).

درون‌مایه ۲: پتانسیل ماماها در موفقیت سیاست تشویق باروری

اغلب ماماها برای خود یک نقش متعادل کننده در سیاست‌های باروری قائلند به‌طوری که در کنار ترغیب خانواده‌ها به فرزند آوری به حفظ سلامت مادر و کودک هم توجه جدی دارند. آن‌ها تأکید کردند با تعامل و همدلی با زنان و مهارت‌های ارتباطی توانسته نقش مهمی در تصمیم‌گیری زوجین و خانواده‌ها درباره فرزند آوری داشته و همزمان سلامت مادر و کودک را حفظ کنند.

تأثیرگذاری ماماها بر تصمیم فرزند آوری زوجین و خانواده

یک ماما از طریق ارتباط، همدلی و جلب اعتماد مردم توانایی ترغیب خانواده‌ها به ادامه باروری را دارند. ماما از طریق شناخت مراجعین و افزایش آگاهی زوجین از عواقب تک فرزندی و تأخیر فرزندآوری، بر تصمیم‌گیری زوجین موثرند. یکی از ارائه دهندگان خدمات اظهار کرد: "بنظرم رابطه دوستی ماماها با مادرا خیلی خوبه. خیلی از باردارا، ماما رو بیش تر قبول دارن. ماماها خوب می تونن بین مردم رسوخ کنند. می تونیم روی این که بچه بیارن خیلی تأثیرگذار باشیم. "(شرکت‌کننده شماره ۶).

توانایی و مهارت ماماها در ارائه خدمات باروری سالم

ماماها تأکید داشتند قادرند از طریق ارائه خدمات باروری سالم به حفظ سلامت مادران و خانواده‌ها کمک کنند.آن ها با ارائه خدمات تنظیم خانواده به بارداری برنامه‌ریزی شده کمک کرده و باعث کاهش حاملگی ناخواسته می‌شوند از طرف دیگر ماماها توانایی ترویج و انجام زایمان طبیعی دارند که باعث بهبود باروری زنان می‌شود. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد "ماماها اولین کسانی هستند که با خانواده‌ها در ارتباط هستند و نه‌تنها می‌توانند به خانواده‌ها در برنامه‌ریزی فرزند آوری سالم کمک کنند بلکه با انجام مراقبت بارداری خوب به‌ویژه خوشایند سازی زایمان، زمینه را برای علاقه‌مندی مادران به بارداری و زایمان بعدی بالا می برند " (شرکت کننده شماره ۸).

درون‌مایه ۳: تشویق پایدار فرزند آوری و حفظ سلامت باروری

ماما نقش حیاتی در حفظ سلامت باروری زنان، از بلوغ نوجوان تا دوره بارداری، زایمان به‌عنوان بستری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

برای فرزند آوری دارند. از جمله نقش‌های ماما حفاظت از سلامت باروری نوجوانان، آماده‌سازی جوانان برای ازدواج سالم، مراقبت بارداری، خوشایند سازی زایمان و ترغیب زوجین به فاصله گذاری مناسب فرزندان است.

حفظ سلامت باروری نوجوانان

مشارکت کنندگان بر توانایی ماماها در آموزش بلوغ در مدارس و پیشگیری از رفتارهای پر خطر، حفظ سلامت باروری نوجوانان تأکید کردند. در مراکز بهداشتی برنامه مدونی برای ارائه خدمات سلامت باروری به نوجوانان وجود ندارد، اما ماماها می توانند با حضور در مدارس، این خلا آموزشی برای حفظ سلامت باروری نوجوانان را پوشش دهند. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار کرد: "مربی بهداشت مدارس در بعضی مدارس ماماها هستند و این خیلی خوبه چون نوجوانان در واقع مادران آینده هستند. حضور ماماها در مدارس باعث بهبود سلامت باروریشون می شه " (شرکت کننده شماره ۵).

آماده سازی جوانان برای ازدواج سالم و پایدار

ماماها می‌توانند در کاهش آسیب‌های سلامت باروری، مشاوره هنگام ازدواج و مراقبت‌های بعد از آن نقش داشته باشند. در مشاوره حین ازدواج، ماماها طی برنامه مدونی، مشاوره زوجی برای تشویق باروری برای زوجینی که قصد ازدواج دارند، می‌دهند. در جلسات مشاوره بعد از ازدواج فرزندآوری زوجین را تشویق می‌کنند. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد: "ماماها در مشاوره ازدواج به اهمیت فرزندآوری و محدودیت‌های باروی سنی زنان در بارداری اشاره می‌کنند و پیشنهاد برای فرزندآوری زیر ۳۰ سال می‌دهند تا خانواده‌ها زودتر به ایده آل فرزندآوری برسند و از پیامدهای افزایش سن باروری بکاهند."(شرکت کننده شماره ۱۲).

مراقبت بارداری و خوشایند سازی زایمان

ماماها نقش مهمی در مراقبت از بارداری دارند و با مراقبت‌های با کیفیت و زایمان طبیعی کم درد توانسته‌اند بارداری و زایمان را به یک پدیده خوشایند تبدیل کنند تا مادر برای فرزند بعدی مشتاق شود. بنابراین باید سیاست‌های تشویق باروری، توانمندی ماماها در فرزند آوری را توسعه دهند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار کرد: "نباید یک مادر بخاطر ترس از زایمان طبیعی، از بارداری طفره بره الان در کشور روش‌های دارویی و غیر دارویی برای خوشایند سازی زایمان وجود دارد. برای موفقیت سیاست باوری باید روی ماماها سرمایه گذاری کنن تا مادران مراقبت مناسب و زایمان طبیعی خوشایندی داشته باشند. "(شرکت کننده شماره ۱۴).

مشاوره فرزند آوری و حفظ حیات جنین

ماماها توانایی مشاوره فرزند آوری، ترغیب زوجین به فرزند بعدی و مشاوره تداوم بارداری ناخواسته و حفظ حیات جنین را دارند. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد: "چند وقت قبل به خانمی باردار شد و خیلی ناآرومی می‌کرد برای سقط جنین، مشاوره دادم و ساپورت روحیش کردم و بسیار تلاش کردم با مشاوره مکرر، حس مادری و دلبستگیش تحریک بشه و از سقط منصرفش کردم. "(شرکت کننده شماره ۶).

درون‌مایه ۴: دغدغه ماماها برای رفع کاستی‌های سیاست تشویق باروری

علی‌رغم این که ماماها اجرای سیاست‌های تشویق باروری را ضروری می‌دانستند، اما سیاست‌های تشویق باروری هنوز نتوانسته جایگاه مناسبی در سیستم سلامت و خانواده‌ها پیدا کند. ماماها وظیفه ارائه خدمات دوران بارداری و زایمان به مادران دارند و با پیامدهای اجرای سیاست‌های تشویق باروری ارتباط نزدیک دارند. دغدغه‌هایی برای رفع کاستی‌های سیاست تشویق باروری داشتند. آن‌ها بر تأمین بستر مناسب اقتصادی اجتماعی برای فرزندآوری، به‌کارگیری گسترده ماماها جهت حفاظت از سلامت مادران و کودک و تقویت خدمات فرزندآوری سالم تأکید داشتند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

تأمین بستر مناسب اقتصادی اجتماعی برای فرزند آوری

از دیدگاه مشارکت کنندگان یکی از مهم‌ترین دغدغه خانواده‌ها، نگرانی از تأمین هزینه فرزندان و آینده آنان است. وعده‌های مالی در قانون جوانی جمعیت کافی نبوده و نتوانسته خانواده‌ها را در تأمین مالی فرزندان حمایت کند. برخی مشارکت کنندگان تأکید کردند ثبات اقتصادی می‌تواند به پایداری خانواده و ترغیبشان به فرزندآوری کمک نماید به‌طوری که در شرایط اقتصادی فعلی، تلاش ماماها برای فرزندآوری بی‌تاثیر است. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار کرد: " مشکل مالی، به مردم اجازه نمی‌دهد که باردار شوند. تا خانواده‌ها به ثبات اقتصادی نرسند نمی‌خواهند بچه‌دار شوند، هنوز تأخیر در بارداری وجود دارد و ماماها نمی‌توانند به‌تنهایی جمعیت را افزایش دهند. "(شرکت‌کننده شماره ۱).

تقویت جایگاه حرفه مامایی

مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند باید جایگاه حرفه مامایی با به‌کارگیری ماماها و به‌خصوص مشاوران مامایی و حمایت مالیشان تقویت شود. تا به توسعه خدمات بارداری و زایمان و حفظ سلامت مادر و کودک و موفقیت سیاست‌ها کمک شود. مشارکت کننده شماره ۴ اظهار داشت: " در سیاست‌های تشویقی باید روی ماماها سیاست‌گذاری بشه چون ماماها می‌توانند زنان را هدایت کنند. مشاوره ماماها عملا خیلی قویه و اونا خیلی راحت می تونن به بهبود فرزندآوری خانواده‌ها کمک کنن، به شرطی که هویت ماماها به آن‌ها برگردانده بشه. "

توسعه خدمات مشاوره‌ای مامایی در راستای فرزند آوری سالم

از نظر شرکت کنندگان برای موفقیت سیاست‌های تشویق باروری باید این سیاست بازنگری شود. عواقب بارداری برنامه‌ریزی نشده و پرخطر، محدودیت خدمات پیشگیری از بارداری، محدودیت غربالگری ناهنجاری جنین و گسترش بارداری ناخواسته توجه شود. آن‌ها تأکید کردند گسترش خدمات مشاوره توسط ماماها در زمینه تنظیم خانواده، بارداری برنامه‌ریزی شده و هم‌چنین مشاوره خانواده در زمینه غربالگری ناهنجاری‌های جنینی ضروری است. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد "قانون جوانی برخی ماده هاش اشکال داره مثلا اومده تنظیم خانواده را محدود کرده خب هم بارداری ناخواسته و پرخطر زیاد می‌شه، که باید با خدمات مشاوره مامایی عوارض کاهش یابد " (شرکت‌کننده شماره ۱۱). تقویت جایگاه حرفه مامایی از طریق به‌کارگیری گسترده ماماها و تأمین مالی آنان، می‌تواند کاستی‌های سیاست تشویق باروری را جبران نموده و به بهبود فرزند آوری هم‌زمان با حفظ سلامت مادر و کودک کمک کند.

بحث

این مطالعه به تبیین تجارب ماماها ۲ سال پس از اجرای سیاست‌های تشویق باروری پرداخته و نتایج آن در قالب ۴ درون‌مایه تحلیل شد. درون‌مایه اول، آسیب سیاست‌های تشویق باروری به‌سلامت مادران و اختیارات حرفه مامایی بود. اکثر شرکت کنندگان درباره ایمن بودن سیاست‌های تشویق باروری برای سلامت مادران تردید داشتند و در مواجهه با سیاست‌ها سردرگم بودند. اختیارات ماماها به دنبال سیاست تشویق باروری آسیب دیده بود. در سیاست‌های تشویق باروری به جایگاه حرفه مامایی در حفظ سلامت مادر و کودک بی‌توجهی شده است. به‌علاوه سلامت زنان، تأثیر مهمی بر سلامت فرزندان، خانواده و جامعه دارد و چنان چه این موضوع نادیده گرفته شود، سلامت خانواده و جامعه نیز دچار آسیب خواهد شد(۱۹، ۲۰). محدودیت در ارائه خدمات تنظیم خانواده در مراکز سلامت دولتی به دنبال سیاست‌های تشویق باروری، می‌تواند منجر به حاملگی پرخطر و افزایش حاملگی ناخواسته شده و سلامت مادر و کودک را تهدید نماید. حاملگی ناخواسته یک مشکل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

جهانی بوده که در اغلب موارد منجر به سقط عمدی و حتی مرگ مادر می‌شود(۲۱). از طرف دیگر اگر برنامه تنظیم خانواده با هدف افزایش جمعیت کشور حذف شود نه‌تنها باعث افزایش جمعیت نمی‌شود، بلکه باعث افزایش فرزند آوری ناخواسته، سقط عمدی و غیر بهداشتی می‌شود(۲۲). در کشور رومانی حذف خدمات تنظیم خانواده نه‌تنها باعث افزایش جمعیت نشد بلکه باعث افزایش مرگ مادر و نوزاد و ابتلا به HIV شد(۲۳). خدمات تنظیم خانواده منجر به کاهش حاملگی ناخواسته، کاهش سقط عمدی و فاصله‌گذاری مناسب بین تولد فرزندان شد و عوارض مادری و نوزادی را کاهش می‌دهد، لذا لازم است هر سیاستی با حفظ سلامت مادر و کودک انجام شود. در مطالعه حق‌دوست و همکاران یکی از استراتژی‌های افزایش باروری ایران ارتقا بهداشت و خدمات باروری و مشاوره تنظیم خانواده بود(۲۴). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد، از آن‌جایی که در سیاست‌های تشویق باروری، خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی متوقف شده است، لازم است ارائه خدمات تنظیم خانواده در زنان پرخطر بازنگری گردد.

درون‌مایه دوم پتانسیل ماماها در موفقیت سیاست تشویق باروری بود. نتایج نشان داد نه‌تنها ماماها توانایی تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیری زوجین و خانواده درباره فرزند آوری از طریق اعتماد سازی و برقراری روابط همدلانه دارند بلکه آمادگی کافی برای مراقبت ماهرانه از بارداری برنامه‌ریزی شده و با کیفیت و ترویج زایمان طبیعی دارند. مطالعه Lewis و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد رابطه متقابل و همدلانه بین ماما و زن باعث ایجاد اعتماد بین آنان در حیطه سلامت باروری می‌شود(۲۵). اعتماد زنان به ماماها یکی از اجزای ضروری در ارائه خدمات می‌باشد. ماماها از طریق ارتباط همدلانه و درک زنان، قادر به جلب اعتماد آنان و ارائه مراقبت و آموزش به زنان می‌باشند(۱۴). همدلی یک عامل مهم در مراقبت از بیمار شناخته شده، که نتایج مثبتی برای بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت دارد(۲۶). زنان به روابط همدلانه ماما در موقعیت‌های مختلف مانند دوران بارداری و زایمان نیاز دارند(۲۷). ماماها از طریق ارتباط همدلانه قادر به جلب اعتماد زنان در تصمیم‌گیری‌های فرزندآوری می‌باشند.

داده‌های درون‌مایه سوم که بر تشویق پایدار فرزند آوری و حفظ سلامت باروری اشاره دارد، نشان داد ماما نقش‌های متعددی در طول دوره‌های باروری زنان، نظیر آموزش بلوغ و حفظ سلامت باروری نوجوانان، آماده سازی جوانان برای ازدواج سالم و پایدار، مراقبت بارداری و خوشایند سازی زایمان و مشاوره در برنامه‌ریزی باروری سالم دارند و می‌توانند به تشویق آنان به فرزند آوری بپردازند. Nove و همکاران (۲۰۲۱) تأکید کرد که ماماها قادر به ارائه خدمات به مادران، کودکان و نوجوانان می‌باشند و استفاده از ماما در سیستم بهداشتی باعث ارتقا سلامت باروری و جنسی در سنین مختلف باروری می‌شود(۲۸). ماماها علاوه بر ارائه مشاوره قبل بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان و مراقبت‌های پس از زایمان قادر به آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری، مشاوره جنسی، آموزش و مشاوره در دوران بلوغ و یائسگی، مشاوره قبل از ازدواج، پیشگیری و درمان عفونت‌های تناسلی هستند(۲۹). در مطالعه Lopes و همکاران (۲۰۱۵) ماماها وظایفی مانند مشارکت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای تأمین سلامت باروری، مادر و نوزاد دارند(۳۰). ماماها می‌توانند سلامت مادر و نوزاد را ارتقا دهند و به کاهش مرگ‌ومیر مادر و کودک کمک کنند(۲۸، ۳۱). در مطالعه Van و همکاران (۲۰۱۴) نیز ماماها به‌عنوان یکی از اجزای اصلی بهبود سلامت مادر و نوزاد در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط ذکر شد(۳۲). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر هم‌راستاست و بر جایگاه و رسالت حرفه مامایی در زمینه باروری سالم و تشویق باروری تأکید دارند.

درون‌مایه چهارم بر دغدغه ماماها جهت رفع کاستی‌های سیاست تشویق باروری متمرکز بود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

شرکت‌کنندگان تأمین بستر مناسب اقتصادی برای فرزندآوری، جذب و به‌کارگیری گسترده ماماها جهت مراقبت از سلامت مادران و توسعه خدمات مشاوره مامایی در راستای فرزند آوری سالم را عامل موفقیت سیاست تشویق باروری می‌دانستند. سیاست‌ها زمانی موفق است که با درک واقع بینانه از چالش‌های فرزند آوری زوجین، برای رفع آن‌ها تلاش کنند(۳۲). شمس قهفرخی و همکاران (۲۰۲۳) هراس‌های اقتصادی را از چالش‌های فرزندآوری زوجین شهر اصفهان گزارش نمودند(۳۳). عباسی شوازی و خانی (۲۰۱۴) نیز تأکید کردند در تدوین سیاست‌ها توجه به ویژگی‌های اقتصادی زوجین در سنین باروری ضروری است(۳۴). نتایج مطالعه کلاته و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان داد ترغیب فرزند آوری مستلزم تأمین نیازهای اقتصادی خانواده است(۳۵). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر هم‌راستا هست و بیانگر ضرورت شناسایی کاستی‌های سیاست تشویق باروری و رفع آن‌ها می‌باشد.

نتایج نشان داد که ماماها با سیاست تشویق باروری موافق و همراه بودند، اما درباره ایمن بودن سیاست‌های تشویق باروری برای سلامت مادران و هویت حرفه‌ای مامایی تردید داشتند و رسالت حرفه‌ای خود که حفاظت از سلامت مادر و کودک را بر اجرای سیاست‌های جمعیتی اولویت می‌دادند. ماماها پتانسیل قابل توجهی برای مراقبت از سلامت باروری و تشویق زوجین به باروری داشتند. هم‌چنین آن‌ها قابلیت مراقبت از سلامت باروری افراد در دوره‌های مختلف زندگی از جمله، بلوغ و سلامت باروری نوجوانان، آماده‌سازی جوانان برای ازدواج سالم و پایدار، مراقبت بارداری و خوشایندسازی زایمان و مشاوره برای بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند. آن‌ها سیاست تشویق باروری فعلی را مناسب نمی‌دانستند و بر ضرورت تأمین بستر مناسب اقتصادی اجتماعی برای فرزند آوری، به‌کارگیری گسترده ماماها جهت حفظ سلامت مادران و توسعه خدمات مشاوره مامایی تأکید می‌کردند. برای جبران کاستی‌های سیاست تشویق باروری، باید جایگاه حرفه مامایی با جذب ماماها و مشاوران مامایی و هم‌چنین حمایت مالی از ماماها تقویت گردد تا علاوه بر تشویق پایدار فرزند آوری، سلامت مادر و کودک نیز ارتقا یابد.

از نقاط قوت این مطالعه مشارکت کنندگان ماماهایی بودند که حداقل ۵ سال تجربه حرفه‌ای داشته‌اند و تجربه خدمت در هر دو سیاست تحدید و تشویق باوری خدمت را داشتند. از محدودیت‌های این مطالعه، حساسیت‌های موجود در اجرای بی‌چون چرای سیاست تشویق باروری بود که احتمال می‌رود مشارکت‌کنندگان برخی مخالفت‌ها و یا نظر واقعی خود را پنهان کرده باشند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Sadeghi R. changes social and development, Population (Specials'Editor note). Interdisciplinary Studies in Humanities 2022; 14(4):5-6.
2. Rahimian F. Damages to the Demographic Policy of the Islamic Republic of Iran. Journal population. 2019; 25(105):127-151 (Persian).
3. Ghamami MM, Mohajeri M, Javaid MJ, Hikmatnia M. Pathology of demographic legislative policies of the Islamic Republic of Iran and providing desirable indicators. Women's Strategic Studies 2020;22(86):31-58. (persian)
4. Nasrabad HBR, Abbasi-Shavazi MJ. Ideal fertility in Iran: A systematic Review and Meta-analysis. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2020; 8(1):10-18.
5. Erfani A. Policy implications of cultural shifts and enduring low fertility in Iran. Community Health 2019: 6(2); 112-115.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

6. Hosseini Mojarad K, Khazali K. Iran's population, increase or decrease. Tehran: Women's Social Cultural Council: Vice President of Planning and Formulating Policy of the Social Cultural Council of Women and Family, Supreme Council of Cultural Revolution; 2013 (Persian).
7. Behzadifar M, Shahabi S, Bakhtiari A, Azari S, Behzadifar M. Towards a Populous Future, Policy Solutions and Prospects in Iran's Population Sphere: A Policy Brief. Yafteh 2024; 25(4):17-26(persian).
8. Eslami R, Farkhari M. Investigating the policy cycle of population increase in the Islamic Republic of Iran (focusing on the fourth period of population policies). Socio-Cultural Strategy 2023;12(5):1-30.
9. Farrokh Eslamlou H, Mogadam Tabrizi F, Moeini S, Vahabzadeh Z. Pre-marriage couplesfertility attitude following recent childbearing persuasive policies in Iran. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 11(10):836-846(persian).
10. Ranjbar M, Rahimi MK, Heidari E, Bahariniya S, Alimondegari M, Lotfi MH, et al. What factors influence couples' decisions to have children? Evidence from a systematic scoping review. BMC Pregnancy and Childbirth 2024;24(1):223 PMID: 38539104.
11. Hemminki E, Long Q, Zhang W-H, Wu Z, Raven J, Tao F, et al. Impact of financial and educational interventions on maternity care: results of cluster randomized trials in rural China, CHIMACA. Matern Child Health J 2013; 17(2): 208-221 PMID: 22359240.
12. Midwifery in Japanese. Tokyo: Japanese Nursing Association; 2018.
13. Tomáš Sobotka AM, Zuzanna Brzozowska. Policy responses to low fertility: How effective are they? Working Paper No. 1: UNFPA; 2019.
14. Ten Hoope-Bender P, De Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Lancet 2014; 384(9949):1226-1235 PMID: 24965818.
15. Mirmolaei T, Shakari M. The role of midwives in the maternal safety and reproductive health. Hayat 2001;7(1):60-68.
16. Manurung O, Marlina D, Sari AL, Saliman AR, Karningsih K. The Strategic Role of Midwives in the Implementation of Family Planning Programs: Increasing Public Awareness and Participation in Reproductive Health. Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan 2023; 8(2):761–768.
17. Creswell JW, plano IV. Desining and conducting mixed methods reserch. india: SAGE publisher; 2011.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24(2): 105-112 PMID: 14769454.
19. Davidson PM, McGrath SJ, Meleis AI, Stern P, DiGiacomo M, Dharmendra T, et al. The health of women and girls determines the health and well-being of our modern world: A white paper from the International Council on Women's Health Issues. Health Care women Int 2011;32(10):870-886 PMID: 21919625.
20. Langer A, Meleis A ,Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. Women and health: the key for sustainable development. Lancet 2015;386(9999):1165-1210 PMID: 26051370.
21. Panova O, Kulikov A, Berchtold A, Suris J. Factors associated with unwanted pregnancy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

among adolescents in Russia. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29(5): 501-505 PMID: 27108227.

22. Saraei H. Population reproduction of Iran: current situation and policy considerations. Social Science Quarterly. 2014;22(68):1-35.
23. Lazdane G. Low-fertiLity - the future of europe? THE EUROPEAN MAGAZINE FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH: reproductive health and research programme who regional office for europe; 2006.
24. Haghdoost AA, Safari-Faramani R, Baneshi MR, Dehnavieh R, Dehghan M. Exploring perceptions of policymakers about main strategies to enhance fertility rate: a qualitative study in Iran. Electronic Physician 2017; 9(10): 5568-5577.
25. Lewis M, Jones A, Hunter B. Women's Experience of Trust Within the Midwife--Mother Relationship. International Journal of Childbirth 2017;7(1):40-52.
26. Charitou A, Fifli P, Vivilaki VG. Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals? A review. Eur J Midwifery 2019;3(4):1-17 PMID: 33537583.
27. Schulz AA, Wirtz MA. Midwives' empathy and shared decision making from women's perspective-sensitivity of an assessment to compare quality of care in prenatal and obstetric care. BMC Pregnancy and Childbirth 2024;8(1):199-206.
28. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. Lancet Global Health 2021;9(1): e24-e32.
29. Haider R, Das GK. Midwifery of the Future: A Widening Field of Competences. J Obstetrics Gynecology and Reproductive Sciences 2024;8(1):1-7.
30. Lopes SC, Titulaer P, Bokosi M, Homer CS, ten Hoope-Bender P. The involvement of midwife's associations in policy and planning about the midwifery workforce: a global survey. Midwifery 2015;31(11):1096-1103 PMID: 26304303.
31. Biro MA. What has public health got to do with midwifery? Midwives' role in securing better health outcomes for mothers and babies. Women and Birth 2011;24(1):17-23 PMID: 20598666.
32. Ghahfarokhi Shams F, Nodoushan AA, Zinab HE, Ruhani A, Shavazi MJA. At the crossroad of decision to have children: an analysis of individual and social childbearing challenges in the context of low fertility in Isfahan 2023 ;33(4):1-28(persian).
33. Ghahfarokhi FS, Nodoushan AA, Zinab HE, Ruhani A, Shavazi MJA. At the crossroad of decision to have children: an analysis of individual and social childbearing challenges in the context of low fertility in Isfahan 2023 ;33(4):1-28(persian).
34. Abbasi-Shavazi MJ, Khani S. Economic insecurity and fertility: case study of married women in Sanandaj District. Journal of Population Association of Iran 2014; 9(17):37-76(persian).
35. Kalateh Sadati A, Alimondegari M, Falakodin Z, Shiri-Mohammadabad H, Kalantari F. Analyzing the Opinion of the Elites in the Field of Population Policies in the City of Yazd: A Qualitative Study. Tolooebehdasht 2024; 23(2):100-118(persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]