



بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بیرجند  
معاونت تحقیقات و فناوری

## پرسش نامه طرح تحقیقاتی

عنوان طرح :

فارسی : ارزیابی عوامل موثر بر ترجیحات باروری در زنان متأهل سنین باروری شهر بیرجند با استفاده تحلیل مسیر

انگلیسی :

**Evaluation of the factors affecting fertility preferences of married women of reproductive age in Birjand using path analysis**

نام و نام خانوادگی مجری (مجربان):

حکیمه ملاکی مقدم، دکتر محمدرضا میری

دانشگاه - سازمان متبوع : علوم پزشکی بیرجند

شماره ثبت طرح :

## چکیده طرح تحقیقاتی

### عنوان طرح تحقیقاتی :

ارزیابی عوامل موثر بر ترجیحات باروری در زنان متأهل سنین باروری شهر بیرجند با استفاده تحلیل مسیر

بودجه کل طرح : ۲۱۴۴۶۷۵۰ ریال

تاریخ شروع طرح :

وضعیت طرح : تاریخ خاتمه طرح

نوع طرح : توصیفی  توصیفی تحلیلی  موردی شاهدهی  کارآزمایی بالینی   
کیفی  سایر موارد

مجربان : حکیمه ملاکی مقدم، دکتر محمدرضا میری

اعضاء گروه تحقیقاتی :

همکاران :

سازمان اجرا کننده طرح :

محتوای برنامه تحقیقاتی :

### ۱- مسئله تحقیق :

در ازدیاد جمعیت، باروری مهمترین عامل است و نقش بنیادی را ایفا می کند. بنابراین در مرحله اول باید عوامل موثر بر فاصله زمانی ازدواج تا تولد را مشخص نمود و با کنترل آن عوامل، به وضعیت مطلوب رسید. افزایش فاصله ازدواج تا تولد اول می تواند در میزان های باروری تأثیر گذارد و زمینه استمرار کاهش باروری در آینده را فراهم کند. تاکنون مطالعات مختلفی به بررسی روند و تحولات باروری در ایران و عامل مؤثر بر آن پرداخته اند. و هرکدام با توجه به داده های موجود سعی در برآورد و یا تبیین باروری و عوامل مؤثر بر آن نموده اند. این مطالعات نقش عواملی مانند؛ مدرنیزاسیون، کاهش مرگ و میر کودکان، جهت گیری علمای مذهبی در قبال تنظیم خانواده، تحصیلات زنان و عامل تغییر در سن ازدواج و باروری نکاحی تأکید نموده اند. مطالعات نشان داد که تنها حدود ۱۵ درصد از کاهش باروری طی دهه دوم ناشی از تغییر سن ازدواج بوده و بیشتر کاهش باروری ناشی از کنترل موالید بوده است. علیرغم این تحقیقات، هنوز به درستی نمی توان به پرسش های مربوط به چگونگی تحولات سریع باروری در سالهای اخیر پاسخی قانع کننده ارائه نمود.

### ۲- اهداف کلی طرح :

ارزیابی عوامل موثر بر ترجیحات باروری در زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند با استفاده تحلیل مسیر

### ۳- جامعه مورد مطالعه و روشهای جمع آوری داده ها :

این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی می باشد. جامعه مورد بررسی کلیه زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند می باشند. و تعداد ۵۴۰ نفر آنها به روش تصادفی از مراکز بهداشت شهر بیرجند انتخاب خواهند شد و چک لیست مطالعه برای آنها تکمیل خواهد گردید.

### ۴- چگونگی استفاده از نتایج :

یافته های این مطالعه ترجیحات باروری را در گروه های مختلف سنی، اجتماعی و اقتصادی در شهر بیرجند نشان خواهد داد و میتواند برای سیاستگذاران جمعیت مورد استفاده قرار بگیرد تا گروه های هدف برای سیاستهای جمعیتی شناسایی گردند و مداخلات مختلف آموزشی روی آنها صورت پذیرد.

## راهنمای تکمیل پرسش نامه طرح تحقیقاتی

- در بیان مسأله می بایست ماهیت و وسعت مسأله، توصیف سابقه مرتبط با موضوع تحقیق، دلیل انجام این تحقیق، اهمیت موضوع و آنچه محقق تصور می کند با انجام مطالعه در حل مسأله کمک می کند، مطرح شود.

- در بررسی متون (Literature review) ضمن کنکاش در مطالعات قبلی انجام شده مرتبط با موضوع و بحث مختصری درباره آنها می بایست منبع مورد استفاده برای هر موضوع ذکر و به فهرست منابع و مآخذ ارجاع داده شود.

- خلاصه روش اجرای طرح باید حاوی نکات کلیدی روش کار باشد، به نحوی که مراحل مختلف را از ابتدا تا انتهای طرح به وضوح ترسیم نماید. ضمناً باید توضیح داده شود که چه داده هایی برای یافتن پاسخ به سؤالات تحقیق لازم است و چگونه می خواهیم آنها را جمع آوری و اندازه گیری کنیم. در صورتی که برای جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه ای استفاده می کنید، لطفاً آن را پیوست نمایید.

- نوع مطالعه می تواند توصیفی - تحلیلی و یا تجربی باشد در ضمن می تواند بر اساس شکل انجام مطالعات آنها را به مطالعات بوم شناختی، مقطعی، تجربی، مورد، شاهدهی و همگروهی (آینده نگر یا گذشته نگر) و مانند آنها تقسیم بندی نمود.

- منظور از فعالیت در جدول شماره ۱-۱۱-۲ نوع وظیفه ای است که بر اساس تقسیم کار هر یک از اعضای شرکت کننده در تهیه، تدوین و اجرای طرح به عهده دارند (مانند مدیریت طرح، جمع آوری نمونه ها، تجزیه و تحلیل داده ها ...)

- حق الزحمه مربوط به هزینه پرسنلی و حق تحقیق پژوهشگران بر اساس آئین نامه طرح های پژوهشی منظور گردد.

- حق تحقیق محقق و همکاران در جدول ۲-۱۰-۱ هزینه های پرسنلی منظور گردد.

- منظور از ملاحظات اخلاقی ردیف ۲-۸ مجموعه اقداماتی است که محقق به منظور جلوگیری از امکان آسیب و تعرض به حقوق دیگران (جامعه انسانی یا غیر انسانی) انجام می دهد. لازم به ذکر است که مسائل اخلاقی طرح به دلیل اهمیت در شورای تخصصی - پژوهشی مرکز مورد توجه قرار می گیرد.

- منابع و مآخذ مورد استفاده را با استفاده از یک شیوه استاندارد (مثلاً Vancouver) بنویسید.

- پژوهش بنیادی پژوهشی است که عمدتاً در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی از نتایج بدست آمده در تحقیقات انجام می گیرد و نتایج آن در حال حاضر کاربردی نمی باشد.

- پژوهش کاربردی، پژوهشی است به منظور کسب دانش جدید که استفاده علمی خاصی برای نتایج حاصل از آن در نظر گرفته شده و در جهت حصول به هدف کاربردی خاص انجام می گیرد.

## نکات قابل توجه:

- ۱- در مواردی که اجرای طرح مستلزم همکاری افراد بی‌سازمان‌های دیگری باشد، طرح دهنده بایستی امضای افراد یا موافقتنامه کتبی سازمان مربوطه را پیوست این پرسش‌نامه نماید.
- ۲- طرح تسلیم‌شده پس از اعلام موافقت نهایی توسط شورای تخصصی- پژوهشی مرکز و عقد قرارداد بین مرکز و مجری طرح قابل اجرا خواهد بود.
- ۳- مجری طرح طبق قرارداد ملزم به رعایت کامل مندرجات طرح و ارائه گزارش پیشرفت کار در فواصل زمانی تعیین شده در قرارداد می‌باشد.
- ۴- چنانچه مجری طرح نیاز به تغییر مندرجات طرح (بودجه - زمان - همکاران و ...) داشته باشد، تغییرات پس از درخواست کتبی مجری و تأیید مرکز قابل اجرا خواهد بود.
- ۵- چنانچه انجام طرح پژوهشی در مرحله‌ای از پیشرفت آن اعم از اینکه به نتیجه نهایی رسیده یا نرسیده باشد، منجر به کشف یا اختراع و یا تحصیل حقوق شود مجری طرح طرف قرارداد موظف است مراتب را کتباً به مرکز اطلاع دهد. حقوق فوق‌الذکر که در اثر اجرای طرح تحقیقاتی ایجاد گردیده است طبق قرارداد متعلق به مرکز، خواهد بود.
- ۶- در صورت انتشار یا ارائه نتایج حاصله در داخل یا خارج از کشور، لازم است که حمایت مالی و همکاری مرکز در مقاله یا نتایج مذکور کتباً ذکر شود.
- ۷- چنانچه مجری در هر مرحله از اجرای طرح از ادامه آن منصرف گردد می‌بایست مراتب را کتباً بذكر دلایل مربوطه به مرکز اعلام تا پس از طرح در شورای تخصصی- پژوهشی مرکز بر اساس قرارداد اقدام گردد.
- ۸- رعایت مبانی اصول اخلاق در تمام مراحل پژوهش توسط محقق الزامی است.
- ۹- کلیه تجهیزات و لوازمی که از محل اعتبارات پژوهشی مرکز تهیه می‌شود پس از اتمام طرح بر طبق قرارداد به مرکز عودت داده خواهد شد.
- ۱۰- در کلیه قراردادهای تحقیقاتی که فی مابین مرکز و اعضاء هیئت علمی دانشگاه منعقد می‌گردد اخذ تأییدیه از دانشگاه مربوطه الزامی می‌باشد.

## ۱- مشخصات ارایه دهنده طرح

۱-۱) نام و نام خانوادگی مجریان: حکیمه ملاکی مقدم<sup>۱</sup>، دکتر محمدرضا میری<sup>۲</sup>

نشانی:

۱. دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

۲. دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

شماره تلفن: ۳۲۳۸۱۲۵۹

پست الکترونیک: h.malaki20@gmail.com

۱-۲) واحد اجراکننده:

دانشگاه: علوم پزشکی بیرجند

محل اجرا: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

مدت اجرا (ماه): ۵ ماه

سایر سازمان‌های همکار:

۱-۳) مشخصات همکاران اصلی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	رتبه علمی	نوع همکاری در طرح	امضا

۱-۴) بودجه درخواستی برای کل طرح (ریال):

## ۲- خلاصه مشخصات طرح

(۱-۲) عنوان طرح :

فارسی : ارزیابی عوامل موثر بر ترجیحات باروری در زنان متأهل سنین باروری شهر بیرجند با استفاده تحلیل مسیر

انگلیسی :

**Evaluation of the factors affecting fertility preferences of married women of reproductive age in Birjand using path analysis**

۲-۲) نوع طرح : کاربردی ■ بنیادی □ بنیادی - کاربردی □

(۳-۲) خلاصه طرح :

در ازدیاد جمعیت، باروری مهمترین عامل است و نقش بنیادی را ایفا می کند. در طی چند دهه گذشته تغییرات سریعی در نگرشهای مرتبط با روری اتفاق افتاده است. برای رسیدن به توسعه پایدار لازم است رشد جمعیت را تحت کنترل درآورد. از طرفی دولت‌ها و سیستم های بهداشتی نمیتوانند به طور مستقیم در باروری دخالت داشته باشند. بنابراین همواره متخصصان امر به دنبال شناسایی عوامل تأثیر گذار بر جمعیت هستند تا با شناسایی این عوامل جمعیت را کنترل کنند.

بدین منظور یک نمونه ۵۴۰ نفری از زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال انتخاب خواهند شد و چک لیست این مطالعه برای آنها تکمیل خواهد شد و در ادامه با اطلاعات استفاده از تحلیل مسیر و به کمک نرم افزار **Amos** عوامل موثر روی ترجیحات باروری شناسایی خواهد شد.

## ۲-۴) بیان مسئله (Problem statement) :

در حدود ۲۰۰ سال پیش بیشتر زنان فرزندان زیادی را به دنیا می آوردند. برای مثال در میانه قرن ۱۹ در کشورهای آمریکا و استرالیا نزدیک به ۵۰ درصد زنان تا پایان دوره باروری خود ۹ فرزند و بیشتر داشتند حد متوسط زایمان های هر زن ۶ فرزند بوده است در حالی که امروزه این کشورها متوسط تعداد فرزندان کمتر از ۲ فرزند برای هر زن می باشد (۱). کاهش باروری در اروپا آغاز شد اولین بار در نیمه اول قرن ۱۹ در فرانسه مشاهده گردید و بعداً در نیمه دوم قرن ۱۹ در ایالات متحده و دیگر کشورهای اروپایی و سپس کانادا، استرالیا و نیوزلند گزارش شد (۲)

قرن بیست و یکم قرن است که در آن فقدان برنامه ریزی درست، به هیچ عنوان قابل قبول نیست. قری قرن است که در آن کشورهای حرف اول را می زنند که مدیریت و برنامه ریزی باید همه جوانب زندگی انسان را پوشش دهد (۳). بدون شک یکی از مباحثی که همواره ذهن تصمیم گیران را به خود مشغول نموده، وضعیت جمعیت و رشد آن است. برخلاف زمان های گذشته که تعداد جمعیت هر کشوری نشان دهنده عظمت و شکوه آن مملکت بود، اکنون کشوری که توان مدیریتی بالایی دارد، کشور مقتدر، شناخته می شود (۴). بنابراین کنترل رشد جمعیت یکی از عمده عواملی است که امکان برنامه ریزی های دقیق را در اختیار مسئولین هر کشوری قرار می دهد (۵)

باروری طی سه دهه اخیر کاهش قابل توجهی داشته است و میزان باروری کل از ۷ تولد برای هر زن در سال ۱۳۵۸ به ۱/۹ تولد در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است (۶). در شرایطی که امکان تصمیم گیری برای باروری و زمان بندی آن برای زوجین فراهم باشد، افزایش فاصله ازدواج تا اولین تولد در دوره باروری زنان ظهور می یابد (۷)

در ازدیاد جمعیت، باروری مهمترین عامل است و نقش بنیادی را ایفا می کند. بیلی رام معتقد است کاهش باروری و تحولات اجتماعی طی سالهای اخیر در کشورهای صنعتی و کشورهای در حال صنعتی شدن نشانگر توجه اصلی روی بحث الگوها و سن بارداری می باشد که این مورد روی تحولات اجتماعی از سه روش عمده اثرگذار است، این سه عامل عبارتند از کاهش رشد اجتماعی، تغییرات ساختارهای سنی و تحولات نظام خانوادگی. (۸) در طول تاریخ بشر حق فرزندآوری بر عهده خانواده و فامیل و این روزها به زوجین و به خصوص زنان واگذار شده است. زوجین خصوصاً زنان براساس تعداد مطلوب فرزندان و با در نظر گرفتن فشارها و محدودیتهای موجود در مورد بچه دار شدن، تعداد آنها و زمان به دنیا آمدنشان تصمیم می گیرند (۹). نتایج مطالعه عسگری ندوشن نشان داد در طی چند دهه گذشته تغییرات سریعی در نگرشهای مرتبط با روری اتفاق افتاده است. تعداد فرزندان ایده آل زوجین نقش تعیین کننده ای بر باروری واقعی آنان خواهد داشت. (۱۰) برای رسیدن به توسعه پایدار لازم است رشد جمعیت را تحت کنترل درآورد. از طرفی دولتها و سیستم های بهداشتی نمیتوانند به طور مستقیم در باروری دخالت داشته باشند. بنابراین همواره متخصصان امر به دنبال شناسایی عوامل تأثیر گذار بر جمعیت هستند تا با شناسایی این عوامل جمعیت را کنترل کنند. با توجه تفاوت باروری در سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی نقش این شاخصها در تغییر رفتارهای باروری غیر قابل انکار می باشد. نتایج مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان می دهد باروری با سن زن، مدت تأهل، ترجیحات جنسی، تعداد فرزند دلخواه و مرگ و میر فرزند ارتباط مستقیم و با سن ازدواج و تحصیلات زوجین ارتباط معکوس دارد. (۱۱) سطح تحصیلات زنان (۱۲-۱۴)، سطح تحصیلات مرد (۱۴)، سن زنان در اولین ازدواج (۱۲-۱۴) با باروری رابطه معکوس دارد. در صورتی که مرگ و میر کودکان (۱۳) با آن رابطه مثبت دارد (۱۳). و اصلی ترین تعیین کننده های زمان تولد اولین فرزند، سن ازدواج (۱۵-۱۹)، تحصیلات زنان (۱۵-۲۰) و افزایش آن (۲۱)، اشتغال زنان بعد از ازدواج (۲۱)، دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری (۲۲)

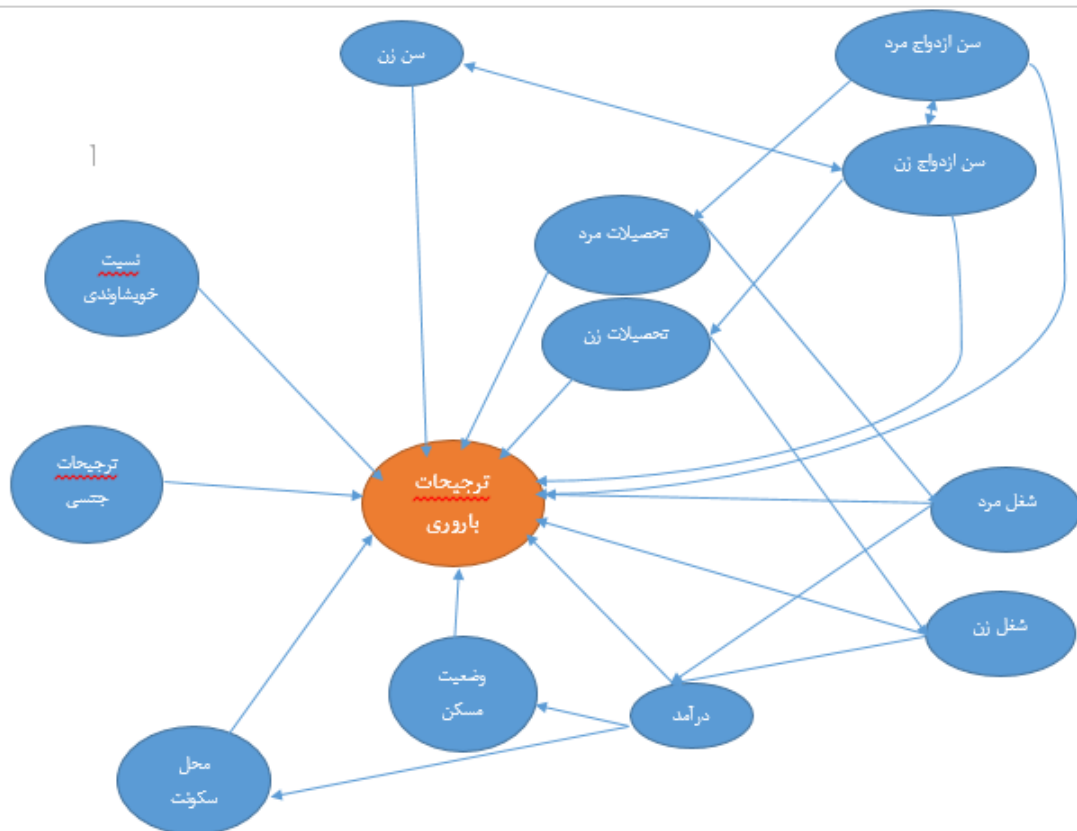


می باشد. همانطور که ذکر گردید میزان باروری با عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط است؛ از این رو شناسایی دقیق این عوامل ضرورت دارد.

در آنالیز مسیری روش کار به یک نموداری مسیری متکی است که در آن نیم خطهای جهت دار از یک متغیر مستقل شروع و به یک متغیر وابسته منتهی می گردد. پیکانههای مستقیم یکطرفه در نمودار بیانگر ارتباط و اثر علتی از متغیر اول به متغیر دیگر است و پیکانههای خمیده کواریانس بین متغیرهایی را بیان می کنند ارتباط مخصوص یا قابل تجزیه و تحلیل در آنالیز مسیری ندارند. برای مشخص شدن روابط علتی بیش از هر کار به این نکته توجه خواهد شد که آیا رابطه همبستگی بین دو متغیر معنی دار است یا نه و در صورتی که ارتباط معنادار نبود مسیر ارتباطی دو متغیر ناهمبسته قطع خواهد بود.

وجود همبستگی بین دو متغیر که اساس کار آنالیز مسیری است، ممکن است مقداری به دلیل وجود رابطه علت و معلولی (اثرات علتی) و مقداری به دلیل تأثیر یک متغیر دیگر باشد (اثرات غیر علتی). بنابراین با تجزیه ضریب همبستگی بین هر جفت متغیر به دو مؤلفه، ضرایب اثر علتی و غیر علتی به دست آید. اما اثر علتی خود نیز شامل دو قسمت است: یا میتواند به علت تأثیر متغیر اولی و بدون واسطه باشد (اثر مستقیم) و یا از طریق متغیرهای دیگر مدل تأثیرگذار باشد (اثر غیر مستقیم). برای ارزیابی اثرات مستقیم و غیر مستقیم از ضرایب مسیری استفاده خواهیم کرد که هر ضریب مسیر نمایانگر مقدار اثر متغیر مستقل در متغیر وابسته در ازای یک واحد تغییر در متغیر مستقل می باشد.

بنابراین این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر ترجیحات باروری زنان سنین باروری شهر بیرجند انجام خواهد شد. تحلیل مسیر با استفاده از مدل اولیه زیر که از طریق مطالعات قبلی بدست آمده، انجام خواهد شد.



## ۲-۵) بررسی متون (Literature review) :

۱. در مطالعه مطیع حق شناس (۱۳۸۲) در ارومیه، از نمونه ۵۰۰ نفری از زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله و با استفاده از آزمون های همبستگی و تخمین رگرسیونی، این نتیجه حاصل می شود که سطح تحصیلات زنان از جمله مهمترین عامل و سرعت دهنده اصلی در کاهش باروری است. سن زنان در اولین ازدواج با باروری رابطه معکوس دارد در حالی که سن زنان در اولین ازدواج با باروری رابطه معکوس دارد (۲۳).
۲. کلانتری و همکاران (۱۳۸۴) نتیجه گرفتند سطح تحصیلات و سن ازدواج زنان با باروری رابطه منفی، در صورتی که مرگ و میر کودکان با آن رابطه مثبت دارد (۱۳).
۳. میر محمد صادقی (۲۰۰۰)، در مطالعه خود ایران را با چند کشور خاورمیانه و شمال آفریقا مقایسه کرده است تا عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر کاهش باروری را مطالعه کند. او در این تحقیق اطلاعات مربوط به ۱۵۰۱ خانوار شهر اصفهان استفاده کرده که از طریق مصاحبه و پرسشنامه جمع آوری و از تحلیل رگرسیونی استفاده شده است. عوامل تأثیرگذار به سن مادر، سطح تحصیلات مادر و پدر با باروری (تعداد فرزندان) که با خانواده زندگی می کنند) رابطه معکوس داند. علاوه بر آن، سن مادر در اولین ازدواج و نیز تفاوت سنی زوج ها با تعداد بچه رابطه معکوس نشان می دهد (۱۴).
۴. مورتی (۲۰۰۲) با استفاده از تحلیل توصیفی داده های موجود در مطالعات پیشین، تغییرات باروری را در آسیا و چند کشور آفریقایی را مطالعه می کند. این مطالعه دو کشور هند و چین را به عنوان شواهدی برای کاهش نرخ باروری کل در آسیا مورد بررسی قرار داده است. در کشور هند، عامل تحصیلات زنان با باروری رابطه منفی و عواملی چون تمایل به داشتن فرزند پسر بیشتر و مرگ و میر کودکان، با آن رابطه مثبت دارند. در چین هم گرچه اتخاذ سیاست تک فرزندی در اواخر دهه ۱۹۷۰ سهم عمده ای در کاهش جمعیت داشته است، عوامل اجتماعی و اقتصادی دیگر از جمله افزایش تحصیلات و فرصت های اقتصادی زنان و شهرنشینی نیز در این کاهش مؤثر بوده است. در آفریقا شهرنشینی عامل مهمی در کاهش باروری محسوب می شود و اعتقاد بر این است که تدثیر عواملی مانند درآمد مرگ و میر کودکان و برنامه های تنظیم خانواده و سقط جنین بر باروری زنان نیاز به مطالعه بیشتر دارند.
۵. خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه به بررسی ارتباط انگیزه های فرزندآوری با ترجیحات باروری پرداخت. بدین منظور تعداد ۴۵۰ زوج مراجعه کننده به مراکز بهداشت پیش از ازدواج شهر مشهد به عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه ترجیحات باروری میلر (۱۹۹۵) و پرسشنامه انگیزه های باروری میلر (۱۹۹۵) در اختیار آنان قرار گرفت. نتایج نشان داد انگیزه های مثبت باروری مانند دیدگاه سنتی با میل به فرزندآوری ( $p=0.001$ ) و تعداد دلخواه فرزند ( $p=0.001$ ) همبستگی مثبت و معنی دار و با زمان دلخواه فرزندآوری ( $p=0.001$ ) همبستگی معکوس و معناداری داشت. انگیزه های منفی باروری مثل ترس از والد شدن با میل به فرزندآوری، تعداد دلخواه فرزند و زمان دلخواه فرزندآوری ارتباط معنی داری نداشت ( $p>0.001$ ). (۲۴)
۶. مطالعه فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) به منظور بررسی ارتباط ارزش فرزند با میزان باروری روی ۵۱۲ نفر از زنان

مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد و پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه ارزش فرزند در اختیار آنان قرار گرفت. نتایج نشان داد در بین ابعاد ارزش فرزند، بعد امنیت دوران پیری بیشترین درجه اهمیت را داشت و بین بعد خانوادگی با سن ارتباط معنی داری وجود داشت. بین ابعاد ارزش فرزند و باروری ارتباط معنی داری مشاهده نشد. (۲۵)

۷. دراهکی (۱۳۹۴) در مطالعه ای به بررسی عوامل تعیین کننده باروری ایده آل زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله متاهل شهر نسیم پرداخت. بدین منظور ۳۰۴ نفر از زنان به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند و پرسشنامه محقق ساخته در اختیار آنان قرار گرفت. نتایج نشان داد نیاز عاطفی به فرزند برای سنین بالاتر بیشترین تأثیر را بر باروری ایده آل زنان دارد. (۲۶)

۸. مهدی اخگر و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه ای به ارزیابی مدل باروری شهر همدان با استفاده از تحلیل مسیر پرداختند. بدین منظور ۵۰۰ خانوار را به روش تصادفی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مورد ارزیابی قرار دادند نتایج نشان داد تحصیلات زوجین و تعداد حاملگیهای ناخواسته و به ترتیب بیشترین تأثیر و سن ازدواج مرد کمترین تأثیر را بر میزان باروری داشتند. (۲۷)

۹. داس و داس (۲۰۱۳) در مطالعه ای از داده ثبت شده ۳۹۲۹۲ نفر از زوجین هندی با تنها یکبار سابقه ازدواج استفاده نمودند از هر یک از زوجین پرسیده شده بود که چند فرزند دوست دارند داشته باشند تا اتفاق نظر زوجین را در مورد سبب خانواده مورد بررسی قرار دهند. نتایج این مطالعه نشان ۵۸ درصد زوجین هندی در مورد اندازه خانواده اتفاق نظر داشتند. زوجینی که در نقاط شهری زندگی می کردند و زوجینی که تحصیلات بالایی داشتند توافق بیشتری با هم داشتند (۲۸)

۱۰. ژنگ و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای در کشور چین از اطلاعات مربوط به ۱۷۰۹۳ زن چینی استفاده نمودند و نشان دادند زنان کشاورز در مقایسه با سایر زنان و زنان با تحصیلات پایین در مقایسه با زنان دارای تحصیلات دانشگاهی، به طور معناداری فرزندان بیشتری داشتند.

## ۶-۲) اهداف و فرضیات پژوهشی (Objectives & Hypotheses) :

### ۶-۲-۱) اهداف اصلی (General objectives) :

تعیین عوامل موثر بر ترجیحات باروری در زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند با استفاده تحلیل مسیر

### ۶-۲-۲) اهداف ویژه (Specific objectives) :

تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم سن بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم تحصیلات زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم شغل زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم محل تولد زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم محل زندگی زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم میزان درآمد بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم نسبت فامیلی بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم سن ازدواج زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم ترجیحات جنسی زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند  
تعیین اثر مستقیم و غیر مستقیم تحصیلات زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند

### ۶-۲-۳) اهداف کاربردی (Applied objectives) :

یافته های این مطالعه ترجیحات باروری را در گروه های مختلف سنی، اجتماعی و اقتصادی در شهر بیرجند نشان خواهد داد و میتواند برای سیاستگذاران جمعیت مورد استفاده قرار بگیرد تا گروه های هدف برای سیاستهای جمعیتی شناسایی گردند و مداخلات مختلف آموزشی روی آنها صورت پذیرد.

### ۶-۲-۴) فرضیات / سوالات (Hypotheses / Questions) :

سن زنان بر ترجیحات باروری تأثیر معنادار دارد.  
تحصیلات زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
شغل زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند با تأثیر معنادار دارد.  
محل تولد زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
محل زندگی زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
میزان درآمد زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
نسبت فامیلی زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
سن ازدواج زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.  
ترجیحات جنسی زوجین بر ترجیحات باروری زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر بیرجند تأثیر معنادار دارد.

## ۷-۲ روش بررسی (Method of Research) :

مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی دریافت و به مرکز بهداشت شهرستان مراجعه و همکاری آنان جلب خواهد شد. سپس در هریک از مراکز با توجه به حجم نمونه تعدادی از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به روش تصادفی انتخاب خواهند شد. اطلاعات بدست آمده وارد نرم افزار SPSS18 خواهد شد. تحلیل مسیر انجام می شود. نتایج استخراج و در گزارشی خلاصه خواهد شد.

## ۷-۲-۱ طراحی و روش اجرای طرح (Study design & Method) :

### ۷-۲-۲ نوع مطالعه (Type of study) :

این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی می باشد. که در سال ۱۳۹۶ انجام خواهد شد.

## ۷-۲-۳ ابزار و روش جمع آوری اطلاعات (Data collection techniques) :

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه یک چک لیست مشتمل بر اطلاعات از قبیل سن زن، سن مرد، تاریخ عقد و... می باشد. که با مراجعه حضوری به مراکز بهداشت به روش مصاحبه تکمیل خواهد شد. در این راستا به مرکز بهداشت شهرستان مراجعه و همکاری آنان جلب می شود و سپس در هریک از مراکز تعدادی از زنان به روش تصادفی انتخاب خواهند شد و چک لیست برای آنها تکمیل خواهد گردید. منظور از ترجیحات باروری تعداد فرزند ایده ال می باشد که در چک لیست گنجانده شده و پرسیده خواهد شد.

## ۷-۲-۴ روش نمونه گیری و محاسبه اندازه نمونه (Sampling method & Sample size calculation) :

جامعه آماری این تحقیق را کلیه زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر بیرجند تشکیل می دهد. در مطالعات SEM برای برآورد حجم نمونه، برای هر متغیر بین ۱۰ تا ۱۵ مشاهده در نظر گرفته می شود در این مطالعه با احتساب ریزیش احتمالی برای هر متغیر حداکثر ۲۰ مشاهده (نمونه) در نظر گرفته خواهد شد. طبق جدول متغیرها، تعداد متغیرها ۲۷ تا می باشد بنابراین حجم نمونه در این مطالعه ۵۴۰ نفر خواهد بود.

## ۷-۲-۵ روش های تجزیه و تحلیل داده ها (Data analyses) :

جهت آنالیز داده ها از روشهای توصیفی و استنباطی استفاده می شود. روشهای توصیفی مورد استفاده شامل میانگین، انحراف معیار، مینیمم، ماکزیمم، فراوانی و درصد و روشهای استنباطی شامل تحلیل مسیر، آزمون همبستگی و رگرسیون خواهد بود. داده ها با نرم افزار Amos تحلیل خواهد شد.

## ۷-۲-۶ جدول متغیرها (Variables table) :

مقیاس	تعریف علمی	کیفی		کمی		وابسته	مستقل	مشخصات
		رتبه ای	اسمی	گسسته	پیوسته			
								تعداد فرزند دلخواه
								تعداد فرزند دختر دلخواه
								تعداد فرزند پسر دلخواه
	تعداد فرزندی که در حال حاضر در قید حیات هستند							تعداد فرزند زنده
								تعداد فرزند دختر زنده
								تعداد فرزند پسر زنده
سال	سال تولد							سرال تولد مرد
سال	سال تولد							سال تولد زن
	بیسواد/ابتدایی / راهنمایی/دیپلم/فوق دیپلم/لیسانس/فوق لیسانس و بالاتر							تحصیلات زن
	بیسواد/ابتدایی / راهنمایی/دیپلم/فوق دیپلم/لیسانس/فوق لیسانس و بالاتر							تحصیلات مرد
	کارمند/کارگر آزادفنی دانشجو (محصل)/بیکار							شغل مرد
	کارمند/کارگر آزادفنی دانشجو (محصل)/خانه دار							شغل زن
	شهر/روستا							محل تولد مرد
	شهر/روستا							محل تولد زن
روز/ماه/سال								تاریخ تولد اولین فرزند
روز/ماه/سال								تاریخ دقیق ازدواج
	قرص/کاندوم/توبکتومی/واژ کتومی/آیودی/آمپول/طبیعی ی							روش جلوگیری از بارداری
	سزارین/طبیعی							روش زایمان قبلی
	بله/خیر							مشارکت مرد در تنظیم خانواده

سابقه سقط جریون								ندارد/دارد تعداد:...
محل زندگی (خویشان اصلی)								
نسبت خویشاوندی زوجین								فامیلی/غیرفامیلی
وضعیت بیمه								ندارد/تامین اجتماعی / خدمات درمان / روستایی / سایر
سابقه مرده زایی								ندارد/دارد تعداد:...
وضعیت مسکن								شخصی / اجاره ای
درآمد								کمتر ۵۰۰ هزار تومان / ۵۰۰ تا یک میلیون تومان / یک تا یک و نیم میلیون تومان / بیشتر از یک و نیم میلیون تومان
تمایلی به داشتن فرزند پسر								دارد/ندارد

۲-۷-۷- جدول مراحل اجرای طرح (GANTT) :

درصد پیشرفت کار	زمان بر حسب ماه																										مراحل اجرای طرح			
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶				
																													تدوین و آماده کردن پروپوزال	
																														تصویب پروپوزال
																														تکمیل چک لیست
																														جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها
																														تهیه گزارش پایانی

۲-۸) ملاحظات اخلاقی (Ethical considerations) :

جهت حفظ ملاحظات اخلاقی در انجام پژوهش ابتدا در خصوص هدف از انجام تحقیق و نحوه سوالات پرسش نامه به هر یک از شرکت کنندگان توضیح داده خواهد شد و سپس در صورت رضایتمندی از شرکت در پژوهش پرسش نامه به شرکت کنندگان ارائه خواهد شد. ضمناً کلیه اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش به صورت کاملاً محرمانه دریافت ، نگهداری و تجزیه و تحلیل می شود.

۲-۹) محدودیت‌های طرح، خطاهای سیستماتیک احتمالی و راه‌های مقابله با آنها:

هر مطالعه دارای مشکلات اجرایی می باشد. مشکلات اجرایی این مطالعه شامل عدم همکاری برخی از زوجین، صادقانه پاسخ ندادن برخی، شاغل بودن زوجین و دسترسی سخت به آنها، کم سوادی برخی پاسخگویان و عدم درک سوالات. بدین منظور حجم نمونه به ۵۴۰ افزایش یافت تا در صورت نقص در داده ها و عدم همکاری برخی از پاسخگویان مشکلی ایجاد نشود. برای حل مشکل عدم تفهیم و کم سوادی پاسخگویان، پرسشنامه ها به روش مصاحبه توسط پرسشگر آموزش دیده پر خواهد شد.

۲-۱۰) بودجه و هزینه‌ها (Budgeting & Expenses):

۲-۱۰-۱) هزینه پرسنلی با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آنها:

ردیف	نوع فعالیت	رتبه علمی	تعداد افراد	کل ساعات کار برای طرح	حق الزحمه در ساعت	جمع
۱	بررسی متون و تهیه پروپوزال و مدیریت پروژه	دانشیار	۱	۳۰	۱۴۰۰۰۰	۴۲۰۰۰۰۰
۲	حق الزحمه تکمیل پرسشنامه	کارشناس	۱	۵۴۰ پرسشنامه	هر پرسشنامه (مصاحبه) ۱۰۰۰۰	۵۴۰۰۰۰۰
۳	ورود داده ها به نرم افزار	کارشناس ارشد	۱	۵۴۰ پرسشنامه	هر پرسشنامه ۴۱ آیتیم، ۲۰۵۰	۱۰۹۶۷۵۰
۴	تجزیه و تحلیل اطلاعات	کارشناس ارشد	۱	۳۰	۱۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰۰
۵	تهیه گزارش نهایی	کارشناس ارشد	۱	۴۰	۱۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰۰
<b>جمع کل</b>						۱۷۶۴۶۷۵۰

۲-۱۰-۲) هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی که توسط دیگر مؤسسات صورت می گیرد:

هزینه آزمایش با خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)



جمع کل

۲-۱۰-۳- فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار طرح، داخل یا خارج کشور خریداری شود:

الف- مواد غیرمصرفی (سرمایه‌ای):

نام دستگاه	کشور سازنده	شرکت سازنده	آیا در ایران موجود است؟	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع کل							

ب - مواد مصرفی:

نام ماده	کشور سازنده	شرکت سازنده	آیا در ایران موجود است؟	شرکت فروشنده ایرانی	مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل
<b>جمع کل</b>							

۲-۱۰-۴- هزینه مسافرت (در صورت لزوم):

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
	تاکسی تلفنی (رفت و برگشت) ۲۰ بار			$20 \times 60000 = 1200000$
<b>جمع کل</b>				۱۲۰۰۰۰۰

۲-۱۰-۵ - هزینه‌های متفرقه:

هزینه ها	قیمت کل
تکثیر پرسشنامه های طرح ۲ برگ ۵۴۰ سری	۱۶۰۰۰۰۰
هزینه تایپ پروپوزال و گزارش نهایی	۱۰۰۰۰۰۰
<b>جمع کل ۲۶۰۰۰۰۰</b>	

۲-۱۰-۶- جمع هزینه‌های طرح (ریال):

جمع هزینه‌های پرسنلی (۱-۱۰-۲)	۱۷۶۶۴۶۷۵۰ ریال
جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی (۲-۱۰-۲)	-
جمع هزینه‌های وسایل غیر مصرفی (۳-۱۰-۲) الف	-
جمع هزینه‌های مواد مصرفی (۳-۱۰-۲) ب	-
جمع هزینه‌های مسافرت (۴-۱۰-۲)	۱۲۰۰۰۰۰ ریال
جمع هزینه‌های متفرقه (۵-۱۰-۲)	۲۶۰۰۰۰۰ ریال
<b>جمع کل</b>	۲۱۴۴۶۷۵۰ ریال

۲-۱۰-۷- مبلغ یا مبالغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن:

منابع (References):

1. McDonald P. Fertility transition hypotheses. 1993.

- Hacker JD. Rethinking the “early” decline of marital fertility in the United States. *Demography*. 2003;40(4):605-20. .2
- Pathak K, B., Ram F. *Techniques of demographic analysis*. New Delhi: Himalaya publishing house; 1992. .3
- Bustan MN, Coker AL. Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *American Journal of Public Health*. 1994;84(3):411-4. .4
- Duncan OD. Path analysis: Sociological examples. *American journal of Sociology*. 1966. 16.-1: .5
- Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M. *The fertility transition in Iran: Revolution and reproduction*: Springer; 2009. .6
- Bumpass LL. Is low fertility here to stay? *Family Planning Perspectives*. 1973;5(2):67-9. .7
- Rad F, Savabi H. Investigation on Tendency to Fertility and its Related Social Factors (A Case Study of Married Women Aged 15 to 50 in Tabriz). *Woman and Family Studies*. 2015;3(1):127-55. .8
- saraee H. Population Reproduction of Iran: Current Status and Some Policy Considerations. *Social Sciences*. 2015;22(شماره 68):1-35. .9
- KHADIVZADEH T, LATIFNEJAD RR, BAHRAMI M, TAGHIPOUR A, ABBASI SM. “CARING MY FAMILY INTEGRITY”: COUPLES’FIRST CHILDBEARING EXPERIENCE IN URBAN SOCIETY OF MASHHAD, IRAN. 2013. .10
- MAHMOUDI M, ZERAATI H, AKABERI A, MAJLESI F. STUDY OF THE RELATIONSHIP OF SOCIOECONOMIC AND DEMOGRAPHIC FACTORS WITH FERTILITY. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 1970;15(1):40-5. .11
- moteeye haghshnas N. The effect of socio-economic factors and population reproductive behavior in Urmia. *Population*. 2003;45, 46. .12
- kalantari S, beyk mohamadi h, zare shahabadi A. The population factors affecting women's reproductive (population in Yazd, 1383. *Women in Development & Politics*. 2005;3(2). .13
- mir m sadeghi j. socio-economic factors affected the recent fertility decline in Iran and some comparison with other MENA countries. the ERF Seventh Conference; Amman, Jordan 2000. .14
- razeghi nasrabad H, Abbasi-Shavazi MJ, ghazi tabtabae S. Multilevel analysis of factors affecting the timing of (first births in 1991-2000. *Women Strategic Studies*. 2012;14(55). .15
- Shayan Z, Ayatollahi SMT, Zare N, Moradi F. Prognostic factors of first birth interval using the parametric survival models. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2014;12(2):125. .16
- Gurmu E, Etana D. Early marriage and first birth interval in Ethiopia: Evidences from EDHS 2005. 2005. .17
- Islam M. Differential Determinants of Birth Spacing Since Marriage to First Live Birth in Rural Bangladesh. *(Social Sciences & Humanities)*. 2009;17(1) *Pertanika Journal of*. .18
- Zhenzhen Z. Social-demographic influence on first birth interval in China, 1980-1992. *Journal of biosocial science*. 2000;32(03):315-27. .19
- Hirschman C. Premarital socioeconomic roles and the timing of family formation: A comparative study of five Asian societies. *Demography*. 1985;22(1):35-59. .20
- Nomaguchi K. Determinants of Having a First and a Second Child Among Japanese Married Women in Recent Cohorts: University of Maryland at College Park.; 2003. .21
- Ngalinda I. Age at first birth, fertility, and contraception in Tanzania: Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät III; 1998. .22
23. شناس نمج. بررسی تاثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی بر رفتار باروری در ارومیه. فصلنامه جمعیت. 1382؛ 11.
24. خد یزاده ط، ارغوانی ا، شاکری مت. تعیین ارتباط انگیزه های فرزندآوری با ترجیحات باروری. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. 2014؛ 17(114):8-18.
25. فاضل ی ا، گلکاری ن، تقوی پور ع، شاکری م. ارتباط ارزش فرزند با میزان باروری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. 2014؛ 17(108):7-21.

26. dorahaki a. Determinants of women's ideal fertility: study of women 15 to 49 year old in Nasimshar city in 2015. Razi Journal of Medical Sciences. 2016;22(141):59-69
27. Mahdi Akhgar M, Soltanian A, Mahjub H, Karami M. Evaluation of Fertility Model by Using Path Analysis in Hamadan City in 2014. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences. 2015;22(2):122-8
28. reporting ideal family size by the couples Das K, Das K, Roy T, Tripathy P. Incongruence and differentials in India. Journal of Family Welfare. 2013;59(1):1-11

## پیوست

کد: .....

چک لیست

۱. تعداد فرزند دلخواه: .....
۲. تعداد فرزند دختر دلخواه:..... تعداد فرزند پسر دلخواه: .....
۳. تعداد فرزندان زنده: .....
۴. تعداد دختر:..... تعداد پسر:.....
۵. سال تولد زن: ۷. سال تولد همسر (مرد):
۸. تحصیلات زن:
- بی سواد  ابتدایی  راهنمایی  دیپلم  فوق دیپلم  لیسانس  فوق لیسانس و بالاتر
۹. تحصیلات مرد:
- بی سواد  ابتدایی  راهنمایی  دیپلم  فوق دیپلم  لیسانس  فوق لیسانس و بالاتر
۱۰. شغل مرد:
- کارمند  کارگر  آزاد فنی  دانشجو (محصل)  بیکار
۱۱. شغل زن:
- کارمند  کارگر  آزاد فنی  دانشجو (محصل)  خانه دار
۱۲. محل تولد مرد: شهر  روستا
۱۳. محل تولد زن: شهر  روستا
۱۴. آیا زن بیماری خاصی دارد؟ بله  خیر  اگر بله نام بیماری:.....
۱۵. آیا مرد بیماری خاصی دارد؟ بله  خیر  اگر بله نام بیماری:.....

۱۶. روش جلوگیری از بارداری: کاندوم  قرص  توبکتومی  وازکتومی  آیودی  طبیعی

۱۷. تاریخ تولد اولین فرزند: روز..... ماه..... سال.....

۱۸. تاریخ دقیق تولد دومین فرزند (در صورت وجود): روز..... ماه..... سال.....

۱۹. تاریخ دقیق عقد: روز..... ماه..... سال.....

۲۰. تاریخ دقیق ازدواج: روز..... ماه..... سال.....

۲۱. روش زایمان: طبیعی سزارین (در صورتیکه بیش از یک زایمان داشتید و متفاوت بوده اند ذکر کنید)

۲۲. مشارکت مرد در تنظیم خانواده: بله  خیر

۲۳. سابقه سقط جنین: بله  خیر  اگر بله تعداد:.....

۲۴. محل زندگی (خیابان اصلی):.....

۲۵. نوع ازدواج: فامیلی  غیر فامیلی

۲۶. بیمه: نداریم  تأمین اجتماعی  خدمات بهداشتی و درمانی  کمیته امداد امام خمینی  سایر

۲۷. تعداد فرزندان مرده به دنیا آمده:.....

۲۸. وضعیت مسکن: شخصی  اجاره ای

۲۹. درآمد:

کمتر از ۵۰۰ هزار تومان  ۵۰۱ هزار تومان تا ۱ میلیون تومان  ۱ میلیون تا ۱.۵ میلیون تومان  بیشتر از ۱.۵ میلیون تومان

۳۰. تمایل به داشتن فرزند پسر: بله  خیر

بدین وسیله صحت مطالب مندرج فوق را که در ۱۴ صفحه و ۱۰ بند تنظیم و تکمیل شده است تأیید می‌نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری (مجریان): تاریخ و امضا: