

تبیین تجربه توانمندی در تنظیم خانواده در متن فرهنگی و اجتماعی شهر اصفهان: یک پژوهش کیفی

شهناز کهن^۱، معصومه سیمبر^۲، فریبا طالقانی^۳

چکیده

مقدمه: توانمندسازی زنان در تنظیم خانواده پیش نیاز ضروری جهت ارتقا بهداشت باروری است در این فرآیند باید به زنان قدرت تصمیم‌گیری مستقل و اختیار درباره بچه‌آوری داده شود در حالی که تصمیمات باروری عمدتاً تحت تأثیر روابط و قدرت بین زوجین در خانواده و مقتضیات اجتماعی فرهنگی شکل می‌گیرد. لذا این مطالعه با هدف تبیین تجربه توانمندی در تنظیم خانواده در متن فرهنگی و اجتماعی شهر اصفهان صورت گرفت.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی در سال ۱۳۸۹ در شهر اصفهان طراحی شد. با نمونه‌گیری هدفمند اطلاعات از ۳۷ خانم متأهل، واجد شرایط تنظیم خانواده با ضبط ۷ مصاحبه بحث گروهی متمرکز و ۷ مصاحبه فردی جمع‌آوری گردید. با روش تحلیل محتوای قراردادی، متون مکتوب حاصل از مصاحبه‌ها کدگذاری شده و با دسته‌بندی و تقلیل داده‌ها، طبقات استخراج گردیدند.

یافته‌ها: با تحلیل داده‌ها، شش زیر طبقه در دو طبقه اصلی اجتماعی و فرهنگی قرار گرفتند به طوری که، تأثیر رسانه‌ها بر شکل‌گیری جایگاه تصمیم‌گیری زنان، نقش برنامه آموزشی مدارس در ساخت پایه‌های توانمندی و نقش دوگانه اشتغال در توانمندی زنان به عوامل اجتماعی نسبت داده شدند و نگرش مثبت به فرزندآوری، باور مسؤول بودن زن برای پیشگیری از بارداری و تسلط مردان در تصمیم‌گیری باروری در عوامل فرهنگی مطرح شدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد عوامل اجتماعی نظیر رسانه‌ها با تقویت جایگاه تصمیم‌گیری زنان، مدارس با پرورش پایه‌های توانمندی و اشتغال با تقویت جایگاه اجتماعی زنان می‌توانند به توانمندی زنان در تنظیم خانواده کمک نمایند در حالی که تلاش‌های جدی برای استفاده از این توانایی بالقوه عوامل اجتماعی صورت نگرفته است. همچنین عوامل فرهنگی حاکم بر فرزندآوری بخش عمده مسؤولیت تنظیم خانواده را بر دوش زنان نهاده و کنترل آن‌ها بر برنامه باروری را کاهش داده است. بنابراین به نظر می‌رسد برای دستیابی به توانمندی زنان در تنظیم خانواده نیاز به تغییرات اجتماعی فرهنگی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: توانمندی زنان، تنظیم خانواده، عوامل اجتماعی، عوامل فرهنگی، تحلیل محتوای کیفی

- ۱ - استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ۲ - دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: msimbar@sbmu.ac.ir
- ۳ - دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

رشد سریع جمعیت در جهان کماکان به عنوان بزرگ‌ترین مانع در راه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ملت‌ها مطرح می‌باشد (۱) و تنظیم خانواده به عنوان یک محور حیاتی در توسعه پایدار باعث می‌شود تا زوجین به صورت داوطلبانه، بر پایه آگاهی و بینش دست به تصمیم‌گیری مسؤولانه درباره فرزندآوری براساس امکانات اقتصادی، قدرت جسمی و روانی خود زنند و باعث برقراری تعادل میان توسعه پایدار و رشد جمعیت گردند (۲و۱). از این رو بیانیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۴) بر اطمینان از توانمندی زوجین در تنظیم خانواده، خصوصاً توانمندسازی زنان به عنوان یک پیش‌نیاز جهت ارتقای بهداشت باروری و تنظیم خانواده تأکید دارد و این توانمندسازی در زنان باید به گونه‌ای صورت گیرد که به آن‌ها قدرت تصمیم‌گیری، انتخاب و اختیار درباره بچه‌آوری داده شود تا بتوانند نقش و مسؤولیت خود در تنظیم خانواده را اجرا نمایند (۳).

برای دستیابی به اهداف تنظیم خانواده اکتفا به فراهم کردن دسترسی فیزیکی به خدمات تنظیم خانواده در محدوده سیستم بهداشتی و آرایه روش‌های پیشگیری کافی نیست، باید عوامل مؤثر بر تنظیم خانواده فراتر از سیستم بهداشتی و در محیط اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گیرد و برای ارتقا سلامت زنان و افزایش دستیابی به خدمات تنظیم خانواده ویژگی‌ها و موانع فرهنگی اجتماعی که دسترسی به این خدمات را تحت تأثیر قرار می‌دهند مورد شناسایی قرار گرفته و مداخلات براساس این ویژگی‌ها برنامه‌ریزی شود (۴). موانع توانمندی زنان در تنظیم خانواده از نظر Campbell کلیه عواملی هستند که بین زنان و دسترسی واقعی به خدمات و اطلاعات لازم قرار گرفته و آنان را از رسیدن به خواسته‌ها و تصمیمات باروری باز می‌دارد این موانع ویژگی‌های فردی خود زنان تا بازدارنده‌های اجتماعی، آرایه‌دهندگان خدمات، هزینه‌ها و غیره را در بر می‌گیرد در نتیجه این موانع باعث ناتوانی زنان در کنترل برنامه باروری شده و می‌تواند منجر به وقوع حاملگی ناخواسته شود، همچنین نتایج مطالعه او نشان داد وضعیت تصمیم‌گیری زنان درباره استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به طور جدی تحت تأثیر آداب و رسوم فرهنگی -

اجتماعی است و حتی می‌تواند بیشتر از تمایلات شخصی زنان بر تصمیم‌گیری نهایی تأثیر گذارد همچنین این عوامل بر نگرش آرایه‌دهندگان خدمات تنظیم خانواده اثر گذاشته و ممکن است کارایی کلی خدمات را کاهش دهند (۵) Casterline و همکاران نیز با بررسی مفصل هزینه و انگیزه پیشگیری از بارداری به دو مانع اساسی، نخست تقابل تصمیم‌پذیری از بارداری زنان با خواسته‌ها و نگرش همسر نسبت به تنظیم خانواده و دیگری هزینه‌های فرهنگی و اجتماعی به‌کارگیری یک روش، دست یافتند (۶) در مطالعه Stephenson و Hennink نیز عوامل روانی - اجتماعی مهم‌ترین مانع تنظیم خانواده از دیدگاه خود زنان بیان شده بود و شامل تعبیرات مذهبی و سیستم‌های ارزشی بودند که توانمندی زنان در تصمیم‌گیری باروری را محدود می‌کردند (۴). نتایج مطالعه Haile و Enqueselassie نیز نشان داد نقش‌های جنسیتی توسط اجتماع تعیین می‌شود و ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی فرهنگی تأثیر عمده‌ای بر چگونگی تصمیم‌گیری زنان در مسایل باروری دارد (۷).

در ایران تصمیمات باروری عمدتاً تحت تأثیر روابط و قدرت بین زوجین در خانواده بوده و مقتضیات اجتماعی و فرهنگی بر آن تأثیر جدی دارد به طوری که جایگاه و موقعیت زن در تصمیم‌گیری‌ها مؤلفه‌ای کلیدی و تعیین‌کننده در رفتارها، نگرش‌های باروری و تنظیم خانواده به شمار می‌رود (۸). نبوی و همکاران نیز دریافتند که بخش عمده مسؤولیت اجرایی تنظیم خانواده بر دوش زنان است و این موضوع نشان‌دهنده قدرت ناکافی زنان در تصمیم‌گیری پیرامون مسایل خانگی، ضعف در پایگاه اجتماعی و اقتصادی آنان بود و زنانی که اختیار و قدرت بیشتری در تصمیم‌گیری‌ها داشتند مسؤولیت اجرایی کمتری در تنظیم خانواده بر عهده آنان بود (۹). نتایج حاصل از نظام نوین پایش و ارزشیابی نیز نشان داد با وجود آرایه خدمات رایگان و فراگیر خدمات تنظیم خانواده فقط ۵۹٪ زوجین از روش‌های مؤثر پیشگیری استفاده نموده و شیوع بارداری ناخواسته ۳۰٪ برآورد گردید (۱۰) به نظر می‌رسد باید با رویکرد جدید تأکید عمده‌ای بر توانمندسازی زنان به عنوان یک پیش‌نیاز جهت ارتقا بهداشت باروری و تنظیم خانواده گردد و آرایه خدمات نیز براساس همین رویکرد و در متن جامعه مورد توجه قرار گیرد.

ضمن معرفی پژوهشگر و شرح مختصری درباره اهداف پژوهش از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد جلسات بحث و مصاحبه با توجه به نظر آن‌ها و هماهنگی با سایر اعضا گروه در مراکز بهداشتی و محل اشتغال زنان برگزار گردید در شروع جلسه توضیحاتی درباره اهداف و قوانین کلی بحث داده شد و رضایت آگاهانه و کتبی اخذ گردید. گروه‌ها از نظر سن، تحصیلات و اشتغال همگن گردیدند. به منظور حفظ یکنواختی در گروه‌ها، از سؤالات راهنمای مصاحبه استفاده شد. طول مدت جلسات بین ۹۰-۶۰ دقیقه بوده که با دستگاه ضبط صوت دیجیتالی بحث‌ها ثبت گردیدند یادداشت‌برداری از بحث و واکنش‌های شرکت‌کنندگان نیز صورت گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که یافته‌های جدیدی به داده‌های موجود، اضافه نگردید ادامه یافت.

هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات کسب شده با روش آنالیز محتوای قراردادی تحلیل شد. پژوهشگر بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه بحث گروه متمرکز یا مصاحبه فردی، به مصاحبه‌ها گوش سپرده و بعد از پیدا کردن دید کلی نسبت به آن‌ها، تمام مصاحبه کلمه به کلمه مکتوب می‌شد و واحد تحلیل شکل می‌گرفت سپس متون سطر به سطر خوانده شده، جملات و عبارات مهم تعیین گردیده و زیر آن‌ها خط کشیده شده و جوهره آن نام‌گذاری می‌گردید (کدگذاری)، سپس کدهای مشابه ادغام گردیده و دسته‌بندی اولیه انجام شد، روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل ادامه یافت تا طبقات ظهور یافتند به این ترتیب داده‌های کلی، مفهومی و انتزاعی در طبقه اصلی قرار گرفتند.

به منظور اطمینان از صحت یافته‌های پژوهش چهار معیار (اعتبار، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال، تأییدپذیری) پیشنهادی Streubert و Carpenter (۱۳) مورد توجه قرار گرفت و پژوهشگر با کمک روش‌ها زیر تلاش نمود تا یافته‌هایش بازتاب تجارب حقیقی مشارکت‌کنندگان باشد. با کمک بازبینی دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی هم‌تراز توسط استاد راهنما، مشاور و همکار اعتبار داده‌ها تأمین شد برای اطمینان از قابلیت انتقال تلاش شد تا با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرآیند تحقیق و فعالیت‌های انجام شده در مسیر مطالعه امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد همچنین طبقات استخراج شده در اختیار تعدادی از افراد با مشخصات

همچنین کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره اطمینان از توانمندی زنان در تنظیم باروری را به عنوان شالوده برنامه‌های جمعیتی و توسعه کشورها مورد تأکید قرار داده و از همه کشورها خواسته که موانع کاربرد خدمات تنظیم خانواده خود را در تمامی ابعاد بشناسند و برای برطرف کردن آن تلاش نمایند لذا برای ارتقا وضعیت تنظیم خانواده باید اطلاعات گسترده‌ای از خواسته، تمایلات زنان و نحوه دسترسی آنان به دست آید (۵) از این رو بررسی نوع موانع و اهمیت آن‌ها در هر جامعه‌ای از دیدگاه زنان سنین باروری که استفاده‌کنندگان اصلی خدمات تنظیم خانواده هستند نیاز به بررسی دارد و از آنجایی که تحقیقات کیفی با پارادایم طبیعت‌گرایانه به درک عمیق و چرایی پدیده‌های انسانی کمک می‌کند و به‌کارگیری این رویکرد در مطالعات مرتبط با توانمندی در تنظیم خانواده کمتر مشاهده شد لذا این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجربه توانمندی در تنظیم خانواده در متن فرهنگی و اجتماعی شهر اصفهان طراحی گردید.

روش مطالعه

تحقیقات کیفی با پارادایم طبیعت‌گرایانه و اعتبار ذهنیت و انسان‌گرایی در پی تفسیر و معنی پدیده‌های انسانی و انعکاس نقش شرایط فرهنگی در داده‌ها هستند (۱۱). در این پژوهش با رویکرد کیفی، عوامل اجتماعی- فرهنگی توانمندی زنان در تنظیم خانواده با کمک روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی از دیدگاه زنان سنین باروری مورد بررسی قرار گرفت که در این شیوه طبقه‌بندی و کدگذاری‌ها به طور مستقیم از داده‌های متنی خام صورت می‌گیرد (۱۲). مشارکت‌کنندگان ۳۷ زن متأهل در سنین ۲۴ تا ۴۶ ساله جامعه شهری اصفهان بودند که در حال حاضر باردار نبوده و تمایل به بارداری هم نداشتند. در قالب هفت جلسه بحث گروه متمرکز ۶-۵ نفره و ۷ مصاحبه فردی در پژوهش شرکت داشتند در ابتدا نمونه‌گیری، به صورت مبتنی بر هدف و از میان افراد داوطلب صورت گرفت و در ادامه به شکل نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (از نظر سن، تحصیلات، اشتغال، تعداد فرزند و روش‌های پیشگیری) ادامه یافت.

مشارکت‌کنندگان براساس پرونده‌های بهداشتی خانوار در مراکز بهداشتی انتخاب شده و طی تماس تلفنی

برنامه‌های تلویزیون می‌تواند نقش مهمی در توانمندی آن‌ها داشته باشد در واقع برنامه‌های تلویزیون را یکی از ابزارهای شکل‌گیری نگرش جامعه به جایگاه تصمیم‌گیری مستقل می‌دانستند زیرا از کودکی برنامه‌های تلویزیونی مرتبط با نقش، هویت دختران و زنان می‌تواند در شکل‌گیری وضعیت زنان جامعه بسیار مؤثر باشد. از طرف دیگر رسانه‌ها را عامل افزایش آگاهی و اطلاعات افراد درباره تنظیم خانواده و تغییر نگرش اطرافیان در این باره مطرح نمودند به طوری که خانم ۳۸ ساله خانه‌دار می‌گوید: «ما خیلی تحت تأثیر تلویزیون هستیم وقتی وضعیت زنان موفق مطرح می‌شه الگوی ما می‌شن ...»

در حالی که بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند برنامه‌های تلویزیون از امکانات بالقوه‌اش برای توانمندی زنان و تنظیم خانواده استفاده مؤثری ندارد، و از زنان یک چهره مقتدر و مختار در تصمیمات خانگی و باروری در کنار مردان و اجتماع نشان نمی‌دهند. خانم ۲۹ ساله خانه‌دار می‌گوید: «تلویزیون برای آموزش تنظیم خانواده در جامعه اهمیتی قابل نیست و مواردی هم که بخش می‌کنه یا کوتاه است یا در زمان نامناسب که نتیجه هم نمی‌دهد.»

نقش برنامه آموزشی مدارس در ساخت پایه‌های توانمندی

تحصیل و آموزش‌های مدرسه از دیدگاه مشارکت‌کنندگان یک متغیر اجتماعی زیربنایی در توانمندی زنان بود و اظهار کردند پایه‌های توانمندی از کودکی در مدرسه شکل می‌گیرد و نه تنها دختران بخش عمده آموزه‌ها و نگرش‌های خود نسبت به هویت جنسیتی، نقش‌های اختصاصی و مهارت‌های زندگی را در دوران تحصیل کسب می‌نمایند و برای تصمیم‌گیری مستقل در امور خانگی و مرتبط با تنظیم خانواده آماده می‌گردند بلکه نگرش‌های کلی جامعه در آینده درباره موقعیت زنان نیز در مدرسه شکل می‌گیرد و تأکید داشتند همراه با برنامه آموزش عمومی مدارس باید برنامه‌های ویژه‌ای جهت تقویت اعتماد به نفس، آموزش مهارت‌های زندگی و تصمیم‌گیری، آموزش نقش‌های جنسیتی، آموزش روند بلوغ و هویت اجتماعی، آموزشی مسایل جمعیتی و تنظیم خانواده صورت گیرد تا دختران آگاه و توانمندی که بتوانند درباره مسایل باروری خود تصمیم بگیرند تحویل اجتماع گردند. خانم ۳۴ ساله خانه‌دار می‌گفت: «وقتی یک دختر

مشارکت‌کنندگان که در تحقیق شرکت نداشته‌اند به منظور قضاوت آن‌ها در مورد وجود تشابه بین نتایج تحقیق و تجارب خود، قرار داده شد. قابلیت اعتماد نیز با ثبت کامل و مداوم تصمیمات و فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع‌آوری، تحلیل داده‌ها و ارایه گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات تأمین شد. جهت تقویت تأییدپذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر آشنا با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی که در تحقیق شرکت نداشته‌اند، گذاشته شد و توافق مناسبی درباره آن‌ها به دست آمد.

مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه پذیرفته شد همچنین با کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و اختیار انصراف از ادامه شرکت ملاحظات اخلاقی تأمین گردید.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان ۳۷ خانم متأهل واجد شرایط تنظیم خانواده بودند. اغلب آنان تحصیلات در حد دبیرستان و دیپلم داشته، دارای دو فرزند بوده، ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشته و خانه‌دار بودند.

تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان درباره عوامل مؤثر در توانمندی زنان در تنظیم خانواده منجر به ظهور شش طبقه فرعی گردید که در دو طبقه اصلی عوامل اجتماعی و فرهنگی قرار گرفتند. تأثیر رسانه‌ها بر شکل‌گیری جایگاه تصمیم‌گیری زنان، نقش برنامه آموزشی مدارس در ساخت پایه‌های توانمندی و نقش دوگانه اشتغال در توانمندی زنان به عوامل اجتماعی نسبت داده شدند و نگرش مثبت به فرزندآوری، باور مسؤول بودن زن برای پیشگیری از بارداری و تسلط مردان در تصمیم‌گیری باروری در عوامل فرهنگی مطرح شدند.

۱ - عوامل اجتماعی مؤثر بر توانمندی

زنان در تنظیم خانواده

مشارکت‌کنندگان رسانه‌ها، مدارس و اشتغال زنان را از عوامل مهم توانمندی خود در تنظیم خانواده در جامعه برشمردند.

تأثیر رسانه‌ها بر شکل‌گیری جایگاه زنان در

تصمیم‌گیری

کلیه مشارکت‌کنندگان دسترسی و اعتماد بیشتری به تلویزیون داشتند و اظهار کردند رسانه‌ها خصوصاً

در مدرسه تربیت اعتماد نفس پیدا می‌کند و نقش زن بودن را ارزشمند می‌داند این خودش باعث می‌شود که بعداً تصمیمات درستی درباره تنظیم خانواده و فرزندانش بگیرد.»

در حالی که مشارکت‌کنندگان به اکراه بی‌دلیل مدارس نسبت به هر گونه آموزش مرتبط با سیستم باروری و تنظیم خانواده اشاره کردند و بیان داشتند برنامه‌های آموزشی فعلی برای توانمندسازی زنان و ارتقا تنظیم خانواده کافی نیست و تحصیل به این شیوه نمی‌تواند در تقویت جایگاه اجتماعی زنان تأثیر جدی داشته باشد در واقع بر مدارس حساس به توانمندی زنان خصوصاً در مسایل باروری تأکید داشتند. خانم شاغل ۴۵ ساله می‌گوید: «در کتاب‌های مدرسه هر جا خانه‌داری و بچه‌داری است عکس زن است و هر جا حرفه و پول است عکس مرد را کشیده‌اند همین‌ها ذهن جامعه آینده را رقم می‌زند که زن باید خانه‌دار باشد و مرد نقش رهبری در زندگی را دارد.»

نقش دوگانه اشتغال در توانمندی زنان

اشتغال زنان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان نقش دو گانه‌ای در رابطه با توانمندی زنان داشت از یک طرف آن را به عنوان عامل رشد فکری زن، کسب استقلال فردی و تقویت قدرت تصمیم‌گیری زن خصوصاً در مسایل باروری بیان کردند و بر جنبه‌های غیر مالی اشتغال مانند دستیابی به تجارب دیگران، منابع اطلاعات و احساس هویت اجتماعی تأکید بیشتری داشتند که باعث می‌شد یک زن بتواند با همسرش درباره برنامه تنظیم خانواده مذاکره نموده و به توافق و تصمیم‌گیری درست برسد. از طرف دیگر، اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند فرصت‌های محدود شغلی و ساعات کاری طولانی، نامتناسب با وظایف خانگی، مراقبت فرزندان و مسؤولیت‌های باروری باعث آسیب جدی جسمی-روانی زنان شده است و تلاش برای حفظ موقعیت شغلی و مراقبت فرزندان باعث شده آن‌ها به تمایلات باروری خود کمتر دست پیدا کنند. آنان پیشنهاد داشتند باید شرایط اجتماعی برای دستیابی زنان به اشتغال متناسب با وظایف فرزند پروری و وظایف خانگی باید به طور جدی فراهم گردد. خانم شاغل ۴۶ ساله در این باره می‌گفت: «وظیفه اول زن خانه‌داری و بچه‌داری ولی اشتغال برای استقلال زن واجب است. اگر ساعات کار مناسب باشد و محل‌های نگهداری کودک در محل کار وجود

داشته باشد کار کردن هیچ ضرری برای خانواده و مسایل باروری ندارد.»

۲ - نقش عوامل فرهنگی

مشارکت‌کنندگان نگرش مثبت به فرزندآوری، باور مسؤول بودن زن برای پیشگیری از بارداری و تسلط مردان در تصمیم‌گیری باروری را از عوامل مهم فرهنگی برای توانمندی خود در تنظیم خانواده مطرح نمودند.

- نگرش مثبت به فرزندآوری

توصیف اغلب مشارکت‌کنندگان نشان داد نگرش مثبت به فرزندآوری به عنوان یک عامل فرهنگی عمدتاً تصمیم‌گیری آزادانه و مستقل زوجین و زنان درباره تمایلات باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد به طوری که زوجین خود را ملزم به فرزندآوری می‌بینند که ناشی از نگرش مثبت فرهنگ به فرزند و فرزندآوری است. همچنین وجود ترجیح به جنس پسر باعث شده که تفاهات اولیه زوجین در برنامه فرزندآوری به هنگام داشتن دختر از بین برود و زنان علی‌رغم میل‌شان برای داشتن پسر به بارداری تن بدهند پذیرش آسان بارداری ناخواسته توسط اطرافیان نیز سبب می‌شود زوجین جوان در به‌کارگیری روش مؤثر تسامح نمایند. خانم شاغل ۳۳ ساله می‌گوید: «فرهنگ ما خیلی بچه دوسته و از ما انتظار داره که تا ازدواج کردیم بچه بیاریم. حتی از بچگی هم ما فکر می‌کردیم که ازدواج می‌کنیم تا بچه بیاریم.»

- باور مسؤول بودن زن برای پیشگیری از بارداری

همچنین اکثریت زنان وجود یک باور رایج که زن را مسؤول پیشگیری از بارداری می‌دانست مطرح کردند از منظر زنان عوامل متعددی باعث شکل‌گیری آن شده بود از جمله، ترس بیشتر زنان از پی‌آمدهای بارداری ناخواسته و بی‌توجهی مردان به مسؤولیت پیشگیری از بارداری که باعث می‌شد زنان برای به‌کارگیری روش اقدام کنند. از طرف دیگر زنانه بودن رویکرد ارائه خدمات تنظیم خانواده در سیستم بهداشتی با ارائه خدمات توسط پرسنل زن در شیفت صبح و روش‌های پیشگیری زنانه باعث شده بود که زنان مراجعین اصلی دریافت این خدمات گردند و به طور سهوی این مسؤولیت از دوش مردان برداشته شود همچنین ناآگاهی زنان از حقوق باروری که سبب قبول مسؤولیت بیشتر توسط خود زنان در تنظیم خانواده می‌گردید خانم شاغل ۳۶ ساله می‌گوید: «این دیدگاه وجود داره که تنظیم خانواده یک وظیفه زنانه است مردان تمایل

به تنظیم خانواده دارند اما زن را مسؤول اجرای پیشگیری می‌دونند.»

– تسلط مردان در تصمیم‌گیری باروری

نیمی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند با وجود این که عمده مسؤولیت یافتن روش پیشگیری و کاربرد آن بر عهده زنان است اما مردان تصمیم‌گیرنده نهایی در تنظیم خانواده و خصوصاً تعداد، جنسیت فرزندان و اتمام باروری هستند آن‌ها ارزش‌گذاری ویژه فرهنگی به تصمیم‌گیری مردان، وجود نگرش مثبت و قدرت بخشی نسبت به جنس مرد را از عوامل اصلی این تسلط برشمردند که این موضوع سبب آسیب اختیار تصمیم‌گیری مستقل زنان درباره تمایلات باروری شده بود. خانم شاغل ۴۰ ساله می‌گوید: «فرهنگ ما خودش تا حدود زیادی به مرد جایگاه و قدرت داده، برای همین مردا تصمیم‌گیری می‌کنند و حرف آخر را خودشون می‌زنند.»

بحث

با توجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان عوامل اجتماعی تأثیر جدی در توانمندی زنان در تنظیم خانواده داشتند. هنگامی که رسانه‌ها متعهد به تقویت جایگاه زنان در تصمیم‌گیری بوده، برنامه‌ریزی آموزشی مدارس حساس به پرورش زیرساخت‌های توانمندی زنان وجود داشت و فرصت شغلی کافی و متناسب با وظایف خانگی در جامعه برای زنان پیش‌بینی شده بود توانمندی زنان در تنظیم خانواده تسهیل می‌شد. Haile نیز معتقد است تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و موقعیت زنان در تصمیم‌گیری خانگی بر رفتارهای پیشگیری از بارداری تأثیر دارد (۷). در مطالعه Stephenson و Hennink هم بزرگ‌ترین مانع دستیابی زنان به خدمات تنظیم خانواده عوامل اجتماعی بودند که نیمی از زنان را در رسیدن به تمایلات باروری‌شان دچار ناکامی می‌کرد. زنانی که از موانع اجتماعی شاکی بودند اغلب خانه‌دار بوده و در خانواده‌های سنتی زندگی می‌کردند، سواد کمتری داشته و در معرض رسانه‌ها نبودند و جایگاه فرودستی خود را ناشی از فرصت‌های کم برای تحصیل، اشتغال و همچنین باورهای سنتی محدودکننده استقلال زنان می‌دانستند که باعث کاهش استفاده از خدمات تنظیم خانواده می‌گردید (۴).

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند با این که تلویزیون

می‌تواند با برنامه‌ریزی‌های اساسی باعث ارتقا توانمندی زنان در اجتماع، تغییر نگرش‌ها و باورها نسبت به جایگاه زنان گردیده و الگویی برای توانمندی زنان در تنظیم خانواده ارایه نماید اما در اغلب موارد تلویزیون به دلایل ملاحظات فرهنگی-سیاسی و اجتماعی تلاش جدی برای کمک به این موضوع نکرده است. نتایج پژوهش کیفی در ایران برای درک کلیشه‌های جنسیتی در تلویزیون، پنج کلیشه جنسیتی استخراج شد که زنان را فریبکار، بی‌وفا، منفعل، فرودست و ناقص‌العقل توصیف می‌کرد و در مقابل مردان صادق، عاقل و فعال بودند (۱۴). در حالی که Mutambirwa و همکاران معتقد بودند شبکه رسانه‌ای می‌تواند موقعیت‌های اجتماعی، نقش‌های سیاسی و اقتصادی زنان را در جامعه اعتلا بخشد و فواید برابری جنسیتی برای فرآیند توسعه را به تصویر نمایان سازد و به شکل‌گیری دیدگاه اجتماعی نسبت به توانمندی زنان که زیر بنای موفقیت در تصمیمات باروری است کمک شود (۱۵). در واقع وظایف اصلی رسانه‌ها کمک به ارتقا وضعیت تنظیم خانواده از طریق مساعدسازی زمینه‌ها برای پذیرش فرهنگی اجتماعی، روش‌های پیشگیری و اطلاع‌رسانی عمومی درباره نحوه مصرف و مقابله با عوارض آن‌ها است. رسانه‌ها یک وسیله مهم برای فایق آمدن بر موانع فرهنگی اجتماعی و تصحیح باورهای مسلط در جامعه محسوب می‌شوند (۶). در مطالعه Stephenson و Hennink نیز زنانی که در معرض رسانه‌ها بودند بیشتر به خدمات تنظیم خانواده روی می‌آوردند از طرف دیگر دسترسی به رسانه صدا و سیما باعث می‌شود دیگر افراد خانواده که تأثیرگذار بر تصمیمات باروری بودند نیز در معرض پیام‌ها قرار گیرند و آگاهی جمعی خانواده افزایش یابد و باعث کم رنگ شدن مخالفت با تنظیم خانواده در آن‌ها گردد (۴).

مشارکت‌کنندگان جایگاه ویژه‌ای برای مدرسه و تحصیل در پرورش زیرساخت‌های توانمندی در تنظیم خانواده قایل بودند و آموزش‌های هدفمند دوران تحصیل را عامل مهمی در ارتقا وضعیت زنان برای تصمیم‌گیری ماهرانه درباره مسایل باروری می‌دانستند. در حالی که سیستم آموزشی فعلی مدارس نسبت به برنامه‌ریزی مدون و جامعی جهت شکل‌گیری پایه‌های توانمندی دختران توجه کافی نداشت. Grown و همکاران معتقدند تحصیل و آموزش دختران هم باعث توسعه توانمندی‌های

آنان شده و هم باعث کاهش باروری، بهبود سلامت باروری و مرگ و میر کودکان می‌گردد که تأثیر جدی بر ارتقا سلامت زنان دارد (۱۶) و Reddy و Sujatha نشان دادند تحصیلات باعث افزایش سن ازدواج، کاربرد بیشتر روش‌های پیشگیری و کاهش تمایل به فرزند گردیده و سبب تغییر الگوی باروری می‌شود لذا آموزش با توانمندی زنان یک سرمایه‌گذاری برای بهبود وضعیت باروری و توسعه جامعه محسوب می‌شود (۱۷). اغلب مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که اشتغال منجر به استقلال بیشتر آنان در تصمیمات خانگی و باروری می‌شود همچنین با ورود به اجتماع با دسترسی به تجارب دیگران و منابع اطلاعاتی، بهتر می‌توانند درباره مسایل باروری تصمیم بگیرند از طرف دیگر آن‌ها اهمیت ویژه‌ای بر وظایف خانگی و مراقبت فرزندان خود قایل بودند. زنان مشارکت‌کننده مطالعه پرویزی و همکاران نیز بیشتر به جنبه‌های اجتماعی، اقتدار و استقلال همراه آن توجه می‌کردند و در کنار آن جنبه‌های منفی اشتغال زنان از جمله تعدد نقش‌های زنان و تبعیض‌های شغلی را مطرح کردند (۱۸). مشارکت‌کنندگان مطالعه Mutambirwa و همکاران هم نه تنها بر جنبه‌های مادی اشتغال تأکید داشتند بلکه حضور در اجتماع را عامل رشد استقلال و ارزشمندی شخصی زنان می‌دانستند زیرا تعاملات اجتماعی باعث تقویت ارتباطات و توانایی تصمیم‌گیری زنان و دسترسی به منابع شده و در کل باعث بهبود وضعیت اجتماعی زنان می‌گردد به طوری که زنان شاغل از استقلال بیشتری در رابطه با تصمیمات تنظیم خانواده برخوردار بودند. زنان معتقد بودند برای حفظ تعادل بین اشتغال و وظایف خانگی باید شرایط شغلی مناسب برای زنان مانند، ساعات کاری انعطاف‌پذیر، امکان مراقبت از فرزندان در محیط کار و حمل نقل مناسب برای تردد به محل کار فراهم باشد (۱۵). Singh و Pandey نشان دادند که زنان شاغل دانش و نگرش مطلوب‌تری نسبت به تنظیم خانواده پیدا کرده بودند و وضعیت سلامت و توانمندی بیشتری در تسلط بر زندگی شخصی و خانوادگی بیان نمودند (۱۹). مشارکت‌کنندگان نگرش مثبت به فرزندآوری، مسؤول بودن زن برای جلوگیری از بارداری و تصمیم‌گیری نهایی مردان در مسایل باروری را عوامل فرهنگی مؤثر بر توانمندی زنان تلقی کردند که عمدتاً نقش بازدارنده‌ای در دستیابی زنان به تصمیمات و تمایلات

باروری داشتند. از دیدگاه Badar و همکاران نیز تمایل جمعی به فرزند زیاد و خصوصاً ترجیح پسر باعث شده که زنان علی‌رغم تمایل به فرزند کم از روش‌های پیشگیری استفاده نمایند یکی از راه‌های مهم کنترل آن را تقویت استقلال زنان در تصمیمات تنظیم خانواده جهت کنترل بیشتر بر باروری می‌دانند (۲۰). یافته‌های رستمیان و همکاران نیز نشان داد باورهای فرهنگی مانند داشتن پسر، مسؤول بودن زن در قبال پیشگیری از بارداری، تکیه بر فرهنگ شفاهی در کسب اطلاعات تنظیم خانواده از اطرافیان، موانع مهم و گسترده‌ای را در مسیر توانمندی زنان در تنظیم خانواده قرار داده و باعث شده که عمده نقش جلوگیری از بارداری بر دوش زنان قرار گیرد (۲۱). عوامل فرهنگی با مجموعه‌ای از نگرش‌ها، باورها و ارزش‌گذاری‌ها توانسته نقش مهمی در توانمندی زنان در تنظیم خانواده را به عهده بگیرد از جمله نگرش مثبت همگانی به فرزندآوری که زوجین را ملزم به فرزندآوری می‌کند بدین ترتیب تمایلات باروری و تصمیم‌گیری آزادانه درباره باروری و تنظیم خانواده تحت شعاع قرار می‌گیرد. یافته‌های Schuler و همکاران نیز بیانگر فشار فرهنگی اجتماعی برای داشتن فرزند بیشتر بود که مشارکت‌کنندگان آن را یک مانع در تصمیم‌گیری آزادانه درباره تعداد فرزند دلخواه مطرح می‌کردند (۲۲). در جامعه تانزانیا نیز هنجارهای جنسیتی حاکم معمولاً حامی باروری زیاد بود و بر زمان ازدواج، زمان تولد فرزندان، اندازه خانواده و ترکیب جنسی فرزندان اثر می‌گذاشت و مشارکت‌کنندگان به یک باور فرهنگی از مسؤول بودن زن برای جلوگیری از بارداری اشاره داشتند که باعث شده عمده مسؤولیت تنظیم خانواده بر دوش زنان قرار گیرد و مردان از این مسؤولیت فارغ باشند در واقع پیشگیری از بارداری یک مسؤولیت زنانه تلقی می‌شد در حالی که تصمیم‌گیری نهایی تنظیم خانواده توسط مردان صورت می‌گرفت (۲۳). یافته‌های نبوی و همکاران نشان داد که بین زنان و مردان از لحاظ میزان پذیرش مسؤولیت اجرایی تنظیم خانواده تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که عمده مسؤولیت بر دوش زنان است و با کاهش قدرت تصمیم‌گیری زن در خانواده میزان پذیرش مسؤولیت اجرایی تنظیم خانواده توسط زن افزایش می‌یابد از طرف دیگر با افزایش قدرت تصمیم‌گیری مرد در خانواده میزان مسؤولیت‌پذیری مرد در این زمینه کاهش می‌یابد (۹).

اثرات فرهنگی اجتماعی بر وضعیت باروری زنان آگاه و پاسخگو باشند.

با این که اشتغال بر استقلال زنان در تصمیم‌گیری تنظیم خانواده بسیار مؤثر تلقی شده است اما شرایط نامناسب شغلی زنان از جمله تداخل آن با وظایف خانگی و محدودیت فرصت شغلی برای زنان مانع اجتماعی مهمی به شمار می‌رود، لذا باید فرصت‌های شغلی بیشتری برای زنان تعریف شود که با وظایف فرزندپروری آن‌ها نیز سازگار باشد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان باورهای فرهنگی فرزندآوری حاکم بر جامعه باعث شده تمایلات باروری و تصمیم‌گیری آزادانه تنظیم خانواده آسیب ببیند زیرا باور مسؤول بودن زن برای جلوگیری از بارداری و تسلط مردان در تصمیم‌گیری‌ها، بخش عمده وظایف تنظیم خانواده را بر دوش زنان نهاده است این تغییرات فرهنگی نیاز به برنامه‌ریزی دراز مدت دارد که خصوصاً با کمک رسانه‌ها و مدرسه قابل دستیابی است.

محدودیت‌های پژوهش: این پژوهش در زنان شهر اصفهان انجام شده است گرچه وضعیت اجتماعی فرهنگی آن با بسیاری از مناطق ایران مشابه می‌باشد ولی نتایج مطالعه کیفی قابل تعمیم به کل زنان کشور نیست. لذا پیشنهاد می‌شود براساس یافته‌های این مطالعه پژوهش‌های کمی طراحی شوند تا این عوامل در جمعیت بزرگ‌تری از زنان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین مطالعات عملکردی جهت طراحی و اجرای مداخلات لازم برای ارتقا توانمندی زنان در تنظیم خانواده صورت گیرد.

کاربرد یافته‌ها: از آنجایی که توانمندی زنان در تنظیم خانواده در بافت فرهنگی و اجتماعی شکل می‌گیرد بنابراین با به کار بردن نتایج این مطالعه در ابعاد خانواده‌ها، مدارس، رسانه‌ها و مراکز بهداشتی می‌توان به طور گسترده‌ای برای ارتقا آن برنامه‌ریزی نمود.

تشریح و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر تأمین اعتبار این طرح و از همکاری صمیمانه یکایک مشارکت‌کنندگان قدردانی می‌شود.

مشارکت‌کنندگان بیان داشتند در جامعه ارزش‌گذاری ویژه فرهنگی به تصمیم‌گیری مردان وجود دارد و از طرف دیگر زنان مهارت و آگاهی کافی برای تصمیم‌گیری آزادانه درباره مسایل تنظیم خانواده را ندارند از این رو مردان در اغلب تصمیمات باروری حرف آخر را می‌زنند. یافته‌های DeRose و Ezeh در اوگاندا نشان داد مردان تصمیم‌گیرنده اصلی در خانه هستند و این مسأله درباره تصمیمات باروری نیز صدق می‌کند که به نظر می‌رسد طی فرآیند اجتماعی شدن این تفاوت قدرت شکل گرفته، تمایلات مردسالاری باعث شده مردان هم تمایل به تعداد بیشتر فرزند داشته و هم کنترل روابط جنسی در اختیار آن‌ها باشد (۲۴). Creel و همکاران نیز معتقدند در بسیاری از قسمت‌های جهان زنان قدرت کافی برای تصمیم‌گیری آزادانه درباره روابط جنسی و پیشگیری از بارداری ندارند و انتخاب‌های آنان درباره روش‌های پیشگیری و نحوه تنظیم باروری به طور جدی تحت تأثیر تمایلات همسر و اطرافیان است (۲۵) Haile و Enqueselassie می‌گویند حال که مردان نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری‌های باروری دارند باید با هدف گرفتن آن‌ها در ارایه تنظیم خانواده باعث دستیابی بیشتر به اهداف تنظیم خانواده شد (۷). در مطالعه Badar و همکاران، نیز اغلب زنان تمایل داشتند که فرزند کم به دنیا بیاورند اما توانایی تصمیم‌گیری مستقل درباره تعداد فرزندان را نداشتند به علاوه از نظر فرهنگی برای کسب امنیت و حفظ ثبات زندگی مشترک، نیاز داشتند که فرزند کافی به دنیا بیاورند و حتماً پسر داشته باشند (۲۰).

نتیجه‌گیری

براساس طبقات اصلی استخراج شده در این مطالعه به نظر می‌رسد باورهای فرهنگی و وضعیت اجتماعی در متن خانواده و جامعه در توانمندسازی زنان در تنظیم خانواده به ویژه برای تصمیم‌گیری مستقل آنان تأثیر جدی دارد، خصوصاً رسانه‌ها و مدارس دو ابزار مهم تغییر نگرش‌ها و باورهای فرهنگی نسبت به جایگاه زنان و تقویت زیرساخت‌های توانمندی مطرح می‌شوند بنابراین باید سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت و توسعه به

منابع

- 1- Khosheh-Mehri G, Abraham-Taheri G, Hatami Z, Saffari M. [Prevalence of unwanted pregnancy and its related factors in women referring to health centers in south of Tehran]. *Journal of Nursing and Midwifery Quarterly Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2007; 17(59): 26-32. (Persian)
- 2- Amiri M, Kasaeian A. [Study of Family Planning Service Providers' Knowledge about and Attitude toward Pregnancy Prevention Methods]. *Knowledge & Health*. 2009; 4(1): 24-29. (Persian)
- 3- Eguavoen ANT, Odiagbe SO, Obetoh GI. The Status of Women, Sex Preference, Decision-Making and Fertility Control in Ekpoma Community of Nigeria. *Journal Social Science*. 2007; 15(1): 43-49
- 4- Stephenson R, Hennink M. Barriers to family planning service use among the urban poor in Pakistan. *Asia-pacific Population Journal*. 2004; 19(2): 5-26.
- 5- Campbell M, Sahin-hodoglugil NN, Potts M. barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in Family Planning*. 2006; 37(2): 87-98.
- 6- Casterline JB, Sathar ZA, ul Haque M. Obstacles to contraceptive use in Pakistan: a study in Punjab. *Stud Fam Plann*. 2001 Jun; 32(2): 95-110.
- 7- Haile A, Enqueselassie F. Influence of women's autonomy on couple's contraception use in Jimma town, Ethiopia. *Ethiopia Journal of Health Development*. 2006; 20(3): 145-151.
- 8- Abbasi SH M J, Askari NA. [Family changes and fertility decline in Iran: case study in Yazd province]. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai*. 2005; 11(25):25-76. (Persian)
- 9- Nabavi SAAH, Ershad F, Ahmadi L. [Socio-Demographic factors and pragmatic acceptance of the family planning in Ahwaz]. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai*. 2009; 16(35):23-45. (Persian)
- 10- Ministry of Health and Medical Education. Family health & population. Monitoring and Evaluation Indicators Systems at public health facility (IMES) by district. 2006. At (www.fhp.hbi.ir/e-book/IMES). Accessed January 2007.
- 11- Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2006. P. 14 -18.
- 12- Hsieh HF, Shannon SE. Three approach to qualitative content analysis. *Qualative Health Research*. 2005, 15(9): 1277-1288.
- 13- Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th Ed, Lippincott Williams's wilkings; 2007
- 14- Sadeghi F, Karimi SH. [Gender stereotyping in Iranian television drama]. *Women's Research (pazhuhish-izanan)*. 2005; 3(3 (13)): 59-90. (Persian)
- 15- Mutambirwa J, Utete V, Mutambirwa Ch and Maramba P. The Consequences of Family Planning for Women's Quality of Life, Summary of a Report Prepared for The Women's Studies Project ,Family Health International. 1998. University of Zimbabwe Medical School, Department of Psychiatry.
- 16- Grown C, Gupta G, Pande R. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *The Lancet*. 2005; 365(9458): 541-543.
- 17- Sujatha DS, Reddy GB. Women's education, autonomy and fertility behavior. *Asia-pacific Journal of Social Sciences*. 2009; 1(1): 35-50.
- 18- Parvizi S, Ghasemzade KF, Seyed Fatemi N, Naseri F. [Social factors contributing in women health in Tehran city: a qualitative study]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010; 4(15): 6-15. (Persian)
- 19- Pandey S, Singh M. Women empowerment and personal values as predictors of reproductive health, *journal of the Indian academy of applied psychology*. 2008; 34(2): 309-316.
- 20- Badar S, et al. Women empowerment & fertility behavior. *Professional Medical Journal*. 2007; 14(2): 295-299.
- 21- Rostamian AR, HeidariGR, Zafarmand MH, Asadi K, Barghandan R, Dianat M, Bahtoi M. [Men's disinclination in family planning in Bushehr Port Using focus group discussion]. *Iranian South Medical Journal*. 2002; 4(2): 142-149. (Persian)
- 22- Schuler SR, Hashemi SM, Cullum A, Hassan M. The advent of family planning as a social norm in Bangladesh: women's experiences. *Reproductive Health Matters*. 1996; 7: 66-78.
- 23- Gender norms and family planning decision-making in Tanzania: a qualitative study. 2009. The C-Change project under the terms of agreement no.GPO-A-00-07-00004-00.
- 24- DeRose L, Ezeh A. Decision-making patterns and contraceptive use. Evidence from Uganda. *Population Research and Policy Review*. 2010; 29(3): 423-439.
- 25- Creel LC, Sass JC, Yinger NV. Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care. *New Perspectives on Quality of Care*. 2002; 2: 1-8.

Exploring women's empowerment experiences in family planning in socio-cultural context of Isfahan city: A qualitative study

Kohan¹ Sh (Ph.D) - Simbar² M (Ph.D) - Taleghani³ F (Ph.D).

Introduction: Women's empowerment in family planning is essential key of reproductive health. In this area women should be gaining authority and power for decision-making for child bearing. Fertility decisions were influenced by power relations between the couples in family and social-cultural context. This study aimed at exploring women's empowerment experiences in family planning in socio-cultural context of Isfahan city.

Methods: With a qualitative approach, data were gathered from 37 married women who eligible for contraception at childbearing age. Seven focus group discussion sessions and seven individual interviews were recorded and analyzed with using conventional content analysis.

Results: Analysis of data showed that six subcategory for two main socio-cultural factors category that contributing in women empowerment in family planning. In view of participants social factors including: The Impact of Media on Shaping the Status of Women in Decision-Making, The role of School Curriculum to Form Empowerment Infrastructures and Women Employment. Cultural factors includes: Positive Attitude to have Child, Women Responsibility for Family Planning and Men Dominant in Reproductive Decision-Making.

Conclusion: According to the participants view, social factors such as media could play a crucial role towards strengthening women's decision-making and schools could develop the empowerment's infrastructures and women employment could improve women social status but impressive performance by them did not enough. Also cultural factors deems women to be responsible for contraception and decrease women's control over their fertility. Therefore we require profound socio-cultural changes for empowering women in family planning.

Key words: Women empowerment, family planning, qualitative research, social-cultural context

1 - Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 - Corresponding author: Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

3 - Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran