

بررسی عوامل ساختاری تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

بر فرزندآوری زنان ایرانی: یک مطالعه مرور سیستماتیک

فرشته قهرمانی^۱، دکتر محبوبه احمدی دولابی^{۲*}، دکتر زهره محمودی^۳، دکتر ملیحه نصیری^۴

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: فرزندآوری، پدیده مهمی در حرکات جمعیتی و محور توسعه پایدار برای کشورهایی که سطح جانشینی پایینی دارند، محسوب می‌شود. مطالعه حاضر جهت تجمیع دانش موجود در مورد اثربخشی عوامل ساختاری تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر فرزندآوری زنان ایرانی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مرور سیستماتیک، مطالعات فارسی و انگلیسی منتشر شده از نوع مشاهده‌ای از تاریخ ابتدای ۲۰۱۰/۱/۱ تا تاریخ ۲۰۲۲/۱/۲۳ وارد مطالعه شدند. جستجوی مطالعات در پایگاه اطلاعاتی SID، Magiran، Embase، google scholar، Scopus، web of science، PubMed با استفاده از کلمات کلیدی مرتبط شامل: Reproductive Behavior، childbearing، Socioeconomic Factors، Ethnic Groups، Culture، Structural Determinants of Health و Iran انجام شد. جهت ارزیابی کیفیت مقالات از ابزار نیوکاسل اوتاوا استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه مروری ۳۶ مطالعه مطابق با معیارهای ورود وارد مطالعه شدند و عوامل ساختاری سلامت (تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ) بر روی فرزندآوری زنان مورد بررسی قرار گرفتند. فرزندآوری زنان با این عوامل ساختاری سلامت در ارتباط است. در این مطالعه مروری، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات زنان بود؛ به طوری که ۱۸ مقاله، تأثیر منفی تحصیلات بر فرزندآوری را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: نتایج مرور سیستماتیک حاضر بیانگر تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی ساختاری سلامت (تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ) از جمله تحصیلات زنان بر فرزندآوری بود. این امر مؤید این است که اگر سیاست‌های جمعیتی بتوانند برنامه‌هایی را اجرا کنند که موجب سازگاری نقش مادری با ادامه تحصیلات زنان پس از ازدواج شوند، می‌توانند بسیار مؤثرتر باشند.

کلمات کلیدی: ایران، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، رفتار باروری، فرزندآوری

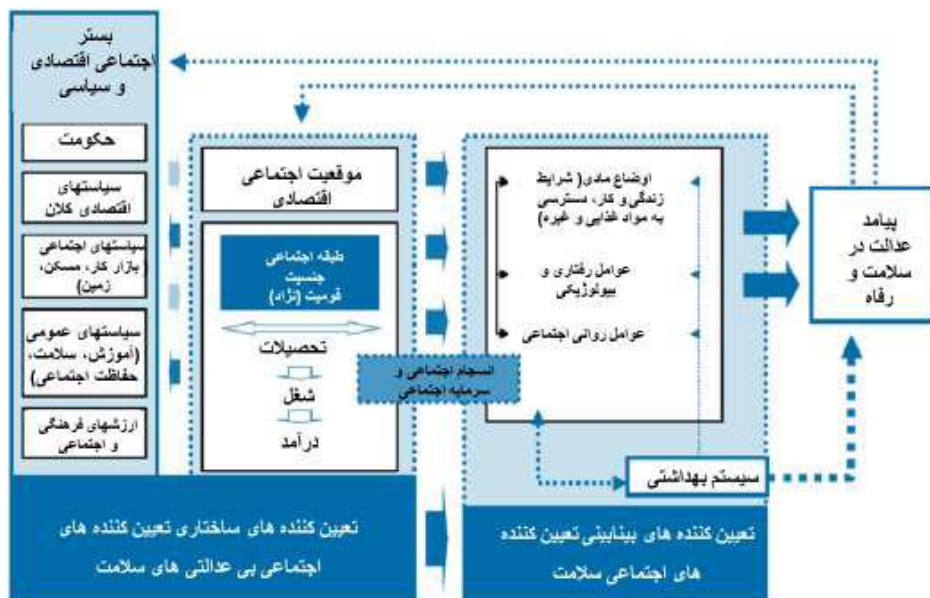
* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محبوبه احمدی دولابی؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: mah1372@yahoo.com

مقدمه

فرزندآوری، پدیده مهمی در حرکات جمعیتی و محور توسعه پایدار برای کشورهایی که سطح جانمایی پایینی دارند، محسوب می‌شود (۱). با توجه به تغییرات باروری در طول سه دهه گذشته در ایران لازم است عواملی که رفتارها، ایده‌آل‌ها و تمایلات زنان را برای داشتن فرزند تحت تأثیر قرار می‌دهند، شناسایی و آن‌ها را مبنای سیاست‌گذاری جمعیتی قرار داد (۲).

محققان معتقدند که امروزه دیدگاه‌ها و الگوهای رفتار باروری زنان و خانواده‌ها دستخوش تحولاتی اساسی شده است و به راحتی نظرات و تصمیم‌گیری‌های سیاست مداران و برنامه‌ریزان قادر به تغییر این نگرش‌ها و ارزش‌ها نیستند (۲، ۳). هرچند فرزندآوری و تولد، ظاهراً امر ساده‌ای به نظر می‌رسد، اما مسئله پیچیده‌ای است که عوامل کمی و کیفی متعددی از جمله دسترسی به روش‌های مطمئن کنترل بارداری، باورهای مذهبی، سنت‌ها، هنجارهای فرهنگی، سقط جنین، سن ازدواج، میزان مرگ‌ومیر نوزادان، فرصت‌های شغلی، عوامل اقتصادی، شهرنشینی، بالا رفتن سن ازدواج، تأخیر در تولد اولین فرزند و افزایش فاصله بین تولدها با آن مرتبط هستند (۴، ۵).

یکی از عواملی که روی فرزندآوری زوجین تأثیرگذار است، سلامتی آنها می‌باشد (۵). مطالعات نشان داده‌اند که سلامتی زوجین می‌تواند به‌طور جدی بر روی قصد فرزندآوری‌شان تأثیر بگذارد (۶). امروزه دیدگاه سلامت، چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده و به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی مؤثر بر سلامت توجه ویژه‌ای معطوف شده است و هر یک از این تعیین‌کننده‌ها، به‌خودی‌خود و یا از طریق تأثیر بر یکدیگر، وضعیت سلامتی افراد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت یعنی شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار می‌کنند. این شرایط از عوامل کلیدی تساوی در زمینه سلامت محسوب می‌شوند (۷). بر اساس مدل سازمان جهانی بهداشت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در دو گروه اصلی تعیین‌کننده‌های ساختاری و بینابینی استقرار می‌گیرند. تعیین‌کننده‌های ساختاری عواملی هستند که طبقه اجتماعی را به‌وجود می‌آورند که شامل: جنسیت، درآمد، تحصیلات، شغل و قومیت می‌باشند و از آن‌ها به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی بی‌عدالتی در سلامت یاد می‌شود (۸) (شکل ۱).



شکل ۱- چارچوب مفهومی الگوی CSDH WHO, 2010^۱ (۸)

¹ Commission on Social Determinants of Health

مطالعات نشان داده‌اند عوامل متفاوتی مانند سطح تحصیلات زنان، شغل زنان، درآمد خانواده، هنجارها و ارزش‌های جنسیتی، فرهنگ و قومیت و مذهب بر فرزندآوری افراد مؤثر هستند (۹). فرزندآوری اتفاقی نیست که در خلأ رخ دهد، بلکه در زمینه خانواده و جامعه شکل می‌گیرد (۱۰) و سه عامل اساسی یعنی عوامل اقتصادی اجتماعی، مذهب و قومیت، رفتار باروری را رقم می‌زنند (۱۱، ۱۲).

فعالیت‌های اجتماعی (تحصیلی و شغلی) را می‌توان جزء عوامل تأثیرگذار بر رفتار باروری دسته‌بندی نمود. ایران از جمله کشورهایی است که در چند دهه اخیر تغییرات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی زیادی را به‌خصوص در حوزه خانواده تجربه کرده است. تحصیلات، جایگاه اجتماعی و فرهنگی زنان را ارتقاء می‌دهد و در این شرایط، دیگر فرد فرصت برای فرزندآوری ندارد که خود منجر به یک نوع بازاندیشی آگاهانه نسبت به فرزندآوری می‌گردد (۱۰). مطالعات متعددی از جمله مطالعه عربان و همکاران (۲۰۲۰)، دهش و همکاران (۲۰۲۰) و عرفانی و همکاران (۲۰۱۸) به تأیید ارتباط بین ارتقاء تحصیلات و کاهش باروری اشاره نموده‌اند (۱۵-۱۳). نتایج مطالعه لم (۲۰۰۷) نشان داد تغییر موقعیت زنان از طریق اشتغال، مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌های خانواده و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی را افزایش داده که می‌تواند تأثیر معناداری بر کاهش باروری داشته باشد (۱۶).

عدم حمایت از زنان شاغل در کارهای منزل و بچه‌داری باعث ایجاد تعارض کار- خانواده و ایجاد فشار روحی و روانی در آنها و عدم تمایلشان به فرزندآوری خواهد شد. پس این تعارض به آسانی قابل حل نیست، مگر آنکه مانند برخی کشورهای توسعه‌یافته، مقررات و امکانات حمایتی وسیعی ایجاد شود و مادران بتوانند هنگام کار بیرون، از خدمات مؤسسات ذی‌ربط (مانند مهد کودک و کودکستان) و یا برخی افراد بهره‌مند باشند و تفاهم بیشتری در این باره بین زن و شوهر پدید آید (۱۷، ۱۸). مطالعه ثمنی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد بین حمایت دولت و تمایل زنان شاغل به باروری رابطه معناداری وجود دارد (۱۹). نتیجه مطالعه جانگ و همکاران (۲۰۱۷) در چین نیز نشان داد ارائه مشوق‌های مالی

فرزندآوری از طرف دولت بر قصد باروری زنان تأثیر مثبت دارد (۲۰). لذا می‌توان نتیجه گرفت حمایت از زنان شاغل و همچنین مشوق‌های مالی فرزندآوری می‌تواند استرس والدین را در نگهداری از فرزند کاهش دهد و با کاهش انگیزه منفی باروری، فرزندآوری را افزایش دهد. ارائه مشوق‌های مالی در سایر کشورها همچون سوئد که دارای بیشترین رشد جمعیت در کشورهای اروپایی است و همچنین آلمان، انگلستان، روسیه، ژاپن، سنگاپور وجود دارد (۲۱)، اما مطالعه اسلاملو و همکاران (۲۰۱۴) در ایران نشان داد ۸۵٪ مردان و ۹۰٪ زنان نسبت به تشویق‌های اقتصادی و اجتماعی از سوی دولت، نگرش مثبت ندارند و تمایلی ندارند فاصله دلخواه فرزندآوری خود را کوتاه‌تر و تعداد دلخواه فرزندان را افزایش دهند (۲۲). به‌نظر می‌رسد این مشوق‌ها هنوز نتوانسته است باعث ایجاد انگیزه مثبت فرزندآوری در زنان شاغل شود؛ به‌طوری‌که در مطالعه حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) پاسخ به فرزندآوری در آینده در صورت حمایت مالی و اقتصادی دولت در زنان خانه‌دار نسبت به زنان شاغل به‌طور معناداری بیشتر بود (۲۳).

از دیگر عوامل ساختاری سلامت و تأثیرگذار بر باروری زنان می‌توان به عوامل فرهنگی- قومیتی اشاره کرد (۱۰). با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی حاکم بر کشورهای اسلامی از جمله ایران، داشتن باورهای مذهبی و وابستگی‌های قومیتی می‌تواند در رفتار باروری افراد مؤثر باشد. عباسی و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند ترجیح جنسی، یکی از مشکلات فرهنگی در ایران در زمینه مسائل جمعیتی است و می‌تواند باعث افزایش تعداد حاملگی‌ها، کاهش فاصله بین زایمان‌ها و تأخیر در مراجعه به مراقبت‌های دوران بارداری شود و همین امر می‌تواند سلامت مادر، نوزاد، کودک و خانواده را به‌ویژه در جوامع سنتی تهدید کند. بنابراین کاهش ترجیح پسر برای سلامتی و رفاه کودکان و زنان در این کشورها ضروری است (۲۴).

بنابراین با توجه به روند کاهش باروری در ایران در طول دو دهه اخیر و با توجه به اینکه فرزندآوری تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله عوامل ساختاری تعیین کننده

اجتماعی سلامت قرار دارد، شناخت عمیق این عوامل به مشاوران سلامت باروری کمک می‌کند تا توصیه‌ها و روش‌های مناسب‌تری را در اختیار زوجین قرار دهند و از طریق آموزش صحیح و اصولی، ضمن تضمین سلامت و ارتقای سطح سلامت جامعه بتوانند به ایجاد نگرش درست در فرزندآوری زنان کمک کنند. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای سیستماتیک در خصوص بررسی تأثیر عوامل ساختاری سلامت بر فرزندآوری زنان در ایران انجام نشده است، مطالعه سیستماتیک حاضر با هدف ارزیابی مروری بر تأثیر عوامل ساختاری سلامت بر فرزندآوری زنان انجام شد.

روش کار

این مقاله از نوع مرور نظام‌مند بر اساس سیستم گزارش‌دهی مطالعات سیستماتیک PRISMA است (۲۵). طراحی سؤال مطالعه این مرور سیستماتیک بر اساس پروسه پیکو (PICO)^۱ بنا شده است که در آن P جمعیت زنان متأهل ایرانی، I^۲ تعیین کننده‌های ساختاری سلامت، C^۳ در این مطالعه با توجه به این که مطالعات مشاهده‌ای بودند، جایگاهی ندارد و O^۴ به فرزندآوری اطلاق شد. جهت دستیابی به تمام مقالات چاپ شده به زبان فارسی و انگلیسی، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Embase، SID، Magiran، PubMed، Scopus، google scholar، web of Science و با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با "تعیین کننده‌های ساختاری سلامت" و "فرزندآوری" و "ایران" توسط دو محقق به‌طور جداگانه انجام شد. به‌منظور به حداکثر رساندن جامعیت جستجو، از کلید واژه‌های استاندارد شده Mesh شامل: Reproductive Socioeconomic، childbearing، Behavior، Factors، Ethnic Groups، Culture، Iran، Structural Determinants of Health و ترکیب آنها با کمک عملگرهای مرتبط با پایگاه مورد جستجو (همچون OR، AND) استفاده شد. در پایگاه-

های فارسی، معادل فارسی کلید واژه‌ها و ترکیب آن‌ها با عملگرهای "یا" و "و" جستجو گردید. کلید واژه‌های فارسی شامل: تحصیلات، سواد، بی‌سوادی، شغل، شاغل، بیکاری، خانه‌دار، درآمد، قومیت، نژاد، گروه قومیتی، عوامل فرهنگی، طبقه اجتماعی، وضعیت اقتصادی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی، فرزندآوری، باروری و رفتار باروری بود. همچنین از فهرست منابع مقالات مورد بررسی، جهت یافتن مطالعات بیشتر، بهره گرفته شد. راهبردهای جستجو در پایگاه PubMed در جدول ۱ آمده است.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل: تمام مقالات علمی در زمینه فرزندآوری زنان ایرانی و تعیین کننده‌های ساختاری سلامت (تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ) که در یکی از پایگاه‌های اطلاعاتی نام برده نمایه شده باشند (Embase، web of science، PubMed، Scopus، google scholar، SID، Magiran)؛ مقالات از نوع مشاهده‌ای (case control، cross-sectional، cohort study)؛ بازه زمانی ۲۰۱۰/۱/۱ تا تاریخ ۲۰۲۲/۱/۲۳ و زبان انگلیسی یا فارسی بود.

معیارهای خروج از این مطالعه نیز شامل: مطالعات از نوع اراتوم^۶، مقالات کیفی و مروری، منابع خاکستری (نامه به سردبیر، مقالات کنفرانس‌ها و ...)، مقالات خارجی غیر از زبان انگلیسی، مقالاتی که مطالبی خارج از اهداف این مطالعه ارائه کرده بودند، متن کامل آنها در دسترس نبود (بعد از دو بار ایمیل به نویسندگان)، اطلاعات ناقصی داشتند و یا بر روی زنان غیرایرانی و یا بر روی زنان غیرمتأهل و یا در شرف ازدواج و یا مطالعاتی که فقط بر روی مردان انجام شده بود.

به‌منظور دستیابی به حداکثر میزان جامعیت جستجو، به شکل دستی تمامی مقالات نهایی مرتبط با موضوع مورد بررسی قرار گرفت. ترتیب مراحل انجام فرآیند بدین‌صورت بود که ابتدا دو محقق به‌طور مستقل، به جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مربوطه پرداخته و در مجموع ۶۵۸۹ مقاله شناسایی شد. از طریق جستجوی دستی، ۷ مقاله به‌دست آمد. مقالات چاپ شده از تاریخ

¹ Population Intervention Comparison Outcome

² population

³ intervention

⁴ Comparission

⁵ outcome

⁶ Erratum

فلوچارت فرآیند انتخاب مقالات از بانک‌های اطلاعاتی را مبتنی بر دیاگرام PRISMA نشان می‌دهد. از نظر ارزیابی کیفیت مقالات و به‌منظور عدم سوگیری، دو نویسنده به‌طور مستقل ارزیابی کیفیت مقالات وارد شده در مرور را بر اساس مقیاس نیوکاسل اوتاوا برای ارزیابی کیفیت مطالعات غیرتصادفی^۱ (نسخه مقیاس کوهورت نیوکاسل اوتاوا و نسخه تعدیل شده آن برای مطالعات مقطعی^۲) انجام دادند (۲۶، ۲۷). بر اساس مقیاس کوهورت نیوکاسل اوتاوا، حداقل امتیاز (ستاره) صفر و حداکثر ۹ بوده و مقالات با امتیاز ۶ و بالاتر، کم‌خطر و با کیفیت خوب در نظر گرفته می‌شوند و مقالات با امتیاز پایین‌تر از ۶، پرخطر و با کیفیت ضعیف در نظر گرفته می‌شوند. این مقیاس تمام مراحل مطالعه شامل انتخاب نمونه‌ها، مقیاس دو گروه و پیامدها را مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۶). بر اساس مقیاس نیوکاسل تعدیل شده برای مطالعات مقطعی، حداقل امتیاز صفر (ضعیف‌ترین مطالعه) و حداکثر ۱۰ (قوی‌ترین مطالعه) می‌باشد و مطالعاتی که کمتر از ۴ امتیاز کسب کنند، با کیفیت پایین در نظر گرفته می‌شوند (۲۷، ۲۸). هر نوع اختلاف‌نظر بین محققین با محقق سوم برطرف گردید.

۲۰۱۰/۱/۱ تا تاریخ ۲۳/۱/۲۰۲۲ بودند. مقالات استخراج شده وارد نرم‌افزار اندنوت شد. در مرحله اول ۱۷۲۱ مقاله به‌دلیل تکراری بودن حذف شد. سپس در مرحله بعدی، عنوان و چکیده ۴۸۷۵ مقاله باقی‌مانده توسط دو محقق، به‌طور جداگانه بررسی شد و مقالات غیرمرتبط با موضوع بررسی (بر اساس معیارهای ورود به مطالعه) پس از بررسی عنوان و چکیده از مطالعه خارج شدند. سپس متن کامل ۱۳۶ مقاله باقی‌مانده مورد مطالعه قرار گرفت تا از مرتبط بودن آن‌ها اطمینان حاصل شود؛ بدین ترتیب مقالات غیرمرتبط با اهداف تحقیق و یا عدم دسترسی به متن کامل، مقالات تکراری، خلاصه مقالات بدون شواهد کافی مانند گزارش کنفرانس‌ها و سخنرانی‌ها حذف گردید و در نهایت ۳۶ مقاله که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و کیفیت مقالات توسط دو نویسنده به‌طور جداگانه با استفاده از ابزار ارزیابی کیفیت مربوطه (مقیاس نیوکاسل اوتاوا) بررسی شد. هر نوع اختلاف‌نظر بین دو محقق، از طریق گفتگو با محقق سومی که متخصص در زمینه مطالعات سیستماتیک بود، برطرف گردید. شکل ۲

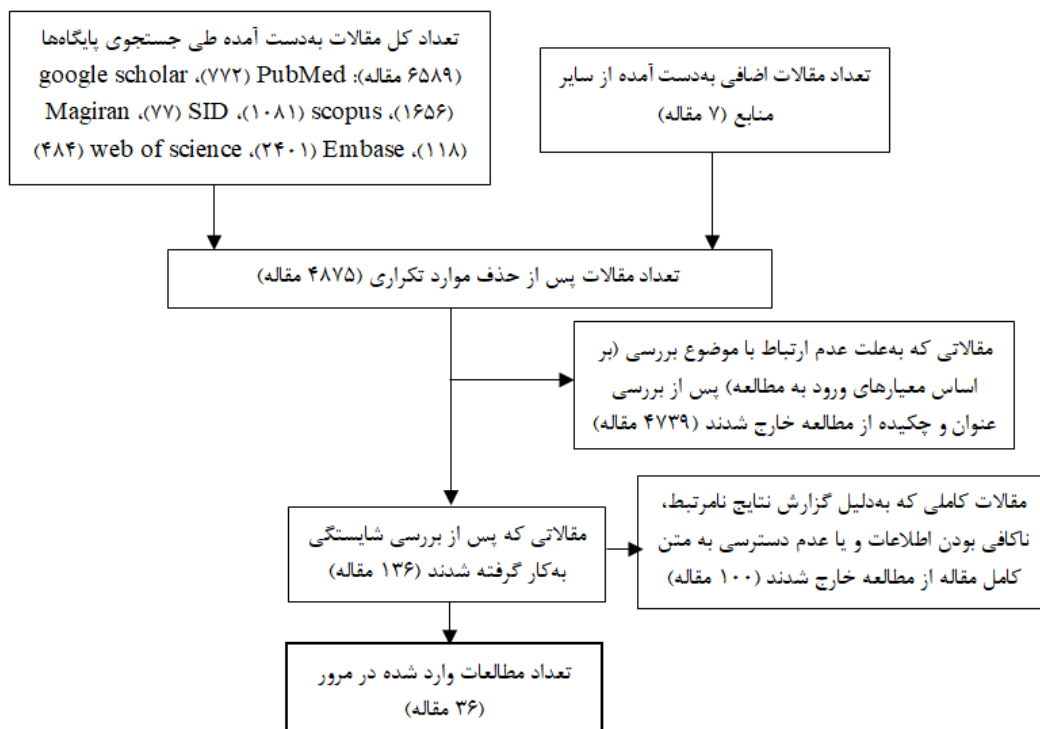
جدول ۱- راهبردهای جستجو در پایگاه PubMed

(((((("Social Determinants of Health" [mh] OR Social Determinants of Health[tiab] OR health social determinants[tiab] OR Health Social Determinants[tiab] OR Structural Determinants of Health[tiab] OR Health Structural Determinant[tiab] OR Health Structural Determinants[tiab]) OR ("Social Class"[mh] OR "Social Conditions" [mh] OR "Socioeconomic Factors" [mh] OR "Economic Factors"[mh] OR "Economic Status" [mh] OR "Economics" [mh] OR "income" [mh] OR "Poverty"[mh] OR "Social Problems"[mh] OR "Educational Status"[mh] OR "Literacy"[mh] OR "Occupations"[mh] OR "Employment"[mh] OR Social Class[tiab] OR Social Conditions[tiab] OR Socioeconomic Factors [tiab] OR Economic Factors [tiab] OR Economic Status[tiab] OR Economics[tiab] OR income [tiab] OR Poverty[tiab] OR Social Problems[tiab] OR Educational Status[tiab] OR Literacy[tiab] OR Occupations[tiab] OR Employment[tiab] OR Social Classes[tiab] OR Socioeconomic Status[tiab] OR Middle Class Population[tiab] OR Middle Class Populations[tiab] OR Caste[tiab] OR Castes[tiab] OR Social Condition[tiab] OR Living Conditions[tiab] OR Living Condition[tiab] OR Socioeconomic Factor[tiab] OR Standard of Living[tiab] OR Living Standard[tiab] OR Living Standards[tiab] OR Land Tenure[tiab] OR Social Inequality[tiab] OR Social Inequalities[tiab] OR High-Income Population[tiab] OR High Income Population[tiab] OR High-Income Populations[tiab] OR Cost of Living[tiab] OR Living Cost[tiab] OR Living Costs[tiab] OR Economic Condition[tiab] OR fees[tiab] OR salaries[tiab] OR financial management[tiab] OR financing[tiab] OR funding[tiab] OR cost[tiab] OR finances[tiab] OR Low-Income Population[tiab] OR Low-Income Populations[tiab] OR Low Income Population[tiab] OR Low Income Populations[tiab] OR Extreme Poverty[tiab] OR Absolute Poverty[tiab] OR Social Problem[tiab] OR Educational Achievement[tiab] OR Educational Achievements[tiab] OR Maternal Educational Status[tiab] OR Paternal Educational Status[tiab] OR Occupation[tiab] OR Vocations[tiab] OR Vocation[tiab] OR Employment Termination[tiab] OR Labo

¹ Newcastle-Ottawa scale for assessing the quality of nonrandomized studies

² Newcastle-Ottawa Scale adapted for cross-sectional studies

Force[tiab] OR Labor Forces[tiab] OR Precarious Employment[tiab] OR Marginal Employment[tiab] OR Employment Insecurity[tiab] OR Employment Insecurities[tiab] OR Employment Status[tiab] OR Occupational Status[tiab] OR Underemployment[tiab])) OR (Culture [mh] OR Cultures [mh] OR Beliefs [mh] OR Belief [mh] OR Customs [mh] OR "Cultural Characteristics"[mh] Culture [tiab] OR Cultures[tiab] OR Beliefs[tiab] OR Belief[tiab] OR Customs[tiab] OR Cultural Relativism[tiab] OR Cultural Background[tiab] OR Cultural Backgrounds[tiab] OR Cultural Characteristics[tiab])) OR (Ethnic Groups [mh] OR "Population Characteristics"[mh] OR Ethnic Groups [tiab] OR Population Characteristics [tiab] OR Ethnic Group[tiab] OR Ethnicity[tiab] OR Nationality[tiab] OR Nationalities[tiab])) AND ("Reproductive Behavior"[mh] OR "Reproduction"[mh] OR "Pregnancy"[mh] OR Reproductive Behavior[tiab] OR Reproduction[tiab] OR Pregnancy[tiab] OR Childbearing[tiab] OR reproductive decision making[tiab] OR Voluntary Childlessness[tiab] OR Delayed Childbearing[tiab] OR Pregnancies[tiab] OR fertility[tiab] OR reproductive issues[tiab] OR parenthood[tiab])) AND (Iran[tiab] OR Islamic Republic of Iran[tiab])



شکل ۲- دیاگرام جستجو و انتخاب مقالات

یافته‌ها

۴۰. ۲۴ مقاله به زبان انگلیسی (۱۶-۱۳، ۲۲-۱۹، ۲۴، ۲۶، ۳۶-۲۸، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۳، ۴۴) و ۱۱ مقاله به زبان فارسی (۲۳، ۳۵، ۳۷، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۵، ۵۶، ۶۷، ۵۸، ۵۹) منتشر شده بودند. تمام مطالعاتی که در این مقاله انتخاب شدند، از کیفیت بالایی برخوردار بودند. کیفیت مقالات وارد شده در مرور سیستماتیک که بر اساس مقیاس نیوکاسل اوتاوا بررسی شد، به تفکیک در جدول ۲ آورده شده است.

در این مطالعه مروری از ۴۸۷۵ مقاله غیرتکراری بررسی شده، در نهایت ۳۶ مقاله مشاهده‌ای مناسب تشخیص داده شد و نتایج آنها مورد بررسی و استخراج قرار گرفت (۱۵-۱۳، ۲۳، ۲۴، ۲۹-۵۹). مجموع حجم نمونه‌ها در این مطالعه ۸۵۵۶۵ بود. ۳۴ مطالعه از نوع توصیفی (۳۱-۱۳، ۲۳، ۲۴، ۲۹، ۴۱-۱۵، ۵۹-۳۹) و ۲ مطالعه از نوع کوهورت بودند (۳۰،

جدول ۲- ارزیابی کیفیت مقالات منتخب بر اساس مقیاس ارزیابی کیفیت نیوکاسل - اوتاوا

ارزیابی کیفیت مقاله کوهورت									
انتخاب مقایسه پذیری نتایج									
نمره کل	کفایت پیگیری مطالعات	کافی بودن زمان پیگیری برای بروز پیامد	ارزیابی پیامد	بر اساس طراحی و آنالیز	شواهد نامعلوم بودن پیامد مورد نظر در ابتدای مطالعه	اطمینان از مواجهه	انتخاب گروه غیرمواجهه	گویا بودن مواجهه	نویسنده/ سال/ رفرنس
۷	*	*	*	*	*	*	*	*	میری و همکار (۲۰۱۸) (۴۰)
۸	*	*	*	*	*	*	*	*	کبودی و همکاران (۲۰۱۳) (۳۰)
ارزیابی کیفیت مقالات مقطعی									
انتخاب مقایسه پذیری نتایج									
نمره کل	آزمون آماری	ارزیابی پیامد	بر اساس طراحی و آنالیز	اطمینان از مواجهه	عدم پاسخ‌دهی	حجم نمونه	گویا بودن نمونه‌ها	نویسنده/ سال/ رفرنس	
۹	*	**	**	**	*	*	*	رنجبر و همکاران (۲۰۱۵) (۲۹)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	عربان و همکاران (۲۰۲۰) (۱۳)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	غضنفرپور و همکاران (۲۰۱۸) (۳۱)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	آزموده و همکاران (۲۰۱۹) (۳۲)	
۶	*	*	*	*	*	*	*	معینی و همکاران (۲۰۱۴) (۳۳)	
۷	*	*	**	*	*	*	*	شایان و همکاران (۲۰۱۴) (۳۴)	
۶	*	*	*	*	*	*	*	باقری و همکاران (۲۰۱۷) (۳۵)	
۶	*	**	*	*	*	*	*	صابر ماهانی و همکاران (۲۰۱۷) (۳۶)	
۷	*	**	**	*	*	*	*	رشادت و همکاران (۲۰۱۱) (۳۷)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	نجفی وثوق و همکاران (۲۰۱۷) (۳۸)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	بنده الهی و همکاران (۲۰۱۹) (۳۹)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	سعادت و همکاران (۲۰۱۸) (۴۱)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	عرفانی و همکاران (۲۰۱۸) (۱۵)	
۸	*	**	**	*	*	*	*	سلطانیان و همکاران (۲۰۱۹) (۴۲)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	داهش و همکاران (۲۰۲۰) (۱۴)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	داهش و همکاران (۲۰۲۲) (۴۳)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	احمدی و حسین‌زاده (۲۰۱۴) (۴۴)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	عرفانی (۲۰۱۶) (۴۵)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	اسدی و همکاران (۲۰۱۶) (۴۶)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	باقری و سعادت (۲۰۱۹) (۴۷)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	باقری و سعادت (۲۰۲۱) (۴۸)	
۶	*	*	*	*	*	*	*	حسینی و همکار (۲۰۱۴) (۵۰)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	عباسی و همکاران (۲۰۱۸) (۲۴)	
۸	*	*	**	**	*	*	*	ساعی قره‌ناز و همکاران (۲۰۱۷) (۵۱)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	خدبوزاده و همکار (۲۰۱۸) (۵۲)	
۷	**	*	*	*	*	*	*	راد و همکاران (۲۰۱۶) (۵۳)	
۶	*	*	*	*	*	*	*	سرگلزایی و همکاران (۲۰۱۷) (۵۴)	
۶	*	*	*	*	*	*	*	عرفانی و همکار (۲۰۱۹) (۴۹)	
۸	*	**	**	**	*	*	*	حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳)	
۹	**	**	**	*	*	*	*	باقری (۲۰۱۸) (۵۵)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	طاووسی و همکاران (۲۰۱۷) (۵۶)	
۷	*	**	*	*	*	*	*	فروتن و همکار (۲۰۱۸) (۵۷)	
۹	*	**	**	**	*	*	*	مطلق و همکاران (۲۰۱۶) (۵۸)	
۶	*	*	*	*	*	*	*	صادقی (۲۰۱۹) (۵۹)	

در تمام مطالعات کمی موجود، گروه هدف زنان متأهل ایرانی بودند. پس از مرور نتایج پژوهش‌ها و با توجه به اهداف پژوهش، عوامل مرتبط با فرزندآوری زنان به چهار گروه تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ تقسیم شدند. مشخصات مقالات مرور شده در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳- مشخصات مقالات مرور شده مرتبط با عوامل ساختاری سلامت (تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ) با فرزندآوری زنان ایرانی

نویسنده / سال / رفرنس	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	محل مطالعه	تعیین کننده‌های اجتماعی ساختاری	نتیجه اصلی
رنجبر و همکاران (۲۰۱۵) (۲۹)	زن ۱۷۱۸۷ متأهل ۴۰- ۲۰ ساله	پرسشنامه محقق ساخته	تهران	تحصیلات شغل	با افزایش میزان تحصیلات میانگین زمان بین ازدواج تا اولین بارداری از ۱۳/۶۴ به ۲۴/۹۵ ماه افزایش یافت ($p < 0.001$). اشتغال زنان زمان تولد اولین فرزند را افزایش می‌دهد ($p < 0.001$).
عربان و همکاران (۲۰۲۰) (۱۳)	زن ۴۸۳ متأهل ۴۹- ۱۵ ساله	پرسشنامه محقق ساخته، پرسشنامه‌های نگرش به فرزندآوری، پرسشنامه هنجار ذهنی، پرسشنامه قصد فرزندآوری پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ، پرسشنامه حمایت اجتماعی، پرسشنامه امید اسنایدر ^۱	ساوه	تحصیلات، شغل	قصد باروری با تحصیلات بالاتر کاهش می‌یابد ($p < 0.05$). متغیر وضعیت شغلی، عامل پیش‌بینی کننده معنادار قصد فرزندآوری می‌باشد و داشتن شغل با کاهش باروری همراه است ($p < 0.05$).
کبودی و همکاران (۲۰۱۳) (۳۰)	زن ۳۴۴۳ متأهل ۴۵- ۱۵ ساله	پرسشنامه جمعیت‌شناختی و سلامت جمهوری اسلامی ایران ^۲	کرمانشاه	تحصیلات	نتایج این مطالعه کاهش باروری را در سطوح مختلف تحصیلی نشان داد. بیشترین میزان کاهش باروری در میان زنان با تحصیلات عالی مشاهده شد ($p < 0.05$).
غضنفرپور و همکاران (۲۰۱۸) (۳۱)	زوج ۴۵۰ جوان	پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه نگرش مذهبی، پرسشنامه فرزندآوری میلر ^۳	مشهد	تحصیلات، فرهنگ	سطح تحصیلات با انگیزه فرزندآوری و تعداد واقعی فرزندان ارتباط منفی و معناداری داشت ($p < 0.001$). باورهای مذهبی با انگیزه مثبت فرزندآوری و تعداد فرزندان رابطه مثبت و معناداری داشت ($p < 0.001$).
آزموده و همکاران (۲۰۱۹) (۳۲)	زن ۲۴۱ متأهل ۴۹- ۱۵ ساله	پرسشنامه دموگرافیک و اطلاعات باروری، پرسشنامه دینداری	تربت حیدریه	تحصیلات، درآمد، شغل، فرهنگ	بین میزان تحصیلات و میزان باروری رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($p = 0.001$). بین قصد باروری و درآمد ($p > 0.05$) و بین قصد باروری آتی آزمودنی‌ها و وضعیت اشتغال زوجین تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). باورهای مذهبی با فرزندآوری و تعداد فرزندان رابطه مثبت و معناداری داشت ($p = 0.009$).
معینی و همکاران (۲۰۱۴) (۳۳)	زوج ۱۳۹۵۲ ایرانی	سرشماری ملی نفوس و مسکن و سالنامه آماری ایران	ایران	تحصیلات، درآمد، شغل	رابطه معکوسی بین سواد والدین و تعداد فرزندان آنها وجود داشت ($p < 0.05$). هم خانوارهای کم‌درآمد و هم خانوارهای پردرآمد در مقایسه با خانوارهای با درآمد متوسط احتمال بچه‌دار شدن بیشتر را نشان می‌دهند. ارتباط معنی‌داری بین وضعیت شغلی و تعداد فرزندان وجود نداشت ($p > 0.05$).
شایان و همکاران (۲۰۱۴) (۳۴)	زن ۳۵۸ ۴۹- ۱۵ سال	پرسشنامه دموگرافیک و تاریخچه باروری محقق ساخته	شیراز	تحصیلات	زنان با تحصیلات ابتدایی و متوسطه در مقایسه با زنان بی‌سواد، فاصله کوتاه‌تری تا تولد اولین فرزند خود داشتند ($p < 0.05$).

¹ Snyder Questionnaire

² Islamic Republic of Iran Demographic and Health Survey questionnaire

³ Miller's Childbearing Questionnaire

تعداد ایده‌آل زنان دارای تحصیلات دانشگاهی ۱/۴۲ بیشتر از کودکان دارای تحصیلات ابتدایی و متوسطه بود. تعداد ایده‌آل زنان شاغل ۲۱/۱ بیشتر از زنان بیکار بود ($p < 0/05$).	تحصیلات، شغل	سمنان	پرسشنامه ساختاریافته	زن ۳۸۹ متاهل ۴۹- ۱۵ ساله	باقری و همکاران (۲۰۱۷) (۳۵)
سطح تحصیلات زنان تعداد فرزندان را کاهش می‌دهد ($p < 0/01$). بیکاری به‌طور قابل توجهی باروری را به تأخیر می‌اندازد ($p < 0/05$). اقلیت‌های مذهبی مختلف، نگرش‌های متفاوتی در مورد باروری دارند. اهل سنت نگرش مثبت‌تری نسبت به باروری داشتند ($p < 0/05$).	تحصیلات، شغل، قومیت	ایران	مرکز آمار ایران	-	صابرماهانی و همکاران (۲۰۱۷) (۳۶)
افزایش سواد و آموزش در جامعه با کاهش باروری مرتبط بود ($p < 0/05$).	تحصیلات	کرمانشاه	مرکز آمار ایران	-	رشادت و همکاران (۲۰۱۵) (۳۷)
تحصیلات زنان تنها متغیری بود که بر فاصله تولد بین فرزند اول تا دوم و همچنین از سوم تا چهارم تأثیر معنی‌داری داشت ($p = 0/001$). اشتغال زنان و همسرشان بر زمان تولد اولین فرزند تأثیر منفی داشت و باعث کاهش تعداد فرزندان شد ($p < 0/05$).	تحصیلات، شغل	همدان	پرسشنامه ساختاریافته	زن ۸۱۲ متاهل	نجفی وثوق و همکاران (۲۰۱۷) (۳۸)
تحصیلات عالی به قصد باروری بیشتر منجر شد. ($p < 0/05$). خانواده‌هایی با درآمد بالاتر تمایل بیشتری به فرزندآوری داشتند. داشتن یک دختر منجر به قصد باروری بیشتر شد ($p < 0/001$).	تحصیلات، درآمد، فرهنگ	همدان	پرسشنامه خودگزارشی بر اساس سازه‌های مدل ^۱ بزنف	زن ۴۸۴	بنده‌الهی و همکاران (۲۰۱۹) (۳۹)
زنان تحصیل کرده اولین فرزند خود را طولانی‌تر به دنیا می‌آوردند و همچنین فرزندان کمتری داشتند ($p < 0/05$). فاصله زمانی ازدواج تا اولین زایمان تحت تأثیر درآمد ماهانه خانواده بود و افزایش درآمد باعث کاهش باروری زنان می‌شد ($p = 0/01$). وضعیت شغلی تأثیر معنی‌داری بر فاصله بین ازدواج تا تولد اولین فرزند نداشت ($p > 0/05$). تمایل داشتن پسر با کاهش فاصله بین ازدواج تا تولد اولین فرزند شد ($p < 0/05$).	تحصیلات، درآمد، شغل، فرهنگ	بیرجند	چکلیست	زوج ۱۸۰	میری و همکار (۲۰۱۸) (۴۰)
با افزایش سطح تحصیلات زنان و همسرانشان، فاصله تولد اول نیز افزایش یافت. زنان تحصیل کرده دانشگاهی و همسرانشان در مقایسه با مقاطع تحصیلی پایین‌تر بیشترین فاصله تولد اول را داشتند ($p < 0/05$). میانگین فاصله اول تولد زنان شاغل بیشتر از زنان بیکار بود ($p < 0/05$).	تحصیلات، شغل	تهران	پرسشنامه ساختاریافته	زن ۶۱۰ متاهل ۴۹- ۱۵ ساله	سعادت و همکاران (۲۰۱۸) (۴۱)
نتایج تجزیه و تحلیل چندمتغیره تأثیر آموزش عالی را بر افزایش فواصل تولد و مخصوصاً بر زمان تولد دوم و سوم نشان داد ($p < 0/05$). احتمال داشتن فرزندان بیشتر در زنان غیرشاغل بیشتر بود ($p < 0/05$). قومیت تنها در فاصله بین فرزندان تأثیر معنی‌داری داشت، شانس تولد سوم در میان فارس‌ها و کرد/ لرها کمتر از زنان ترک بود ($p < 0/05$).	تحصیلات، شغل، قومیت	همدان	داده‌های حاصل از پیمایش باروری همدان	زن ۳۰۰۰ متاهل ۴۹- ۱۵ ساله	عرفانی و همکاران (۲۰۱۸) (۱۵)
والدین با تحصیلات آکادمیک اولین فرزند خود را دیرتر به دنیا می‌آورند ($p < 0/05$). زنان خانه‌دار در مقایسه با زنان شاغل زودتر اولین فرزند خود را به دنیا می‌آورند ($p < 0/05$).	تحصیلات، شغل	همدان	پرسشنامه محقق‌ساخته	زن ۵۰۰ متاهل در گروه سنی ۱۵-۴۹ ساله	سلطانیان و همکاران (۲۰۱۹) (۴۲)
زوجین تحصیل کرده ۱/۵ برابر بیشتر احتمال دارد که فاصله بارداری طولانی‌تری داشته باشند. وضعیت مناسب اقتصادی یک خانواده منجر به طولانی شدن	تحصیلات، درآمد، فرهنگ	کرمان	چکلیست	زن ۱۳۵۰ ۹-۴۹ ساله	داهش و همکاران (۲۰۲۰) (۱۴)

¹ beliefs, attitudes, subjective norms, and enabling factors (BASNEF)

فاصله بارداری‌ها می‌شود ($p < 0/05$). ترجیح مادر به داشتن فرزند پسر منجر به فاصله بارداری کوتاه‌تر می‌شود ($p < 0/05$).					
زنان تحصیل کرده دانشگاهی ۱/۴۷ برابر و مردان تحصیل کرده ۱/۳۹ برابر بیشتر احتمال دارد که فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند طولانی‌تری داشته باشند. کفایت درآمد خانواده فاصله اول تولد را ۲/۲۶ برابر افزایش داد.	تحصیلات درآمد	کرمان	پرسشنامه محقق ساخته	۱۳۵۰ زن ۴۹-۱۵ ساله	داهش و همکاران (۲۰۲۲) (۴۳)
بین وضعیت اقتصادی خانواده و تمایل به باروری رابطه معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). گرایش‌های مذهبی باعث ایجاد گرایش به باروری و فرزندآوری می‌شود ($p = 0/01$).	درآمد فرهنگ	اهواز	پرسشنامه محقق ساخته	۳۸۴ زن شاغل بالای ۱۹ سال	احمدی و همکار (۲۰۱۴) (۴۴)
درآمد خانوار به‌طور قابل توجهی با تمایل به داشتن فرزند دیگر مرتبط است ($p < 0/05$).	درآمد	تهران	پرسشنامه قصد باروری محقق ساخته	۲۲۶۷ زن و مرد متأهل ۳۵-۱۵ سال	عرفانی (۲۰۱۷) (۴۵)
قصد فرزندآوری در بین زنان شاغل و خانه‌دار (بیکار) مشابه است و اشتغال تأثیر منفی بر فرزندآوری ندارد ($p > 0/05$).	شغل	اسدآباد	پرسشنامه نیاز درک شده یه فرزندآوری محقق ساخته	۳۱۰ زن ۴۵- ۱۸ ساله متأهل شاغل و بیکار	اسدی و همکاران (۲۰۱۶) (۴۶)
وضعیت شغلی تأثیر معنی‌داری بر فاصله دوم تولد داشت و داشتن شغل باعث افزایش فاصله بین فرزندان می‌شود ($p < 0/05$).	شغل	تهران	پرسشنامه ساختاریافته	۶۱۰ زن متأهل ۴۹- ۱۵ ساله	باقری و همکار (۲۰۱۹) (۴۷)
بر اساس نتایج این مطالعه، زنان بیکار و زنان ساکن در مناطق در حال توسعه زودتر از زنان شاغل و زنانی که در مناطق توسعه‌یافته زندگی می‌کردند دومین فرزند خود را به دنیا آوردند ($p < 0/05$).	شغل	تهران	پرسشنامه ساختاریافته	۶۱۰ زن متأهل ۴۹- ۱۵ ساله	باقری و همکار (۲۰۲۱) (۴۸)
با افزایش تحصیلات و درآمد تمایل زنان برای فرزندآوری کاهش می‌یابد.	تحصیلات درآمد	تهران	پرسشنامه ساختارمند	۲۴۴۷ زوج	عرفانی و همکار (۲۰۱۹) (۴۹)
احتمال توقف فرزندآوری در میان زنانی بیشتر است که شاغل هستند ($p = 0/01$), زنانی که ترجیحات جنسی دارند، ۲۱٪ کمتر احتمال دارد بچه‌دار شدن را متوقف کنند ($p < 0/05$).	شغل فرهنگ	همدان	پرسشنامه ساختاریافته	۲۷۳ زن متأهل	حسینی و همکار (۲۰۱۴) (۵۰)
نتایج نشان‌دهنده ترجیحات جنسی در میان اقوام مختلف استان خراسان شمالی بود. بالاترین سطح ترجیح پسر در ترکمن مشاهده شد. بر خلاف سایر اقوام، ترکمن و کردها تحت فشار خانواده همسر برای به دنیا آوردن پسر بودند.	قومیت	خراسان شمالی	پرسشنامه رفتار باروری محقق ساخته	۱۰۰۰ زن از قومیت (فارس، ترک، کرد، ترکمن و تات)	عباسی و همکاران (۲۰۱۸) (۲۴)
یکی از عوامل فرهنگی مؤثر بر گرایش به فرزندآوری، اعتقادات مذهبی افراد است که بین رفتار باروری و جهت‌گیری مذهبی ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).	فرهنگ	تهران	پرسشنامه رفتار باروری و نگرش مذهبی	۲۰۰ زن شاغل	ساعی قهرناز و همکاران (۲۰۱۷) (۵۱)
سطوح بالاتر اعتقادات مذهبی با تمایل بیشتر به باروری و باروری بالا همراه بود، اما تعداد فرزندان این زنان ناچیز بوده و فرزندآوری آنها به تأخیر افتاده است.	فرهنگ	مشهد	پرسشنامه دموگرافیک، مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری و پرسشنامه نگرش مذهبی	۸۴۴ زن در سنین باروری	خدیزاده و همکار (۲۰۱۸) (۵۲)

برخی عوامل اجتماعی - اقتصادی مانند درآمد، ثروت، زندگی در مناطق شهری و ... تأثیر بیشتری بر باروری کل داشتند.	فرهنگ	گیلان و کردستان	مرکز نفوس و سرشماری ایران	زن ۱۲۰۹۹ متأهل بیش از ۱۵ سال (۶۲۳۹) زن در کردستان و ۵۸۴۰ زن در گیلان)	راد و همکاران (۲۰۱۶) (۵۳)
تعداد فرزندان ایده‌آل در والدین بلوغ نسبت به والدین سیستمی به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0.05$). ترجیح جنسیت فرزند پسر در قومیت بلوغ با تعداد ایده‌آل فرزندان از دیدگاه والدین ارتباط معنی‌داری داشت ($p < 0.05$).	قومیت	زاهدان	پرسشنامه محقق‌ساخته	۱۶۰ زوج شهری و روستایی	سرگلزایی و همکاران (۲۰۱۵) (۵۴)
بین سطوح تحصیلات و تعداد فرزندان زنان تفاوت آماری وجود نداشت ($p > 0.05$). شانس تمایل به فرزندآوری در زنان شاغل ۲ برابر زنان خانه‌دار بود ($p = 0.002$).	تحصیلات شغل	تهران	پرسشنامه رفتار باروری محقق‌ساخته	زن ۲۶۳ شاغل و ۲۷۳ زن خانه‌دار	حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳)
زنان با سطح تحصیلی پایین‌تر و غیرشاغلین به‌طور متوسط تعداد فرزندان بیشتری به دنیا آورده‌اند ($p = 0.001$).	تحصیلات شغل	تهران	فایل داده‌های خام سرشماری سال ۱۳۹۰	زن ۳۳۴۲ متأهل	باقری (۲۰۱۸) (۵۵)
عدم تمایل به فرزندآوری در افراد با درآمد ناکافی ۲/۲۸ برابر افرادی بود که درآمد کافی داشتند ($p = 0.001$).	درآمد	ایران	اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۰	زن ۱۰۵۴۷	طاووسی و همکاران (۲۰۱۷) (۵۶)
تعلقات قومی کماکان نقش تعیین‌کننده‌ای در ترجیحات فرزندآوری ایفا می‌کند.	قومیت	اسفراین، اهواز، بابلسر، بجنورد، خرم‌آباد، سقز، کامیاران، گنبدکاووس، محمودآباد و همدان	پرسشنامه پژوهشگر‌ساخته	۳۷۲۲ مرد و زن ۱۵ سال به بالا	فروتن و همکار (۲۰۱۸) (۵۷)
افزایش میزان تحصیلات با کاهش باروری همراه بود و بین ترجیحات جنسیتی فرزندان و اقوام رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$).	تحصیلات قومیت	ایران	پرسشنامه محقق‌ساخته	زن ۲۱۱۴ سنین باروری	مطلق و همکاران (۲۰۱۶) (۵۸)
ارزش داشتن فرزند زیاد (۳ فرزند و بیشتر) و ترجیح فرزند پسر در بین زنان کرد بیشتر از زنان ترک می‌باشد.	قومیت	ماکو	پرسشنامه محقق‌ساخته	زن ۳۸۴ متأهل ترک و کرد	صادقی (۲۰۱۹) (۵۹)

تحصیلات

در این پژوهش ۲۲ مطالعه به بررسی نقش تحصیلات زنان بر باروری آنها پرداخته بودند (۱۵-۱۳، ۲۳، ۴۳-۲۹، ۴۹، ۵۵، ۵۸). ۱۸ مطالعه نشان دادند که سطح تحصیلات و سواد زنان و همسران آنها تأثیر بسیار زیادی بر میزان باروری آنان دارد و افزایش سطح تحصیلات با کاهش میزان باروری همراه بوده است (۱۵-۱۳، ۳۳-۲۹، ۳۸-۳۶، ۴۳-۴۰، ۴۹، ۵۵، ۵۸)، اما مطالعه بنده‌الهی و همکاران (۲۰۱۹) (۳۹) و باقری و همکاران (۲۰۱۷) (۳۵) نشان داد داشتن تحصیلات عالی، به باروری بیشتر منجر می‌شود. در مطالعه شایان و همکاران (۲۰۱۴) نیز

زنان با تحصیلات ابتدایی و متوسطه در مقایسه با زنان بی‌سواد، فاصله کوتاه‌تری تا تولد اولین فرزند خود داشتند (۳۴). حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) نیز تفاوت معنی‌داری بین سطوح باروری و میزان تحصیلات نیافتند (۲۳).

درآمد

در این پژوهش ۱۰ مطالعه به بررسی نقش درآمد خانوار بر باروری آنها پرداخته بودند (۱۴، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۵-۴۳، ۴۹، ۵۶). ۸ مطالعه نشان داد که سطح درآمد خانواده می‌تواند بر باروری آنان تأثیر گذارد (۱۴، ۳۳، ۳۹، ۴۰، ۴۵، ۴۹، ۵۶) و ۲ مطالعه رابطه‌ای بین

درآمد و فرزندآوری نیافتند (۳۲، ۴۴). یکی از مهم‌ترین عواملی که بر میزان باروری و روند آن در جامعه تأثیر مستقیم و بسزایی دارد، وضع اقتصادی خانواده‌ها در کل جامعه است. سرمایه‌گذاری و هزینه کردن برای فرزندان از لحاظ آموزش، تربیت نیروی انسانی، عدم هزینه برای آنها و سودآوری فرزندان، تأثیرات مستقیم بر میزان باروری دارند (۶۰).

شغل

در این پژوهش ۱۷ مطالعه به بررسی نقش داشتن شغل بر باروری آنها پرداخته بودند (۱۳، ۱۵، ۲۳، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۴۰-۴۲، ۴۶-۴۸، ۵۰، ۵۵). ۱۳ مطالعه نشان داد که داشتن شغل می‌تواند بر باروری آنان تأثیر گذارد (۱۳، ۱۵، ۲۳، ۲۹، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۴۱، ۴۲، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۵) و ۴ مطالعه رابطه‌ای بین وضعیت شغلی و فرزندآوری نیافتند (۳۲، ۳۳، ۴۰، ۴۶). به نظر می‌رسد اهداف تحصیلی و شغلی زنان جوان‌تر از اهمیت بیشتری برای آنها برخوردار است و ممکن است فرزندآوری را برای دستیابی به این اولویت‌ها به تأخیر بیندازند (۱۳، ۶۱).

قومیت و فرهنگ

در این پژوهش ۱۷ مقاله به بررسی نقش قومیت و فرهنگ بر باروری پرداخته بودند (۲۴-۱۴، ۳۱، ۳۲، ۳۶، ۳۹، ۴۴، ۵۰-۵۹، ۵۷-۵۹). رفتارهای باروری و فرزندآوری، موضوعات پیچیده و دارای ریشه‌های فرهنگ، رفتاری و عقیدتی است که در بستر انتقال جمعیت و توسعه اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌یابند (۴۲). در کشورهای در حال توسعه، عوامل قومی/فرهنگی، نقش تعیین کننده‌ای در شکل‌گیری نگرش‌ها و رفتارهای جمعیتی دارند (۵۴). در زمینه مسائل جمعیتی، ترجیح جنسی از معضلات فرهنگی کشورهای جهان سوم است که در فرهنگ بسیاری از کشورهای در حال توسعه نهادینه شده است (۲۴). افراد دارای ترجیح جنسی، در صورت عدم دستیابی به جنسیت مورد نظر، تعداد باروری را افزایش می‌دهند. از سوی دیگر، داشتن ترجیح جنسی، سلامت بارداری و موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده را تهدید می‌کند (۵۰).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر که با هدف مروری بر بررسی عوامل ساختاری سلامت (تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ) بر فرزندآوری زنان ایرانی انجام شد، نشان داد که عوامل ساختاری سلامت (تحصیلات، درآمد، شغل، قومیت و فرهنگ) بر روی باروری زنان تأثیرگذار هستند.

افزایش سطح تحصیلات باعث ارتقاء سطح آگاهی، افزایش مشارکت اجتماعی، امکان یافتن شغل مناسب (۲۹، ۳۰)، شناخت مسائل بهداشتی و روش‌های پیشگیری از بارداری (۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۳۷) و افزایش سطح خواسته‌ها و توقعات افراد می‌گردد که این مسائل با سطح باروری و تعداد فرزندان زیاد در تضاد است (۱۳، ۴۳). از طرفی، افزایش سطح تحصیلات باعث افزایش سن ازدواج (۳۰، ۳۱، ۳۴) و به تبع آن کاهش سال‌های زندگی زناشویی می‌گردد و با توجه به محدود بودن سال‌هایی که زنان قابلیت باروری دارند (۴۹-۱۵ سال)، میزان باروری آنان کاهش می‌یابد (۳۷). علاوه بر این، زنان با سطح تحصیلات بالاتر نسبت به زنان با تحصیلات کمتر، موقعیت اجتماعی-اقتصادی بهتر و فشار کمتری برای بچه‌دار شدن و قدرت چانه‌زنی و قدرت تصمیم‌گیری بیشتری در مورد فرزندآوری دارند (۳۲، ۴۳). علاوه بر این تحصیلات، احتمال دستیابی زنان را به شغل موردنظر تا حدی افزایش می‌دهد (۱۹، ۲۶) و به واسطه آن هزینه - فرصت فرزندآوری افزایش می‌یابد و آنها را ترغیب به تحدید مولید می‌نماید (۳۶، ۳۷).

عربان و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که با تحصیل و اشتغال بیشتر زنان، قصد باروری کاهش می‌یابد که با شواهد رایج موجود در مورد نقش تحصیلات و وضعیت شغلی در فرزندآوری مطابقت داشت (۱۳). مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که مردان و زنان، داشتن سطح تحصیلات، داشتن شغل خوب و درآمد خوب را از عوامل مهم در تصمیم خود برای والدین شدن می‌دانند و ممکن است فرزندآوری را برای دستیابی به اولویت‌های دیگر به تأخیر بیندازند (۲۹، ۳۰). از این رو انتظار می‌رود با افزایش سطح تحصیلات، تعداد ایده‌آل فرزندان نیز کاهش یابد، اما در مطالعه باقری و همکاران

(۲۰۱۷)، تعداد ایده‌آل زنان دارای تحصیلات دانشگاهی ۱/۴۲ بیشتر از زنان دارای تحصیلات ابتدایی و متوسطه بود (۳۵). این یافته ممکن است نتیجه تفاوت ارزش فرزند در بین گروه‌های مختلف زنان باشد. زنان با تحصیلات ابتدایی و بی‌سواد بیش از سایرین به ارزش اقتصادی فرزندان توجه دارند و با توجه به از بین رفتن ارزش اقتصادی فرزندان در جامعه کنونی و از طرفی با تجربه باروری واقعی بالا و مواجه شدن با هزینه اقتصادی بیشتر، تعداد فرزندان کمتری را ایده‌آل می‌دانند. برعکس زنان با تحصیلات دانشگاهی علاوه بر ارزیابی هزینه - فایده به لحاظ اقتصادی، ابعاد عاطفی - روانی فرزندآوری را نیز در نظر می‌گیرند. نتایج یک تحقیق نشان داد که مردان و زنان آلمانی با تحصیلات بالا در مقایسه با زنان و مردان با تحصیلات پایین، تمایل بیشتری به تعداد فرزندان بیشتر داشتند. بر اساس توضیحات این مطالعات، آموزش رسمی ممکن است به سطح بالاتری از اعتماد به نفس، توانایی مقابله با استرس و فشارهای خانواده و توانایی پذیرش نقش‌های پدری و مادری منجر شود (۶۲). مطالعه نجفی وثوق و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که اثر منفی تحصیلات زنان فقط بر روی تولد فرزند دوم به بعد تأثیر می‌گذارد (۳۸). این می‌تواند به این دلیل باشد که این زنان با تولد اولین فرزند، فشار ناشی از اطرافیان برای بچه‌دار شدن و همچنین انگ نازا بودن خود را کاهش می‌دهند و برای تولدهای بعدی این فشار را کمتر احساس می‌کنند.

ولی مطالعه بنده الهی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد اگرچه زنان با تحصیلات عالی تمایل به فرزندآوری بالاتری دارند، اما ممکن است به دلیل تعهدات مختلف دانشگاهی و غیره، همیشه نتوانند آن را به رفتار فرزندآوری تبدیل کنند (۳۹). زمانی که نگرش و هنجارهای ذهنی برای یک رفتار خاص مساعد هستند، قصد رفتاری در صورتی به رفتار مطلوب منجر می‌شود که عوامل توانمندکننده به‌عنوان میانجی عمل کنند. این امر در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۶۳). نتایج مطالعه آندرسون (۲۰۰۵) در روسیه نیز نشان داد که مشوق‌های دولتی، تأثیر مثبتی بر فرزندآوری داشته است (۶۴).

با مدرنیته شدن جوامع از جمله ایران، رشد افزایش تحصیلات، به‌خصوص تحصیلات عالی در زنان و حضور آنان در عرصه‌های اجتماعی مشاهده می‌شود (۱۷). بنابراین اگر سیاست‌های جمعیتی بتوانند برنامه‌هایی را اجرا کنند که موجب سازگاری نقش مادری با ادامه تحصیلات زنان پس از ازدواج و توانمندسازی آنان شود، می‌توانند بسیار مؤثرتر باشند (۶۵). این کار می‌تواند از طریق توجه به سیاست‌های خانواده محور صورت گیرد. در واقع ارائه خدمات مراقبت ارزان برای فرزندان مادرانی که مشارکت اجتماعی بالاتری دارند و قوانینی در این زمینه مانند ایجاد امکاناتی از قبیل احداث مهد کودک در محل تحصیل و شغل، فراهم کردن شرایط بهتر استخدام برای آنها، زنان را در ترکیب نقش‌های مادری و نقش‌های اجتماعی یاری می‌دهد. در این صورت، زنان می‌توانند در حالی که به فرزندان خود رسیدگی می‌کنند، به فعالیت‌های بیرون از منزل خود از جمله تحصیل، اشتغال و فعالیت‌های اجتماعی نیز بپردازند و از طرفی ممکن است با کم شدن مشکلات فرزندآوری، تمایل به فرزندآوری افزایش یابد (۶۶). از طرفی اجرای برنامه‌های آموزشی برای بهبود نگرش، ارتقای هنجارهای ذهنی مثبت نظیر اهمیت فرزندآوری و افزایش عوامل توانمندسازی زنان می‌تواند نقش عمده‌ای در افزایش قصد باروری زنان تحصیل کرده داشته باشند (۳۹، ۶۶). در مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۲۰) در گروه مداخله، مشاوره گروهی در قشرهای مختلف سنی، تحصیلی و در همه سطوح اجتماعی جامعه بر تغییر نگرش زنان به فرزندآوری به‌عنوان رکن زندگی مؤثر بود (۶۷). نگرش مثبت به فرزندآوری، پیش‌شرط داشتن قصد مثبت برای فرزندآوری است. نگرش فرد عموماً نتیجه ارزیابی او از هزینه‌های عاطفی و مالی داشتن فرزند در قبال منافع مختلفی است که با داشتن فرزند به‌دست خواهد آورد (۶۸). چان و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه کارآزمایی بالینی خود نشان دادند با دادن آموزش سلامت باروری به زوجین درباره عواقب تأخیر فرزندآوری مخصوصاً برای زوجینی که دیر ازدواج کرده‌اند، شروع زودتر فرزندآوری نه تنها فرصت‌های بیشتری برایشان فراهم خواهد کرد تا به اندازه دلخواه فرزندان برسند، بلکه

در صورت تمایل به فرزندآوری، برنامه‌ریزی اولیه بهتری خواهند داشت. در حقیقت این مداخلات، منجر به قصد فرزندآوری و شروع فرزندآوری در سنین پایین‌تر خواهد شد (۶۹). ارائه مشاوره در زمینه باروری و فرزندآوری توسط ماماها، می‌تواند تأثیر بسزایی در افزایش آگاهی زوجین به باروری و فرزندآوری، رشد مثبت جمعیت و تضمین سلامت نسل آینده داشته باشد (۶۷).

شواهد حاکی از آن است که مسائل اقتصادی از جمله نگرانی برای تأمین معاش فرزندان و تأمین آینده آنها و ترس از افزایش بار اقتصادی خانواده، یکی از مهم‌ترین دلایل عدم تمایل زنان به بارداری است (۳۹). با توجه به این موضوع، خانواده‌های با درآمد بالاتر به دلیل امنیت مالی بیشتر و عدم توجه به هزینه‌های مربوط به تربیت فرزندان، تمایل بیشتری به فرزندآوری داشتند (۳۹، ۴۵)، اما در این پژوهش مروری، مطالعات داهش و همکاران (۲۰۲۲) و میری و همکار (۲۰۱۸) نشان داد زوجینی که از وضعیت اقتصادی خود راضی بودند، فاصله بارداری‌های طولانی‌تر و فرزندان کمتری نیز داشتند (۱۴، ۴۰، ۴۳). در حقیقت خانواده‌های کم‌درآمد تمایل به داشتن فرزندان بیشتری با فاصله بارداری کوتاه‌تر دارند. این ممکن است به این دلیل باشد که خانواده‌های با وضعیت اقتصادی بالاتر معمولاً دارای تحصیلات عالی نیز هستند. زوجین تحصیل کرده معمولاً فرزندان کمتری می‌خواهند. بنابراین، آنها موفق می‌شوند در صورت داشتن سن باروری کافی، فاصله طولانی‌تری بین ازدواج تا تولد اولین فرزند و فواصل بیشتری بین بارداری‌هایشان و در نهایت تعداد فرزندان کمتری داشته باشند (۱۴). اگرچه افزایش درآمد ممکن است بخش‌هایی از محدودیت‌های هزینه فرزندان را کاهش دهد، اما در عین حال خانواده‌ها ممکن است فرزندان کمتری داشته باشند تا سطح سرمایه انسانی بالاتری برای هر کودک فراهم شود (۷۰)، اما مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد هم در خانوارهای کم‌درآمد و هم خانوارهای پردرآمد در مقایسه با خانوارهای با درآمد متوسط، احتمال بچه‌دار شدنشان بیشتر است (۳۳). این یافته می‌تواند نظریه بکر در مورد «کیفیت و کمیت کودکان» را تأیید کنند (۷۱). به‌طور کلی، ترجیحات خانوارهای ایرانی به سمت

فرزندان کمتر، اما با تحصیلات بالاتر تغییر کرده است. در حقیقت می‌توان نتیجه گرفت درحالی که خانواده‌های پردرآمد می‌توانند فرزندان بیشتری با کیفیت خوب داشته باشند، خانواده‌های با درآمد متوسط تصمیم می‌گیرند کمیت را با کیفیت فرزندان خود جایگزین کنند. بنابراین، خانوارهای پردرآمد تعداد فرزندان خود را به اندازه خانواده‌های با درآمد متوسط کاهش نمی‌دهند (۳۳).

بر اساس مطالعه حاضر، داشتن شغل می‌تواند بر باروری زنان تأثیر بگذارد (۱۳، ۱۵، ۲۳، ۲۹، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۴۱، ۴۲، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۵). به‌نظر می‌رسد موانع کار، تولد و هزینه‌ها، باعث شود که اشتغال زنان منجر به تأخیر بیشتر در تولد و کاهش تعداد فرزندان شود (۴۷). عربان و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند وضعیت شغلی مردان و زنان به‌طور معناداری با قصد فرزندآوری آنها مرتبط است. افزایش سطح تحصیلات و مرتبه شغلی زنان، سن آنها را در ازدواج به تعویق می‌اندازد و وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنها را بهبود می‌بخشد و همه این عوامل با کاهش باروری همراه است (۱۳). همچنین در مطالعه عرفانی و همکاران (۲۰۱۸) شاغل بودن زنان در مقایسه با شاغل نبودن، شانس تولد اول و سوم را به ترتیب ۱۵٪ و ۴۴٪ کاهش داد (۱۵). زنان به‌علت احساس ناامنی شغلی و ترس از دست دادن شغل و از طرفی به‌علت به‌دست آوردن مراتب شغلی بالاتر، فرزندآوری خود را به تأخیر می‌اندازند و فرزندان کمتری به دنیا می‌آورند (۴۷). در حقیقت برنامه‌ریزان نظام سلامت باید در طول تدوین برنامه‌ها به این عوامل تعیین کننده توجه بیشتری داشته باشند (۱۳) و رفع این موانع اجتماعی-اقتصادی بر سر راه فرزندآوری، باید در اولویت اول هر مداخله دولت با هدف افزایش باروری در کشور باشد (۱۵)، اما در برخی از این مطالعات، تأثیر معنی‌داری بین فرزندآوری زنان و اشتغال آنان مشاهده نشد (۳۲، ۳۳، ۴۰، ۴۶). به‌نظر می‌رسد علی‌رغم نقش زیاد وضعیت شغلی مردان، وضعیت شغلی زنان تأثیر چندانی در زمان تولد اولین فرزند نداشته است. رازقی نصرآباد و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود به این مسئله اشاره کردند که چون زنان از میزان‌های بیکاری،

نامنی شغلی و نابرابری‌های شغلی به لحاظ دستمزد اطلاع داشتند، تصمیمات باروری به‌ویژه زمان ورود به مرحله والدگری را کمتر بر اساس وضعیت شغلی و یا برنامه‌ریزی‌های شغلی اتخاذ کرده بودند. البته نوع شغل و بخش شغلی که افراد در آن به‌کار مشغول هستند، در این رابطه تعیین‌کننده است؛ به‌طوری‌که زنان شاغل در بخش دولتی به مرخصی زایمان همراه با حقوق اشاره کردند و اینکه کمک مالی و حمایت اجتماعی بخش دولتی نه‌تنها مانع فرزندآوری نشده، بلکه باعث شده که آنها بیشتر به سمت مادر شدن تمایل داشته باشند (۷۲). در حقیقت تغییر در نهادهای مختلف از جمله خانواده، محل کار و دولت می‌تواند بار سنگینی را از دوش زنان بردارد و فرزندآوری را برای آنان مطلوب‌تر کند. هرچه امکانات شغلی بیشتر باشد، تمایل زنان شاغل به باروری بیشتر می‌شود (۷۳).

تور و همکار (۲۰۰۴) تأثیر تقسیم کار درون خانواده را بر باروری زنان شاغل مورد مطالعه قرار دادند (۷۴). تلفیق نقش‌های بیرون از خانه و درون آن برای مادران شاغل بسیار سخت‌تر از پدران است. مشارکت بیشتر مردان در امور خانه در درون خانواده، نقش مهمی در کاهش اضطراب، نگرانی و افسردگی زنان و افزایش تمایلات فرزندآوری در زنان داشته است (۷۵). در حقیقت می‌توان گفت اگر سیاست‌های جمعیتی در ایران می‌خواهند در راستای حفظ یا افزایش سطح باروری عمل کنند، در نظر گرفتن مشارکت بیشتر مردان در امور خانه درون خانواده و فرهنگ‌سازی و گفتمان‌سازی در این زمینه اهمیت بسزایی دارد (۷۶). ایجاد کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج و تغییر نگرش مردان، از نقش‌های کلیشه‌ای و سنتی‌شان در خانواده علاوه بر تضمین سلامت روحی و روانی در خانواده می‌تواند باعث ایجاد انگیزه مثبت فرزندآوری در زنان شود (۷۴).

مسائل قومی- فرهنگی، یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر نرخ رشد جمعیت می‌باشد (۵۳). پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد مسائل قومی- فرهنگی استان سیستان و بلوچستان، علت افزایش نرخ رشد جمعیت در این استان نسبت به سایر استان‌ها می‌باشد. فرزند زیاد در این استان، یک امتیاز به‌شمار می‌رود و

مردم بیشتر بر اساس آداب و رسوم و ارزش‌های قومی خود عمل می‌کنند (۷۳). اگرچه پژوهش عباسی شوازی و همکار (۲۰۰۶) در دانشگاه تهران نشان داد که تفاوت‌های باروری مربوط به قومیت پس از کنترل شاخص‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد، اما با وجود کنترل آماری این شاخص‌ها، برخی تفاوت‌های باروری بدون توضیح باقی می‌مانند که ممکن است از عوامل مختلف تعیین‌کننده باروری در قومیت‌های مختلف و تأثیر هنجارها، باورها، فرهنگ و تاریخ اجتماعی قومیت‌ها ناشی شود (۷۷)؛ به‌طوری‌که مطالعه فروتن و همکار (۲۰۱۸) نیز در تأیید این موضوع بوده است. تعلقات قومی، کماکان نقش تعیین‌کننده‌ای در ترجیحات فرزندآوری ایفا می‌کند و هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق حتی سطح تحصیلات دانشگاهی نیز نتوانسته است یک نوع همگرایی قومی در الگوی فرزندآوری زیاد را فراهم کند. بنابراین، یافته‌های تحقیق حاضر بر این اصل بنیادین تأکید می‌کنند که سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های معطوف به رفتار فرزندآوری نه‌تنها باید مبتنی بر آموزه‌های علمی و یافته‌های پژوهشی باشند، بلکه موفقیت پایدار این قبیل سیاست‌گذاری‌ها در عرصه فرزندآوری، مستلزم در نظر گرفتن تعلقات قومی است که توجه به این نکته اساسی به‌ویژه در جامعه ما به سبب ویژگی چندقومیتی بودن و تنوع و گستردگی گروه‌های قومی در سرتاسر کشور، از ضرورت و اهمیت به مراتب بیشتری برخوردار است (۵۷).

ترجیحات جنسی والدین، یکی از عوامل فرهنگی است که می‌تواند بر روی باروری افراد در جامعه تأثیر بگذارد (۵۰). به‌نظر می‌رسد والدینی که بر دستیابی به ترکیب جنسی خاصی از فرزندان تأکید دارند، احتمالاً به رفتار باروری تا رسیدن به ترکیب جنسی ایده‌آل ادامه می‌دهند (۱۴، ۲۴، ۳۲، ۳۹). اسلاملو و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود ترجیح جنسی را یکی از موارد مهم تأثیرگذار بر رفتار باروری گزارش کردند؛ به‌طوری‌که از دیدگاه زنان این مطالعه، عدم وجود اقتدار و وجود نابرابری اجتماعی برای زنان، منجر به تغییر هنجارها و ارزش‌های جنسیتی شده و در برخی خانواده‌ها و قومیت‌ها، ترجیح جنسی برای جنس پسر

مشهودتر است (۲۲). مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد برخلاف سایر اقوام، ترکمن‌ها و کردها تحت فشار خانواده همسر برای به دنیا آوردن پسر بودند (۲۴). در مطالعه سرگلزایی و همکاران (۲۰۱۷) نیز ترجیح جنسیت فرزند پسر در قومیت بلوچ با تعداد ایده‌آل فرزندان از دیدگاه والدین ارتباط معنی‌داری داشت (۵۴)، اما مطالعه عرفانی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که تنها زمان تولد سوم به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر ترجیح جنسی فرزند پسر قرار دارد و این ترجیح جنسی حتی در زنان تحصیل‌کرده هم مشهود بود (۱۵). به‌نظر می‌رسد نرخ باروری بالاتر در جوامع سنتی را می‌توان به ترجیح هدفمند والدین نسبت به یک جنسیت خاص به‌ویژه در میان قومیت‌های مختلف با وضعیت اجتماعی-اقتصادی متفاوت (شغل، درآمد، محل سکونت و تحصیل) نسبت داد؛ به‌طوری‌که می‌تواند تعداد بارداری را افزایش و فاصله بین زایمان را کاهش دهد که این می‌تواند سلامت مادر، نوزاد، کودک و خانواده را تهدید کند. بررسی باروری اقوام در ایران به‌ویژه در جوامع چندقومیتی، به سیاست‌مداران کمک می‌کند تا به اهداف برنامه باروری سالم و یک برنامه جمعیتی مطلوب دست یابند (۲۴). با ارتقای سطح تحصیلات و گسترش برنامه‌های آموزش عمومی و مشاوره‌های قبل از ازدواج، می‌توان نگرش‌های ترجیح‌مند را به سوی نگرش‌های متعادل تغییر داد (۵۹).

یکی از عوامل فرهنگی مؤثر بر گرایش به فرزندآوری، اعتقادات مذهبی افراد است که می‌تواند بین رفتار باروری و جهت‌گیری مذهبی رابطه معناداری به‌وجود آورد (۳۱، ۳۶، ۴۴، ۵۴-۵۱). به گفته ساعی و همکاران (۲۰۱۷) شاید به این دلیل است که اعتقادات مذهبی باعث می‌شود افراد احساس راحتی کنند، قوی باشند و به آینده امیدوار باشند (۵۱). مطالعه عضنفرپور و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که حداقل دو دلیل برای این رابطه وجود دارد. در مطالعه آنها برخی افراد مذهبی تمایل بیشتری به فرزندآوری داشتند تا به افزایش تعداد مسلمانان کمک کنند و همچنین برخی از مذهبی‌ها، استفاده از تنظیم خانواده را خلاف اراده خداوند می‌دانند (۳۱). فراهم کردن شرایط مناسب برای ترویج باورهای

دینی می‌تواند نقش برجسته‌ای در تعادل رفتار باروری افراد داشته باشد (۵۱).

اما در مطالعه خدیوزاده و همکار (۲۰۱۸) اگرچه باورهای دینی بالاتر با تمایل بیشتر به شروع زود هنگام باروری و باروری بالا همراه بود، ولی تعداد فرزندان در افرادی که نمره باور دین بالاتری داشتند، افزایش ناچیزی داشت و شروع باروری در آنان با تأخیر بیشتری همراه بود. این یافته‌ها ضرورت شناسایی و رفع موانع باروری در افراد دارای باورهای بالای دینی را نشان می‌دهد (۵۲). مطالعه راد و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که اقلیت مذهبی بودن، دلیل افزایش نرخ باروری نبوده است. برخی عوامل اجتماعی-اقتصادی مانند درآمد، ثروت، زندگی در مناطق شهری و ... تأثیر بیشتری بر باروری کل داشتند. در این مطالعه نشان داده شد که اگر استان کردستان دارای عوامل اقتصادی-اجتماعی برابر با گیلان باشد، نرخ باروری کمتری خواهد داشت. در کردستان، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات پایین، دلیل مهم باروری بالا بود، نه مذهب. همچنین سن ازدواج کمتر، دلیلی بر افزایش نرخ باروری در سن است و تحصیلات، دلیل ازدواج دیرتر در زنان شیعه می‌باشد (۵۳). اگرچه اقلیت‌های مذهبی مختلف نگرش‌های متفاوتی در مورد باروری دارند، میزان باروری زنان اهل سنت در مقایسه با زنان شیعه بیشتر است (۳۶). این یافته برای سیاست‌گذارانی که نگران باروری پایین استانی مانند گیلان هستند، بسیار مهم است. عوامل اجتماعی-اقتصادی و سطح تحصیلات، مهم‌تر از اقلیت مذهبی بودن است (۵۳)، لذا لازم است رفتارهای باروری در نقاط مختلف کشور و در فرهنگ و قومیت‌های مختلف و دلایل واقعی آن شناسایی شود که در این صورت شاید بتوان برنامه مؤثری در جهت سیاست‌های جمعیتی و پیرو آن پیشگیری از رشد منفی جمعی به‌کار برد.

بنا به تخمین بانک جهانی، نرخ رشد جمعیت ایران در سال‌های ۲۰۲۴-۲۰۲۰ به ۱/۱۳٪ کاهش خواهد یافت (۷۸). اگرچه زنان در ایران نگرش مطلوبی نسبت به فرزندآوری دارند، اما طیف وسیعی از عوامل اجتماعی-فرهنگی و اقتصادی این زنان را تشویق می‌کند تا اولین بارداری خود را به تعویق بیندازند، فواصل بین بارداری

هنجارهای ذهنی مثبت و تقویت عوامل توانمندسازی، می‌تواند نقش عمده‌ای در افزایش قصد و رفتار باروری زنان ایرانی داشته باشد. در این راستا سیاست‌گذاران می‌بایست با فراهم آوردن شرایط اقتصادی - اجتماعی مناسب برای زنان، امکان فرزندآوری آن‌ها را فراهم نمایند. همچنین با توجه به رفتارهای باروری مختلف در نقاط مختلف کشور و در فرهنگ و قومیت‌های مختلف، برنامه‌های بهداشت باروری و بارداری باید به موازات سیاست‌های رشد جمعیت تکمیل شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر منتج از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1401.198 می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین محترم مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تشکر و قدردانی می‌شود.

خود را طولانی کنند و با توجه به محدود بودن طول دوره باروری زنان، در انتها فرزندان کمتری به دنیا بیاورند (۷۹).

تحقیق ما محدودیت‌هایی داشت. اول، این مطالعات محدود به کشور ایران بود و اثربخشی عوامل ساختاری سلامت بر فرزندآوری زنان در سراسر جهان را نمی‌توان به‌طور کامل و دقیق ارزیابی کرد. ثانیاً در این مطالعات عوامل ساختاری سلامت مربوط به مردان را مورد بحث قرار نداده است.

نتیجه‌گیری

با نگاهی به نتایج به‌دست آمده از داده‌ها، می‌توان نتیجه گرفت عواملی همچون عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، به‌عنوان تعیین کننده‌های اجتماعی ساختاری سلامت با باروری زنان در ارتباط هستند. طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای بهبود نگرش‌ها، ترویج

منابع

1. Sadeghi HS, Saraie H. Effective Factors on Mothers' Inclination to Have Children in Tehran. *Social Development and Welfare Planning* 2016; 7(27):1-32.
2. Abbasi Shavazi M, Hosseini-Chavoshi M. Population trends and policies in Iran: the necessity for comprehensive national population plan. *J Popul Assoc Iran* 2014; 7:95-117.
3. Abbasi-Shavazi MJ, Philip Morgan S, Hossein-Chavoshi M, McDonald P. Family change and continuity in Iran: Birth control use before first pregnancy. *Journal of Marriage and Family* 2009; 71(5):1309-24.
4. Baschieri A, Hinde A. The proximate determinants of fertility and birth intervals in Egypt: An application of calendar data. *Demographic research* 2007; 16:59-96.
5. Hill B, Ling M, Mishra G, Moran LJ, Teede HJ, Bruce L, et al. Lifestyle and psychological factors associated with pregnancy intentions: Findings from a longitudinal cohort study of Australian women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(24):5094.
6. Hashemzadeh M, Shariati M, Mohammad Nazari A, Keramat A. Childbearing intention and its associated factors: A systematic review. *Nursing open* 2021; 8(5):2354-68.
7. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012; 380(9846):1011-29.
8. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO Document Production Services; 2010.
9. Mansourian MK. Explaining Fertility Transition. *J Soc Sci Human Shiraz Univ* 2001; 16(2):25-48. (Persian)
10. Abbasi-Shavazi MJ, Ebadi A. Factors affecting on fertility behavior from the perspective of professionals: A qualitative study. *Koomesh* 2019; 21(1):155-63.
11. Hosseinzadeh H, Nuh JS, Sharifi M. Fertility pattern, marriage age and contraceptive methods usage between different ethnic groups in the city of Ahwaz in 2009. *J Islamic Azad Univ Shoshtar Branch* 2010; 4:67-96 (Persian).
12. Robabi HA, Miandoab NY, Dadkhah SE, Azarkish FA. The Womens' Attitude and Practice towards Childbearing. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences* 2021; 15(6):1583-8.
13. Araban M, Karimy M, Armoon B, Zamani-Alavijeh F. Factors related to childbearing intentions among women: a cross-sectional study in health centers, Saveh, Iran. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 2020; 95:1-8.
14. Dehesh T, Salarpour E, Malekmohammadi N, Kermani SA. Associated factors of pregnancy spacing among women of reproductive age Group in South of Iran: cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20(1):1-7.
15. Erfani A, Nojomi M, Hosseini H. Prolonged birth intervals in Hamedan, Iran: variations and determinants. *Journal of biosocial science* 2018; 50(4):457-71.

16. Lam G. How does gender equity affect fertility in Hong Kong?. Hong Kong University of Science and Technology (Hong Kong); 2007.
17. Sadeghi R, Shahabi Z. The paradox of work and mothering: The experience of transition to motherhood of employed women. *Journal of Applied Sociology* 2019; 30(1):91-104.
18. Erdamar G, Demirel H. Investigation of work-family, family-work conflict of the teachers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 116:4919-24.
19. Samani L, Kouhpeima Ronizi Z, Kouhpeima Ronizi S. The Influence of legal supports of working women during pregnancy and lactation period on their desire to have children. *Islam J Women Fam* 2020; 8(19):117-32.
20. Jang I, Jun M, Lee JE. Economic actions or cultural and social decisions? The role of cultural and social values in shaping fertility intention. *International Review of Public Administration* 2017; 22(3):257-75.
21. Hosseini H, Abbasi Shavazi MJ. Change of thinking and its impact on behavior and ideals Kurdish and Turkish women's fertility. *Journal of Women's Research* 2009; 7(2):55-84.
22. Farrokh-Eslamlou HR, Vahabzadeh Z, Moeini R, Moghaddam Tabrizi F. Pre-marriage couples fertility attitude following recent childbearing persuasive policies in Iran. *Nursing and Midwifery Journal* 2014; 11(10).
23. Hajizadeh Bandeghara F, Jannesari Sh, Ozgoli G, Nasiri M. Positive effect of woman's empowerment on childbearing: more children in working woman. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(37):51-61.
24. Abassi Z, Keshavarz Z, Abbasi-Shavazi MJ, Ebadi A, Esmaily H. Factors affecting women's sex preference in multiethnic society in North Khorasan Province, Iran. *Electronic Physician* 2018; 10(7):7063.
25. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews* 2015; 4(1):1-9.
26. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses; 2011.
27. Herzog R, Álvarez-Pasquin M, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil Á. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC public health* 2013; 13(1):1-7.
28. Adib-Hajbaghery M, Zare M. The barriers to patient education from the viewpoint of nurses in Iran: A systematic review. *Nursing and Midwifery Journal* 2017; 15(7):544-58.
29. Ranjbar F, Shirzad M, Kamali K, Akhondi MM, Ghoojani A, Ardakani ZB, et al. Fertility behaviour of Iranian women: a community-based, cross-sectional study. *Archives of Iranian medicine* 2015; 18(1).
30. Kaboudi M, Ramezakhani A, Manouchehri H, Hajizadeh E. Relationship between age of marriage, women's education and fertility 1954-93: A study in the west of Iran. *Biosci Biotechnol Res Asia* 2013; 10(2):855-60.
31. Ghazafarpour M, Arghavani E, Khadivzadeh T, Saeidi M, Kareshki H, Irani M, et al. Childbearing motivation in Iranian engaged couples: A structural equation model. *International Journal of Pediatrics* 2018; 6(4):7563-8.
32. Azmoude E, Barati-Far S, Behnam H, Aradmehr M. Socio-demographic and religious factors affecting fertility rate among childbearing women in Easter Iran: A population-based study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2019; 7(1):1553-9.
33. Moeeni M, Pourreza A, Torabi F, Heydari H, Mahmoudi M. Analysis of economic determinants of fertility in Iran: a multilevel approach. *International journal of health policy and management* 2014; 3(3):135.
34. Shayan Z, Ayatollahi SM, Zare N, Moradi F. Prognostic factors of first birth interval using the parametric survival models. *Iranian journal of reproductive medicine* 2014; 12(2):125.
35. Bagheri A, Nasrabad HB, Saadati M. Identification of fertility preference determinants using Poisson regression. *Iranian Journal of Epidemiology* 2017; 13(2):153-6.
36. Sabermahani A, Goudarzi R, Nasiri S. Factors affecting fertility rate in Iran (Panel Data 1966-2013): A survey study. *Journal of family & reproductive health* 2017; 11(3):138.
37. Reshadat S, Zanganeh A, Saeidi S, Gilan NR, Bavandpour E, Ghasemi SR. Factors associated with total fertility rate (TFR) in Kermanshah-2011. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2015; 18(11).
38. Najafi-Vosough R, Soltanian AR, Fayyazi N. Influence factors on birth spacing and childbearing rates using survival recurrent events model and parity progression ratios. *Journal of Research in Health Sciences* 2017; 17(3):384.
39. Bandehelahi K, Khoshravesh S, Barati M, Tapak L. Psychological and sociodemographic predictors of fertility intention among childbearing-aged women in Hamadan, West of Iran: An application of the BASNEF model. *Korean Journal of Family Medicine* 2019; 40(3):182.
40. Miri M, Moghadam HM. Determinants of marriage to first birth interval in Birjand, Iran: a retrospective-prospective cohort and survival analysis. *Int J Women's Health Reprod Sci* 2018; 6(3):328-34.
41. Saadati M, Bagheri A, Abdolahi A. Marriage to first birth interval; A Cross-sectional study in Tehran (Iran). *Int J Women's Health Reprod Sci* 2018; 6(3):290-6.
42. Soltanian A, Davar S, Akhgar MM, Mahjub H, Karami M. Modeling the factors affecting the first birth in the family's' fertility in Hamedan Province. *J Pharm Res Int* 2019; 28(4):1-11.

43. Dehesh T, Malekmohammadi N, Dehesh P. Associated factors of first-birth interval among women in reproductive age, addressing maternal and child health. *Reproductive health* 2022; 19(1):28.
44. Ahmadi DM, Hosinzadde AH. Factors Influencing Child Bearing with Reliance on Birth Policies in Ahwaz City. *Biosciences Biotechnology Research Asia* 2014; 11(2):911-18.
45. Erfani A. Low fertility intention in Tehran, Iran: The role of attitudes, norms and perceived behavioural control. *Journal of Biosocial Science* 2017; 49(3):292-308.
46. Asadi N, Kaboudi M, Ashtarian H, Salari N. The Comparison of Plans to Child Bearing among Employed Women and Housewives Based on the Perceived Need Model. *Research Journal of Medical Sciences* 2016; 10:256-60.
47. Bagheri A, Saadati M. Factor's affecting first and second birth intervals among 15-49 year-old women in Tehran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2019; 15(1).
48. Bagheri A, Saadati M. Determinants of birth intervals using Prentice-Williams-Peterson-Gap Time model: Tehran case study. *International Journal of Fertility & Sterility* 2021; 15(3):234.
49. Erfani A, Shojaei J. Reasons for intending to have no children in Tehran, Iran. *Community Health* 2019; 6(2):116-29.
50. Hosseini H, Bagi B. Socioeconomic, cultural and demographic determinants of childbearing desires among married women attending health centers in Hamedan (2012). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2014; 18(1):35-43.
51. Naz MS, Ozgoli G, Hajizadeh F, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari S. Relationship between demographic factors and religious orientation and the reproductive behavior of employed women in Tehran. *International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences* 2017; 5(4):277-82.
52. Khadivzadeh T, Irani M. Religious beliefs and fertility behavior among women of reproductive age in Mashhad, Iran 2016. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2018; 28(167):133-44.
53. Rad EH, Tavakkoli M, Moghadamnia MT, Ghanbari A. Fertility and minority: a study in two provinces of Iran using matching estimator technique. *Journal of immigrant and minority health* 2016; 18:660-5.
54. Sargolzaie N, Kiani M, Haghghi JD, Sargazi S. Determinants of Fertility Patterns in Zahedan, Southeast Iran, 2015. *Health Scope* 2017; 6(3).
55. Bagheri A. Studying the Influential Factors of Children Ever Born of Migrant Women to Tehran. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2018; 25(6):118-29.
56. Tavousi M, Haerimehrizi A, Sadighi J, Motlagh ME, Eslami M, Naghizadeh F, et al. Fertility desire among Iranians: a nationwide study. *Payesh (Health Monitor)* 2017; 16(4):401-10.
57. Foroutan Y, Mirzaei S. Ethnic preferences for childbearing in Iran. *Population Studies* 2018; 4(2):35-60.
58. Motlagh ME, Taheri M, Eslami M. Factors affecting the fertility preferences in Iranian ethnic groups. *Nursing and Midwifery Journal* 2016; 14(6):485-95.
59. Sadeghi R. Ethnic Differences Value and Sex Preference of Children in the City of Maku. *Nursing and Midwifery Journal* 2019; 17(2):131-40.
60. Keshavarz H, Haghghatian M, Tavasoli Dinani K. A study on the factors influencing the space between marriage and having children (case study: married women of 20-49 in Isfahan). *Journal of Applied Sociology* 2013; 24(2):111-25.
61. Virtala A, Vilska S, Huttunen T, Kunttu K. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2011; 16(2):108-15.
62. Heiland F, Prskawetz A, Sanderson WC. Are Individuals' Desired Family Sizes Stable? Evidence from West German Panel Data: La taille de famille désirée est-elle stable? Analyse de données de panel en Allemagne de l'Ouest. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie* 2008; 24:129-56.
63. Piltan F, Rahmanian M. Sociological study of factors affecting willingness to childbearing women and married men (Case study: Women and men 52 to 52 years old in Jahrom). *Social Development Studies* 2015; 7(2):121-34.
64. Andersson G. A study on policies and practices in selected countries that encourage childbirth: the case of Sweden. Contribution to the Consultancy Study on Population Related Matters—A Study on Policies and Practices in Selected Countries that Encourage Childbirth, for the Government of Hong Kong Special Administrative Region. Max Planck Institute for Demographic Research Working Paper 2005; 5.
65. Shahabadi Z, Saraei H, Khalaj AF. The investigation of attitude toward studying continuation after marriage and its effect on parenting decision (the studying of women who are about to marriage in Nayshabour town). *Q J Soc Sci* 2016; (71):126-62.
66. Ayazi R, Amini L, Montazeri A, Haghani SH. Factors Related to Childbearing Willingness in the Women Attending the Health Centers in Arak, Iran (2019). *Iran Journal of Nursing* 2021; 34(130):15-24.
67. Khodakarami B, Naseritazehgeshlag M, Parsa P, Mohammadi U. Effect of Group Counseling on Attitude About" Child as a Pillar of Life" in Women Referring to Hamadan City Comprehensive Health Centers. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2020; 28(1):27-35.
68. Keshavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hosseinpour K. Factors effective in changing of reproductive behaviors of nomadic and non-nomadic tribes in the Semirrom province, Iran. *Journal of Health System Research* 2012; 8(3):456-65.



69. Chan SL, Thumboo J, Boivin J, Saffari SE, Yin S, Yeo SR, et al. Effect of fertility health awareness strategies on fertility knowledge and childbearing in young married couples (FertStart): study protocol for an effectiveness-implementation hybrid type I multicentre three-arm parallel group open-label randomised clinical trial. *BMJ open* 2022; 12(1):e051710.
70. Hashemzadeh M, Shariati M, Nazari A, Keramat A, Ebrahimi E. Principal factors affecting couples' childbearing policies: A roadmap for policymaking. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2022; 27(5):413.
71. Becker GS. Fertility and the economy. *Journal of Population Economics* 1992; 5(3):185-201.
72. Razeghi Nasrabad HB, Shavazi A, Jalal M, Chavoshi H. Phenomenology of the timing of first birth among women in Tehranwomen. *Women's Strategic Studies* 2014; 16(63):57-95.
73. Mohammadi S, Yazdani Charati J, Mousavinasab N. Factors affecting Iran's population aging, 2016. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2017; 27(155):71-8.
74. Torr BM, Short SE. Second births and the second shift: A research note on gender equity and fertility. *Population and development Review* 2004; 30(1):109-30.
75. Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P. Causes of women' s postpartum depression symptoms: Men' s and women' s perceptions. *Midwifery* 2015; 31(7):728-34.
76. Dorahaki A, Nobakht R. The influence of gender equality within the family on fertility intention of women in urban areas of bushehr province. *Women in Development & Politics* 2020; 18(1):151-72.
77. Abbasi SM, Sadeghi R. Ethnicity and fertility: an analysis of fertility behavior of ethnic groups in iran. *Soc Sci Paper* 2006; 29:29-58.
78. Kariman N, Amerian M, Jannati P, Salmani F, Hamzekhane M. A path analysis of factors influencing the first childbearing decision-making in women in Shahroud in 2014. *Glob J Health Sci* 2016; 8(10):55381.
79. Behboudi-Gandevani S, Farahani FK, Jasper M. The perspectives of Iranian women on delayed childbearing: A qualitative study. *J Nurs Res* 2015; 23(4):313-21.

