

Fertility Motivations and their Relation with Attitude towards Government Incentives for Childbearing in Women of Reproductive Age

Zahra Zare¹,
Ehsan Saffari²,
Roya Kiaee Tabar³

¹ Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

² Instructor, Department of Biostatistics, Duke-NUS University of Medical Sciences, Quantitative Medical Center, Duke-NUS University of Medical Sciences, Singapore, Singapore

³BSc in Midwifery, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

(Received September 2, 2017 ; Accepted December 5, 2017)

Abstract

Background and purpose: In recent years a severe decline occurred in fertility rates in Iran, therefore, policy makers changed demographic policies since 2012 and provided incentives for families. The purpose of this study was to investigate the relationship between fertility motives and attitudes toward government incentives that could promote childbearing in women in fertility ages.

Materials and methods: This cross-sectional study was performed in 450 women (18- 35 years of age) attending health centers in Sabzevar, Iran 2016, using convenience and cluster samplings. The inclusion criteria were being married and not pregnant at the time of study. Demographic information was recorded and data was collected using Childbearing Motivations Scale and the scale for Attitude towards Governmental Incentives on Childbearing. Data analysis was done applying descriptive statistics, Pearson correlation tests, Spearman, and Kruskal Wallis test. P value of ≤ 0.05 was considered to be significant.

Results: There was a significant direct correlation between the positive fertility motivation and free mother and child insurance ($P= 0.004$), free monthly check-ups, free pregnant mothers' food coupon ($P= 0.01$), and increased maternal leave ($P= 0.01$). In current study, a significant reverse correlation was found between negative fertility motivation and offering gold ($P= 0.01$), home mortgage and loans ($P= 0.001$), providing home ($P= 0.001$), and paternity leave ($P= 0.004$).

Conclusion: According to this study government incentives on childbearing must focus on major effective factors on fertility motivation i.e. free mother and child insurance, offering gold, home mortgage and loans, and providing homes to the families.

Keywords: fertility motivations, government incentives for childbearing, attitude, women, fertility

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (162): 104-114 (Persian).

* Corresponding Author: Zahra Zare - Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
(E-mail: zare1984@yahoo.com)

بررسی انگیزه های باروری و ارتباط آن با نگرش به مشوق های دولتی در خصوص فرزندآوری در زنان سنین باروری

زهرا زارع^۱
احسان صفاری^۲
رویای کیایی تبار^۳

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به کاهش شدید نرخ باروری در ایران و تغییر سیاست های جمعیتی از سال ۱۳۹۱ با پیشنهاد ارائه مشوق های دولتی فرزندآوری، هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین انگیزه های باروری و نگرش به مشوق های دولتی در خصوص فرزندآوری در زنان سنین باروری بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ روی ۴۵۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار به روش خوشه ای و آسان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تاهل و عدم بارداری در حال حاضر بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک، انگیزه های باروری میلر و پرسش نامه نگرش به مشوق های دولتی در خصوص فرزندآوری بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های توصیفی و آزمون های همبستگی پیرسون، اسپیرمن و کروسکال والیس انجام شد. سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین انگیزه های مثبت باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک ($p=0/004$)، معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار ($p=0/01$)، افزایش مرخصی زایمان ($p=0/01$)، ارتباط معنی دار و مستقیم وجود داشت. بین انگیزه های منفی باروری با پرداخت سکه بهار آزادی ($p=0/01$)، پرداخت وام قرض الحسنه و مسکن ($p=0/001$)، واگذاری مسکن ($p=0/001$) و مرخصی پدر ($p=0/004$) رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت.

استنتاج: با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می شود سیاست های جمعیتی مشوق فرزندآوری بیش تر معطوف به موارد مهم تر و تاثیر گذارتر همانند پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، پرداخت سکه بهار آزادی، پرداخت وام قرض الحسنه، مسکن و واگذاری مسکن شود.

واژه های کلیدی: انگیزه های باروری، مشوق دولتی فرزندآوری، نگرش، زنان، باروری

مقدمه

مسلمان منحصر به فرد کرده است، بلکه چنین رکوردی در هیچ جای دیگر قابل مشاهده نیست (۱). نتایج سرشماری ها و آمارهای موجود در ایران نشان می دهد

ایران از جمله کشورهایی است که کاهش شدید باروری را در جهان تجربه کرده است. کاهش بیش از ۵۰ درصدی باروری نه تنها این کشور را در بین کشورهای

E-mail: zare1984@yahoo.com

مؤلف مسئول: زهرا زارع - سبزوار: دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پزشکی

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۲. مربی، گروه آمار زیستی، مرکز پزشکی محاسباتی دانشگاه علوم پزشکی Duke-NUS، سنگاپور، سنگاپور

۳. کارشناس مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۷/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۹/۱۴

که میزان باروری کل از حدود ۷/۷ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۴۵ به ۱/۶ در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۲). پیش‌بینی می‌شود با تداوم روند کاهش باروری در حد زیر سطح جانشینی (۲/۱ فرزند برای هر زن)، در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۱۰ رشد سالانه جمعیت ایران به ۱ برسد. مطابق سناریوی رشد پایین جمعیتی که سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۰ منتشر کرده است، اگر ایران به همین صورت به ادامه جایگزینی جمعیتی بپردازد و برنامه‌ای برای تعادل آن نداشته باشد، در ۸۰ سال آینده جمعیت ۳۱ میلیونی را تجربه خواهد کرد که ۴۷ درصد آن را سالمندان بالای ۶۰ سال در بر می‌گیرند (۳). کاهش سریع نرخ باروری و به هم ریختن موازنه هرم سنی، می‌تواند آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی جبران‌ناپذیری بر کشور وارد نماید (۴). گرایش به داشتن فرزند کم‌تر نشانه آن است که زنان به کشف‌های جدیدی دست یافته‌اند؛ از جمله آن که از محیط‌های کوچک خانوادگیشان بیرون آمده‌اند، تحصیل می‌کنند، در مناسبات اجتماعی شرکت می‌کنند و در همه عرصه‌ها فعال‌اند. در واقع، زنان امروز هویت زنانه خود را در جاهای دیگری جز خانه و مادر شدن جستجو می‌کنند (۵). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که باروری، هم تحت تأثیر انتخاب فردی و هم متأثر از ارزش‌ها، فرهنگ و هنجارهای اجتماعی است. انگیزه باروری، موضوعی پیچیده است که دارای ریشه‌های فرهنگی، رفتاری و اعتقادی بوده و در بستر انتقال جمعیتی و توسعه اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌یابند (۶، ۷). انگیزه‌های باروری شامل انگیزه‌های مثبت و منفی هستند. انگیزه‌های مثبت باروری در واقع شامل: دلایل شخصی هر فرد برای خواستن فرزند و شامل لذت بارداری، تولد و کودکی، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند می‌باشد. انگیزه منفی باروری شامل: دلایل نخواستن فرزند نظیر ترس از والد شدن، استرس‌های والدین و چالش‌های مراقبتی فرزند می‌باشد (۸-۱۰). نتیجه مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که انگیزه مثبت باروری با

میل بیش‌تر به فرزندآوری، تعداد بیش‌تر فرزندان دلخواه و فواصل کم‌تر بین تولد فرزندان همراه است (۸). در مطالعه دیگر در شیراز، انگیزه‌های مثبت باروری با میل به فرزندآوری و تعداد دلخواه فرزندان ارتباط مستقیم و معنی‌دار و با زمان دلخواه فرزندآوری ارتباط معکوس و معناداری داشت. در مطالعه وی، انگیزه منفی باروری با میل به فرزندآوری ارتباط معکوس و معناداری داشت (۹). با توجه به کاهش فزاینده باروری در کشور، از ابتدای سال ۱۳۸۹ سیاست‌های کشور در خصوص برنامه تنظیم خانواده به طور محسوس تغییر کرد و در سال ۱۳۹۰ لایحه‌ای در این خصوص از سوی دولت تقدیم مجلس شد و به موجب آن کلیه محدودیت‌های فرزندآوری از قوانین کشور حذف شد. در سال ۱۳۹۱ کارگروه جمعیت در مجلس شورای اسلامی تشکیل شد و مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی با اقدامات ملی و راهبردهای اساسی، راهکارهایی را برای جلوگیری از کاهش نرخ باروری و ارتقاء آن تعیین کرد (۱۱، ۱۲). در این راستا، ارایه بسته‌های تشویقی مولید یکی از تدابیر اصلی برای جلوگیری از کاهش بیش‌تر باروری و افزایش آن دست کم تا سطح جایگزینی می‌باشد. برنامه‌های تشویق افزایش مولید در کشورهایی هم‌چون سوئد، فرانسه، روسیه، آلمان، انگلستان و ایرلند نیز وجود دارد. پرداخت حقوق ماهیانه، اعطای مرخصی ۱۵ ماه به والدین بعد زایمان، اختصاص سبد کالاهای حمایتی، تضمین قانونی دولت نسبت به کمک هزینه‌های مالی فرزندان برای دوران مدرسه و دانشگاه از جمله این سیاست‌های تشویقی جهت بالا بردن تعداد مولید و در نتیجه افزایش طبیعی جمعیت است (۱۳).

ارائه مشوق‌های جمعیتی بین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان جمعیت و باروری کشور دارای موافقان و مخالفانی است که هر یک با استناد به شواهد و دلایل مورد قبول خود به تأیید یا رد اثربخش بودن این مشوق‌ها پرداخته‌اند (۱۴). مطالعات انجام شده در سوئد و روسیه نشان می‌دهد با ارائه مشوق‌های فرزندآوری، بعد از

گذشت چندین سال فرزندآوری زوجین افزایش یافته است (۱۶،۱۵). از طرف دیگر در مطالعه‌ای که روی ۲۱۰ زوج در آستانه ازدواج در ارومیه انجام شد، نشان دهنده عدم نگرش مثبت حدود ۸۵ درصد مردان و ۹۰ درصد زنان نسبت به تشویق‌های اقتصادی و اجتماعی اعلام شده از سوی دولت بود (۱۷). با توجه به کاهش سریع نرخ باروری در کشور، چشم انداز سیاست جمعیتی باید بر عوامل مستقیم و غیرمستقیم در راستای افزایش باروری متمرکز گردد تا کشور در چنین تنگنایی قرار نگیرد. این رهیافت، جز با افزایش مطالعات حول محورهای جمعیتی و تعیین مؤلفه‌های اثرگذار بر میزان باروری محقق نخواهد شد. لذا هدف این مطالعه ضمن بررسی انگیزه‌های فرزندآوری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵، بررسی رابطه انگیزه‌های باروری زنان با نگرش به مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی روی ۴۵۰ زن در سنین ۱۸ تا ۳۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه از روش تعیین حجم نمونه برای مدل رگرسیون ساده استفاده شد. در این مطالعه مقدار ضریب همبستگی با استناد به مقالات مشابه (۱۴،۱۰)، ۰/۱ در نظر گرفته شد و حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار PASS نسخه ۱۱ تعداد ۴۵۰ نفر محاسبه شد. ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مد نظر بود. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد؛ بدین ترتیب که از هر کدام از ۷ مرکز بهداشتی- درمانی اصلی شهر سبزوار، دو مرکز به طور تصادفی انتخاب شد و در هر مرکز منتخب به صورت متناسب با حجم و متوسط تعداد مراجعین روزانه، حجم نمونه لازم به صورت در دسترس انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ ایرانی و ساکن شهر سبزوار، متأهل بودن و عدم بارداری در حال حاضر بود و معیارهای

خروج از مطالعه نیز شامل؛ پاسخ‌دهی ناقص به پرسش‌نامه‌ها و سابقه عمل هیستریکتومی، توبکتومی یا وازکتومی در همسر بود. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (IR.MEDSAB.REC.1395.35) و هماهنگی لازم با مسئولین مراکز بهداشتی منتخب، پژوهشگر در این مراکز حضور پیدا می‌کرد و حجم نمونه لازم را از بین زنانی که به مراکز بهداشتی منتخب شهر سبزوار جهت دریافت خدمات مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود به پژوهش و مایل به شرکت در پژوهش هستند، انتخاب می‌کرد و با رعایت حفظ حریم خصوصی، هر یک از واحدهای پژوهش به محلی خلوت و آرام در مراکز بهداشتی هدایت می‌شدند و در مورد اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها توضیح داده می‌شد. سپس چک لیست انتخاب واحد پژوهش به شیوه مصاحبه تکمیل شده و در انتهای مصاحبه در صورتی که فرد معیارهای ورود به پژوهش را دارا بود، از وی خواسته می‌شد که فرم رضایت آگاهانه را امضا نماید. در ادامه در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها توضیح داده شده و از واحدهای پژوهش خواسته می‌شد پرسش‌نامه را با دقت مطالعه کنند و پاسخی را انتخاب کنند که به وضعیت فعلی آن‌ها نزدیک‌تر باشد. در صورتی که مشارکت کنندگان بی‌سواد یا کم سواد بودند، پرسش‌نامه‌ها به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم مصاحبه مشتمل بر ۲ بخش مشخصات فردی (شامل سوالاتی هم‌چون سن، سطح تحصیلات، شغل خود و همسر) و مشخصات باروری (شامل سوالاتی هم‌چون تعداد بارداری و زایمان، تعداد سقط و نوع زایمان)، پرسش‌نامه انگیزه‌های باروری میلر و پرسش‌نامه نگرش به مشوق‌های دولتی بود. پرسش‌نامه انگیزه‌های باروری میلر شامل دو بُعد انگیزه مثبت و منفی می‌باشد. انگیزه‌های مثبت که دارای ۳۰ گویه و ۵ زیر مقیاس لذت باروری، تولد و کودکی، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند می‌باشد و

کولموگروف - اسمیرنوف، همبستگی پیرسون، اسپیرمن و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول شماره ۱ برخی از مشخصات واحدهای پژوهش را نشان می دهد. جدول شماره ۲ انگیزه های باروری زنان شرکت کننده در این پژوهش را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: مشخصات فردی-اجتماعی زنان سن باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار

متغیر	تعداد (درصد)
تحصیل	بی سواد و ابتدایی (۱۳/۳) ۶۰
	سیکل (۱۶/۸) ۷۵
	دیپلم (۲۹/۱) ۱۳۱
	کاردانی و کارشناسی ارشد و دکتری (۳۶) ۱۶۲
تحصیل همسر	بی سواد و ابتدایی (۱۴/۹) ۶۷
	سیکل (۲۰/۲) ۹۱
	دیپلم (۲۵/۱) ۱۱۳
	کاردانی و کارشناسی ارشد و دکتری (۱۰/۶) ۴۸
شغل	خانه دار (۶۸/۴) ۳۰۸
	محصل یا دانشجو (۱۲/۴) ۵۶
	کارمند (۱۴/۸) ۶۷
	شغل آزاد (۴/۲) ۱۹
شغل همسر	بیکار (۱/۱) ۵
	محصل یا دانشجو (۲/۸) ۱۲
	کارمند (۲۵/۳) ۱۱۴
	شغل آزاد (۵۶/۹) ۲۵۶
	کارگری (۱۴) ۶۳
درآمد	کم تر از حد کفاف (۲۱/۳) ۹۶
	در حد کفاف (۷۲/۴) ۳۳۶
	بیش تر از حد کفاف (۶/۲) ۲۸
سن	انحراف معیار ± میانگین ۲۶/۲ ± ۶/۴۲
مدت ازدواج	۸/۹ ± ۶/۶
تعداد بارداری	۱/۷۴ ± ۱/۵
تعداد فرزند	۱/۲ ± ۱/۱

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره انگیزه های باروری زنان سن باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار

انگیزه باروری	انحراف معیار ± میانگین
انگیزه های مثبت	لذت باروری، تولد و کودکی ۲۱/۴۱ ± ۳/۳۲
	دیدگاه سنتی ۲۰/۴۲ ± ۳/۵۰
	رضایت از فرزندپروری ۲۱/۸۰ ± ۲/۸۵
	احساس نیاز و بقا ۱۸/۰۷ ± ۳/۲۱
	استفاده ابزاری از فرزند ۳۱/۵۳ ± ۷/۱۹
	نمره کل انگیزه مثبت باروری ۲۲/۶۴ ± ۳/۰۲
انگیزه های منفی	ترس از والد شدن ۲۰/۹۰ ± ۵/۰۷
	استرس والدین ۲۱/۸۶ ± ۵/۶۵
	چالش های مراقبت فرزند ۸/۵۱ ± ۴/۰۹
	نمره کل انگیزه منفی باروری ۱۷/۱ ± ۳/۸۵

انگیزه منفی دارای ۱۹ گویه و حیطه های ترس از والد شدن، استرس های والدین و چالش های مراقبتی فرزند است. جهت نمره دهی از مقیاس ۴ نقطه ای لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۴) استفاده می شود (۸). در ویرایش فارسی این پرسش نامه، تغییراتی صورت گرفته تا جهت استفاده در جامعه ایرانی متناسب شود. ۷ گویه به انگیزه های مثبت پرسش نامه میلر اضافه شده است که برگرفته از یک مطالعه کیفی و در راستای متناسب سازی این پرسش نامه با فرهنگ ایران می باشد (۱۰). پایایی این ابزار در مطالعه خدیوزاده و همکاران به روش آزمون مجدد ($r=0/98$) و آلفای کرونباخ (۰/۹۴) تایید شد (۱۰).

در مطالعه حاضر نیز پایایی این ابزار به روش آزمون مجدد ($r=0/89$) تایید شد. ابزار دیگر پرسش نامه مشوق های دولتی در خصوص فرزندآوری بود که گویه های آن براساس لایحه جمعیت و تعالی خانواده توسط خدیوزاده و همکاران (۱۴) طراحی شد و شامل ۱۰ گویه می باشد. جهت نمره دهی از مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت به صورت اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۵) استفاده می شود. پایایی این ابزار در مطالعه خدیوزاده و همکاران به روش پایایی همگونی با آلفای کرونباخ (۰/۹۷) تایید شد (۱۴). در مطالعه حاضر نیز پایایی این ابزار به روش آزمون مجدد ($r=0/91$) تایید شد. جهت تأیید روایی ابزار انگیزه های باروری و نگرش به مشوق دولتی نیز از روش روایی محتوای و صوری استفاده شد. بدین ترتیب که پرسش نامه ها در اختیار ۱۰ تن از اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

نکات اخلاقی در این مطالعه رعایت شد و کلیه اطلاعات محرمانه حفظ شد. افراد با رضایت کتبی و آگاهانه در این پژوهش شرکت داشتند. داده ها با استفاده نرم افزار آماری (نسخه ۲۲) SPSS و شاخص های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار...)، آزمون های

میانگین نمره کلی نگرش به مشوق‌های دولتی جدول شماره ۳ نوع نگرش واحدهای پژوهش به تأثیر مشوق دولتی در خصوص فرزندآوری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴ رابطه بین اجزاء مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری با انگیزه‌های باروری در واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد.

بر اساس جدول شماره ۴ و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، مشخص شد از بین انگیزه‌های منفی باروری؛ بین استرس والدین با پرداخت سکه بهار آزادی، پرداخت وام قرض‌الحسنه و مسکن، واگذاری مسکن و مرخصی پدر رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. از بین انگیزه‌های مثبت باروری؛ لذت باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار و افزایش مدت مرخصی زایمان و کاهش ساعات کار موظف مادران

باردار رابطه معنادار و مستقیمی وجود داشت و بین رضایت فرزند پروری با معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار ارتباط معنی‌دار و مستقیمی وجود داشت. بین استفاده ابزاری از فرزند نیز از انگیزه‌های مثبت باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار و پرداخت سکه بهار آزادی رابطه معنادار و مستقیمی وجود داشت. بین سطح تحصیلات زن با انگیزه‌های مثبت باروری ($r = 0/09$, $p = 0/05$) رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. بدین نحو که هر چقدر سطح تحصیلات زنان بالاتر بود، انگیزه‌های مثبت آنان برای باروری کم تر بود. هم چنین بین سطح تحصیلات زن با آیتم پوشش بیمه رایگان مادر و کودک ($r = 0/01$, $p = 0/01$) برای مادران باردار ($r = 0/003$, $p = 0/13$)، پرداخت سکه بهار آزادی ($r = 0/14$, $p = 0/001$) نیز رابطه معنی‌دار

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و (درصد فراوانی) نوع نگرش زنان سن باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار به تأثیر مشوق دولتی در خصوص فرزندآوری

اجزا	اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
پوشش رایگان بیمه مادر و کودک تا ۲ سال	۹۳ (۲۰/۶۷)	۲۱ (۴/۶۷)	۸۶ (۱۹/۱۱)	۹۶ (۲۱/۳۳)	۱۵۴ (۳۴/۲۲)
معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادر باردار	۸۷ (۱۹/۳۳)	۲۹ (۶/۴۴)	۷۷ (۱۷/۱۱)	۱۰۱ (۲۲/۴۴)	۱۵۶ (۳۴/۶۷)
افزایش مدت مرخصی زایمان و کاهش ساعات کار موظف مادران باردار	۱۲۷ (۲۸/۲۲)	۳۳ (۷/۳۳)	۸۴ (۱۸/۶۷)	۸۲ (۱۸/۲۲)	۱۲۴ (۲۷/۵۶)
کاهش مالیات به تعداد فرزندان خانواده	۹۰ (۲۰/۰۰)	۳۹ (۸/۶۷)	۹۴ (۲۰/۸۹)	۸۶ (۱۹/۱۱)	۱۴۱ (۳۱/۳۳)
پرداخت سکه بهار آزادی	۹۱ (۲۰/۲۲)	۳۰ (۶/۶۷)	۶۵ (۱۴/۴۴)	۹۳ (۲۰/۶۷)	۱۷۱ (۳۸/۰۰)
پرداخت وام قرض الحسنه به زوجین که بچه دار می‌شوند و وام خرید مسکن دو برابر	۸۵ (۱۸/۸۹)	۲۵ (۵/۵۶)	۵۹ (۱۳/۱۱)	۸۹ (۱۹/۷۸)	۱۹۲ (۴۲/۶۷)
واگذاری مسکن به خانواده‌های پرجمعیت	۸۰ (۱۷/۷۸)	۲۵ (۵/۷۸)	۶۵ (۱۴/۴۴)	۷۹ (۱۷/۵۶)	۱۲۰ (۲۶/۴۴)
افزایش سنوات کار برای مادر شاغل به ازای هر فرزند	۱۳۴ (۲۹/۷۸)	۲۵ (۵/۵۶)	۷۷ (۱۷/۱۱)	۸۱ (۱۸/۰۰)	۱۳۳ (۲۹/۵۶)
افزایش سال‌های درس خواندن و گرفتن وام ودیعه مسکن از دانشگاه	۱۳۶ (۳۰/۲۲)	۲۴ (۵/۳۳)	۹۱ (۲۰/۲۲)	۸۵ (۱۸/۸۹)	۱۱۴ (۲۵/۳۳)
مرخصی به پدران بعد تولد فرزند	۱۳۳ (۲۹/۶۲)	۲۹ (۶/۴۶)	۶۷ (۱۴/۹۲)	۶۸ (۱۵/۱۴)	۱۵۲ (۳۳/۸۵)

جدول شماره ۴: همبستگی بین اجزاء مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری با انگیزه‌های باروری در زنان سن باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار

اجزاء مشوق‌های دولتی	لذت باروری	دیدگاه سستی	رضایت از فرزند پروری	احساس نیاز و بقا	استفاده ابزاری از فرزند	ترس از زوالد شدن	استرس والدین	چالش‌های مراقبت فرزند	انگیزه‌های منفی
پوشش رایگان بیمه	۰/۱۶۶**	۰/۱۸	۰/۸۱	۰/۵۸	۰/۱۵۲**	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۱۴	
معاینات و بن مواد غذایی رایگان	۰/۱	۰/۳۸	۰/۱۰*	۰/۷۶	۰/۱۵۵**	۰/۱۳	۰/۵۹	۰/۱۶	
افزایش مرخصی زایمان و کاهش ساعات کار مادران باردار	۰/۱۰۴*	۰/۶۶	۰/۲۰	۰/۴۳	۰/۹۹	۰/۴۳	۰/۷۷	۰/۱۱	
کاهش مالیات	۰/۷۲	۰/۶۶	۰/۴۶	۰/۵۴	۰/۸۳	۰/۴۸	۰/۷۹	۰/۰۸	
پرداخت سکه	۰/۸۴	۰/۰۴	۰/۴۳	۰/۱۱	۰/۱۲۲**	۰/۴۶	۰/۱۰۵*	۰/۱۴	
پرداخت وام	۰/۶۱	۰/۱۶	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۵۷	۰/۱۸	۰/۱۵۰***	۰/۲۲	
واگذاری مسکن	۰/۸۲	۰/۲۴	۰/۳۵	۰/۱۷	۰/۶۹	۰/۴۰	۰/۱۷۰***	۰/۱۳	
افزایش سنوات	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۲۳	۰/۰۸	۰/۱۷	
افزایش سال‌های درس خواندن و گرفتن وام	۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۶۴	۰/۴۰	
مرخصی پدران	۰/۹۵	۰/۱	۰/۲۲	۰/۳۴	۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۱۳۶**	۰/۵۲	

* $p < 0/01$ ، ** $p < 0/001$ ، *** $p < 0/0001$

و معکوسی وجود داشت. بدین نحو که هر چقدر سطح تحصیلات زن بالاتر می رفت، تاثیر این مشوق ها در فرزندآوری کاسته می شد. نتایج آزمون پیرسون و اسپیرمن نشان داد بین تعداد زایمان ($p = 0/001$, $r = 0/162$)، تعداد بارداری ($p = 0/003$, $r = 0/12$) و تعداد فرزند ($p = 0/001$, $r = 0/14$) با انگیزه های منفی باروری رابطه معنی دار و مستقیمی وجود دارد. بدین صورت که با افزایش تعداد بارداری، زایمان و فرزند افراد انگیزه کم تری برای باروری داشتند. هم چنین بین تعداد فرزند با آیتم افزایش مدت مرخصی زایمان از مشوق های دولتی ($p = 0/003$, $r = 0/14$) و اعطای مرخصی به پدر بعد تولد فرزند ($p = 0/003$, $r = 0/13$) رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. بدین صورت که با افزایش تعداد فرزند، افراد تاثیر این مشوق ها را بر فرزندآوری کم تر گزارش کردند. نتیجه آزمون کروسکال والیس نیز نشان داد؛ بین شغل همسر با انگیزه های منفی باروری ارتباط معناداری وجود داشت، به طوری که بیش ترین انگیزه منفی در بیکار بودن همسر دیده شد ($p = 0/01$). بین شغل همسر با آیتم پوشش بیمه ($p = 0/001$)، معاینات و بن مواد غذایی ($p < 0/001$) و پرداخت سکه ($p = 0/001$) ارتباط معنی داری وجود داشت، به طوری که افرادی که شغل همسر آنها کارگر یا بیکار بود، تاثیر این مشوق های دولتی را بر فرزندآوری خود بیش تر می دانستند. بین سطح درآمد با نمره کلی نگرش به مشوق های دولتی فرزندآوری ($p = 0/001$, $r = 0/14$) و نمره کلی انگیزه های منفی باروری ($p = 0/001$, $r = 0/11$) رابطه معنی دار و معکوسی وجود داشت. بدین صورت که با افزایش سطح درآمد، واحدهای پژوهش انگیزه منفی بیش تری برای باروری داشتند و تاثیر مشوق های دولتی را بر فرزندآوری خود کم تر گزارش کردند. بین نوع محل سکونت با انگیزه های منفی باروری ارتباط وجود داشت به طوری که کم ترین انگیزه منفی باروری در سکونت در منزل شخصی گزارش شد ($p = 0/01$). بین روش زایمان با آیتم افزایش مدت مرخصی زایمان رابطه معناداری

مشاهده شد ($p = 0/01$)، بدین نحو که زنان با سابقه زایمان سزارین تاثیر این مشوق را بر فرزندآوری خود بیش تر گزارش کردند. بین جنس فرزند نیز با انگیزه های منفی باروری ارتباط معنی داری وجود داشت، به طوری که بیش ترین انگیزه منفی در گروهی دیده شد که هر دو جنس فرزند را داشتند ($p = 0/01$).

بحث

کاهش شگرف در نرخ باروری در کشور، سیاستگذاران را به تغییر سیاست های جمعیتی و تشویق زوج ها به فرزندآوری در سال های اخیر مجاب نموده است. این پژوهش در پاسخ به این سؤال که آیا مشوق های دولتی در خصوص فرزندآوری ارتباطی با انگیزه های باروری زنان دارد، طراحی و اجرا شد.

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد؛ بین انگیزه های منفی باروری با مشوق های مالی فرزندآوری هم چون پرداخت سکه بهار آزادی، پرداخت وام قرض الحسنه و مسکن، واگذاری مسکن به خانواده های پرجمعیت رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. این نتیجه با یافته های برخی از محققین مغایرت داشت (۱۷، ۱۳، ۲). نتیجه مطالعه ای در ارومیه که با هدف بررسی نگرش زوج های در شرف ازدواج به باروری متعاقب سیاست های تشویقی فرزندآوری انجام شد، نشان داد؛ حدود ۸۵ درصد مردان و ۹۰ درصد زنان در شرف ازدواج تمایلی نداشتند تحت تاثیر سیاست های مالی افزایش فرزندآوری، زمان انتظار برای تولد اولین فرزند یا تعداد مورد دلخواه فرزندان خود را افزایش دهند (۱۷). علت عدم هم خوانی نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر را می توان وجود تفاوت های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در غرب کشور با جامعه حاضر برشمرد. هم چنین این مطالعه در زوجین در شرف ازدواج انجام شده است، در نتیجه افراد ممکن است درک صحیحی از شرایط و بار اقتصادی ایجاد شده توسط فرزندان بر والدین در زندگی مشترک را نداشته باشند. از طرفی در مطالعه دیگر که به صورت کیفی در

می‌تواند سبب کاهش انگیزه‌های منفی و افزایش انگیزه‌های مثبت باروری شود.

در مطالعه حاضر بین انگیزه‌های مثبت باروری با سطح تحصیلات زن رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت، بدین نحو که هر چقدر سطح تحصیلات زنان بالاتر بود، انگیزه‌های مثبت آنان برای باروری کم‌تر بود که با نتیجه چندین مطالعه هم‌خوانی دارد (۱۰، ۵، ۲۵-۲۳). ورود به دانشگاه و افزایش سطح تحصیلات به‌طور غیرمستقیم از طریق تغییر در نگرش‌ها و عقاید فردی و شکل دادن به نگرش‌های مدرن و به‌طور مستقیم از طریق بالابردن سن ازدواج و در نتیجه تأخیر در سن فرزندآوری می‌تواند بر میزان باروری تأثیر بگذارد (۲۵)، از طرفی داشتن تحصیلات بالاتر منجر به حضور و مشارکت بیش‌تر زنان در مسایل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه شده و بسیاری از فرصت‌های فرزندآوری و تربیت آنان را به صورت دلخواه با انجام دیگر فعالیت‌های روزمره جایگزین می‌کند (۲۶). این نتیجه با یافته مطالعه‌ای دیگر که با هدف بررسی تمایلات باروری زنان کرد در شهر مهاباد انجام داد، هم‌سو نبود (۲۷). علت عدم هم‌خوانی را می‌توان ویژگی‌های جمعیتی، فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی متفاوت در زنان کرد با جامعه حاضر دانست.

در مطالعه حاضر بین تعداد زایمان، تعداد بارداری و تعداد فرزند با انگیزه‌های منفی باروری رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود داشت. بدین صورت که با افزایش تعداد بارداری، زایمان و تعداد فرزند افراد انگیزه کم‌تری برای باروری داشتند که با یافته چند محقق دیگر هم‌خوانی دارد (۲۸، ۲۹).

در مطالعه‌ای که در تهران با هدف تعیین عوامل اقتصادی جمعیتی مؤثر بر باروری زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شاغل در آموزش و پرورش در تهران انجام شد، گزارش شد که هرچه تعداد فرزند بیش‌تر باشد تمایل به باروری زنان افزایش می‌یابد که با نتیجه مطالعه حاضر مغایرت دارد (۲۶). از دلایل عدم هم‌خوانی این نتایج را می‌توان

شهر مشهد انجام شد، نشان داد یکی از مهم‌ترین زمینه‌هایی که از نظر مشارکت کنندگان به تصمیم به کم‌فرزندی منجر می‌شد، دغدغه‌های اقتصادی نگهداری از فرزند بود (۱۸). نتیجه مطالعه‌ای در چین نیز نشان داد ارائه مشوق‌های مالی فرزندآوری از طرف دولت بر قصد باروری زنان تأثیر مثبت دارد (۱۹). لذا می‌توان نتیجه گرفت 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 (۲۰).

طبق نتایج این مطالعه، بین آیتم مرخصی پدران بعد تولد فرزند با انگیزه‌های مثبت باروری رابطه معنی‌دار و مستقیم و با انگیزه‌های منفی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد، بدین نحو که با ارائه این مشوق دولتی فرزندآوری انگیزه‌های باروری مثبت افراد بیش‌تر می‌شود. این نتیجه با یافته مطالعه دیگر که در مشهد روی ۴۵۰ زوج مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت پیش از ازدواج انجام شد، مغایر است. در این مطالعه بین اعطای مرخصی به پدران بعد تولد فرزند با میل به فرزندآوری رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد و با تعداد دلخواه فرزند نیز رابطه معنی‌داری ندارد (۱۴). علت عدم مغایرت این مطالعه با مطالعه حاضر را می‌توان انجام آن روی هر دو زوج و زمان قبل از ازدواج و شروع زندگی مشترک دانست. ترس از زایمان، تولد فرزند و نگهداری از فرزند تازه به دنیا آمده، زنان را دچار اضطراب می‌کند و دوره بعد از زایمان را یک دوره مهم و آسیب‌پذیر برای زنان می‌کند. بدیهی است وجود همسر و حمایت و توجه بیش‌تر او در دوره پس از زایمان تا حد زیادی می‌تواند سبب کاهش اضطراب، نگرانی و افسردگی زنان در این دوره شود (۲۱، ۲۲). ازین جهت می‌توان گفت وجود همسر در کنار زن در دوره پس از زایمان و حمایت وی

کند (۳۴-۳۲). از این رو در این مطالعه زنان با سابقه زایمان سزارین، این مشوق دولتی را در افزایش فرزندآوری خود موثر دانسته اند.

از محدودیت های مطالعه حاضر، انجام آن فقط روی زنان و عدم شرکت همسران آنها در این پژوهش بود. پیشنهاد می شود مطالعه ای جهت بررسی رابطه انگیزه های باروری با مشوق های دولتی فرزندآوری در هر دو زوج بعد از ازدواج صورت گیرد.

نتیجه این پژوهش نشان داد بین انگیزه های باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، معاینات رایگان و بن غذایی رایگان مادران باردار، افزایش طول مدت مرخصی زایمان، کاهش ساعات کار موظف مادران باردار، پرداخت سکه بهار آزادی، پرداخت وام قرض الحسنه و مسکن، واگذاری مسکن و مرخصی پدران بعد تولد از مشوق های دولتی فرزندآوری ارتباط معنی داری وجود دارد. اما بین انگیزه های باروری با دیگر مشوق های دولتی هم چون کاهش مالیات به تعداد فرزندان خانواده، افزایش سنوات کار برای مادران شاغل، افزایش سال های درس خواندن و گرفتن وام ودیعه مسکن از دانشگاه هیچ ارتباط معنی داری وجود نداشت. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می شود سیاست های جمعیتی مشوق فرزندآوری بیش تر معطوف به موارد مهم تر و تاثیرگذارتر بر انگیزه های باروری شود.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (کد 94211) انجام شده است. بدین وسیله از شورای محترم پژوهشی و از تمام پرسنل مراکز بهداشتی منتخب شهر سبزوار به دلیل همکاری در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Hosseini GH, Hosseini H. Comparing determinants of fertility behaviour among

تفاوت محدوده سنی و تفاوت های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در جامعه مورد بررسی با جامعه پژوهش حاضر دانست.

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد؛ بین نوع محل سکونت با انگیزه های منفی باروری ارتباط وجود دارد، به طوری که کم ترین انگیزه منفی باروری در سکونت در منزل شخصی گزارش شد که با نتیجه دو مطالعه دیگر هم سو می باشد (۲۳، ۳۰). در این مطالعات گزارش شد تملک شخصی منزل با تمایلات باروری زنان رابطه معنادار و مستقیمی دارد.

در این مطالعه بین جنس فرزند با انگیزه های منفی باروری ارتباط معناداری وجود داشت، به طوری که بیش ترین انگیزه منفی در گروهی دیده شد که هر دو جنس فرزند را داشتند. تأمین جنس مورد دلخواه فرزند یکی از فاکتورهایی است که همواره می تواند در فرزندآوری گروه های مختلف جمعیتی تأثیرگذار باشد، که با نتایج چند مطالعه دیگر هم سو می باشد (۲۳، ۲۹، ۳۱).

در این مطالعه بین روش زایمان با آیتم افزایش مدت مرخصی زایمان رابطه معناداری مشاهده شد، بدین نحو که زنان با سابقه زایمان سزارین تاثیر این مشوق را بر فرزندآوری خود بیش تر گزارش کردند. نتیجه مطالعات مختلف بیان گر بالاتر بودن کیفیت زندگی جسمی و روحی در دوره پس از زایمان در زنان با سابقه زایمان مهلبی نسبت به زایمان سزارین می باشد. وجود مشکلات عمومی بیش تر چون درد، مشکلات عضلانی-اسکلتی، مشکلات گوارشی، خستگی، نیاز به درمان و مراقبت های پزشکی، اختلال خواب هم چنین وجود مشکلات روحی بیش تر هم چون اضطراب و افسردگی در زنان با زایمان سزارین، می تواند نیاز آن ها را به دوره استراحت طولانی تر بیش تر

Kurdish women living in rural areas of Ravansar and Gilangharb cities. KUMS.

- 2013; 17(5): 316-324 (Persian).
2. Erfani A. Fertility in Tehran City and Iran: Rates, Trends and Differentials. *Population Study* 2013; 1(1): 87-153 (Persian).
 3. Ghamami MM, Azizi H. Requirements of crowd legislative policy in the Islamic Republic of Iran. *JWSS* 2014; 17(66): 118-156 (Persian).
 4. Mobasheri M, Alidousti M, Heidari Soureshjani S, Khosravi F, Khalafeyan P, Jalilian M. Determination of the Most Important Factors Influencing the Fertility Patterns of Single Child and Without Child Families in Shahr-e-kord City in 2013. *SJIMU* 2013; 21(6): 63-70 (Persian).
 5. Hosseini H, Begi B. Determinant of economic, social, cultural and demographic trends Childbearing Women referred to health centers in Hamedan. *Scientific. KUMS* 2014; 18(1): 35-43 (Persian).
 6. Khesavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hossein pour K. Factors affecting differences in fertility behavior of Resident and migrating tribes of Samirom. *Health Sys Res* 2012; 8(3): 456-465 (Persian).
 7. Rijkkin AJ, Liefbroer AC. The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. *Europ Demogr Inf Bull* 2009; 25(1): 27-44.
 8. Miller WB, Millstein SG, Pasta DJ. The measurement of childbearing motivation in couples considering the use of assisted reproductive technology. *Biodemography Soc Biol* 2008; 54(1): 8-32.
 9. Pezeshki M, Zeighami B, Miller B. measuring the childbearing motivation of couples referred to the shiraz health center to premarital examination. *J Biosoc Sci* 2004; 37(2005): 53-37.
 10. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. *IJOGI* 2014; 17(114): 8-18 (Persian).
 11. Hosseini H, Torkashvand M. Age Structure in IRAN. 6th Congress of Iranian demography. Tehran: November 7-8, 2012. Available from: URL: www.paiassoc.ir/Book. Accessed May 2, 2015.
 12. Examine the demographic policies of the government and the Supreme Council of the Cultural Revolution; 2012. Available from: URL: <http://mehrkhane.com/fa/news/5693/>. Accessed May 2, 2012.
 13. Ghasemi Ardehali, Rad F, Savabi H. Survey of women's fertility changes in terms of socio-economic status of couples. *JWSS*. 2014; 16(63): 126-162 (Persian).
 14. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude toward Governmental Incentives on Childbearing and its Relationship with Fertility Preferences in Couples Attending Premarital Counseling Clinic in Health Centers in Mashhad. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 24(120): 1-13 (Persian).
 15. Andersson G. A study on policies and practices in selected countries that encourage childbirth: the case of Sweden. Germany: Max Planck Institute for Demographic Research; 2005. Available from: URL: <http://www.demogr.mpg.de>.
 16. Popova LA. The Results of the Modern Demographic Policy in Russia. *IJR* 2014; 1(1): 26-38.
 17. Eslamlou F, Vahabzadeh Z, Moeini SR, Moghadam Tabrizi F. Pre- Marriage Couples Fertility Attitude Following Recent Childbearing Persuasive Policies In Iran. *UNMF. J Urmia Nurs Midwifery* 2014; 11(10): 836-846 (Persian).
 18. Razavizadeh N, Ghafarian E, Akhlaghi A. Fields of low childbearing and delay in childbearing. *Culture Strategy* 2015; 31: 74-98 (Persian).

19. Jang I, Jun M, Lee JE. Economic actions or cultural and social decisions? The role of cultural and social values in shaping fertility intenti. *Int Rev Pub Admin Istrat* 2017; 22(3): 210-231.
20. Hosseini H, Abbasi Shavazi MJ. Change of thinking and its impact on behavior and ideals Kurdish and Turkish women's fertility. *J WOMENS Res* 2009; 7(2): 55-84 (Persian).
21. Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zekowitz P. Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery* 2015; 31(7): 728-734.
22. Ngai FW, Ngu SF. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res* 2015; 78(2): 156-161.
23. Motlagh ME, Taheri M, Eslami M, Nasrollapour Shirvani SD. Factors affecting the fertility preference in iranain ethnic groups. *J Urmia Nurs Midwifery* 2016; 14(6): 485-495 (Persian).
24. Arjmand Siahposh E, Boromand N. A survey of social and cultural factors influencing childbearing in Andimeshk with emphasis on lifestyle (Case study of married women less than 53 years old). *J Youth SOCIOLOG Studies* 2016; 6(21): 9-24 (Persian).
25. Abbasi Shovazi MJ, Khaje Salehi Z. Assessing the impact of independence, social participation, and education of women on the tendency to childbearing (Case Study of Sirjan City). *Woman in Development and Politics (Women's Research) JWDP* 2013; 11(1): 45-64 (Persian).
26. Shiri T, Bidarian S. Demographic -Economic Factors affecting the reproductive population of women 49 -15 years working in education District 22 of Tehran. *J SOC Sci* 2009; 3(3): 94-107 (Persian).
27. Hosseini H, Begi B. Culture and child-rearing: A survey of Kurdish women's fertility inclination in Mahabad. *Woman S Strategic Studies* 2012; 15(58): 122-161 (Persian).
28. Azmoude E, Behnam H, Barati-Far S, Kabirian M. The Relationship of Socio-Demographic Factors, Fertility Behavior and Child's Perceived Value with Fertility Intention of Women in a Region in the East of Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017; 5(2): 123-133.
29. Zhang CH, Li T. Culture, fertility and the socioeconomic status of women. *China Econ Rev* 2017; 45: 279-288.
30. Ababulgu FA, Bekuma TT. Delivery Site Preferences and Associated Factors among Married Women of Child Bearing Age in Bench Maji Zone, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* 2016; 26(1): 45-54.
31. Mansourain Mk, Khoshnevis A. Sex preference and tendency of married women of reproductive behavior. *J Soc Sci Human* 2006; 24(2): 130-146 (Persian).
32. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of Relationship between Delivery Mode and Postpartum Quality of Life. *IJOGI* 2010; 13(3): 47-53 (Persian).
33. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 138-148.
34. Karami K, Bakhtiar K, Hasanvand B, Safary S, Hasanvand S. A comparison of life quality and public health after natural and cesarean delivery in women referred to Khorramabad health centers. *Yafteh* 2012; 14(4): 59-69.