ORIGINAL ARTICLE

Religious Beliefs and Fertility Behavior among Women of Reproductive Age in Mashhad, Iran 2016

Talat Khadivzadeh[1],
Morvarid Irani[2]

[1] Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] PhD Student in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received August 29, 2017 ; Accepted May 29, 2018)

Abstract

Background and purpose: There is paucity of information on the role of religion on fertility behavior. This study aimed at evaluating the relationship between religious beliefs and fertility behavior among women of reproductive age in Mashhad, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in 844 women of reproductive age (15-49 years of age) who were selected via multi-stage and convenience sampling in Mashhad, 2016. The participants completed a demographic questionnaire, the Attitudes toward Fertility and Childbearing Scale, and Khodayari Religious Attitudes questionnaire. Data were analyzed in SPSS V16 using Kolmogorov-Smirnov tests, independent t-test, ANOVA, and multivariate regression analysis.

Results: Multivariate regression analysis showed that higher scores in religious beliefs were significantly associated with childbearing desires at the time of marriage, at present, and in ideal conditions in all age groups (P= 0.001). Higher scores in religious beliefs were associated with older ages of mothers at the first childbirth, increased actual interval between marriage and first childbirth, and desired number of children and actual child (P= 0.05). The average number of actual children in women with highest scores in religious beliefs was just 0.1 higher than that of women with lowest scores.

Conclusion: Higher levels of religious beliefs were associated with greater tendency towards fertility and high fertility. But, the number of children in these women was negligible and they had delayed childbearing. These findings highlight the need to identify and resolve the barriers for fertility in woman with higher levels of religious beliefs.

Keywords: religious beliefs, fertility, childbearing, delayed childbearing

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (167): 133-144 (Persian).

* **Corresponding Author: Morvarid Irani -** School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (E-mail: iranim931@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۷ آذر سال ۱۳۹۷ (۱۴۴-۱۳۳)

ارتباط بین باورهای دینی و رفتارهای باروری در زنان سنین باروری شهر مشهد در سال ۱۳۹۸

طلعت خدیو زاده[۱]

مروارید ایرانی[۲]

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به کاهش اخیر باروری و مطالعات اندک انجام شده بر روی نقش عوامل مذهبی بر رفتار باروری در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین باورهای دینی و فرزندآوری در زنان سنین باروری شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۵، ۸۴۴ خانم ۴۹-۱۵ ساله متاهل دارای قابلیت باروری، به روش نمونه گیری چند مرحله‌ای طبقه‌ای، خوشه‌ای و در دسترس از مراکز بهداشت در شهر مشهد انتخاب و پرسشنامه‌های عوامل دموگرافیک، رفتارهای باروری و باورهای دینی را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری (SPSS نسخه ۱۶) و آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنوف، تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون چند متغیره انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل‌های چندگانه نشان داد که نمره بالاتر باور دینی با افزایش معنی‌داری در تعداد مطلوب فرزندان در هنگام ازدواج، در حال حاضر و در شرایط ایده‌آل همراه است(همه موارد p=۰/۰۰۱) و نمره بالاتر باور دینی بطور معنی‌داری با سن بالاتر مادر هنگام تولد نخستین فرزند، افزایش فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد اولین فرزند و نهایتا فاصله بیشتر بین تعداد فرزندان واقعی و ایده‌آل همراه است. (همه موارد p<۰/۰۵). میانگین تعداد فرزندان واقعی در زنان دارای بالاترین نمرات باورهای دینی فقط ۰/۱ بیش‌تر از زنانی بود که پایین‌ترین نمرات را داشتند.

استنتاج: باورهای دینی بالاتر با تمایل بیش‌تر به شروع زودهنگام باروری و باروری بالا همراه بود، در حالی که تعداد فرزندان در افرادی که نمره باور دینی بالاتری داشتند، افزایش ناچیزی داشت و شروع باروری در آنان با تاخیر بیش‌تری همراه بود. این یافته‌ها ضرورت شناسایی و رفع موانع باروری در افراد دارای باورهای دینی بالا را نشان می‌دهد.

واژه های کلیدی: باورهای دینی، باروری، فرزندآوری، تاخیر در شروع باروری

مقدمه

رفتارهای باروری و فرزندآوری موضوعاتی پیچیده و دارای ریشه‌های فرهنگی، رفتاری وعقیدتی است که در بستر انتقال جمعیتی و توسعه اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌یابند(۱). امروزه باروری و فرزند وری در ایران به زیر سطح جایگزینی رسیده است و تمایل به داشتن فرزندان بیش‌تر در نزد خانواده‌ها کم رنگ‌تر شده است، به‌طوری که میزان باروری کلی (Total fertility rate) (TFR) در ۲۴ استان از ۳۰ استان کشور به باروری پایین‌تر از حد

مولف مسئول: مروارید ایرانی- مشهد: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد E-mail:iranim931@yahoo.com

۱. استادیار، گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۶/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۷/۱۰ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۳/۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

جانشینی یعنی کم تر از ۲/۱ رسیده است(۲). در دهه‌های اخیر، روند کلی تغییرات خانواده به سوی تشکیل خانواده‌های هسته‌ای، آسیب‌پذیری بیش‌تر ازدواج‌ها، افزایش سن ازدواج و کاهش سطح فرزندآوری پیش رفته است(۳). در حال حاضر، ایران کم‌ترین نرخ باروری را در خاورمیانه شرقی دارد(۴). متوسط نرخ باروری کشور براساس آخرین سرشماری (۱۳۹۵)، ۱/۸ گزارش شده است که استان خراسان رضوی کم‌تر از میانگین کلی نرخ باروری کشور و ۱/۷ می‌باشد(۵). اهش مستمر زاد و ولد و انتقال باروری از باروری طبیعی به باروری کنترل شده به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج به طرف سالخوردگی سوق می‌دهد(۶). از عوامل موثر بر تغییرات باروری در سال‌های اخیر در کشور می‌توان به نقش عواملی نظیر افزایش سن ازدواج(۷)، نوع روابط و تعاملات بین همسران(۸)، توانمندسازی زنان(۹)، رسانه‌ها(۱۰)، افزایش سن مادر در اولین بارداری، افزایش پوشش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، برابری جنسیتی، سیاست‌های آموزشی و بهداشتی دولت، کاهش مرگ و میر نوزادان، حمایت مقامات مذهبی، عوامل اقتصادی و اجتماعی مانند مشارکت زنان به صورت نیروی کار(۱۳-۱۱)، سطح تحصیلات زن،گرایش‌های مذهبی و میزان اعتقادات مذهبی، میزان درآمد خانواده و عوامل فردی، هنجارهای اجتماعی و نیز نگرش‌های مربوط به فرزندآوری و نقش تعاملات اجتماعی اشاره نمود(۱۹- ۱۴). تاکنون مطالعات معدودی به بررسی باورهای دینی به عنوان یک عامل موثر در تغییرات باروری، پرداخته‌اند. دین، نظام سازمان یافته‌ای از عقاید و شیوه‌های طراحی شده برای تسهیل نزدیکی به مقدسات و حالات متعالی است(۲۰) که به عنوان عاملی فرهنگی از طریق هنجارهای مرتبط با اندازه خانواده، تعداد فرزندان و سن ازدواج و هنجارهای مرتبط با متغیرهای بینابینی بر باروری تاثیر می‌گذارد(۲۱). در شریعت اسلام، آیات قرآنی و روایات متعددی وجود دارد که از آن‌ها ارزشمند بودن فرزندآوری برداشت می‌شود(۲۲). تشویق به باروری در تمام ادیان وجود دارد و رعایت دستورات معنوی اسلام(۲۳) جهت حفظ حریم خانواده می‌تواند به ازدواج زودهنگام و در نتیجه به باروری بیش‌تر منجر گردد(۲۱). نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که علی‌رغم تاثیر عوامل متعدد بر باروری در افراد جامعه، در افراد مذهبی تمایل به فرزندآوری بالاست و کم‌تر تحت تاثیر عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گری نظیر تحصیلات، اشتغال و گفتمان باروری در جامعه قرار می‌گیرد(۲۴،۱۲). با وجود این از دیدگاه بسیاری از کارشناسان، تزلزل خانواده‌ها، طلاق و آسیب‌های جامعه در سالیان اخیر نشان از کم‌رنگ شدن مذهب و اعتقادات معنوی و دینی در جامعه دارد(۲۵). آمارهای ارائه شده در سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد از هر چهار ازدواج یکی منجر به طلاق می‌شود(۲۶). این تغییرات اثرات مستقیمی بر باروری در خانواده‌ها دارد. با توجه به اهمیت موضوع باروری در جامعه، بدون شناخت عمیق و دقیق عوامل موثر بر باروری در شرایط موجود جامعه، نمی‌توان خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده و مشاوره مفید و موثری را در این زمینه به زوجین ارائه داد. مطالعات در ساحل آفریقا(۲۸) و در کشور غنا(۲۹) نیز بیانگر تأثیر مذاهب سنتی آنان بر افزایش باروری است. براساس آموزه‌های مذهب کاتولیک، هدف اصلی آمیزش جنسی باروری در قالب ازدواج و تشکیل خانواده است. در این مذهب روش‌های جراحی و طبی پیشگیری از بارداری منع شده و تنها روش‌های طبیعی پیشگیری از بارداری مجاز شمرده شده‌اند. مکتب ارتدوکس غربی با اعتقاد مشابه در خصوص روابط جنسی، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را مجاز شمرده است(۳۰).

مطالعه دیگری نشان داد که عوامل فرهنگی و مذهب، به صورت بالقوه، بر پذیرش و استفاده از روش‌های کنترل باروری توسط زوجین در ادیان مختلف نقش دارند. مطالعه انجام شده در کشور اردن نیز نشان داد که درجوامع اسلامی، فشارهای سنتی، فشارهای خانوادگی و فشارهای مذهبی بر تصمیمات باروری موثر بوده‌اند(۳۱). در ایران در چهار استان کشور، بررسی تحولات باروری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

نشان داد که مذهب یکی از فاکتورهای موثر بر باروری در هر منطقه است و میزان باروری در زنان سنی بیش‌تر از زنان شیعه بود(۳۲). در استان خراسان نیز زنان اهل سنت، باروری بالاتری نسبت به زنان شیعه داشتند(۳۳). در حالی که مطالعه انجام شده بر روی زنان افغانی مهاجر ساکن شهر مشهد نشان داد که باروری زنان سنی و زنان شیعه تفاوت آماری معنی‌داری ندارد(۳۴). مطالعات انجام شده در خارج از کشور عمدتاً به بررسی تمایلات باروری و تعداد فرزندان در پیروان ادیان مختلف و مطالعات داخل کشور به نقش باروری در بین اهل سنت و شیعه پرداخته‌اند. در جستجوی انجام شده، مطالعه‌ای که ارتباط سطوح مختلف باورهای دینی با رفتارهای باروری در زنان سنین باروری را نشان دهد، وجود نداشت. لذا با توجه به اهمیت فراوان الگوی باروری در شرایط کنونی جامعه ایران، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط باورهای دینی با رفتارهای باروری در زنان سنین باروری شهر مشهد انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۸۴۴ زن سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل متاهل بودن، سکونت در شهر مشهد، سن ۱۵- ۴۹ سال، دارای قابلیت باروری و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طورکامل و یا نصراف از ادامه همکاری در مطالعه بود.

نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای، خوشه‌ای و در دسترس انجام شد. چارچوب نمونه‌گیری پژوهش، مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بود. در مرحله اول، مراکز سه گانه بهداشت شهرستان مشهد (مراکز بهداشت ۱، ۲ و ۳) هرکدام به عنوان یک طبقه و سپس مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش آن‌ها لیست شدند. سپس متناسب با تعداد مراکز در هر ناحیه و نسبت جمعیت تحت پوشش هر مرکز، در مجموع ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری به صورت قرعه‌کشی انتخاب و به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. به این ترتیب که یک خوشه از مرکز بهداشت شماره ۱، ۲ خوشه از مرکز بهداشت شماره ۲ و ۲ خوشه از مرکز بهداشت شماره ۳ انتخاب شد. با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد و $r= ۰/ ۱۴$، حجم نمونه برآورد شد(۳۵) که در این مطالعه حجم نمونه برای دستیابی به هدف مطالعه تعیین و بالاترین حجم نمونه یعنی ۸۴۴ نفر در نظر گرفته شد. ابزار گرداوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل سن زن، تحصیلات زن، تحصیلات پدر و مادر فرد مورد پژوهش)، پرسشنامه رفتارهای باروری (شامل سن اولین ازدواج، تعداد مطلوب فرزندان در هنگام ازدواج، در حال حاضر و در شرایط ایده‌آل، تعداد واقعی فرزندان، سن مادر هنگام تولد نخستین فرزند، فاصله دلخواه بین ازدواج تا تولد فرزند اول، فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول که با پرسشنامه سنجیده می‌شود) و پرسشنامه باور مذهبی خدایاری بود که میزان مذهبی بودن افراد با استفاده از مقیاس نگرش سنج مذهبی سنجیده می‌شود. این پرسشنامه ۲۳ آیتم دارد و حداکثر نمره آن ۹۲ است. جهت پاسخگویی به مقیاس مذهبی بودن زنان با علامت‌گذاری بر روی مقیاس درجه‌بندی شده میزان اعتقادات مذهبی خود را علامتگذاری می‌کردند. در این مقیاس، عدد ۱ کم‌ترین ارزش را دارد و اعداد بالاتر بر افزایش مذهبی بودن فرد دلالت دارد. به طور مثال مشارکت‌کنندگان میزان موافقت خود را با یک گویه با این مضمون که "اسلام بیان‌کننده احکام اساسی و لازم برای سعادت بشر است." به صورت "کاملاً موافقم، موافقم، کاملاً مخالفم و مخالفم" علامتگذاری می‌کردند که به آن به ترتیب نمره (چهار، سه، دو و یک) تعلق می‌گرفت. تعداد مشارکت‌کنندگان در گروه‌های مختلف دینی بر اساس نمرات به دست آمده از پرسشنامه باورهای دینی خدایاری، به چهار گروه باورهای دینی تقسیم شدند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

بدین‌ترتیب زنانی که در چارک اول قرارگرفته‌اند، افراد با باورهای دینی ضعیف و زنانی که در چارک چهارم واقع شده‌اند، افراد با باورهای دینی خیلی قوی هستند. جهت تایید روایی ابزارهای مطالعه از روش روایی محتوی و صوری استفاده شد. بدین‌ترتیب که پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی و اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفته و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. جهت تایید پایایی پرسشنامه رفتارهای باروری و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، از روش آزمون- آزمون مجدد استفاده شد. بدین‌ترتیب که ابتدا پرسشنامه ترجیحات و رفتار باروری توسط ۱۰ نفر تکمیل گردید و پس از دو هفته همان پرسشنامه مجدداً به همان افراد داده شد تا آن را تکمیل نمایند. همبستگی بین داده‌ها در دو مرحله آزمون در دو ابزار مذکور بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد و بدین وسیله ثبات آن‌ها تایید شد. پایایی پرسشنامه باورهای دینی خدایاری با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۹۱ تعیین شد.

در این مطالعه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی (کد اخلاق IR.MUMS.REC.911243) و مراکز بهداشت شهرستان مشهد و توجیه مادران مورد مطالعه و کسب نظر موافق آن‌ها، اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح برای واحدها بازگو شد و رضایت‌نامه کتبی از آنان گرفته شد و به واحدها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

جهت بررسی داده‌های کمی از نظر برخورداری از توزیع طبیعی، از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و جهت توصیف اطلاعات فردی و مشخصات فردی از میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی و فراوانی نسبی استفاده شد. در صورت برخورداری از توزیع نرمال از روش‌های آماری پارامتریک و درصورت عدم برخورداری از توزیع نرمال از روش‌های ناپارامتریک استفاده شد. از آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل و از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، به منظور مقایسه بین گروه‌ها و در صورت وجود اختلاف از آزمون تعقیبی توکی و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. میزان p کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۸۴۴ زن سنین باروری شهر مشهد شرکت کردند. میانگین سن زنان ۷/۵±۳۱/۵ سال و میانگین سن ازدواج آن‌ها ۴/۲±۲۰/۱ سال بود. ۶۰/۶ درصد شرکت‌کنندگان خانه دار بودند. جدول شماره ۱، تعداد مشارکت‌کنندگان را برحسب برخی ویژگی‌های فردی نشان می‌دهد. تعداد مشارکت کنندگان در گروه‌های مختلف دینی براساس نمرات به دست آمده از پرسشنامه باورهای دینی خدایاری، به چهار گروه ضعیف (نمره کم‌تر از ۷۱)، متوسط (۷۱-۷۸)، قوی (۷۸/۱-۸۵) و خیلی قوی (نمره بالاتر از ۸۵/۱) تقسیم شدند. بدین ترتیب، زنانی که در چارک اول قرارگرفته‌اند، افراد با باورهای دینی ضعیف و زنانی که در چارک چهارم واقع شده‌اند، افراد با باورهای دینی خیلی قوی هستند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان سنین باروری شهر مشهد در سال ۱۳۹۵

متغیر		تعداد نمونه ها	درصد
گروه های سنی	۲۵ سال و کم تر	۱۹۳	۲۲/۹
	بین ۲۵ تا ۳۵ سال (دهه شصتی ها)	۴۱۸	۴۹/۵
	بالای ۳۵ سال	۲۲۷	۲۶/۹
	تعداد کل	۸۳۸	۹۹/۳
وضعیت اشتغال	خانه دار	۵۰۰	۶۰/۶
	شاغل	۳۳۱	۳۹/۲
	تعداد کل	۸۳۱	۹۹/۸
سن ازدواج	زیر ۱۸ سال	۱۳۸	۱۶/۳۵
	۱۸ تا ۲۵ سال	۵۹۸	۷۰/۴
	بالای ۲۵ سال	۷۵	۸
	تعداد کل	۸۱۱	۹۴/۳۵
تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۱۳۲	۱۵/۶۰
	راهنمایی و دبیرستان	۳۵۰	۴۱/۴۸
	دیپلم	۲۳۵	۲۷/۸۴
	بالاتر از دیپلم	۱۲۵	۱۴/۸۱
	تعداد کل	۸۴۲	۹۹/۷۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول شماره ۲، رفتارهای باروری زنان را در سطوح مختلف باورهای دینی نشان می‌دهد. نتایج آزمون ANOVA نشان می‌دهد که رفتارهای باروری زنان در سطوح مختلف باورهای دینی معنی‌دار است. براساس جدول شماره ۲، نمره بالاتر باور دینی با افزایش معنی‌داری در تعداد مطلوب فرزندان در هنگام ازدواج (p=۰/۰۰۱)، تعداد مطلوب فرزندان در حال حاضر (p=۰/۰۰۱) و تعداد مطلوب فرزندان در شرایط ایده آل (p=۰/۰۰۱) همراه است. همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، نمره بالاتر باور دینی با افزایش معنی‌داری در سن مادر هنگام تولد نخستین فرزند، کاهش فاصله دلخواه بین ازدواج تا تولد فرزند اول، کاهش فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول و افزایش فاصله بین تعداد مطلوب و موجود فرزند، همراه است (همه موارد p<۰/۰۵) و تفاوت بین تعداد فرزند واقعی و فرزند ایده‌آل بیانگر عدم دستیابی به هدف باروری در زمان مطالعه می‌باشد. به طوری که نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که تفاوت فرزند واقعی و فرزند ایده آل در زنان با باورهای دینی ضعیف با گروه متوسط (p=۰/۰۰۱)، زیاد (p=۰/۰۰۱) و خیلی قوی (p=۰/۰۰۱) تفاوت آماری معنی‌دار دارد و بیش‌ترین تفاوت بین فرزند واقعی و فرزند ایده‌آل در زنان با باورهای دینی خیلی قوی دیده می‌شود. هم‌چنین نتایج تست تعقیبی توکی نشان می‌دهد که تعداد واقعی فرزندان در گروه دارای باورهای دینی خیلی قوی با گروه متوسط (p=۰/۰۲۰) متفاوت و افراد خیلی زیاد مذهبی تنها ۰/۳ تعداد فرزندان بیش‌تری نسبت افراد با باورهای متوسط دینی دارند (جدول شماره ۲).

در این بخش از یافته های پژوهش، عوامل موثر در تبیین و پیش‌بینی رفتارهای مرتبط با باروری در زنان بررسی می‌شود که با استفاده از رگرسیون چند متغیره، به تبیین واریانس متغیر وابسته از طریق برآورد سهم هر متغیر مستقل پرداخته شد. در این بخش با استفاده از رگرسیون چند متغیری به پیش‌بینی و تبیین هر یک از متغیرهای وابسته (سن ازدواج، سن هنگام تولد اولین فرزند، تعداد واقعی فرزندان، فاصله مطلوب بین ازدواج تا تولد فرزند اول، فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول) بر اساس متغیرهای مستقل با روش همزمان (Enter) پرداخته شد. در این تحلیل تمام متغیرهایی که با متغیر وابسته مورد بررسی همبستگی معنی‌داری داشتند، وارد رگرسیون شده و در نهایت متغیرهایی که به‌طور خالص نقش معنی‌داری در متغیر وابسته دارند، مشخص شدند، به طوری که باورهای دینی از عوامل موثر بر سن هنگام تولد نخستین فرزند، فاصله مطلوب بین ازدواج تا تولد فرزند اول و فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول است. همان‌طور که ضرایب رگرسیون نشان می دهد، با افزایش باورهای دینی، سن هنگام تولد اولین فرزند زنان افزایش می‌یابد. با افزایش باورهای دینی، فاصله مطلوب بین ازدواج تا تولد فرزند اول کاهش می‌یابد. با افزایش باورهای دینی، فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول افزایش می‌یابد. به عبارتی دیگر افراد با باورهای دینی بالاتر با تمایل بیش‌تر به شروع زودهنگام باروری همراه بود، در حالی که سن هنگام تولد اولین فرزند و فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول بالاتری داشتند و شروع باروری در آنان با تاخیر بیش‌تری همراه بود. در گرسیون انجام شده

جدول شماره ۲: رفتارهای باروری زنان سنین باروری در سطوح مختلف باورهای دینی

رفتارهای باروری	باور دینی				نتایج آزمون ANOVA P-value
	ضعیف	متوسط	قوی	خیلی قوی	
	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	
تعداد مطلوب فرزندان در هنگام ازدواج	۲/۳ ±۱/۰	۲/۱ ± ۰/۸	۲/۵ ± ۱/۲	۲/۷ ± ۱/۳	۰/۰۰۱
تعداد مطلوب فرزندان در حال حاضر	۲/۰ ± ۰/۹	۲/۴ ± ۰/۸	۲/۴ ± ۱/۱	۲/۸ ± ۱/۳	۰/۰۰۱
تعداد مطلوب فرزندان در شرایط ایده آل	۲/۶ ± ۱/۱	۲/۷ ± ۰/۹	۳/۰ ± ۱/۳	۳/۲ ± ۱/۳	۰/۰۰۱
تعداد واقعی فرزندان	۱/۵ ± ۱/۰	۱/۳ ± ۰/۸	۱/۵ ± ۱/۱	۱/۶ ± ۱/۱	۰/۰۱۷
سن مادر هنگام تولد نخستین فرزند (سال)	۲۲/۱ ± ۳/۷	۲۲/۰ ±۳/۹	۲۲/۲ ± ۴/۱	۲۲/۵ ± ۴/۲	۰/۰۲۴
فاصله دلخواه بین ازدواج تا تولد فرزند اول (سال)	۲/۳ ± ۱/۵	۱/۹ ± ۱/۴	۱/۷ ± ۱/۳	۱/۷ ± ۱/۴	۰/۰۰۱
فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول (سال)	۲/۱ ± ۱/۴	۲/۷ ± ۱/۹	۲/۷ ±۲/۱	۲/۹ ± ۱/۸	۰/۰۰۱
تفاوت بین فرزند واقعی و فرزند مطلوب	۰/۵ ±۱/۰	۱/۰ ± ۱/۰	۰/۹ ± ۱/۲	۱/۱ ± ۱/۲	۰/۰۰۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

باورهای دینی با تعداد واقعی فرزندان و سن ازدواج ارتباطی نداشت. سایر موارد به تفکیک متغیر وابسته در جدول شماره ۳ آمده‌اند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارتباط بین باورهای دینی و فرزندآوری در زنان سنین باروری شهر مشهد انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که باورهای دینی بالاتر با تمایل بیش‌تر به شروع زودهنگام باروری و باروری بالا همراه بود در حالی که تعداد فرزندان در افرادی که نمره باور دینی بالاتری داشتند، افزایش ناچیزی داشت و شروع باروری در آنان با تاخیر بیش‌تری همراه بود که این یافته‌ها با نتایج تحقیق کیفی (۲۰۱۳) و کمی (۲۰۱۴) خدیوزاده همخوانی دارد(۲۴،۱۴). نتایج مطالعه خدیوزاده نشان داد میزان مذهبی بودن افراد، با میل به فرزندآوری و تعداد دلخواه فرزند همبستگی مثبت و معنادار و با زمان دلخواه فرزندآوری همبستگی معکوس و معنی‌دار داشت، لذا محقیین در این مطالعه معتقدند علی‌رغم نقش پررنگ مذهب در تصمیم‌گیری زوجین در خصوص باروری، ترجیحات باروری حتی در جوانان در آستانه ازدواجی که از باورهای مذهبی بیش‌تری برخوردارند، در حد مطلوب نمی‌باشد(۲۴،۱۴).

مطالعه Langdridg (۲۰۰۵) در انگلستان با عنوان "بررسی دلایل والد شدن" نشان داد که مذهب و عمل به دستورات آن یکی از دلایل والدین برای فرزندآوری است(۳۹). Frejka (۲۰۰۸) در مطالعه خود مذهب را علت باروری بالاتر در آمریکا نسبت به اروپا معرفی نمود؛ وی معتقد است علت این که افراد مذهبی تعداد بیش‌تری فرزند نسبت به افراد غیرمذهبی دارند، می‌تواند ناشی از این باشد که اعتقادات مذهبی احساس راحتی، قدرت و امید به آینده در افراد ایجاد می‌کند(۴۰). راد و ثوابی (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای تحت عنوان گرایش به باروری و عوامل اجتماعی مرتبط با آن بیان کردند که باورهای مذهبی مهم‌ترین عامل در گرایش به باروری است، به‌طوری که با توجه به یافته‌های حاصل از رگرسیون چند متغیّری، باورهای مذهبی با ۲۱ درصد، بیش‌ترین سهم را در میزان گرایش به باروری دارد(۴۲). بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه سروش و

جدول شماره ۳: تحلیل رگرسیون چند متغیره عوامل موثر بر رفتارهای باروری زنان سنین باروری شهر مشهد سال ۱۳۹۵

رفتارهای باروری	عوامل موثر (متغیر مستقل)	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	مقدار t	Sig
		B	Std.Error	Beta		
سن ازدواج	مقدار ثابت	۹/۷۸۷	۰/۸۰۹		۱۲/۰۹۸	۰/۰۰۰
	سن	۰/۱۴۶	۰/۰۱۸	۰/۲۶۶	۸/۲۱۰	۰/۰۰۰
	تحصیلات خود فرد	۰/۹۰۲	۰/۱۱۶	۰/۲۶۶	۷/۷۹۹	۰/۰۰۰
	تحصیلات مادر فرد مورد مطالعه	۰/۳۷۴	۰/۱۰۴	۰/۱۲۵	۳/۵۹۸	۰/۰۰۰
سن هنگام تولد اولین فرزند	مقدار ثابت	۲/۷۳۹	۰/۶۳۲		۴/۳۳۶	۰/۰۰۰
	تحصیلات مادر فرد مورد مطالعه	۰/۲۴۵	۰/۰۵۲	۰/۰۸۶	۴/۷۰۹	۰/۰۰۰
	باور دینی	۰/۰۲۱	۰/۰۰۶	۰/۰۵۸	۳/۳۴۰	۰/۰۰۱
	سن ازدواج	۰/۰۰۹	۰/۰۱۸	۰/۸۷۲	۴۹/۵۲۰	۰/۰۰۰
تعداد واقعی فرزندان	مقدار ثابت	۱/۹۸۵	۰/۳۳۷		۵/۸۹۲	۰/۰۰۰
	تحصیلات خود فرد	-۰/۱۳۲	۰/۰۳۳	-۰/۱۵۶	-۴/۰۴۱	۰/۰۰۱
	تحصیلات پدر	۰/۰۸۷	۰/۰۲۶	۰/۱۳۴	۳/۳۸۶	۰/۰۰۴
	سن ازدواج	-۰/۰۴۶	۰/۰۰۹	-۰/۱۸۵	-۵/۱۴۰	۰/۰۰۰
فاصله مطلوب بین ازدواج تا تولد فرزند اول	مقدار ثابت	۳/۶۹۳	۰/۴۹۳		۷/۴۸۴	۰/۰۰۰
	تحصیلات خود فرد	۰/۱۱۸	۰/۰۴۸	۰/۰۹۴	۲/۴۵۲	۰/۰۱۴
	تحصیلات مادر فرد مورد مطالعه	۰/۲۰۹	۰/۰۴۱	۰/۱۹۹	۵/۱۱۳	۰/۰۰۰
	باور دینی	-۰/۰۲۷	۰/۰۰۵	-۰/۱۹۳	-۵/۴۷۵	۰/۰۰۰
	سن ازدواج	-۰/۰۴۵	۰/۰۱۳	-۰/۱۲۷	-۳/۳۹۲	۰/۰۰۱
فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول	مقدار ثابت	۲/۷۵۸	۰/۶۳۱		۴/۳۷۴	۰/۰۰۰
	تحصیلات مادر فرد مورد مطالعه	۰/۲۴۷	۰/۰۵۲	۰/۱۸۶	۴/۷۵۵	۰/۰۰۰
	باور دینی	۰/۰۲۱	۰/۰۰۶	۰/۱۳۳	۳/۳۱۷	۰/۰۰۱
	سن ازدواج	-۰/۱۰۰	۰/۰۱۸	-۰/۲۱۰	-۵/۵۴۰	۰/۰۰۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

همکاران نشان می‌دهد که دین‌داری سهم ناچیزی در تعیین تعداد فرزند دارد. در مطالعه وی، دینداری با تعداد ایده‌ال فرزند رابطه همبستگی نداشت. محققین در این مطالعه معتقدندکه زنان تحصیل کرده نوع دینداری متفاوتی دارند و زنان تحصیل کرده و دیندار به دلیل بازاندیشی در دینداری، طبق الگوی سنتی فکر و عمل نمی‌کنند، بلکه برداشت‌های جدیدی را مطرح کرده و در عمل به زنان مدرن شباهت بیش‌تری دارند(۴۳).

در ارتباط با چگونگی تاثیر مذهب بر باروری، نظریه ویژگی‌ها و خصایص و نظریه الهیات ویژه مطرح است. نظریه ویژگی‌ها و خصایص، اختلاف گروه‌های باروری را بر اساس تفاوت‌هایی که در ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی افراد با گرایش‌های مذهبی مختلف وجود دارد تبیین می‌کند.

براساس این نظریه، مذهب بالذات تاثیرگذار نیست، بلکه این ویژگی‌های وخصایص اقتصادی و اجتماعی گروه‌های مذهبی هستند که بر باروری تاثیر می‌گذارند(۴۳). این نظریه تاثیر مذهب را کاذب می‌داند و باروری گروه‌های مذهبی را با لحاظ کردن مشخصه‌های اقتصادی و اجتماعی بیان می‌کند. در نظریه الهیات ویژه، آن دسته از گروه های مذهبی که دارای آموزه‌های دینی در زمینه عدم استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی و ممنوع و حرام بودن سقط جنین هستند و از طرفی داشتن فرزند زیاد را ارزش می‌دانند، باروری بالاتری نسبت به گروه‌هایی که استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری را برای پیروان خود مجاز می‌شمارند، دارند(۴۴)، به طوری که در دین اسلام و قران کریم، آیات متعدد و دستوراتی وجود دارد که از آن‌ها، ارزشمند بودن فرزندآوری برداشت می‌شود(۳۶). مطالعات قبلی نیز نشان می‌دهد که افراد مذهبی بیش‌تر مایل هستند که با افزایش باروری به ازدیاد نسل مسلمانان کمک کنند(۲۴) و از دیدگاه برخی از افراد مذهبی، استفاده از روش‌های تنظیم خانواده مجاز نیست و مخالفت با اراده خداوند است(۳۸،۳۷). نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد سن ازدواج زنان می‌تواند بر سن هنگام تولد اولین فرزند، تعداد واقعی فرزندان و فاصله مطلوب و واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول تأثیرگذار باشد و هرچه افراد سنشان در هنگام ازدواج بالاتر باشد، این فواصل کوتاه تر می‌شود. راسخ و ممتاز (۲۰۰۷) نیز در همین راستا بیان‌کردند سن ازدواج تأثیر مستقیمی بر فاصله مطلوب و واقعی بین ازدواج تا تولد فرزند اول دارد و هرچه سن افراد در هنگام ازدواج کم‌تر باشد، این فواصل بیش‌تر و هرچه سن ازدواج بالاتر باشد، این فواصل کوتاه‌تر می‌شود(۴۵).

خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود بیان کردند که سن ازدواج به عنوان دیگر عامل فردی می‌تواند بر فاصله ازدواج تا فرزندآوری و فاصله بین فرزند اول و دوم تأثیرگذار باشد(۴۶) که دلایل این امر متنوع است و می‌تواند به‌دلیل ترس از خطرات بارداری در سن بالا و ترس از ناتوانی در بارداری در سن بالا باشد. هم‌چنین در سنین بالاتر، افراد تا حدودی به اهداف خود در زندگی دست یافته‌اند و موانعی که برای تأخیر وجود دارد، در سنین بالاتر، کم‌تر می‌شود، از جمله تا حدی رسیدن به اهداف تحصیلی، مالی و شغلی حاصل گردیده و موانع داشتن فرزند رفع گردیده است(۴۸،۴۷). نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که تحصیلات زنان نیز می‌تواند بر سن ازدواج، تعداد واقعی فرزندان و فاصله مطلوب بین ازدواج تا تولد فرزند اول زنان مورد مطالعه تاثیرگذار باشد، به طوری که زنان با تحصیلات بیش‌تر در سنین بالاتری ازدواج می‌کردند و تعداد فرزندان آن‌ها کم‌تر اما تمایل به کاهش فاصله بین ازدواج تا تولد فرزند اول را داشتند. در خصوص تحصیلات، مطالعات انجام شده(۵۰،۴۸) نشان می‌دهد که سطح تحصیلات از مهم‌ترین فاکتورهای موثر بر باروری و اثر کاهشی بر باروری زنان دارد. تحصیلات به فرد، دانش، قدرت تفکر و بازاندیشی در مورد مراحل مختلف زندگی می‌دهد، از این رو انتظار می‌رود با افزایش تحصیلات، تعداد فرزندان زنان کاهش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

بیابد و زنان با تحصیلات ابتدایی و بی‌سواد بیش از سایرین به ارزش اقتصادی فرزندان توجه دارند؛ برعکس زنان تحصیل کرده در ارزیابی هزینه فایده به لحاظ اقتصادی، ابعاد عاطفی روانی و تربیتی فرزندآوری را نیز در نظر می‌گیرند(۴۹).

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر تمایل بیش‌تر به فرزندآوری در افرادی است که از باورهای دینی بالاتری برخوردار هستند. ولی علی‌رغم نقش پر رنگ مذهب در تصمیم‌گیری زنان در خصوص باروری، رفتارهای باروری حتی در زنانی که از باورهای مذهبی بالاتری برخوردارند، در حد مطلوب نمی‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که علی‌رغم تمایل افراد با باورهای دینی بالاتر به فرزندآوری، تفاوت بین تعداد فرزند واقعی و فرزند ایده آل در زنان با باورهای دینی بالاتر، بیش‌تر است و این بیانگر عدم دستیابی به اهداف باروری این گروه می‌باشد. لذا عوامل قوی دیگری نیز وجود دارند که در کنار مذهب، رفتارهای باروری آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهند. نقش تعاملات با اعضای شبکه اجتماعی بر فرزندآوری در مطالعه Rijkin و Liefbroer (۲۰۰۹) مورد بحث قرار گرفته است. به علاوه مطالعه آنان نشان داد که هر چقدر زوجین شناخت بیش تری از هم داشته باشند، فرزندآوری را زودتر شروع می‌نمایند(۴۳). نقش انگیزه‌های فردی(۱۹، ۵۱)، تعاملات با اعضای شبکه اجتماعی(۱۷،۱۸،۲۴)، رسانه‌ها(۱۰) و هم‌چنین تاثیر عوامل اقتصادی(۵۲، ۵۳، ۲۴) و سایر عوامل فرهنگی(۵۲، ۲۴) بر باروری در مطالعات گذشته مورد تاکید قرار گرفته‌اند. از نقاط قوت این مطالعه، حجم نمونه بالا و بررسی رفتار باروری زنان در همه اقشار سنین باروری می باشد. از محدودیت‌های این مطالعه، انجام پژوهش تنها در مورد زنان می‌باشد و با توجه به این‌که تصمیم برای فرزنددار شدن دو طرفه است و تصمیم مردان نیز در این امر مهم نقش دارد، بهتر است تحقیقی جهت سنجش عوامل مذهبی مرتبط با فرزندآوری در زنان و همسرانشان با هم طراحی شود. یافته‌های این مطالعه را می‌توان در تدوین سیاست‌ها و مداخلاتی که با هدف رفتار باروری و بهبود شاخص‌های جمعیت و باروری در کشور طراحی می‌شوند و هم‌چنین در ارائه خدمات و مشاوره بهداشت باروری به زنان به کار گرفت.

پیشنهاد می‌گردد مطالعه رفتارهای باروری در مناطق مختلف ایران و در اقشار مختلف با شرایط فرهنگی، اجتماعی و مذهبی متفاوت و در مردان نیز انجام شود.

باورهای دینی بالاتر با تمایل بیش‌تر به شروع زودهنگام باروری و باروری بالا همراه بود، در حالی که تعداد فرزندان در افرادی که نمره باور دینی بالاتری داشتند، افزایش ناچیزی داشت و شروع باروری در آنان با تاخیر بیش‌تری همراه بود. این یافته‌ها ضرورت شناسایی و رفع موانع باروری در افراد دارای باورهای دینی بالا را نشان می‌دهد.

سپاسگزاری

نویسندگان برخود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که تامین مالی این طرح پژوهشی را با شماره تصویب (911243) بر عهده داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Kheshavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hossein pour K. Factors affecting differences in fertility behavior of Resident and migrating tribes of Samirom. Health System Res 2012; 8(3): 45-65 (Persian).
2. Erfani A, Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S, Duvvury N, et al. The Impact of Family Planning on Women's Educational Advancement in Tehran, Iran. ICRW. Paper Series. 008- 2012- ICRW-FE.2012. P: 1-27.
3. Saraee H. Continuity and change in the demographic transition Iranian family.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

Population Association of Iran 2007; 1(2): 37-62 (Persian).

4. Moeeni M, Pourreza A, Torabi F, Heydari H, Mahmoudi M. Analysis of economic determinants of fertility in Iran: a multilevel approach Int J Health Policy Manag 2014; (3): 135-144.
5. Lutz W, Cuaresma JC, Abbasi- Shavazi MJ. Demography, education, and democracy: Global trends and the case of Iran. Popul Dev Rev 2010; 36(2): 253-281.
6. Hosseini H, Bagi B. Women's Autonomy and Fertility Ideals Among Kurdish Women In the City of Mahabad. Women in Development & Politic 2012; 10(4): 54-78 (Persian).
7. Abbasi Shavazi MJ, Razeghi Nasrabad H. Patterns and Factors affecting between marriage and first birth in Iran. Demography Society 2010; 5(9): 75-105 (Persian).
8. Khadivzadeh T, Latifnejad Roudsari R, Bahrami M, Taghipour A, Abbasi Shavazi MJ. "Caring for my family integrity": Fertile couples' first childbearing experience in the urban society of Mashhad, Iran .Hum Fertil (Camb) 2014; 18(1): 60-69.
9. 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 2014; 24(120): 1-13.
10. Khadivzadeh T, Latifnejad Roudsari R. Bahrami M. The influence of mass media on couples' fertility intentions. Women Health Congress. 17-19 March 2014, Isfahan, Iran. 2014.
11. Rahmati R, Khadivzadeh T, Esmaily H, Bahrami HR. Evaluation of the Performance of the Health Care Workers in Giving Consultation about the Fertility Promotion. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2017; 5(2): 911-918.
12. Khadivzadeh T, Latifnejad Roudsari R, Bahrami M. The Influence of Gender Role and Women's Empowerment on Couples' Fertility Experiences in Urban Society of Mashhad, Iran. J Midwifery Womens Health 2014; 2(3): 170-179.
13. Mahdi Shirzad M. Fertility Behaviour of Iranian Women: A Community-Based, Cross-Sectional Study. Arch Iran Med 2015; 18(1): 2-5.
14. Khadivzadeh T, Arghavani E. Religious Beliefs and Fertility Preferences among Engaged Couples, Referring to Premarital Counseling Centers of Mashhad, Iran. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2014; 2(4): 238-245.
15. Keshavarz H, Haghighatian 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): 111-125 (Persian).
16. Keim S, Klärner A and Bernardi L. Qualifying Social Influence on Fertility Intentions: Composition, Structure and Meaning of Fertility-relevant Social Networks in Western Germany. Current Sociology 2009; 57(6): 888: 907.
17. Behrman J R, Kohler P, Watkins S. Social networks and changes in contraceptive use over timeEvidence from longitudinal study in rural Kenya. Demography 2002; 39(4): 713-737.
18. Khadivzadeh T, LatifnejadR, Bahrami M, Taghipour A, Abbasi Shavazi J. The influence of social network on couples' intention to have the first child. Iran J Report Med 2013;

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

11(3): 209-218 (Persian).

19. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. Iranian Journal of Obstetrics, Gyneocology and Infertikity 2014; 7(114): 8-18 (Persian).
20. Bahrian AM, Saadat R, Shakeri N, Azizi F. Evaluate the impact of patient attitudes toward spirituality in the healing process. Journal of Medical Ethics 1389; 4(14): 148-131.
21. Mahmoudain H, Noubakht R. Religion and Fertility.Social issues in Iran 2010; 1(1): 195-215 (Persian).
22. Serour GI. Islamic perspectives in human reproduction. Reprod Biomed Online 2008; 17: 34-38.
23. McQuillan K. When does religion influence fertility? Popul Dev Rev 2004; 30(1): 25-56.
24. Khadivzadeh T. The process of formation of reproductive behavior in urban society of Mashhad, Iran. [dissertation PHD]. Mashhad University of Medical Sciences; 2014. (Persian).
25. Webb AP, Ellison CG, McFarland MJ, Lee JW, Morton K, Walters J. Divorce, religious coping, and depressive symptoms in a conservative protestant religious group. Fam Relat 2010; 59(5): 544-557.
26. Aghajanian A, Thompson V. Recent divorce trend in Iran. J Divorce Remarriage 2013; 54(2): 112-125.
27. Kashesy JB, Neema S, Ekstrom AM, Kaharuza F, Mirembe F, Kulane A. "Not a boy, not a child": A qualitative study on young people's views on childbearing in Uganda. Afr J Reprod Health 2010; 14(1): 71-81.
28. Doctor HV, Phillips JF, Sakeah E. The influence of changes in women's religious affiliation on contraceptive use and fertility among the Kassena-Nankana of northern Ghana. Stud Fam Plann 2009; 40(2): 113-22.
29. Gyimah SO, Takyi B, Tenkorang EY. Denominational affiliation and fertility behaviour in an African context: An examination of couple data from Ghana. J Biosoc Sci 2008; 40(03): 445-458.
30. Srikanthan A, Reid RL. Religious and cultural influences on contraception. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30(2): 129-137.
31. Kridli S, Libbus K. Contraception in Jordan: a cultural and religious perspective. International Nursing Review 2001; 48(3): 144-151.
32. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini Chavoshi M, MC Donald P, Delavar B. Fertility Transition in Iran. Tehran. Departemant of Demography: University of Tehran; 2005 (Persian).
33. Hosseini H, Askari Nodoushan A, Moradi N. A Comparative Study of Childbearing Desires of Shia and Sunni Kurdish Women in Rural Areas of Kamyaran. Journal of Woman and Family Studies 2016; 4(1): 63-84.
34. Moghaddas A, Vaezzade S. Cultural Determinants of Reproductive Behavior of Afghan Refugees. XXV International Population Conference of the IUSSP; 2005 July 18-23; 2005. Tours, France.
35. Saei Gharenaz M, Ozgoli G, Hajizadeh F, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari Sh. The relationship between religious orientation with intention of desired fertility and actual and desirable number of children in working women of Tehran, Iran. J Res Relig Health 2017; 3(1): 79-90 (Persian).
36. Kiani R.Evaluation of the fertility of the Holy Quran. Journal of Population 2006; (73): 118-126 (Persian).
37. Sikandar R, Khwaja R, ShaiIkh F, Jatoi IN. Fertility preferences among women of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

reproductive age in an under developed country. Medical Channel 2012; 18(1):66-70.

38. Moghaddas A, Vaezzade S (2004). Afghan Migrants in Mashad/Iran Fertility, Family Planning & Social Factors, Poster displayed at the XXVth IUSSP International Population Conference, Tours, France 18-23 July 2005.
39. Langdridg D, Sheeran P, Connolly K. Understanding The reasons for parenthood. J Reprod Infant Psychol 2005; 23(2): 121-133.
40. Frejka T, Westoff CF. Religion, religiousness and fertility in the US and in Europe. Eur J Popul 2008; 24(1): 5-31.
41. Rad F, Savabi H. Investigation on tendency to fertility and its related social factors (a case study of married women aged 15 to 50 in Tabriz). Journal of Woman and Family Studies. 2015; 3(1): 127-55 (Persian).
42. Soroush M, Bohrani SH. A study of relationship between religiosity, sex role attitude, attitude toward children and ideal and actual number of children. Women in Development & Politics 1392; 11(2): 189-208 (Persian).
43. Rijkin AJ, Liefbroer AC. The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. Eur J Population 2009; 25(1): 27-44.
44. Chamie J. Religious differentials in fertility: Lebanon, 1971. Population Studies 1971; 31(2): 365-382.
45. Chamie J. Religion and fertility: Arab christian-muslim differentials. Cambridge, Cambridge University Press; 1981.
46. Khadivzadeh T, Hadizadeh Talasaz Z, Shakeri MT. Predicting factors affecting the delay in first childbearing among young married women using the Bandura's social learning theory. Hayat 2017; 23(3): 226-242 (Persian).
47. Schmidt L. Risk preferences and the timing of marriage and childbearing. Demography. 2008; 45(2): 439-460.
48. Martin SP. Delayed marriage and childbearing: implications and measurement of diverging trends in family timing. Available at: http:// www.russellsage.org/sites/all/files/u4/Martin. pdf. 2002.
49. Soleymani A, Mahmoudi M, Rahimi A. Modeling Fertility In Mazandaran Province: Using The "path Analysis". Payesh 2006; 15(3): 207-212.
50. Bagheri A, Razeghi Nasrabad HB, Saadati M. Identification of Fertility Preference Determinants Using Poisson Regression. IRJE 2017; 13(2): 153-161 (Persian).
51. Khadivzadeh T, Latifnejad Roudsari R. A qualitative approach to understand the motivators of reproduction in couples of reproductive age. The 13th Royan International Congress on Reproductive Biomedicine, 5-7 Sep, Tehran, Iran. 2012. (Persian).
52. Adsera A. An economic analysis of the gap between desired and actual fertility: The case of Spain. Rev Econ Household 2006; 4(1): 75-95.
53. Abbasi Shavazi MJ, Hosseini M. Evolution of Fertility, Family Planning and Population Policies in Iran. Iranian J the Knowledge Islamic University 2011; 15(3): 8-25 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]