

هدف این مطالعه بررسی توزیع مقداری، موضوعی و زمانی مطالعات تنظیم خانواده در ایران است که بازتابی از مسائل و روندهای تنظیم خانواده می‌باشد. مطالعه به‌روش مروری انجام شد. پژوهش‌های انجام‌شده طی سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۷۵ در سه پایگاه داده مقالات علمی پژوهشی فارسی زبان جستجو و بررسی و از میان ۷۶ مقاله، ۲۸ مقاله وارد مطالعه و بررسی شدند. دو پایگاه داده انگلیسی زبان نیز بدون ذکر تاریخ جستجو شد و در نهایت ۸ مقاله از بین ۲۷ مقاله یافت‌شده به زبان انگلیسی وارد این مطالعه شدند. یافته‌های این تحقیق، توزیع نگرش‌ها (آگاهی، احساسات و رفتار) و ترجیحات زنان و مردان در تحقیقات تنظیم خانواده را نشان می‌دهد. در این تحقیقات مهم‌ترین عامل اثرگذار در تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد، آموزش و تحصیلات گزارش شده است. همچنین طبق یافته‌ها مسئله مشارکت زوجین اهمیت ویژه‌ای در تنظیم خانواده دارد. یافته‌های بعضی تحقیقات، همگرایی نسبی در کاهش باروری را در بین مذاهب، قومیت‌ها و منشأهای (شهری/روستایی) نشان می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن است که محققان به نقش مردان در تصمیمات باروری کمتر توجه کرده‌اند. همچنین پژوهش‌های حوزه تنظیم خانواده کمتر بر توضیح و تبیین روابط بین متغیرها متمرکز بوده‌اند و عمدتاً به ارائه آماره‌های توصیفی یا گزارش صرف همبستگی‌ها اکتفا کرده‌اند. در این مقاله پیشنهادهایی هم برای تحقیقات آتی در این زمینه ارائه شده است.

■ واژگان کلیدی:

رفتار باروری، تنظیم خانواده، کنترل جمعیت، جلوگیری از بارداری، مرور نظام‌مند

# مروری بر مطالعات اجتماعی تنظیم خانواده و کاهش باروری در ایران

ندا رضوی‌زاده

هیئت علمی جهاد دانشگاهی خراسان رضوی  
n.razavi@gmail.com

تکتم پیکانی

دانشجوی دکترای سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
paykani@gmail.com

## مقدمه

پیرو تغییرات گسترده‌ای که طی قرن بیستم در ابعاد مختلف از جمله بهداشت و آموزش در جوامع قرن بیستم پدید آمد، جوامع با افزایش امید به زندگی روبرو شدند که خود به افزایش قابل توجه جمعیت انجامید. با این حال منابع طبیعی و منابع دولت‌ها برای تأمین نیازها و سطحی از رفاه جمعیت، دارای محدودیت بود. این امر منجر به جستجوی راه‌حل‌هایی برای کنترل جمعیت رو به‌رشد در بسیاری از کشورها شد. به‌همین دلیل روش‌های گوناگون تنظیم خانواده ابداع و مورد استقبال یا ترویج واقع شد. در ایران نیز پیرو رشد سریع جمعیت در فاصله سال‌های ۱۳۴۵-۱۳۰۰، از سال ۱۳۴۶ برنامه تنظیم خانواده در دستور کار قرار گرفت. با این حال در سال‌های اولیه پس از پیروزی انقلاب اسلامی این برنامه مسکوت ماند و با سیاست‌های غیرمستقیم افزایش موالید تشویق شد. (کاظمی‌پور، ۱۳۸۹) از آنجا که به‌نظر می‌رسید دشواری‌هایی در تأمین نیازهای جمعیت (که به‌نظر می‌رسید نسبت به امکانات موجود به‌طرز نامتعادلی رشد کرده بود)، به‌وجود آمده است، از سال ۱۳۶۸ برنامه‌های تنظیم خانواده مجدداً پیگیری شد.

تنظیم خانواده، براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> شامل اقداماتی است که «به افراد و زوجها اجازه می‌دهد تعداد فرزندانشان دلخواه و فاصله‌گذاری و زمان‌بندی دلخواه تولد آنها را پیش‌بینی کنند و به آن دست یابند. این کار با استفاده از متدهای جلوگیری و برخورد با باروری ناخواسته حاصل می‌شود».

مطالعه روندهای اخیر نرخ رشد جمعیت در سرشماری‌های دو دهه اخیر و به‌ویژه سرشماری ۹۰ نشان می‌دهد که ایران وارد مرحله دوم گذار جمعیتی شده است. انتقال جمعیتی و به‌ویژه کاهش سریع باروری کل در ایران، منجر به تغییرات بنیادی در ساختار سنی جمعیت می‌شود. این امر کشور را با چالش‌هایی چون باروری زیر سطح جانشینی، کاهش جمعیت در سن کار، سالخوردگی و رشد منفی جمعیت روبرو می‌کند. (محمودی و مشفق، ۱۳۸۸)

از سویی، در طی سال‌هایی که سیاست کنترل جمعیت از طریق روش‌های تنظیم خانواده دنبال می‌شد مطالعات متعددی در زمینه عوامل مؤثر بر باروری و تنظیم خانواده انجام شده است که لازم است جمع‌بندی صریح و روشنی از آن به‌عمل آید تا بتوان رویه‌های متناسبی را برای سیاست‌های جدید طراحی و تدوین کرد. این رویه‌های جدید مستلزم

1. WHO

شناخت گروه‌های هدف سیاست‌ها و عوامل و روش‌های مؤثر بر نگرش‌ها، ترجیحات و رفتارهای هر یک از گروه‌ها است. از این‌رو در این مطالعه نخست در پی آن هستیم که بدانیم توزیع مقداری، موضوعی و زمانی مطالعات تنظیم خانواده در ایران که بازتابی از مسائل و روندهای تنظیم خانواده هستند، چگونه بوده است؟ دوم اینکه مطابق تحقیقات مزبور، عوامل مؤثر و غیرمؤثر بر نگرش‌ها، ترجیحات و رفتار باروری چیست؟

### روش بررسی

در این پژوهش سعی شده که تمام مقالات فهرست‌شده سه پایگاه اطلاعات علمی با موضوع تنظیم خانواده از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۹۱ بررسی شوند. با استفاده از کلید واژگان «تنظیم خانواده»، «کنترل جمعیت»، «پیشگیری از بارداری»، «جلوگیری از بارداری»، «پیشگیری از حاملگی»، «جلوگیری از حاملگی»، «فرزندآوری»، «رفتار باروری» و «رفتارهای باروری» جستجو در تمامی کلیدواژه‌ها، عناوین و چکیده‌های مقالات منتشرشده فارسی، در سه پایگاه اطلاعاتی شامل ۱. پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی<sup>۱</sup>؛ ۲. بانک اطلاعات نشریات کشور، مجلات ایرانی<sup>۲</sup> و ۳. پورتال جامع علوم انسانی<sup>۳</sup> انجام شد. برای انتخاب پژوهش‌ها، از بین ۷۶ تحقیق یافت‌شده در فاصله سال‌های ۷۵ تا ۹۱<sup>۴</sup>، پس از بررسی عنوان، چکیده، اهداف و یافته‌ها، تعداد ۲۸ پژوهش که اهداف و یافته‌های آنها به‌طور کامل یا بخشی از آن به موضوع تنظیم خانواده مربوط می‌شد، وارد این مطالعه شدند. بقیه موارد که ارتباطی با موضوع نداشتند، یا عناوین معدودی که متن کامل مقاله در دسترس نبود، به ناگزیر کنار گذاشته شدند. همچنین جستجوها در پایگاه اطلاعاتی PubMed با استراتژی جستجوی `(((fertility [Title]) OR childbearing [Title]) OR childbirth[Title]) AND iran[Title]` بدون درج سال چاپ انجام شد. همچنین جستجوی تکمیلی در Google Scholar انجام شد و در مجموع ۲۷ مقاله یافته گردید. پس از بررسی متن کامل مقالات، موارد نامرتب و موارد معدودی که اصل سند قابل دسترس نبود کنار گذاشته شد. در نهایت هشت مقاله با موضوع و سؤال تحقیق همخوانی داشت که وارد مطالعه شد. سپس این مقالات تک‌تک به‌طور کامل مطالعه و روش تحقیق، جامعه مورد بررسی و یافته‌های آنها فیش‌برداری شد.

1. SID: [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

2. Magiran: [www.magiran.com](http://www.magiran.com)

3. [www.ensani.ir](http://www.ensani.ir)

۴. پیش از سال ۷۶ مقاله‌ای در مورد موضوع در پایگاه‌های داده فارسی مورد بررسی یافت نشد.

### یافته‌ها

برای توصیف توزیع مقداری، موضوعی و زمانی مطالعات، داده‌های موجود در منابع بر مبنای گروه هدف مورد مطالعه در سه محور کلی ۱. مطالعات مربوط به نگرش و رفتار باروری زنان؛ ۲. مطالعات مربوط به نگرش و رفتار باروری مردان و ۳. مطالعات زنان/ مردان، در سه دوره زمانی، تلخیص و طبقه‌بندی شدند. یافته‌های جدول حاکی از این است که فراوانی مطالعات هر چه که پیش‌تر می‌آییم، افزایش می‌یابد. همچنین اگر چه تعداد تحقیقات مربوط به مطالعه نگرش و رفتار زنان و عوامل مؤثر بر آن در بحث تنظیم خانواده بیشتر است اما در سال‌های اخیر، تعداد مطالعاتی که هدف آنان بررسی نگرش و رفتار باروری مردان است، افزایش داشته است.

جدول ۱: دسته‌بندی گروه‌های هدف مورد مطالعه

مجموع	موضوع مطالعه			دوره زمانی انجام تحقیق
	زنان و مردان	مردان	زنان	
۳	۳	۰	۰	پیش از ۱۳۷۶
۱۳	۵	۲	۶	۷۶-۸۰
۵	۰	۰	۵	۸۱-۸۵
۱۵	۳	۳	۹	۸۶-۹۰
۳۶	۱۱	۵	۲۰	مجموع

در مواردی که تاریخ انجام مطالعه ذکر نشده بود، بازه انتشار یا یک سال قبل از آن در نظر گرفته شده است.

جمعیت مورد مطالعه در تحقیقات فوق را در سه سطح عمده شامل «ملی»، «جامعه شهری» و «جامعه شهری کوچک یا روستایی» می‌توان به شرح ذیل دسته‌بندی کرد.

جدول ۲: دسته‌بندی جامعه آماری مطالعات

مجموع	شهری و روستایی	جامعه شهر کوچک یا جامعه روستایی	جامعه شهری بزرگ	سطح ملی	دوره زمانی انجام تحقیق
۳	۱	۲	۰	۰	پیش از ۱۳۷۶
۱۳	۲	۵	۲	۴	۷۶-۸۰
۵	۰	۳	۱	۱	۸۱-۸۵
۱۵	۲	۷	۴	۲	۸۶-۹۰
۳۶	۵	۱۷	۷	۷	مجموع

همان‌طور که مشاهده شد، تحقیقات انجام‌شده در چهار دوره زمانی، پیش از سال ۱۳۷۶، سال‌های ۸۰-۷۶، ۸۵-۸۱، ۹۰-۸۶ دسته‌بندی شدند که با گذشت زمان تعداد پژوهش‌ها در این زمینه افزایش یافته است. بیشتر این تحقیقات در جوامع شهری کوچک یا روستاها انجام شده است که نشان از اهمیت رفتار باروری در این جوامع از دید محققان دارد. نتایج مطالعات در خصوص نگرش‌ها نسبت به تنظیم خانواده و رفتار باروری، به شرح جدول ۳ خلاصه شده است. همان‌گونه که از داده‌های این جدول مشخص است، بیشتر تحقیقات یعنی ۲۲ مورد به‌روش پیمایش انجام گرفته است. شش پژوهش به‌روش آزمایش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و چهار پژوهش به‌شیوه مطالعات کیفی انجام شده‌اند. جای تعجب نیست که در حالی که تحقیقات در حوزه علوم اجتماعی و رفتاری به‌طور کلی در چارچوب پارادایم پوزیتیویستی و عموماً به روش پیمایش انجام می‌شود، اکثر تحقیقات در حوزه رفتار باروری نیز با همین روش انجام شده است.

تحلیل نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نیمی از این تحقیقات به‌بررسی اثر متغیرهای جمعیتی (جنسیت و سن پاسخگو، جنسیت و سن فرزندان، سن ازدواج و تحصیلات) بر آگاهی یا رفتار باروری پرداخته‌اند. یافته‌های این تحقیقات عموماً مؤید یکدیگر است. بقیه تحقیقات این حوزه، صبغه جامعه‌شناختی تری دارند و به نقشی که باورها، خواسته‌ها، ارزش‌ها و هنجارها، دارند توجه کرده‌اند. تحقیقات دسته اول را تحقیقات جمعیتی و تحقیقات دسته دوم را جامعه‌شناختی نامیده‌ایم.

### آگاهی و تحصیلات

تحقیقات متعدد نشان داده که بین سطح آگاهی از روش‌های جلوگیری از بارداری و تحصیلات رابطه معنادار وجود دارد. (حسین‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ مظلومی محمودآبادی و دیگران، ۱۳۸۵ و نان‌بخش و دیگران، ۱۳۸۶) بین سطح تحصیلات با نگرش به تحدید موالید یا استفاده عملی از روش‌های جلوگیری از بارداری رابطه معنادار وجود داشت. (نان‌بخش و دیگران، ۱۳۸۶؛ سلطانیان و دیگران، ۱۳۸۶؛ عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری، ۱۳۸۹؛ فروزانفر و دیگران، ۱۳۹۱؛ حسین‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰؛ باهنر و دیگران، ۱۳۸۱؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ حسینی و دیگران، ۱۳۹۰ و عباسی‌شوازی و دیگران، ۲۰۰۹) همچنین در سال ۲۰۰۲ مشاهده شده است که زنان تحصیلکرده نسبت به زنان بی‌سواد در فاصله اولین حاملگی تمایل بیشتری به استفاده

از روش‌های پیشگیری داشته‌اند. (عباسی‌شوازی و دیگران، ۲۰۰۹)

آموزش همچنین بر نگرش، خطرات و منافع ادراک‌شده در خصوص مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده اثر داشت. همچنین نگرش معلمین با سطح تحصیلات همسران رابطه مستقیم داشت. (محمودی و دیگران، ۱۳۹۰) وجود رابطه معکوس بین تعداد فرزندان و تحصیلات در سال‌های پیش از انقلاب اسلامی (گود و دیگران، ۱۹۸۰) و پس از آن (عباسی‌شوازی، ۲۰۰۱) هم مشاهده شده است. اما عباسی‌شوازی و همکاران (۱۳۸۱) بین رفتار زنان تحصیلکرده و کم‌سواد همگرایی مشاهده کردند و نجومی و همکاران (۱۳۷۸) نیز بین میزان تغییر نمره آگاهی مردان بعد از آموزش با تحصیلات ایشان ارتباط معناداری مشاهده نکردند. این نتایج در حالی حاصل شده است که بررسی تک‌تک مقالات نشان می‌دهد ساز و کارهای اثر تحصیلات و آموزش کمتر بررسی و ارائه شده است، تنها در یک پژوهش تبیین‌هایی برای این اثر ارائه شده است. (عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری، ۱۳۸۹) براساس تبیین مذکور تحصیلات، استقلال و توانایی کنترل بیشتر بر جنبه‌هایی از زندگی که زنان و خانواده‌شان را متأثر می‌سازد به آنها می‌دهد (ججی‌بور، ۱۹۹۵ و میسون، ۱۹۹۳ به نقل از عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری، ۱۳۸۹)، همچنین دسترسی به آموزش بر هنجارها و نگرش‌ها تأثیر می‌گذارد و انتظارات از والدین و فرزندان را تغییر می‌دهد و بدین ترتیب اثر منفی روی باروری دارد. تبیین دیگری که گود<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۰) ارائه کرده‌اند حاکی از آن است که زنان تحصیلکرده دیرتر ازدواج می‌کنند و ضمن بالارفتن آگاهی ایشان، نقش‌های سنتی‌شان با نقش‌هایی در بخش مدرن جامعه جایگزین می‌شود. همچنین این زنان نیازهای اقتصادی و احساسی اضافه شدن هر فرزند را در نظر می‌گیرند و روش‌های تنظیم خانواده را برای کنترل اندازه خانواده، موفق‌تر به کار می‌برند.

### شغل و پایگاه

بین شغل زنان (شاغل یا خانه‌دار بودن) و میزان آگاهی رابطه معنادار دیده شد (قاسم‌زاده و قنبری، ۱۳۸۵)، همچنین بین اشتغال زنان و باروری به‌طور مستقیم و غیرمستقیم (با تأثیر بر استقلال اطلاعاتی و جابجایی) رابطه مستقیم اما ضعیفی وجود دارد. (عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری، ۱۳۸۹) در این مورد می‌توان استدلال کرد که

1. Good

استقلال زنان، نقش آنها را در تصمیم‌گیری در خانواده افزایش می‌دهد و در مواردی همچون باروری مشارکت آنها را در تصمیم‌گیری افزایش می‌دهد. با این حال فروزانفر و همکاران (۱۳۹۱) در پیمایش زنان تهرانی به این نتیجه رسیدند که اشتغال بر باروری اثر ندارد. در همین حال زارع و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی اثر اشتغال زنان بر تعداد فرزندان با دو روش آماری متفاوت به نتایج متناقضی رسیدند. این امر به تردیدها در مورد اثر مستقیم اشتغال بر باروری دامن می‌زند. عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری (۱۳۸۹) به بعضی تبیین‌ها در مورد اثر اشتغال زنان بر میزان باروری اشاره کرده‌اند. با این حال پژوهش‌هایی که ایشان نیز مرور کرده‌اند همبستگی روشن و ثابتی را بین اشتغال و کاهش باروری نشان نداده است. این دو مؤلف نتیجه گرفته‌اند که اثر اشتغال زنان بر کاهش باروری به نوع شغل، بخشی از اقتصاد که زنان در آن مشغول به کارند، نوع جامعه و هنجارهای حاکم بر آن و سطح توسعه‌یافتگی آن بستگی دارد. برای مثال اشتغال مدرن باعث کاهش باروری می‌شود در حالی که اشتغال در بخش کشاورزی و خدمات چنین نیست. (عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری، ۱۳۸۹)

۴۱

عجمی همبستگی مثبت معنادار بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و رفتار باروری زوج‌های دهقان مشاهده کرد. با این حال تفاوت معناداری در متوسط تعداد بچه‌های مطلوب والدین دهقان در پایگاه‌های اجتماعی اقتصادی دیده نشد. (عجمی، ۱۹۷۶) گود و همکاران (۱۹۸۰) در ۱۹۷۳ ملاحظه کردند که رابطه معکوس بین پایگاه و باروری در شهر بیش از روستا است.

## سن

بعضی تحقیقات، رابطه آگاهی و سن را مستقیم گزارش کردند. (محمودی و دیگران، ۱۳۹۰ و میری و دیگران، ۱۳۸۴) اما نجومی و همکاران (۱۳۷۸) بین میزان تغییر نمره آگاهی بعد از آموزش با سن مردان ارتباط معناداری مشاهده نکردند. عجمی (۱۹۷۶) نیز رابطه‌ای بین مدت ازدواج، سن زنان در هنگام ازدواج و استفاده از روش‌های جلوگیری نیافت. اما عباسی‌شوازی (۲۰۰۰) با تحلیل ثانویه داده‌های سرشماری دریافت که ۱۵٪ تغییر در باروری به افزایش سن ازدواج و بنابراین کاهش نسبت زنان متأهل در سنین پایین مربوط است. عباسی‌شوازی و دیگران (۲۰۰۹) مشاهده کردند افرادی که زیر ۱۸ سال ازدواج کرده‌اند، با احتمال کمتری استفاده از روش بارداری را در فاصله بارداری

اول گزارش کرده‌اند. عباسی‌شوازی (۲۰۰۱) همچنین با مقایسه نرخ باروری در چهار استان انتخابی و کل ایران به این نتیجه رسید که بالاتر بودن میانگین سن ازدواج در استان‌های مزبور با پایین بودن باروری همبسته است. دیرکوندمقدم و دیگران (۱۳۹۰) مشاهده کردند که مردان در گروه سنی ۳۵-۴۰ سال بیشترین سطح آگاهی را دارند. در مورد رفتار باروری، در زنان گروه سنی ۳۵-۲۰ سال بیش از دیگر گروه‌ها رفتار باروری<sup>۱</sup> خوب مشاهده شد. تحقیقات مزبوساز و کار اثر سن بر رفتار باروری را توضیح نداده‌اند و نتایج مشابهی به‌دست نیامده است. با این حال به‌نظر می‌رسد سن مستقیماً نمی‌تواند تأثیری بر میزان آگاهی داشته باشد، بلکه با افزایش سن افراد در سن باروری بیشتر در معرض اطلاعات مربوط به باروری و تنظیم خانواده قرار می‌گیرند یا فرصت‌های تحصیل در سنین خاصی منجر به کسب اطلاعات در این زمینه می‌شود و در نتیجه آگاهی‌های افراد در بازه‌های سنی خاصی از جمله چنانکه تحقیقات فوق نشان می‌دهند در مردان گروه سنی ۳۵-۴۰ و زنان ۲۰-۳۰ ساله بیشتر است.

#### دین و مذهب، قومیت، منشأ و تنظیم خانواده

بین گرایش به دینداری و گرایش به فرزندآوری همبستگی متوسط و مثبت وجود داشت. (کلانتری و دیگران، ۱۳۸۹) قومیت نقش پررنگی ندارد و تقریباً رفتار قومیت‌های مختلف در زمینه تنظیم خانواده (کنترل باروری) مشابه است، اما تفاوت‌ها حتی پس از کنترل تحصیلات و دیگر مشخصات جمعیت‌شناختی معنادار است. (عباسی‌شوازی و صادقی، ۱۳۸۵) بین معتقدان به مذاهب شیعه و سنی در مشارکت مردان در جلوگیری از بارداری و در باروری زنان اختلاف معنی‌داری وجود دارد. (یعقوبی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۰) عباسی‌شوازی و همکاران (۱۳۸۱) همگرایی و تشابه بین رفتارهای زنان شهری و روستایی مشاهده کردند. به‌نظر می‌رسد مذهب و قومیت از رهگذر ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی که مبلغ آن هستند بر تصمیمات فرزندآوری زوج‌ها اثر می‌گذارند. یک تبیین تئوریک احتمالی دیگر می‌تواند این باشد که اقلیت مذهبی برای آنکه قدرت خود را با جمعیت بیشتر افزایش دهند تمایل بیشتری به فرزندآوری دارند.

۱. رفتار باروری: نوع زایمان، سقط عمدی، حاملگی ناخواسته، پیشگیری از بارداری، پاپ اسمیر، معاینه پستان، ترجیح جنسیت و تعداد فرزندان



## جنسیت فرزندان

داشتن فرزند پسر ارتباط مستقیم معناداری با استفاده از روش جلوگیری آی.یو.دی<sup>۱</sup> نشان داد. (باهنر و دیگران، ۱۳۸۱) سلطانیان و همکاران (۱۳۸۶) به این نتیجه رسیدند که یک سوم زنان جنسیت فرزند را در باروری مؤثر می‌دانند. ترکیب جنسی متفاوت با ترکیب مطلوب منجر به رفتار باروری می‌شود، به این معنا که مادران خواستار فرزند دختر از مادران خواستار فرزند پسر بیشتر گرایش به فرزندآوری دارند. (حسین‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰) این در حالی است که عباسی‌شوازی و همکاران (۱۳۸۱) در یک تحقیق کیفی در یزد دریافتند انگاره‌های فرزند عصای دست پیری و ترجیح جنسیتی کم‌رنگ شده است. این مطالعه نشان می‌دهد که حتی در شهرهایی با ارزش‌های سنتی‌تر، ترجیح جنسیتی عامل پررنگی در رفتار باروری نیست. احتمالاً رشد شهرنشینی و تغییر شیوه تولید کشاورزی و کاهش نیاز به نیروی کار یدی در کشاورزی ترجیح جنسیتی فرزند پسر را کم‌رنگ کرده است. همچنین احتمالاً دسترسی به خدمات اجتماعی و لوازم مختلف که زندگی را برای سالمندان آسان‌تر از گذشته کرده است منجر به پیش‌بینی احساس نیاز کمتر والدین به فرزندان در سنین بالا می‌شود.

۴۳

## متغیرهای اجتماعی

در تحقیقات کمی اثر متغیر درآمد یا پایگاه اقتصادی اجتماعی سنجیده شده است. اگرچه در تحقیق حسین‌زاده و همکاران (۱۳۸۰) آگاهی، نگرش و عملکرد زنان روستانشین چابهار با طبقه اجتماعی آنها ارتباط معنی‌داری را نشان داد، اما فروزانفر و همکاران (۱۳۹۱) بین توانمندی اجتماعی اقتصادی و رفتار باروری گروهی از زنان تهرانی رابطه معناداری مشاهده نکردند. این موضوع را می‌توان به معنای نوعی همگرایی در رفتار باروری در میان افراد متعلق به پایگاه‌های اقتصادی اجتماعی متفاوت در یک شهر بزرگ دانست. تناقض نتیجه دو تحقیق فوق را ممکن است با احتیاط به تفاوت جامعه آماری (شهری و روستایی) نسبت داد. اگر چه چنین ادعایی نیازمند پژوهش‌های مستقل و دقیق‌تر است. همچنین در یک پژوهش کیفی زنان اظهار کردند که بهبود وضع اقتصادی‌شان و حتی سیاست‌های تشویقی در تصمیم‌شان به فرزندآوری بی‌اثر است. (عباسی‌شوازی و دیگران، ۱۳۸۱) این یافته پژوهشی نیز حائز اهمیت بسیار است، زیرا در حالی که بسیاری

از تحلیل‌گران وضعیت دشوار اقتصادی خانواده‌ها را مانع فرزندآوری می‌دانند، محققان مزبور خلاف این موضوع را مشاهده کرده‌اند. در این صورت باید به دنبال عوامل مؤثر دیگری گشت که بر تصمیمات و ترجیحات خانواده‌ها به نفع کم‌فرزندی اثر دارد. در میان متغیرهای اجتماعی به مشارکت و استقلال نیز توجه شده است. یعقوبی‌نیا و همکاران (۱۳۹۰) بین آگاهی و نگرش مثبت مردان به مشارکت با شرکت در تنظیم خانواده رابطه معنادار گزارش کردند. زنان نیز همراهی و مشارکت مردان را موجب افزایش قدرت خود در تصمیم‌گیری باروری و توانمندی در برنامه‌ریزی برای فرزندآوری می‌دانستند. (کهن و دیگران، ۱۳۹۱) همچنین مشاهده شد که بین ابعاد استقلال زنان (اطلاعاتی، جابجایی و تصمیم‌گیری<sup>۱</sup>) و باروری رابطه معکوس وجود دارد. (عباسی‌شوازی و علی‌مندگاری، ۱۳۸۹)

در چند تحقیق کیفی به‌طور مبسوط‌تری رویکرد جامعه‌شناختی به کار گرفته شده است. در یک تحقیق کیفی متقی و میرزایی نجم‌آبادی (۱۳۹۰) دلایلی همچون باورهای غلط، احساسات ناخوشایند و تأثیر نظرات دیگران و عدم اطلاع را به‌عنوان دلایل عدم استفاده از آی.یو.دی (به‌عنوان یک روش جلوگیری) یافتند. محمودیان و همکاران (۱۳۸۸) طی ۵۳ مصاحبه با زنان و مردان مجرد و متأهل شهر سقز به این نتیجه رسیدند که یک فضای گفتمانی به نفع کم‌فرزندی در این منطقه شکل گرفته است. همچنین مشارکت‌کنندگان به دشواری تأمین زندگی اشاره می‌کردند، آنها طالب آرامش بودند و خواهان پیشرفت خود و فرزندشان بودند که با کم‌فرزندی بیشتر متناسب بود، خصوصاً زنان به دنبال خودحمایتی فیزیکی، عاطفی و اجتماعی بودند. همچنین در پاره‌ای از تحقیقات مشخص شد آنچه مانع از فرزندآوری زنان می‌شود توجه آنان به ضرورت کیفیت (رسیدگی به تربیت و تحصیل فرزندان) و نگرانی از محیط مخاطره‌آمیز اجتماعی است. (عباسی‌شوازی و دیگران، ۱۳۸۱ و محمودیان و دیگران، ۱۳۸۸)

غالب تحقیقات، در سطح خرد انجام شده است و بنابراین اثر متغیرهای کلان اجتماعی بررسی نشده است. اما عباسی‌شوازی و دیگران (۲۰۰۲) در یک پژوهش اسنادی استدلال کرده‌اند که روند مدرنیزاسیون در سال ۱۹۸۶-۱۹۷۶ از دهه قبل سریع‌تر بود و این مسئله با کاهش باروری بی‌ربط نبوده است. همچنین اشاره شده است که حمایت از اجرای

۱. استقلال در پژوهش مذکور دارای ابعاد سه‌گانه استقلال اطلاعاتی (مطالعه)، استقلال جابجایی (خروج از منزل و شرکت در برنامه‌های هنری و تفریحی)، استقلال تصمیم‌گیری (تصمیمات فرزندآوری) بود.

برنامه‌های جدید تنظیم خانواده و مشروعیت بخشیدن به آنها توسط رهبران مذهبی و بازیگران سیاسی کشور که در سال ۱۹۸۸ شروع شد در کاهش باروری مؤثر بوده است. (عباسی‌شواری و دیگران، ۲۰۰۲ و عباسی‌شواری و دیگران، ۲۰۰۹) نکته جالب توجه دیگر در تبیین جامعه‌شناختی کاهش باروری توسط عباسی‌شواری و دیگران (۲۰۰۹) بیان شده حاکی از آن است که استفاده از کنترل موالید بازتاب شکل جدید ازدواج است که ارزش بالاتری به روابط زوجی می‌دهد در حالی که بر محوریت فرزندآوری تأکید نمی‌کند.

جدول ۳ مروری بر ویژگی‌ها و نتایج تحقیقات مرور شده در فوق ارائه می‌کند.

جدول ۳: خلاصه تحقیقات مرور شده

ردیف	نام نویسندهگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	نوع نمونه	یافته‌ها
۱	گود و همکاران (۱۹۸۰)	۱۹۷۳	خانوارهای سه روستا در اطراف مراغه	پیمایش	۱۷۲ خانوار	<p>۱. تعداد فرزندان با درآمد، تحصیلات، دارا بودن لوازم مدرن، ارتباط معکوس دارد.</p> <p>۲. صاحبان مشاغل حرفه‌ای تعداد فرزند کمتری دارند و تفاوت بین تعداد فرزندان متولد شده و تعداد ایده‌آل فرزندان برای ایشان به‌طور معناداری کمتر است.</p> <p>۳. تحصیلات یکی از قوی‌ترین و پایدارترین اثرها را بر تعداد فرزندان دارند. زنان تحصیل‌کرده دیرتر ازدواج می‌کنند و ضمن بالارفتن آگاهی ایشان نقش‌های سنتی‌شان با نقش‌هایی در بخش مدرن جامعه جایگزین می‌شود. همچنین این زنان نیازهای اقتصادی و احساسی اضافه‌شدن هر فرزند را در نظر می‌گیرند و روش‌های تنظیم خانواده را برای کنترل اندازه خانواده، موفق‌تر به‌کار می‌برند.</p> <p>۴. تغییرات متغیر تعداد ایده‌آل فرزند، غیرمنتظره بود. علی‌رغم وجود رابطه معکوس بین پایگاه اجتماعی و تعداد ایده‌آل فرزند، افراد دارای منزلت اجتماعی بالاتر، نسبت به افرادی شاغل در گروه‌های شغلی سنتی تعداد فرزند ایده‌آل‌شان را بیشتر گزارش می‌کردند که ممکن است تحت تأثیر تبلیغات دولتی تنظیم خانواده باشد.</p> <p>۵. دو عامل پیشگیری از بارداری و سن ازدواج نیز در پایگاه‌های اجتماعی مختلف، متغیر است.</p> <p>۶. رابطه بین شاخص‌های پایگاه اجتماعی و باروری در شهر و روستا متفاوت است. این رابطه معکوس باشدت بیشتری در شهرها برقرار است.</p>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۲	عجمی (۱۹۷۶)	۱۹۷۴	شش روستا (بدون ذکر نام)	پیمایش	۲۳۵ خانوار	<p>۱. در میان خانواده‌های کشاورز، خواست قوی برای خانواده‌های بزرگ هست.</p> <p>۲. همبستگی مثبت معنادار بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و رفتار باروری زوج‌های دهقان وجود دارد.</p> <p>۳. تفاوت معناداری در متوسط تعداد بچه‌های مطلوب والدین در پایگاه‌های اجتماعی اقتصادی دیده نشد.</p> <p>۴. مدت ازدواج، سن زنان در هنگام ازدواج، استفاده از روش‌های جلوگیری تأثیری بر رابطه پایگاه باروری نداشت.</p> <p>۵. مدت ازدواج به‌طور مثبت و سن ازدواج زنان به‌طور معکوس با باروری رابطه داشت اما تفاوت‌های پایگاهی را توضیح نمی‌داد.</p> <p>۶. زنان دهقان تنها زمانی شروع به‌استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری می‌کردند که فرزندان زیادی به‌دنیا آورده بودند.</p>
۳	پایدارفر (۱۹۹۵)	۱۹۷۸	خانوارهای سه شهر شیراز، جهرم و فسا	پیمایش	۲۱۲۶ خانوار	<p>۱. ۶۴٪ نمونه در خانه‌های تک‌خانواده‌ای زندگی می‌کنند و ۳۶٪ در خانه‌های چندخانواده‌ای.</p> <p>۲. زنان خانه‌های تک‌خانواده‌ای به‌طور میانگین ۴/۶ فرزند تاکنون زاده‌اند، به‌طور متوسط ۴/۰ فرزند زنده دارند و تعداد باروری مطلوب‌شان ۳/۳ بود. درباره زنان خانه‌های چندخانواده‌ای این اعداد کمتر و به‌ترتیب ۳، ۲/۷ و ۳/۵ بود.</p> <p>۳. زنان خانه‌های تک‌خانواده‌ای به‌طور معناداری علاقه و انگیزه بیشتری برای فرزندداشتن دارند. محدودیت و شلوغی فضای خانه‌های چندخانواده‌ای تمایل زنان به داشتن تعداد فرزند کمتر را در بردارد.</p> <p>۴. امکانات خانه و شهرنشینی به‌تنهایی بر روی باروری واقعی تأثیر معناداری نداشت. نوع خانه اثر معناداری بر باروری مطلوب داشت. این اثر بیش از اثر تحصیلات زن یا شوهر می‌باشد.</p> <p>۵. مرگ و میر کودک، شاخص تعداد افراد در هر اتاق، مدت زمان ازدواج برای زن به‌ترتیب عواملی هستند که بیشترین تأثیر را بر روی تعداد فرزندان متولدشده داشته‌اند.</p>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۴	نجمی و همکاران (۱۳۷۸)	۱۳۷۸	مردان متأهل بردآباد	آزمایش	۱۴۹	<p>۱. افزایش آگاهی نسبت به جمعیت و پیشگیری از بارداری در ایران پس از آموزش</p> <p>۲. افزایش آگاهی نسبت به مشارکت افراد در پیشگیری از بارداری پس از آموزش.</p> <p>۳. افزایش آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری پس از آموزش.</p> <p>۴. افزایش آگاهی نسبت به مزایا و معایب پیشگیری از بارداری.</p> <p>۵. افزایش آگاهی نسبت به نحوه دریافت خدمات پیشگیری از بارداری.</p> <p>۶. مقدار تغییر نمره آگاهی مردان با سن و تحصیلات آنها ارتباط معنی‌دار آماری نداشت.</p> <p>۷. مقدار تغییر نمره آگاهی با سن زمان ازدواج مردان ارتباط معنی‌دار داشت به طوری که با افزایش سن ازدواج این تغییر افزایش می‌یافت.</p>
۵	رخشانی و همکاران (۱۳۸۱)	۱۳۷۷-۷۹	زنان ایرانی تحت پوشش برنامه‌های تنظیم خانواده مراکز بهداشت زاهدان	پیمایش	۱۷۴۳	<p>۱. متوسط سن و تعداد فرزند استفاده‌کنندگان از روش‌های خوراکی و آی.یودی در مقایسه با آمپول و نورپلانت کمتر بود (آنالیز و واریانس یک‌طرفه).</p> <p>۲. شغل و نوع وسیله مورد استفاده رابطه معنی‌داری نداشت (آزمون مجذور کای).</p> <p>۳. زنانی که سطح سواد بیشتری داشتند از آی.یودی و نورپلانت و زنان بی‌سواد از آمپول بیشتر استفاده کردند (آزمون مجذور کای).</p> <p>۴. در بین همه زنان قرص بیشترین (۷۰٪) و نورپلانت کمترین (۳٪) میزان مصرف داشت.</p> <p>۵. میزان تداوم استفاده از چهار وسیله مورد بررسی با هیچ‌کدام از متغیرهای سن و سن همسر، سواد و همسر، تعداد فرزندان و سن آخرین فرزند زنان مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری نشان نداد (آزمون log-rank).</p> <p>۶. بیشترین میزان تداوم به نورپلانت، قرص‌های خوراکی آی.یودی و ال.دی و آمپول اختصاص داشت (آزمون log-rank).</p> <p>۷. میزان تداوم استفاده از روش‌های جلوگیری در پنج مرکز بهداشتی درمانی تفاوت معناداری نشان داد (آزمون log-rank).</p>

ردیف	نام نویسنده‌گان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۶	حسین زاده و همکاران (۱۳۸۰)	۱۳۷۹	زنان روستاهای شهرستان چابهار	آزمایش	۱۵۸	<p>۱. افزایش میانگین آگاهی از ۸/۳ قبل از آموزش به ۱۵/۴ بعد از آموزش (آزمون تی زوجی).</p> <p>۲. افزایش میانگین نگرش زنان از ۱۲ قبل از آموزش به ۱۷/۲ بعد از آموزش (آزمون تی زوجی).</p> <p>۳. افزایش بهبود عملکرد در زمینه تنظیم خانواده بعد از آموزش بهداشت (آزمون مک‌نمار).</p> <p>۴. بهبود میزان عملکرد، آگاهی و نگرش بعد از آموزش (آزمون کای اسکوئر).</p> <p>۵. افراد دارای طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات بالا از متوسط آگاهی و نگرش بالاتری برخوردارند (آزمون توکی).</p> <p>اما متغیرهای یادشده ارتباط معنی داری با تغییرات آگاهی و نگرش نشان ندادند.</p> <p>۶. آگاهی قبل و بعد افراد دارای سابقه مصرف وسایل پیشگیری نسبت به افراد فاقد این سابقه معنی دار بوده است.</p> <p>۷. نگرش زنان دارای این سابقه با افراد فاقد آن قبل و بعد و همچنین تغییرات بعد آن معنی دار نبوده است.</p> <p>۸. بین آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش، با سن اولین ازدواج، بعد خانوار، تعداد فرزندان دختر ارتباط معناداری وجود دارد. اما با تغییرات آگاهی و نگرش ارتباط معنی داری را نشان ندادند و عملکرد تنها با طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری را نشان داد.</p> <p>۹. افزایش میزان آگاهی و نگرش به‌روزان مورد مطالعه در ارتباط با تنظیم خانواده قبل و بعد مداخله.</p>
۷	باهر و همکاران (۱۳۸۱)	۱۳۷۹	مراجعه زن چهار مرکز بهداشتی و سه خانه بهداشت پاکدشت	آزمایش	۶۰ مورد ۸۳ و شاهد	<p>۱. میانگین سنی افراد گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب ۲۵/۸ و ۲۷/۹ سال بود.</p> <p>۲. متغیرهای موافقت همسر با استفاده از آی.یودی، سابقه آموزش در خصوص استفاده از این وسیله، سواد، تعداد کمتر حاملگی، تعداد فرزند و داشتن فرزند پسر ارتباط مستقیم و معنی داری با استفاده از آی.یودی داشته و سابقه عوارض جانبی این روش، باعث کاهش معنی دار استفاده از آن می‌شود.</p> <p>۳. متغیرهای مستقل اشتغال زن، ملیت، تحصیلات همسر، سابقه استفاده از آی.یودی و نحوه دسترسی به خدمات بهداشتی نقش تعیین کننده‌ای را در انتخاب این روش نشان ندادند.</p> <p>۴. متغیرهای عدم بروز عوارض جانبی، موافقت همسر با استفاده از آی.یودی و سن مساوی یا کمتر از ۲۸ سال، متغیرهای اصلی در این رابطه شناخته شدند (روش تحلیلی رگرسیون لجستیک).</p>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۸	نان بخش و همکاران (۱۳۸۶)	۱۳۷۹	مردان داوطلب انجام وازکتومی، مراکز بهداشتی درمانی شماره ۶ و شهید نیکخواه ارومیه در سال ۱۳۷۹	پیمایش	۴۱۹	<p>۱. مردان با میانگین سنی <math>۶/۹۸ \pm ۳۹/۹</math> سال از شهرستان ارومیه تحت عمل وازکتومی قرار گرفته‌اند. <math>۹۲/۶\%</math> آنها ساکن شهر و <math>۷/۴\%</math> ساکن روستا می‌باشند. شغل <math>۳۶/۱\%</math> آنان آزاد بوده و <math>۴۲/۲\%</math> آنان تحصیلات راهنمایی و دبیرستان می‌باشند. میانگین تعداد فرزند <math>۱/۳۶ \pm ۳/۰۷</math>، میانگین تعداد فرزندان پسر، <math>۱/۰۲ \pm ۱/۶۶</math>، میانگین تعداد فرزندان دختر <math>۱/۰۴ \pm ۱/۳۹</math> بود.</p> <p>۲. مهم‌ترین طریق آشنایی با روش وازکتومی از طریق کارکنان بهداشتی <math>۴۲/۵\%</math> بود</p> <p>۳. <math>۷\%</math> جمعیت مورد مطالعه آشنایی مردان با روش‌های پیشگیری از بارداری را لازم می‌دانستند.</p> <p>۴. بین سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر و میزان آگاهی جمعیت مورد مطالعه رابطه مستقیم وجود دارد (آزمون کای اسکور).</p> <p>۵. بین سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر و میزان نگرش جمعیت مورد مطالعه رابطه معکوس وجود دارد. یعنی هر چه سطح سواد پایین‌تر باشد، نگرش بالایی لازم است تا فرد تصمیم به انجام وازکتومی بگیرد.</p>
۹	عباسی شوازی (۲۰۰۰)	۲۰۰۰ (چاپ)	سرشماری‌های ۱۹۷۶ و ۱۹۸۶ و ۱۹۹۶	تحلیل ثانویه سرشماری	دلده	<p>۱. <math>۸۵\%</math> از تغییرات باروری به‌خاطر باروری نکاحی است یعنی بیشتر باروری زنان ایرانی درون ازدواج کنترل می‌شود.</p> <p>۲. <math>۱۵\%</math> تغییر در باروری به تغییرات در nuptality مربوط می‌شود.</p>
۱۰	منصوریان و خوشنویس (۱۳۸۵)	۱۳۸۰	زنان همسر دار ۱۵-۴۴ ساله ساکن تهران	پیمایش	۵۵۰	<p>۱. ترکیب جنسی متفاوت با ترکیب مطلوب منجر به رفتار باروری می‌شود. مادران خواستار فرزند دختر از مادران خواستار فرزند پسر بیشتر گرایش به فرزندآوری دارند.</p> <p>۲. با افزایش مدت ازدواج زنان گرایش به رفتار باروری کاسته می‌شود.</p> <p>۳. با تغییر وضعیت محل تولد همسر از تهران به دیگر شهرستان‌ها و روستاها، گرایش به رفتار باروری افزایش می‌یابد.</p>
۱۱	عباسی شوازی و صادقی (۱۳۸۵)	۱۳۸۰	زنان ازدواج کرده ۱۵-۴۹ ساله شهری و روستایی	پیمایش	۴۹۴۵	<p>۱. بعداز کنترل مشخصه‌های اجتماعی جمعیتی به‌ویژه تحصیلات، تفاوت‌های قومی باروری کاهش می‌یابد، اما همانندی و همگرایی کامل نیست.</p>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۱۲	روشنی و همکاران (۱۳۸۳)	۱۳۸۰-۸۱	فرهنگیان مقاطع سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش مناطق ۱ و ۲ رشت	پیمایش	۵۰۳ (۱۳۷) مرد، ۳۶۶ (زن)	<p>۱. بین سن و آگاهی افراد رابطه معنی‌داری وجود داشت.</p> <p>۲. بین تعداد فرزندان و نگرش این افراد رابطه معنی‌داری وجود داشت.</p> <p>۳. شایع‌ترین روش مورد استفاده برای پیشگیری از حاملگی مقاربت منقطع (۱۹/۷٪) بود. ۴۲/۷٪ افراد حداقل یک‌بار بدون برنامه‌ریزی صاحب فرزند شدند.</p>
۱۳	عباسی و همکاران (۱۳۸۱)	۱۳۸۰	زنان همسر دار ۲۵-۴۹ ساله حداقل دارای یک فرزند در طرح IDHS	کیفی	۲۵	<p>۱. تعداد فرزند ایده‌آل زنان عمدتاً کمتر از تعداد فرزندان فعلی‌شان بود.</p> <p>۲. زنان به‌ضرورت کیفیت (تربیت و تحصیل) اشاره داشتند و به‌رغم بهبود وضع اقتصادی‌شان، این بهبود و حتی سیاست‌های تشویقی را در افزایش فرزندان‌شان بی‌اثر می‌دانستند.</p> <p>۳. انگاره‌های فرزند عصبی دست پیری و ترجیح جنسیتی کم‌رنگ شده است.</p> <p>۴. آگاهی وسایل تنظیم خانواده افزایش یافته است.</p> <p>۵. همگرایی بین رفتارهای باروری بین زنان روستایی و شهری و تحصیل‌کرده و کم‌سواد ملاحظه شد.</p>
۱۴	عباسی‌شوزی (۲۰۰۱)	۲۰۰۱	سرشماری ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶	تحلیل ثانویه	مشخص نیست	<p>۱. نرخ کلی باروری و میزان باروری اختصاصی سنی برای ایران و چهار استان انتخابی در دوره ۱۹۷۲ و ۱۹۹۶ نشان می‌دهد که گیلان، اصفهان، سمنان و تهران باروری کمتری نسبت به سطح ملی سال ۱۹۷۰ داشته‌اند و در سال ۱۹۹۴ به زیر سطح جانشینی رسیده است.</p> <p>۲. نرخ کلی باروری (TFR) ۲/۰۶ است در حالی که TFR مناطق شهری ۱/۸۸ می‌باشد.</p> <p>۳. ویژگی‌های اجتماعی اقتصادی این چهار استان نسبت سطح ملی بهتر است. دسترسی به امکان تحصیل در سطح دبیرستان و بالاتر برای زنان این چهار استان بیشتر از بقیه استان‌ها است. میانگین سن ازدواج زنان در سال ۱۹۸۶ بالاتر از سطح ملی است.</p> <p>۴. بقیه استان‌ها نیز علی‌رغم تفاوت در مشخصه‌های اجتماعی اقتصادی کاهش شدیدی در نرخ باروری تجربه کرده‌اند و ممکن است به زیر سطح جانشینی برسند.</p> <p>۵. اثر میزان پایین باروری این چهار استان بر میزان باروری در سطح ملی چشمگیر است و کاهش بیشتر باروری در این استان‌ها به کاهش میزان باروری در ایران منجر می‌شود.</p>



ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۱۵	عباسی‌شوزی و همکاران (۲۰۰۲)	۲۰۰۲ سال چاپ	اسنادی			<p>۱. در اوایل دهه ۱۹۸۰ نرخ باروری کلی اندکی زیر ۷ بود، که این میزان با سرعت افت کرد و در ۱۹۹۶ به ۲/۷ کاهش یافت. مقارن شدن baby boom در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰ نشانی از رابطه بین انقلاب اسلامی و فضای پیش از انقلاب با رفتار باروری دارد. عامل دیگر، با گذشت زمان و زنده ماندن بیشتر نوزادان و کودکان، انگیزه باروری بیشتر از ترس از دست دادن فرزند کم‌رنگ شد.</p> <p>۲. افزایش نرخ باروری قبل از انقلاب اتفاق افتاد و شاه برنامه تنظیم خانواده را جهت محدود کردن اندازه خانوار شروع کرد. اما بعد از انقلاب و در شرایط جنگ سیاست‌ها در جهت تشویق ازدواج زود و فرزندآوری تغییر کرد. با این حال سن ازدواج پایین نیامد و رو به افزایش گذاشت.</p> <p>۳. نکته مهم اینکه کاهش باروری از اواسط ۱۹۸۰ شروع شد که پیش از حرکت به سمت سیاست کنترل رشد جمعیت بود. در طول زمان، تفاوت‌های چشمگیری بین مناطق شهری و روستایی در زمینه سطح باروری یا نرخ پیشگیری از بارداری وجود دارد.</p> <p>۴. مدرنیزاسیون بعد از انقلاب در زیرساخت‌های توسعه (آب و برق در روستاها) توسعه آموزش، بهبود خدمات بهداشتی، دسترسی به تلویزیون و رادیو و تأکید بر توسعه روستایی ادامه یافت. علی‌رغم وقوع انقلاب و جنگ، روند مدرنیزاسیون در سال ۸۶-۱۹۷۶ از دهه قبل سریع‌تر بود و این مسئله با کاهش باروری بی‌ربط نبوده است. مانند آنچه در کراالا، سریلانکا و کاستاریکا دیده می‌شود.</p> <p>۵. حمایت و مشروعیت بخشیدن رهبران مذهبی به اجرای برنامه‌های جدید تنظیم خانواده که در سال ۱۹۸۸ شروع شد قابل توجه می‌باشد.</p> <p>۶. افزایش برابری جنسیتی در خانواده‌ها، احتمال گذار باروری در آینده را بیشتر می‌کند.</p>
۱۶	حسینی و همکاران (۱۳۸۷)	۱۳۸۲	زنان ۴۹-۱۵ متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد	پیمایش	۴۶۴	<p>۱. با افزایش سن مدت زمان استفاده از روش‌ها نیز افزایش داشت و از نظر آماری معنادار بود.</p> <p>۲. میانگین مدت زمان استفاده از روش‌های پیشگیری بر حسب شغل زن و شغل همسر و تحصیلات همسر از لحاظ آماری معنادار نبود.</p> <p>۳. میانگین مدت زمان استفاده از روش‌های پیشگیری بر حسب تحصیلات زن و تعداد فرزند معنادار بود.</p>

ردیف	نام نویسنده‌گان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۱۷	مظلومی محمودآباد و همکاران (۱۳۸۵)	۱۳۸۴	زنان ۴۹-۱۵ ساله متأهل مراجعه‌کننده به مراکز تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک در تهران، مشهد، شیراز، یزد، همدان، شهرکرد و یاسوج	پیمایش	۸۴۰	۱. ۶۲٪ زنان با اصطلاح بهداشت باروری آشنایی داشتند و ۶۴/۴٪ آنان روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری را به‌کار می‌بردند. ۲. بین آگاهی زنان در شهرهای مورد مطالعه و مقاطع تحصیلی مختلف رابطه مستقیم وجود داشت (آزمون ناپارامتری کروسکال‌والیس). ۳. نگرش زنان در خصوص بهداشت باروری مطلوب بود ولی در شهرهای مختلف تفاوت معنی‌داری داشت.
۱۸	قاسم‌زاده و قنبری (۱۳۸۵)	۱۳۸۴	زنان متأهل مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان و زایمان بیمارستان خانواده ارتش در سال ۱۳۸۴	پیمایش	۲۷۵	۱. متوسط میزان آگاهی زنان شاغل و خانه‌دار تفاوت معناداری دارد. ۲. متوسط میزان آگاهی در تمام سطوح تحصیلی تفاوت معناداری دارد. ۳. تحصیلات بیشتر از دیپلم و زیر دیپلم همسر با متوسط آگاهی ارتباط معناداری داشت. این تفاوت میان دیپلم و زیر دیپلم مشاهده نمی‌شد. ۴. ۸۵٪ شرکت‌کنندگان، معتقد به توافق دو طرف در زمینه روش‌های پیشگیری‌اند.
۱۹	محمودیان و نویخت (۱۳۸۹)	۱۳۸۴	زنان ۴۹-۱۵ سال شیعه و سنی شهر گله‌دار فارس	پیمایش	۳۰۶	۱. مذهب تأثیر مستقل و معنی‌دار بر تفاوت باروری زنان شیعه و سنی داشت. ۲. با کنترل کلیه مشخصه‌ها [متغیرهای جمعیتی (سن)، فاصله سنی ایده‌آل فرزندان، تعداد فرزندان ایده‌آل]؛ متغیرهای اجتماعی (تحصیلات، نوع ازدواج، محل سکونت)؛ متغیرهای بینابینی (سن ازدواج، استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری)؛ استقلال زنان؛ پایبندی مذهبی و احساس عدم تحرک اجتماعی [تأثیر مذهب (در قالب حفظ ارزش‌های مذهبی) بر تفاوت باروری همچنان معنی‌دار بود. ۳. اثر متغیرهای جمعیتی، بر تفاوت باروری دو گروه بیشتر بود.
۲۰	میری و همکاران (۱۳۸۴)		زنان کارمند شاغل در دانشگاه علوم پزشکی، علوم و آزاد بیرجند	پیمایش	۱۳۵	۱. ۶۰/۷٪ مایل به داشتن فرزند در آینده نبودند. ۲. ۷۷٪ با همسران‌شان در مورد داشتن فرزند هم‌عقیده بودند. ۳. ۶۵/۹٪ از یکی از روش‌های جلوگیری استفاده می‌کردند. ۴. ۵/۹٪ از روش‌های جلوگیری آگاهی نداشتند. ۵. نگرش و آگاهی بین سطوح تحصیلی متفاوت، تفاوت معنادار داشت. ۶. استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تحت تأثیر تعداد فرزندان، تحصیلات و سن بود.

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۲۱	سلطانیان و همکاران (۱۳۸۶)	ذکر نشده است	زنان متأهل بالای ۴۵ سال بوشهر	پیمایش	۵۰۰	<p>۱. هرچه سن اولین حاملگی افزایش یابد تعداد فرزندان کاهش می‌یابد.</p> <p>۲. بیشترین عامل مؤثر در داشتن فرزند ناخواسته در زنان دارای ۴ فرزند و بالاتر به ترتیب عبارت بود از: حاملگی ناخواسته (۳۰٪)، عدم آگاهی از روش‌های جلوگیری از بارداری (۲۵٪)، جنسیت فرزند (۱۸/۳٪)</p> <p>۳. بین جنسیت فرزند و تولدهای زنده ارتباط وجود دارد. بطوری که یک سوم زنان جنسیت فرزند را در باروری خود مؤثر ذکر کرده‌اند.</p> <p>۴. سن ازدواج در احتمال رسیدن به اولین فرزند تأثیر منفی و عواملی مثل تحصیلات زن و داشتن فرزند فوت‌شده تأثیر مثبت دارد.</p> <p>۵. داشتن فرزند فوت‌شده در احتمال رسیدن به دومین فرزند اثر افزایشی و عواملی مانند تحصیلات زن، سن اولین حاملگی و سن اولین ازدواج اثر کاهشی داشت.</p> <p>۶. داشتن فرزند فوت‌شده در احتمال رسیدن به سومین فرزند تأثیر مثبت و عواملی مانند سن اولین حاملگی، سن اولین ازدواج و تحصیلات زن و شوهر تأثیر منفی دارد.</p> <p>۷. جنسیت فرزند و داشتن فرزند فوت‌شده در احتمال رسیدن به چهارمین فرزند اثر افزایشی و عواملی مانند تحصیلات زن، شغل زن، تحصیلات شوهر و سن اولین حاملگی زن اثر کاهشی دارد.</p>
۲۲	حاجیان و همکاران (۱۳۸۷)	۱۳۸۶	مادران چندمزا مراجع‌کننده به زایشگاه یا مادران چندمزا دارای کودک زیر ۶ سال مراجع‌کننده به ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهر یابل	پیمایش	۵۰۰	<p>۱. با افزایش سن مادر هنگام تولد کودک، میانگین فاصله بین تولدها افزایش یافته است و این ارتباطی معنادار است.</p> <p>۲. با افزایش سطح تحصیلات مادر میانگین فاصله بین تولدها افزایش یافته و این ارتباط معنادار است.</p> <p>۳. بین میانگین فاصله مولید با محل سکونت و سن ازدواج رابطه معناداری مشاهده نشد.</p> <p>۴. فاصله‌گذاری بین تولد، زمانی که جنس فرزند قبلی پسر بود بیشتر از زمانی است که جنس فرزند قبلی دختر بوده است و جنس فرزند قبلی با فاصله مولید ارتباط آماری معناداری داشته است.</p> <p>۵. با افزایش طول دوره شیردهی میانگین فاصله بین مولید افزایش یافته است که ارتباطی معنادار به لحاظ آماری را نشان می‌دهد.</p> <p>۶. فاصله بین مولید با محل سکونت مادر، شغل مادر، سن ازدواج مادر ارتباط معناداری ندارد.</p>

ردیف	نام نویسنده‌گان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۲۳	یعقوبی‌نیا و همکاران (۱۳۹۰)	۱۳۸۶	دبیران مرد زاهدان	پیمایش	۲۵۰	<p>۱. ۷۸/۹٪ مردانسی که در روش‌های پیشگیری از بارداری مشارکت داشتند از روش‌های خاص مردان نیز استفاده می‌کردند که از نظر آماری معنادار بوده است.</p> <p>۲. اکثریت افراد یعنی ۶۴٪ نگرش مثبت نسبت به مشارکت در روش‌های پیشگیری از بارداری داشتند.</p> <p>۳. بین سن، سن همسر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزند دختر و پسر به تفکیک و وضعیت اقتصادی با مشارکت دبیران مرد در روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط معناداری نشان داد نشد.</p> <p>۴. بین سن ازدواج و مشارکت ارتباط مستقیم معناداری وجود داشت.</p> <p>۵. تفاوت مشارکت دبیران سنی و شیعه در روش‌های پیشگیری از بارداری معنادار بوده است. ۷۴/۲٪ دبیران شیعه و ۲۵/۸٪ دبیران سنی مشارکت را اعلام کردند.</p> <p>۶. بین آگاهی مردان و مشارکت آنان ارتباط معناداری وجود دارد.</p> <p>۷. بین نگرش مثبت نسبت به مشارکت و مشارکت ارتباط مستقیم معناداری وجود دارد.</p>
۲۴	دیرکوند مقدم و همکاران (۱۳۹۰)	۱۳۸۷	مردان متأهل شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی شهر ایلام	آزمایش	۳۸۸	<p>۱. سن و میزان آگاهی قبل از آموزش رابطه معنی‌دار داشت. بیشترین سطح آگاهی ضعیف مربوط به گروه سنی بالای ۴۵ سال و بیشترین سطح آگاهی خوب در مردان گروه سنی ۳۵-۴۰ بود (آزمون کای‌دو).</p> <p>۲. بین آگاهی قبل و بعد از آموزش ارتباط معنادار وجود داشت. بعد از ارائه آموزش آگاهی افزایش یافت (آزمون فیشر).</p>
۲۵	محمودی و همکاران (۱۳۹۰)	۱۳۸۷	معلمین مرد مدارس ابتدایی راهنمایی دبیرستان مرودشت	آزمایش	۹۰	<p>۱. میانگین نمرات آگاهی، نمرات نگرش، خطرات درک‌شده، منافع درک‌شده و موانع درک‌شده بعد از آموزش افزایش معناداری نشان می‌دهد. (آزمون تی‌زوجی)</p> <p>۲. بین ادراکات (درک خطرات، موانع و منافع) و آگاهی افراد قبل از آموزش همبستگی مستقیم وجود دارد.</p> <p>۳. بین ادراکات و آگاهی بعد از آموزش همبستگی مستقیم وجود دارد.</p> <p>۴. بین نگرش و سن رابطه نسبتاً قوی و غیرمستقیم وجود دارد.</p> <p>۵. نگرش با سن همسران رابطه معکوس دارد.</p> <p>۶. نگرش با سطح تحصیلات همسران همبستگی مستقیم دارد.</p> <p>۷. نگرش با تعداد فرزندان همبستگی معکوس دارد.</p>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۲۶	محمودیان و همکاران (۱۳۸۸)	ذکر نشده است	زنان و مردان مجرد و متأهل شهر سقز	کیفی	۲۷ مرد و ۲۶ زن	<p>مقولات یافت شده پس از تحلیل داده‌ها عبارت بودند از:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. فضای گفتمانی کم‌فرزندآوری: شیوع و تقلید کم‌فرزندآوری، و جاهت اجتماعی کم‌فرزندآوری، کیفیت/ رفاه فرزند، هدایت تنظیمی، پزشکی شدن کم‌فرزندی، دانش تحریف شده.</li> <li>۲. چالش‌های مدیریتی: مشکلات تربیتی/ ارزشی فرزندان، دشواری تأمین زندگی، آرامش طلبی والدین.</li> <li>۳. توانمندی/ پیشرفت: رسیدگی بهینه به فرزندان، پیشرفت خود/ فرزند، فایده‌مندی اجتماعی فرزندان، توانمندی جمعی.</li> <li>۴. خودحمایتی زنان: خودحمایتی فیزیکی زنان، خودحمایتی عاطفی زنان، خودحمایتی اجتماعی زنان.</li> <li>۵. تجربه نسلی: تجربه زیسته خانوادگی، انتقال تجارب نسلی.</li> <li>۶. فضای مخاطره‌آمیز/ فرصت‌آفرین: مخاطرات کنشی/ اخلاقی جامعه، فرصت‌های ترقی/ حضور.</li> <li>۷. کم‌فرزندی بازاندیشانه: کم‌فرزندی خودخواسته، اجتناب‌ناپذیری کم‌فرزندی.</li> <li>۸. میل به خود بازنمایی مثبت: میل به خود بازنمایی مثبت. مفاهیم عمده که گویای نظام معنایی رایج در این جامعه است مشخص شدند، براساس اصول روش نظریه زمینه‌ای نهایتاً به یک مقوله هسته یعنی کم‌فرزندآوری به‌مثابه قاعده‌مندسازی/ ارتقاء سوژه منتهی شد.</li> </ol>
۲۷	کلانتری و همکاران (۱۳۸۹)	۱۳۸۸	جوانان متأهل شهر تبریز	پیمایش	۳۸۶	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. بین مشارکت اجتماعی و گرایش به فرزندآوری، رابطه خطی معنی‌داری حاصل نشده است (ضریب همبستگی پیرسون).</li> <li>۲. بین پذیرش اجتماعی و گرایش به فرزندآوری، رابطه خطی معنی‌داری حاصل نشده است (ضریب همبستگی پیرسون).</li> <li>۳. بین گرایش به دینداری و گرایش به فرزندآوری همبستگی متوسط و نوع رابطه مثبت و مستقیم بوده است.</li> <li>۴. بین منافع اقتصادی و گرایش به فرزندآوری همبستگی ضعیف و نوع رابطه معکوس بوده است.</li> <li>۵. از بین متغیرهای وارد شده بر مدل رگرسیونی، در نهایت متغیرهای گرایش دینی و مشارکت اجتماعی در مدل نهایی ماندگار شده ولی متغیرهای منافع اقتصادی و پذیرش اجتماعی از مدل نهایی خارج شده‌اند.</li> <li>۶. یافته‌های تحلیل مسیر نشان داد: اثر مستقیم متغیر گرایش دینی بر متغیر گرایش به فرزندآوری معنی‌دار و به‌میزان ۴۶٪ بوده است. همچنین این متغیر توانسته است از طریق متغیرهای مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی ۲٪ تأثیر منفی و در کل ۴۴٪ بر متغیر گرایش به فرزندآوری تأثیر معنی‌داری داشته باشد.</li> <li>۷. اثر مستقیم متغیر مشارکت اجتماعی بر متغیر گرایش به فرزندآوری معنی‌دار و به‌میزان ۱۱٪- بوده است. متغیر مذکور از طریق متغیر پذیرش اجتماعی تأثیر معنی‌داری روی متغیر گرایش به فرزندآوری نداشته است.</li> <li>۸. اثر مستقیم متغیر پذیرش اجتماعی بر متغیر گرایش به فرزندآوری معنی‌دار نبوده است.</li> </ol>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۲۸	عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۹)	۲۰۰۲	زنان ۱۴ تا ۴۹ ساله در پیمایش گذار باروری ایران در ۲۰۰۲ در استان‌های سیستان و بلوچستان، آذربایجان غربی، گیلان و یزد	پیمایش (کوهورت)	۵۱۹۰	<p>۱. استفاده از روش‌های پیشگیری در کوهورت اول ۳/۴٪ و در این کوهورت ۲۰٪ می‌باشد.</p> <p>۲. زنان تحصیلکرده در فاصله اولین حاملگی تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های پیشگیری داشته‌اند نسبت به زنان بی‌سواد: ۳۴٪ در برابر ۴٪.</p> <p>۳. افرادی که زودتر از ۱۸ سال ازدواج کرده‌اند با احتمال کمتری استفاده از روش بارداری را در فاصله بارداری اول گزارش کرده‌اند اما این الگو در ۳ رده دیگر سنی وجود ندارد.</p> <p>۴. دو عامل، میزان استفاده از کنترل موالید را تبیین می‌کند: الف. استفاده از کنترل موالید بازتاب شکل جدید ازدواج است که ارزش بالاتری به روابط زوجی می‌دهد در حالی که بر محوریت فرزندآوری تأکید نمی‌کند. ب. دیدگاه بازیگران سیاسی مذهبی دولتی ایران که ازدواج زود هنگام و استفاده از کنترل موالید را ترغیب می‌کند.</p>
۲۹	نادی باغو و همکاران (۱۳۹۰)	۱۳۸۹	زنان بالای ۳۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ۶ مرکز بهداشتی درمانی غرب و شرق اهواز	پیمایش	۳۸۴	<p>۱. بین دو گروه زنان استفاده‌کننده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و روش‌های کمتر مطمئن با متغیر سن زنان رابطه معکوس معناداری وجود دارد.</p> <p>۲. بین دو گروه زنان استفاده‌کننده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و روش‌های کمتر مطمئن با متغیر سن ازدواج رابطه معکوس معناداری وجود دارد.</p> <p>۳. بین دو گروه زنان استفاده‌کننده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و روش‌های کمتر مطمئن با تعداد حاملگی رابطه مستقیم معناداری وجود دارد.</p> <p>۴. بین دو گروه زنان استفاده‌کننده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و روش‌های کمتر مطمئن با متغیر تعداد زایمان رابطه مستقیم معناداری وجود دارد.</p>
۳۰	عباسی شوازی و علی‌مندگاری (۱۳۸۹)	۱۳۸۹	زنان متأهل ۱۵-۴۹ سال کل کشور	تحلیل ثانویه (پیمایش)	۵۲۱۴	<p>۱. تحصیلات زنان مهم‌ترین متغیری است که به‌طور غیرمستقیم و مستقیم بر باروری تأثیر گذار می‌باشد. این متغیر با ضریب بتسای ۰/۴۹۹ - بیشترین تأثیر را به‌طور مستقیم بر باروری داشته است.</p> <p>۲. اثر تحصیلات زنان به‌طور غیرمستقیم با تأثیر بر دو بعد استقلال (اطلاعاتی و تحرک و جابجایی) به ۰/۳۶ - کاهش یافته است.</p> <p>۳. متغیر اشتغال نیز به‌طور مستقیم بیشترین تأثیر را بر رفتار باروری دارد در حالی که اثر غیرمستقیم آن با تأثیر بر دو بعد استقلال (اطلاعاتی، استقلال جابجایی) به ۰/۰۰۲ کاهش می‌یابد.</p> <p>۴. رابطه بین سه بعد استقلال (اطلاعاتی، جابجایی و تصمیم‌گیری) و باروری معکوس است.</p>

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۳۱	زارع و همکاران (۱۳۸۹)	ذکر نشده است	زنان روستایی ۴۹-۱۵ استان فارس	پیمایش	۱۰۱۹	۱. با افزایش تحصیل زنان و مردان تعداد فرزندان کاهش می‌یابد، اما این افزایش تحصیلات در مردان تأثیر کمتری بر تعداد دارد. ۲. دو روش تحلیل آماری متفاوت، در مورد اثر اشتغال زنان بر تعداد فرزندان، نتایج متناقضی داشت.
۳۲	حسینی و همکاران (۱۳۹۰)	۱۳۹۰	زنان استفاده‌کننده از روش‌های غیرمؤثر پیشگیری، تحت پوشش شبکه بهداشت فلاورجان	آزمایش	۵۳	۱. میانگین نمره آگاهی در افراد مورد مداخله و همسران‌شان بعد از آموزش گروهی، افزایش معنی‌داری داشت. ۲. ۵۱٪ از زنان مورد مطالعه و همسران آنها پس از آموزش گروهی تحت پوشش روش‌های مؤثر تنظیم خانواده قرار گرفتند. ۱۲٪ در دوران آموزش و ۳۹٪ پس از آن مراجعه کردند.
۳۳	متقی و میرزایی نجم‌آبادی (۱۳۹۰)	ذکر نشده است	زنان سنین ۴۹-۱۵ ساله، دارای همسر، ساکن روستاهای خمین	کیفی	۵۲	۱. دلایل عمده عدم استفاده از آی.یودی در چند کد و زیرکد خلاصه شده‌اند. طبقات و مقوله‌های اصلی شامل عوارض، باورهای غلط، احساسات، تأثیر نظر دیگران و عدم اطلاع بیان شد. ۲. باورهای غلط شامل محدودیت فعالیت‌های فیزیکی و نیاز به استراحت، مضر بودن آی.یودی، اختلال در رابطه جنسی، پیامدهای چاقی و لاغری، احتمال زیاد حاملگی بدون اطلاع زن، احتمال بالارفتن آی.یودی به معده و قلب بوده است. ۳. احساسات به‌عنوان یک عامل در زیرکدهای ترس و نگرانی، انزجار، احساس ناخوشایند و شرم بیان شده‌اند. ۴. تأثیر نظر دیگران شامل کدهای نظر افراد حرفه‌ای، نظر افراد غیر حرفه‌ای و عدم رضایت همسر می‌باشد. ۵. عدم اطلاع در کدهای عدم اطلاع از مزایا و معایب آی.یودی، عدم اطلاع از شکل و اندازه آن و بی‌اعتمادی به شخص آی.یودی‌گذار و نوع آن و مرکز ارائه عنوان شده است.
۳۴	مُدرك و قبادی (۲۰۱۱)	۲۰۱۱ چاپ	داده‌های پیمایش هزینه درآمد خانوار ۲۰۰۱ و سرشماری ۲۰۰۶	تحلیل ثانویه	مشخص نشده	۱. مراجعه زودتر به خانه‌های بهداشت اثر معناداری بر باروری زنان روستایی دارد. دسترسی زنان به خانه‌های بهداشت در سنین رونق باروری (۲۰ تا ۳۴) نسبت به زنان بالای ۴۰ سال، ۱۸٪ کاهش تعداد فرزندان را به‌دنبال دارد. ۲. طول مدت دسترسی به خانه بهداشت اثر منفی معناداری بر تعداد کل زایمان دارد.

ردیف	نام نویسندگان	سال اجرای مطالعه	جمعیت آماری مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	یافته‌ها
۳۵	کهن و همکاران (۱۳۹۱)	۱۳۹۰	زنان متأهل تحت پوشش مراکز بهداشتی اصفهان	کیفی	۳۷	<p>۱. زنان بر ضرورت وجود امکانات فیزیکی و پرسنلی جهت ارائه مشاوره به زوجین در تنظیم خانواده به‌ویژه در حوالی ازدواج و به‌صورت زوجی (با مشارکت همسر) تأکید داشتند. از نظر شرکت‌کنندگان این کار باعث بها دادن به نظر زن و تقویت جایگاه او به‌عنوان تصمیم‌گیرنده می‌شود. زنان بر مخاطب قرار دادن مردان از طرف برنامه‌ها و مراکز تنظیم خانواده تأکید دارند.</p> <p>۲. مسئله محوری و اصلی، جلب مشارکت مردان در تنظیم خانواده است. اکثریت زنان همراهی و مشارکت مردان را موجب افزایش قدرت خود در تصمیم‌گیری باروری و توانمندی در برنامه‌ریزی برای بچه‌آوری می‌دانند.</p> <p>۳. گسترش خدمات رایگان هم از عوامل توانمندی زنان توسط ایشان عنوان شد. آنان درمان عوارض پیشگیری از بارداری، برنامه‌ریزی خدمات دوران بلوغ تا ازدواج و تنوع روش‌های پیشگیری را از عوامل مهم توانمندی خود در تنظیم خانواده دانستند. البته سهولت دسترسی به امکانات رایگان نتوانسته احساس توانمندی کافی در دستیابی به تمایلات و انتخاب‌های باروری آنان را فراهم کند و در این مورد بیشتر جلب مشارکت مردان اهمیت دارد.</p>
۳۶	فروزانفر و همکاران (۱۳۹۱)	۱۳۸۹	زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت درمانی غرب تهران	پیمایش	۶۲۹	<p>۱. با افزایش سواد رفتار باروری بهبود می‌یابد.</p> <p>۲. در گروه سنی ۲۰-۳۵ رفتار باروری خوب بیشتر از دیگر گروه‌های سنی دیده می‌شود.</p> <p>۳. با افزایش فرزندان رفتار باروری ضعیف می‌شود.</p> <p>۴. اشتغال تأثیری بر باروری ندارد.</p> <p>۵. توانمندی اجتماعی و اقتصادی بر رفتار باروری اثر معنی‌دار ندارد.</p>

### بحث و نتیجه‌گیری

اگر چه تأثیر متغیرهای مستقلی نظیر سطح تحصیلات، سن، سن مادر هنگام تولد فرزندان، جنسیت فرزندان، تعداد فرزندان و سن ازدواج بر رفتار باروری در تحقیقات بسیاری آزمون شده اما شمار تحقیقات در رابطه با موضوع تنظیم خانواده که رویکرد جامعه‌شناختی داشته باشد و ساز و کارهای اثر متغیرها را بر رفتار باروری شرح داده و آزمون یا بررسی کرده باشند، نسبتاً اندک است. همچنین شمار معدودی از فرضیات و سؤالات معطوف



به بررسی اثر عوامل اقتصادی اجتماعی بر موضوع تنظیم خانواده بود. حال اینکه، مرور مطالعات نشان می‌دهد، تنها در پنج پژوهش چگونگی تأثیر متغیرهای اقتصادی نظیر درآمد، پایگاه اقتصادی اجتماعی، اشتغال، محل سکونت و منافع اقتصادی بر رفتار باروری بررسی شده است و در این بین یافته‌های این پژوهش‌ها نیز در مواردی با یکدیگر متفاوت و تناقض‌آمیز است. این نتایج متفاوت را به جز استفاده از روش‌های آماری متفاوت، می‌توان به جامعه آماری متفاوت یا الگوهای اشتغال زنان نسبت داد. یعنی سطح باروری زنان شاغل کمتر از زنان غیرشاغل است. بنابراین به نظر می‌رسد برای یافتن پاسخ این سؤال که تدوین برنامه‌های مشوق فرزندآوری از سوی دولت، آیا می‌تواند موجب افزایش نرخ باروری شود و یا از طریق چه مکانیسم‌هایی برنامه‌های دولتی می‌تواند بر افزایش زاد و ولد تأثیر بگذارد به تحقیق و مطالعه بیشتری نیاز است.

۵۹

با نگاهی به نتایج این پژوهش‌ها درمی‌یابیم که «آموزش و تحصیلات» به‌عنوان عامل اثرگذار در تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان و مردان نسبت به موضوع تنظیم خانواده، در بیش از نیمی از تحقیقات مرور شده ذکر شده است. از آنجا که در غالب تحقیقات مشخص شد تحصیلات بر کاهش باروری اثر داشته است، باید توجه کرد که جامعه تحصیلکرده کنونی احتمالاً مقاومت بیشتری در برابر تمهیدات مشوق باروری خواهد داشت که این امر نیازمند تمهیدات و آموزش‌های ویژه است. همچنین، آموزش گروهی برای زنان به‌منظور افزایش مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده توصیه شده و نیز پیشنهاد شده است که برنامه‌های مناسب آموزشی مختص مردان مدنظر قرار گیرد. تقریباً در یافته‌های تمامی تحقیقاتی که به‌ویژه در جوامع روستایی یا شهری کوچک انجام شده است، بیان شده که آموزش بهداشت نقش مؤثری در افزایش میزان آگاهی و بهبود نگرش و عملکرد افراد دارد. این امر دال بر آن است که سیاست‌های هدف‌گیری شده به‌سمت حفظ نرخ رشد در سطح بهینه، مستلزم ارائه آموزش‌های صحیح و متناسب با اهداف مزبور است. طبیعتاً توقف آموزش‌های مربوط به کنترل جمعیت، نباید به‌معنی توقف و حذف آموزش‌ها و خدمات مرتبط با بهداشت باروری و خانواده تعبیر و عملی شود. این در حالی است که یافته‌ها به‌خصوص در قریب به‌اتفاق مطالعات مناطق روستایی از وجود باورهای غلط، عدم اطلاع درست از برخی روش‌های پیشگیری، اطمینان نداشتن به مؤثر بودن روش، عدم مشارکت همسران و تأثیر نظرات دیگران خبر می‌دهند. بنابراین نیاز به آموزش‌های متناسب همچنان احساس می‌شود. به نظر می‌رسد در میان عوامل

مؤثر بر تنظیم خانواده، مسئله مشارکت زوجین اهمیت ویژه‌ای در تنظیم خانواده داشته باشد. این امر دلالتی بر این موضوع دارد که هرگونه تغییر در سیاست‌های فرزندآوری باید بر جلب مشارکت زوجین متکی باشد تا به‌طور همزمان نگرش زوجین با سیاست‌های جمعیتی تطبیق یابد. از سوی دیگر تمرکز تحقیقات بر زنان که به‌طور سنتی و بیولوژیک مسئول فرزندآوری و تنظیم خانواده به‌حساب می‌آیند نشان از کمبود توجه محققان به نقش مردان در تصمیمات باروری دارد. همچنین نیاز به تحقیقات مقایسه‌ای بین زنان و مردان احساس می‌شود.

اگر چه بعضی تحقیقات بر نقش مهم رهبران رسمی مذهبی و سیاسی کشور در حمایت از تنظیم خانواده صحت داشته‌اند، اما یافته‌های بعضی دیگر از تحقیقات همگرایی نسبی در کاهش باروری را در بین مذاهب، قومیت‌ها و منشأها (شهری/روستایی) را نشان می‌دهد. این امر نشان می‌دهد که عوامل کلانی وجود دارد که تصمیمات و ترجیحات بخش بزرگی از جمعیت را صرف‌نظر از اینکه به چه قومیت، مذهب یا منشأی تعلق دارد تحت تأثیر قرار می‌دهد. این عوامل ممکن است همان باورهایی باشد که از طریق آموزش در جامعه نفوذ یافته است. آموزش‌ها با هدف حفظ نرخ باروری می‌تواند به‌سمتی جهت‌گیری شود که مزایا و منافع تعداد متناسب فرزندان را در دو سطح خانواده و جامعه یادآور شود. این مزایا و منافع می‌تواند شامل منافع روان‌شناختی فرزندآوری برای والدین باشد.

احساس نیاز زوجین به‌ویژه مادر به‌حمایت در پرورش فرزندان دال بر این است که هرگونه سیاست معطوف به فرزندآوری مستلزم فراهم شدن حدی از رفاه و حمایت خانواده است تا در حضور فرزندان، پیشرفت و ترقی والدین با دشواری قابل‌ملاحظه مواجه نشود. همچنین اهتمام نهادهای ذی‌ربط به سلامت اخلاقی جامعه و فراهم شدن امکانات بیشتر برای رشد و آموزش فرزندان عامل دیگری است که می‌تواند احساس امنیت و آرامش والدین را تأمین کند و احتمال فرزندآوری آنها را بیشتر کند. از سوی دیگر تحقیقات مرور شده نشان می‌دهد تحولات ارزشی در مورد کارکرد نهاد ازدواج - که به‌جای آنکه صرفاً اسباب تولید نسل باشد به‌محمل عشق و علاقه زوجین بدون محوریت اساسی فرزندآوری مبدل شده - همچنین ارزش و اهمیت یافتن پیشرفت و ترقی شخصی به‌ویژه در زنان منجر به تحول رفتار باروری شده است.

با توجه به اینکه طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ در مرکز آمار ایران، بعد خانوار در خانواده‌های روستایی بزرگ‌تر است، انجام تحقیقات بیشتر در جوامع روستایی به شناخت

بهتر رفتارهای باروری و عوامل مؤثر بر آن، ساز و کارها و ترجیحات در زمینه باروری و تنظیم خانواده در جوامع روستایی کمک می‌کند. همچنین نیاز به تحقیقات مقایسه‌ای بین شهر و روستا وجود دارد تا تفاوت مخاطبان برنامه‌های تنظیم خانواده احراز شود و برنامه‌های تبلیغاتی و اجرایی متناسب با نوع مخاطبان در نظر گرفته شود.

از سوی دیگر لازم است پژوهش‌های حوزه رفتار باروری به سمت توضیح و تبیین روابط بین متغیرها و نه گزارش صرف همبستگی‌ها پیش برود. متأسفانه بعضی تحقیقات حتی به آزمون فرضیات بدیهی یا بارها آزمایش شده پرداخته‌اند که ارزش علمی چندانی ندارد از جمله به اثر آموزش بر آگاهی (حسین‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰) اثر سن بر مدت استفاده از روش‌ها، اثر سن ازدواج بر کاهش رفتار باروری (منصوریان و خوشنویس، ۱۳۸۵) یا مدت استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری (حسینی و دیگران، ۱۳۸۷) پرداخته‌اند. همچنین به نظر می‌رسد با توجه به اثربخش بودن برنامه‌های تنظیم خانواده پس از ۱۳۸۰، لزومی به تحقیقات مجدد بر روی مسائل پیشین وجود نداشته است، زیرا اغلب نکاتی که زمانی صبغه پروبلماتیک داشته‌اند در این دهه دیگر «مسئله» نبوده‌اند، مانند اثر تحصیلات و آموزش بر باروری در شهرهای بزرگ که دسترسی به تحصیلات و آموزش بیشتر بوده است.

در مجموع امید می‌رود تحقیقات آینده متضمن آزمون فرضیاتی در زمینه اثر متغیرهای قابل دستکاری همچون آموزه‌های فرهنگی و باورها بر تصمیمات و ترجیحات باروری زنان و مردان باشد. همچنین تمهیدات اجرایی برای حفظ باروری در سطح جانشینی به اثر چنین آموزه‌هایی در بسترهای متفاوت باید توجه داشته باشند و متناسب با نیاز و نگرش‌های مخاطبان برنامه‌ریزی شوند. از سوی دیگر لازم است تحقیقات حوزه رفتار باروری عمیق‌تر از گذشته ادامه یابند و بیش از پیش به ساز و کارهای تأثیر عوامل مختلف توجه کنند. به‌علاوه لازم است تحقیقات کیفی به‌منظور درک فضای ذهنی افراد و برداشت‌ها و تفسیرهای‌شان از فرزندآوری، کم‌فرزندی و پرفرزندی توسعه یابد. یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که محدود تحقیقات کیفی انجام شده رهاوردهای متنوع و درک عمیق‌تری از موضوع را به‌دست می‌دهند.

## منابع

۱. باهنر، علیرضا، مریم‌سادات وحدانی‌نیا و مریم‌سادات جعفری. (۱۳۸۱). ارزیابی فاکتورهای تأثیرگذار بر انتخاب روش IUD جهت پیشگیری از حاملگی توسط زنان واجد شرایط شهرستان پاکدشت. پایش. ۱(۲).
۲. حاجیان، کریم‌اله، نسا اصنافی و فروغ علی اکبرنیا عمران. (۱۳۸۷). بررسی فاصله‌گذاری بین تولدها و عوامل مرتبط با آن در مادران چندم‌زای مراجعه‌کننده به زایشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری بابل در سال ۱۳۸۶. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*. ۱۸ (۶۶).
۳. حسین‌زاده، حسن؛ علیرضا حیدرنیا و انوشیروان کاظم‌نژاد. (۱۳۸۰). بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت برنامه‌ریزی‌شده بر پوشش تنظیم خانواده توسط بهورزان در زنان روستاهای شهرستان چابهار در سال ۱۳۷۹. *مجله علوم پزشکی مدرس، آسیب‌شناسی زیستی (علوم پزشکی مدرس)*. ۴(۲).
۴. حسینی، حبیب‌اله؛ همایون ناجی؛ فاطمه عبدی؛ احمد مشهدی‌زاده و عبدالله رضایی. (۱۳۹۰). میزان مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده پس از آموزش گروهی همسران آنها. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. شماره ۲۹.
۵. حسینی، نرجس؛ سعید مظلومی؛ حسین فلاح‌زاده و محمدعلی مروتی شریف‌آباد. (۱۳۸۷). بررسی میزان تداوم و علل مرتبط با قطع روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۶(۱).
۶. دیرکوند، مقدم اشرف؛ زینب سهرابی و ملوک جعفرپور. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بر آگاهی و عملکرد مردان متأهل شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی شهر ایلام در خصوص مشارکت در تنظیم خانواده طی سال ۸۷. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۱۹(۴).
۷. رخشانی، فاطمه؛ مهدی محمدی؛ مژگان مختاری و رؤیا رفاهی. (۱۳۸۱). میزان تداوم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و علل قطع آن در شهر زاهدان. *باروری و ناباروری*. ۳(۲).
۸. روشنی، علی، سیدامیر کیانی؛ عبدالعظیم صدیقی و فروغ مختاری. (۱۳۸۳). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد فرهنگیان شهر رشت نسبت به تنظیم خانواده و روش‌های پیشگیری از حاملگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. ۱۳(۴۹).
۹. زارع، نجف؛ مهرباب صیادی؛ الهام رضائیان‌فرد؛ هاله قائم و مهرداد وثوقی. (۱۳۸۹). مقایسه کارایی مدل رگرسیون پواسن تعمیم‌یافته و چندسطحی با پواسن معمولی در تحلیل رفتار باروری زنان روستایی استان فارس. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل*. ۱۲ (۲).
۱۰. سلطانیان، علیرضا؛ سقراط فقیه‌زاده؛ ابراهیم حاجی‌زاده؛ حمید چوبینه؛ فاطمه بحرینی؛ محمود محمودی فراهانی و حمیدرضا خلخالی. (۱۳۸۶). بررسی نسبت افزایش فراوانی خانوادگی و برخی عوامل مرتبط با آن با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چندگانه در بوشهر. *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پی‌اورد سلامت)*. ۱ (۲).

۱۱. شبکه ملی آمار. (۱۳۹۲). مرکز آمار ایران. <http://www.amar.org.ir/Default.aspx>. دسترسی: ۹۲/۲/۱۲.
۱۲. عباسی شوازی، محمدجلال و رسول صادقی. (۱۳۸۵). قومیت و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه‌های قومی در ایران. *نامه علوم اجتماعی*. ۲۹.
۱۳. عباسی شوازی، محمدجلال؛ پیتر مکدونالد؛ میمنت حسینی چاوشی و زینب کاوه فیروز. (۱۳۸۱). بررسی دیدگاه زنان در مورد رفتارهای باروری در استان یزد با استفاده از روش‌های کیفی. *نامه علوم اجتماعی*. شماره ۱۰.
۱۴. عباسی شوازی، محمدجلال و علی مندگاری. (۱۳۸۹). تأثیر ابعاد متفاوت استقلال زنان بر رفتار باروری آنها در ایران. *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*. ۸ (۱).
۱۵. فروزانفر، سهیلا؛ فرشته مجلسی؛ عباس رحیمی و ابوالقاسم پوررضا. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط توانمندی زنان با رفتارهای باروری. *دانشور*. ۱۹ (۹۲).
۱۶. قاسم‌زاده، سیما و مسعود قنبری. (۱۳۸۵). میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان متأهل ۱۹ تا ۴۵ ساله نسبت به روش‌های جلوگیری از بارداری در سال ۱۳۸۴ در مرکز آموزشی درمانی خانواده ارتش. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*. ۴ (۴).
۱۷. کاظمی‌پور، شهلا. (۱۳۸۹). توسعه و مناسبات جمعیتی در ایران: با رویکرد آینده‌نگر. *فصلنامه برداشت دوم*. ۷.
۱۸. کلانتری، صمد؛ محمد عباس‌زاده؛ فاروق امین‌مظفری و ندا راکعی بناب. (۱۳۸۹). بررسی جامعه‌شناختی گرایش به فرزندآوری و برخی عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: جوانان متأهل شهر تبریز). *جامعه‌شناسی کاربردی*. ۲۱ (۱).
۱۹. کهن، شهناز؛ معصومه سیمبر و فریبا طالقانی. (۱۳۹۱). تبیین نقش خدمات تنظیم خانواده در توانمندی زنان: یک مطالعه کیفی. *حکیم*. ۱۵ (۱).
۲۰. متقی، زهرا و خدیجه میرزایی نجم‌آبادی. (۱۳۹۰). بررسی دیدگاه‌ها و عقاید زنان در مورد موانع استفاده از IUD: یک مطالعه کیفی. *مجله دانش و تندرستی*. ۶ (۳).
۲۱. محمودی، ابوذر؛ محمود کهن؛ فرید عبادی فردآذر؛ مهناز صلحی و ابراهیم رحیمی. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد سلامتی روی آگاهی و نگرش معلمان مرد در خصوص مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم*. ۹ (۳): ۵۳-۴۸.
۲۲. محمودی، محمدجواد و محمود مشفق. (۱۳۸۸). چالش‌ها و فرصت‌های اقتصادی، اجتماعی ناشی از گذار جمعیتی با تأکید بر ایران. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. ۴ (۷): ۸۶-۷۷.
۲۳. محمودیان، حسین و رضا نوبخت. (۱۳۸۹). مذهب و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه‌های مذهبی سنی و شیعه شهر گله‌دار استان فارس. *مسائل اجتماعی ایران (مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم)*. ۱ (۱).

۲۴. محمودیان، حسین؛ احمد محمدپور و مهدی رضایی. (۱۳۸۸). زمینه‌های کم‌فرزندآوری در استان کردستان: مطالعه موردی شهر سقز. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. ۸(۸).
۲۵. مظلومی محمودآباد، سیدسعید؛ فاطمه شهیدی؛ معصومه عباسی شوازی و فاطمه شهری‌زاده. (۱۳۸۵). بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در مورد بهداشت باروری در هفت شهر مرکزی ایران ۱۳۸۴. *باروری و ناباروری*. ۷(۴).
۲۶. منصوریان، محمدکریم و اعظم خوشنویس. (۱۳۸۵). ترجیحات جنسی و گرایش زنان همسردار به رفتار باروری: مطالعه موردی شهر تهران. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. ۲۴(۲).
۲۷. میری، محمدرضا؛ نرگس معاشری؛ میترا مودی؛ زهرا سورگی و هاجر حسینی. (۱۳۸۴). به‌کارگیری مدل قصد رفتاری در رفتارهای باروری زنان کارمند دانشگاه‌های شهر بیرجند. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۱۲(۳-۴).
۲۸. نادى‌باغو، مریم؛ صدیقه نوح‌جاه و محمدحسین حقیقی‌زاده. (۱۳۹۰). الگوی استفاده از روش‌های تنظیم خانواده در زنان بالای ۳۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی اهواز در سال ۱۳۸۹. *جنتاشاپیر*. ۲(۴).
۲۹. نان‌بخش، حسن؛ رضا پورعلی و فریبا نان‌بخش. (۱۳۸۶). بررسی مشخصه‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و میزان آگاهی و نگرش مردان داوطلب انجام وازکتومی در زمینه تنظیم خانواده در شهرستان ارومیه ۱۳۸۴. *مجله پزشکی ارومیه*. سال هجدهم. شماره ۴ (۷۰).
۳۰. نجومی، مرضیه؛ محمد فرهاد رفعتی و مسعود جعفری. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی مردان در مورد تنظیم خانواده در بردآباد سال ۱۳۷۸. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*. پاییز ۱۳۸۱. ۹(۳۰).
۳۱. یعقوبی‌نیا فریبا؛ مهدی فرجی‌شوی و سعیده یعقوبی. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط با مشارکت دبیران مرد زاهدان در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری. *پژوهش پرستاری*. ۶(۲۳).

32. Abbasi-Shavazi, M. J. (2000). The Australian National University. Demography Program, Research School of Social Sciences. *Effects of Marital Fertility and Nuptiality on Fertility Transition in the Islamic Republic of Iran. 1976-1996* (No. 84). Retrieved from Website: <http://hdl.handle.net/1885/41458>.

33. Abbasi-Shavazi, M. J. (2001). Below Replacement-Level Fertility in Iran: Progress and Prospects. International Perspectives on Low Fertility: Trends. *Theories and Policies*. Tokyo: March 21-23, 2001.

34. Abbasi-Shavazi, M. J.; A. Mehryar; G. Jones. & P. McDonald. (2002). Revolution, War and Modernization: Population Policy and Fertility Change in Iran. *Journal of Population Research*. 19(1). 25-46.

35. Abbasi-Shavazi, M. J.; S. P. Morgan; M. Hosseini-Chavoshi & P. McDonald. (2009). Family Change and Continuity in Iran: Birth Control Use Before First Pregnancy. *Journal of Marriage and Family*. 71: 1309-1324.

36. Ajami, I. (1976). Differential Fertility in Peasant Communities: A Study of Six Iranian

- Villages. *Population Studies*. 30(3). 453-463.
37. Good M. J.; G. M. Farr. & B. J Good. (1980). Social Status and Fertility: A Study of a Town and Three Villages in Northwestern Iran. *Population Studies: A Journal of Demography*. 34:2. 311-319.
38. Modrek, S. & N. Ghobadi. (2011). The Expansion of Health Houses and Fertility Outcomes in Rural Iran. *Studies in Family Planning*. 2011 Sep. 42(3). 46-137.
39. Paydarfar. A. (1995). Effects of Multi-Family Housing on Marital Fertility in Iran: Population Policy Implications. *Biodemography and Social Biology*. 42:3-4. 214-225.
40. WHO. (n.d.). *Family Planning*. Retrieved Sep 29, 2013, from WHO: [http://www.who.int/topics/family\\_planning/en](http://www.who.int/topics/family_planning/en).

