ORIGINAL ARTICLE

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

Zahra Zare[1],
Ehsan Saffari[2],
Roya Kiaee Tabar[3]

[1] Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
[2] Instructor, Department of Biostatistics, Duke-NUS University of Medical Sciences, Quantitative Medical Center, Duke-NUS University of Medical Sciences, Singapore, Singapore
[3]BSc in Midwifery, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۲ تیر سال ۱۳۹۷ (۱۱۴-۱۰۴)

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

زهرا زارع[۱]
احسان صفاری[۲]
رویا کیایی تبار[۳]

چکیده

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

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال۱۳۹۵ روی ۴۵۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر سبزوار به روش خوشه‌ای و آسان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تاهل و عدم بارداری در حال حاضر بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، انگیزه‌های باروری میلر و پرسش‌نامه نگرش به مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون، اسپیرمن وکروسکال والیس انجام شد.سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین انگیزه‌های مثبت باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک(p =۰/۰۰۴)، معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار(p =۰/۰۱)، افزایش مرخصی زایمان(p =۰/۰۱). ارتباط معنی‌دار و مستقیم وجود داشت. بین انگیزه‌های منفی باروری با پرداخت سکه بهار آزادی(p =۰/۰۱)، پرداخت وام قرض‌الحسنه و مسکن(p =۰/۰۰۱)، واگذاری مسکن(p =۰/۰۰۱) و مرخصی پدر (p =۰/۰۰۴) رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت.

استنتاج: با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود سیاست‌های جمعیتی مشوق فرزندآوری بیش‌تر معطوف به موارد مهم‌تر و تاثیرگذارتر همانند پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، پرداخت سکه بهار آزادی، پرداخت وام قرض‌الحسنه، مسکن و واگذاری مسکن شود.

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

مقدمه

ایران از جمله کشورهایی است که کاهش شدید باروری را در جهان تجربه کرده است. کاهش بیش از ۵۰ درصدی باروری نه تنها این کشور را در بین کشورهای مسلمان منحصر به فرد کرده است، بلکه چنین رکوردی در هیچ جای دیگر قابل مشاهده نیست(۱). نتایج سرشماری‌ها و آمارهای موجود در ایران نشان می‌دهد

مولف مسئول: زهرا زارع- سبزوار: دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پزشکی E-mail: zare1984@yahoo.com
۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲. مربی، گروه آمار زیستی، مرکز پزشکی محاسباتی دانشگاه علوم پزشکی Duke-NUS ، سنگاپور، سنگاپور
۳. کارشناس مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۶/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۷/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۹/۱۴

که میزان باروری کل از حدود۷/۷ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۴۵ به ۱/۶ در سال ۱۳۹۰ رسیده است(۲). پیش‌بینی می‌شود با تداوم روند کاهش باروری در حد زیر سطح جانشینی (۲/۱ فرزند برای هر زن)، در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۱۰رشد سالانه جمعیت ایران به ۱ برسد. مطابق سناریوی رشد پایین جمعیتی که سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۰ منتشر کرده است، اگر ایران به همین صورت به ادامه جایگزینی جمعیتی بپردازد و برنامه‌ای برای تعادل آن نداشته باشد، در ۸۰ سال آینده جمعیت ۳۱ میلیونی را تجربه خواهد کرد که ۴۷ درصد آن را سالمندان بالای ۶۰ سال در بر می‌گیرند(۳). کاهش سریع نرخ باروری و به هم ریختن موازنه هرم سنی، می‌تواند آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی جبران‌ناپذیری بر کشور وارد نماید(۴) .

گرایش به داشتن فرزند کم‌تر نشانه آن است که زنان به کشف‌های جدیدی دست یافته‌اند؛ از جمله آن که از محیط های کوچک خانوادگیشان بیرون آمده‌اند، تحصیل می‌کنند، در مناسبات اجتماعی شرکت می‌کنند و در همه عرصه‌ها فعال‌اند. در واقع، زنان امروز هویت زنانه خود را در جاهای دیگری جز خانه و مادر شدن جستجو می‌کنند(۵). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که باروری، هم تحت تأثیر انتخاب فردی و هم متأثر از ارزش‌ها، فرهنگ و هنجارهای اجتماعی است. انگیزه باروری، موضوعی پیچیده است که دارای ریشه‌های فرهنگی، رفتاری و اعتقادی بوده و در بستر انتقال جمعیتی و توسعه اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌یابند(۶،۷). انگیزه‌های باروری شامل انگیزه‌های مثبت و منفی هستند. انگیزه‌های مثبت باروری در واقع شامل: دلایل شخصی هر فرد برای خواستن فرزند و شامل لذت بارداری، تولد و کودکی، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند می‌باشد. انگیزه منفی باروری شامل: دلایل نخواستن فرزند نظیر ترس از والد شدن، استرس‌های والدین و چالش‌های مراقبتی فرزند می‌باشد(۱۰-۸). نتیجه مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که انگیزه مثبت باروری با میل بیش‌تر به فرزندآوری، تعداد بیش‌تر فرزندان دلخواه و فواصل کم‌تر بین تولد فرزندان همراه است(۸). در مطالعه دیگر در شیراز، انگیزه‌های مثبت باروری با میل به فرزندآوری و تعداد دلخواه فرزندان ارتباط مستقیم و معنی‌دار و با زمان دلخواه فرزندآوری ارتباط معکوس و معناداری داشت. در مطالعه وی، انگیزه منفی باروری با میل به فرزندآوری ارتباط معکوس و معناداری داشت(۹). با توجه به کاهش فزاینده باروری در کشور، از ابتدای سال ۱۳۸۹ سیاست‌های کشور درخصوص برنامه تنظیم خانواده به طور محسوس تغییر کرد و در سال ۱۳۹۰ لایحه‌ای در این خصوص از سوی دولت تقدیم مجلس شد و به موجب آن کلیه محدودیت‌های فرزندآوری از قوانین کشور حذف شد. در سال۱۳۹۱ کارگروه جمعیت در مجلس شورای اسلامی تشکیل شد و مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی با اقدامات ملی و راهبردهای اساسی، راهکارهایی را برای جلوگیری از کاهش نرخ باروری و ارتقاء آن تعیین کرد(۱۲،۱۱). در این راستا، ارایه بسته‌های تشویقی موالید یکی از تدابیر اصلی برای جلوگیری از کاهش بیش‌تر باروری و افزایش آن دست کم تا سطح جایگزینی می‌باشد. برنامه‌های تشویق افزایش موالید در کشورهایی هم‌چون سوئد، فرانسه، روسیه، آلمان، انگلستانو ایرلند نیز وجود دارد. پرداخت حقوق ماهیانه، اعطای مرخصی ۱۵ ماه به والدین بعد زایمان، اختصاص سبد کالاهای حمایتی، تضمین قانونی دولت نسبت به کمک هزینه‌های مالی فرزندان برای دوران مدرسه و دانشگاه از جمله این سیاست‌های تشویقی جهت بالا بردن تعداد موالید و در نتیجه افزایش طبیعی جمعیت است(۱۳).

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

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

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی روی ۴۵۰ زن در سنین ۱۸تا ۳۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه از روش تعیین حجم نمونه برای مدل رگرسیون ساده استفاده شد. در این مطالعه مقدار ضریب همبستگی با استناد به مقالات مشابه(۱۴،۱۰)، ۰/۱در نظر گرفته شد و حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار PASS نسخه ۱۱ تعداد ۴۵۰ نفر محاسبه شد. ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مد نظر بود. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای انجام شد؛ بدین ترتیب که از هر کدام از ۷ مرکز بهداشتی- درمانی اصلی شهرسبزوار، دو مرکز به‌طور تصادفی انتخاب شد و در هر مرکز منتخب به صورت متناسب با حجم و متوسط تعداد مراجعین روزانه، حجم نمونه لازم به صورت در دسترس انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ ایرانی و ساکن شهر سبزوار، متاهل بودن و عدم بارداری در حال حاضر بود و معیارهای خروج ازمطالعه نیز شامل؛ پاسخ‌دهی ناقص به پرسش‌نامه‌ها و سابقه عمل هیسترکتومی، توبکتومی یا واژکتومی در همسر بود. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (IR.MEDSAB.REC.1395.35) و هماهنگی لازم با مسئولین مراکز بهداشتی منتخب، پژوهشگر در این مراکز حضور پیدا می‌کرد و حجم نمونه لازم را از بین زنانی که به مراکز بهداشتی منتخب شهر سبزوار جهت دریافت خدمات مراجعه‌کرده و دارای معیارهای ورود به پژوهش و مایل به شرکت در پژوهش هستند، انتخاب می‌کرد و با رعایت حفظ حریم خصوصی، هر یک از واحدهای پژوهش به محلی خلوت و آرام در مراکز بهداشتی هدایت می‌شدند و در مورد اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها توضیح داده می‌شد. سپس چک لیست انتخاب واحد پژوهش به شیوه مصاحبه تکمیل شده و در انتهای مصاحبه در صورتی که فرد معیارهای ورود به پژوهش را دارا بود، از وی خواسته می‌شد که فرم رضایت آگاهانه را امضا نماید. در ادامه در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها توضیح داده شده و از واحدهای پژوهش خواسته می‌شد پرسش‌نامه را با دقت مطالعه‌کنند و پاسخی را انتخاب‌کنند که به وضعیت فعلی آن‌ها نزدیک‌تر باشد. در صورتی که مشارکت‌کنندگان بی‌سواد یا کم سواد بودند، پرسش‌نامه‌ها به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد.

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

انگیزه منفی دارای ۱۹ گویه و حیطه‌های ترس از والد شدن، استرس‌های والدین و چالش‌های مراقبتی فرزند است. جهت نمره‌دهی از مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره۱) تا کاملاً موافق (نمره ۴) استفاده می‌شود(۸). در ویرایش فارسی این پرسش‌نامه، تغییراتی صورت گرفته تا جهت استفاده در جامعه ایرانی متناسب شود. ۷ گویه به انگیزه‌های مثبت پرسش‌نامه میلر اضافه شده است که برگرفته از یک مطالعه کیفی و در راستای متناسب‌سازی این پرسش‌نامه با فرهنگ ایران می‌باشد(۱۰). پایایی این ابزار در مطالعه خدیوزاده و همکاران به روش آزمون مجدد (r =۰/۹۸) و آلفای کرونباخ (۰/۹۴) تایید شد(۱۰).

در مطالعه حاضر نیز پایایی این ابزار به روش آزمون مجدد(r =۰/۸۹) تایید شد. ابزار دیگر پرسش‌نامه مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری بود که گویه‌های آن براساس لایحه جمعیت و تعالی خانواده توسط خدیوزاده وهمکاران(۱۴) طراحی شد و شامل ۱۰گویه می‌باشد. جهت نمره دهی از مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت به صورت اصلاً (۱) تا خیلی زیاد(۵) استفاده می‌شود. پایایی این ابزار در مطالعه خدیوزاده و همکاران به روش پایایی همگونی با آلفای کرونباخ(۰/۹۷) تایید شد(۱۴). در مطالعه حاضر نیز پایایی این ابزار به روش آزمون مجدد (r =۰/۹۱) تایید شد. جهت تأییدروایی ابزار انگیزه‌های باروری و نگرش به مشوق دولتی نیز از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد. بدین ترتیب که پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۱۰ تن از اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

نکات اخلاقی در این مطالعه رعایت شد و کلیه اطلاعات محرمانه حفظ شد. افراد با رضایت کتبی و آگاهانه دراین پژوهش شرکت داشتند. داده‌ها با استفاده نرم‌افزار آماری (نسخه۲۲) SPSS و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار..)، آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنوف، همبستگی پیرسون،اسپیرمن وکروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول شماره۱ برخی ازمشخصات واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ انگیزه‌های باروری زنان شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

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

متغیر		تعداد (درصد)
تحصیل	بی سواد و ابتدایی	۶۰ (۱۳/۳)
	سیکل	۷۵ (۱۶/۷)
	دیپلم	۱۳۱ (۲۹/۱)
	کاردانی و کارشناسی	۱۶۲ (۳۶)
	ارشد و دکتری	۲۲ (۴/۹)
تحصیل همسر	بی سواد و ابتدایی	۶۷ (۱۴/۹)
	سیکل	۹۱ (۲۰/۲)
	دیپلم	۱۱۳ (۲۵/۱)
	کاردانی و کارشناسی	۱۳۱ (۲۹/۱)
	ارشد و دکتری	۴۸ (۱۰/۶)
شغل	خانه دار	۳۰۸ (۶۸/۴)
	محصل یا دانشجو	۵۶ (۱۲/۴)
	کارمند	۶۷ (۱۴/۹)
	شغل آزاد	۱۹ (۴/۲)
شغل همسر	بیکار	۵ (۱/۱)
	محصل یا دانشجو	۱۲ (۲/۷)
	کارمند	۱۱۴ (۲۵/۳)
	شغل آزاد	۲۵۶ (۵۶/۹)
	کارگر	۶۳ (۱۴)
درآمد	کم تر از حد کفاف	۹۶ (۲۱/۳)
	در حد کفاف	۳۲۶ (۷۲/۴)
	بیش تر از حد کفاف	۲۸ (۶/۲)
		انحراف معیار ±میانگین
سن		۶/۴۲ ± ۲۶/۲
مدت ازدواج		۶/۶ ± ۸/۹
تعداد بارداری		۱/۵ ± ۱/۷۴
تعداد فرزند		۱/۱ ± ۱/۲

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

انگیزه باروری		انحراف معیار± میانگین
انگیزه های مثبت	لذت باروری،تولد و کودکی	۳/۳۲ ± ۲۱/۴۱
	دیدگاه سنتی	۳/۵۰ ± ۲۰/۴۲
	رضایت از فرزندپروری	۲/۸۵ ± ۲۱/۸۰
	احساس نیاز و بقا	۳/۲۱ ± ۱۸/۰۷
	استفاده ابزاری از فرزند	۷/۱۹ ± ۳۱/۵۳
	نمره کل انگیزه مثبت باروری	۳/۰۳± ۲۲/۶۴
انگیزه های منفی	ترس از والد شدن	۵/۰۷ ± ۲۰/۹۰
	استرس والدین	۵/۶۵ ± ۲۱/۸۶
	چالش های مراقبت فرزند	۴/۰۹ ± ۸/۵۱
	نمره کل انگیزه منفی باروری	۳/۸۵ ± ۱۷/۱

میانگین نمره کلی نگرش به مشوق‌های دولتی ۳۲/۴۶± ۵۸/۵۷ بود. جدول شماره ۳ نوع نگرش واحدهای پژوهش به تأثیر مشوق دولتی در خصوص فرزندآوری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴ رابطه بین اجزاء مشوق‌های دولتی درخصوص‌فرزندآوری با انگیزه‌های‌باروری در واحدهای پژوهش را نشان می دهد.

بر اساس جدول شماره ۴ و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، مشخص شد از بین انگیزه‌های منفی باروری؛ بین استرس والدین با پرداخت سکه بهار آزادی، پرداخت وام قرض‌الحسنه و مسکن، واگذاری مسکن و مرخصی پدر رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. از بین انگیزه‌های مثبت باروری؛ لذت باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار و افزایش مدت مرخصی زایمان و کاهش ساعات کار موظف مادران باردار رابطه معنادار و مستقیمی وجود داشت و بین رضایت فرزند پروری با معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار ارتباط معنی‌دار و مستقیمی وجود داشت. بین استفاده ابزاری از فرزند نیز از انگیزه های مثبت باروری با پوشش رایگان بیمه مادر و کودک، معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادران باردار و پرداخت سکه بهار آزادی رابطه معنادار و مستقیمی وجود داشت. بین سطح تحصیلات زن با انگیزه‌های مثبت باروری ($r =۰/۰۹$ ،$p =۰/۰۵$) رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. بدین نحو که هر چقدر سطح تحصیلات زنان بالاتر بود، انگیزه‌های مثبت آنان برای باروری کم تر بود. هم چنین بین سطح تحصیلات زن با آیتم پوشش بیمه رایگان مادر و کودک ($p =۰/۰۱$، $r =۰/۱۱$، $p =۰/۰۱$)، معاینات رایگان و بن موادغذایی برای مادران باردار ($p =۰/۰۰۰۳$، $r =۰/۱۳$)، پرداخت سکه بهارآزادی ($p =۰/۰۰۱$، $r =۰/۱۴$) نیز رابطه معنی‌دار

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

اجزا	اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
پوشش رایگان بیمه مادر و کودک تا ۲ سال	۹۳ (۲۰/۶۷)	۲۱ (۴/۶۷)	۸۶ (۱۹/۱۱)	۹۶ (۲۱/۳۳)	۱۵۴ (۳۴/۲۲)
معاینات رایگان ماهانه و بن غذایی رایگان مادر باردار	۸۷ (۱۹/۳۳)	۲۹ (۶/۴۴)	۷۷ (۱۷/۱۱)	۱۰۱ (۲۲/۴۴)	۱۵۶ (۳۴/۶۷)
افزایش مدت مرخصی زایمان و کاهش ساعات کار موظف مادران باردار	۱۲۷ (۲۸/۲۲)	۳۳ (۷/۳۳)	۸۴ (۱۸/۶۷)	۸۲ (۱۸/۲۲)	۱۲۴ (۲۷/۵۶)
کاهش مالیات به تعداد فرزندان خانواده	۹۰ (۲۰/۰۰)	۳۹ (۸/۶۷)	۹۴ (۲۰/۸۹)	۸۶ (۱۹/۱۱)	۱۴۱ (۳۱/۳۳)
پرداخت سکه بهار آزادی	۹۱ (۲۰/۲۲)	۳۰ (۶/۶۷)	۶۵ (۱۴/۴۴)	۹۳ (۲۰/۶۷)	۱۷۱ (۳۸/۰۰)
پرداخت وام قرض الحسنه به زوجین که بچه دار می شوند و وام خرید مسکن دو برابر	۸۵ (۱۸/۸۹)	۲۵ (۵/۵۶)	۵۹ (۱۳/۱۱)	۸۹ (۱۹/۷۸)	۱۹۲ (۴۲/۶۷)
واگذاری مسکن به خانواده های پرجمعیت	۸۰ (۱۷/۷۸)	۲۶ (۵/۷۸)	۶۵ (۱۴/۴۴)	۷۹ (۱۷/۵۶)	۲۰۰ (۴۴/۴۴)
افزایش سنوات کار برای مادر شاغل به ازای هر فرزند	۱۳۴ (۲۹/۷۸)	۲۵ (۵/۵۶)	۷۷ (۱۷/۱۱)	۸۱ (۱۸/۰۰)	۱۳۳ (۲۹/۵۶)
افزایش سال های درس خواندن و گرفتن وام ودیعه مسکن از دانشگاه	۱۳۶ (۳۰/۲۲)	۲۴ (۵/۳۳)	۹۱ (۲۰/۲۲)	۸۵ (۱۸/۸۹)	۱۱۴ (۲۵/۳۳)
مرخصی به پدران بعد تولد فرزند	۱۳۳ (۲۹/۶۲)	۲۹ (۶/۴۶)	۶۷ (۱۴/۹۲)	۶۸ (۱۵/۱۴)	۱۵۲ (۳۳/۸۵)

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

اجزاء مشوق های دولتی	انگیزه های مثبت						انگیزه های منفی	
	لذت باروری	دیدگاه سنتی	رضایت از فرزند پروری	احساس نیاز و بقا	استفاده ابزاری از فرزند	ترس از والد شدن	استرس والدین	چالش های مراقبت فرزند
پوشش رایگان بیمه	۰/۱۶۶**	۰/۰۱۸	۰/۰۸۱	۰/۰۵۸	۰/۱۵۲***	۰/۰۴۱	۰/۰۳۹	۰/۰۱۴
معاینات و بن موادغذایی رایگان	۰/۱*2	۰/۰۳۸	۰/۱۰*	۰/۰۷۶	۰/۱۵۵***	۰/۰۱۳	۰/۰۵۹	۰/۰۱۶
افزایش مرخصی زایمان و کاهش ساعات کار مادران باردار	۰/۱۰۴*	۰/۰۶۶	۰/۰۲۰	۰/۰۴۳	۰/۰۹۹	۰/۰۴۳	۰/۰۷۷	۰/۰۱۱
کاهش مالیات	۰/۰۷۲	۰/۰۶۶	۰/۰۴۶	۰/۰۵۴	۰/۰۸۳	۰/۰۴۸	۰/۰۷۹	۰/۰۰۸
پرداخت سکه	۰/۰۸۴	۰/۰۰۴	۰/۰۴۳	۰/۰۱۱	۰/۱۲۲**	۰/۰۴۶	۰/۱۰۵*	۰/۰۱۴
پرداخت وام	۰/۰۶۱	۰/۰۱۶	۰/۰۳۵	۰/۰۱۲	۰/۰۵۷	۰/۰۱۸	۰/۱۵۰***	۰/۰۲۲
واگذاری مسکن	۰/۰۸۲	۰/۰۲۴	۰/۰۳۵	۰/۰۱۷	۰/۰۶۹	۰/۰۴۰	۰/۱۷۰***	۰/۰۱۳
افزایش سنوات	۰/۰۳۲	۰/۰۳۴	۰/۰۱۶	۰/۰۱۸	۰/۰۱۴	۰/۰۲۳	۰/۰۸۸	۰/۰۱۷
افزایش سال های درس خواندن و گرفتن وام	۰/۰۳۳	۰/۰۳۰	۰/۰۰۵	۰/۰۱۰	۰/۰۰۲	۰/۰۱۳	۰/۰۶۴	۰/۰۴۰
مرخصی پدران	۰/۰۹۵	۰/۰۱	۰/۰۳۲	۰/۰۳۴	۰/۰۰۴	۰/۰۲۲	۰/۱۳۶**	۰/۰۵۲

* $p< ۰/۰۱$ ، ** $p< ۰/۰۰۱$ ، *** $p< ۰/۰۰۰$

و معکوسی وجود داشت. بدین نحو که هر چقدر سطح تحصیلات زن بالاتر می‌رفت، تاثیر این مشوق‌ها در فرزندآوری کاسته می‌شد. نتایج آزمون پیرسون و اسپیرمن نشان داد بین تعداد زایمان (p= ۰/۰۰۱، r= ۰/۱۶۲)، تعداد بارداری (p= ۰/۰۳، r= ۰/۱۲) و تعداد فرزند (p= ۰/۰۰۱، r= ۰/۱۴) با انگیزه‌های منفی باروری رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد. بدین صورت‌که با افزایش تعداد بارداری، زایمان و فرزند افراد انگیزه کم‌تری برای باروری داشتند. هم‌چنین بین تعداد فرزند با آیتم افزایش مدت مرخصی زایمان از مشوق‌های دولتی (p= ۰/۰۰۳، r= ۰/۱۴) و اعطای مرخصی به پدر بعد تولد فرزند (p= ۰/۰۰۳، r= ۰/۱۳) رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. بدین صورت که با افزایش تعداد فرزند، افراد تاثیر این مشوق‌ها را بر فرزندآوری کم‌تر گزارش کردند. نتیجه آزمون کروسکال والیس نیز نشان داد؛ بین شغل همسر با انگیزه های منفی باروری ارتباط معناداری وجود داشت، به طوری که بیش‌ترین انگیزه منفی در بیکار بودن همسر دیده شد (p= ۰/۰۱). بین شغل همسر با آیتم پوشش بیمه (p= ۰/۰۰۱)، معاینات و بن موادغذایی (p< ۰/۰۰۱) و پرداخت سکه (p= ۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به طوری که افرادی که شغل همسر آن‌ها کارگر یا بیکار بود، تاثیر این مشوق‌های دولتی را بر فرزندآوری خود بیش‌تر می‌دانستند. بین سطح درآمد با نمره کلی نگرش به مشوق‌های دولتی فرزندآوری (p= ۰/۰۰۱، r= ۰/۱۴) و نمره کلی انگیزه‌های منفی باروری (p= ۰/۰۰۱، r= ۰/۱۱) رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. بدین‌صورت که با افزایش سطح درآمد، واحدهای پژوهش انگیزه منفی بیش‌تری برای باروری داشتند و تاثیر مشوق‌های دولتی را بر فرزندآوری خود کم‌تر گزارش کردند. بین نوع محل سکونت با انگیزه‌های منفی باروری ارتباط وجود داشت به‌طوری که کم‌ترین انگیزه منفی باروری در سکونت در منزل شخصی گزارش شد (p= ۰/۰۱). بین روش زایمان با آیتم افزایش مدت مرخصی زایمان رابطه معناداری مشاهده شد (p= ۰/۰۱)، بدین‌نحو که زنان با سابقه زایمان سزارین تاثیر این مشوق را بر فرزندآوری خود بیش‌تر گزارش کردند. بین جنس فرزند نیز با انگیزه‌های منفی باروری ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به‌طوری که بیش‌ترین انگیزه منفی در گروهی دیده شد که هر دو جنس فرزند را داشتند (p= ۰/۰۱).

بحث

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

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

شـهر مشـهد انجـام شـد، نشـان داد یکـی از مهـم‌تـرین زمینه‌هایی که از نظر مشارکت‌کنندگان به تصمیم به کم فرزندی منجر می‌شد، دغدغه‌های اقتصادی نگهداری از فرزند بود(۱۸). نتیجه مطالعه‌ای در چین نیز نشان داد ارائه مشوق‌های مالی فرزنـدآوری از طـرف دولـت بـر قصـد باروری زنان تـاثیر مثبـت دارد(۱۹). لـذا مـی‌تـوان نتیجـه گرفت مشوق‌های مـالی فرزنـدآوری مـی‌توانـد اسـترس والدین را در نگهداری از فرزند کاهش دهد و با کاهش انگیزه منفی باروری، فرزندآوری را افزایش دهـد. ارائـه مشوق‌های مالی در سـایر کشـورها هـم‌چـون سـوئد کـه دارای بیش‌ترین رشـد جمعیـت در کشـورهای اروپـایی اسـت و هـم‌چنـین آلمـان، انگلسـتان، روسـیه، ژاپـن، سنگاپور وجود دارد(۲۰).

طبق نتایج این مطالعه، بین آیتم مرخصی پدران بعد تولد فرزند با انگیزه‌های مثبت باروری رابطه معنـی‌دار و مستقیم و با انگیزه‌های منفی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد، بدین نحـو کـه بـا ارائـه ایـن مشـوق دولتـی فرزنـدآوری انگیـزه‌هـای بـاروری مثبـت افـراد بـیش‌تـر می‌شود. این نتیجه بـا یافتـه مطالعـه دیگـر کـه در مشـهد روی ۴۵۰زوج مراجعه‌کننده به مراکز بهداشـت پـیش از ازدواج انجام شد، مغایر است. در این مطالعه بین اعطـای مرخصی به پدران بعد تولد فرزند با میل بـه فرزنـدآوری رابطـه معکـوس و معنـی‌داری وجـود دارد و بـا تعـداد دلخواه فرزند نیز رابطه معنی‌داری ندارد(۱۴). علت عـدم مغایرت این مطالعه با مطالعه حاضر را می‌توان انجـام آن روی هر دو زوج و زمان قبل از ازدواج و شروع زندگی مشترک دانست. ترس از زایمان، تولد فرزند و نگهداری از فرزند تازه به دنیا آمده، زنان را دچار اضطراب می‌کنـد و دوره بعد از زایمان را یـک دوره مهـم و آسـیب پـذیر برای زنان می‌کند. بدیهی است وجود همسر و حمایت و توجه بیش‌تر او در دوره پـس از زایمـان تـا حـد زیـادی می‌تواند سبب کاهش اضطراب، نگرانی و افسردگی زنـان در این دوره شود(۲۲،۲۱). ازین جهت می‌توان گفـت وجـود همسر در کنار زن در دوره پس از زایمان و حمایت وی مـی‌توانـد سـبب کـاهش انگیـزه‌هـای منفـی و افـزایش انگیزه‌های مثبت باروری شود.

در مطالعه حاضر بین انگیزه‌هـای مثبـت بـاروری بـا سطح تحصـیلات زن رابطـه معنـادار و معکوسـی وجـود داشت، بدین نحو که هر چقدر سطح تحصیلات زنان بالاتر بود، انگیزه‌های مثبت آنان برای باروری کم‌تر بود که بـا نتیجه چندین مطالعه هم‌خـوانی دارد(۵، ۱۰، ۲۵-۲۳). ورود بـه دانشـگاه و افـزایش سـطح تحصـیلات بـه‌طـور غیرمستقیم از طریق تغییر در نگرش‌ها و عقایـد فـردی و شکل دادن به نگرش‌های مـدرن و بـه‌طـور مسـتقیم از طریق بالابردن سـن ازدواج و در نتیجـه تـأخیر در سـن فرزنـدآوری می‌تواند بـرمیـزان باروری تاثیر بگـذارد(۲۵)، از طرفـی داشـتن تحصـیلات بـالاتر منجـر بـه حضـور و مشارکت بیش‌تر زنان در مسـایل اقتصـادی، اجتمـاعی و فرهنگی جامعه شده و بسیاری از فرصت‌های فرزنـدآوری و تربیـت آنـان را بـه صـورت دلخـواه بـا انجـام دیگـر فعالیت‌های روزمره جایگزین می‌کند(۲۶). ایـن نتیجـه بـا یافتـه مطالعـه‌ای دیگـر کـه بـا هـدف بررسـی تمـایلات بـاروری زنـان کـرد در شـهر مهابـاد انجـام داد، هـم‌سـو نبود(۲۷). علت عدم هم‌خوانی را مـی‌تـوان ویژگـی‌هـای جمعیتـی، فرهنگـی و اقتصـادی- اجتمـاعی متفـاوت در زنان کرد با جامعه حاضر دانست.

در مطالعه حاضر بین تعداد زایمان، تعداد بارداری و تعداد فرزند با انگیزه‌های منفی باروری رابطه معنـی‌دار و مستقیمی وجود داشت. بدین‌صورت که با افزایش تعداد بارداری، زایمان و تعداد فرزند افراد انگیزه کم‌تری برای باروری داشتند که با یافته چند محقق دیگـر هـم خـوانی دارد(۲۹،۲۸،۵).

در مطالعه‌ای که در تهـران بـا هـدف تعیـین عوامـل اقتصادی جمعیتی مؤثر بر بـاروری زنـان ۱۵ تـا ۴۹ سـاله شاغل در آموزش و پرورش در تهران انجـام شـد، گـزارش شد که هرچه تعداد فرزند بیش‌تر باشد تمایل به بـاروری زنان افزایش می‌یابد که با نتیجه مطالعـه حاضـر مغـایرت دارد(۲۶). از دلایل عدم هم خوانی این نتایج را مـی‌تـوان

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

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد؛ بین نوع محل سکونت با انگیزه‌های منفی باروری ارتباط وجود دارد، به طوری که کم‌ترین انگیزه منفی باروری در سکونت در منزل شخصی گزارش شد که با نتیجه دو مطالعه دیگر هم‌سو می‌باشد(۳۰،۲۳). در این مطالعات گزارش شد تملک شخصی منزل با تمایلات باروری زنان رابطه معنادار و مستقیمی دارد.

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

در این مطالعه بین روش زایمان با آیتم افزایش مدت مرخصی زایمان رابطه معناداری مشاهده شد، بدین نحو که زنان با سابقه زایمان سزارین تاثیر این مشوق را بر فرزند آوری خود بیش‌تر گزارش کردند. نتیجه مطالعات مختلف بیان گر بالاتر بودن کیفیت زندگی جسمی و روحی در دوره پس از زایمان در زنان با سابقه زایمان مهبلی نسبت به زایمان سزارین می‌باشد. وجود مشکلات عمومی بیش‌تر چون درد، مشکلات عضلانی-اسکلتی، مشکلات گوارشی، خستگی، نیاز به درمان و مراقبت های پزشکی، اختلال خواب هم چنین وجود مشکلات روحی بیش تر هم چون اضطراب و افسردگی در زنان با زایمان سزارین، می تواند نیاز آن ها را به دوره استراحت طولانی تر بیش‌تر کند(۳۴-۳۲). ازاین رو در این مطالعه زنان با سابقه زایمان سزارین، این مشوق دولتی را در افزایش فرزندآوری خود موثر دانسته اند.

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

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

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (کد94211) انجام شده است. بدین وسیله از شورای محترم پژوهشی و از تمام پرسنل مراکز بهداشتی منتخب شهر سبزوار به دلیل همکاری در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Hosseini GH, Hosseini H. Comparing determinants of fertility behaviour among Kurdish women living in rural areas of Ravansar and Gilangharb cities. KUMS.

2013; 17(5): 316-324 (Persian).
2. Erfani A. Fertility in Tehran City and Iran: Rates, Trends and Differentials. Population Study 2013; 1(1): 87-153 (Persian).
3. Ghamami MM, Azizi H. Requirements of crowd legislative policy in the Islamic Republic of Iran. JWSS 2014; 17(66): 118-156 (Persian).
4. Mobasheri M,Alidousti M, Heidari Soureshjani S, Khosravi F, Khalafeyan P, Jalilian M. Determination of the Most Important Factors Influencing the Fertility Patterns of Single Child and Without Child Families in Shahr-e-kord City in 2013. SJIMU 2013; 21(6): 63-70 (Persian).
5. Hosseini H, Begi B. Determinant of economic, social, cultural and demographic trends Childbearing Women referred to health centers in Hamedan. Scientific. KUMS 2014;18(1): 35-43 (Persian).
6. Kheshavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hossein pour K. Factors affecting differences in fertility behavior of Resident and migrating tribes of Samirom. Health Sys Res 2012; 8(3): 456-465 (Persian).
7. Rijkin AJ, Liefbroer AC. The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. Europ Demogr Inf Bull 2009; 25(1): 27-44.
8. Miller WB, Millstein SG, Pasta DJ. The measurement of childbearing motivation in couples considering the use of assisted reproductive technology. Biodemography Soc Biol 2008; 54(1): 8-32.
9. Pezeshki M, Zeighami B, Miller B.measuring the childbearing motivation of couples referred to the shiraz health center to premarital examination. J Biosoc Sci 2004; 37(2005): 53-37.
10. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. IJOGI 2014; 17(114): 8-18 (Persian).
11. Hosseini H, Torkashvand M. Age Structure in IRAN. 6th Congress of Iranian demography. Tehran: November7-8, 2012. Available from: URL: www.paiassoc.ir/Book. Accessed May 2, 2015.
12. Examine the demographic policies of the government and the Supreme Council of the Cultural Revolution; 2012. Available from: URL:http://mehrkhane.com/fa/news/5693/. Accessed May 2, 2012.
13. Ghasemi Ardehali, Rad F, Savabi H. Survey of women's fertility changes in terms of socio-economic status of couples. JWSS. 2014; 16(63): 126-162 (Persian).
14. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude toward Governmental Incentives on Childbearing and its Relationship with Fertility Preferences in Couples Attending Premarital Counseling Clinic in Health Centers in Mashhad. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(120): 1-13 (Persian).
15. Andersson G. A study on policies and practices in selected countries that encourage childbirth: the case of Sweden. Germany: Max Planck Institute for Demographic Research; 2005. Available from: URL: http://www.demogr.mpg.de.
16. Popova LA. The Results of the Modern Demographic Policy in Russia. IJRD 2014; 1(1): 26-38.
17. Eslamlou F, Vahabzadeh Z, Moeini SR, Moghadam Tabrizi F. Pre- Marriage Couples Fertility Attitude Following Recent Childbearing Persuasive Policies In Iran .UNMF. J Urmia Nurs Midwifery 2014; 11(10): 836-846 (Persian).
18. Razavizadeh N, Ghafarian E, Akhlaghi A. Fields of low childbearing and delay in childbearing. Culture Strategy 2015; 31: 74-98 (Persian).

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