

به نام آنکه جان را فکرت آموخت



فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
گروه سلامت زنان

طرح پژوهشی

بررسی سبک باروری ایرانی - اسلامی: مطالعه کیفی

مجری

دکتر فهیمه قطبی زاده

همکاران اصلی

دکتر مامک شریعت

دکتر لیلا صاحبی

دکتر یاسمین محمد زاده

زینب کاویانی

مشاور و ناظر

دکتر معصومه سیمبر

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مهر ۱۳۹۶

حقوق: فرهنگستان علوم پزشکی ایران

طرح پژوهشی "عنوان طرح" پیرو قرارداد شماره ۹۴/۱۲/۵ مورخ ۹۴/۱۲/۵ میان فرهنگستان علوم پزشکی ایران (کارفرما) و خانم دکتر فهی‌مه قطبی زاده اجرا شده است. گزارش حاضر گزارش پایانی این پژوهش است.

این گزارش و تمامی حقوق مادی آن براساس «قانون حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان»، مصوب سال ۱۳۴۸ و اصلاحیه‌های بعدی آن و همچنین آیین‌نامه‌های اجرایی این قانون متعلق به فرهنگستان علوم پزشکی ایران است و هرگونه استفاده از تمامی یا پاره‌ای از آن، شامل: نقل قول، تکثیر، انتشار، کاربرد نتایج، تکمیل و مانند آن‌ها به صورت چاپی، الکترونیکی یا وسایل دیگر فقط با اجازه کتبی فرهنگستان امکان‌پذیر است. نقل قول در حد هزار واژه در انتشارات علمی مانند کتاب و مقاله با درج اطلاعات کامل کتاب‌شناختی، نیازی به مجوز فرهنگستان ندارد.

صحت مندرجات گزارش برعهده مجری طرح پژوهشی است.

در صورت اقتباس از این گزارش به صورت زیر منبعدهی شود:

نام خانوادگی، نام، عنوان طرح پژوهشی، طرح پژوهشی گروه سلامت زنان، تهران، معاونت علمی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶

بررسی سبک باروری ایرانی - اسلامی: مطالعه کیفی

مجری طرح پژوهشی: دکتر فهیمه قطبی زاده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

تهران، ایران

نشانی: تهران، بلوار کشاورز، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، بیمارستان ولیعصر (عج)، طبقه دوم، مرکز

تحقیقات مادر - جنین و نوزاد

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۹۲۳۵۷

رایانامه: fghotbi@yahoo.com

انجام این مطالعه با کمک و هماهنگی نهادهای مختلف و بزرگوارانی انجام شد که پژوهشگران این طرح بر خود واجب می‌دانند به این عزیزان ادای احترام کنند.

در درجه اول بر خود لازم می‌بینیم از حمایت‌های مالی و معنوی فرهنگستان علوم پزشکی به‌ویژه سرکار خانم دکتر دکترا بتول احمدی رئیس محترم گروه سلامت زنان، جناب آقای دکتر فریدون عزیزی معاون محترم علمی و جناب آقای مهندس ناصر ولایی قائم‌مقام محترم معاون علمی و مدیر علمسنجی و ارزشیابی فرهنگستان علوم پزشکی ایران سپاسگزاری کنیم.

سابقه و هدف: امروزه با توجه به تغییرات وسیعی که در سطح جامعه در طی چند سال اخیر رخ داده یعنی مرحله گذر از سنت و ورود به مدرنیته از لحاظ اجتماعی و روانی و اخلاقی و معنوی و اقتصادی پیامدها و آسیب‌هایی را به همراه داشته است از جمله این پیامدها می‌توان به افزایش سن ازدواج و افزایش سن باروری اشاره نمود. دانستن الگوی تغییرات باروری و سمت و سوی آینده آن در هر کشوری می‌تواند از اهمیت بالایی برای برنامه ریزی های کشوری برخوردار باشد. لذا این طرح با هدف توصیف و تعیین سبک باروری ایرانی- اسلامی انجام شد.

روش انجام مطالعه: این مطالعه کیفی در ۳ مرحله ی الف) بررسی مروری متون و مقالات داخلی و خارجی، ب) بارش افکار در جلسات بحث گروهی متمرکز با حضور متخصصین زنان و زایمان، کارشناسان علوم اجتماعی، جمعیت شناسی، روان شناسی و حقوق دانان و ج) مصاحبه با مدیران بهداشت خانواده دانشگاه های تهران و مشاوران روان شناسی فرهنگستان علوم پزشکی انجام گرفت. پس از جمع بندی کلی، داده ها مورد تجزیه و تحلیل محتوایی (Content analysis) قرار گرفت

یافته‌ها:

رکود اقتصادی و افزایش هزینه های زندگی تمایل خانواده ها به داشتن فرزند را کاهش داده است خانواده ها بچه دار شدن را به تعویق می‌اندازند یا با فاصله های زمانی زیاد بین تولد بچه ها اقدام می کنند یا حتی اقدام به سقط فرزندان ناخواسته می نمایند تا مجال اندوختن سرمایه مالی داشته باشند. از طرفی افزایش سن ازدواج در جامعه نیز به دنبال تغییر فرهنگ و مدرنیته شدن زندگی، همراه با تمایل به ادامه تحصیل در مقاطع تحصیلات تکمیلی، بی ثباتی خانواده ها و کاهش مسئولیت پذیری جوانان در قبال خانواده و جامعه نقش مهمی در تغییر سبک باروری و سیر نزولی رشد جمعیت در ایران داشته است.

بحث و نتیجه گیری:

حمایتهای اقتصادی و سیاسی دولت مبنی بر رفع موانع اقتصادی بر باروری و حمایت از مرخصی زایمان برای مادران و حتی پدران در حال تحصیل و یا دارای کار، تلاش برای رشد فرهنگ خانواده مداری، آموزش مهارت های زندگی مشترک و تربیت فرزند و ایجاد انگیزه و تمایل جوانان به تشکیل خانواده و فرزند آوری تا حد زیادی بتواند در اصلاح سبک باروری موجود در جامعه کمک کننده باشد. برای رسیدن به مناسب ترین آهنگ رشد جمعیت، باید ترتیبی اتخاذ شود که رشد جمعیت و رشد و توسعه اقتصادی اجتماعی به موازات هم پیش رود و در طول زمان تعادل میان آنها وجود داشته باشد.

کاربست نتایج: یافته های مطالعه با صلاحدید فرهنگستان علوم پزشکی طی جلسه ای به اطلاع صاحب نظران بهداشت خانواده وزارت بهداشت خواهد رسید تا با کمک آن واحد دست آورد مطالعه به مستند سیاست گذاری تبدیل شده و در قالب شیوه نامه ی مستند حمایت طلبی به مسئولین ذیربط ارسال گردد.

کلمات کلیدی: سبک باروری، عوامل اقتصادی- اجتماعی، عوامل فرهنگی، عوامل دموگرافیکی، باروری اسلامی

همکاران اصلی طرح

افراد زیر به‌عنوان همکار در اجرای این طرح پژوهشی مشارکت داشتند:

- دکتر فهیمه قطبی زاده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مامک شریعت، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر لیلا صاحبی، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر یاسمین محمد زاده، مرکز تحقیقات تغذیه با شیر مادر، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- زینب کاویانی، مرکز تحقیقات تغذیه با شیر مادر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصل اول

کلیات پژوهش

الف) سابقه و هدف:

امروزه با توجه به تغییرات وسیعی که در سطح جامعه در طی چند سال اخیر رخ داده یعنی مرحله گذر از سنت و ورود به مدرنیته از لحاظ اجتماعی و روانی و اخلاقی و معنوی و اقتصادی پیامدها و آسیب‌هایی را به همراه داشته است از جمله این پیامدها می‌توان به افزایش سن ازدواج و افزایش سن باروری اشاره نمود (۱). خانواده از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی است و اولین هسته زندگی اجتماعی بشر محسوب می‌شود. از این رو هر یک از تغییرات گوناگون در خانواده و یا جامعه بر روی یکدیگر تأثیرگذار می‌باشند. یکی از مسائلی که در سال‌های اخیر دچار تغییرات بسیاری شده است، مسئله فرزندآوری و روند رشد جمعیت است. از مفاهیم مهم در جمعیت‌شناسی باروری است و باروری در کنار مولید و مرگ و میر از عوامل اصلی تغییرات جمعیتی یک جامعه محسوب می‌شوند. عوامل مختلفی نظیر عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲). بر اساس آمار سازمان ملل، نرخ باروری در ایران برای سال ۲۰۱۰ کمتر از ۱/۸ گزارش شده است؛ این در حالی است که حداقل نرخ جانشینی برای منفی نشدن نرخ رشد جمعیت در یک جامعه، ۲/۱ برآورد شده است و این نشان دهنده کاهش تدریجی باروری در کشور ما می‌باشد (۳).

دانستن الگوی تغییرات باروری و سمت و سوی آینده آن در هر کشوری می‌تواند از اهمیت بالایی برای برنامه‌ریزی‌های کشوری برخوردار باشد. سبک باروری حیطة وسیعی از عوامل تغذیه‌ای پیش از بارداری و حین بارداری و عوامل روانی و رفتاری و فرهنگی را در بر می‌گیرد و از آن جا که در این میان فرزندآوری و عوامل موثر بر آن کمتر مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است، لذا بر آن شدیم تا این طرح را با هدف توصیف و تعیین سبک باروری ایرانی - اسلامی از منظر فرزندآوری و عوامل موثر بر آن انجام دهیم.

ب) روش پژوهش و نحوه اجرای آن:

نوع مطالعه: مطالعه کیفی

جمع‌آوری داده‌ها در این طرح پژوهشی در ۳ مرحله انجام گرفت.

۱) مرحله اول بصورت بررسی مروری متون و مقالات داخلی و خارجی انجام شد.

۲) مرحله دوم از طریق بارش افکار در جلسات بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion) جهت

بررسی و تعیین سبک باروری ایرانی- اسلامی در میان گروه های زیر صورت گرفت:

- متخصصین زنان و زایمان (انجام شد)

- کارشناسان علوم اجتماعی ، جمعیت شناسی، روان شناسی و حقوق دانان

در هر گروه از ۱۵-۱۰ تن از صاحب نظران مربوطه دعوت به عمل آمد و در پایان هر جلسه جمع بندی از نظرات ارائه شده صورت گرفت.

۳) مرحله سوم به صورت مصاحبه با چند تن از سیاستگذاران نظام بهداشتی صورت گرفت.

در نهایت پس از جمع بندی کلی، داده ها مورد تجزیه و تحلیل محتوایی (Content analysis) قرار گرفت.

فصل دوم

مقدمه

خانواده اولین هسته زندگی اجتماعی بشر محسوب می‌گردد و هر تغییری در خانواده، موجب تغییراتی در جامعه نیز خواهد شد. یکی از بزرگترین و پر اهمیت ترین تحولات در خانواده، مسئله فرزندآوری و باروری می باشد که یک اهرم بسیار قوی در روند رشد جمعیت محسوب می گردد. باروری به عنوان یکی از اجزای اصلی رشد جمعیت، موضوعی است که همواره مورد توجه قرار گرفته و تحقیقات گسترده دامنه داری در زمینه شناخت عوامل موثر بر آن در ایران و خارج از ایران صورت گرفته است. بدین لحاظ اندازه گیری، شناخت و اندیشیدن راهکارهایی برای رساندن سطح باروری به حد تعادل در هر جامعه، نه تنها در پیش بینی های جمعیتی که اساس و زیر بنای برنامه ریزی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی برای امر توسعه لازم است، بلکه در ارزیابی شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه مورد مطالعه نیز از شاخص های کلان و مهم به شمار می آید.

در ایران، پس از پیروزی انقلاب اسلامی، به دنبال جنگ تحمیلی ایران و عراق که از سالهای ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ به طول انجامید، ایران از اتخاذ یک سیاست مشخص جمعیتی که مانع از رشد بی رویه جمعیت شود، بازماند، در نتیجه به سمت تشدید باروری روی آورد. در سال ۱۳۶۷ و به دنبال اعلام نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۶۵ کل کشور، میزان رشد سالیانه جمعیت کشور با یک افزایش بی سابقه به ۳/۹ درصد رسید. در این شرایط در کشور جنگ زده ای چون ایران که در صدد اجرای اولین برنامه توسعه ای ملی پس از انقلاب بود، ایجاد تناسب میان رشد جمعیت و رشد و توسعه اقتصادی بسیار مشکل به نظر می رسید. لذا در سال ۱۳۶۸ سیاست جمعیتی دولت مبنی بر کنترل رشد جمعیت به طور رسمی اعلام و از سال ۱۳۶۸ به اجرا گذاشته شد (۱). میزان رشد جمعیت در دهه های مختلف ۱۹۷۰-۱۹۸۰ برابر با ۳،۱، ۱۹۹۰-۲۰۰۰ برابر با ۱،۶ و ۲۰۰۰-۲۰۱۰ برابر با ۱،۲ بوده است (۲). اما به دنبال روند کاهشی رشد جمعیت و تهدید بر منفی شدن رشد جمعیت، در سال ۲۰۱۰ شاهد تغییراتی محسوس در سیاستهای دولت بر کنترل جمعیت کشور شده ایم، از جمله این که در سال ۲۰۱۳ (۱۳۹۲)، وزارت بهداشت ایران حذف جراحی های پیشگیری از بارداری را از چرخه ارائه خدمات عمومی برای جلوگیری از منفی شدن نرخ جمعیت پیشنهاد و اجرا نمودند، لازم به ذکر است آخرین سرشماری و تعیین میزان رشد جمعیت در سال ۲۰۱۰ (۱۳۹۰) انجام شده است. هرچند در فاصله زمانی سه دهه گذشته، باروری ایران به طور چشمگیری کاهش یافته است اما همچنان سبک باروری و مکانیزم تحولات باروری و همچنین عوامل مرتبط به آن در پرده ابهام قرار دارد.

در ایران نیز مانند سایر کشورها مسئله جمعیت و نیاز به آگاهی از علل تغییرات آن در سالهای اخیر محققان را به مطالعات مربوط به آن جلب نموده است. بخصوص که پژوهشهای انجام شده در این زمینه اندک و پراکنده می باشد و نمی تواند سیمای کلی علل نوسانات در روند واقعی جمعیت را در کل کشور یا مناطق شهری و روستایی به تصویر بکشند ، بدین جهت هر گونه مطالعه در این مورد راه گشا بوده و به شناخت چارچوب کلی جمعیت و دور نمای آینده کمک می کند. لازم به ذکر است، نقش باروری به عنوان مهمترین پدیده تعیین کننده نوسانات جمعیت سبب شده که مطالعات مربوط به آن نسبت به سایر پدیده های جمعیتی از اهمیت فراوانی برخوردار باشد (۳).

همانطور می دانیم که میزان باروری به نوبه خود تابع عوامل اقتصادی ، اجتماعی ، فرهنگی، جمعیت شناختی و حتی جغرافیایی است و جهت کنترل باروری، شناسایی دقیق این عوامل و میزان نقش آنها ضرورت دارد. مطالعات انجام شده در این زمینه هنوز نتوانسته اند، تمامی عوامل موثر بر سبک باروری را مشخص کنند. دلیل این امر آن است که سهم متغیرهای مختلف در تغییرات باروری با توجه به شرایط گوناگون اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی در هر جامعه متفاوت و در هر جامعه به گونه ی خاص می باشد. ضمن این که بررسی همه عوامل موثر بر باروری نیز در یک بررسی ممکن نیست و به دلیل کمبود زمان و امکانات لازم در مطالعات مختلف نیز تنها به بخشی از عوامل موثر در سبک باروری پرداخته شده است. لذا یک بررسی مروری و کامل با تحلیل و ارزیابی تمامی مشخصه های تاثیر گذار بر سبک باروری در کشور لازم به نظر می رسد.

هدف از مطالعه حاضر ضمن تحلیل سبک باروری موجود در جامعه از منظر دینی و عمومی ، بررسی عوامل موثر بر سبک باروری از جنبه های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی بالینی وجغرافیایی بود. با کسب اطلاعات منسجم در زمینه سبک باروری و عوامل کلی تاثیر گذار بر آن میتوان قدمهای بزرگی در ارائه راهکارهایی به سیاستگذاران نظام بهداشتی در زمینه اصلاح سبک باروری یا تقویت سبک باروری موجود برداشت.

بخش سوم

یافته‌ها

(۱) یافته های فاز اول:

بررسی مروری مقالات داخلی و خارجی انجام شد. نتایج بصورت یک مقاله مروری با عنوان " بررسی سبک باروری ایرانی- اسلامی و عوامل تعیین کننده آن: مطالعه کیفی " نگاشته شد:

چکیده

خانواده، اولین هسته زندگی اجتماعی محسوب میگردد و هر تغییری در خانواده، موجب تغییراتی در جامعه نیز خواهد شد. یکی از بزرگترین و پر اهمیت ترین تحولات در خانواده، مسئله فرزندآوری و باروری می باشد که یک اهرم بسیار قوی در روند رشد جمعیت محسوب می گردد. چرخ سبک باروری موجود در جامعه در حال حاضر بر اساس تمایل خانواده ها به داشتن فرزند کم میچرخد به طوری که بر اساس سرشماری سال 1390، رشد جمعیت با کاهش آشکار به ۱,۲۹ رسیده است. مرور عوامل مرتبط بر سبک باروری بسیار پیچیده بوده و در هم تنیدگی عوامل به گونه ای است که گاهی امکان جداسازی عملی و مرزبندی مشخص آنها وجود ندارد. در مطالعه حاضر مهمترین عوامل موثر بر سبک باروری در سطح کلان و خرد از جمله، عوامل اقتصادی- اجتماعی، اعتقادات دینی، سیاست های دولتی، عوامل فرهنگی و عوامل دموگرافیکی- بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این بررسی نشان داد که سبک باروری موجود در جامعه مبتنی بر تمایل خانواده ها به داشتن فرزند کمتر، افزایش سن ازدواج، افزایش طلاق، نداشتن فرصت کافی برای بارداری و تربیت فرزند است در حالیکه آموزه های دینی نگرش مثبت و تشویقی بر تشکیل خانواده و فرزند آوری دارد و در کشور های اسلامی نرخ رشد جمعیت بالاتر است. شهرنشینی، توسعه اقتصادی و تغییر سبک زندگی مانند افزایش گرایش زنان به حضور در عرصه های اجتماعی، تحولات هویتی و بی ثباتی خانواده ها بر نگرش افراد به تشکیل خانواده و تربیت فرزند موثر است. همچنین با افزایش سن ازدواج بحث بارداری های پر خطر برای مادران و نوزادان مطرح است. ارتباط معنادار بین افزایش سطح تحصیلات مادر با افزایش میانگین فاصله بین تولدها وجود داشت. همچنین جنس فرزند قبلی با فاصله بین تولدها ارتباط معنادار داشته است به طوری که میانگین فاصله مولید هنگامی که جنس فرزند قبلی پسر بود بیشتر از زمانی بود که فرزند قبلی دختر بوده است. در گروه بالای ۳۵

سال یک ارتباط معنی دار بین نوع روش جلوگیری از بارداری مورد استفاده با شغل خانم، تحصیلات وی و تحصیلات همسر دیده شده است از طرفی افزایش نرخ سقط های غیر قانونی و مشکلات تهدید کننده سلامت مادر و جنین به دنبال تغییرات سبک زندگی و نگرش افراد مشاهده شده است. قدر مسلم است که برای رسیدن به مناسب ترین آهنگ رشد جمعیت و داشتن یک جامعه پویا و متعادل، رشد جمعیت و رشد اقتصادی اجتماعی باید به موازات هم پیش روند و در طول زمان باید بین آنها هماهنگی وجود داشته باشد.

کلمات کلیدی: سبک باروری، عوامل اقتصادی-اجتماعی، عوامل فرهنگی، عوامل دموگرافیکی، باروری اسلامی

مقدمه و بیان مسئله

خانواده اولین هسته زندگی اجتماعی بشر محسوب میگردد و هر تغییری در خانواده، موجب تغییراتی در جامعه نیز خواهد شد. یکی از بزرگترین و پر اهمیت ترین تحولات در خانواده، مسئله فرزندآوری و باروری می باشد که یک اهرم بسیار قوی در روند رشد جمعیت محسوب می گردد. باروری به عنوان یکی از اجزای اصلی رشد جمعیت، موضوعی است که همواره مورد توجه قرار گرفته و تحقیقات گسترده دامنه داری در زمینه شناخت عوامل موثر بر آن در ایران و خارج از ایران صورت گرفته است. بدین لحاظ اندازه گیری، شناخت و اندیشیدن راهکارهایی برای رساندن سطح باروری به حد تعادل در هر جامعه، نه تنها در پیش بینی های جمعیتی که اساس و زیر بنای برنامه ریزی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی برای امر توسعه لازم است، بلکه در ارزیابی شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه مورد مطالعه نیز از شاخص های کلان و مهم به شمار می آید.

در ایران، پس از پیروزی انقلاب اسلامی، به دنبال جنگ تحمیلی ایران و عراق که از سالهای ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ به طول انجامید، ایران از اتخاذ یک سیاست مشخص جمعیتی که مانع از رشد بی رویه جمعیت شود، بازماند، در نتیجه به سمت تشدید باروری روی آورد. در سال ۱۳۶۷ و به دنبال اعلام نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۶۵ کل کشور، میزان رشد سالیانه جمعیت کشور با یک افزایش بی سابقه به ۳/۹ درصد رسید. در این شرایط در کشور جنگ زده ای چون ایران که در صدد اجرای اولین برنامه توسعه ای ملی پس از انقلاب بود، ایجاد تناسب میان رشد جمعیت و رشد و توسعه اقتصادی بسیار مشکل به نظر می رسید. لذا در سال ۱۳۶۸ سیاست جمعیتی دولت مبنی بر کنترل رشد جمعیت به طور رسمی اعلام و از سال ۱۳۶۸ به اجرا گذاشته شد (۱). میزان رشد جمعیت در دهه های مختلف ۱۹۷۰-۱۹۸۰ برابر با ۳,۱، ۱۹۹۰-۲۰۰۰ برابر با ۱,۶ و ۲۰۰۰-۲۰۱۰ برابر با ۱,۲ بوده است

(۲). اما به دنبال روند کاهشی رشد جمعیت و تهدید بر منفی شدن رشد جمعیت، در سال ۲۰۱۰ شاهد تغییراتی محسوس در سیاستهای دولت بر کنترل جمعیت کشور شده ایم، از جمله این که در سال ۲۰۱۳ (۱۳۹۲)، وزارت بهداشت ایران حذف جراحی‌های پیشگیری از بارداری را از چرخه ارائه خدمات عمومی برای جلوگیری از منفی شدن نرخ جمعیت پیشنهاد و اجرا نمودند، لازم به ذکر است آخرین سرشماری و تعیین میزان رشد جمعیت در سال ۲۰۱۰ (۱۳۹۰) انجام شده است. هرچند در فاصله زمانی سه دهه گذشته، باروری ایران به طور چشمگیری کاهش یافته است اما همچنان سبک باروری و مکانیزم تحولات باروری و همچنین عوامل مرتبط به آن در پرده ابهام قرار دارد.

در ایران نیز مانند سایر کشورها مسئله جمعیت و نیاز به آگاهی از علل تغییرات آن در سالهای اخیر محققان را به مطالعات مربوط به آن جلب نموده است. بخصوص که پژوهشهای انجام شده در این زمینه اندک و پراکنده می باشد و نمی تواند سیمای کلی علل نوسانات در روند واقعی جمعیت را در کل کشور یا مناطق شهری و روستایی به تصویر بکشند ، بدین جهت هر گونه مطالعه در این مورد راه گشا بوده و به شناخت چارچوب کلی جمعیت و دور نمای آینده کمک می کند. لازم به ذکر است، نقش باروری به عنوان مهمترین پدیده تعیین کننده نوسانات جمعیت سبب شده که مطالعات مربوط به آن نسبت به سایر پدیده های جمعیتی از اهمیت فراوانی برخوردار باشد (۳).

همانطور می دانیم که میزان باروری به نوبه خود تابع عوامل اقتصادی ، اجتماعی ، فرهنگی، جمعیت شناختی و حتی جغرافیایی است و جهت کنترل باروری، شناسایی دقیق این عوامل و میزان نقش آنها ضرورت دارد. مطالعات انجام شده در این زمینه هنوز نتوانسته اند، تمامی عوامل موثر بر سبک باروری را مشخص کنند. دلیل این امر آن است که سهم متغیرهای مختلف در تغییرات باروری با توجه به شرایط گوناگون اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی در هر جامعه متفاوت و در هر جامعه به گونه ی خاص می باشد. ضمن این که بررسی همه عوامل موثر بر باروری نیز در یک بررسی ممکن نیست و به دلیل کمبود زمان و امکانات لازم در مطالعات مختلف نیز تنها به بخشی از عوامل موثر در سبک باروری پرداخته شده است. لذا یک بررسی مروری و کامل با تحلیل و ارزیابی تمامی مشخصه های تاثیر گذار بر سبک باروری در کشور لازم به نظر می رسد.

هدف از مطالعه حاضر ضمن تحلیل سبک باروری موجود در جامعه از منظر دینی و عمومی، بررسی عوامل موثر بر سبک باروری از جنبه های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی بالینی و جغرافیایی بود. با کسب اطلاعات منسجم در زمینه سبک باروری و عوامل کلی تاثیر گذار بر آن میتوان قدمهای بزرگی در ارائه راهکارهایی به سیاستگذاران نظام بهداشتی در زمینه اصلاح سبک باروری یا تقویت سبک باروری موجود برداشت.

روش کار

این مطالعه به روش مروری انجام شد. اطلاعات با جستجوی مطالبی از کتب جمعیت شناسی، سایتهای رسمی ثبت اسناد و آمار کشور، مقالات فارسی و انگلیسی نمایه شده در پایگاههای اطلاعاتی انگلیسی زبان Scopus، PubMed Cochrane و Tomson Reuters، پایگاههای اطلاعاتی فارسی زبان Magiran، Medlib و SID با هدف یافتن منابع مرتبط جستجو گردیدند. و در پایان Science Direct و Scholar Google نیز برای پیدا کردن بعضی دیگر از مقالات و خلاصه مقالات در همایش ها و کنگره ها یا پایان نامه های ثبت شده مرتبط بررسی شدند. جهت بررسی و تحلیل سبک باروری از منظر دینی از کتاب قرآن کریم استفاده شد. این جستجو از نظر زمانی شامل دوره های زمانی ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۵ بود و تمامی انواع مقالات مشاهده ای، مداخله ای و مروری مرتبط وارد مطالعه شدند.

برای جستجو در پایگاه های اطلاعاتی انگلیسی زبان از کلید واژه ها و عملگرهای زیر استفاده شد "Fertility style*" AND "Islamic" AND "Iran*" AND "Related factor*" OR "Social" OR "Cultural" OR "Politic*" OR "Clinical" OR "Medical"

پایگاههای اطلاعاتی فارسی زبان نیز با کلید واژه های سبک باروری، سبک باروری اسلامی، عوامل موثر بر سبک باروری، عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، بالینی و جغرافیایی مورد جستجو قرار گرفتند.

پس از تهیه فهرست اولیه مقالات، ابتدا عناوین آنها توسط دو نفر از همکاران طرح بررسی و موارد تکراری حذف شد. سپس عنوان و چکیده مقالات باقی مانده با دقت مورد مطالعه قرار گرفت و مقالات فاقد معیارهای ورود به این مطالعه حذف شدند. سپس متن کامل مقالات باقی مانده بررسی شد، مقالات واجد شرایط انتخاب و نسبت به حذف موارد غیر مرتبط اقدام گردید.

یافته ها

روند دگرگونیهای جمعیتی ایران و سیاست های حذف مهار جمعیت

در طی دهه های گذشته شاهد تغییرات زیادی در رشد جمعیت کشور شده ایم و سیر نزولی رشد جمعیت در کشور، پس از سرشماری سال ۱۳۸۵ محسوس گشت. اما پنج سال بعد، آمارهای جمعیتی سرشماری سال ۱۳۹۰ نشان داد که میزان باروری در خانواده های ایرانی کمتر از حد جایگزینی باروری شده است. بخش جمعیت اداره اقتصادی و امور اجتماعی سازمان ملل متحد در بازبینی سال ۲۰۱۰ میلادی پیش بینی های جمعیت جهان، پیش بینی های آینده نگرانه ای از روند تحولات جمعیتی ایران در چهار دورنما ترسیم نموده که در نگران کننده ترین حالت، جمعیت ایران در سال ۱۴۰۵ به اوج خود یعنی، ۷۹ میلیون نفر خواهد رسید و پس از آن، رشد منفی خواهد داشت و در سال ۱۴۵۰ به ۵۶ میلیون نفر و در سال ۱۴۸۰ به ۳۱ میلیون نفر کاهش خواهد یافت (۴).

در حالیکه هدف برنامها و توسعه، دستیابی به نرخ رشد جمعیت	۲,۳ درصد	پایان سال	۱۳۹۰
بود، آمارگیری جاری جمعیت در سال	۱۳۷۰	نرخ رشد جمعیت ۲,۵٪ نشان داد	کهدر سرشماری سال ۱۳۷۵
به ۱,۴۷ درصد و در سرشماری سال	۱۳۸۵	با اندکی افزایش	به ۱,۶۲ درصد و در سرشماری سال ۱۳۹۰

با کاهش آشکار به ۱,۲۹٪ رسید (۵).

ارایه ی این گزارشهای نگران کننده ، سبب شد از سال، ۱۳۸۹ ، تدابیری برای حذف سیاستهای مهار جمعیت و ضرورت برنامه ریزی برای رشد جمعیت اندیشیده شود.

همچنین در سال ۱۳۸۵ تعداد خانواده های چهار نفره برتری داشت، ولی در سال ۱۳۹۰ تعداد خانواده های سه نفره رو به رشد گذاشت و افزایش چشمگیری در تعداد خانواده های دو نفره بدون فرزند دیده شد. همچنین از میزان باروری در بازه زمانی سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰ کاسته شد، ولی در سالهای بعد این شاخص بهبود یافت. به این ترتیب، در بازه زمانی ۲۵ ساله ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰ ایران موفقترین کشور مدرنیته در تغییر سبک زندگی و کاهش جمعیت در جهان در مهار جمعیت شمرده شد و در کاهش نرخ رشد جمعیت از ۲/۳ به کمتر از ۲ درصد در مدت پانزده سال، نمونه ای بی همتا نام گرفت (۴).

سبک باروری موجود در جامعه

با بررسی مستندات و مقالات موجود، در سبک باروری موجود در جامعه به طور کلی چهار موضوع مهم و تاثیر گذار به چشم میخورد. از جمله تمایل خانواده ها به داشتن فرزند کمتر، افزایش سن ازدواج، افزایش میزان طلاق، نداشتن فرصت کافی برای بارداری و تربیت فرزند.

تمایل خانواده ها به داشتن فرزند کمتر،

در حال حاضر، گسترش روزافزون ارتباطات بین المللی و پدیده جهانی شدن و دسترسی به انواع ابزارهای رسانه ای و تبلیغاتی در کشور ما حاکم است. به طوری که مدرنیته و غرب گرایی از یکطرف و اعتقادات و عقاید دینی غنی مردم از طرف دیگر همواره سبک زندگی خانواده های ایرانی را دچار نوسانات و تغییرات میکنند، بدیهی است که در این میان سبک باروری نیز به عنوان شاخه مهمی از سبک زندگی تحت تاثیر قرار میگیرد. اما باید بپذیریم که تمایل به زندگی مرفه از بعدهای اجتماعی و اقتصادی، سبک زندگی و به دنبال آن سبک باروری در خانواده های ایرانی را به طور کامل دگرگون ساخته است(۴)

در فرهنگ جامعه ما، وجود فرزند زیاد، موجب تحمیل هزینه های بسیاری است، داشتن فرزند زیاد، توجیه اقتصادی ندارد. از سوی دیگر اساس دیدگاه مدرنیستی که تأکید آن بر رفاه بیشتر است. با، شعار فرزند کمتر، زندگی بهتر معنی می یابد؛ چرا که نیاز فرزند به مراقبت هم مانع رفاه و آسایش است و هم مانع کامیابی کامل از زندگی است. به عبارت دیگر فرزند، پدیده ای منفی و مزاحم است و منشأ مشکلات و تحمیل هزینه های مضاعف بر والدین میباشد (۴).

این مسئله طبیعی است که وجود فرزند زیاد، مصرف بیشتر و افزایش هزینه بالاتر را به همراه دارد، از طرف دیگر فشار اقتصادی و تورم اقتصادی بر مردم در سالهای اخیر باعث شده است که خانواده ها ترجیح میدهند با داشتن فرزند کمتر و کاهش هزینه ها، مصرف بیشتر و در نتیجه رفاه و لذت افزونتری داشته باشند. این باور موجب کاهش سطح باروری و در نتیجه سیر نزولی رشد جمعیت شده است(۶).

افزایش سن ازدواج

سن ازدواج رابطه ای نزدیک با بعد خانوار دارد؛ یعنی افرادی که در سنین بالاتر ازدواج میکنند، خانواده هایی کوچکتر خواهند داشت. آمارها نشان میدهند میانگین ازدواج در سال 1385 در مردها ۲۶,۲ سالگی و در زنها ۲۳,۲ سالگی بوده است. همچنین تعداد ازدواجهای ثبت شده بر حسب سن زوجه در زمان ازدواج، در سال ۱۳۸۵، 321676 مورد ازدواج در سنین ۱۵ تا ۱۹ سالگی و ۲۵۳۴۱۲ مورد در سنین ۲۰ تا ۲۴ سالگی صورت گرفته است (۵). در حالیکه همین آمار در سال ۱۳۹۰ در سنین ۱۹-۱۵ سالگی ۲۸۱۷۴۷ مورد و در سنین ۲۴-۲۰ سالگی ۳۰۲۹۹۱ مورد بوده است (۵)

افزایش میزان طلاق

بر اساس آمار دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور، تعداد طلاقهای ثبت شده در هجده سال؛ یعنی سالهای ۱۳۷۲ تا ۱۳۹۰ نشاندهنده آمار رو به رشد این پدیده است. در سال ۱۳۷۲، تعداد ۲۹۳۱۲ مورد طلاق، در سال ۱۳۷۵ تعداد ۳۷۸۱۷ مورد، در سال ۱۳۸۰ تعداد ۶۰۵۰۰ مورد، در سال ۱۳۸۵ تعداد ۹۴۰۳۹ مورد، در سال ۱۳۸۹ تعداد ۱۳۷۲۰۰ مورد و در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱۴۲۸۴۱ مورد طلاق در کشور به ثبت رسیده است (۷).
نداشتن فرصت کافی برای بارداری و تربیت فرزند
امروزه در ایران شاهد افزایش اشتغال زنان برای دستیابی به جایگاه های ارزشمند تر میباشیم لذا با کاهش زمان و فرصت کافی برای انجام امور خانه داری و مادری مواجه هستیم. (۴).

مرور عوامل مرتبط بر سبک باروری بسیار پیچیده بوده و در هم تنیدگی عوامل به گونه ای است که گاهی امکان جداسازی عملی و مرزبندی مشخص آنها وجود ندارد (۴). در مطالعه حاضر در مجموع عوامل دینی و اعتقادی، عوامل فرهنگی چون تحولات هویتی و افزایش نگرانیهای تربیتی، عوامل اقتصادی مانند تورم، بیکاری، بی ثباتی و نگرانیهای اقتصادی و بالا رفتن هزینه زندگی و تربیت فرزندان، عوامل اجتماعی همچون شهرنشینی، تحرک اجتماعی زنان، تحول در ازدواج و طلاق، عوامل سیاسی مثل سیاستگذاری و فرهنگسازی دولت به تفصیل مورد بحث قرار میگیرد و در نهایت نقش سن بارداری و فاصله گذاری بین موالید بر یک بارداری موفق و وسایل پیشگیری از بارداری مورد بررسی قرار میگیرد.

تحلیل سبک باروری اسلامی

همانطور که اشاره شد، سبک باروری، موضوعی چند عاملی است، به عبارت دیگر تغییرات در آن، میتواند از عوامل گوناگونی تاثیر پذیرد. با توجه به اینکه، ایران یک کشور اسلامی با فرهنگ و عقاید دینی قوی بوده است لذا توصیه ها و دستورات دینی موجود در کتابهای اسلامی و بالاخص قرآن میتواند در تاثیر پذیری الگوی باروری موثر باشد.

مسئله سبک باروری اسلامی از نظر موضوعات سن بارداری، تنظیم خانواده و فاصله بارداری، جدا از اهمیت بسیار بالایی که از نظر تاثیر مستقیم بر سن کشور و بازده کاری دارد، همواره با تنوع در نظرات و اعتقادات از طرف صاحب نظران همراه بوده است.

یکی از اهداف اصلی ازدواج و تشکیل خانواده، تکثیر نسل است. اصل تولید مثل و تکثیر نسل، توانایی و گزینه ای است که خداوند به منظور حفظ بقای همه موجودات زنده و انسان، به ودیعت نهاده است. خانواده، به عنوان کوچکترین و مهمترین اجتماع، نقش کلیدی و تعیین کننده در رقم زدن سرنوشت جامعه ایفا می کند، یکی از مهمترین موضوعات در خانواده، سن بارداری، تنظیم خانواده و در کنار آن فاصله بین موالید می باشد که به طور مستقیم با تعداد جمعیت و رفاه اجتماعی- اقتصادی جامعه همراه خواهد بود. در کشورهای مختلف، همواره نسبت به زمان و شرایط حاکم، تدابیری برای کنترل موالید و تنظیم خانواده اتخاذ میگردد که البته این اقتضانات بر اساس سیاست هر کشور میتواند کاملا اختیاری یا بر عکس با سخت گیری بالایی همراه باشد. با مروری بر سیاست های حاکم بر کشور ایران، از حدود پنج دهه گذشته تاکنون بر حسب تعداد جمعیت در کشور و وضعیت رفاه عمومی در جامعه، سیاستهایی به کار گرفته شد، این تدابیر و سیاستها با توجه به تداوم و حفظ جمعیت کشور لازم و ضروری به نظر می رسد لذا ادامه تدابیر جهت جلوگیری از پیشرفت به سمت پیری، کاهش نسبت بیکاری و ناتوانی شغلی و برخورداری از حداقل رفاه اجتماعی برای هر فرد در جامعه بسیار ضروری است.

یکی از راهکارها برای داشتن دید کلی از صورت مسئله و صحه گذاری بر سیاست کنترل جمعیت مراجعه به آیات قرآنی میباشد.

در حوزه اندیشه دینی، فقها، برای استنباط احکام شرع مقدس، به منابع چهارگانه قرآن، سنت، عقل و اجماع مراجعه می‌کنند. قرآن کلیات احکام و اصول را اشاره نموده است اما در جزئیات بخشی از احکام، به صراحت، سخنی به میان نیامده است. شاید هم علت عدم اشاره سعی در حفظ اتحاد بیشتر بین مسلمانان در مذاهب مختلف بوده است.

اما با مراجعه به کتاب آسمانی قرآن میتوانیم آیاتی که در آن به تشویق واضح مسلمانان به تکثیر نسل می پردازد را مشاهده نماییم. البته لازم به ذکر است که در هیچ آیه ای نیز صراحتاً تنظیم خانواده و تحدید جمعیت منع نشده است.

در اینجا آیاتی که به طور مستقیم به باروری و موالید مرتبط است مورد بحث قرار میگیرد. به طور کلی موضوعات باروری و تولید نسل در پنج گروه ازدواج، توصیه به داشتن فرزند، فرزندآوری و برخورداری از امداد و نعمت الهی، بر حذر داشتن از قتل فرزندان به علت تنگدستی و مدت حمل و رضاع میباشد.

آیات مربوط به ازدواج، آنجا که هدف از ازدوج را تکثیر نسل می‌داند:

جَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا وَمِنَ الْأَنْعَامِ أَزْوَاجًا يَذُرُّوكُمْ فِيهِ... او آفریننده آسمانها و زمین است و از جنس شما همسرانی برای شما قرار داد و جفت‌هایی از چهارپایان آفرید؛ و شما را به این وسیله زیاد می‌کند (قرآن کریم، سوره شورا، آیه (۱۱). (۸)

وَاللَّهُ جَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا وَجَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَزْوَاجِكُمْ بَنِينَ وَحَفَدَةً وَرَزَقَكُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ ۗ أَفَبِالْبَاطِلِ يُؤْمِنُونَ وَبِنِعْمَتِ اللَّهِ هُمْ يَكْفُرُونَ. خداوند برای شما از جنس خودتان همسرانی قرار داد و برای شما از همسرانتان فرزندان و نوه‌ها، و از طیبات به شما روزی داد، آیا به باطل ایمان می‌آورند و نعمت خدا را انکار میکنند (قرآن کریم سوره نحل، آیه (۷۲) (۹)

آیات مربوط به توصیه به داشتن فرزند، دسته‌ای از آیات که به داشتن فرزند توصیه می‌کند:

نَسَاؤُكُمْ حَرْثٌ لَّكُمْ فَاتُّوْا حَرْثَكُمْ اَنْىَ شِئْتُمْ وَ قَدِّمُوْا لِنَفْسِكُمْ وَ اتَّقُوا اللّٰهَ وَ اعْلَمُوْا اَنَّكُمْ مُلَاقُوْهُ وَ بَشِيْرَ الْمُؤْمِنِيْنَ.

زنان شما کشتزار شما هستند پس از هر جا [هر وقت] که خواهید به کشتزار خود [در] آید و آنها را برای خودتان مقدم دارید و از خدا پروا کنید و بدانید که او را دیدار خواهید کرد و مؤمنان را [به این دیدار] مژده ده. (قرآن کریم سوره البقره آیه ۲۲۳) (۱۰)

...فَالْآنَ بَاشِرُوْهُنَّ وَاِتَّعُوا مَا كَتَبَ اللّٰهُ لَكُمْ... .. اكنون با آنها آمیزش کنید، و آنچه را خدا برای شما مقرر

داشته، طلب نمایید... (قرآن کریم سوره البقره آیه ۱۸۷) (۱۱)

آیات مربوط به فرزند آوری و امداد و نعمت: آیاتی که فرزندآوری را امداد و نعمتی از ناحیه خداوند

برمی‌شمرد:

...وَيَمْدِدْكُمْ بِاَمْوَالٍ وَّ بَنِيْنَ... .. و شما را با اموال و فرزندان فراوان کمک کند... (قرآن کریم سوره نوح،

آیه ۱۲) (۱۲)

... وَ اَمْدَدْنَاكُمْ بِاَمْوَالٍ وَ بَنِيْنَ وَ جَعَلْنَاكُمْ اَكْثَرَ نَفِيْرًا... .. و شما را به وسیله دارایی‌ها و فرزندان کمک خواهیم

کرد؛ و نفرت شما را بیشتر (از دشمن) قرار می‌دهیم (قرآن کریم ، سوره اسری، آیه ۶) (۱۳).

الْمَالُ وَ الْبَنُوْنَ زِيْنَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَ الْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَ خَيْرٌ اَمْلًا. مال و پسران زیور زندگی

دنیايند و نيکيهاي ماندگار از نظر پاداش نزد پروردگارت بهتر و از نظر اميد [نيز] بهتر است (قرآن کریم سوره

کهف، آیه ۴۶) (۱۴)

ثمَّ زَدَدْنَا لَكُمْ الْكُرَّةَ عَلَيْهِمْ وَ اَمْدَدْنَاكُمْ بِاَمْوَالٍ وَ بَنِيْنَ وَ جَعَلْنَاكُمْ اَكْثَرَ نَفِيْرًا. پس جنگ را به سود شما و عليه

آنان برگردانيم و شما را با اموال و فرزندان تقويت كنيم و نفرت شما را بيشتر قرار مي دهيم (قرآن کریم سوره

اسری، آیه ۶) (۱۳).

هُنَالِكَ دَعَا زَكَرِيَّا رَبَّهُ قَالَ رَبِّ هَبْ لِي مِنْ لَدُنْكَ ذُرِّيَّةً طَيِّبَةً إِنَّكَ سَمِيعُ الدُّعَاءِ. در آنجا بود که زکریا، (با

مشاهده آن همه شایستگی در مریم)، پروردگار خویش را خواند و عرض کرد: خداوندا! از طرف خود، فرزند پاکیزه‌ای (نیز) به من عطا فرما، که تو دعا را میشنوی! (قرآن کریم سوره ۳۸) (۱۵).

همانطور که اشاره شد، در قرآن از فرزندان به عنوان نعمت الهی (نحل/۷۲)، زینت زندگی (کهف/۴۶)،

یاری‌رسان به والدین (اسری/۶) و آرزوی برخی پیامبران الهی یاد شده است. (آل عمران/ ۳۸)

بر حذر داشتن از قتل فرزندان به علت تنگدستی. آیاتی که قتل فرزندان را از روی ترس تنگدستی، جایز

نمی‌داند

وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةً إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْئًا كَبِيرًا و فرزندانان را از ترس فقر،

نکشید! ما آن‌ها و شما را روزی می‌دهیم؛ مسلماً کشتن آن‌ها گناه بزرگی است! (قرآن کریم سوره اسراء،

آیه ۳۱) (۱۶)

لَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ. فرزندانان را از (ترس) فقر، نکشید! ما آن‌ها را روزی

می‌دهیم. (قرآن کریم سوره انعام، آیه ۱۵۱) (۱۷).

طبق این آیات، فرزندکشی، به خاطر ترس از فقر، تردید در رزاقیت خداوند دانسته شده و صراحتاً میفرماید،

فقر نمی‌تواند عامل موجهی برای جلوگیری از تولد فرزند انگاشته شود.

مدت حمل و رضاع: در دو آیه از قرآن کریم، در ارتباط با مدت حمل و رضاع یا به عبارتی فواصل بین

تولدها اشاره شده است

وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ وَ عَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَ كِسْوَتُهُنَّ

بِالْمَعْرُوفِ لَا تَكْلَفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَ لَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَالِدِهِ وَ عَلَى الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا

عَنْ تَرْضَى مِنْهُمَا وَ تَشَاوُرٍ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِمَا وَ إِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْتَرْضِعُوا أَوْلَادَكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا سَلَّمْتُمْ مَا آتَيْتُمْ

بِالْمَعْرُوفِ وَ اتَّقُوا اللَّهَ وَ اعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ. و مادران بایستی دو سال کامل فرزندان خود را شیر دهند،

البته آن کسی که خواهد فرزند را شیر تمام دهد و به عهده صاحب فرزند است (یعنی پدر) که خوراک و لباس مادر را به حد متعارف بدهد ، هیچ کس را تکلیف جز به اندازه طاقت نکنند ، نه مادر باید در نگرهبانی فرزند به زحمت و زیان افتد و نه پدر بیش از حد متعارف برای کودک متضرر شود. و اگر کودک را پدر نبود وارث باید در نگهداری او به حد متعارف قیام کند. و اگر پدر و مادر به رضایت و مصلحت دید یکدیگر بخواهند فرزند را از شیر بگیرند هر دو را رواست ، و اگر خواهید که برای فرزندان دایه بگیرید آن هم روا باشد در صورتی که دایه را حقوقی به متعارف بدهید. و از خدا پروا کنید و بدانید که خداوند به کردار شما بیناست(قرآن کریم آیه. سوره بقره ، آیه ۲۳۳)(۱۸).

وَصَيِّنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمْلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا (قرآن کریم، سوره احقاف، آیه ۱۵)(۱۹).

و ما انسان را سفارش کردیم که به پدر و مادرش نیکی کند ، (خاصه مادر) زیرا مادرش (بار وجود) او را به سختی حمل کرده و به سختی فرو نهاده و(دوران) بارداری و (شیرخواری تا) از شیر گرفتن او سی ماه است (که مجموع کمترین مدت زمان حمل شش ماه ، و بیشترین مدت زمان شیر دادن دو سال است ، یا بیشترین زمان حمل یک سال ، و کمترین زمان شیر دادن هجده ماه)

در این آیه شریفه به صراحت مدت حمل و رضاع را مجموعاً ۳۰ ماه تعیین نموده است از این دو آیه قرآن کریم می توان نتیجه گرفت حد اقل زمانی که بانوان برای بارداری مجدد آمادگی پیدا می کنند دو سال و شش ماه می باشد.

آیاتی که اشاره شد صرفاً آیاتی بود که از سوی اهل نظر، بیشتر مورد استناد قرار گرفته است لذا کنکاش و بحث و بررسی بیشتر پیرامون آیات ، مجال بسیار بیشتر می طلبد .

سبک باروری اسلامی

با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در زمینه نقش دین و مذهب بر سبک باروری می توان بدین نتیجه

رسید که بی تردید اعتقادات دینی نقش مهمی در نوع سبک باروری افراد بازی می کند (۲۵-۲۰)

شواهدی وجود دارد که مسلمانان در کشورهای در حال توسعه از سایر گروه‌های مذهبی نرخ باروری بیشتری دارند (۲۳). مقایسه جوامع در چهار کشور آسیایی نشان می‌دهد که نرخ باروری مسلمانان از سایر گروه‌های مذهبی بالاتر بوده است و به عقیده محققین این اختلافات نمیتواند فقط به علت استقلال کمتر خانواده‌ها و یا موقعیتهای اقتصادی، اجتماعی آنها باشد و بی شک مذهب نقش پررنگی در سبک باروری آنها دارد (۲۲). البته لازم به ذکر است در تعدادی از کشورهای مسلمانان صفات اجتماعی شاخص مثل تحصیلات و یا اشتغال با نوع مذهب جوامع در ارتباط باشد و به طور غیر مستقیم بر سبک باروری تاثیر بگذارد (۲۲) به عنوان مثال، شواهدی از مطالعات در مصر نشان می‌دهد که تحصیلات مسلمانان ممکن است قواعد و هنجارهای خانوادگی موجود را که مشوق افزایش جمعیت هستند تقویت کند اما در کشور غنا، مسلمانان تمایلی به پذیرش تحصیلاتی که ممکن است ایمان و اعتقادات آنها را از بین ببرد ندارند. در پژوهشی دیگر که در ایران توسط حسینی انجام شده بود، ۲۰۰۵-۱۹۸۰ (۲۱). شاخص توسعه انسانی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری از عوامل مؤثر در همگرایی باروری در کشورهای مسلمان گزارش شده اند.

موضوع مهم دیگر در ارتباط با مذهب و سبک باروری رابطه بین مذهب و توجه به فاصله بین بارداریهاست. استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری نقش مهمی را در فاصله دادن به بار داریها بازی میکند. چرا که در بعضی از مذاهب استفاده از وسایل ضد بارداری مجاز نیست (۲۲).

در یک مطالعه که بین زنان مسلمان و هندو انجام شد، ۷۷ درصد زنان مسلمان معتقدند که مذهبشان اجازه استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری را به آنها نمیدهد که این میزان برای زنان هندو مذهب ۹۱ درصد است. البته این مطالعه نشان داد که که اغلب زنان در هر دو گروه لزوماً موافق با نظر مذهبشان درباره جلوگیری از بارداری نبودند ولی زنان مسلمان کمتر علاقه به استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری داشتند (۲۴).

بر اساس آمارهای موجود باروری مسلمانان حدوداً ۹ درصد از باروری مسیحیان بیشتر است. اما این موضوع تنوع قابل توجهی در ملیت‌های مختلف دارد. به عنوان مثال در قزاقستان این اختلاف حدوداً ۰,۳ فرزند است ولی میزان باروری مسلمانان در اندونزی کمتر از مسیحیان است (۲۲).

در مطالعه ای که کلانتری و همکاران در یک پژوهش به روش پیمایشی به بررسی گرایش به فرزند آوری و عوامل مرتبط با آن در میان جوانان متأهل در شهر تبریز (۸۹) پرداخته بودند (۲۰). متغیر گرایش دینی با اثر مثبت بر گرایش به فرزند آوری در ارتباط بود. همچنین در مطالعه دیگری که در سال ۹۰ بر روی ۴۶۰ زن متأهل ۵۰-۱۵ ساله انجام شده بود، باورهای مذهبی مهم‌ترین عامل در گرایش به باروری زنان گزارش شد. به طوری که باتوجه به یافته‌های حاصل از رگرسیون چند متغیره، باورهای مذهبی با ۲۱ درصد بیشترین سهم را در میزان گرایش به باروری زنان داشت (۲۵)

تحلیل عوامل اقتصادی- اجتماعی بر سبک باروری

نظر به رابطه مستقیمی که بین رشد جمعیت و توسعه یک کشور وجود دارد، تحلیل عوامل اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی بر سبک باروری ضروری به نظر می‌رسد. در واقع به علت عدم امکان جدا کردن عوامل از هم، ابتدا به نقش عوامل اقتصادی- اجتماعی بر سبک باروری به طور مشترک پرداخته شده و در ادامه به عوامل سیاسی، فرهنگی و بالینی اشاره می‌گردد.

شهر نشینی، توسعه اقتصادی و تغییر سبک زندگی

نظریه‌ی انتقال جمعیت شناختی، این واقعیت را مورد بررسی قرار می‌دهد که چگونه جمعیت‌ها از وضعیتی که سطح زاد و ولد و مرگ و میر هر دو بالا و در نتیجه رشد جمعیت پایین است، به وضعیتی انتقال می‌یابد که در آن سطح زاد و ولد و مرگ و میر هر دو پایین و باز هم رشد جمعیت پایین است. بر اساس نظریه انتقال جمعیت شناختی، کاهش باروری ناشی از فرایند صنعتی شدن، شهرنشینی و به طور کلی توسعه‌ی اقتصادی است. بر اساس نظریه انتقال جمعیت شناختی، استدلال می‌شود که تغییرات در صنعتی شدن، شهرنشینی و توسعه‌ی اقتصادی ابتدا باعث کاهش مرگ و میر می‌شود، سپس به دلیل افزایش احتمال بقای فرزندان میزان باروری کاهش می‌یابد، زیرا از طرفی پرورش فرزندان هزینه‌های سنگینی بر والدین تحمیل می‌کند و از طرف دیگر، منافع فرزندان کاهش می‌یابد. در نتیجه انگیزه‌ی والدین برای داشتن فرزند بیشتر سست می‌شود (۱)

به عبارت دیگر هر قدر جمعیت خانواده بیشتر باشد، خانواده‌ها مجبور هستند با سبک قناعت زندگی کنند، ولی وقتی سبک زندگی را در مفهوم توسعه و رفاه مادی قرار می‌دهیم، تجمل‌گرایی و مدگرایی، پیش می‌آید و به‌طور کلی با پدیده‌های جدیدی درگیر می‌شویم بدین ترتیب تعریف متوسط زندگی متفاوت خواهد شد. در نتیجه هرچه جامعه

به سمت تغییر الگوهای سبک زندگی می‌رود، جمعیت خود را کاهش می‌دهد و هر چه جمعیت کاهش پیدا کند، الگوهای سبک زندگی مجال تحول می‌یابد و این یک تأثیر متقابل است.

ایران جزو کشورهایی هست که رشد شهرنشینی شیب بسیار تندی داشته است بدین ترتیب از ۳۱/۴ درصد رشد شهرنشینی به ۱۳۳۵، به ۷۱/۴ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. مهاجرت از روستاها به شهرها، بیشتر با انگیزه‌های اقتصادی و دسترسی به فرصت‌های کاری و امکانات تحصیلی و اجتماعی انجام می‌شود؛ اما بیشتر مهاجران افراد کم‌درآمدی هستند که ناگزیر در حواشی شهرها زندگی می‌کنند. انبوهی جمعیت و گرانی زمین، درآمد کم در کنار هزینه‌های زیاد محیط شهری، احتمال بالای آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد در بخش‌های حاشیه ای شهرها، انگیزه فرزندان را در مهاجران کم می‌کند.

از سوی دیگر شهرنشینی به زنان امکان می‌دهد برای کار از خانه بیرون بیایند و آزادی بیشتری، قبل و بعد از ازدواج داشته باشند.

جمعیت شهرنشین، چه مهاجر و چه غیرمهاجر، گام به گام سبک زندگی مدرن را پیش و بیش از روستاییان فرا می‌گیرند و به سوی خانواده‌های کم‌جمعیت گرایش می‌یابند. به بیان دیگر، شهرنشینی به رشد طبقه متوسط شهری، یعنی گروهی کم‌وبیش بارفاه بالا که از تحصیلات دانشگاهی بهره‌مند شده و ارزش‌های مدرن را پذیرفته‌اند، کمک می‌کند و تحولات اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی نیز از این طبقه به دیگران راه می‌یابد (۱). در چندی از مطالعات انجام شده در ایران شهرنشینی و مدت اقامت در شهر رابطه مستقیمی با سبک باروری داشته است. از جمله در مطالعه ای که در سال ۹۰ بر روی ۴۶۰ زن متاهل ۵۰-۱۵ ساله انجام شده بود، عوامل اجتماعی مرتبط با گرایش به باروری مورد بررسی قرار گرفت. سرمایه اجتماعی، مدت اقامت در شهر تبریز پایگاه اجتماعی جزو عوامل تعیین کننده در سبک باروری بودند (۲۶-۲۵).

عوامل اقتصادی

به نظر می‌رسد پیشرفت کلی کشورها سطح کلی باروری را پایین می‌آورد. حتی در میان فقرا هم در صورتی که شروط زیر محقق شود می‌توان زاد و ولد را کاهش داد:

۱. افزایش سطح تحصیلات زنان و در نتیجه تغییر در نقش و ارزش‌های آنان

۲. افزایش امکانات اشتغال غیر کشاورزی زنان که قیمت یا هزینه‌ی فعالیت‌های سنتی پرورش کودک را افزایش

می‌دهد

۳. کاهش مرگ و میر اطفال از طریق گسترش برنامه‌های بهداشت عمومی و ایجاد وضعیت تغذیه‌ی بهتر برای

والدین و کودکان

۴. افزایش سطح درآمد خانواده‌ها از طریق افزایش اشتغال مستقیم یا از طریق توزیع مجدد درآمدها

۵. توسعه‌ی نظام بیمه‌سالمندی و سایر بیمه‌های اجتماعی (۱).

درمیان عوامل اقتصادی می‌توان دو عامل زیر را برشمرد: **پرهزینه شدن فرزند**: در گذشته، ضمن اینکه فرهنگ اقتصادی، گذران زندگی با هزینه کم را ممکن می‌ساخت، فرزندان نیز در سنین کمتری به بازار کار روی می‌آوردند و می‌توانستند نیرویی درآمدزا برای خانواده خویش باشند؛ اما امروزه، به‌درازا کشیده شدن زمان تحصیل که گاه تا سی‌سالگی و بیشتر می‌رسد و زمان بر شدن پیدا کردن کار و شغل مناسب، فرزند را به مصرف‌کننده‌ای هزینه‌بر تبدیل کرده و خانواده پرجمعیت را به‌خطر انداخته است (۱). **بی‌ثباتی اقتصادی**: با توجه به اینکه کشور ما در سالهای اخیر بیشترین نرخ تورم در منطقه را داشته است و یکی از بالاترین‌ها در مقیاس جهانی است. بی‌ثباتی اقتصادی برآمده از تورم و بیکاری بر زندگی مردم تأثیری آشکار داشته است (۳۱).

مشکلات اقتصادی از جمله عوامل بسیار مهم و تعیین‌کننده در سبک باروری در مطالعات انجام شده در ایران بوده است. به عنوان مثال مباشری و همکاران (۹۲ - شهر کرد)، میرزایی (۹۰ - تهران) و شیری (۲۰۰۸ - تهران)، مشکلات اقتصادی، عدم وجود حمایت و عدم تخصیص تسهیلات رفاهی از سوی دولت را از مهمترین عوامل مؤثر بر فرزند آوری گزارش نمودند (۲۹-۲۷). در مطالعه‌ای که در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد بین خانواده‌های روستایی بین ۱۰-۴۹ ساله انجام شده بود و خانواده‌ها حداقل دارای یک فرزند زنده بودند نیز وسعت اراضی در دسترس رابطه مستقیم با فرزند خواهی داشته است (۳۰).

عوامل اجتماعی

از جمله عوامل بسیار مهم در تعیین و تغییر سبک باروری میتوان به تحرک اجتماعی زنان، تحولات در ازدواج و طلاق و تحصیلات تکمیلی زنان نام برد

تحرک اجتماعی زنان: با افزایش گرایش زنان به حضور در عرصه‌های اجتماعی، مانند تحصیلات و کار که مهم‌ترین ویژگی آن، دوری از محیط خانه است، فرزندآوری به یک مانع مهم در تحرک اجتماعی تبدیل می‌شود لذا زنان تا حد امکان تولد فرزندانشان را به تعویق می‌اندازند (۱ و ۳۱)

تحول در ازدواج و طلاق: در پنج دهه گذشته، با افزایش سن ازدواج و افزایش زندگی مجردی در دختران روبه‌رو بوده‌ایم. میانگین سن مردان در نخستین ازدواج خویش، از ۲۴/۹ سالگی در سال ۱۳۳۵ به ۲۶/۷ در سال ۱۳۹۰ رسیده و میانگین سن دختران در نخستین ازدواج خویش در همین بازه زمانی، از ۱۹ به ۲۳/۴ سالگی افزایش یافته‌است که این افزایش به معنای کاهش احتمال باروری پس از ازدواج است. از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد از سال ۱۳۴۵ تا سال ۱۳۷۰، شتاب افزایش ازدواج بیش از شتاب افزایش جمعیت بوده و از سال ۱۳۷۰ به بعد، این نسبت وارونه شده است (۱). در مطالعات متعدد انجام شده سن مادر و سن ازدواج جزو تعیین کننده های مهم در سبک باروری بوده است. بدین ترتیب با افزایش سن ازدواج شانس و احتمال داشتن فرزند پایین آمده است (۷-۲۸-۳۰). هرچند در مطالعه ای که دکتر شیری (۸۸) در همین زمینه انجام داده بودند، بدین نتیجه رسیدند سن تأثیر آنچنانی بر باروری ندارد (۲۷) و جالب توجه اینکه در مطالعه دیگری که با روش پیمایشی در سال ۱۳۹۰ توسط کشاورز و همکاران انجام شده بود (۳۳) گزارش شد که هر چه سن زنان در هنگام ازدواج بالاتر باشد، تأخیر در فرزند آوری کمتر است. در این پژوهش زنان خانواده مهمترین نقش را در تأخیر در فرزند آوری داشتند.

طلاق از آن جهت اهمیت دارد که موجب توقف باروری میگردد. طلاق که روزگاری نه چندان دور، رویدادی تلخ تلقی میشد، امروزه از قبح آن بسیار کاسته شده است. از سال ۱۳۷۹ تاکنون، نسبت ازدواج به طلاق، روند کاهشی داشته و از ۱۲ ازدواج در برابر ۱ طلاق در سال ۱۳۷۹، به ۵/۵ در سال ۱۳۹۱ رسیده است (۷).

تحصیلات تکمیلی زنان: همانطور که اشاره شد، در ایران تحصیلات تکمیلی زنان از چند جهت بر سبک باروری تاثیر داشته است، زیرا از یک سو سن ازدواج را به تعویق انداخته است از سوی دیگر به طور بالقوه مشارکت زنان در

نیروی کار را افزایش میدهد، و مهمتر از همه ترس از بیکاری و از دست دادن شغل به علت حاملگی، فرزند آوری به تعویق انداخته است. و به طور کلی می توان گفت، به طور کلی ادامه تحصیل در زنان تغییرات زیادی در ساختار قدرت خانواده ایجاد کرده است که تأثیر متقابل این عوامل، روند پر شتاب کاهش باروری را به همراه داشته است (۳۱) و (۲۸-۲۷). به عنوان مثال در مطالعه ای که در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد بین خانواده های روستایی بین ۱۰-۴۹ ساله انجام شده بود، تحصیلات زن و مرد تأثیر منفی بر باروری داشتند (۳۰) همچنین شیری و میرزایی نیز در مطالعه خود گزارش نمودند تحصیلات نقش تعیین کننده ای در سبک باروری زوجین دارد (۲۸-۲۷).

سیاست های دولتی

در ایران، در سال ۱۳۶۷، میزان رشد سالیانه جمعیت کشور با یک افزایش بی سابقه به ۳/۹ درصد رسید. در این شرایط در کشور جنگ زده ایران، ایجاد تناسب میان رشد جمعیت و رشد و توسعه اقتصادی کار اصلا ساده ای نبود.

به دنبال سمینار جمعیت و توسعه در شهر مشهد و پذیرش قطعنامه ای آن توسط دولت، سیاست جمعیتی دولت مبنی بر کنترل رشد جمعیت به طور رسمی اعلام و از سال ۱۳۶۸ به اجرا گذاشته شد (۱). بدین ترتیب در دهه های اخیر شاهد تغییرات چشمگیری در روند میزان رشد جمعیت در ایران شده ایم. میزان رشد جمعیت در دهه های مختلف ۱۹۷۰-۱۹۸۰ برابر با ۳،۱، ۱۹۹۰-۲۰۰۰ برابر با ۱،۶ و ۲۰۰۰-۲۰۱۰ برابر با ۱،۲ بوده است (۲). اما به دنبال تهدید بر منفی شدن رشد جمعیت، از سال ۲۰۱۰ تغییراتی در سیاستهای دولت بر کنترل جمعیت اعمال شده است، از جمله این که در سال ۲۰۱۳ (۱۳۹۲)، وزارت بهداشت ایران حذف جراحی های پیشگیری از بارداری را از چرخه ارائه خدمات عمومی به عنوان یکی از سیاست های نظام برای تشویق خانواده ها به داشتن فرزند بیشتر اجرا نمودند (۳).

عوامل فرهنگی

هم اکنون، « داشتن خانواده کوچک » برای خانواده ها به یک آرمان تبدیل شده است. مطالعات نشان می دهد هرچه میزان، جایگاه اجتماعی و تحصیلات و شهرنشینی بالاتر باشد، گرایش به فرزندآوری کمتر می شود. لذا تحولات

فرهنگی در جامعه باعث تغییرات در سبک زندگی و از جمله تغییر در سبک باروری شده است. موارد زیر می‌تواند نمونه‌های تحولات فرهنگی مؤثر بر باروری را تا اندازه‌ای توضیح دهد.

مباشری و همکاران در سال ۱۳۹۲ یک مطالعه توصیفی مقطعی را جهت بررسی عوامل مؤثر بر الگوی باروری در خانواده‌های تک فرزند و بدون فرزند در شهرکرد انجام دادند (۲۹). در این مطالعه نگرشی مبنی بر اینکه "داشتن فرزند بیشتر نشانه فرهنگ اجتماعی ضعیف تر است از مهمترین عوامل مؤثر بر فرزند آوری در این پژوهش گزارش شدند. اما در مطالعه ای که شیری و همکارانش انجام داده بودند عدم توجه و یا کم توجهی به شرایط اجتماعی، ارزشی و فرهنگی حاکم بر فضای جامعه و نیز موانع اقتصادی تأثیر گذار بر باروری را به عنوان عناصر مهم و مؤثر بر باروری برشمردند (۲۷).

تحولات هویتی:

در گذشته مردان خانواده‌ها، احساس مسئولیت در مقابل اقتصاد خانواده، احساس وابستگی به خاندان، حق اعمال زور در خانواده، افتخار به عائله مندی و پر فرزند و دلبستگی به خانواده را برای خود قدرت می‌دانستند. این در حالیست که امروزه در ایران خانواده‌ها دچار تحول هویتی شده‌اند لذا، چشم داشت از همکاری اقتصادی همسر، خودخواهی، کاهش وابستگی به خانواده، و کاهش احساس مسئولیت را به وضوح میتوان دید. در این حال مرد گرایش کمتری به پذیرش فرزندان بیشتر دارد و با تعداد عائله، هویت یابی و هویت نمایی نمی‌کند.

ازسوی دیگر، در گذشته، زن با فرزندان ارزش می‌یافت و دل‌بستگی اصلی‌اش به خانه و خانواده بود و تحرک اجتماعی را برای خود مهم نمی‌شمرد و خود را پیرو دستورات شوهر خود می‌دانست و به عبارت دیگر برای خود هویتی مستقل نداشت و با شوهر و فرزندان برای خود هویت می‌ساخت، خواسته‌های اقتصادی کمتری داشت، اما امروزه، با تحصیلات و کار هویت‌نمایی می‌کند و ارزش‌های اجتماعی و تحرک اجتماعی برای وی جایگاهی برتر و مهم‌تر از خانه و خانواده برای خود پیدا میکند و چون بیش از مرد سختی فرزندآوری را بر دوش دارد، تصمیم‌گیری درباره داشتن یا نداشتن فرزند یا تعداد آن را حق خویش می‌شمارد (۱). در این میان نقش رسانه‌ها در تحولات فرهنگی را نباید نادیده گرفت. بدین ترتیب خانواده‌های بدون فرزند، خوشبخت و مصرفی و بدون نگرانی اقتصادی، و خانواده‌های پُرفرزند، آشفته و

پراختلاف ازسوی دیگر، تصویر چندین ساله خانواده در سینما و تلویزیون بوده است بنابراین به جرات میتوان گفت که نقش رسانه ها در ایران در کاهش گرایش به باروری مؤثر بوده است رسانه های تصویری تأثیر فراوانی بر سبک زندگی افراد داشته اند و تا حدود زیادی در شکل گیری نظام فکری افراد مؤثر بوده اند به عبارت دیگر رسانه ها به طور مداوم در حال آموزش مثبت و منفی سبک زندگی اند و سبک زندگی مواردی نظیر: طرز تلقی ها، ارزش ها و شیوه های رفتار هستند (۳۳-۳۴) بدیهی است که سبک باروری نیز بخش مهمی از سبک زندگی را تشکیل می دهد. کلانتری و همکاران نیز در یک پژوهش به روش پیمایشی به بررسی گرایش به فرزند آوری و عوامل مرتبط با آن در میان جوانان متأهل در شهر تبریز (۸۹) پرداختند (۲۰). در این مطالعه مشارکت اجتماعی که با شاخص هایی نظیر شرکت در مباحث و سخنرانی های اجتماعی- فرهنگی، دنبال کردن اخبار روز، استفاده از کامپیوتر و اینترنت و... مورد سنجش قرار گرفت، با تأثیر منفی بر گرایش به فرزند آوری همراه بود.

بی ثباتی خانواده: امروزه بسیاری از زوج ها در سالیان نخست ازدواج، از شریک زندگی خویش ناراضی اند و لیکن در سالهای اول زندگی در حال ارزیابی و بررسی پایداری زندگی مشترک اند؛ پدیده ای که در گذشته چنین پیشینه ای نداشته است. بنابراین می توان انتظار داشت که ترس از پایداری خانواده، فرزند آوری را بیش از این، به تأخیر اندازد و در نتیجه، بعد خانوار کاهش یابد (۳۵).

عوامل دموگرافیکی و بالینی مؤثر سبک باروری

در ادامه این مطالعه، به بررسی تعدادی از مطالعات انجام یافته بر اساس سن بارداری و نقش آن در سبک و موفقیت در باروری، فاصله گذاری بین موالید و استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی پرداخته میشود.

سن بارداری

بر اساس مطالعات بسیاری که انجام شده است سن مناسب برای باردار شدن، ۳۵-۲۰ سال تعریف شده و بارداری در مادر با سن بیشتر از ۳۵ سال و یا کمتر از ۲۰ سال با خطرات بسیاری همراه می باشد (۳۶). به طور مثال بارداری در سنین پایین و نوجوانی با افزایش خطر بروز کم خونی، محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR)، زایمان

زودرس، عمل سزارین و مرگ و میر نوزادی همراه است (۳۶-۳۷). در مطالعه ای که توسط نجاتی و همکاران در سال ۸۶-۱۳۸۵ در بیمارستان الزهرا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده بود، مادران بارداری در ۲ گروه کمتر از ۱۵ سال و ۱۸-۱۵ سال از نظر عوارض مادری و نوزادی مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند (۳۸). نتایج این بررسی نشان داد که میزان بروز اکلامپسی و پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی و مرده زایی در مادران کمتر از ۱۵ سال، ۲ برابر مادران ۱۸-۱۵ سال بوده است. همچنین میزان تولد نوزاد نارس، نوزاد با وزن کم (LBW) یا بسیار کم (VLBW) در مادران کمتر از ۱۵ سال بیشتر از مادران ۱۸-۱۵ سال گزارش شده است.

از طرف دیگر مادران بارداری بیشتر از ۳۵ سال نیز در معرض خطر بالای بروز زایمان زودرس، وزن کم تولد در نوزاد (LBW)، جداشدگی جفت، جفت سرراهی، فشار خون بالا، دیابت و افزایش میزان مرگ و میر مادری هستند (۳۶ و ۳۹). بر اساس یک مطالعه آینده نگر که توسط Cleary-Goldman و همکاران که در سال ۱۹۹۹-۲۰۰۲ در کشور آمریکا انجام شد، خطر بروز برخی از این عوارض در مادران مسن چندین برابر مادران کمتر از ۳۵ سال می باشد (۴۰). در این مطالعه که در آن عوارض مامایی در ۳ گروه مادران کمتر از ۳۵ سال، ۳۵-۳۹ سال و بیشتر و مساوی ۴۰ سال مورد مقایسه قرار گرفته اند، افزایش خطر سقط تا ۲ برابر در مادران ۳۵-۳۹ سال و تا ۲/۴ برابر در مادران بزرگتر و مساوی ۴۰ سال گزارش شده است. همچنین خطر بروز ناهنجاری های کروموزومی و آنومالی های مادرزادی به ترتیب در مادران ۳۵-۳۹ سال ۴ و ۱/۴ برابر، و در مادران بزرگتر و مساوی ۴۰ سال ۹/۹ و ۱/۷ برابر افزایش یافت. خطر بروز دیابت بارداری، جفت سرراهی و زایمان سزارین نیز به ترتیب در مادران ۳۵-۳۹ سال ۱/۸، ۱/۸ و ۱/۶ برابر و در مادران بزرگتر و مساوی ۴۰ سال ۲/۴، ۲/۸ و ۲ برابر مادران کمتر از ۳۵ سال مشاهده شده است و میزان تولد نوزاد ماکروزوم در مادران ۳۵-۳۹ سال ۱/۴ برابر مادران جوان تر بود. همچنین در این بررسی افزایش خطر بروز جداشدگی جفت تا ۲/۳ برابر، زایمان زودرس تا ۱/۴ برابر، تولد نوزاد با وزن کم (LBW) تا ۱/۶ برابر و میزان مرگ و میر پریناتال تا ۲/۲ برابر در مادران ۴۰ سال و بیشتر گزارش شده اند.

در مطالعه ای که توسط نام آور جهرمی و همکاران طی سال های ۸۳-۱۳۸۰ در بیمارستان های زینبیه و حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد، گروهی از مادران بارداری ۴۰ سال و بیشتر با گروهی از مادران ۳۰-۲۰ سال مورد مقایسه قرار گرفتند (۴۱). نتایج این مطالعه نشان دادند که میزان بروز پره اکلامپسی، فشار خون بالای بارداری، زایمان سزارین، جداشدگی جفت، زایمان زودرس و آپگار دقیقه پنجم تولد کمتر از ۷ به میزان

معناداری در مادران مسن تر بیشتر مشاهده شدند. عوارضی نظیر دیابت، فشار خون بالای مزمن و میزان مرگ و میر پری‌ناتال در مادران بیشتر بوده اما اختلاف آن با مادران ۲۰-۳۰ سال از نظر آماری معنادار نبود. همچنین میزان بروز زایمان زودرس و وزن تولد کم (LBW) در مادران مسن تر نخست‌زا بیشتر از مادرانی بود که زایمان دوم یا بالاتر خود را تجربه می‌کردند. اگرچه، میزان پره‌اکلامپسی و جداسدگی جفت در مادران مسن چندزا بیشتر گزارش شده بود.

فاصله گذاری بین موالید

فاصله گذاری مناسب بین دو حاملگی نیز به دلیل اثرات آن بر روی سلامت مادران و نوزادان از اهمیت بسزایی برخوردار است. بر اساس یک مرور سیستماتیک انجام شده توسط Conde-Agudelo و همکاران که در سال ۲۰۰۷ به چاپ رسیده است، به طور متوسط فاصله گذاری کمتر از ۲ سال بین دو زایمان با افزایش خطر بروز پارگی رحم در مادرانی که زایمان اخیر آنها واژینال و زایمان قبلی سزارین داشته‌اند و افزایش خطر جداسدگی جفت و جفت سرراهی (Placenta previa) همراه است (۴۲). در مادران با فاصله زمانی بین دو بارداری بیشتر از ۵ سال نیز افزایش خطر بروز پره‌اکلامپسی و دیستوشی زایمان گزارش شده است. برخی مطالعات حداقل فاصله زمانی بین دو زایمان که با کمترین میزان خطر مرگ و میر نوزادی همراه باشد را ۳۶ ماه گزارش کرده‌اند (۴۳).

نتایج مطالعه انجام شده توسط Conde-Agudelo و همکاران که در سال ۲۰۰۴ به چاپ رسیده است نشان داد که مادرانی که فاصله زمانی بین سقط و بارداری بعدی آنها کمتر از ۶ ماه بوده در مقایسه با مادرانی که ۱۸-۲۳ ماه بین بارداری و سقط قبلی تأخیر انداختند در معرض خطر بیشتر کم‌خونی، پارگی زودرس پرده‌ها (PROM)، تولد نوزاد با وزن تولد کم (LBW) یا بسیار کم (VLBW) و زایمان زودرس قرار داشتند (۴۴).

در پژوهشی که توسط Rutstein SO با استفاده از اطلاعات حاصل از سیستم‌های جمعیتی و بهداشتی (DHS) از ۱۷ کشور در حال توسعه صورت گرفته است، بهترین فاصله بین موالید ۳۶-۵۹ ماه ذکر شده است (۴۵). یافته‌های این پژوهش حاکی از وجود یک ارتباط معنادار آماری بین سوء تغذیه مزمن در کودکان و فاصله زمانی بین موالید بود. به این صورت که هر چه فاصله زمانی بین موالید کوتاه‌تر باشد، میزان سوء تغذیه مزمن و عمومی افزایش می‌یابد و از آنجایی که سوء تغذیه مسئول بیش از نیمی از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه

است، این مسئله اهمیت بسزایی پیدا می کند. در مطالعه توسط امید و همکاران بر روی کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان کرج انجام شده، ارتباط آماری معناداری بین رشد جسمی کودکان شامل قد، وزن و دورسر با فاصله بین موالید دیده شده است (۴۶). به این صورت که بیشترین میانگین رشد جسمی در فاصله موالید ۳۶-۶۰ ماه مشاهده شده است.

عوامل مختلف از جمله عوامل اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی و غیره می توانند بر میزان فاصله گذاری بین تولدها مؤثر باشند. در مطالعه ای که توسط حاجیان و همکاران در سال ۱۳۸۶ در شهر بابل انجام شده است، سن مادر، تعداد زایمان ها، دوره شیردهی، مرده زایی، مرگ و میر زیر یکسال، نحوه مراجعه به کلینیک تنظیم خانواده و استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری به عنوان عوامل مؤثر بر فاصله گذاری بین تولدها ذکر گردیده اند (۴۷). یافته های این بررسی حاکی از وجود ارتباط معنادار بین افزایش سطح تحصیلات مادر با افزایش میانگین فاصله بین تولدها بوده است. همچنین جنس فرزند قبلی با فاصله بین تولدها ارتباط معنادار داشته است به طوری که میانگین فاصله موالید هنگامی که جنس فرزند قبلی پسر بود بیشتر از زمانی بود که فرزند قبلی دختر بوده است. نتایج پژوهشی که توسط راسخ و همکاران در مورد عوامل مؤثر بر فاصله موالید در شهر اهواز در سال ۱۳۸۶ صورت گرفته نشان داد که تحصیلات زن با فاصله تولدهای دوم به بعد، استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری با افزایش فاصله تولدها و افزایش سن زن هنگام ازدواج با افزایش فاصله تولدها ارتباط معنادار دارد (۴۸). همچنین نوع شغل مرد، مدت زمان شیردهی و جنس فرزند یا فرزندان قبلی به عنوان دیگر عوامل مؤثر بر فاصله موالید بیان شده اند. در مطالعه ای که توسط فلاح زاده و همکاران در سال های ۸۷-۱۳۸۶ در شهر یزد انجام شده بود، میانگین فاصله موالید ۴۹/۷۶ ماه بوده است (۴۹). در نتایج این مطالعه یک ارتباط معنادار بین افزایش سن مادر هنگام ازدواج با کاهش فاصله بین تولدها و افزایش سطح تحصیلات مادر با کاهش فاصله بین تولدها گزارش شده است.

در مطالعه انجام شده توسط شاهی در سالهای ۸۱-۸۰ در بندر عباس، در در زنان با فاصله بارداری کمتر از ۱۲ ماه میزان پلاستتا پرویا، مرده زایی، زایمان پیش از موعد و وزن کم زمان تولد بیشتر بود و در زنان با فاصله بارداری بیشتر از ۶۰ ماه خطر پره‌اکلامپسی افزایش داشت لذا فاصله کوتاه بین بارداری (کمتر از ۱۲ ماه) و طولانی (بیشتر از ۶۰ ماه) همراه با افزایش خطر برای مادر و جنین بود (۵۰).

در مطالعه دیگری که حامدی در سال ۹۰ انجام داده بود گزارش نمود که بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه آنها با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه چنین استنباط می شود که ارتباط معناداری بین وزن کم هنگام تولد نوزاد و فاصله بین بارداری های مادر وجود دارد و لذا رعایت حداقل فاصله دو سال بین بارداری ها توصیه می شود (۵۱).

وسایل پیشگیری از بارداری

در سرتاسر جهان، ۴۵٪ از زنان متأهل واقع در سنین باروری، از روش های جلوگیری از بارداری استفاده می کنند (۵۲). در سطح جهان، عقیم سازی لوله ای متداول ترین شیوه جلوگیری از بارداری بوده (۲۰٪)، پس از آن ابزار داخل رحمی (۱۵٪)، ضد بارداری خوراکی (۸٪) و کاندوم (۵٪) بیشترین کاربرد را دارند (۵۳). در کشورهای در حال توسعه، عقیم سازی زنانه و ابزارهای داخل رحمی مقبول ترین روش ها و در کشورهای توسعه یافته قرص های خوراکی جلوگیری از بارداری و کاندوم بیشتر استفاده می شوند (۵۲). گاهی می توان از روش های جلوگیری از بارداری به عنوان پیشگیری یا درمان برخی مشکلات پزشکی سود جست. به طور مثال روش های ضد بارداری خوراکی علاوه بر جلوگیری از بارداری از جمله حاملگی نابجا و محافظت در برابر سرطان آندومتر و تخمدان منافع دیگری هم دارد که عبارتند از پیشگیری و درمان اختلالات قاعدگی (شامل درد لگنی و خونریزی)، کاهش خطر بیماری التهابی لگنی (PID) علامت دار و کیست های خوش خیم پستان، کاهش احتمال بروز کم خونی فقر آهن و درمان آکنه و افزایش تراکم استخوان (۵۴-۵۲). روش های سدی (Barrier) نیز سبب محافظت در برابر عفونت های آمیزشی (STIs) و بیماری التهابی لگن (PID) می شوند (۵۲).

مشرقی و همکاران در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۸۲، میزان بکارگیری روش های جلوگیری از بارداری را در زنان زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی جنوب تهران مورد بررسی قرار دادند (۵۵). نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین روش مورد استفاده در زنان زیر ۱۸ سال آی یو دی و در زنان بالای ۳۵ سال قرص های خوراکی ترکیبی بوده است. در گروه بالای ۳۵ سال یک ارتباط معنی دار بین نوع روش جلوگیری از بارداری مورد استفاده با شغل خانم، تحصیلات وی و تحصیلات همسر وجود داشت. ولیکن این ارتباط در گروه زیر ۱۸ سال مشاهده نشد. بر اساس مطالعه انجام شده توسط روحانی رصاف و همکاران بر روی زنان

باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری کاشان، بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در زنان با روش جلوگیری از بارداری طبیعی و کاندوم در گروه سنی بالای ۳۵ و زیر ۱۸ سال مشاهده شده است (۵۶). حاملگی ناخواسته و افزایش تعداد زایمان های قبلی به عنوان مهم ترین عوامل مرتبط با افزایش میزان تصمیم به سقط عمدی در میان خانم های با ختم بارداری در یکی از بیمارستان های آموزشی شهر تهران گزارش شده اند (۵۷). در مطالعه صورت گرفته در هشت بیمارستان اصفهان نیز ۲۷/۱٪ از بارداری های ناخواسته با سقط عمدی خاتمه یافتند (۵۸). در این بررسی بارداری ناخواسته با افزایش خطر ۸/۸ برابر، به عنوان یکی از مهم ترین ریسک فاکتورهای سقط عمدی مطرح شده است. به گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) حدود ۳۸ میلیون سقط عمدی در سال ۲۰۰۸ در کشورهای در حال توسعه صورت گرفته که ۵۶٪ از آنها نایمن بوده است (۵۹). سیزده درصد از مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه به علت عوارض ناشی از سقط های نایمن و غیر بهداشتی رخ داده است (۶۰). نیک پور و همکاران در یک مطالعه مقطعی به بررسی زنان دارای علائم سقط مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب شهر تهران پرداختند (۶۱). نتایج این مطالعه نشان داد که رابطه معناداری بین انجام سقط عمد با افزایش سن زن و همسرش، افزایش تعداد حاملگی، افزایش تعداد فرزندان، حاملگی ناخواسته، میزان تحصیلات و اشتغال زنان وجود دارد.

بحث

به عقیده جامعه شناسان، پدیده ی باروری از دو سطح خرد و کلان تاثیر می پذیرد. در سطح کلان، عوامل موثر بر باروری شامل فرهنگ جامعه، عوامل محیطی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مذهبی می باشند که جهت حرکت باروری جامعه را هدایت می کنند. اما در سطح خرد انگیزه های شخصی، سلیقه ها، نگرش های فردی و عواملی مشابه، رفتارهای باروری را تحت تاثیر قرار می دهند (۱)

اما با بررسی مستندات و مقالات مرتبط، سبک باروری موجود در جامعه بر ۴ پایه استوار بود. از جمله تمایل خانواده ها به داشتن فرزند کمتر، افزایش سن ازدواج، افزایش میزان طلاق، نداشتن فرصت کافی برای بارداری و تربیت فرزند (۷-۴ و ۲۰، ۲۵، ۳۰-۲۷، ۳۵).

اینطور به نظر می رسد مهمترین دلیل عدم تمایل والدین در داشتن فرزند، مصرف بیشتر و افزایش هزینه باشد، به عبارت دیگر، فشار اقتصادی و تورم اقتصادی بر مردم در سالهای اخیر باعث شده است که خانواده ها ترجیح میدهند با داشتن فرزند کمتر و کاهش هزینه ها، مصرف بیشتر و در نتیجه رفاه و لذت افزونتری داشته باشند. و این باور بیش از عوامل دیگر در کاهش سطح باروری و در نتیجه سیر نزولی رشد جمعیت موثر بوده است (۶). و با تحلیل بیشتر میتوان به این نتیجه رسید که موضوع چهارم در تغییرات سبک باروری، که نداشتن فرصت برای بارداری و تربیت فرزند بوده است نیز به طور غیر مستقیم با تورم اقتصادی در ارتباط بوده است چرا که زنان از ترس از دست دادن کار خود به دنبال حاملگی و زایمان، تا حد امکان فرزند آوری را به تاخیر می اندازند.

در افزایش سن ازدواج در جامعه، بی شک تغییر فرهنگ و رفتن به سمت مدرنیته کردن زندگی، ادامه تحصیل جوانان در مقاطع تحصیلات تکمیلی، و البته عدم داشتن درآمد مناسب برای تشکیل خانواده بی تاثیر نیست (۴).

در این میان تمایل به زندگی صنعتی و شهری، و افزایش توقعات به علت تغییرات فرهنگ، خانواده های هسته ای را جایگزین خانواده های گسترده کرده و اشکال مختلفی از خانواده مانند خانواده های تک والدی در نتیجه افزایش طلاق، اساس خانواده را نیز دچار تغییرات و آسیبهای جدی نموده است (۴).

مرور عوامل مرتبط بر سبک باروری بسیار پیچیده بوده و در هم تنیدگی عوامل به گونه ای است که گاهی امکان جداسازی عملی و مرزبندی مشخص آنها وجود ندارد. در مطالعه حاضر مهمترین عوامل موثر بر سبک باروری در سطح کلان از جمله، عوامل اقتصادی- اجتماعی، اعتقادات دینی، سیاستهای دولتی، عوامل فرهنگی و عوامل دموگرافیکی و بالینی موثر سبک باروری مورد ارزیابی قرار گرفت.

تحلیل عوامل اقتصادی- اجتماعی بر سبک باروری

شهرنشینی و رشد تکنولوژی های جدید را می توان دو عامل اصلی در وقوع سبک های جدید زندگی دانست. در ایران شهرنشینی بالاخص بر گسترش این سبک های جدید زندگی اثری مستقیم و جدی دارد. در واقع فشارهای اقتصادی، اجتماعی و روانی زندگی شهری در کنار تغییر الگوهای فرهنگی، هرچه بیشتر خانواده ها را تحت فشار ایجاد کاهش تراکم و تمرکز بر فردیت قرار داده است. فرزندان توقع بیشتری جهت در اختیار داشتن حریم خصوصی خود دارند و فشارهای اقتصادی متعاقب چنین تقاضاهایی به تدریج زمینه را جهت کاهش تعداد خانوار فراهم آورد (۱ و ۲۵).

مشکلات اقتصادی از جمله عوامل بسیار مهم و تعیین کننده در سبک باروری در مطالعات انجام شده در ایران بوده است (۲۷-۳۰). بر اساس مطالعات انجام شده رکود اقتصادی بیش از اشتغال و تحرک زنان، در باروری و سبک آن تاثیر گذار است. بیکاری و رکود اقتصادی از راههای مختلف بر باروری اثر میگذارد. از جمله اینکه بارداری باعث کناره گیری از بازار کار برای یک مدت کوتاه میشود و چه بسا برگشت به کار به طور مجدد میسر نباشد. از اینرو، زن، باروری خود را به تعویق میاندازد. ضمن اینکه به علت هزینه های بسیار سنگین مراقبت و رشد بچه، خانواده ها بچه دار شدن را به تعویق میاندازند یا با فاصله های زمانی زیاد بین تولد بچه ها اقدام می کنند، تا مجال اندوختن سرمایه مالی داشته باشند (۳۱).

اعتقادات دینی

اینطور به نظر می رسد با تمام تغییرات و تحولات عظیمی که از جنبه های مختلف اقتصادی- اجتماعی فرهنگی و سیاسی بر سبک باروری خانواده ها حاکم است، اعتقادات و گرایشات دینی اثرات مثبت و تقویت کننده بر فرزندآوری داشته و در نتیجه نقش بسزایی بر سبک باروری موجود در جامعه داشته اند.

اسلام هم تاکید زیادی به شکل گیری خانواده و تولید مثل به عنوان وسیله ای برای تضمین بقا و تداوم نسل انسانی دارد. البته اسلام به طور ضمنی جلوگیری از بارداری را نیز مجاز می داند. به طور کلی می توان گفت دیدگاه اسلام مبتنی بر حد متناسب جمعیت است (۱).

عوامل اجتماعی-سیاستهای دولتی و عوامل فرهنگی

تحرك اجتماعی و تحصیلات تکمیلی زنان و تحولات در سن ازدواج و رشد بی رویه طلاق از جمله عوامل تاثیر گذار دیگر بر سبک باروری در ایران بوده است (۱ و ۷ و ۲۸ و ۳۱-۳۰ و ۲۷ و ۳۳) که می توان گفت بخش مهمی از عوامل اجتماعی خود از عوامل اقتصادی و عوامل فرهنگی منشا میگیرد. سیاستهای در جوامع مختلف کم و بیش در سبک باروری تاثیر داشته اند کما اینکه در ایران نیز در دو زمان مختلف از جمله سال ۱۳۶۸ (۱). با هدف تحدید جمعیت و ۲۰۱۳ (۱۳۹۲) با هدف تشویق بر افزایش جمعیت برای رهایی از رشد منفی جمعیت میتوان اشاره نمود (۳) تحولات فرهنگی نیز در جامعه ما نقش بسزایی در تغییرات در سبک زندگی و از جمله تغییر در سبک باروری شده است (۲۹ و ۲۷).

عوامل دموگرافیکی و بالینی موثر سبک باروری

بر این اساس برای داشتن یک بارداری موفق رعایت سن مناسب بارداری یعنی ۳۵-۱۵ سال بسیار ضروری است و در غیر اینصورت عوارض بالایی برای کودک و مادر به همراه خواهد داشت. همچنین از نظر پزشکی رعایت فاصله سنی موالید ۵-۳ سال برای حفظ سلامتی مادر و کودکان بسیار ضروری است (۶۱-۳۶).

نتیجه گیری کلی

در نهایت ، اینطور به نظر می رسد که حمایتهای اقتصادی و سیاسی دولت مبنی بر رفع موانع اقتصادی بر باروری و حمایت از مرخصی زایمان برای مادران و حتی پدران در حال تحصیل و یا دارای کار (که برای تعدادی از کشورها اجرا شده و با موفقیت همراه بوده است)، و همچنین تلاش برای رشد فرهنگ خانواده مداری تا حد زیادی بتواند در اصلاح سبک باروری موجود در جامعه کمک کننده باشد. البته تیم بهداشتی و پزشکی کشور باید همواره بر سن مناسب برای بارداری و فاصله بین موالید نظارت کامل داشته باشند. ضمن اینکه اجرای سیاستهای دولتی مبنی بر عدم انجام اعمال جراحی پیشگیری از بارداری و یا محدود سازی استفاده از

وسایل جلوگیری از حاملگی ، باید در کنار فرهنگ سازی و آگاه سازی خانواده ها همراه باشد و در غیر اینصورت احتمال سقط های غیر قانونی و خطرات جانی مادران خیلی دور از ذهن نیست.

قدر مسلم این است که برای رسیدن به مناسب ترین آهنگ رشد جمعیت که مفهوم دینامیک جمعیت متناسب است، باید ترتیبی اتخاذ شود که رشد جمعیت و رشد و توسعه ی اقتصادی اجتماعی به موازات هم پیش رود و در طول زمان تعادل میان آن ها به وجود آید(۱).

منابع

- ۱- درآمدی بر جمعیت شناسی اقتصادی- اجتماعی و تنظیم خانواده؛ حاتم حسینی؛ همدان، دانشگاه بوعلی؛ چاپ دوم، ۱۳۸۳؛ ۳۵۱ صفحه.
- ۲- بررسی شاخص های جمعیتی ایران و مقایسه آن با کشورهای همسایه با تاکید بر رتبه هر شاخص در بین کشورهای همسایه و جهان. سازمان ثبت احوال کشور معاونت فناوری اطلاعات و آمار جمعیتی. دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت. در دسترس در سایت :
<https://www.sabteahval.ir/upload/modules/contents/asset99/nashriye.pdf>
- ۳- حاتم حسینی. تحقیق عوامل اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی موثر بر باروری زنان ۴۹-۱۵ ساله (۸۳) . پایان نامه جهت اخذ دکترا در رشته علوم اجتماعی .
- ۴- محبوبه جوکار. مدرنیته، تغییر سبک زندگی و کاهش جمعیت در ایران. پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده. ۱۳۹۳، ۲(۲): ۳۹
- ۵- مرکز آمار ایران در دسترس در سایت : www.amar.org.ir
- ۶- افشار کهن، جواد، . صادقی، رسول. تعامل جمعیت و نظام اجتماعی . نامه انجمن جمعیت شناسی ایران، ۸۵، ۲(۱): ۲۱۵-۱۹۵ .
- ۷- دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی (۱۳۹۰). در دسترس در سایت www.sabteahval.ir
- ۸- آیه ۱۱، سوره شورا، قرآن کریم
- ۹- آیه ۷۲، سوره نحل، قرآن کریم

۱۰- آیه ۲۲۳، سوره بقره، قرآن کریم

۱۱- آیه ۱۸۷، سوره بقره، قرآن کریم

۱۲- آیه ۱۲، سوره نوح، قرآن کریم

۱۳- آیه ۶، سوره اسری، قرآن کریم

۱۴- آیه ۴۶، سوره کهف، قرآن کریم

۱۵- آیه ۳۸، سوره آل عمران، قرآن کریم

۱۶- آیه ۳۱، سوره اسراء، قرآن کریم

۱۷- آیه ۱۰۱، سوره انعام، قرآن کریم

۱۸- آیه ۲۳۳، سوره بقره، قرآن کریم

۱۹- آیه ۱۵، سوره احقاف، قرآن کریم

۲۰- کلانتری صمد، عباس زاده محمد، امین مظفری فاروق، راکعی بناب ندا. بررسی جامعه شناختی گرایش به

فرزندآوری و برخی عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: جوانان متاهل شهر تبریز). جامعه شناسی کاربردی.

دانشگاه اصفهان. دوره ۲۱، شماره ۱: صفحات ۱۰۴-۸۳.

۲۱- حسینی حاتم. پویایی توسعه و هم گرایی باروری در کشورهای مسلمان. مجله جامعه شناسی ایران. پاییز

۱۳۸۹، دوره ۱۱، شماره ۳: صفحات ۲۸-۳.

22- Hosseini H, haghshenas NM, Dynamics of Development and Fertility Convergence in Muslim. International Union for the Scientific Study of Population. International Population Conference Marrakech.2009, Accessed in International Union for the Scientific Study of Population. International Population Conference Marrakech.2009,

23- Jones. GW. A demographic perspective on the Muslim world. Journal of Population Research 2006,23:243. DOI: 10.1007/BF03031818

24- understanding religion and the economics of fertility in india sriya iyer. Faculty of Economics and Politics, and St. Catharine's College, University of Cambridge, England. Published as Centre of South Asia Studies Occasional Paper 2, Centre of South Asia Studies, Cambridge, 2002.

- ۲۵- راد فیروز ؛ ثوابی حمیده. بررسی گرایش به باروری و عوامل اجتماعی مرتبط با آن -مطالعه موردی زنان متاهل ۵۰-۱۵ ساله ساکن شهر تبریز-۱۳۹۱ ، ۲(۵): ۴۲-۲۳.
- ۲۶- خلیج‌آبادی فراهانی فریده، دلایل باروری پایین در زنان ایرانی، ویژه‌نامه‌ی جمعیت ایران، ۱۳۹۰، ص ۳۷.
- ۲۷- شیر، طهمورث، بیداریان سهیلا. عوامل اقتصادی جمعیتی مؤثر بر باروری زنان ۱۵-۴۹ ساله شاغل در آموزش و پرورش منطقه ۲۲ تهران. پژوهش نامه علوم اجتماعی، ۱۳۸۸. ۳(۳): ۷۷-۵۹
- ۲۸- عوامل اقتصادی و اجتماعی و جمعیتی مؤثر بر باروری زنان ۳۹-۳۰ ساله همسر دار شاغل در شعب بانک ملت در تهران ۱۳۹۰ (۱۳۹۰). پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- ۲۹- مباحثی محمود، علیدوستی معصومه، حیدری سورشجانی سعید و همکاران. تعیین مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر الگوی باروری خانواده های تک فرزند و بدون فرزند شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۹۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره ۲۱، شماره ۶ (آذر ماه ۱۳۹۲): صفحات ۷۰-۶۳.
- ۳۰- میرمحمدصادقی سیدجواد، توکلی اکبر، واحدسعید فریبا : عوامل اجتماعی - اقتصادی و جمعیت شناختی مؤثر بر باروری در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد عنوان نشریه: زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان) : ۱۳۸۹ ، ۸ ، ۱ (پیاپی ۲۸) ; ۱۴۳-۱۵۹.
- ۳۱- افشاری زهر. اثر بی ثباتی اقتصاد کلان بر نرخ باروری زنان در ایران. دو فصلنامه اقتصاد و توسعه منطقه ای ۱۳۹۴، ۲۲(۱۰)
- ۳۲- کشاورز حمید، حقیقتیان منصور، توسلی دینانی خدیجه. بررسی عوامل مؤثر بر فاصله بین ازدواج و فرزندآوری (مطالعه موردی: زنان متاهل ۴۹-۲۰ ساله شهر اصفهان). جامعه شناسی کاربردی. دانشگاه اصفهان. دوره ۲۴، شماره ۲: صفحات ۱۲۶-۱۱۱.
- ۳۳- پیام زن - مرداد ماه سال ۱۳۹۳ شماره ۲۶۹ - رسانه و تأثیر آن در سبک زندگی اسلامی
- ۳۴- عیوضی، غلامحسین سبک زندگی تلویزیونی و مصرف، فصلنامه فرهنگی دفاعی زنان و خانواده، ۱۳۸۸ سال پنجم، شماره ۱۶.
- ۳۵- بهنام، جمشید (۱۳۹۲)، تحولات خانواده، مترجم محمد جعفر پوینده، تهران، نشر ماهی.

- 36- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw- Hill; 2010.
- 37- Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(2):178–83.
- 38- Najati N, Gojazadeh M. Maternal and neonatal complications in mothers aged under 18 years. *Patient Prefer Adherence.* 2010; 4: 219–222.
- 39- Geller SE, Cox SM, Callaghan WM, Berg CJ. Morbidity and mortality in pregnancy: laying the groundwork for safe motherhood. *Women's Health Issues.* 2006;16(4):176–88.
- 40- Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2005 May;105(5 Pt 1):983-90.
- 41- Namavar Jahromi B, Hussein Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008 Sep;47(3):318-21.
- 42- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Apr;196(4):297-308.
- 43- Norton M. New evidence on birth spacing: promising findings for improving newborn, infant, child, and maternal health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Apr;89 Suppl 1:S1-6.
- 44- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Berman R, et al. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Apr;89 Suppl 1:S34-40.
- 45- Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Apr;89 Suppl 1:S7-24.

۴۶- امیددی افسر، سلمان باروق نسرین، بغارپوش مهین. بررسی ارتباط فاصله گذاری بین موالید با رشد جسمی کودکان زیر پنج سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرج. *مجله پزشکی دانشگاه علوم*

پزشکی ارومیه. زمستان ۱۳۸۰، دوره ۱۲، شماره ۴: صفحات ۳۰۵-۲۹۶.

۴۷- حاجیان کریم ا...، اصنافی نساء، علی اکبرنیا عمران فروغ. بررسی فاصله گذاری بین تولدها و عوامل مرتبط با آن در مادران چندم زای مراجعه کننده به زایشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری بابل (۱۳۸۶). *مجله*

دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مهر و آبان ۱۳۸۷، دوره ۱۸، شماره ۶۶: صفحات ۷۰-۶۳.

۴۸- راسخ عبدالرحمان، ارشاد فرهنگ، حاجی زاده حسین. مطالعه عوامل مؤثر بر فاصله موالید در شهر اهواز. *مجله*

مطالعات اجتماعی ایران. پاییز ۱۳۸۷، دوره ۲، شماره ۱ (پیاپی ۳): صفحات ۱۸-۵.

- 49- Fallahzadeh H, Farajpour Z, Emam Z. Duration and determinants of birth interval in Yazd, Iran: a population study. *Iran J Reprod Med.* 2013 May;11(5):379-84.
- ۵۰- شاهی، عارفه، کامجو، آزیتا، خواجه، فاطمه گل . بررسی فاصله گذاری بین بارداری و سرانجام بارداری در خانم های مراجعه کننده به زایشگاههای بندرعباس در سال ۸۱-۱۳۸۰؛ مجله پزشکی هرمزگان. ۱۳۸۱، ۳ (۹) ۲۰۱-۱۹۷:۳(
- ۵۱- حامدی مهری. بررسی ارتباط وزن کم هنگام تولد نوزاد و فاصله بین بارداری های مادر در مراجعه کنندگان به بیمارستان های تابع دانشگاه آزاد اسلامی در طی سالهای ۱۳۹۰-۱۳۸۹. پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای حرفه ای. ۱۳۹۰. دانشکده پزشکی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران.
- 52- Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 53- Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. *Danforth's obstetrics and gynecology.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 54- Dayal M, Barnhart KT. Noncontraceptive benefits and therapeutic uses of the oral contraceptive pill. *Semin Reprod Med.* 2001 Dec;19(4):295-303.
- ۵۵- مشرفی مهوش، رحیمی کیان فاطمه، مهران عباس، قیتولی هینار. میزان بکارگیری روش های جلوگیری از بارداری در زنان زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی جنوب تهران. فصلنامه پایش. زمستان ۱۳۸۳، سال ۴، شماره ۱: صفحات ۱۸-۱۱.
- ۵۶- روحانی رصاف مرضیه، گیلانی حمیدرضا، صباحی محمد. بررسی اپیدمیولوژیک عوامل مرتبط با حاملگی ناخواسته در مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی شهری شهرستان کاشان در نیمه اول سال ۸۸. مجله دانش و تندرستی. تابستان ۱۳۸۹، دوره ۵، شماره ویژه نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران: صفحه ۱۲۹.
- ۵۷- طوافیان صدیقه السادات، رمضان زاده فاطمه. مشخصات جمعیت شناختی مؤثر بر تصمیم به سقط عمدی در مراجعین به بیمارستان های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. فصلنامه پایش. بهار ۱۳۸۶، سال ۶، شماره ۲: صفحات ۶۴-۱۵۷.
- 58- Majlessi F, Forooshani AR, Shariat M. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. *East Mediterr Health J.* 2008 Jan-Feb;14(1):103-9.

59- Safe and unsafe induced abortion – Global and regional levels in 2008, and trends during 1995-2008. World Health Organization. 2012. Available from:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_02/en/

60- Unsafe abortion incidence and mortality – Global and regional levels in 2008 and trends. World Health Organization. 2012. Available from:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_01/en/

۶۱- نیک پور بهمن، مجلسی فرشته، طل آذر، اشراقی نوشین. بررسی سقط عمد و عوامل موثر بر آن در مقایسه با

سقط های غیر عمد در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب شهر تهران. فصلنامه سلامت خانواده

دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری. زمستان ۱۳۹۱، دوره ۱، شماره ۳: صفحات ۲۰-۱۴.

۲) یافته های فاز دوم:

در مرحله دوم مطالعه از طریق بارش افکار در جلسات بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion) جهت بررسی و تعیین سبک باروری ایرانی - اسلامی در میان گروه های زیر صورت گرفت:

۱. متخصصین زنان و زایمان

۲. کارشناسان علوم اجتماعی، جمعیت شناسی، روان شناسی و حقوق دانان

نتایج جلسات هم اندیشی با متخصصین زنان و زایمان

در جلسات هم اندیشی با متخصصین زنان به صورت حضوری با تعدادی از صاحب نظران و اساتید دانشگاهی این حوزه مصاحبه و گفت و گو انجام شد و همچنین از طریق ارسال پرسش نامه هایی شامل سوالات کلیدی مرتبط با این حوزه به متخصصین سراسر کشور، مشارکت این دسته از صاحب نظران نیز به لحاظ تجربیات آن ها در نقاط مختلف فرهنگی و جغرافیایی لحاظ شد. پاسخ های حاصل از این مرحله به صورت خلاصه در زیر فهرست شده است:

- با بالا رفتن سن ازدواج در سال های اخیر میزان نازایی افزایش یافته است.
- تمایل جوانان به داشتن خانواده و همچنین مسئولیت پذیری به خصوص در مردان کاهش یافته است.
- افزایش بار اقتصادی خانواده موجب اشتغال اجباری زنان شده است.
- علاوه بر کاهش تعداد فرزندان نرخ تمایل به مهاجرت آنها هم افزایش یافته است.
- بی بند و باری و فساد اخلاقی جوانان در حال افزایش پیدا کردن است.

- مهم ترین عوامل کاهش نرخ ازدواج و افزایش سن ازدواج به ترتیب اهمیت مشکلات اقتصادی، مشکلات اشتغال، کاهش مسئولیت پذیری جوانان، استقلال طلبی و تغییر در نگرش جامعه (زندگی مجردی، ازدواج سفید و ...) و کاهش تمایل به داشتن خانواده است.
- مهم ترین عوامل کاهش بارداری به ترتیب اهمیت مشکلات اقتصادی خانواده، اشتغال زنان، سن بالای ازدواج، افزایش نازایی و نگرانی در مورد آینده ازدواج است.
- حداقل و حداکثر سن مناسب ازدواج به ترتیب ۱۸ و ۳۲ سال پیشنهاد شد.
- حداقل و حداکثر سن مناسب بارداری به ترتیب ۲۰ و ۳۴ سال پیشنهاد شد.
- سن مناسب برای ازدواج ۲۶-۲۲ سال عنوان شد.
- حداقل سن اولین بارداری ۲۵-۲۲ سال ذکر شد.
- حداکثر سن ایده آل بارداری ۴۰-۳۸ سال است.
- بهترین محدوده سنی برای بارداری اول ۲۶-۲۲ سال است.
- متوسط سن اولین بارداری در حال حاضر در جامعه شهری ۲۸-۲۴ سال است.
- متوسط سن اولین بارداری در حال حاضر در جامعه روستایی: ۲۲-۲۰ سال می باشد.
- مدت زمان مناسب شیردهی توسط مادر ۲۴-۲۰ ماه است.
- عوامل مؤثر بر طول مدت شیردهی توسط مادر به ترتیب اهمیت وضعیت اقتصادی خانواده (تهیه شیر خشک و ...)، نگرش و فرهنگ خانواده، شاغل بودن مادران، آگاهی در مورد فواید شیر مادر، سلامت جسمی و روانی مادر، تحصیلات مادر و پدر، حمایت خانواده ذکر شد.
- تعداد مناسب فرزندان را ۲-۳ فرزند می دانستند.
- در حال حاضر متوسط تعداد فرزندان در جامعه ما ۲ نفر است (در جوامع روستایی متوسط ۴ نفر).
- فاصله ی مناسب بین دو بارداری را ۲ تا ۳ سال مطرح کردند.
- عوامل مؤثر بر تعداد فرزندان هر خانواده به ترتیب اهمیت وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات مادر و پدر، وضعیت جسمی و روحی مادر و پدر گفته شد.

- علل ذکر شده برای فاصله گذاری مناسب بین دو بارداری بهبود وضعیت جسمی مادر، کاهش عوارض در بارداری بعدی، بهبود رشد فرزند قبلی است.
- دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری به صورت آزاد و همگانی باشد.
- تصمیم گیری جهت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری بر اساس نظر خانواده و پس از انجام مشاوره باشد.
- عواملی نظیر عسر و حرج والدین، بیماری زمینه ای مادر و عدم تمایل والدین به بچه دار شدن در مورد استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در نظر گرفته شوند.
- از علل ذکر شده برای آزاد شدن دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و در نظر داشتن عوامل مؤثر بر آن کاهش میزان سقط غیر قانونی، کاهش میزان مرگ و میر مادران، جلوگیری از آسیب های روحی تحمیل شده بر خانواده به دلیل حاملگی ناخواسته بود.
- سن مناسب برای بستن لوله های رحمی (TL) ۳۵-۳۷ سال است.
- شرایط انجام TL به ترتیب اهمیت سابقه حداقل سه زایمان، بالا رفتن سن مادر، سابقه حداقل دو زایمان سزارین و تمایل زوجین است.

نتایج جلسات هم اندیشی با کارشناسان علوم اجتماعی و جمعیت شناسی و حقوق دانان

یکی از معضلات جوامع در حال گذر افزایش سن باروری و کاهش زاد و ولد می باشد و به تبع آن کاهش جمعیت است که در این امر هم عوامل متعددی نقش دارند. بر اساس تحقیقات انجام شده سن تصمیم گیری اولین فرزند آوری با متغیرهای سن ازدواج و طول مدت ازدواج ارتباط معناداری مشاهده شد همچنین همبستگی معکوس و معناداری بین متغیرهای امیدواری و کیفیت زندگی و فاصله بین فرزندان با سن تصمیم گیری اولین فرزند آوری وجود دارد.

امروزه سیاست گذاری های نظام در نگرش به فرزند آوری علاوه بر تغییر روند تنظیم جمعیت و گرایش آن به سمت منفی شدن رشد جمعیت تحت تاثیر مسایل اجتماعی و فراملی است اما این ضرورت در افکار عمومی جامعه هم باید احساس شود. با طراحی الگوی مناسب و منطبق با فرهنگ ایرانی - اسلامی باید به دنبال خروجی واقع بینانه باشیم زیرا اثر نظام اقتصادی و سایر مسایل در این زمینه پررنگ است. به طور مثال اکثریت جمعیت در سن ازدواج جامعه ی ما را قشر دانشجو تشکیل می دهند و به تعویق انداختن ازدواج و فرزند آوری را بخاطر تحصیل و تقابل آن با مسئولیت های جوان در خانواده سهم مهمی در این زمینه دارد ؛ علاوه بر این جامعه از داشتن فرزندانی از والدین نخبه و تحصیلکرده تا حدودی محروم می شود و هم اینکه پاسخگویی به نیاز های منطبق با سرشت زمینه انحراف پیدا می کنند.

وضعیت شناسی در زنان در سنین باروری نیز مهم است و سیاست های جدید افزایش جمعیت با الگوی ایرانی - اسلامی و پیشگیری از سقط های غیر قانونی چقدر با شرایط واقعی زنان و خانواده ها منطبق و برای آنها قابل قبول است. باید نگرش موجود در جوانان را در نظر بگیریم و تصویری از آینده ی کسی که ۲-۳ فرزند دارد اگر برای جوان تصویر روشنی باشد به تشکیل خانواده و فرزند آوری تشویق می شود. ایجاد امکانات برای خانواده ها از جمله مادران شاغل و اعضای تشویق برای فرزند آوری در این زمینه موثر است.

از سوی دیگر بحث بلوغ عقلی و عاطفی در جوانان برای شروع و پایداری یک خانواده بسیار مهم است. تربیت جوانانی آگاه و مسئولیت پذیر برای تامین آینده ی خانواده های با ثبات امری حیاتی است. سلامت روانی والدین برای تربیت نسل بعدی جامعه چه بسا از سلامت جسمی آنان نیز مهم تر است.

در حال حاضر در ایران و سایر کشورها تغییرات سبک زندگی و معیشتی و ساختاری در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده ها را تحت تاثیر قرار داده است. از جمله اینکه کارایی فرزند به دنبال صنعتی شدن بسیاری از امور یدی و در نتیجه نیاز به فرزند کاهش پیدا کرده است و در نتیجه هزینه فرزند بر درآمد زایی آن می چربد لذا خانواده ها به سمت برنامه ریزی خانواده (family planning) پیش رفته اند. علاوه بر این تغییر نگرش در نقش زنان و افزایش جمعیت زنان شاغل و تحصیل کرده پذیرش شیوه ی سنتی ازدواج و تشکیل خانواده و پذیرفتن مسئولیت مادری را به تعویق می اندازد. در این فضای فکری، مسئولین با آگاه کردن جوانان - به شیوه ی ملموس و منطقی- از ارزش خانواده و نقش مادر و پدری و همچنین حمایت ها و تشویق های اقتصادی و اجتماعی ایفای

نقش می کنند زیرا رویکرد و علاقه به تشکیل خانواده و فرزند آوری ریشه در اعتقادات ما دارد. سیاست گذاران باید از دیدگاه مردم آگاه باشند و زیرساخت ها و اعتقاد و مسئولیت در مقابل اجرای طرح در مجربان آن وجود داشته باشد.

در کنار امکان انتخاب آزادانه برای خانواده ها، حمایت های قانونی و حقوقی و رفاهی برای خانواده هایی که دارای فرزند میشوند مشوق خواهد بود. از جمله این اقدامات ایجاد فضای کمک کننده شغلی مثلا مهدکودک ها در نزدیک محل کار مادران شاغل است که سهم مهمی در این زمینه دارد. تا زمانی که اطمینان خاطر ایجاد نشود این کار میسر نمی شود و از طرفی باید مسئولین عالی رتبه کشور در سیاست ها به ارزش مادری و همسری تاکید نمایند. سه عامل افزایش هزینه ها و فشار اقتصادی و عدم وجود حمایت و تسهیلات رفاهی از جانب دولت برای فرزند آوری و نگرش غلطی که داشتن فرزند بیشتر نشانه فرهنگ اجتماعی ضعیف تر است از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر فرزند آوری است .

با این توصیف باروری واقعی صرفا فیزیکی نیست بلکه پدیده ای مبتنی بر ذهنیات و تفکرات فردی است در هر کنش انسانی که معطوف به یک هدف واقعی باشد انگیزش فرد دارای مهمترین نقش است و در واقع انگیزش فضای مناسب ایجاد علاقه در فرد و در نهایت رضایت او را نسبت به انجام یک عمل ایجاد می نماید. فرزند آوری و ادامه تجدید نسل از موضوعاتی است که باید در بستری پر امید رخ دهد چرا که در غیر اینصورت جوانان یا از ازدواج باز می مانند و یا در صورت ازدواج اگر امیدی به آینده بهتر نداشته باشند از تجدید نسل خود داری و یا حداقل به یک فرزند بسنده خواهند کرد. در نهایت و در آخر کاهش گرایش به فرزندآوری بهمانند تاخیر در سن ازدواج به فهرست مسائل اجتماعی کشور پیوسته و همانند ان تبعات روانی و اخلاقی و فرهنگی و اجتماعی را به همراه خواهد داشت که بایستی مورد بررسی قرار گرفته و راه حلی برای ان اتخاذ گردد .

راهکارهای پیشنهادی :

- آگاهسازی در مورد پیامد تاخیر در فرزندآوری
- آموزش و تاکید بر ازدواج در سنین مناسب برای جوانان و آموزش و تاکید بر فرزند آوری و آموزش در مهارتهای فرزند پروری

- رویکرد سیاست گذاران طرح ، متخصصین، مجریان و مردم در یک راستا باشد تا سیاست های تدوین شده از سوی مردم (هم زنان و هم مردان) پذیرفته شود
 - آموزش و فرهنگ سازی مناسب در زوجین در زندگی مشترک و همچنین خانواده.
 - _ارائه کارگاههای آموزشی به منظور تغییر در نگرش و گرایش،ذهنی و روانی در افزایشفرزند اوری
 - _تقویت توانمندیهای مختلف زنان در جهت اداره زندگی در ابعاد مختلف
 - _ارائه تسهیلات و برنامه های حمایتی از طرف سیاستگذاران و دولتمردان
 - _کاهش مدت زمان فعالیتهای شغلی بویژه در زنان
 - _تبدیل وضعیتهای شغلی پیمانی وقرار دادی به رسمی جهت ایجاد ثبات و امنیت شغلی
 - _ارائه تسهیلاتی چون مهد کودک در محل کار شاغلان
 - _انجام تحقیقات و پژوهشهای بیشتر در خصوص بررسی عوامل موثر در تبیین باروری و فرزند اوری
- در سوی دیگر این موضوع باید به مسئله رواج طلاق و بی ثباتی ازدواج ها و ترس از آینده ازدواج و امتناع از فرزند اوری باید مدنظر قرار بگیرد. آموزش جوانان برای انتخاب درست و رفتار و عملکرد صحیح نقش همسری و دوری از تصمیم گیری بر اساس هیجان و احساسات در زندگی زناشویی بسیار مهم است.
- اما نکته مهم و قابل توجه این است که الگوی طراحی شده و سیاست گذاری شده در نهایت نیازمند اجرایی شدن است و موضوع در ابعاد مختلف سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی باید به صورت همگام ضمانت اجرایی داشته باشد تا نتیجه ی آن در جامعه به صورت مطلوب مشاهده شود.

نکته اخر این است که انتخاب آزادانه تعیین کننده باشد نه اجبار. پیامد های در دسترس قرار ندادن وسایل پیشگیری از بارداری و ممانعت از انجام عمل بستن لوله های رحمی مشکل دیگری به نام افزایش سقط های غیر قانونی ایجاد کرده است که علاوه بر خطر مرگ و عفونت های مختلف برای زنان، از نظر سلامت جسمی و روانی نیز آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. تعداد فرزندان و شکل زندگی خانوادگی جز احوال شخصی افراد است و مسائل دینی به آزادی تاکید دارد. دین روی جوهری انسانی تاکید می کند و مسائل مالکیت و مالی محترم شناخته می

شود و امور ازدواج و طلاق و فرزند باید محترم شمرده شود و زیر ساخت ها و زمینه های مشوق خانواده ها تقویت شود.

۳) یافته های فاز سوم

در این مرحله از مطالعه با مدیران بهداشت خانواده دانشگاه های تهران و مشاوران روان شناسی فرهنگستان علوم پزشکی طی جلساتی گفت و گو به عمل آمد که حاصل این نشست ها به صورت زیر بود:

وضعیت کنونی رشد جمعیت معلول علت هایی است که از مهم ترین آنها می توان به تغییرات الگوی فرهنگی، تغییر در ارزش های معنوی جامعه، تغییر در الگوی اقتصادی و ارزش های مادی جامعه، طرح های انقباضی - انبساطی که همیشه در کشور های در حال توسعه اتفاق می افتد و باعث تغییرات ناگهانی در سیاست ها می شود و مسائل خاص مقطعی مانند برز جنگ و ... می توان نام برد.

به طور کلی تعداد ۳-۴ فرزند در یک خانواده مطلوب است اما این تعداد در تمام خانواده ها نمی تواند یکسان باشد و بسته به شرایط در ابعاد خاص خانواده ها می تواند از صفر فرزند تا ۶ یا بیشتر هم در نظر گرفته شود. همچنین فاصله سنی مطلوب بین فرزندان ۲-۳ سال است که این فاصله به طور کلی بر مسائل مختلف خانوادگی از جمله روابط بین فرزندان، شرایط زندگی و مسائل پدر و مادر در دید کلان بر نرخ باروریکشور اثرگذار است چرا که در فاصله زیاد می تواند فرصت باروری را از خانم هایی که در سن بالاتر ازدواج می کنند بگیرد.

یکی دیگر از مسائل اثر گزار بر تغییرات رشد جمعیت در کشور بالا رفتن سن ازدواج در بین جوانان است که در اثر عواملی از جمله تغییر در تربیت فرزندان از کودکی تا جوانی چه در بعد خانواده چه در بعد آموزش و پرورشو چه در بعد دانشگاه ایجاد شده است. به عبارتی فرزندان مسئولیت پذیر و با هدف اجتماعی زندگی کردن تربیت نمی شوند و اکثرا خود محور و با اولویت فرد محوری رشد می کنند. همچنین ایده آل گرا بودن و توجه بیشتر به شرایط کامل

مادی و موقعیتی برای ازدواج در شرایطی که تا حدودی رکود اقتصادی و مشکلات مالی گسترش پیدا کرده است. از سوی دیگر تاثیر شبکه های مجازی بر باورهای جوانان را نباید نادیده گرفت.

راهکارها در رابطه افزایش ازدواج که حایز اهمیت می باشد :

_اگاهسازی جوانان خانواده ها و نهادهای آموزشی در مورد علل و پیامد های تاخیر در ازدواج

_آموزش و تاکید بر ازدواج در سنین مناسب

_ترویج الگوهای موفق ازدواج در جامعه و نشان دادن این الگوها توسط رسانه ها

_حمایتهای مادی و معنوی از سوی والدین

_آموزش راهبردهای مقابله ای متناسب با چالشهای ازدواج وحمایتهای دولت در تشکیل هسته های روانشناسی و

مشاوره های ازدواج توسط متخصصان

_راهکارهای زیر بنایی و حساب شده ازسوی مسئولان و دولتمردان و اجرای ان توسط کارشناسان و متخصصان

_ارائه امتیازات ویژه برای کاربایی

_اعطای وام های مناسب

_ارائه تسهیلاتی مانند تقبل بخشی از هزینه های ازدواج تامین مسکن مناسب با شرایط اقساطی

_ایجاد زمینه های مناسب برای ابراز وجود و بهره برداری مناسب و مفید از پتانسیل ها و ظرفیتهای جوانان

_پیش بینی الگوهای جدید تحصیلی و شغلی مناسب برای دختران در راستای عدم مغایرت ادامه تحصیل و شغل

_گسترش فرهنگ ازدواج و ایجاد علاقمندی نسبت به ازدواج از طریق رسانه های دیداری و شنیداری

_اسان سازی در امر ازدواج تشویق در امر ازدواج های دانشجویی

_ ایجاد سایتهای معتبر و یا مکانهای معتبر جهت آشنا سازی جوانان با یکدیگر که درواقع تحت نظارت دانشگاه و

مراجع ذیصلاح باشد.

مهم ترین مشکلات بالقوه تاخیر در ازدواج و کاهش فرزند آوری سالمند شدن جمعیت کل کشور است و این یعنی

کاهش نیروهای جوان و میانسال طی سال های آتی منجر به کاهش نیروی کار و خلاق و افزایش نیروهای سربار که

نگهداری و مراقبت از آن ها هزینه بالایی به خانواده ها و جامعه تحمیل می کند. البته توجه به این امر هم باید در

نظر گرفته شود که عدم ازدواج یا تعداد فرزندان کمتر، اساس خانواده ها را در برابر حوادثی که هر ساله امکان معلولیت، مصدومیت و مرگ را ایجاد می کند - که در سنین مختلف بخصوص جوانی اتفاق می افتد- تهدید می کند و عوارض آن دامنگیر خانواده و در بعد کلان جامعه می شود. بدیهی است کاهش تعداد فرزندان یک خانوار منجر به این موضوع می شود که تعریف فرد از خواهر و برادر کمتر شده و بهترین دوستان و حامیان خود را از خارج خانواده پیدا کند. به عبارتی امکان ارتباط موثر و نزدیک در تمام مراحل کودکی و نوجوانی و طی بازی ها و سرگرمی های این دوران با افراد خانواده که به راحتی قابل دسترسی و هم با اطلاع و هم با کنترل می تواند باشد از دست می رود که نتیجه ی آن والدینی به شدت نگران و مضطرب و کودکانی با احساس تنهایی مفرط خواهند بود. برای تغییر نگرش به فرزند آوری و ارزش گذاری نقش پدری و مادر و همسریباید در کل سیاست های کشور تدابیری اندیشیده شود. ارزش نهادن به خانواده و مادر، ارزش های اخلاقی خانواده، نگاه با محبت و احترام و ارزش به فرزندان به عنوان سرمایه خانواده و جامعه و توجه به تمام ابعاد شخصیتی آن ها می تواند موثر باشد. این ارزش گذاری نقش پدر و مادر باید واقعی بوده و از حالت شعاری خارج شود. کلیه دست اندرکاران حیطه فرهنگی جامعه از جمله روحانیون، شاعران، نویسندگان، هنرمندان، ورزشکاران و ... با شکل صحیح خانواده سالم باید وارد این میدان شوند. سیاست گذاران همه و همه باید تلاش کنند تا چهره ی پدر و مادر در کنار فرزندان را علی رغم سال ها زحمت، با آرامش روحی ترسیم کنند.

در خصوص نسل زنان تحصیل کرده و شاغل باید تمهیداتی اندیشیده شود تا شرایط فرزند آوری و تربیت فرزند برای آن ها راحت تر شود؛ از جمله این اقدامات می توان موارد زیر را نام برد:

۱. حمایت روحی و معنوی از این مادران هم در خانواده و هم در محیط کار و تحصیل
۲. حمایت مادی به طوری که امکان استفاده از مهد کودک یا پرستار تا حد مطلوبی برای ایشان فراهم شود
۳. ساز و کارهای قانونی برای حمایت مادران در طی بارداری و شیردهی پیش بینی شود
۴. راهکار های حمایتی مانند دادن مسکن مناسب یا کمک هزینه مسکن به والدین دارای فرزندان بیشتر و البته در این امر نخبگان، دانشجویان و فعالین اجتماعی باید با اولویت دیده شوند.

همچنین بسیار مهم است که یک خانم هنگام باردار با افتخار در این خصوص صحبت کند و فرزند خود را با خوشحالی به مردم معرفی کند به عبارتی داشتن فرزند و بخصوص افزایش تعداد فرزندان برای یک خانواده ارزش تلقی شد. از سوی دیگر باید برای تعداد فرزندان افزایش یافته تمهیداتی در نظر گرفته شود و به رشد معنوی فرزندان نیز توجه شود مثلاً افزایش کیفیت مهد کودک ها و کاهش هزینه های آن ها برای خانواده های با تعداد فرزندان بیشتر.

مهم ترین نکته این است که هر نوع سیاستی برای تغییر در ارزش ها و باور ها تدوین شود باید در عین توجه به کلیات موضوع، به مسائل جزئی آن نیز توجه کند. ضمن آنکه برنامه ریزی دراز مدت، میان مدت یا کوتاه مدت در آن اندیشیده شود. از ابتدا تا انتهای برنامه از طریق ارزیابی و پایش بررسی شود و همزمان به موقع مداخله مناسب آن طراحی شود. در این مسیر هم ارگان ها و نهاد ها و سازمان ها (از مهدکودک ها تا دانشگاه ها و ادارات) با هم یک جهت و همسو فعالیت نمایند.

راهکارهایی با سیاست های این چنین بسیار با دقت و با اصول علمی باید دیده شوند. در کنار تهاجم فرهنگی که رخ داده است، امکانات استفاده از فضای مجازی با دید مثبت و منفی و تلاش جوانان برای ارتقای سطح علمی و اجتماعی خود در جامعه و شریط اقتصادی حمایتی از زوجین جوان نیز باید دیده شود.

مراقبت از هرم سنی جمعیت کشور باید جدی گرفته شود و قاعده های پهن و باریک متعدد می تواند امکان برنامه ریزی برای آینده را برای سیاست گذاران کشور بسیار سخت نماید.

فصل چهارم

بحث و نتیجه گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی سبک باروری ایرانی- اسلامی و عوامل تعیین کننده آن بود و در آن عوامل دینی و اعتقادی، عوامل فرهنگی- اجتماعی- جغرافیایی، و عوامل اقتصادی سیاسی مورد بررسی قرار گرفت.

طبق مدارک و مستندات موجود، دین اسلام تاکید زیادی به شکل گیری خانواده و تولید مثل به عنوان وسیله‌ای برای تضمین بقا و تداوم نسل انسانی دارد. البته اسلام به طور ضمنی جلوگیری از بارداری را نیز مجاز می‌داند. به طور کلی می‌توان گفت دیدگاه اسلام مبتنی بر حد تناسب در جمعیت است (۱). شواهدی وجود دارد که مسلمانان در کشورهای در حال توسعه از سایر گروه‌های مذهبی نرخ باروری بیشتری دارند (۶). مقایسه جوامع در چهار کشور آسیایی نشان می‌دهد که نرخ باروری مسلمانان از سایر گروه‌های مذهبی بالاتر بوده است و به عقیده محققین این اختلافات نمیتواند فقط به علت استقلال کمتر خانواده‌ها و یا موقعیتهای اقتصادی، اجتماعی آنها باشد و بی شک مذهب نقش پر رنگی در سبک باروری آنها دارد (۷). در این زمینه قرآن کلیات احکام و اصول را اشاره نموده است اما در جزئیات بخشی از احکام، به صراحت، سخنی به میان نیامده است. با مراجعه به کتاب آسمانی قرآن میتوانیم آیاتی که در آن به تشویق واضح مسلمانان به تکثیر نسل می‌پردازد را مشاهده نماییم. البته لازم به ذکر است که در هیچ آیه‌ای نیز صراحتاً تنظیم خانواده و تحدید جمعیت منع نشده است.

بر اساس مطالعات موجود، با تمام تغییرات و تحولات عظیمی که از سمت جنبه‌های مختلف اقتصادی- اجتماعی فرهنگی و سیاسی بر سبک باروری خانواده‌ها حاکم است، نقش اعتقادات و گرایش‌های دینی و اثرات مثبت و تقویت کننده آن بر فرزندآوری بر سبک باروری بر قوت خود باقی است و شواهدی وجود دارد که نقش دین نه تنها در بین ایرانیان بلکه مسلمانان در کشورهای دیگر نیز تاثیر گذار بوده است (۴). البته کاملاً آشکار است که همواره عوامل دیگر مثل عوامل اجتماعی و فرهنگی شاخص مثل تحصیلات و یا اشتغال می‌تواند در نقش مذهب و عوامل دینی اثر تعاملی ایجاد نماید و به طور غیر مستقیم بر سبک باروری تاثیر بگذارد (۵). عوامل اقتصادی- اجتماعی بر سبک باروری شامل موارد زیر است:

- شهرنشینی، توسعه اقتصادی و تغییر سبک زندگی: بر اساس نظریه انتقال جمعیت شناختی، استدلال می‌شود که تغییرات در صنعتی شدن، شهرنشینی و توسعه‌ی اقتصادی ابتدا باعث کاهش مرگ و میر می‌شود، سپس به دلیل افزایش احتمال بقای فرزندان میزان باروری کاهش می‌یابد، زیرا از طرفی پرورش

فرزندان هزینه‌های سنگینی بر والدین تحمیل می‌کند و از طرف دیگر، منافع فرزندان کاهش می‌یابد. در نتیجه انگیزه‌ی والدین برای داشتن فرزند بیشتر سست می‌شود (۸).

- عوامل اقتصادی: به نظر می‌رسد پیشرفت کلی کشورها سطح کلی باروری را پایین می‌آورد. حتی در میان فقرا هم در صورتی که شروط زیر محقق شود می‌توان زاد و ولد را کاهش داد:

۱. افزایش سطح تحصیلات زنان و در نتیجه تغییر در نقش و ارزش‌های آنان

۲. افزایش امکانات اشتغال غیر کشاورزی زنان که قیمت یا هزینه‌ی فعالیت‌های سنتی پرورش کودک را افزایش می‌دهد

۳. کاهش مرگ و میر اطفال از طریق گسترش برنامه‌های بهداشت عمومی و ایجاد وضعیت تغذیه‌ی بهتر برای والدین و کودکان

۴. افزایش سطح درآمد خانواده‌ها از طریق افزایش اشتغال مستقیم یا از طریق توزیع مجدد درآمدها

۵. توسعه‌ی نظام بیمه‌سالمندی و سایر بیمه‌های اجتماعی (۸).

در میان عوامل اقتصادی می‌توان دو عامل زیر را برشمرد: **پرهزینه شدن فرزند**: در گذشته، ضمن اینکه فرهنگ اقتصادی، گذران زندگی با هزینه کم را ممکن می‌ساخت، فرزندان نیز در سنین کمتری به بازار کار روی می‌آوردند و می‌توانستند نیروی درآمدزا برای خانواده خویش باشند؛ اما امروزه، به‌درازا کشیده شدن زمان تحصیل که گاه تا سی سالگی و بیشتر می‌رسد و زمان بر شدن پیدا کردن کار و شغل مناسب، فرزند را به مصرف‌کننده‌ی هزینه‌بر تبدیل کرده و خانواده پرجمعیت را به‌خطر انداخته است (۸). **بی‌ثباتی اقتصادی**: با توجه به اینکه کشور ما در سالهای اخیر بیشترین نرخ تورم در منطقه را داشته است و یکی از بالاترین‌ها در مقیاس جهانی است. بی‌ثباتی اقتصادی برآمده از تورم و بیکاری بر زندگی مردم تأثیری آشکار داشته است (۹).

- **عوامل اجتماعی**: از جمله عوامل بسیار مهم در تعیین و تغییر سبک باروری میتوان عوامل زیر را نام برد:

- تحرک اجتماعی زنان: با افزایش گرایش زنان به حضور در عرصه‌های اجتماعی، مانند تحصیلات و کار که مهم‌ترین ویژگی آن، دوری از محیط خانه است، فرزندآوری به یک مانع مهم در تحرک اجتماعی تبدیل می‌شود لذا زنان تا حد امکان تولد فرزندانشان را به تعویق می‌اندازند (۸ و ۹).

- تحول در ازدواج و طلاق: در پنج دهه گذشته، با افزایش سن ازدواج و افزایش زندگی مجردی در دختران روبه‌رو بوده‌ایم. میانگین سن مردان در نخستین ازدواج خویش، از ۲۴/۹ سالگی در سال ۱۳۳۵ به ۲۶/۷ در سال ۱۳۹۰ رسیده و میانگین سن دختران در نخستین ازدواج خویش در همین بازه زمانی، از ۱۹ به ۲۳/۴ سالگی افزایش یافته است که این افزایش به معنای کاهش احتمال باروری پس از ازدواج است. از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد از سال ۱۳۴۵ تا سال ۱۳۷۰، شتاب افزایش ازدواج بیش از شتاب افزایش جمعیت بوده و از سال ۱۳۷۰ به بعد، این نسبت وارونه شده است (۸). طلاق از آن جهت اهمیت دارد که موجب توقف باروری می‌گردد. طلاق که روزگاری نه چندان دور، رویدادی تلخ تلقی میشد، امروزه از قبح آن بسیار کاسته شده است. از سال ۱۳۷۹ تاکنون، نسبت ازدواج به طلاق، روند کاهشی داشته و از ۱۲ ازدواج در برابر ۱ طلاق در سال ۱۳۷۹، به ۵/۵ در سال ۱۳۹۱ رسیده است (۱).

- تحصیلات تکمیلی زنان: همانطور که اشاره شد، در ایران تحصیلات تکمیلی زنان از چند جهت بر سبک باروری تاثیر داشته است، زیرا از یک سو سن ازدواج را به تعویق انداخته است از سوی دیگر به طور بالقوه مشارکت زنان در نیروی کار را افزایش می‌دهد، و مهمتر از همه ترس از بیکاری و از دست دادن شغل به علت حاملگی، فرزندآوری به تعویق انداخته است. و به طور کلی می‌توان گفت، به طور کلی ادامه تحصیل در زنان تغییرات زیادی در ساختار قدرت خانواده ایجاد کرده است که تأثیر متقابل این عوامل، روند پر شتاب کاهش باروری را به همراه داشته است (۸ و ۱۰ و ۱۱).

– **سیاست‌های دولتی:** در ایران، در سال ۱۳۶۷، میزان رشد سالیانه جمعیت کشور با یک افزایش بی‌سابقه به ۳/۹ درصد رسید. در این شرایط در کشور جنگ زده ایران، ایجاد تناسب میان رشد جمعیت و رشد و توسعه اقتصادی کار اصلا ساده ای نبود. به دنبال سمینار جمعیت و توسعه در شهر مشهد و پذیرش قطعنامه‌ی آن توسط دولت، سیاست جمعیتی دولت مبنی بر کنترل رشد جمعیت به طور رسمی اعلام و از

سال ۱۳۶۸ به اجرا گذاشته شد (۲). بدین ترتیب در دهه های اخیر شاهد تغییرات چشمگیری در روند میزان رشد جمعیت در ایران شده ایم. میزان رشد جمعیت در دهه های مختلف ۱۹۷۰-۱۹۸۰ برابر با ۳,۱، ۱۹۹۰-۲۰۰۰ برابر با ۱,۶ و ۲۰۰۰-۲۰۱۰ برابر با ۱,۲ بوده است (۱۲). اما به دنبال تهدید بر منفی شدن رشد جمعیت، از سال ۲۰۱۰ تغییراتی در سیاستهای دولت بر کنترل جمعیت اعمال شده است، از جمله این که در سال ۲۰۱۳ (۱۳۹۲)، وزارت بهداشت ایران حذف جراحی های پیشگیری از بارداری را از چرخه ارائه خدمات عمومی به عنوان یکی از سیاست های نظام برای تشویق خانواده ها به داشتن فرزند بیشتر اجرا نمودند (۱۳).

- **تحولات هویتی:** در گذشته مردان خانواده ها، احساس مسئولیت در مقابل اقتصاد خانواده، احساس وابستگی به خاندان، حق اعمال زور در خانواده، افتخار به عائله مندی و پر فرزند و دل بستگی به خانواده را برای خود قدرت می دانستند. این در حالیست که امروزه در ایران خانواده ها دچار تحول هویتی شده اند لذا، چشم داشت از همکاری اقتصادی همسر، خودخواهی، کاهش وابستگی به خانواده، و کاهش احساس مسئولیت را به وضوح میتوان دید. در این حال مرد گرایش کمتری به پذیرش فرزندان بیشتر دارد و با تعداد عائله، هویت یابی و هویت نمایی نمی کند. همچنین نسل جوان رو به سمت خودمحموری، خود خواهی و کاهش حس مسئولیت در مقابل افراد غیر خود حتی خانواده، همسر و فرزند نهاده است که آرائهی آموزشی ها و الگوها و آگاهی دادن از عواقب این سبک زندگی ضروری به نظر می رسد.

از سوی دیگر، در گذشته، زن با فرزندانش ارزش می یافت و دل بستگی اصلی اش به خانه و خانواده بود و تحرک اجتماعی را برای خود مهم نمی شمرد و خود را پیرو دستورات شوهر خود می دانست و به عبارت دیگر برای خود هویتی مستقل نداشت و با شوهر و فرزندان برای خود هویت میساخت، خواسته های اقتصادی کمتری داشت، اما امروزه، با تحصیلات و کار هویت نمایی می کند و ارزش های اجتماعی و تحرک اجتماعی برای وی جایگاهی برتر و مهم تر از خانه و خانواده برای خود پیدا میکند و چون بیش از مرد سختی فرزندآوری را بر دوش دارد، تصمیم گیری درباره داشتن یا نداشتن فرزند یا تعداد آن را حق خویش می شمارد (۲). در این میان نقش رسانه ها در تحولات فرهنگی را نباید نادیده گرفت. بدین ترتیب خانواده های بدون فرزند، خوشبخت و

مصرفی و بدون نگرانی اقتصادی، و خانواده‌های پُرفرزند، آشفته و پُراختلاف ازسوی دیگر، تصویر چندین ساله خانواده در سینما و تلویزیون بوده است بنابراین به جرات میتوان گفت که نقش رسانه‌ها در ایران در کاهش گرایش به باروری مؤثر بوده‌است رسانه‌های تصویری تأثیر فراوانی بر سبک زندگی افراد داشته‌اند و تا حدود زیادی در شکل‌گیری نظام فکری افراد مؤثر بوده‌اند. به عبارت دیگر رسانه‌ها به طور مداوم در حال آموزش مثبت و منفی سبک زندگی‌اند و سبک زندگی مواردی نظیر: طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها و شیوه‌های رفتار هستند (۱۴ و ۱۵).

- **بی‌ثباتی خانواده:** امروزه بسیاری از زوجها در سالیان نخست ازدواج، از شریک زندگی خویش ناراضیند و لیکن در سالهای اول زندگی در حال ارزیابی و بررسی پایداری زندگی مشترک‌اند؛ پدیده‌ای که در گذشته چنین پیشینه‌ای نداشته است. بنابراین می‌توان انتظار داشت که ترس از پایداری خانواده، فرزندآوری را بیش از این، به تأخیر اندازد و در نتیجه، بُعد خانوار کاهش یابد (۱۶).

موضوع مهم دیگر در ارتباط با مذهب و سبک باروری رابطه بین مذهب و توجه به فاصله بین بادیها بوده است. در بعضی از مذاهب استفاده از وسایل ضد بارداری مجاز نیست؛ بر اساس آمارهای موجود باروری مسلمانان حدوداً ۹ درصد از باروری مسیحیان بیشتر است. اما این موضوع تنوع قابل توجهی در ملیت‌های مختلف دارد. به عنوان مثال در قزاقستان این اختلاف حدوداً ۰,۳ فرزند است ولی میزان باروری مسلمانان در اندونزی کمتر از مسیحیان است (۵). در تحلیل عوامل دموگرافیکی و بالینی مؤثر سبک باروری به عوامل زیر میتوان اشاره کرد:

- سن بارداری: بر اساس مطالعات بسیاری که انجام شده است سن مناسب برای باردار شدن، ۲۰-۳۵ سال تعریف شده و بارداری در مادر با سن بیشتر از ۳۵ سال و یا کمتر از ۲۰ سال با خطرات بسیاری همراه می‌باشد (۱۷). به طور مثال بارداری در سنین پایین و نوجوانی با افزایش خطر بروز کم‌خونی، محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR)، زایمان زودرس، عمل سزارین و مرگ و میر نوزادی همراه است (۱۷ و ۱۸). از طرف دیگر مادران باردار بیشتر از ۳۵ سال نیز در معرض خطر بالای بروز زایمان زودرس، وزن کم تولد در نوزاد

(LBW)، جداسدگی جفت، جفت سرراهی، فشار خون بالا، دیابت و افزایش میزان مرگ و میر مادری هستند (۱۷ و ۱۹).

- فاصله گذاری بین موالید: فاصله گذاری مناسب بین دو حاملگی نیز به دلیل اثرات آن بر روی سلامت مادران و نوزادان از اهمیت بسزایی برخوردار است. عوامل مختلف از جمله عوامل اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی و غیره می توانند بر میزان فاصله گذاری بین تولدها مؤثر باشند. در مطالعه ای که توسط حاجیان و همکاران در سال ۱۳۸۶ در شهر بابل انجام شده است، سن مادر، تعداد زایمان ها، دوره شیردهی، مرده زایی، مرگ و میر زیر یکسال، شغل مرد، نحوه مراجعه به کلینیک تنظیم خانواده و استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری به عنوان عوامل مؤثر بر فاصله گذاری بین تولدها ذکر گردیده اند (۲۰). یافته های این بررسی حاکی از وجود ارتباط معنادار بین افزایش سطح تحصیلات مادر با افزایش میانگین فاصله بین تولدها بوده است. همچنین جنس فرزند قبلی با فاصله بین تولدها ارتباط معنادار داشته است به طوری که میانگین فاصله موالید هنگامی که جنس فرزند قبلی پسر بود بیشتر از زمانی بود که فرزند قبلی دختر بوده است. در نتایج این مطالعه یک ارتباط معنادار بین افزایش سن مادر هنگام ازدواج با کاهش فاصله بین تولدها و افزایش سطح تحصیلات مادر با کاهش فاصله بین تولدها گزارش شده است. (۲۱).

- وسایل پیشگیری از بارداری: در سرتاسر جهان، ۴۵٪ از زنان متأهل واقع در سنین باروری، از روش های جلوگیری از بارداری استفاده می کنند (۲۲). در سطح جهان، عقیم سازی لوله ای متداول ترین شیوه جلوگیری از بارداری بوده (۲۰٪)، پس از آن ابزار داخل رحمی (۱۵٪)، ضد بارداری خوراکی (۸٪) و کاندوم (۵٪) بیشترین کاربرد را دارند (۲۳). در کشورهای در حال توسعه، عقیم سازی زنانه و ابزارهای داخل رحمی مقبول ترین روش ها و در کشورهای توسعه یافته قرص های خوراکی جلوگیری از بارداری و کاندوم بیشتر استفاده می شوند (۲۲). در گروه بالای ۳۵ سال یک ارتباط معنی دار بین نوع روش جلوگیری از بارداری مورد استفاده با شغل خانم، تحصیلات وی و تحصیلات همسر دیده شده است (۲۴). حاملگی ناخواسته و افزایش تعداد زایمان های قبلی به عنوان مهم ترین عوامل مرتبط با افزایش میزان تصمیم به سقط عمدی در میان خانم های با ختم بارداری در یکی از بیمارستان های آموزشی شهر تهران گزارش شده اند (۲۵). سیزده درصد از مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه به علت عوارض ناشی از سقط

های ناایمن و غیر بهداشتی رخ داده است (۲۶). نتایج مطالعات نشان داده است که رابطه معناداری بین انجام سقط عمد با افزایش سن زن و همسرش، افزایش تعداد حاملگی، افزایش تعداد فرزندان، حاملگی ناخواسته، میزان تحصیلات و اشتغال زنان وجود دارد (۲۷).

ایران جزو کشورهای هست که رشد شهرنشینی شیب بسیار تندی داشته است بدین ترتیب از ۳۱/۴ درصد رشد شهرنشینی در ۱۳۳۵، به ۷۱/۴ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است. مهاجرت از روستاها به شهرها، بیشتر با انگیزه‌های اقتصادی و دسترسی به فرصت‌های کاری و امکانات تحصیلی و اجتماعی انجام می‌شود (۸). کما اینکه افزایش سن ازدواج در جامعه نیز به دنبال تغییر فرهنگ و مدرنیته شدن زندگی، همراه با تمایل به ادامه تحصیل در مقاطع تحصیلات تکمیلی، نقش مهمی در تغییر سبک باروری داشته است (۹).

در این میان نقش تحولات سیاسی بر سبک باروری نیز بر اهمیت خود باقی است که مثال واضح آن در ایران اعمال سیاستهایی با هدف تحدید جمعیت در سال ۱۳۶۸ (۹) و تشویق بر افزایش جمعیت برای رهایی از رشد منفی جمعیت در سال ۱۳۹۲ می باشد (۱)

اما نقش پر اهمیت فشارها و تورم اقتصادی بر سبک باروری و فرزندآوری و در نتیجه سیر نزولی رشد جمعیت در ایرانرا نمی توان نادیده گرفت (۱۰ و ۶). بر اساس مطالعات انجام شده رکود اقتصادی بیش از اشتغال و تحرک زنان، در باروری و سبک آن تاثیر گذار است. به طوری که بیکاری و رکود اقتصادی از راههای مختلف بر باروری اثر می گذارد. ضمن اینکه به علت هزینه های بسیار سنگین مراقبت و رشد بچه، خانواده ها بچه دار شدن را به تعویق میاندازند یا با فاصله های زمانی زیاد بین تولد بچه ها اقدام می کنند و یا حتی اقدام به سقط فرزندان ناخواسته می نمایند تا مجال اندوختن سرمایه مالی داشته باشند (۹-۷، ۱۱-۱۳).

در نهایت، نظر می رسد که حمایت‌های اقتصادی و سیاسی دولت مبنی بر رفع موانع اقتصادی بر باروری و حمایت از مرخصی زایمان برای مادران و حتی پدران در حال تحصیل و یا دارای کار (که برای تعدادی از کشورها اجرا شده و با موفقیت همراه بوده است)، و همچنین تلاش برای رشد فرهنگ خانواده مداری تا حد زیادی بتواند در اصلاح سبک باروری موجود در جامعه کمک کننده باشد. ایجاد انگیزه و الگوی و ارایه ی دورنمای خانواده ی موفق برای جوانان جهت جلوگیری از رشد خودمحوری و کاهش مسئولیت در قبال خانواده و جامعه در تحقق ایجاد خانواده و متعاقبا جامعه ی سالم و شاد حائز اهمیت است. البته تیم بهداشتی و پزشکی کشور باید همواره بر سن

مناسب برای بارداری و فاصله بین موالید نظارت کامل داشته باشند. ضمن اینکه اجرای سیاستهای دولتی مبنی بر عدم انجام اعمال جراحی پیشگیری از بارداری و یا محدود سازی استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی، باید در کنار فرهنگ سازی و آگاه سازی خانواده ها همراه باشد و در غیر اینصورت احتمال سقط های غیر قانونی و خطرات جانی مادران خیلی دور از ذهن نیست.

قدر مسلم این است که برای رسیدن به مناسب ترین آهنگ رشد جمعیت، باید ترتیبی اتخاذ شود که رشد جمعیت و رشد و توسعه ی اقتصادی اجتماعی به موازات هم پیش رود و در طول زمان تعادل میان آنها وجود داشته باشد و البته در کنار آن غنی سازی فرهنگی از طریق رسانه ها و سیستم های آموزشی را در برنامه اصلاح سبک باروری در کشور قرار داد.

مشکلات و محدودیت اجرای تحقیق

در مراحل انجام پژوهش، دسترسی به متخصصین زنان و صاحب نظران حوزه بهداشت باروری در سراسر کشور دارای محدودیت هایی بود و امکان مشارکت این دسته از صاحب نظران به صورت مطلوب وجود نداشت. همچنین همکاری روسای ادارات بهداشت باروری دانشگاه های تهران و اداره سلامت مادران وزارت بهداشت در پاسخ گویی و مشارکت در طرح محدود بود. عوامل جانبی بسیاری می تواند بر باروری در جامعه تاثیر گذار باشد از جمله وضعیت تغذیه ای جامعه از کودکی تا سنین جوانی و باروری و حتی پس از آن، عوامل روانی و... که شناسایی آنها و بررسی وضعیت فعلی آنها در جامعه در قالب طرح های تحقیقاتی روشنگر خواهد بود.

توصیه ها و پیشنهادات

در جهت تشویق جوانان به ازدواج و فرزند آوری راهکارهایی زیر موثر خواهند بود:

- آگاهسازی جوانان خانواده ها و نهادهای آموزشی در مورد علل و پیامد های تاخیر در ازدواج و فرزندآوری و همچنین ارائه کارگاههای آموزشی به منظور تغییر در نگرش و گرایش،ذهنی و روانی در افزایشفرزند آوری

و آموزش در مهارت‌های فرزند پروری با استفاده از تمامی امکانات آموزشی در مدارس و دانشگاه‌ها و رسانه‌های دیداری و شنیداری

- آموزش راهبردهای مقابله‌ای متناسب با چالش‌های ازدواج و حمایت‌های دولت در تشکیل هسته‌های روانشناسی و مشاوره‌های ازدواج توسط متخصصان

- ارائه تسهیلاتی مانند تقبل بخشی از هزینه‌های ازدواج تامین مسکن مناسب با شرایط اقساطی به ویژه به والدین دارای فرزندان بیشتر و البته در این امر نخبگان، دانشجویان و فعالین اجتماعی باید با اولویت دیده شوند.

- پیش بینی الگوهای جدید تحصیلی و شغلی مناسب برای دختران در راستای عدم مغایرت ادامه تحصیل و شغل و نیز تبدیل وضعیت‌های شغلی پیمانی و قرار دادی به رسمی جهت ایجاد ثبات و امنیت شغلی

- اسان سازی در امر ازدواج تشویق در امر ازدواج‌های دانشجویی

- کاهش مدت زمان فعالیت‌های شغلی بویژه در زنان و ارائه تسهیلاتی چون مهد کودک در محل کار شاغلان

- ساز و کارهای قانونی برای حمایت مادران در طی بارداری و شیردهی پیش بینی شود.

از طرف ریاست فرهنگستان علوم پزشکی و یا مراجع بالاتر اقداماتی جهت توجیه و تشویق مدیران به همکاری در طرح انجام شود.

کاربست نتایج

نتایج حاصل از این بررسی طی مقاله‌ای به چاپ خواهد رسید. در صورت صلاحدید فرهنگستان علوم پزشکی طی جلسه یا جلساتی به سمع و نظر صاحب نظران محترم حوزه سلامت خانواده خواهد رسید. همچنین به صورت یک خلاصه سیاست و مستند سیاست گذاری تبدیل شده و در قالب شیده نامه‌ی مستند حمایت طلبی برای مسئولین ذیربط ارسال خواهد شد.

۱. محبوبه جوکار. مدرنیته، تغییر سبک زندگی و کاهش جمعیت در ایران. پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده. ۱۳۹۳، ۲(۲): ۳۹
۲. حسینی حاتم. درآمدی بر جمعیت شناسی اقتصادی- اجتماعی و تنظیم خانواده؛ همدان، دانشگاه بوعلی؛ چاپ دوم، ۱۳۸۳؛ ۳۵۱ صفحه.
۳. دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی (۱۳۹۰). در دسترس در سایت www.sabteahval.ir
۴. میر محمد صادقی سید جواد، توکلی اکبر، واحد سعید فریبا: عوامل اجتماعی - اقتصادی و جمعیت شناختی موثر بر باروری در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد عنوان نشریه: زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان): ۱۳۸۹، ۸، ۱ (پیاپی ۲۸)؛ ۱۴۳-۱۵۹.
۵. افشاری زهر. اثر بی ثباتی اقتصاد کلان بر نرخ باروری زنان در ایران. دو فصلنامه اقتصاد و توسعه منطقه ای، ۱۳۹۴، ۲۲(۱۰)
6. Jones. GW. A demographic perspective on the Muslim world. Journal of Population Research 2006,23:243. DOI: 10.1007/BF03031818
7. Hosseini H, haghshenas NM, Dynamics of Development and Fertility Convergence in Muslim. International Union for the Scientific Study of Population. International Population Conference Marrakech.2009, Accessed in International Union for the Scientific Study of Population. International Population Conference Marrakech.2009,
۸. کلانتری صمد، عباس زاده محمد، مظفری فاروق امین راکعی بناب ندا. بررسی جامعه شناختی گرایش به فرزندآوری و برخی عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: جوانان متأهل شهر تبریز). مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان. ۱۳۸۹، ۲۱(۱): (۱۰۴-۸۳).

۹. راد فیروز؛ ثوابی حمیده. بررسی گرایش به باروری و عوامل اجتماعی مرتبط با آن -مطالعه موردی زنان متاهل ۵۰-۱۵ ساله ساکن شهر تبریز ۱۳۹۱، ۲(۵): ۴۲-۲۳.

۱۰. خلیج آبادی فراهانی فریده، دلایل باروری پایین در زنان ایرانی، ویژه‌نامه‌ی جمعیت ایران، ۱۳۹۰، ص ۳۷.

۱۱. بررسی شاخص های جمعیتی ایران و مقایسه آن با کشورهای همسایه با تاکید بر رتبه هر شاخص در بین کشورهای همسایه و جهان. سازمان ثبت احوال کشور معاونت فناوری اطلاعات و آمار جمعیتی. دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت. در دسترس در سایت

<https://www.sabteahval.ir/upload/modules/contents/asset99/nashriye.pdf>:

۱۲. حاتم حسینی. تحقیق عوامل اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی موثر بر باروری زنان ۴۹-۱۵ ساله (۸۳). پایان نامه جهت اخذ دکترا در رشته علوم اجتماعی.

۱۳. رسانه و تأثیر آن در سبک زندگی اسلامی پیام زن - مرداد ماه سال ۱۳۹۳ شماره ۲۶۹.

۱۴. عیوضی، غلامحسین سبک زندگی تلویزیونی و مصرف، فصلنامه فرهنگی دفاعی زنان و خانواده، ۱۳۸۸، سال پنجم، شماره ۱۶.

۱۵. بهنام، جمشید، تحولات خانواده، مترجم محمد جعفر پوینده، ۱۳۹۲، نشر ماهی.

16. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY.

Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw- Hill; 2010.

17. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(2):178-83.

18. Geller SE, Cox SM, Callaghan WM, Berg CJ. Morbidity and mortality in pregnancy: laying the groundwork for safe motherhood. Women's Health Issues. 2006;16(4):176-88.

۱۹. حاجیان کریم ا...، اصنافی نساء، علی اکبرنیا عمران فروغ. بررسی فاصله گذاری بین تولدها و عوامل مرتبط

با آن در مادران چندم زای مراجعه کننده به زایشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری بابل (۱۳۸۶). مجله

دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مهر و آبان ۱۳۸۷، دوره ۱۸، شماره ۶۶: صفحات ۷۰-۶۳.

۲۰. راسخ عبدالرحمان، ارشاد فرهنگ، حاجی زاده حسین. مطالعه عوامل مؤثر بر فاصله مولید در شهر اهواز.

مجله مطالعات اجتماعی ایران. پاییز ۱۳۸۷، دوره ۲، شماره ۱ (پیاپی ۳): صفحات ۱۸-۵.

21. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

22. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

۲۳. روحانی رصاف مرضیه، گیلانی حمیدرضا، صباحی محمد. بررسی اپیدمیولوژیک عوامل مرتبط با حاملگی

ناخواسته در مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی شهری شهرستان کاشان در نیمه اول سال ۸۸. مجله

دانش و تندرستی. تابستان ۱۳۸۹، دوره ۵، شماره ویژه نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران: صفحه

۱۲۹.

۲۴. طوایفان صدیقه السادات، رمضان زاده فاطمه. مشخصات جمعیت شناختی مؤثر بر تصمیم به سقط عمدی

در مراجعین به بیمارستان های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. فصلنامه پیش. بهار ۱۳۸۶، سال

۶، شماره ۲: صفحات ۶۴-۱۵۷.

25. Unsafe abortion incidence and mortality – Global and regional levels in 2008 and trends. World Health Organization. 2012. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_01/en/

۲۶. نیک پور بهمن، مجلسی فرشته، طل آذر، اشراقی نوشین. بررسی سقط عمد و عوامل مؤثر بر آن در مقایسه

با سقط های غیر عمد در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های جنوب شهر تهران. فصلنامه سلامت

خانواده دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری. زمستان ۱۳۹۱، دوره ۱، شماره ۳: صفحات

۱۴-۲۰.

۲۷. عوامل اقتصادی و اجتماعی و جمعیتی مؤثر بر باروری زنان ۳۹-۳۰ ساله همسر دار شاغل در شعب بانک

ملت در تهران ۱۳۹۰ (۱۳۹۰). پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

Iranian-Islamic fertility style and its determinants: A qualitative study

**Dr.Fahimeh Ghotbizadeh ¹, Dr. Mamak Shariat ¹, Dr. Leyla Sahebi ¹Dr.
Yasamin Mohammadzadeh ², Zaynab Kaviani²**

¹ Maternal-Fetal and neonatal research center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

² Breastfeeding Research Center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

Summary

The family is the first center of social life, and any alteration in the family will bring about modifications in society. The main leverage in the population growth process is the childbearing and fertility in the family. Now, fertility mode is based on the desire of the parents to have less child, and according to the 2016 census, population growth have declined to 1.24 of 1.29. Investigation of the related factors on the fertility style is very complicated and occasionally, there is no practical separation between them. In this study, the main factors influencing the fertility style were evaluated in macro and micro level as socio-economic factors, religious beliefs, government policies, cultural factors and demographic and clinical factors. It is clear that to reach the most suitable growth path for population and to have a dynamic and balanced society, there must be equilibrium and coordination between population growth and social and economic development.

Key Words:Fertility style, socioeconomic factors, cultural factors, demographic factors, Islamic fertility

