

# تحلیل ابعاد و وضعیت باروری ایده‌آل زنان روستایی استان فارس

## مطالعات جامعه‌شناختی

(علمی - پژوهشی)

دوره ۲۵، شماره دو: ۷۵۱-۷۷۸

شاپا ۲۸۰۹-۱۰۱۰

نمایه در ISC

علی‌یار احمدی

دانشیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی،

دانشگاه شیراز

سراج‌الدین محمودیانی

استادیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی،

دانشگاه شیراز

افشان جوادی<sup>۱</sup>

کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

پذیرش ۹۷/۱۰/۷

دریافت ۹۷/۷/۱

## چکیده

باروری ایده‌آل از مهمترین تعیین‌کننده‌های رفتار واقعی باروری زنان است. در مطالعه حاضر به بررسی رفتار باروری ایده‌آل زنان روستایی پرداخته شده است. برای این منظور با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه محقق ساخته تعداد ۱۲۴۷ نفر زنان روستایی دارای همسر در استان فارس مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان روستایی مورد مطالعه از وضعیت سواد نسبتاً بالایی برخوردارند. تحصیلات از مهمترین متغیرهای تأثیرگذار بر باروری ایده‌آل زنان روستایی است. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که باروری ایده‌آل زنان روستایی بالاتر از باروری سطح جایگزینی است. مشکلات اقتصادی خانوارها و نیز مسائل مرتبط با سلامتی زنان، مهمترین علل عدم تحقق باروری ایده‌آل زنان روستایی است. تلاش در راستای رفع مشکلات اقتصادی خانوارها و نیز توجه به بهبود وضعیت سلامت زنان روستایی می‌تواند به تحقق باروری ایده‌آل و رسیدن به باروری بالاتر از سطح جایگزینی کمک کند.

واژگان کلیدی؛ مناطق روستایی، باروری ایده‌آل، زنان، استان فارس، ایران

<sup>۱</sup> پست الکترونیکی نویسنده مسئول: afshan.javadi@gmail.com

## مقدمه

تحلیل تغییرات اندازه جمعیت‌های انسانی در برگیرنده فرایندهایی است که وقایع تولد، مرگ و مهاجرت بدنال دارند (هایند<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲: ۱۸). انتقال به باروری پایین یکی از مؤلفه‌های کلیدی تغییرات جمعیتی در جهان است که پیامدهای اجتماعی اقتصادی گوناگونی دارد. ایران که کشوری در حال توسعه با باروری پایین است نشان می‌دهد که باروری پایین دیگر ویژگی خاص جوامع غربی نیست. از آنجا که مناطق دارای باروری زیر سطح جایگزینی امروزه نصف جمعیت جهان را شامل می‌شوند، از این رو باروری پایین را امروزه می‌توان پدیده‌ای جهانی دانست (باستن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳: ۵). کاهش باروری بدون تردید با تغییرات اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مرتبط است. اما ماهیت و ترکیب خاص هر یک از این عوامل از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر متفاوت است (رد<sup>۳</sup> و همکاران ۱۹۹۹). کاهش سریع باروری در ایران در تمام مناطق جغرافیایی و برای همه زیر گروه‌های اجتماعی و جمعیتی صورت گرفته است که در برخی مطالعات (عباسی‌شوازی ۱۳۸۰) با عنوان همگرایی رفتار باروری از آن یاد شده است. فرایند گذار باروری در ایران متناسب با تحولاتی بوده است که در ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی به وقوع پیوسته و به تغییراتی در ایستارهای مرتبط با ازدواج و فرزندآوری و در نهایت ایده‌آل‌ها و رفتارهای باروری منجر شده است (عباسی‌شوازی و همکاران ۱۳۹۱).

ایران تغییرات جمعیتی گسترده‌ای را تجربه نموده است طوری که حتی در برخی مورد در سطح دنیا کم نظیر بوده است. نرخ رشد جمعیت ایران در دهه ۱۳۶۰ و کاهش باروری در دهه ۱۳۷۰ را می‌توان از مهمترین تجربه‌های جمعیتی ایران و حتی دنیا به‌شما آورد. کاهش باروری در ایران در دهه ۱۳۷۰ از نظر شدت و سرعت کاهش، قابل توجه است. مطالعات در این زمینه (حسینی‌چاوشی و همکاران ۱۳۹۶؛ عباسی‌شوازی و حسینی‌چاوشی ۱۳۹۲: ۹۷؛ عباسی‌شوازی و خواجه‌صالحی ۱۳۹۲؛ عباسی‌شوازی و حسینی‌چاوشی ۱۳۹۰؛ عباسی‌شوازی و عسکری‌ندوشن ۱۳۸۴؛ عباسی‌شوازی و همکاران ۲۰۰۹؛ عباسی‌شوازی و همکاران ۲۰۰۷) نشان داده‌اند که میزان

---

<sup>1</sup> Hinde

<sup>2</sup> Basten

<sup>3</sup> Reed

باروری کل کشور از سال ۱۳۶۴ کاهش مستمر داشته است طوری که از ۶,۹ فرزند به ۵,۵ فرزند در سال ۱۳۶۷ و در سال ۱۳۷۵ به ۲,۸ رسیده است. برآوردها براساس پیمایش جمعیت و سلامت سال ۱۳۷۹ نشان داده که میزان باروری کل در دوره ۷۹-۱۳۷۷ به نزدیک سطح جانشینی یعنی حدود ۲,۲۶ فرزند برای هر زن رسیده بود. سرانجام باروری در سال ۱۳۸۵ به زیر سطح جانشینی یعنی حدود ۱,۹ فرزند برای هر زن رسید. در سال ۱۳۹۰ سطح باروری به حدود ۱,۸ و بر اساس نتایج اولیه سرشماری ۱۳۹۵ انتظار می‌رود که در ۵ ساله منتهی به ۱۳۹۵ سطح باروری به حدود ۲ فرزند رسیده باشد یعنی به احتمال قوی افزایشی نسبتاً پایین در سطح باروری اتفاق افتاده است. با وجود این، نقاط شهری و روستایی کشور کماکان از سطح باروری متفاوتی برخوردارند. باروری نقاط روستایی کشور از سرشماری ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰ از رقم ۶,۵ به ۲,۱۹ فرزند و در مقابل باروری نقاط شهری کشور در دوره فوق از ۴,۹ به ۱,۶۵ فرزند برای هر زن کاهش داشته است یعنی باروری روستایی کشور هرچند کاهش چشمگیری به موازات باروری نقاط شهری تجربه نموده است اما تا سال ۱۳۹۰ سطح باروری روستایی بیش از ۰,۵ واحد از سطح باروری شهری بالاتر بوده است.

اگر چه براساس مطالعات انجام شده و انتظارات تئوریک (برای نمونه، گیرارد و راسل<sup>۱</sup> ۱۹۸۲؛ بونگارت<sup>۲</sup> ۲۰۰۱) سطح باروری ایده‌آل از باروری واقعی بالاتر است اما به روشنی تأیید شده است که تمایلات افراد درباره باروری، پیش‌بینی کننده مهم باروری در آینده خواهد بود. جایی که وسایل پیشگیری مدرن، جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته را برای زوجین آسان می‌کند، ترجیحات باروری تعیین کننده کلیدی رفتار تولیدمثل و روندهای باروری هستند (باستن و همکاران، ۲۰۱۳: ۲۸). همچنین در این خصوص، مطالعات نشان داده‌اند که تمایلات باروری در خیلی محیط‌ها، پیش‌بینی کننده مفیدی برای استفاده از وسایل پیشگیری است. تحلیل تعیین کننده‌های باروری، دلالت‌های سیاستی مهمی در طراحی، پیاده سازی و ارزیابی کارایی سیاست‌های تنظیم خانواده در کشورهای در حال توسعه خواهد داشت (وایترز<sup>۳</sup> ۲۰۰۹). از این روی در سال‌های اخیر با کاهش باروری و سالخوردگی روزافزون جمعیت، توجه محققان جمعیتی به سمت نیات و ترجیحات باروری بیشتر شده است (رازقی نصرآباد و میرزایی ۱۳۹۱).

<sup>1</sup> Girard & Roussel

<sup>2</sup> Bongaarts

<sup>3</sup> Withers

با توجه به کاهش باروری در ایران در دهه‌های اخیر، امروزه اکثر مسئولین و سیاست‌گزاران کشور به بحث مسائل جمعیتی وارد شده‌اند، چرا که نگران باروری کمتر از سطح جایگزینی و تداوم این کاهش در سال‌های پیش‌رو هستند. از سویی توسعه روستایی که بعد از انقلاب ۱۳۵۷ شروع شد به بهبود شرایط مناطق روستایی و کاهش نابرابری‌های روستا شهری که قبل از انقلاب زیاد بود، انجامید. بعد از انقلاب، جهاد سازندگی به منظور احیاء و توسعه شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در مناطق روستایی و مناطق محروم، شروع به کار نمود. در ۱۳۷۵ دیگر اکثریت اجتماعات روستایی به خدمات بهداشتی اولیه (۹۵ درصد) آب لوله کشی (۸۶ درصد) برق (۹۵ درصد) تلویزیون (۶۸٫۵ درصد) و رادیو (۸۸ درصد) دسترسی پیدا کردند. چنین فرایندهای توسعه‌ای موفقیت برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در مناطق روستایی را تسهیل نمود (عباسی‌شوازی و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۴۷).

تغییرات فوق از عوامل تأثیرگذار بر تغییرات جمعیتی در روستاهای ایران است. از سویی دیگر، به نظر می‌رسد یکی از موضوعاتی که در بحث‌های جمعیتی امروز ایران مغفول مانده این است که هنوز حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور در نقاط روستایی زندگی می‌کنند که بی‌شک شرایط و بسترهای اقتصادی و اجتماعی متفاوتی با شهر دارند و مطالعات جداگانه و علمی خاص خود را می‌طلبد تا بتوان سیاست‌های جمعیتی مناسبی را در دستور کار قرار داد. یکسان شمردن ویژگی‌های شهر و روستا و پیچیدن نسخه‌ای یکسان برای آن دو، دور از نگاه علمی است و به احتمال زیاد موفقیتی در پی نخواهد داشت.

باروری در استان فارس در دوره ۱۳۶۱ تا ۱۳۹۰ همسو با تغییرات کشوری از ۶٫۹ فرزند به ۱٫۷ فرزند کاهش داشته است. خلاً مطالعه‌ای نسبتاً جامع که مناطق روستایی استان فارس را در برگیرد از مهمترین دلایل انجام مطالعه حاضر است. در پژوهش پیش‌رو تلاش شده است که باروری ایده‌آل در بین زنان دارای همسر ساکن نقاط روستایی استان فارس بررسی شود تا شاید بتوان مسیر آینده باروری جمعیت روستایی کشور را ترسیم نمود. در مجموع پرسش‌هایی که این مطالعه به دنبال پاسخ به آن‌ها می‌باشد این است: ۱. سطح باروری ایده‌آل در بین زنان روستایی چگونه است؟ ۲. چه عواملی و با چه سهمی می‌تواند اندازه باروری ایده‌آل زنان روستایی را تبیین نماید؟ و ۳. با توجه به پاسخ‌های دو پرسش فوق، بهترین سیاست جمعیتی که می‌توان برای مناطق روستایی پیشنهاد داد، چیست؟

### زمینه‌های نظری و تجربی تحقیق

یکی از چارچوب‌های اساسی برای تبیین کاهش جهانی باروری توسط "نظریه انتقال جمعیتی" فراهم شده است. این تئوری در فرانسه ابتدا توسط لاندری<sup>۱</sup> و بعداً در آمریکا توسط نوشتاین و دیویس در ۱۹۴۵ توسعه یافت. نظریه مذکور ابتدا برای تبیین رشد بالای جمعیت در اروپا و خصوصاً در بریتانیا طی انقلاب صنعتی به کار گرفته شد (اوجاکا<sup>۲</sup> ۲۰۰۸). نظریه انتقال جمعیتی از زمان طرح اولیه دائماً مورد نقد و اصلاح قرار گرفته است، و به تغییر از باروری و مرگ و میر بالا به ثبات در سطوح پایین مرگ و میر و باروری پایین در حدود سطح جایگزینی اشاره دارد. با اینحال، وجود باروری زیر سطح جایگزینی هم قبل و هم بعد از انتشار این نظریه نشان می‌دهد که حرف‌های نسبتاً کمی برای زمینه‌های با باروری پایین دارد (باستن و همکاران ۲۰۱۳). در دوره‌های دیگر از زمان، مدل‌های اقتصادی، پارادایم تبیینی غالب در مطالعات باروری بودند که از کارهای لیبنشتاین<sup>۳</sup> و بکر<sup>۴</sup> در اواخر دهه ۱۹۵۰ و اوایل دهه ۱۹۶۰ شروع شدند. این مدل‌ها مبتنی بر این فرض بودند که باروری در نتیجه تصمیم آگاهانه و کنش هدفمند اتفاق می‌افتد (رابینسون<sup>۵</sup> ۱۹۹۷). تئوری جریان ثروت بین نسلی کالدول<sup>۶</sup> (۱۹۷۶) رابطه مستقیمی را بین ساختار خانواده و باروری متصور می‌شود. وی بر این باور است که در جوامع از هر نوع و با هر سطح توسعه‌ای که باشند رفتار باروری رفتاری عقلانی است (ون‌دکا<sup>۷</sup> ۱۹۹۶). از نظر دیویس و بلیک<sup>۸</sup> یکی از عوامل مؤثر بر باروری سن ازدواج می‌باشد (بونگارت و پوتر<sup>۹</sup> ۲۰۱۱). تمایل برای فرزند بیشتر می‌تواند توسط "مدل عرضه و تقاضا" که در ۱۹۷۵ توسط استرلین استفاده شد، توضیح داده شود. بطور کلی استرلین (۱۹۸۵) در نظریه خود سطح باروری یک جامعه را از انتخاب زوجین که براساس زمینه‌های فرهنگی و خانوادگی آن‌ها شکل می‌گیرد متأثر می‌داند. تئوری دیگری که در این زمینه کاربرد دارد نظریه اشاعه<sup>۱۰</sup> است. این نظریه در دهه ۱۹۲۰ زمانی

1 Landry

2 Ojaka

3 Leibenestein

4 Becker

5 Robinson

6 Caldwell

7 Van de kaa

8 Davis and Black

9 Bongaarts & Potter

10 Diffusion theory

که وزارت کشاورزی آمریکا در تلاش بود تا کشاورزان را به اتخاذ موادی مانند کود، سموم دفع آفات تشویق کند برمی‌گردد. در ادامه این مفهوم برای مطالعه تغییرات باروری و پذیرش برنامه‌های تنظیم خانواده به کار گرفته شد (کله‌لند<sup>۱</sup> ۲۰۰۱).

اشاعه به طور سنتی به عنوان فرآیندی تعریف شده که از طریق آن یک ایده جدید از طریق مجموعه‌ای از کانال‌ها در طول زمان و در میان اعضای یک نظام اجتماعی برقرار شده باشد (راجرز<sup>۲</sup> ۱۹۹۵). طبق این تئوری، کاهش باروری در نتیجه افزایش شیوع نگرش و رفتارهایی است که در جامعه پیش از این بسیار نادر بوده و یا وجود نداشته و افزایش شیوع آن‌ها از پیامدهای گسترش این نگرش‌ها و رفتارها از بخشی از جمعیت به بخش‌های دیگر است (کاسترلین<sup>۳</sup> ۲۰۰۱). همچنین براساس نظریه گذار دوم جمعیتی، بیشتر تغییرات رخ داده در نیت و رفتارهای باروری افراد در سطوح باروری زیر سطح جایگزینی توسط تغییرات نگرشی و ارزشی قابل توضیح است. به بیانی دیگر تغییرات اتفاق افتاده در سطح جامعه همچون تضعیف انتظارات و ارزش‌های جامعه، بی‌اطمینانی در بازارکار، تغییراتی همانند کاهش تعداد فرزندان ایده‌آل را به دنبال داشته است (ون‌دکا ۱۹۹۶). با توجه به اینکه روند باروری در دهه‌های اخیر در ایران همگرا بوده است می‌توان از تئوری اشاعه به‌عنوان یکی از تئوری‌هایی که قابلیت تبیین این تغییرات را داشته باشد نام برد. در قالب تئوری اشاعه دو نوع نوآوری رخ می‌دهد. یکی نوع آوری رفتاری و دیگری نوآوری ایده‌ای و نگرشی (NRCPC 2001). از آنجا که از آنجا که مناطق روستایی ایران تجربه همانندی با مناطق شهری داشته‌اند و کاهش باروری را تجربه کرده‌اند، به نظر می‌رسد که اشاعه هم در زمینه رفتاری و هم در زمینه ایده‌ای و نگرشی رخ داده است.

در ارتباط با تغییرات رفتاری، کاهش باروری نتیجه انتشار تکنیک‌های کنترل تولد در همه مناطق کشور است. گسترش خانه‌های بهداشت فعال، مبین این موضوع است. این موضوع با پیش فرض سوم انزلی کول یعنی فراهم بودن شرایط ساختاری دسترسی هماهنگ است. در بازگشت به اصل دوم تئوری اشاعه یعنی تغییرات ایده‌ای بحث اساسی این است که تغییرات در دانش، نگرش و ارزشها عامل مهمی در تغییر باروری بوده است؛ آنچنانکه کالدول در کتاب

---

1 Cleland  
2 Rogers  
3 Casterline

۱۹۸۲ خود تحت عنوان " تئوری کاهش باروری " به قدرت غیر قابل انکار نشر ایده‌های غربی مرتبط با زندگی خانوادگی، از طریق مدارس و رسانه‌های جمعی اشاره می‌کند. اگرچه بنابر نظر کالدول این تغییرات همراه با تغییرات ساختاری در شرایط مادی خانواده‌های روستایی و هزینه‌های جریان ثروت در خانواده‌های روستایی است. این تغییرات به خوبی نشان می‌دهد که در زمینه رفتارهای باروری مفهوم جامعه شناختی تاخر فرهنگی (cultural lag) مشهود نیست. به عبارت دیگر تغییرات تکنولوژیک و رفتاری در زمینه باروری همراه با تغییرات ایده‌ای هم بوده است و این موضوع به خوبی در متن اجتماعی مورد بحث این مقاله یعنی روستاها قابل مشاهده است. علاوه بر این پویایی‌های اجتماعی (social Dynamics) موجود در جامعه سیال و بی طبقه ایران در شتاب دادن به این تغییرات به همراه تغییرات انگیزشی در برانگیختن افراد به داشتن فرزند در شرایط معاصر جامعه ایران غیر قابل انکار است. در ادامه برخی از مطالعاتی که مستقیم یا غیرمستقیم به باروری ایده‌آل زنان پرداخته‌اند مرور و ارزیابی خواهند شد.

در مطالعه‌ای در بین زنان کویتی (شاه<sup>۱</sup> و همکاران ۱۹۹۸) نتیجه گرفته شده است که تعداد فرزندان دلخواه زنان کویتی برابر ۵,۳ فرزند است. در مطالعه‌ای دیگر در این زمینه (هاجوون و مورگان<sup>۲</sup> ۲۰۰۵) نشان داده شده است که ایده‌آل و تمایل غالب آمریکایی‌ها بر داشتن دو فرزند دلالت دارد. در یک مطالعه در بولیوی (مک‌نام<sup>۳</sup> ۲۰۰۹) نتیجه گرفته شد که میزان باروری خواسته برای زنان بومی و غیربومی به ترتیب برابر ۲,۷ و ۲,۶ فرزند می‌باشد. یک پژوهش در بین زنان گواتمالایی (پیپلی و همکاران<sup>۴</sup> ۱۹۷۹) نشان داده است زنانی که فرزندان بیشتری می‌خواهند احتمالاً در مقایسه با آنانی که دیگر فرزند اضافی نمی‌خواهند، جوان‌تر و تحصیل کرده‌تر هستند. مطالعه‌ای نیز در اسپانیا (آدسرا<sup>۵</sup> ۲۰۰۶) نشان داده است که زنانی که در اواسط دهه بیست سالگی با بیکاری روبرو می‌شوند تمایل دارند باروری خود را کمتر از باروری ایده‌آل‌شان تحقق بخشند. پژوهش‌هایی دیگر در همین زمینه (رای و همکاران<sup>۶</sup> ۲۰۱۸؛ کرینفلد و کونیتزکا<sup>۷</sup>

---

1 Shah

2 Hagewen and Morgan

3 McNamee

4 Pebley and et al

5 Adsera

6 Ray and et al

7 Kreyenfeld, & Konietzka

۲۰۰۸؛ هایلند<sup>۱</sup> و همکاران ۲۰۰۸؛ لم<sup>۲</sup> ۲۰۰۷؛ آنگر و مولینا<sup>۳</sup> ۱۹۹۹؛ کوچران و همکاران<sup>۴</sup> ۱۹۹۰؛ تامسون و همکاران<sup>۵</sup> ۱۹۹۰) نشان داده‌اند که متغیرهایی مانند بزرگ شدن با هر دوی والدین، خواهر و برادر بیشتر داشتن، مالکیت زمین در روستاها، اشتغال، تحصیلات و اختلافات زناشویی بر اندازه باروری ایده‌آل اثرگذار است. نتایج برخی پژوهش‌ها (دی و واسوف<sup>۶</sup> ۲۰۱۰) نشان داده است که فرصت فرزندآوری که با زمان اولین تولد در ارتباط است از تعیین‌کننده‌های مهم تحقق باروری ایده‌آل است. آنهایی که تولد فرزند اول خود را به تعویق می‌اندازند کمتر احتمال دارد که بتوانند به اندازه ایده‌آل خانواده مورد نظر خود دست یابند. اسکات و استوت‌مورگان<sup>۷</sup> (۱۹۸۳) در مطالعه خود دریافتند که متغیرهای وضعیت اشتغال، سن و تحصیلات اثر مستقیمی بر باروری ایده‌آل ندارد بلکه از طریق اثرگذاری بر جهت‌گیریهای جنسیتی و هزینه تصور شده داشتن فرزند بر باروری ایده‌آل اثر می‌گذارند.

شواهد تجربی (چن و وایپ<sup>۸</sup> ۲۰۱۷) نشان داده‌اند که ایده‌آل باروری در هنگ کنگ به کمتر از سطح جایگزینی رسیده است به عبارتی ایده‌آل "خانواده دو فرزندی" در حال افول است. همچنین این مطالعه نشان داده است که تعیین‌کننده‌های ایده‌آل پایین باروری در بین رتبه‌های تولد نیز متفاوت است. برای نمونه رضایت از زندگی زناشویی و درآمد خانوار با تمایل به داشتن یک فرزند رابطه مثبت و در مقابل برای مثال، نابرابری جنسیتی در تقسیم کار خانه بر تمایل به داشتن سه فرزند در بین زنان اثر منفی دارد. مطالعاتی (بالک<sup>۹</sup> ۲۰۱۰ و خلیفا<sup>۱۰</sup> ۱۹۷۶) که به بررسی رفتار باروری زنان روستایی پرداخته نشان داده‌اند که وضعیت زنان و خصوصاً تحصیلات آنها بر کنش‌های باروری زنان روستایی تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. مطالعات در ایران (لطفی و همکاران<sup>۱۱</sup> ۲۰۱۷؛ دراهکی ۱۳۹۴؛ محمودیان و محمودیانی ۱۳۹۳؛

---

1 Heiland

2 Lam

3 Unger and Molina

4 Cochrane and et al

5 Thomson and et al,

6 Dey and Wasoff

7 Scott and Stout Morgan

8 Chen & Yip

9 Balk

10 Khalifa

11 Lotfi



حسینی و بگی ۱۳۹۳؛ عباسی شوازی و همکاران ۱۳۸۱) نیز نشان داده‌اند که افراد عمدتاً تعداد ۲ فرزند را بعنوان تعداد فرزند ایده‌آل خود اعلام می‌دارند یعنی الگوی غالب باروری ایده‌آل در ایران دو فرزند است. مطالعاتی دیگر (محمودیانی و همکاران ۱۳۹۳) نیز نشان داده‌اند که باروری ایده‌آل زنان روستایی مشخصاً حدود ۲٫۱ فرزند است و در مقایسه با زنان شهری باروری ایده‌آل بالاتری دارند. از معدود مطالعاتی (گود<sup>۱</sup> و همکاران ۱۹۸۰) که در اواخر دهه ۱۳۵۰ به شکل تطبیقی در یک شهر و سه روستا در شمال غرب ایران انجام شد به این نتیجه انجامید که تفاوت باروری زنان شهری و روستایی به طبقه و وضعیت اقتصادی-اجتماعی آنها برمی‌گردد. شواهد تجربی دیگر (کیانی ۲۰۱۱، دراهکی ۱۳۹۴؛ محمودیانی و همکاران ۱۳۹۳؛ قاضی طباطبایی و مهری ۱۳۹۲؛ اکابری و همکاران ۱۳۸۷؛ منصوریان و خوش نویس ۱۳۸۵؛ عباسی شوازی و همکاران ۱۳۸۳) نشان داده‌اند که درآمد خانواده، هزینه‌های اقتصادی فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، استقلال زنان و سن از مهمترین متغیرهای تأثیرگذار بر باروری ایده‌آل و تمایلات فرزندآوری زنان است. ارزیابی مطالعات پیشین از آن حکایت دارد که مطالعات صورت گرفته عمدتاً در نقاط شهری انجام شده است و زنان مناطق روستایی کمتر در پژوهش‌های تجربی وارد شده‌اند. در مطالعه حاضر تلاش شده است که با نمونه‌ای نسبتاً قابل توجه از مناطق روستایی استان فارس، باروری ایده‌آل زنان روستایی دقیق‌تر بررسی و تحلیل شود.

### روش تحقیق

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بوده که از روش پیمایشی بهره برده است. جامعه آماری در این مطالعه زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله مناطق روستایی استان فارس در سال ۱۳۹۴ است. برای گردآوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه ساخت یافته استفاده شده است. برای این منظور ابتدا از هر شهرستان یک نفر از متخصصان بهداشت خانواده انتخاب و مورد آموزش قرار گرفت و در ادامه آن متخصص آموزش دیده نیز سایر پرسشگران آن شهرستان را آموزش می‌داد. روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر ترکیبی از طبقه بندی و خوشه‌ای است. با توجه به اطلاعات موجود ابتدا هر شهرستان به عنوان یک طبقه، سپس در طبقات مختلف (هر شهرستان) مناطق

<sup>1</sup> Good

روستایی به عنوان خوشه در نظر گرفته شده و حجم نمونه مورد نیاز در هر شهرستان بر اساس جمعیت روستایی آن شهرستان و متناسب با حجم مشخص شده است. در ادامه و بر اساس لیست روستاها که در واحد آمار مرکز بهداشت هر شهرستان موجود بود و متناسب با حجم هر خوشه (۱۰ نفر) تعداد روستاهای مورد نیاز را بصورت تصادفی از بین روستاهای موجود انتخاب شد. در مرحله آخر به مرکز روستای انتخاب شده رفته و بصورت نمونه‌گیری سیستماتیک از بین هر ۵ درب یکی را انتخاب و تا رسیدن به حجم هر خوشه این کار ادامه یافت و در مجموع ۱۲۴۷ نفر وارد نمونه شدند. زنان متاهل ۴۹-۱۵ ساله‌ای که نابارور نبوده، با همسر خود متارکه نکرده و نیز جهت شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند معیارهای ورود به مطالعه حاضر بود. با توجه با پایین بودن سطح سواد برخی از زنان روستایی در برخی موارد پرسشنامه‌ها با مشارکت پرسشگر و پاسخگو تکمیل شده است.

### یافته‌ها

تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که سن زنان روستایی مورد مطالعه با میانگین حدود ۳۳ سال از ۱۷ تا ۵۰ سال متغیر بوده و در مقابل میانگین سن مردان یا همان شوهران برابر با حدود ۳۸ سال و در دامنه ۱۷ تا ۸۰ نوسان دارد. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که سن زنان در اولین ازدواج از ۱۰ تا ۴۲ سال متغیر بوده و میانگین بدست آمده نیز حدود ۲۳ سال است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی زنان روستایی مورد مطالعه استان فارس

تعداد ازدواج	فراوانی	درصد معتبر
یکبار	۱۲۲۶	۹۸,۴
بیش از یکبار	۲۰	۱,۶
کل	۱۲۴۶	۱۰۰,۰
داده گمشده	۱	-
کل	۱۲۴۷	-
قومیت	فراوانی	درصد معتبر
فارس	۶۸۳	۵۴,۸
اُز	۱۹۰	۱۵,۲
عرب	۱۸۵	۱۴,۸

ادامه جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی زنان روستایی مورد مطالعه استان فارس

تعداد ازدواج	فراوانی	درصد معتبر
تُرک	۱۸۸	۱۵,۱
سایر	۱	۰,۱
کل	۱۲۴۷	۱۰۰,۰
مذهب	فراوانی	درصد معتبر
شیعه	۱۰۴۳	۸۳,۶
سنی	۲۰۴	۱۶,۴
کل	۱۲۴۷	۱۰۰,۰

همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد بیش از ۹۸ درصد زنان مورد بررسی یکبار و تنها حدود ۲ درصد آنها بیش از یکبار ازدواج نموده‌اند. حدود ۵۵ درصد نمونه متعلق به قومیت فارس بوده و زنان متعلق به قومیت لُر، عرب و تُرک نسبتاً برابرند. حدود ۸۴ درصد زنان اهل تشیع و حدود ۱۶ درصد نیز اهل تسنن هستند. در جدول ۲ وضعیت تحصیلی- شغلی زنان روستایی پیمایش شده ساکن استان فارس و نیز درآمد خانوار آنها بررسی و ارائه شده است. یافته‌ها از آن حکایت می‌کند که تنها حدود ۵ درصد زنان روستایی بی‌سوادند. بیشترین نسبت زنان مورد مطالعه دارای سطح تحصیلی ابتدایی بوده و در مقابل تنها حدود ۱۰ درصد زنان روستایی تحصیلات دانشگاهی یا بالاتر از دیپلم دارند که درصد مشابه برای مردان حدود ۸ درصد است.

جدول ۲. ویژگی‌های تحصیلی- شغلی زنان و درآمد خانوارهای روستایی مورد مطالعه استان فارس

شوهران		زنان		سطح تحصیلات
درصد معتبر	فراوانی	درصد معتبر	فراوانی	
۳,۳	۴۱	۴,۶	۵۷	بی سواد
۲۴,۲	۳۰۱	۳۵,۶	۴۴۳	ابتدایی
۳۵,۱	۴۳۷	۲۲,۵	۲۸۰	راهنمایی
۱۱,۲	۱۳۹	۹,۶	۱۱۹	دبیرستان
۱۷,۹	۲۲۳	۱۸,۱	۲۲۶	دیپلم
۲,۵	۳۱	۲,۵	۳۱	کاردانی

ادامه جدول ۲. ویژگی‌های تحصیلی- شغلی زنان و درآمد خانوارهای روستایی مورد مطالعه استان فارس

شوهران		زنان		سطح تحصیلات
درصد معتبر	فراوانی	درصد معتبر	فراوانی	
۵,۳	۶۶	۷,۰	۸۷	کارشناسی
۰,۶	۸	۰,۲	۳	کارشناسی ارشد و بالاتر
۱۰۰,۰	۱۲۴۶	۱۰۰,۰	۱۲۴۶	کل
-	۱	-	۱	داده گمشده
-	۱۲۴۷	-	۱۲۴۷	کل
شوهران		زنان		وضعیت اشتغال
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۹۴,۹	۱۱۸۳	۳,۸	۴۷	شاغل
۵,۱	۶۴	۹۶,۲	۱۲۰۰	بیکار
۱۰۰,۰	۱۲۴۷	۱۰۰,۰	۱۲۴۷	کل
درصد معتبر		فراوانی		درآمد خانوار
۴۲,۸	۵۲۸	۴۴۶	۶۰۰ هزار کمتر از	
۳۶,۱	۴۴۶	۱۳۵	۶۰۰ تا ۱ میلیون	
۱۰,۹	۱۳۵	۳۵	۱ تا ۱,۵ میلیون	
۲,۸	۳۵	۱۰	۱,۵ تا ۲ میلیون	
۰,۸	۱۰	۷	۲ تا ۲,۵ میلیون	
۰,۶	۷	۴	۲,۵ تا ۳ میلیون	
۰,۳	۴	۶۹	بیش از ۳ میلیون	
۵,۶	۶۹	۱۲۳۴	بدون درآمد	
۱۰۰	۱۲۳۴	۱۳	کل	
-	۱۳	۱۲۴۷	داده گمشده	
-	۱۲۴۷	-	کل	

از نظر وضعیت اشتغال نیز از داده‌ها چنین برمی‌آید که تنها حدود ۴ درصد زنان روستایی پیمایش شده شاغل بوده و سایر زنان بیکار بوده‌اند و در مقابل حدود ۹۵ درصد همسران یا

تحلیل ابعاد و وضعیت باروری ایده‌آل زنان روستایی استان فارس ۷۶۳

شوهران زنان روستایی مطالعه شده در زمان تحقیق حاضر شاغل بوده‌اند. لذا طبق انتظار شکاف اشتغال زنان و مردان در این جامعه نیز بالاست. تحلیل درآمد خانوارها نشان می‌دهد که حدود ۷۹ درصد خانوارهای روستایی کمتر از ۱ میلیون تومان درآمد دارند و حدود ۶ درصد نیز فاقد هرگونه درآمدند. البته لازم به توضیح است که در تحقیق حاضر مبلغ یارانه‌های دولتی جز درآمد خانوارها به حساب نیامده است.

جدول ۳. تاریخچه باروری زنان روستایی مورد مطالعه استان فارس

درصد تجمعی	درصد معتبر	فراوانی	تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده
۸,۹	۸,۹	۱۱۱	۰
۳۴,۰	۲۵,۱	۳۱۳	۱
۶۹,۴	۳۵,۴	۴۴۱	۲
۸۷,۳	۱۷,۹	۲۲۳	۳
۹۵,۷	۸,۴	۱۰۵	۴
۹۸,۶	۲,۸	۳۵	۵
۹۹,۸	۱,۳	۱۶	۶
۹۹,۹	۰,۱	۱	۷
۱۰۰,۰	۰,۱	۱	۸
-	۱۰۰,۰	۱۲۴۶	کل
-	-	۱	داده گمشده
-	-	۱۲۴۷	کل
درصد معتبر	فراوانی	تعداد سقط‌های عمدی	
۹۰,۵	۱۹۹	۰	
۸,۶	۱۹	۱	
۰,۹	۲	۲	
۱۰۰,۰	۲۲۰	کل	
-	۱۰۲۷	داده گمشده	
-	۱۲۴۷	کل	
درصد معتبر	فراوانی	تجربه مرده‌زایی	
۳,۱	۳۸	بله	
۹۶,۹	۱۲۰۶	خیر	
۱۰۰,۰	۱۲۴۴	کل	
-	۳	داده گمشده	
-	۱۲۴۷	کل	

در جدول ۳ برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاریخچه باروری زنان روستایی پیمایش شده در استان فارس گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که زنان روستایی استان فارس تا زمان پیمایش حاضر از بی‌فرزندی تا تعداد ۸ فرزند زنده بدینا آمده را تجربه نموده‌اند. میانگین باروری زنان روستایی استان فارس برابر با ۲,۰۶ است. یافته‌ها از آن حکایت دارد که تنها حدود ۹ درصد نمونه فاقد فرزند بوده‌اند. بیش از ۶۰ درصد زنان روستایی بین ۱ تا ۲ فرزند بدنیا آورده‌اند و الگوی دو فرزند با رقم بیش از ۳۵ درصد را می‌توان الگوی غالب فرزندآوری در جامعه روستایی استان فارس دانست. حدود ۱۸ درصد زنان مورد مطالعه ۳ فرزند بدنیا آورده‌اند که رقم نسبتاً قابل توجهی است و نیز حدود ۱۱ درصد از زنان روستایی ۴ فرزند و بالاتر داشته‌اند. بیش از ۹۰ درصد زنان تجربه هیچگونه سقط عمدی را ندارند. حدود ۳ درصد زنان روستایی مورد مطالعه تجربه مرده‌زایی یا فرزند مرده بدنیا آوردن را دارند که رقم نسبتاً پایینی است.

جدول ۴. ایده‌آل‌های باروری زنان روستایی مورد مطالعه استان فارس

درصد معتبر	فراوانی	تعداد ایده‌آل فرزندان در اوایل ازدواج	درصد معتبر	فراوانی	تعداد ایده‌آل فرزندان در زمان تحقیق
۵,۲	۵۶	۱ فرزند	۳,۸	۴۷	۱ فرزند
۳۴,۹	۳۷۵	۲ فرزند	۴۰,۰	۴۹۸	۲ فرزند
۱۹,۲	۲۰۷	۳ فرزند	۳۳,۱	۴۱۲	۳ فرزند
۱۹,۹	۲۱۴	۴ فرزند	۱۹,۰	۲۳۷	۴ فرزند
۴,۱	۴۴	۵ فرزند و بیشتر	۳,۶	۴۵	۵ فرزند و بیشتر
۶,۱	۶۶	نمی‌دانم	۰,۵	۶	نمی‌دانم
۱۰,۵	۱۱۳	به این موضوع فکر نکرده بودم	۰,۱	۱	هیچکدام
۰,۱	۱	سایر	۱۰۰,۰	۱۲۴۶	کل
۱۰۰,۰	۱۰۷۶	کل	-	۱	داده گمشده
-	۱۷۱	گمشده	-	۱۲۴۷	کل
-	۱۲۴۷	کل	-		

درصد	فراوانی	تحقق یا عدم تحقق باروری ایده‌آل اوایل ازدواج تا زمان تحقیق حاضر/دلایل
۳۹,۵	۴۰۸	بله/ من تمام فرزندان ایده‌آل خود را بدنیا آورده‌ام
۱۰,۳	۱۰۷	بله/ من بیشتر از ایده‌آل خود فرزند بدنیا آورده‌ام
۶,۵	۶۷	خیر/ بدلیل مشکلات سلامتی خودم محقق نشد
۰,۴	۴	خیر/ بدلیل مشکلات سلامتی شوهرم محقق نشد
۰,۹	۹	خیر/ بدلیل مشکل با شوهر و عدم موافقت ایشان محقق نشد
۱۰,۸	۱۱۲	خیر/ بدلیل مشکل مالی محقق نشد
۰,۲	۲	خیر/ بدلیل اشتغال خودم محقق نشد
۱,۵	۱۶	خیر/ بدلیل مشکلات تهیه مسکن مناسب محقق نشد
۳,۳	۳۴	خیر/ نبود زمان مناسب برای فرزندآوری مانع تحقق شد
۲,۶	۲۷	خیر/ تغییر در اولویت‌های خودم باعث عدم تحقق شد
۲۳,۸	۲۴۶	خیر/ اما در ادامه فرزند یا فرزندان دیگری بدنیا خواهم آورد
۰,۲	۲	سایر
۱۰۰,۰	۱۰۳۴	کل
-	۲۱۳	گم شده
-	۱۲۴۷	کل

در جدول ۴ به توصیف ایده‌آل‌های باروری زنان روستایی استان فارس در زمان تحقیق و اوایل ازدواج و نیز تحقق و یا عدم تحقق باروری ایده‌آل اوایل ازدواج تا زمان تحقیق حاضر پرداخته شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۰ درصد زنان مورد بررسی داشتن دو فرزند را باروری ایده‌آل خود معرفی نموده‌اند یعنی دو فرزند بیشترین نسبت در مقایسه با سایر تعداد فرزندان را به خود اختصاص داده است. حدود ۳۳ درصد نیز سه فرزند را تعداد ایده‌آل فرزندان اظهار نموده‌اند. بنابراین بیش از ۷۳ درصد زنان روستایی استان فارس داشتن ۲ تا ۳ فرزند را به-عنوان تعداد ایده‌آل فرزندآوری برای خود به شمار می‌آورند. یافته‌ها گویای آن است که بیش از ۵ درصد زنان در اوایل ازدواج تعداد یک فرزند را ایده‌آل می‌دانسته‌اند که در طول زمان و تا زمان تحقیق حاضر نسبت مذکور به کمتر از ۴ درصد رسیده است یعنی می‌توان ادعا نمود که تک فرزندی جایگاهی در ایده‌آل‌های باروری زنان روستایی ندارد لذا نباید نگران این موضوع

(بی‌فرزندگی و تک‌فرزندگی) بود و اینکه در حال حاضر موضوع مذکور نباید بعنوان دغدغه جمعیتی کشور مطرح شود. لازم به توضیح است که تعداد ایده‌آل فرزندان در اوایل ازدواج و نیز تحقق یا عدم تحقق تعداد فرزندان ایده‌آل فقط از زمانی پرسش شده است که ۲۵ سال و بیشتر داشته‌اند زیرا استدلال این بود که زنان جوان‌تر در زمان تحقیق هنوز در اوایل ازدواج قرار دارند و به همین دلیل است که تعداد بی‌پاسخی یا داده‌های گمشده در این موارد بالاست.

آمار مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که حدود ۵۰ درصد زنان موفق شده‌اند که باروری ایده‌آل مورد نظر خود در اوایل ازدواج را تا زمان پژوهش حاضر تحقق بخشند. حدود ۲۴ درصد نیز اظهار نموده‌اند که هنوز به تعداد فرزندان ایده‌آل خود نرسیده‌اند اما قصد دارند که آن را محقق نمایند. حدود ۲۵ درصد زنان روستایی برای عدم موفقیت در تحقق باروری ایده‌آل خود دلایل متفاوتی ذکر نموده‌اند که مشکلات مالی با سهم ۱۱ درصد در صدر علل عدم تحقق تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی قرار دارد. حدود ۷ درصد زنان نیز وجود مشکلات سلامتی زنانه را مانعی بر سر راه تحقق باروری ایده‌آل خود می‌دانند.

در جدول ۵ به بررسی رابطه تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی استان فارس و برخی از ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی آنها پرداخته شده است. همانطوری که اطلاعات جدول نشان می‌دهد بین تحصیلات زنان مطالعه شده و باروری ایده‌آل آنها رابطه معناداری وجود دارد. با افزایش سطح تحصیلات، نسبت زنانی که تعداد ۳ و ۴ و ۵ فرزند و بیشتر را ایده‌آل می‌دانند کاهش می‌یابد. زنانی که دارای همسر با تحصیلات دانشگاهی هستند عمدتاً دو فرزند را ایده‌آل می‌دانند و رتبه‌های بالاتر باروری ایده‌آل برای این زنان در مقایسه با سایر زنان در سطح پایین-تری قرار دارد. مذهب از دیگر متغیرهایی است که رابطه معناداری با باروری ایده‌آل زنان روستایی مورد بررسی دارد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان اهل تسنن تعداد فرزندان ایده‌آل بالاتری را دنبال می‌کنند طوری که حدود ۴۲ درصد زنان روستایی اهل تسنن تعداد چهار فرزند را باروری ایده‌آل می‌دانند در حالی که این نسبت برای زنان روستایی اهل تشیع حدود ۱۵ درصد بدست آمده است. همچنین بیش از ۴ درصد زنان شیعی یک فرزند را باروری ایده‌آل خود اظهار نموده‌اند در حالی که این رقم برای همتایان سنی مذهب آنها کمتر از ۱ درصد است.



جدول ۵. توزیع تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی برحسب ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی<sup>۱</sup>

تعداد نمونه	تعداد فرزندان ایده‌آل					متغیرها	
	پنج فرزند و بیشتر	چهار فرزند	سه فرزند	دو فرزند	یک فرزند		
۷۷۳	۵,۳	۲۳,۳	۳۵,۸	۳۲,۳	۳,۲	راهنمایی و کمتر	تحصیلات زنان (%) $\chi^2=81,9^*$
۳۴۵	۱,۲	۱۳,۳	۳۱,۰	۴۹,۳	۵,۲	متوسطه/پیش دانشگاهی	
۱۲۰	۰,۰	۸,۳	۲۳,۳	۶۵,۰	۳,۳	تحصیلات دانشگاهی	
۷۷۳	۴,۹	۲۲,۳	۳۴,۵	۳۴,۷	۳,۶	راهنمایی و کمتر	تحصیلات شوهران (%) $\chi^2=41,4^*$
۳۶۱	۱,۴	۱۳,۶	۳۳,۵	۴۷,۶	۳,۹	متوسطه/پیش دانشگاهی	
۱۰۴	۱,۹	۱۴,۴	۲۳,۱	۵۵,۸	۴,۸	تحصیلات دانشگاهی	
۱۰۳۶	۳,۲	۱۴,۷	۳۳,۰	۴۴,۷	۴,۴	اهل تشیع	مذهب (%) $\chi^2=108,02^*$
۲۰۳	۵,۹	۴۱,۹	۳۴,۵	۱۷,۲	۰,۵	اهل تسنن	
۴۶	۰,۰	۲۳,۹	۱۷,۴	۵۶,۵	۲,۲	شاغل	وضعیت اشتغال زنان (%) $\chi^2=9,4^*$
۱۱۹۳	۳,۸	۱۸,۹	۳۳,۹	۳۹,۶	۳,۹	بیکار	
۱۱۷۵	۳,۵	۱۹,۱	۳۳,۱	۴۰,۵	۳,۷	شاغل	وضعیت اشتغال شوهران (%) $\chi^2=2,1^*$
۶۴	۶,۲	۱۸,۸	۳۵,۹	۳۴,۴	۴,۷	بیکار	
۳۸	۱۸,۴	۲۶,۳	۷,۹	۳۹,۵	۷,۹	بله	مردده زایی (%) $\chi^2=33,8^*$
۱۱۹۸	۳,۲	۱۸,۹	۳۴,۱	۴۰,۲	۳,۷	خیر	
۶۷۸	۳,۷	۲۲,۱	۳۲,۴	۳۷,۶	۴,۱	فارس	قومیت (%) $\chi^2=10,2^*$
۵۶۱	۳,۶	۱۵,۵	۳۴,۲	۴۳,۳	۳,۴	سایر	

<sup>۱</sup> لازم به توضیح است که درصد سلول‌های با فراوانی کمتر از ۵ در هیچ موردی از ۲۰ درصد کل سلول‌های جدول تخطی ننموده است، لذا از نظر آماری اجرای آزمون کای اسکور بلا مانع است.

قومیت از دیگر متغیرهایی است که با تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی استان فارس رابطه معناداری دارد. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که حدود ۲۲ درصد زنان فارس زبان داشتن ۴ فرزند را ایده‌آل می‌دانند که درصد مشابه برای سایر زنان حدود ۱۵ درصد است. همچنین ایده-آل یک فرزندی برای زنان فارس کمتر از سایر زنان است. زنانی که تجربه بدنی آوردن فرزند مرده یا مرده زایی را دارند در مقایسه با هم‌تایان خود که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند از باروری ایده‌آل باروری برخوردارند. بیش از ۲۶ درصد زنانی که حداقل یکبار مرده زایی را تجربه نموده، چهار فرزند و بیش از ۱۸ درصد آنها ۵ فرزند و بیشتر را تعداد ایده‌آل باروری خود اظهار نموده‌اند در حالی که این نسبت‌ها برای هم‌تایان آنها که مرده زایی نداشته‌اند بترتیب حدود ۱۹ و ۳ درصد است. وضعیت اشتغال زنان و همسران آنها با تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی استان فارس رابطه معناداری ندارند.

در جدول ۶ رابطه باروری ایده‌آل زنان و ستایی مورد مطالعه در استان فارس با متغیرهای درآمد خانوار، سن زنان در اولین ازدواج، تعداد سقط جنین و تعداد سقط جنین‌های عمدی آورده شده است. همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که با افزایش درآمد خانوار، تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی افزایش می‌یابد اما این رابطه از نظر آماری معنادار نیست. سن زنان در اولین ازدواج با باروری ایده‌آل آنها رابطه معناداری دارد طوری که با افزایش سن در ازدواج از شمار تعداد فرزندان ایده‌آل زنان کاسته می‌شود. تعداد کل سقط‌ها با باروری ایده‌آل رابطه مثبت و با تسامح معناداری دارد. با افزایش تعداد سقط‌های زنان شمار تعداد فرزندان ایده‌آل مورد نظر آنها نیز افزایش می‌یابد. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که با افزایش تعداد سقط‌های عمدی، تعداد فرزندان ایده‌آل مورد نظر زنان روستایی کاهش می‌یابد هر چند رابطه مذکور از نظر آمار معنادار نشده است.

جدول ۶. همبستگی باروری ایده‌آل زنان روستایی با برخی ویژگی‌های جمعیتی - اقتصادی آنها

تعداد سقط جنین عمدی	تعداد سقط جنین	سن در اولین ازدواج	درآمد خانوار		
-۰,۰۹۷	۰,۰۹۴	-۰,۱۴۲**	۰,۰۱۴	همبستگی	تعداد فرزندان ایده‌آل
۰,۱۵۳	۰,۰۵۴	۰,۰۰۰	۰,۰۶۱۶	سطح معنادرای	
۲۱۸	۴۱۶	۱۲۲۴	۱۲۲۸	تعداد نمونه	

در جدول ۷ تحلیل چند متغیره مورد آزمون قرار گرفته و ارائه شده است. برای این منظور با استفاده از رگرسیون خطی به روش همزمان به بررسی تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی مورد مطالعه در استان فارس پرداخته شده است. همان‌طوری که نتایج نشان می‌دهد تحصیلات زنان و مذهب تنها متغیرهایی هستند که اثری معنادار بر باروری ایده‌آل زنان روستایی دارند. طوری که زنان با تحصیلات راهنمایی و کمتر در مقایسه با هم‌متایان دانشگاه رفته خود، باروری ایده‌آل بالاتری دارند. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد زنانی که تحصیلات دانشگاهی دارند در مقایسه با سایر زنان با سطوح تحصیلی غیر دانشگاهی، باروری ایده‌آل کمتری دارند. یافته مذکور در مورد تحصیلات همسران نیز صدق می‌کند یعنی زنانی که همسران‌شان تحصیلات دانشگاهی دارند نسبت به سایر زنان که همسران‌شان تحصیلات غیر دانشگاهی دارند، از باروری ایده‌آل پایین‌تری برخوردارند. زنان روستایی اهل تسنن هم در مقایسه با زنان روستایی اهل تشیع باروری ایده‌آل بالاتری دارند. ایده‌آل فرزندآوری زنان شاغل در قیاس با زنان بیکار پایین‌تر است و نیز زنانی که همسران‌شان بیکار هستند در مقایسه با دیگر هم‌متایان خود، باروری ایده‌آل پایین‌تری دارند.

تحلیل رگرسیونی از آن حکایت دارد که زنان با تجربهٔ مرده‌زایی نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای ندارند از باروری ایده‌آل بالاتری برخوردارند. نتایج نشان می‌دهد که زنان روستایی غیر فارس نسبت به هم‌متایان فارس خود، در مجموع باروری ایده‌آل بالاتری دارند. زنانی که بیش از یکبار ازدواج نموده، نسبت به زنانی که فقط یکبار ازدواج کرده‌اند، تعداد فرزند کمتری را به-عنوان فرزندان ایده‌آل معرفی نموده‌اند به‌عبارتی باروری ایده‌آل پایین‌تری دارند. نتیجه رابطهٔ درآمد خانوار با تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی نشان می‌دهد که زنان با درآمد خانوار کمتر از ۱ میلیون تومان در مقایسه با زنان متعلق به خانوارهای با درآمد بیش از ۲,۵ میلیون تومان، باروری ایده‌آل پایین‌تری دارند. همچنین یافته‌ها بیانگر آن است زنانی که درآمد خانوار آنها بین ۱ تا ۲,۵ میلیون تومان است، باروری ایده‌آل بالاتری نسبت به زنان متعلق به خانوارهای با درآمد بیش از ۲,۵ میلیون تومان، دارند. یافته‌ها گویای آن است که با افزایش تعداد سقط‌های عمدی زنان تعداد فرزندان ایده‌آل آنها کاهش می‌یابد. ضریب تعیین بدست آمده نشان می‌دهد که حدود ۹ درصد از واریانس باروری ایده‌آل زنان روستایی مورد مطالعه در استان فارس با استفاده از متغیرهای جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی استفاده شده قابل تبیین است.

جدول ۷. تأثیر متغیرهای جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی بر تعداد فرزندان ایده‌آل زنان روستایی مورد

مطالعه

معناداری	ضریب استاندارد	متغیر	
۰,۰۲۵	۰,۲۸۴	راهنمایی و کمتر	تحصیلات زنان
۰,۱۰۸	۰,۱۸۵	متوسطه/دیپلم/پیش‌دانشگاهی	
		دانشگاهی (مرجع)	
۰,۱۸۵	۰,۱۷۸	راهنمایی و کمتر	تحصیلات همسران
۰,۸۹۲	۰,۰۱۷	متوسطه/دیپلم/پیش‌دانشگاهی	
		دانشگاهی (مرجع)	
۰,۰۰۰	۰,۳۱۷	اهل تسنن	مذهب
		شیعه (مرجع)	
۰,۶۱۸	۰,۰۳۶	بیکار	وضعیت اشتغال زنان
		شاغل (مرجع)	
۰,۸۷۵	-۰,۰۱۱	بیکار	وضعیت اشتغال همسران
		شاغل (مرجع)	
۰,۵۱۷	-۰,۰۴۶	خیر	مرد‌زایی
		بله (مرجع)	
۰,۹۰۲	۰,۰۱۰	سایر	قومیت
		فارس (مرجع)	
۰,۹۱۸	-۰,۰۰۸	بیش از یکبار	تعداد ازدواج
		یکبار (مرجع)	
۰,۸۱۴	-۰,۰۵۹	کمتر از ۱ میلیون	درآمد خانوار (تومان)
۰,۸۵۶	۰,۰۴۶	یک تا ۲,۵ میلیون	
		بالاتر از ۲,۵ میلیون (مرجع)	
۰,۲۹۸	۰,۰۷۷	سن در اولین ازدواج	
۰,۱۴۷	-۰,۱۰۹	تعداد سقط جنین عمدی	
	R <sup>2</sup> =0.093	ضریب تعیین	

## بحث و نتیجه‌گیری

ایران از جمله کشورهایی است که در نیم قرن اخیر تغییرات جمعیتی گسترده‌ای را تجربه نموده است. افزایش باروری و در نتیجه افزایش نرخ رشد جمعیت در ایران در دوره‌ای از زمان بی‌نظیر بود و در مقابل در دهه ۱۳۷۰ سرعت کاهش باروری کم سابقه شد. بی‌تردید بخشی از کاهش باروری در نتیجه وضع سیاست جمعیتی جدید در سال ۱۳۶۸ بوده اما شواهد گویای آن است که قبل از اتخاذ سیاست جمعیتی رسمی در کشور در راستای کاهش باروری و نرخ رشد، مردم کاهش فرزندآوری را انتخاب نموده بودند. بنابراین واضح است که سیاست‌های از بالا به پایین و دیکته‌ای درباب موضوعات جمعیتی راه‌گشا نخواهد بود. یکی از موضوعاتی که امروزه اذهان بسیاری از صاحب‌نظران و مسئولان را به خود مشغول نموده است، کاهش بیشتر باروری و رسیدن به نرخ رشد جمعیت صفر یا حتی منفی و نیز سالخورده شدن جمعیت در آینده است. دغدغه مذکور از آنجا نشأت می‌گیرد که باروری در ایران به حدود سطح جایگزینی رسیده است. یکی از موضوعاتی که می‌تواند مسیر آینده باروری را ترسیم نماید، باروری ایده‌آل است زیرا مطالعات و انتظارات نظری (باستن و همکاران، ۲۰۱۳: ۲۸؛ وایترز ۲۰۰۹) بر آن دلالت دارند که باروری ایده‌آل از مهمترین تبیین‌کننده‌های باروری واقعی است. با همین پشتوانه نظری در مطالعه حاضر تلاش شده است که با روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و ابزار پرسشنامه، سطح و تعیین‌کننده‌های باروری ایده‌آل زنان روستایی استان فارس مطالعه شود. مطالعه رفتارهای جمعیتی زنان روستایی در ایران مفعول مانده است در حالی که هنوز حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور ساکن نقاط روستایی هستند. این مطالعه در راستای پوشش خلأ فوق‌الذکر برآمده است. یافته‌ها نشان داد که زنان روستایی مورد مطالعه در زمان تحقیق به طور متوسط حدود ۳۳ و در مقابل همسران آنها حدود ۳۸ سال داشته‌اند. سن زنان در اولین ازدواج نیز حدود ۲۳ سال بوده است. یافته‌ها همچنین نشان داد که حدود ۵۵ درصد زنان فارس زبان و حدود ۸۴ درصد آنها نیز اهل تشیع بوده‌اند. یافته‌ها از آن حکایت داشت که حدود ۵ درصد زنان روستایی بی-سواد بوده‌اند که این موضوع بیانگر گسترش سواد عمومی در کل جامعه است و همچنین داده‌ها نشان داد که زنان روستایی مورد مطالعه بیشتر از همسران‌شان وارد دانشگاه شده‌اند. حدود ۴ درصد زنان روستایی شاغل و در مقابل حدود ۹۵ درصد همسران یا شوهران زنان روستایی

مطالعه شده در زمان تحقیق حاضر شاغل بوده‌اند. لذا طبق انتظار، شکاف اشتغال زنان و مردان در این جامعه نیز بالاست. آمار مربوط به درآمد خانوارهای روستایی نیز از وضعیت اقتصادی نسبتاً نامطلوب خانوارهای روستایی استان فارس حکایت داشت.

نتایج نشان داد که میانگین باروری زنان روستایی استان فارس برابر با ۲,۰۶ است که می‌توان گفت که در حدود باروری سطح جایگزینی قرار دارد. یافته‌ها از آن حکایت دارد که تنها حدود ۹ درصد نمونه فاقد فرزند بوده‌اند که البته بخشی از آنها بی‌تردید در آینده صاحب فرزند خواهند شد. لذا نمی‌توان این نسبت را برابر با بی‌فرزندی طول عمر یا دائمی دانست. الگوی دو فرزند با رقم بیش از ۳۵ درصد را می‌توان الگوی غالب فرزندآوری در جامعه روستایی استان فارس دانست. حدود ۱۱ درصد از زنان روستایی ۴ فرزند و بالاتر داشته‌اند که این موضوع بیانگر آن است که داشتن ۴ فرزند و بیشتر حتی در جامعه روستایی کشور دیگر موضوعیت ندارد و نمی‌توان بدنبال آن بود که خانواده‌ها ۴ فرزند و بیشتر داشته باشند. بیش از ۹۰ درصد زنان تجربه هیچگونه سقط عمدی را ندارند که این موضوع نیز از مدیریت و کنترل رفتار فرزندآوری توسط زوجین در جامعه روستایی حکایت دارد زیرا در صورت عدم کنترل و مدیریت کنش‌های فرزندآوری، باروری ناخواسته و به طبع آن تعداد سقط‌های عمدی افزایش می‌یابد. آمار مذکور نشان می‌دهد که خانواده‌های روستایی آگاهانه و برنامه‌ریزی شده اقدام به فرزندآوری می‌کنند. ذکر این نکته ضروری است که سیاست‌های جمعیتی نباید در راستایی جلو برود که رفتارهای فرزندآوری آگاهانه و مدیریت شده را از جامعه روستایی سلب نماید زیرا همان‌طوری که نشان داده شده جامعه روستایی وضعیت اقتصادی مطلوبی ندارند بنابراین با ایجاد محدودیت در برنامه‌های تنظیم خانواده این قشر در معرض آسیب‌های سلامتی بیشتری قرار خواهند گرفت. حدود ۳ درصد زنان روستایی مورد مطالعه تجربه مرده‌زایی یا فرزند مرده بدینا آوردن را دارند که رقم نسبتاً پایینی است و مؤید همان مدیریت و کنترل زوجین بر رفتار فرزندآوری‌شان است.

یافته‌ها نشان داد که ۴۰ درصد زنان مورد بررسی داشتن دو فرزند را باروری ایده‌آل خود معرفی نموده‌اند یعنی دو فرزند بیشترین نسبت در مقایسه با سایر تعداد فرزندان را به خود اختصاص داده است. حدود ۳۳ درصد نیز سه فرزند را تعداد ایده‌آل فرزندان اظهار نموده‌اند. بنابراین بیش از ۷۳ درصد زنان روستایی استان فارس داشتن ۲ تا ۳ فرزند را به‌عنوان تعداد

ایده‌آل فرزندآوری برای خود به شمار می‌آورند. در زمان تحقیق حاضر کمتر از ۴ درصد زنان یک فرزند را ایده‌آل خود می‌دانسته‌اند بنابراین می‌توان ادعا نمود که تک فرزندی جایگاهی در ایده‌آل‌های باروری زنان روستایی ندارد از این‌رو، نباید نگران این موضوع (بی‌فرزندی و تک فرزندی) بود و اینکه در حال حاضر موضوع مذکور نباید بعنوان دغدغه جمعیتی کشور مطرح شود. در مجموع و براساس نتایج این مطالعه حدود ۷۴ درصد زنان روستایی مورد مطالعه استان فارس باروری ایده‌آل خود را محقق می‌کنند. حدود ۲۵ درصد زنان روستایی نیز عدم موفقیت در تحقق باروری ایده‌آل خود را عمدتاً مشکلات مالی و مشکلات سلامتی زنانه اظهار نموده‌اند. این یافته‌ها ما را رهنمون می‌سازد که تلاش در راستای بهبود وضع اقتصادی روستا و نیز ارتقاء سلامت مادران روستایی و تلاش برای درمان بیماری‌های زنانه مرتبط با فرزندآوری آنها می‌تواند زمینه تحقق باروری ایده‌آل زنان را فراهم کند.

یافته‌های تحلیل دو متغیره نشان داد که بین تحصیلات زنان مطالعه شده و باروری ایده‌آل آنها رابطه معناداری وجود دارد. با افزایش سطح تحصیلات، نسبت زنانی که تعداد ۳ و ۴ و ۵ فرزند و بیشتر را ایده‌آل می‌دانند کاهش می‌یابد. باروری ایده‌آل زنان روستایی که همسرانشان تحصیلات دانشگاهی دارند، در سطح پایین‌تری، نسبت به سایر زنان، قرار دارد. زنان اهل تسنن تعداد فرزندان ایده‌آل بالاتری را دنبال می‌کنند طوری که حدود ۴۲ درصد زنان روستایی اهل تسنن تعداد چهار فرزند را باروری ایده‌آل می‌دانند در حالی که این نسبت برای زنان روستایی اهل تشیع حدود ۱۵ درصد بدست آمد. این موارد بیانگر تفاوت معنادار باروری ایده‌آل زنان شیعی و سنی مذهب است. زنانی که تجربه بدنیا آوردن فرزند مرده یا مرده زایی را دارند در مقایسه با هم‌تایان خود که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند از باروری ایده‌آل باروری برخوردارند. با افزایش سن در ازدواج از شمار تعداد فرزندان ایده‌آل زنان کاسته می‌شود. با افزایش تعداد سقط‌های زنان شمار تعداد فرزندان ایده‌آل مورد نظر آنها نیز افزایش می‌یابد. یافته‌ها همچنین نشان داد که با افزایش تعداد سقط‌های عمدی، تعداد فرزندان ایده‌آل مورد نظر زنان روستایی کاهش می‌یابد. این یافته منطقی بنظر می‌رسد زیرا زنانی که عمدی دست به سقط می‌زنند یعنی قصد بدنیا آوردن فرزند/ فرزندی دیگر را ندارند و پایین بودن باروری ایده‌آل آنها قابل فهم است. نتایج تحلیل چند متغیره نشان داد که تحصیلات اثری معنادار بر باروری ایده‌آل زنان روستایی دارد طوری که در مجموع زنانی که تحصیلات دانشگاهی دارند در مقایسه با سایر زنان

با سطوح تحصیلی غیر دانشگاهی، باروری ایده‌آل کمتری دارند. اهمیت تأثیر تحصیلات زنان بر باروری ایده‌آل آنها در بیشتر مطالعات پیشین (بالک ۲۰۱۰؛ خلیفا ۲۰۰۸؛ عباسی‌شوازی و همکاران ۱۳۸۳) تأیید شده و در برخی مطالعات (محمودیانی ۱۳۹۳) نیز هیچ رابطه معناداری بین سطح تحصیلات و باروری ایده‌آل بدست نیامده بود. مذهب نیز دیگر متغیری است که اثری معنادار بر باروری ایده‌آل زنان روستایی دارد.

زنان با تجربه مرده زایی نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای ندارند از باروری ایده‌آل بالاتری برخوردارند. شاید بتوان گفت از آنجایی که زنان با تجربه مرده‌زایی هنوز موفق به تحقق باروری ایده‌آل خود نشده‌اند به همین دلیل قصد ادامه فرزندآوری دارند و طبیعتاً سطح باروری ایده‌آل بالاتری هم خواهند داشت. با توجه به نتایج رگرسیونی می‌توان گفت که زنان در خانوارهای با درآمد بسیار پایین و یا بسیار بالا، باروری ایده‌آل پایین‌تری دارند، در مقابل زنان متعلق به خانوارهای با درآمد متوسط از سطح باروری ایده‌آل بالاتری برخوردارند. شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که زنان طبقات پایین به دلیل فقر مالی و اقتصادی و زنان طبقات مرفه‌تر به دلایلی غیرمالی، در مقایسه با زنان طبقه متوسط، باروری ایده‌آل پایین‌تری دارند.

در مجموع چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که باروری زنان روستایی در حدود سطح جایگزینی قرار دارد لذا در زمان فعلی نباید نگران سطح باروری نقاط روستایی کشور بود. همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که زنان روستایی فارغ از وضعیت اشتغال خود و همسران‌شان، سن ازدواج‌شان و سایر عوامل دیگر به نوعی همگرایی در نگرش به باروری ایده‌آل رسیده‌اند که این می‌تواند در نتیجه اشاعه نگرش‌های یکسان دربار رفتار باروری در کشور باشد. از سویی با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، باروری ایده‌آل زنان روستایی عمدتاً بین ۲ تا ۳ فرزند یعنی حدود ۲,۵ فرزند قرار دارد که اندازه‌ای مطلوب برای باروری است. بنابراین بهتر است تمام تلاش‌ها در راستای تحقق باروری ایده‌آل زنان روستایی صورت‌بندی شود. برای این منظور و براساس نتایج مطالعه حاضر، باید دو اقدام در اولویت سیاست‌گذاری‌ها قرار گیرد. رفع مشکلات اقتصادی و مالی روستاییان و نیز ارتقاء وضعیت بهداشتی پزشکی روستاها با تأکید بر بهبود سلامت مادران و درمان بیماری‌های مرتبط با فرزندآوری آنها، می‌تواند به تحقق باروری ایده‌آل بالاتر از سطح جایگزینی کمک نماید. بر پایه یافته‌های تحقیق حاضر، یادآوری این نکته ضروری است که باروری بالای ۳ فرزند در روستاها دیگر جایگاهی ندارد و خانوارها باروری



بالای ۳ فرزند را دنبال نمی‌کنند بنابراین بهتر است تحقق باروری ایده‌آل (حدود ۲,۵ فرزند) که بالاتر از سطح جایگزینی است در دستور کار برنامه‌های جمعیتی کشور برای نقاط روستایی قرار گیرد. تداوم برنامه‌های تنظیم خانواده در نقاط روستایی کشور، مسیر تحقق هدف مذکور را تسهیل خواهد نمود.

### منابع

- اکابری، آرش؛ محمودی، محمود؛ زراعتی، حجت؛ و فرشته مجلسی (۱۳۸۷). بررسی ارتباط عوامل اجتماعی-اقتصادی و دموگرافیک با باروری، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۵، شماره ۱، صص ۴۵-۴۰.
- حسینی، حاتم؛ بگی، بلال (۱۳۹۳). تعیین کننده‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیت‌شناختی تمایلات فرزندآوری زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی همدان در سال ۱۳۹۱. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال هیجدهم، شماره اول، صص ۴۳-۳۵.
- حسینی‌چاوشی، میمنت؛ عباسی‌شوازی، محمدجلال؛ رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی (۱۳۹۶). تحولات باروری و فرزندآوری در ایران، در محمد جلال عباسی‌شوازی، تحولات و وضعیت جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، تهران: موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- دراهکی، احمد (۱۳۹۴). عوامل تعیین‌کننده باروری ایده‌آل زنان: مطالعه موردی باروری ایده‌آل زنان ۱۵-۴۹ ساله دارای همسر شهر نسیم شهر در سال ۱۳۹۳، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۲، شماره ۱۴۱، صص ۵۹-۶۹.
- رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی؛ میرزایی، محمد (۱۳۹۱). شکاف بین شمار فرزندان موجود و ایده‌آل در استان‌های منتخب سمنان، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، سال هفتم، شماره ۱۳، صص ۱۷۶-۱۴۹.
- عباسی‌شوازی، محمدجلال (۱۳۸۰). همگرایی رفتارهای باروری در ایران؛ میزان، روند و الگوی باروری در استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۵۱ و ۱۳۷۵، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۸، صص ۲۳۱-۲۰۱.
- عباسی‌شوازی، محمدجلال و عباس عسکری‌ندوشن (۱۳۸۴). "تغییرات خانواده و کاهش باروری در ایران: مطالعه موردی استان یزد" نامه علوم اجتماعی شماره ۲۵. صص ۷۵-۲۵.
- عباسی‌شوازی، محمدجلال و میمنت حسینی‌چاوشی (۱۳۹۰). "تحولات باروری، تنظیم خانواده و سیاست‌های جمعیتی در ایران" نشریه اخلاق: مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، شماره ۴۸.

- عباسی شوازی، محمدجلال و میمنت حسینی چاوشی (۱۳۹۲). تحولات باروری در ایران در چهار دهه اخیر، تهران: پژوهشکده آمار.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ حسینی چاوشی، میمنت؛ مک‌دونالد، پیتر؛ دلاور، بهرام (۱۳۸۳). تحولات باروری در ایران: شواهدی از چار استان منتخب. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ خواجه‌صالحی، زهره (۱۳۹۲). سنجش تأثیر استقلال، مشارکت اجتماعی و تحصیلات زنان بر تمایل به فرزندآوری (مطالعه موردی شهر سیرجان). زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۱، شماره ۱، صص ۶۴-۴۵.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ صادقی، رسول؛ محمودیانی‌گیلان، سراج‌الدین (۱۳۹۱). مرور تحقیقات و مطالعات جوانان در ایران: خلأهای تحقیقاتی و الزامات سیاستی. تهران: برنامه همکاری دانشگاه تهران و صندوق جمعیت سازمان ملل.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ مک‌دونالد، پیتر؛ حسینی چاوشی، میمنت؛ کاوه‌فیروز، زینب (۱۳۸۱). بررسی دیدگاه زنان درمورد رفتارهای باروری در استان یزد با استفاده از روش‌های کیفی. نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۰، صص ۲۰۳-۱۶۹.
- قاضی طباطبایی، محمود و نادر مهری (۱۳۹۲). سنجش تأثیر مسئولیت زنان شاغل بر باروری در ایران، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۱، شماره ۱، صص ۴۴-۲۹.
- محمودیان، حسین و سراج‌الدین محمودیانی (۱۳۹۳). مطالعه تطبیقی نگرش مردان و زنان به تعداد فرزندان دلخواه در شهر کرمانشاه، مطالعات راهبردی زنان، سال ۱۶، شماره ۶۳، صص ۹۷-۱۲۴.
- محمودیانی، سراج‌الدین (۱۳۹۳). باروری ایده‌آل زنان و تعیین‌کننده‌های آن: مطالعه موردی زنان شهر کرمانشاه، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۲، شماره ۷، صص ۲۴-۳۰.
- محمودیانی، سراج‌الدین، حسین محمودیان و سهیلا شهریاری (۱۳۹۳). باروری ایده‌آل، تفاوت‌های روستا/شهری و عوامل مرتبط با آن، توسعه روستایی، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۹۳-۲۰۸.
- منصوریان، محمدکریم و اعظم خوشنویس (۱۳۸۵). ترجیحات جنسی و گرایش‌های زنان همسر دار به رفتار باروری: مطالعه موردی شهر تهران، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره بیست و چهارم، شماره دوم (پیاپی ۴۷).
- Abbasi-Shavazi, M.J, Hosseini-Chavoshi, M. and McDonald, P (2007). The path to below replacement fertility in the Islamic Republic of Iran, *Asia-Pacific Population Journal*, Vol. 22, No. 2, pages 91-112.
- Abbasi-Shavazi, M.J, McDonald, P and Hosseini-Chavoshi, M (2009). *The fertility transition in Iran: Revolution and reproduction*, Springer Press.
- Abbasi-Shavazi, M.J, Hosseini-Chavoshi, M, Koosheshi, M, and Naghavi, M (2005). Trends and emerging issues of health and mortality in the Islamic republic of Iran, in

- Emerging issues of health and mortality in the Asian and Pacific region, Asian Population Studies Series, No. 63.
- Adsera, A. (2006). Differences in desired and actual fertility: An economic analysis of the Spanish case. *Rev Econ Household*, 4: 75-95.
  - Balk, D (2010). Individual and community aspects of women's status and fertility in rural Bangladesh, *Population Studies*, 48: 21-45.
  - Basten, S. Sobotka, T. and Zeman, K. (2013). *Future fertility in low fertility countries*. Vienna: Institute of Demography.
  - Bongaarts, J (2001). "The end of the fertility transition in the developed world", *Population and development review*, 28:419-443.
  - Bongaarts, J, and Potter, R, G, (2011). *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants (Studies in Population)*. Oxford: University Press.
  - Caldwell, J. (1976). Toward a restatement of demographic transition theory. *Population and development review*, 2: 321-366.
  - Caldwell, J. C. (1982). *Theory of fertility decline*, London, Academic Press
  - Casterline, J. (2001). Diffusion processes and fertility transition: selected perspectives. *National research council*. Available from the national academies press at: <http://www.nap.edu/catalog/10228.htm>.
  - Chen, M and Yip, S.F (2017). The discrepancy between ideal and actual parity in Hong Kong: Fertility desire, intention and behavior, *Population Research and Policy Review*, 36: 583-605.
  - Cleland, J. (2001). *Diffusion Processes and Fertility Transition*. Washington D.C: National Academies Press.
  - Cochrane, S.H. Khan, M.A and Osheba, I.K. (1990). Education, income, and desired fertility in Egypt: A revised perspective. *Economic Development and Cultural Change*, 38 (2): 313-339.
  - Dey, I, Wasoff, F (2010). Another child? Fertility ideals, resources and opportunities, *Population Research and Policy Review*, 29(6): 921-940.
  - Easterlin, R. A., (1985). *The fertility revolution*. Chicago: The Chicago University press.
  - Girard, A and Roussel, L (1982). Ideal family size, fertility and population policy in Western Europe, *Population and Development Review*, 8(2): 323-345.
  - Good, M.J.D, Farr, G.M and Good, B.J (1980). Social status and fertility: A study of a town and three villages in northwestern Iran, *Population Studies*, 34(2): 311-319.
  - Hagewen. K. J and Morgan. PH, (2005). Intended and ideal family size in the United States, 1970-2002, *Population and development review*: 31(3): 507-527.
  - Heiland, F, Prskawetz, A, and Sanderson, W.C. (2008). Are individual's desired family size stable? Evidence from West German panel data, *European Journal of Population*, 24(2): 129-156.
  - Hinde, A (2002). Demographic perspectives on human population dynamics, in *Human population dynamics*, Macbeth, H and Collinson, S, New York: Cambridge University Press.
  - Khalifa, M.A (1976). The influence of wife's education on fertility in rural Egypt, *Journal of Bioscience*, 8: 53-60.
  - Kiani, M, (2011). "Women's attitude to fertility in Iran: A case study in Isfahan, Iran, the social sciences 6(6): 398-403
  - Kreyenfeld, M and Konietzka (2008), "Education and fertility in Germany", one chapter of *Demographic change in Germany*, pp 165-183, Springer press.
  - Lam. Gigi (2007). "How does gender equity affect fertility in Hong Kong?". Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy. The Hong Kong University of Science and Technology

- Lotfi, M, Rajabi-Naeni, M, Rezaei, N, Faridi, M, Tizvir, A (2017). Desired numbers of children, fertility preferences and related factors among couples who referred to pre marriage counseling in Alborz province, Iran, *International Journal of Fertility and Sterility*, 11(3): 211-219.
- McNamee, C.B. (2009). Wanted and unwanted fertility in Bolivia: Does ethnicity matter? *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(4): 166-175.
- NRCP (National Research Council, & Committee on Population) (2001). *Diffusion processes and fertility transition: Selected perspectives*. National Academies Press.
- Ojaka, D (2008). *The fertility transition in Kenya: Patterns and determinants*. Dissertation of Doctor of Philosophy, Johns Hopkins University, University de Montreal.
- Pebley, A.R, Delgado, H and Brinemann, E (1979). Fertility desires and child mortality experience among Guatemalan women. *Studies in family planning*, 10(4): 129-136.
- Ray, C. M, Harcey, S.R, Greil, A.L, Tiemeyer, S, McQuillan, J (2018). Stability and change in personal fertility ideals among US women in heterosexual relationship, *Demographic Research*, 39: 459-486.
- Reed, H, Briere, R. and Casterline, J. (1999). The role of diffusion processes in fertility change in developing countries. *National Research Council*. Available in: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=6475](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=6475)
- Robinson, C, W (1997). The economic theory of fertility over three decades. *Population studies*, 51(1): 63-74.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovation*. The Free Press New York
- Scott, W.J & Stout-Morgan, C (1983). An analysis of factors affecting traditional family expectations and perceptions of ideal fertility, *Sex Roles*, 9(8): 901-914.
- Shah. N.M, Shah, M.A, and Radovanovic, Z (1998). Patterns of desired fertility and contraceptive use in Kuwait, *International family planning perspectives*, 24(3): 133-138.
- Thomson, E, McDonald, E and Bumpass, L. (1990). Fertility desires and fertility: hers, his and theirs. *Demography*, 27(4): 579-588.
- Unger, J.B, and Molina, G.B. (1999). Educational differences in desired family size and attitudes toward childbearing in Latina women. *Population and Environment*, 20(4): 343-351.
- Van de Kaa, D. J. (1996). Anchored Narratives: The Story and Findings of Half a Century of Research into the Determinants of Fertility. *Population Studies*, 50(3): 389-432.
- Withers, M.H (2009). *Fertility preferences, intentions and outcomes: A mixed-methods study of fertility in a Balinese village*. Dissertation of Doctor of Philosophy in public health, University of California.