Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

The Association of Lifestyle, Mental Health, and Spiritual Health with the Desire for Childbearing among Couples Preparing For Marriage

M. H. Yadolahpour (PhD)[1], A. Babaie Moghadam (MD)[2], H. A. Nikbakht (PhD)[1], H. Pasha (PhD)[1], M. Faramarzi (PhD)[*1]

1.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
2.Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

•Corresponding Author: M. Faramarzi (PhD)
Address: Department of General Education, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
Tel: +98 (11) 32199592. **E-mail:** mahbob330@yahoo.com

Article Type
Research Paper

Received:
Mar 19th 2025
Revised:
May 4th 2025
Accepted:
Jul 29th 2025

ABSTRACT

Background and Objective: Considering the declining fertility rate in Iran, it is critically important to identify factors that influence the desire for childbearing. The present study was therefore designed to examine the association of lifestyle, mental health, and spiritual health with the desire for childbearing among couples preparing for marriage in Babol, northern Iran.

Methods: This cross-sectional study enrolled 440 premarital individuals (220 males and 220 females) selected through convenience sampling. Data were gathered using standardized instruments, including the Childbearing Desire Questionnaire (score range: 8-40), the BASIS-A Lifestyle Inventory (score range: 62-310), Brief Symptom Inventory-18 (score range: 0-72), and the Spiritual Well-Being Scale (score range: 20-120), and were subsequently analyzed.

Findings: Childbearing desire was found to be significantly and positively associated with lifestyle (B=0.04, p=0.026) and spiritual health (B=0.30, p<0.001), whereas a significant negative association was observed with mental health (B=-0.39, p<0.001). Furthermore, age (B=-0.23, p<0.001) and educational level (B=-1.76, p<0.001) also exhibited significant negative correlations with childbearing desire. In the multivariate regression analysis, spiritual health emerged as a key independent predictor of childbearing desire among couples, with each one-unit increase in spiritual health score corresponding to a 0.5-unit increase in childbearing desire (B=0.52, p<0.001).

Conclusion: The study findings suggest that enhancing spiritual well-being may be regarded as an effective intervention to promote childbearing desire among couples preparing for marriage.

Keywords: *Childbearing Desire, Lifestyle, Mental Health, Spiritual Health, Couples*.

Cite this article: Yadolahpour MH, Babaie Moghadam A, Nikbakht HA, Pasha H, Faramarzi M. The Association of Lifestyle, Mental Health, and Spiritual Health with the Desire for Childbearing among Couples Preparing For Marriage. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2026; 28: e40.

Copyright © 2026 Babol University of Medical Sciences. Published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

ارتباط سبک زندگی، سلامت روانی و سلامت معنوی با تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج

محمد هادی یداله پور (PhD)[1]، علی بابایی مقدم (MD)[2]، حسینعلی نیک بخت (PhD)[1]، هاجر پاشا (PhD)[1]، محبوبه فرامرزی (PhD)[1]*

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

نوع مقاله
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۳/۱۲/۲۹
اصلاح:
۱۴۰۴/۲/۱۴
پذیرش:
۱۴۰۴/۵/۷

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به کاهش نرخ فرزندآوری در ایران، شناسایی عوامل مؤثر بر تمایل به فرزندآوری از اهمیت بالایی برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سبک زندگی، سلامت روانی و سلامت معنوی با تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج شهرستان بابل انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۴۴۰ فرد در شرف ازدواج (۲۲۰ مرد و ۲۲۰ زن) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد گرایش به فرزندآوری با دامنه نمرات (۴۰-۸)، سبک زندگی (BASIS-A) با دامنه نمرات (۳۱۰-۶۲)، سلامت روان (BSI-18) با دامنه نمرات (۷۲-۰) و سلامت معنوی (SWBS) با دامنه نمرات (۱۲۰-۲۰)، جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: تمایل به فرزندآوری با متغیرهای سبک زندگی ($p=۰/۰۲۶$، $B=۰/۰۴$)، سلامت معنوی ($p<۰/۰۰۱$، $B=۰/۳۰$) ارتباط مثبت معنی‌دار اما با سلامت روان ($p<۰/۰۰۱$، $B=-۰/۳۹$) ارتباط منفی معنی‌داری داشت. همچنین، سن ($p<۰/۰۰۱$، $B=-۰/۲۳$) و تحصیلات ($p<۰/۰۰۱$، $B=-۱/۷۶$) نیز ارتباط منفی و معنی‌داری با تمایل به فرزندآوری نشان دادند. در تحلیل چند متغیره، سلامت معنوی به عنوان عامل کلیدی در پیش‌بینی تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج نقش داشت؛ به طوریکه به ازای هر یک نمره بهبود سلامت معنوی تمایل به فرزند آوری ۰/۵ بیشتر می‌شود ($p<۰/۰۰۱$، $B=۰/۵۲$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که ارتقای سلامت معنوی می‌تواند به عنوان یک راهکار مؤثر در افزایش تمایل به فرزندآوری مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تمایل به فرزندآوری، سبک زندگی، سلامت روان، سلامت معنوی، زوجین.

استناد: محمد هادی یداله پور، علی بابایی مقدم، حسینعلی نیک بخت، هاجر پاشا، محبوبه فرامرزی. ارتباط سبک زندگی، سلامت روانی و سلامت معنوی با تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۴۰۵؛ ۲۸: e۴۰.

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتر علی بابایی مقدم دانشجوی رشته پزشکی عمومی و طرح تحقیقاتی به شماره ۷۲۴۱۳۴۶۴۷ دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر محبوبه فرامرزی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی. تلفن: ۳۲۱۹۹۵۹۲-۰۱۱ رایانامه: mahbob330@yahoo.com

مقدمه

در دهه‌های اخیر، تمایل به فرزندآوری در بسیاری از کشورها، به‌ویژه جوامع در حال توسعه، با تغییرات چشمگیری همراه بوده است. فرزندآوری نه‌تنها به عنوان یک کنش جمعیتی و اجتماعی شناخته می‌شود، بلکه دارای ابعاد اجتماعی و فرهنگی نیز هست که می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت عمومی و روانی خانواده‌ها تأثیر بگذارد (۲و۱). شواهد نشان داده‌اند که داشتن فرزند با کاهش نرخ مرگ‌ومیر، افزایش رضایت از زندگی و ارتقای سلامت روان همراه است (۴و۳). با این حال، کاهش مداوم نرخ باروری در ایران، که از سطح جایگزینی نیز پایین‌تر آمده، نگرانی‌هایی را در مورد آینده جمعیتی کشور ایجاد کرده است (۵). رشد سریع جمعیت سالمند، کاهش جمعیت فعال و تأثیرات اجتماعی–اقتصادی این روند (۶)، ضرورت توجه به عوامل موثر بر تمایل به فرزندآوری جلب کرده است.

فرزندآوری و تغییرات جمعیتی در هر کشور تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی قرار دارد (۷). این عوامل به‌طور مستقیم بر رفتارهای باروری افراد و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با فرزندآوری اثرگذارند. یکی از عوامل مهم در این زمینه، سبک زندگی است. سبک زندگی هر فرد بازتابی از عادات، نگرش‌ها و کنش‌های روزمره اوست به‌عنوان ابزاری برای تعریف هویت فردی در جامعه عمل می‌کند (۸). پژوهش Rafiei Moqaddam و همکاران نشان داد که سبک زندگی مدرن و تأثیرپذیری از رسانه‌های خارجی می‌توانند به‌صورت معنی‌داری جهت‌گیری افراد نسبت به فرزندآوری را تغییر دهند (۹). همچنین عواملی همچون تحولات اقتصادی، اشتغال، وضعیت درآمدی، نقش‌های جنسیتی، تحصیلات و استقلال اقتصادی و اجتماعی زوجین، به‌ویژه زنان، در کنار استرس‌های روانی و کیفیت زندگی، به‌عنوان متغیرهای تعیین‌کننده در تصمیم به فرزندآوری شناخته شده‌اند (۱۲–۱۰).

یکی از عوامل فرهنگی که به‌نظر می‌رسد در تمایل به فرزندآوری نقش مهمی ایفا می‌کند، سلامت معنوی است (۱۳). سلامت معنوی نوعی ظرفیت روان‌شناختی است که انسجام درونی فرد را افزایش داده و با ایجاد حس ارتباط عمیق با خود، خداوند، جامعه و محیط پیرامون، زمینه‌ساز ثبات روانی و آرامش در زندگی می‌شود. سلامت معنوی به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های زندگی، تطابق مؤثرتری از خود نشان دهند. (۱۴). در برخی مطالعات ارتباط مثبت و معنی‌داری بین سلامت معنوی بالا و کاهش ترس از زایمان گزارش شده است (۱۶و۱۵)، در حالی که برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که گرایش‌های مذهبی یا دینداری ممکن است در برخی موارد به کاهش تمایل به فرزندآوری بیانجامد (۱۹–۱۷).

سلامت روان نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های روانی–اجتماعی مؤثر بر تصمیم به فرزندآوری شناخته می‌شود. شواهد حاصل از مطالعات طولی در کشورهایی مانند آلمان و چین حاکی از آن است که افرادی با سلامت روان بالاتر، تمایل بیشتری به فرزندآوری دارند (۲۰). از سوی دیگر بسیاری از زنان ممکن است به دلیل اضطراب‌های مرتبط با بارداری و زایمان، نگرانی از دست دادن آزادی‌های فردی، تغییر در سبک زندگی و هویت شخصی، یا نبود حمایت کافی از سوی شریک زندگی، تصمیم به تأخیر در فرزندآوری بگیرند (۲۲و۲۱). نتایج پژوهش Hosseini و همکاران نیز بر نقش پررنگ عوامل روانی–اجتماعی در تمایل به فرزندآوری تأکید کرده‌اند (۲۳).

مطالعه مروری نظام‌مند Rahnama و همکاران نشان داد که عوامل مؤثر بر تمایل به فرزندآوری در ایران متنوع و چندبُعدی هستند و شامل متغیرهای اقتصادی، اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی و مذهبی می‌شوند (۲۴). همچنین، مطالعه Modiri و همکاران با تمرکز بر مردان شهر تهران نشان داد که عوامل اقتصادی، اشتغال، درآمد و نگرش‌های فرهنگی نقش مهمی در تمایل به فرزندآوری ایفا می‌کنند (۲۵). این بررسی تأکید می‌کند که بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌های پیشین تمرکز خود را بر عوامل جمعیتی و اقتصادی گذاشته‌اند، در حالی که تأثیر متغیرهای روانی و سبک زندگی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با وجود گستردگی مطالعات، همچنان خلأهای قابل توجهی در ادبیات پژوهشی وجود دارد. بررسی هم‌زمان مؤلفه‌های روانی، سبک زندگی و سلامت معنوی می‌تواند تصویری جامع‌تر از فرآیند تصمیم‌گیری زوجین ارائه دهد. با توجه به ویژگی‌های خاص فرهنگی و مذهبی و ملیتی، انجام پژوهش‌هایی بومی‌سازی‌شده ضروری به نظر می‌رسد. از آنجائیکه مطالعه هم‌زمان تأثیر سبک زندگی، سلامت روانی و سلامت معنوی بر تمایل به فرزندآوری در بافت فرهنگی ایران، که با کاهش نرخ باروری مواجه است، انجام نشده و یک شکاف پژوهشی محسوب می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی چگونگی ارتباط بین سبک زندگی، سلامت روان و سلامت معنوی با تمایل به فرزندآوری در زوجین در ازدواج شهرستان بابل انجام شد. در گام اول، روابط تک متغیره این عوامل با تمایل به فرزندآوری بررسی گردید. سپس در تحلیل چندمتغیره، قدرت پیش بینی کنندگی و سهم هر یک از این متغیرها در حضور سایر عوامل تعیین شد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.REC.1402.089، در تابستان ۱۴۰۳ بر روی زوجین در شرف ازدواج تحت پوشش پایگاه سلامت شکوهی (امیرکلا ۲) شهرستان بابل انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت و حجم

نمونه با توجه به اهداف پژوهش و متغیرهای پیش‌بین در مدل رگرسیون چندمتغیره محاسبه شد. با در نظر گرفتن ۴ متغیر پیش‌بین، شیب رگرسیونی به‌عنوان اندازه اثر، سطح اطمینان ۹۵٪ و توان مطالعه ۹۵٪، با استفاده از نرم‌افزار G Power نسخه ۳، تعداد ۱۹۱ زوج محاسبه شد. با احتساب ۲۰٪ ریزش، حجم نهایی نمونه به ۲۳۰ زوج (۲۳۰ مرد و ۲۳۰ زن) افزایش یافت. در نهایت پس از اعمال معیارهای خروج، داده‌های ۲۲۰ زوج (۲۲۰ مرد و ۲۲۰ زن) وارد تحلیل شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت از داشتن تصمیم قطعی برای ازدواج، انجام آزمایشات پیش از ازدواج، تحصیلات بالاتر از ابتدایی در هر دو زوج، و رضایت آگاهانه زوجین برای شرکت در پژوهش بود. در صورت ابتلا به ناتوانی ذهنی یا بیماری روان‌پزشکی شدید تشخیص داده‌شده در سال گذشته (مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی یا افسردگی شدید بر اساس خوداظهاری یا پرونده بهداشتی)، تحت قیم بودن (محجوریت قانونی)، و عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها توسط هر یک از زوجین از مطالعه خارج شدند.

محقق به مرکز بهداشت امیرکلا ۲ (شکوهی) مراجعه کرده و از ۴۳۰ زوج دعوت به مطالعه شد که ۲۵۴ نفر پذیرفتند و پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل کردند. تعداد ۲۴ پرسشنامه ناقص تکمیل شد که از مطالعه خارج گردید. درنهایت ۲۲۰ زوج، پرسشنامه‌های دموگرافیک، گرایش به فرزندآوری (دامنه نمرات ۴۰–۸)، سبک زندگی (دامنه نمرات ۳۱۰–۶۲)، سلامت روان (دامنه نمرات ۷۲–۰)، و سلامت معنوی (دامنه نمرات ۱۲۰–۲۰) زوجین را تکمیل کردند. پرسشنامه دموگرافیک شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل و سابقه بیماری بود. تمامی اصول اخلاق در پژوهش، از جمله رضایت‌نامه کتبی، حفظ حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات رعایت گردید.

پرسشنامه گرایش به فرزندآوری (Attitudes Toward Fertility and Childbearing Inventory= ATFCI): این پرسشنامه ۸ سؤالی با هدف ارزیابی گرایش به فرزندآوری بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است. پایایی آن با آلفای کرونباخ α=۰/۸۳۷ تأیید شد. امتیاز کلی پرسشنامه از مجموع سؤالات محاسبه و دامنه‌ای از ۸ تا ۴۰ دارد: کمتر از ۱۳ (گرایش بسیار کم)، ۱۹–۱۴ (گرایش کم)، ۲۵–۲۰ (گرایش متوسط)، ۳۱–۲۶ (گرایش زیاد) و بالاتر از ۳۲ (گرایش بسیار زیاد) (۲۶).

پرسشنامه سبک زندگی کرن (Basic Adlerian Scales for Interpersonal Success-Adult Form= BASIS-A): پرسشنامه سبک زندگی کرن شامل ۶۲ سؤال و پنج خرده‌مقیاس اصلی (تعلق/علاقه، کنار آمدن، مسئولیت‌پذیری، نیاز به تأیید و محتاط بودن) و پنج خرده‌مقیاس فرعی (حمایتی/سخت‌گیری، مستحق بودن، موردعلاقه همه بودن، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت) است. در واقع، متغیر سبک زندگی به عنوان یک ویژگی شخصیتی پایدار در نظر گرفته می‌شود که از تجربه‌های کودکی شکل می‌گیرد و بر رفتارهای بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (۱: کاملاً مخالف تا ۵: کاملاً موافق) انجام می‌شود. بازه نمره بین ۶۲ تا ۳۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سبک زندگی بهتر است (۲۷). در پژوهش Bashiri و همکاران روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد (۲۸).

سلامت روان و پرسشنامه ۱۸ سؤالی (Brief Symptom Inventory18= BSI-18): پرسشنامه سیاهه نشانگان اختلال فرم کوتاه، ساخته شده توسط Franke و همکاران شامل ۱۸ سؤال و سه زیرمولفه افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از اصلاً تا بسیار) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر زیرمولفه بین ۰ تا ۲۴ و نمره کل بین ۰ تا ۷۲ است. نقطه برش علائم برای هر زیرمولفه ۴≤ و برای نمره کل ۱۰≤ است (۲۹). این پرسشنامه در ایران توسط Shaeiri اعتبار یابی گردید. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۱ و پایایی ۰/۹۰ است (۳۰).

پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian and Ellison (Spiritual Well-Being Scale= SWBS): مقیاس سلامت معنوی Paloutzian and Ellison شامل ۲۰ آیتم و دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. نمره کل سلامت معنوی از جمع این دو زیرگروه محاسبه می‌شود و دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت ۶گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات به سه دسته تقسیم می‌شود: پایین (۴۰–۲۰)، متوسط (۹۹–۴۱) و بالا (۱۲۰–۱۰۰) (۳۱). قابلیت اطمینان این مقیاس در نمونه ایرانی، بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ برای کل مقیاس گزارش شده و ضرایب پایایی بازآزمایی ۰/۸۲ بود که نشان‌دهنده انسجام داخلی بالا و ثبات در طول زمان است (۳۲).

داده‌های توصیفی شرکت کنندگان با استفاده از شاخص‌های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) و همچنین به شکل تعداد و درصد گزارش شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کولموگروف–اسمیرنوف استفاده شد. جهت تحلیل ارتباط خطی بین متغیرهای کمی، ضریب همبستگی پیرسون به‌کار گرفته شد و برای پیش‌بینی تمایل به فرزندآوری، از رگرسیون خطی یک‌متغیره و چندمتغیره با در نظر گرفتن کلیه متغیرهای مطالعه استفاده شد. در تحلیل چندمتغیره، متغیرهای مخدوش‌گر مانند سن، جنسیت و تحصیلات کنترل شدند. ضرایب رگرسیونی همراه با فاصله اطمینان ۹۵٪ ارائه گردید. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد و $p<$۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۴۴۰ زوج (۲۲۰ مرد و ۲۲۰ زن) در شرف ازدواج یا تازه ازدواج‌کرده مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه مورد مطالعه شامل زوج‌های در شرف ازدواج با میانگین سنی ۶/۳۵±۲۶/۱۳ سال بود. میانگین سنی مردان ۶/۴۷±۲۸/۵۵ و زنان ۵/۲۲±۲۳/۷۱ سال بود(۹۸/۲٪) ۴۳۲ نفر سالم و (۱/۸٪) ۸ نفر سابقه بیماری قبلی داشتند. منظور از بیماری در این مطالعه ۳ بیماری شایع (دیابت/ فشار خون/ اختلالات تیروئیدی) بوده است (جدول ۱).

یافته‌ها نشان داد میانگین نمره کل تمایل به فرزند آوری ۵/۶±۳۱/۰۹ در زنان و مردان تمایل بالا به فرندآوری بود. میانگین نمره کل سبک زندگی (۱۳/۵۹±۱۹۷/۵۸) زوجین نیز نشان دهنده وضعیت قابل قبول و متوسط بود. با توجه به میانگین نمره کل سلامت روان ۸/۹۱±۵/۸۵، سلامت روان شرکت کنندگان در سطح خوب بوده است. در حوزه سلامت معنوی نیز میانگین نمره کل شرکت کنندگان (۱۶/۹۲±۹۸/۴۵) در حد متوسط و خیلی نزدیک به حد بالا بود (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک و متغیرهای سبک زندگی سلامت روان و سلامت معنوی

متغیر	تعداد(درصد) یا Mean±SD
سن	
زیر ۲۵ سال	۲۴۳(۵۵/۲)
۲۶ تا ۳۵ سال	۱۵۷(۳۵/۷)
بیش از ۳۵ سال	۴۰(۹/۱)
تحصیلات	
ابتدایی و راهنمایی	۳۰(۶/۸)
دیپلم	۱۰۶(۲۴/۱)
دانشگاه	۳۰۴(۶۹/۱)
شغل	
بیکار	۸۲(۱۸/۶)
شاغل	۳۵۴(۸۱/۴)
سابقه بیماری قبلی*	
بلی	۸(۱/۸)
خیر	۴۳۲(۹۸/۲)
بیماری فعلی**	
بیمار	۱۱(۲/۵)
سالم	۴۲۹(۹۷/۵)
تمایل به فرزند آوری	۳۱/۵±۰۹/۶۲
سبک زندگی	
تعلق-علاقه اجتماعی	۲۶/۳±۴۳/۳۲
کنار آمدن	۳۳/۳±۱۳/۸۷
مسئولیت‌پذیری	۲۲/۵±۴۹/۲۳
نیاز به تائید	۲۵/۴±۱۵/۱۸
محتاط بودن	۱۲/۳±۱۹/۰۳
سخت‌گیری	۲۰/۳±۵۰/۰۳
مستحق بودن	۱۶/۳±۳۵/۷
مورد علاقه همه بودن	۸/۲±۶۵/۱

کوشش برای رسیدن به کمال	۱۷/۲±۹۸/۶
ملایمت	۱۴/۲±۷۰/۲۱
نمره کل	۱۹۷/۵۸±۵۹/۱۳
سلامت روانی	
جسمانی سازی	۱/۲±۶۰/۹۵
افسردگی	۲/۳±۱۵/۱۸
اضطراب	۲/۳±۱۰/۴۱
نمره کل	۵/۸±۸۵/۹۱
سلامت معنوی	
سلامت مذهبی	۴۹/۸±۶۸/۷۵
سلامت وجودی	۴۸/۸±۷۸/۹۲
نمره کل	۹۸/۱۶±۴۵/۹۲

[*]از ۸ نفر بیماران ۳ نفر سابقه بیماری دیابت، ۲ نفر هایپرتنشن، ۳ نفر تیروئید، [**] از ۱۱نفر بیمار فعلی ٦ نفر دیابت، ۳ نفر هایپرتنشن و ۲ نفر تیروئید داشتند. نحوه امتیاز بندی متغیرهای اصلی: زندگی: دامنه نمره بین ٦۲ تا ۳۱۰ است و هرچه نمره بیشتر باشد نشانه سبک زندگی بهتر است. گرایش به فرزندآوری: کمتر از ۱۳ (گرایش بسیار کم یا عدم گرایش)، ۱۹-۱٤ (گرایش کم)، ۲۵-۲۰ (گرایش متوسط)، ۳۱-۲٦ (گرایش زیاد)، بالاتر از ۳۲ (گرایش بسیار زیاد). سلامت معنوی: پایین (٤۰-۲۰)، متوسط (۹۹-٤۱)، بالا (۱۲۰-۱۰۰). سلامت روانی: نقطه برش علائم: ٤≥ در افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی، نقطه برش نمره کل: ≥۱۰

در تحلیل تک‌متغیره، مولفه‌های سبک زندگی مانند تعلق-علاقه اجتماعی (B=۰/۳۹ ،p<۰/۰۰۱)، کنار آمدن (B=۰/۴۹ ،p<۰/۰۰۱)، سخت‌گیری (B=۰/۲۵ ،p<۰/۰۰۱) و کوشش برای رسیدن به کمال (B=۰/۶۷ ،p<۰/۰۰۱)، ارتباط مثبت و معنی‌داری با تمایل به فرزندآوری داشتند، در حالی که مولفه‌هایی مانند محتاط بودن (B=-۰/۶۴ ،p<۰/۰۰۱)، مسئولیت‌پذیری (B=-۰/۲۲ ،p<۰/۰۰۱)، و مورد علاقه همه بودن (B=-۰/۳۴ ،p=۰/۰۰۷)، ارتباط منفی نشان دادند. در حوزه سلامت معنوی، هر دو مولفه سلامت مذهبی (B=۰/۵۹ ،p<۰/۰۰۱)، و سلامت وجودی (B=۰/۵۹ ،p<۰/۰۰۱)، ارتباط مثبت و قوی با تمایل به فرزندآوری داشتند. از سوی دیگر، سلامت روانی با مولفه‌هایی مانند جسمانی‌سازی (B=-۰/۳۳ ،p<۰/۰۰۱)، افسردگی (p<۰/۰۰۱، B=-۰/۴۰) و اضطراب (B=-۰/۳۶ ،p<۰/۰۰۱)، ارتباط منفی و معنی‌داری با تمایل به فرزندآوری نشان داد (جدول ۲).

جدول ۲. ارتباط سبک زندگی، سلامت روانی و سلامت معنوی با تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج

متغیر	آنالیز تک متغیره		
	B (SE)	CI%95	p-value
سبک زندگی			
تعلق-علاقه اجتماعی	۰/۳۹ (۰/۰۷)	۰/۵۲ – ۰/۸۱	۰/۰۰۱
کنار آمدن	۰/۴۹ (۰/۰۶)	۰/۳۶ – ۰/۶۲	۰/۰۰۱
نیاز به تائید	۰/۱۰ (۰/۰۶)	-۰/۰۲ – ۰/۲۳	۰/۱۰۴
محتاط بودن	-۰/۶۴ (۰/۰۸)	-۰/۸۱ – -۰/۴۸	۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری	-۰/۲۲ (۰/۰۵)	-۰/۳۳ – -۰/۱۳	۰/۰۰۱
سخت‌گیری	۰/۲۵ (۰/۰۸)	۰/۳۰ – ۰/۶۳	۰/۰۰۱
مستحق بودن	۰/۱۵ (۰/۰۷)	-۰/۳۶ – ۰/۰۸	۰/۰۰۲
موردعلاقه همه بودن	-۰/۳۴ (۰/۱۲)	-۰/۵۹ – -۰/۰۹	۰/۰۰۷
کوشش برای رسیدن به کمال	۰/۶۷ (۰/۰۹)	-۰/۳۱ – ۰/۸۶	۰/۰۰۱
ملایمت	۰/۰۴ (۰/۰۲)	-۰/۳۱ – ۰/۱۶	۰/۵۱۷

نمره کل	۰/۰۴ (۰/۰۲)	۰/۰۰ – ۰/۰۸	۰/۰۲۶
سلامت معنوی			
سلامت مذهبی	۰/۵۹ (۰/۰۲)	۰/۳۳ – ۰/۴۳	۰/۰۰۱
سلامت وجودی	۰/۵۹ (۰/۰۲)	۰/۳۲ – ۰/۴۱	۰/۰۰۱
نمره کل	۰/۳۰ (۰/۰۱)	۰/۱۷ – ۰/۲۲	۰/۰۰۱
سلامت روان			
جسمانی سازی	-۰/۳۳ (۰/۰۸)	-۰/۸۰ – -۰/۴۶	۰/۰۰۱
افسردگی	-۰/۴۰ (۰/۰۷)	-۰/۸۷ – -۰/۵۶	۰/۰۰۱
اضطراب	-۰/۳۶ (۰/۰۷)	-۰/۷۴ – -۰/۴۶	۰/۰۰۱
نمره کل	-۰/۳۹ (۰/۰۲)	-۰/۳۰ – -۰/۱۹	۰/۰۰۱

آزمون رگرسیون خطی (p<۰/۰۵)

در تحلیل چندمتغیره، تنها سلامت معنوی (p<۰/۰۰۱، B=۰/۵۲)، سن (p=۰/۰۱۴، B=-۰/۱۰) و تحصیلات (p=۰/۰۴۹، B=-۰/۰۷) ارتباط معنی‌دار خود را حفظ کردند، در حالی که تأثیر سبک زندگی (p=۰/۴۲۰، B=۰/۰۳) و سلامت روان (p=۰/۰۸۹، B=-۰/۰۷) و از نظر آماری معنی‌دار نبود. به ازای هر یک نمره بهبود سلامت معنوی تمایل به فرزند آوری ۰/۵ بیشتر می‌شود (B=۰/۵). همچنین جنسیت (p=۰/۱۸۴، B=-۰/۰۵) تأثیر معنی‌داری در مدل نهایی نداشتند (جدول ۳).

جدول ۳. بررسی ارتباط سبک زندگی، سلامت روانی و سلامت معنوی با تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج در حضور متغیرها در مطالعه در تحلیل تک و چند متغیره رگرسیونی

متغیر	آنالیز تک متغیره			آنالیز چند متغیره		
	B(SE)	CI%95	p-value	B(SE)	CI%95	p-value
سبک زندگی	۰/۰۴(۰/۰۲)	۰/۰۰ تا ۰/۰۸	۰/۰۲۶	۰/۰۳(۰/۰۱)	-۰/۰۲ تا ۰/۰۴	۰/۴۲۰
سلامت معنوی	۰/۳۰(۰/۰۱)	۰/۱۷ تا ۰/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲(۰/۰۱)	۰/۱۴ تا ۰/۲۰	۰/۰۰۱
سلامت روان	-۰/۳۹(۰/۰۲)	-۰/۳۰ تا -۰/۱۹	۰/۰۰۱	-۰/۰۷(۰/۰۲)	-۰/۱۰ تا ۰/۰۱	۰/۰۸۹
جنسیت(زن/مرد)	-۰/۱۴(۰/۵۳)	-۱/۱۰ تا -۰/۹۱	۰/۷۹۳	-۰/۰۵(۰/۴۲)	-۱/۴۶ تا ۰/۴۷	۰/۱۸۴
سن	-۰/۲۳(۰/۰۴)	-۰/۲۹ تا -۰/۱۳	۰/۰۰۱	-۰/۱۰(۰/۰۳)	-۰/۰۱ تا ۰/۰۲	۰/۰۱۴
تحصیلات (زیر دیپلم/ دیپلم/دانشگاهی)	-۱/۷۶(۰/۴۳)	-۲/۶۱ تا -۰/۹۱	۰/۰۰۱	-۰/۰۷(۰/۳۶)	-۱/۵۴ تا -۰/۱۰	۰/۰۴۹

آزمون رگرسیون خطی و چند متغیره (p<۰/۰۵)

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی، سن و تحصیلات سه عامل کلیدی و معنی‌دار در پیش‌بینی تمایل به فرزندآوری در زوجین در شرف ازدواج هستند. سلامت معنوی بیشترین ارتباط مثبت را با این تمایل داشت، در حالی که سن و میزان تحصیلات با کاهش تمایل به فرزندآوری مرتبط بودند. در راستای این نتایج مطالعات نیز تأیید کردند که سطح بالاتر سلامت معنوی با تمایل بیشتر به فرزندآوری مرتبط است (۳۴و۳۳). این هم‌راستایی ممکن است ناشی از نقشی باشد که معنویت در افزایش امید، تاب‌آوری و آمادگی روانی برای پذیرش مسئولیت‌های والدینی ایفا می‌کند (۳۶و۳۵). به علاوه در بافت فرهنگی ایران، جایگاه ویژه مذهب و معنویت می‌تواند این رابطه را تقویت کند. هرچند برخی مطالعات دیگر در مورد مذهب و دینداری نتایج متناقضی گزارش کرده‌اند (۱۸و۱۷). این تفاوت احتمالاً به دلیل استفاده ابزار متفاوت در مطالعات باشد.

از یافته‌های دیگر این پژوهش، تأثیر منفی سن و تحصیلات بر تمایل به فرزندآوری بود؛ موضوعی که در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است (۳۷و۱۷). افزایش سن، نگرانی درباره باروری، سلامت کودک، و تمایل به دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی و شغلی از دلایل تعویق فرزندآوری در زنان محسوب می‌شوند (۳۸). کاهش آزادی‌های فردی، فشارهای کاری، تغییرات جسمی و ناتوانی در مدیریت چند نقش، می‌تواند عوامل مهمی در کاهش تمایل به فرزندآوری محسوب شوند.

در این مطالعه، سبک زندگی و سلامت روانی اگرچه در تحلیل تک‌متغیره معنی‌دار بودند، اما در مدل چندمتغیره این معنی‌داری را از دست دادند. در بافت فرهنگی ایران، مذهب و سلامت معنوی ممکن است نقش پررنگ‌تری نسبت به سایر متغیرها داشته باشند که می‌تواند دلیل عدم معنی‌داری سبک زندگی و سلامت روانی در مدل چندمتغیره باشد. به علاوه این عدم معنی‌داری ممکن است به دلیل نقش واسطه‌ای سلامت معنوی باشد. به‌عبارت دیگر، افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند، به‌طور غیرمستقیم از سلامت روانی بهتری نیز بهره‌مند می‌شوند، که آن‌ها را در برابر فشارهای روانی آمادگی بیشتری برای فرزندآوری می‌دهد. بی‌تأثیری جنسیت در مدل نهایی نیز می‌تواند نشان‌دهنده مشارکت برابر زوجین در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با فرزندآوری در جامعه امروز ایران باشد.

در راستای نتایج این تحقیق در مورد متغیر سبک زندگی، برخی مطالعات نشان دادند، ارزش‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی زوجین، مانند علاقه، تعلق اجتماعی و کوشش برای رسیدن به کمال، بر تمایل به فرزندآوری تأثیر مثبت دارند (۲۳). در مقابل، ویژگی‌هایی مانند مسئولیت‌گریزی، راحت‌طلبی و محتاط بودن، فرزندآوری را به عنوان یک ارزش منفی تلقی می‌کنند (۴۰و۳۹). همچنین مطالعات نشان دادند اضطراب، افسردگی و استرس می‌توانند مانعی برای والدگری باشند (۱۷). ترس از مسئولیت‌های مادری، تعارض هویت شخصی و نگرانی از تغییرات جسمی–روانی، تمایل به فرزندآوری را کاهش می‌دهد. فشارهای اجتماعی و فرهنگی برای موفقیت شغلی و تحصیلی قبل از مادر شدن نیز این تأثیر منفی را تشدید می‌کند (۴۱).

یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای برای افزایش تمایل به فرزندآوری در زوجین جوان باشد. تقویت سلامت معنوی از طریق برنامه‌های معنویت‌محور، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی نگرش‌ها نسبت به فرزندآوری، می‌تواند در افزایش این تمایل مؤثر باشد. همچنین، با توجه به تأثیر منفی سن و تحصیلات، سیاست‌های حمایتی از زوجین جوان مانند تسهیلات مالی، حمایت تحصیلی و شغلی، می‌تواند به کاهش تأخیر در فرزندآوری کمک کند. این مطالعه با برخی محدودیت‌ها همراه بود، از جمله نمونه‌گیری به روش در دسترس، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی و طراحی مقطعی که امکان استنباط علیتی را محدود می‌کند. برای مطالعات آینده، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های طولی با نمونه‌گیری تصادفی و بررسی نمونه‌های بزرگ‌تر از مناطق مختلف جغرافیایی انجام شود.

نتایج این مطالعه نشان داد سلامت معنوی به‌عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده تمایل به فرزندآوری در زوجین بوده، در حالی که افزایش سن و سطح تحصیلات با کاهش این تمایل همراه بودند. مداخلاتی که بر ارتقای سلامت معنوی تمرکز دارند، همراه با حمایت از زوجین جوان، می‌توانند به بهبود نرخ فرزندآوری کمک کنند.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله هیچ گونه تضاد منافعی را گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت حمایت مالی از تحقیق، همچنین از زوجین شرکت کننده در این مطالعه قدردانی می‌گردد.

References

1.Dyer SJ, Patel M. The economic impact of infertility on women in developing countries - a systematic review. Facts Views Vis Obgyn. 2012;4(2):102-9.
2.Howe S, Zulu JM, Boivin J, Gerrits T. The social and cultural meanings of infertility for men and women in Zambia: legacy, family and divine intervention. Facts Views Vis Obgyn. 2020;12(3):185-93.
3.Gameiro S, van den Belt-Dusebout AW, Bleiker E, Braat D, van Leeuwen FE, Verhaak CM. Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11-17 years after fertility treatment. Hum Reprod. 2014;29(10):2238-46.
4.Modig K, Talbäck M, Torssander J, Ahlbom A. Payback time? Influence of having children on mortality in old age. J Epidemiol Community Health. 2017;71(5):424-30.
5.Azarbakhsh H, Dehghani SP. The Future of Iran with a Decrease in the Total Fertility Rate. Arch Iran Med. 2025;28(4):255-6.
6.Belachew A, Cherbuin N, Bagheri N, Burns R. A Systematic Review and Meta-analysis of the Socioeconomic, Lifestyle, and Environmental Factors Associated with Healthy Ageing in Low and Lower-Middle-Income Countries. J Popul Ageing. 2024;17(2):365-87.
7.Alizadeh Aghdam MB, Agayari-Hir T, Soltani S, Ansari N. Investigating the Relationship between Religiosity and Media Consumption with Women's fertility Behavior (Case Study: Married Women aged 15-49 in Tabriz). Sociol Cult Art. 2022;4(1):82-100. [In Persian]
8.Esmaelpour Z, Karimi MR, Sarvarzadeh SK. A scientific study of the relationship between leisure and religious lifestyle and attitudes toward childbearing (Case study: 15-49 years old women of reproductive age in Fasa). J Posit Sch Psychol. 2022;6(5):10166-82.
9.Rafiei Moqaddam F, Fathi Ashtiani A. Discovery of the factors inhibiting couples from childbearing in the last decade (A Systematic Review). Women Fam Cult-Educ. 2021;15(53):155-75. [In Persian]
10.Qian Y, Jin Y. Women’s Fertility Autonomy in Urban China: The Role of Couple Dynamics Under the Universal Two-Child Policy. Chin Sociol Rev. 2018;50(3):275-309.
11.Shirdel E, Asadisarvestani K, Hami Kargar F. The abortion trend after the pronatalist turn of population policies in Iran: a systematic review from 2005 to 2022. BMC Public Health. 2024;24:1885.
12.Palomba S, Daolio J, Romeo S, Battaglia FA, Marci R, La Sala GB. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. Reprod Biol Endocrinol. 2018;16(1):113.
13.Hashemzadeh M, Shariati M, Mohammad Nazari A, Keramat A. Childbearing intention and its associated factors: A systematic review. Nurs Open. 2021;8(5):2354-68.
14.Jaberi A, Momennasab M, Yektatalab S, Ebadi A, Cheraghi MA. Spiritual Health: A Concept Analysis. J Relig Health. 2019;58(5):1537-60.
15.Uslu-Sahan F, Ercevik C, Yıldız T, Koc G. Predictors of Fear of Childbirth in Late Pregnancy: Spiritual Well-Being, Religious Attitude and Religious Coping. Spirit Psychol Couns. 2023;8(3):269-86.
16.Rabiepour S, Etesami E. Analyzing the relationship between spiritual well-being and fear of childbirth in pregnant women. Health Spiritual Med Ethics. 2022;9(3):133-44. [In Persian]
17.Omid M, Shahhosseini Z, Hosseinnataj A, Zamaniyan M, Ganji J. Investigating the Factors Related to Desire to Have Children: A Systematic Review. J Mazandaran Univ Med Sci. 2024;34(232):246-59. [In Persian]

18.Amini L, Bakhshi K, Sadeghi Avval Shahr H, Haghani SH. Relationship of accountability and religious orientation with childbearing intention in women referred to comprehensive health centers in Yasouj, Iran. Iran J Nurs. 2022;35(2):178-89. [In Persian]
19.Bagi M. Childlessness and one-child intentions among recently married couples in Iran. Payesh. 2022;21(1):69-79. [In Persian]
20.Margraf J, Lavallee KL, Zhang XC, Woike JK, Schneider S. Mental health and the wish to have a child: a longitudinal, cross-cultural comparison between Germany and China. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2022;43(2):177-89.
21.Safdari-Dehcheshmeh F, Noroozi M, Taleghani F, Memar S. Factors Influencing the Delay in Childbearing: A Narrative Review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2023;28(1):10-9.
22.kaboudi M, Ramezankhani A, Manouchehri H, Hajizadeh E, Haghi M. The decision-making process of childbearing: a qualitative study. Payesh. 2013;12(5):505-15. [In Persian]
23.Hosseini B, Esmaiili M, Farahbakhsh K, Salarifar MH. The pattern of childbearing motivation is based on the lived experiences of families with at least one child. Women Fam Cult-Educ. 2023;18(65):45-68.
24.Rahnama A, Roozbeh N, Salimi Asl A, Kazemi Gerashi Z, Abbaszadeh M, Dabiri F. Factors related to childbearing in Iran: A systematic review. J Prev Med. 2022;9(1):6-17. [In Persian].
25.Modiri F, Tanha F, Gilani N. Socio-economic determinants of childbearing intention and behavior among men in Tehran. Soc Stud Res Iran. 2021;10(4):1123-47. [In Persian]
26.Kordzanganeh J, Mohamadian H. Psychometric assessment of the validity of the Iranian version of the Attitude Toward Fertility and Childbearing Inventory in women without a history of pregnancy in the south of Iran. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2019;17(1):83-94. [In Persian] Available from: http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5737-en.pdf
27.Curlette WL, Kern RM. Uses and interpretations of scores on the BASIS-A Inventory. Individual Psychology: The J Adler Theory Res Pract. 1996;52(2):95-106.
28.Bashiri M, Alizadeh H, Karami A. psychometric characteristics and standardization of basis-a (life style inventory) on 18-40 year old youths. 2007;6(21):69-92. [In Persian] Available from: https://sid.ir/paper/70141/en
29.Franke GH, Jaeger S, Glaesmer H, Barkmann C, Petrowski K, Braehler E. Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. BMC Med Res Methodol. 2017;17(1):14.
30.Shaeiri M. Validity and validity of short versions of the Symptom Checklist (SCL). J Clin Psychol Personal. 2020;18(1):137-62.
31.Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. Complement Ther Clin Pract. 2008;14(2):90-7.
32.Dehshiri Gh, Mousavi SF. An investigation into psychometric properties of persian version of World Health Organization Five Well-Being Index. J Clin Psychol: Res Pract Innovat. 2016;8(2):67-75. [In Persian]
33.Forghani T, Shirin B, Rezaei-Sharif F, Zolfaghari H. Investigation of the Desire to Have Children and its Relationship with Health Literacy and Spiritual Health in Married Women of Fariman City, Iran. J Health Syst Res. 2025;21(1):54-63. [In Persian]

34.Hosaini S, Yazdkhasti M, Moafi Ghafari F, Mohamadi F, Kamran Rad SHR, Mahmoodi Z. The relationships of spiritual health, pregnancy worries and stress and perceived social support with childbirth fear and experience: A path analysis. PLoS One. 2023;18(12):e0294910.
35.Cheng Q, Lu W, Duan Y, Li J, Xie J, Chen Y. Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. Support Care Cancer. 2023;31(4):243.
36.Manning LK. Spirituality as a lived experience: exploring the essence of spirituality for women in late life. Int J Aging Hum Dev. 2012;75(2):95-113.
37.Bagheri A, Saadati M. Modelling childbearing desire: comparison of logistic regression and classification tree approaches. Crescent J Med Biol Sci. 2019;6(4):487-93.
38.Kearney AL, White KM. Examining the psychosocial determinants of women's decisions to delay childbearing. Hum Reprod. 2016;31(8):1776-87.
39.Jalal RN, Hajimiri K, Hashemiparast M. Exploring the determinants of childbearing decision-making among women and men of reproductive age: A qualitative study. Hayat. 2023;29(3):260-80. [In Persian]
40.Mirabi S, Mirzaei H, Hassani Darmian GR. A phenomenological study on Married Women awareness of Childbearing. J Appl Sociol. 2020;31(3):1-20. [In Persian]
41.Slosar HK. The influence of psychological forces on childbearing delay in women nearing the end of fecundity [Thesis]. Alliant International University, San Diego; 2003.