



## Studying the Impact of the COVID-19 Health Crisis on Women's Fertility Intentions in Shirvan city (North Khorasan)

Zahra Sadat<sup>1\*</sup> ; Ahmad Ghyasvand<sup>2</sup>

1. Master's student, Department of Sociology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: [zhr.sdt.75spring@gmail.com](mailto:zhr.sdt.75spring@gmail.com)

2. Associate Professor, Department of Sociology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: [ah.ghyasvand@gmail.com](mailto:ah.ghyasvand@gmail.com)

**Received:** 31 January 2025; **Revised:** 02 March 2025; **Accepted:** 05 June 2025; **Published:** 23 September 2025

### Abstract

**Purpose:** The present study was conducted using a survey method to investigate the impact of the COVID-19 health crisis on the fertility intentions of married women of reproductive age in Shirvan city.

**Methodology:** This study examines the effects of the Covid-19 crisis on women's reproductive intentions using the theories of risk aversion, rational choice, risk society, and McDonald's gender equality theory.

**Findings:** This study shows that the impact of the Covid-19 crisis on socio-economic and demographic mediating factors affecting reproductive intention leads to changes in women's reproductive intention.

**Research limitations /Implications:** The results show that half of the married women in Shirvan city delayed their fertility until better conditions were created during the Corona crisis. Using the Chi-square and Cramer's V tests, there was a statistically significant relationship between the variables of age group, employment status, education, number of children, access to health centers, feeling of economic insecurity, and perception of gender equality with fertility intention. While there was no statistically significant relationship between fertility intention and the variables of the prevalence of Covid-19 in the family and feeling of social fear

**Keywords:** Intention fertility: health crisis': COVID-19': fertility delay: fertility'

---

**Cite this Paper:** Sadat'Z & Ghyasvand'A .(2025). Studying the Impact of the COVID-19 Health Crisis on Women's Fertility Intentions in Shirvan city (North Khorasan). *Governance of Population and Family*, 2(5), 57–75.

---

©(2025) The Authors. *Governance of Population and Family* Published by Imam Hussein University.

This is an Open access article under the CC- BY 4.0 license.(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

---



## بررسی تأثیر بحران بهداشتی کووید-۱۹ بر قصد باروری زنان در شهرستان شیروان (خراسان شمالی)

زهرا سعادت<sup>۱\*</sup>: احمد غیاثوند<sup>۲</sup>

Email: [zhr.sdt.75spring@gmail.com](mailto:zhr.sdt.75spring@gmail.com)

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

Email: [ah.ghyasvand@gmail.com](mailto:ah.ghyasvand@gmail.com)

۲. دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۲ بهمن ۱۴۰۳؛ تاریخ بازنگری: ۱۲ اسفند ۱۴۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۵ خرداد ۱۴۰۴؛ تاریخ انتشار: ۰۱ مهر ۱۴۰۴

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بحران بهداشتی کووید-۱۹ بر قصد باروری زنان همسر در سن باروری شهرستان شیروان به روش پیمایش انجام گرفته است.

**روش پژوهش:** در این پژوهش با استفاده از نظریه‌های اجتناب از خطر، انتخاب عقلانی، جامعه مخاطره‌آمیز و تئوری برابری جنسیتی مک‌دونالد به بررسی اثرات بحران کووید-۱۹ بر قصد باروری زنان پرداخته می‌شود.

**یافته‌ها:** این مطالعه نشان می‌دهد تأثیر بحران کووید-۱۹ بر عوامل میانجی‌گر اقتصادی-اجتماعی و جمعیت‌شناختی مؤثر بر قصد باروری، منجر به تغییر در قصد باروری زنان می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل نشان می‌دهد که نیمی از زنان دارای همسر شهرستان شیروان در بحران کرونا، باروری خود را تا ایجاد شرایط بهتر به تأخیر انداختند. استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر و وی کرامر بین متغیرهای گروه سنی، وضعیت اشتغال، تحصیلات، تعداد فرزندان، دسترسی به مراکز بهداشتی، احساس ناامنی اقتصادی و ادراک برابری جنسیتی رابطه آماری معناداری با قصد باروری نشان می‌دهد. درحالی‌که بین قصد باروری با متغیرهای میزان شیوع بیماری کووید-۱۹ در خانواده و احساس هراس اجتماعی رابطه آماری معناداری وجود نداشته است.

**کلیدواژه‌ها:** روابط جنسی پرخطر، سازمان ملل متحد، جمعیت، سیاست‌گذاری جمعیتی، تحلیل مضمون

## مقدمه و بیان مسئله

بحران بهداشتی کووید-۱۹ در اواخر دسامبر ۲۰۱۹ در شهر وهان استان هوبی، چین شروع شد. از آن زمان به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت. انتشار سریع ویروس منجر به اجرای سریع اقدامات اضطراری ملی باهدف کاهش مبتلایان و کاهش مرگومیر صورت گرفت. این اقدامات شامل اجرای برنامه‌های؛ فاصله‌گذاری اجتماعی، قرنطینه‌های گسترده و محدودیت‌های تردد شد. بحران کرونا در نگاه اول به نظر می‌رسد در ارتباط با امور بهداشت و سلامت جوامع قابل تحلیل باشد اما از آنجا که بستر تعاملات اجتماعی و همچنین برخی آداب و رسوم کنشگران اجتماعی، به‌عنوان زمینه تسهیلگر شیوع و تکثیر این ویروس تشخیص داده شده است، ماهیتی اجتماعی به آن بخشید (اسکندریان، ۱۳۹۹: ۶۶). در مواقعی که جامعه آسیب‌پذیر می‌شود و در شرایط اپیدمی قرار می‌گیرد افراد آسیب‌پذیر جامعه اعم از؛ زنان باردار، افراد کم‌درآمد و خانواده‌هایی که دارای فرزند هستند بیشتر رنج می‌برند. بنابراین بحران کووید-۱۹ پیامدهای گسترده‌ای بر زندگی اجتماعی افراد داشت. برخی از این موارد را می‌توان به‌راحتی در زندگی روزمره مشاهده کرد. با این حال، هرگونه اثر کووید-۱۹ با ما همراه خواهد بود و برای مدتی تأثیراتی در ساختار جمعیت خواهد گذاشت (ویویکو و بدوی، ۲۰۲۰). مطالعات پیشین نشان‌دهنده آن است که به لحاظ تاریخی بحران‌های اقتصادی و سلامت دوره قابل ترجیحی برای تصمیم‌گیری‌های زوجین نیستند (مارتلتو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در رابطه با بحران سلامت شواهد نشان‌دهنده آن است که در طول و بعد از اپیدمی‌ها، باروری به‌شدت کاهش می‌یابد (استون<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). همچنین بحران‌های اقتصادی و به‌طور کلی رکود اقتصادی و از دست دادن شغل، شرایط و جو نامطمئنی را برای برنامه‌ریزی‌های خانواده ایجاد می‌کند.

بررسی مطالعات مختلف در اروپا و ایالات‌متحده نشان دادند که باروری در سال‌های اولیه بحران کووید-۱۹ روند نزولی داشته است به‌طوری‌که با کاهش قابل‌توجه باروری در سال‌های ۲۰۲۰ و ۲۰۲۱ روبرو بودند. همچنین، بیش از یک سوم زنان در ایالات‌متحده و چندین کشور اروپایی برنامه‌ریزی برای باروری را به تعویق انداختن یا ترجیح داشتن فرزند کم‌تر را اتخاذ کردند (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰). بنابراین اگرچه کووید-۱۹ یک بحران با ویژگی‌های خاص خود است؛ اما ممکن است پیامدهای جمعیتی مشابه‌ای با سایر بحران‌ها بر باروری داشته باشد که بررسی آن‌ها توسط محققان جمعیتی حائز اهمیت است. از سوی دیگر در ایران کاهش میزان باروری در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ به مراتب بیشتر از سال‌های قبل بوده است. این امر نشان می‌دهد بحران کووید-۱۹ این روند را تقویت کرده است (فتحی، ۱۴۰۰: ۱۲، ۱۳).

یکی از عوامل موثر بر دگرگونی ساختار سنی جمعیت، سطح باروری است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ نرخ باروری کل ایران ۲,۰۱ فرزند محاسبه شده است. درحالی‌که این شاخص برای سال ۱۳۹۰ برابر با ۱,۸ فرزند محاسبه شده بود (موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۸: ۱۲). بر اساس اطلاعات گزارش «وضعیت نرخ باروری در ایران توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت» سطح باروری از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ رو به افزایش بوده است اما طبق گزارشات مرکز آمار<sup>۴</sup> روند باروری ایران از ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ شاهد نوسانات کاهش و افزایش میزان باروری کل بوده است (فتحی و همکاران، ۱۴۰۱: ۸).

1. Voicu & badoi  
2. Marteleto  
3. Stone

۴. به نقل از الهام فتحی، رئیس گروه آمارهای جمعیت و سلامت، دفتر آمارهای جمعیت، نیروی کار و سرشماری، مرکز آمار ایران

کشور متفاوت است و در بین استان‌ها نیز تفاوت‌هایی وجود دارد. اکثریت قریب به اتفاق استان‌ها در سال ۱۳۹۹ باروری کمتر از سطح جانشینی را تجربه کردند. فقط استان‌های یزد، خوزستان، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان باروری بالاتر از سطح جانشینی داشتند. در سال‌های اخیر استان خراسان شمالی باروری کمتر از سطح جانشینی (یعنی بین ۱,۵ تا ۲,۰۹) را تجربه کرده است (فتحی، ۱۴۰۰: ۱۲، ۱۳). میزان باروری کل برای استان خراسان شمالی در سال‌های ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به ترتیب برابر با ۲,۴۵، ۲,۲۴، ۲,۱۰، ۲,۰۷ و ۲,۰۲ است (فتحی و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۵، ۱۶). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد درحالی‌که میزان باروری کل در ایران در نوسان است، میزان باروری استان خراسان شمالی همچنان روند نزولی داشته و رو به کاهش است.

با توجه به آمار سرشماری ۱۳۹۵ شهرستان شیروان با جمعیت شهری ۸۹۳۴۵، تعداد ۲۶۶۷۲ خانوار و با ۱۷۲۰ ولادت ثبت شده در نقاط شهری، دومین شهر پرجمعیت استان خراسان شمالی است (مرکز آمار، ۱۳۹۵). با توجه به محرومیت استان خراسان شمالی به ویژه شهرستان شیروان به عنوان منطقه محروم، این شهرستان از مراکز و خدمات بهداشتی کافی برخوردار نیست. روند کاهش باروری در این شهرستان همراه بود با شروع بحران کووید-۱۹ از اواخر سال ۱۳۹۸. تأثیرات کووید-۱۹ بر الگوها و رفتار باروری بعید است که هم در داخل و هم در خارج از کشور یکسان باشد. پیش‌بینی می‌شود کشورهایی با درآمد کم و متوسط که محدودیت‌های عرضه و تقاضا مانع دسترسی به خدمات تنظیم خانواده است، با افزایش حاملگی‌های ناخواسته روبرو شود درحالی‌که در محیط‌هایی که زنان کنترل بیشتری بر باروری خود دارند، بیماری کووید-۱۹ می‌تواند تأثیر نزولی بر نرخ باروری<sup>۱</sup> داشته باشد (حداقل در کوتاه مدت) که این روند نزولی می‌تواند ناشی از تعویق باروری در پاسخ به عدم اطمینان از آینده شغلی و اقتصادی در نتیجه رکود اقتصادی و همچنین کاهش تعادل میان کار و زندگی به ویژه برای زنان باشد (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰) در نتیجه بررسی بحران‌های بهداشتی بر رفتار باروری در همه جوامع اعم از توسعه یافته و در حال توسعه حائز اهمیت است. بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر بحران کووید-۱۹ بر رفتار باروری زنان همسردار در سن باروری شهرستان شیروان است. از این رو سؤالات اساسی تحقیق عبارت‌اند از:

- قصد باروری زنان شهرستان شیروان در بازه زمانی بحران کووید-۱۹ چگونه بوده است؟
- بحران کووید-۱۹ تا چه اندازه منجر به تغییر در قصد باروری زنان شهرستان شیروان شده است؟

## چارچوب نظری پژوهش

در بحث از تبیین قصد باروری، در ابتدا عوامل اقتصادی و در ادامه روند تحلیل به عوامل نگرشی معطوف گردید. بکر خانواده را یک واحد تولیدی قلمداد می‌کرد که والدین در مورد فرزند و اینکه چه فایده‌ای می‌تواند داشته باشد؛ فکر می‌کنند (بکر، ۱۹۹۱). تئوری انتخاب عقلانی بیانگر آن است که تعاملات اجتماعی همانند مبادله‌ای است که در آن هر شخص به دنبال کمترین ضرر و زیان و بیشترین سود است، به همین منظور افراد رفتارهایی را اتخاذ می‌کنند که کم هزینه و دارای مزایایی برای آن‌ها باشد (بورديو، ۱۹۳۰: ۱۲). در تئوری انتخاب عقلانی زوجین فرصت‌هایی که با فرزندآوری از دست می‌دهند و فرصت‌هایی که به دست می‌آورند را سبک و سنگین می‌کنند و اگر مزایای فرزندآوری

بیشتر از فرصت‌های ازدست‌رفته مانند تحصیلات، شغل، مسافرت و... باشد، تصمیم به فرزندآوری می‌گیرند (فیوری و همکاران، ۲۰۱۳: ۴). نظریه اجتناب از خطر یک نظریه اقتصادی است که بر مبنای آن، افراد برای تصمیم‌گیری و انجام کاری سود و زیان آن را می‌سنجند، درواقع این نظریه بر پایه انتخاب عقلانی شکل می‌گیرد. از سویی ازدواج و فرزندآوری از مهم‌ترین قصدهای زندگی هرکسی است به طوری که مسئولیت بزرگی بر دوش زن و مرد می‌گذارد. یکی از مسئولیت‌های اصلی در فرزندآوری تأمین مخارج مالی برای حال و آینده فرزندان است که اگر افراد شغل و درآمد باثبات، یا اطمینان از آینده اقتصادی خود نداشته باشند تصمیم به فرزندآوری را متوقف یا به تعویق می‌اندازند. این نظریه از این حیث قابل توجه است که بحران کووید-۱۹ و اعمال قرنطینه‌های خانگی منجر به تعطیلی موقت یا دائم بسیاری از کسب‌وکارها، از دست دادن شغل در اثر تعدیل نیرو و کاهش درآمد شد و بسیاری از افراد مجبور به ترک شغل یا دورکاری شدند و عدم پیش‌بینی دقیق از زمان اتمام اپیدمی باعث ایجاد بی‌اطمینانی در افراد از آینده شغلی و اقتصادی شد. این‌گونه است که بسیاری از افراد تصمیم برای فرزندآوری را تا ایجاد شرایط بهتر به تعویق انداخته یا متوقف می‌کنند. «الیش بک» جامعه مخاطره‌آمیز را جامعه‌ای قلمداد می‌کند که از مخاطرات و بلایای طبیعی مانند سیل و زلزله به سمت مخاطراتی جدید که ساخته‌ی دست انسان است، تغییر می‌کند (به نقل از احمدی، دهقانی، ۱۳۹۴: ۱۰۹). بحران کرونا یک مخاطره از این جنس است که کل دنیا را درگیر کرد و با سیاست‌های اقتصادی، زیستی، اجتماعی و دولتی گره خورد. به دلیل اینکه در جامعه مخاطره‌آمیز پیش‌بینی وقایع جدید که به دست انسان اتفاق می‌افتد، امکانپذیر نیست و این نوع مخاطرات بیشتر از نوع بیماری‌های ساخت‌یافته هستند، باعث ترس بیشتر افراد از آینده می‌شود و این ترس و عدم اطمینان از آینده -علی‌الخصوص آینده اقتصادی- با توجه به نظریه اجتناب از خطر باعث می‌شود که افراد نسبت به تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی مانند ازدواج و فرزندآوری دست به انتخاب عقلانی بزنند و با بررسی شرایط و احتمالات خطر ابتدای بیماری تصمیم به فرزندآوری را به تعویق اندازند یا متوقف کنند. همچنین با توجه به شرایط بحران کووید-۱۹ افراد نسبت به قبل کم‌تر می‌توانند به مراکز بهداشتی مراجعه کنند یکی از دلایل کاهش مراجعات به مراکز بهداشتی، کاهش احتمال خطر ابتلا به بیماری کرونا است. به همین دلیل برای جلوگیری از ابتلا به کرونا و ترس از ایجاد خطر برای خود، همسر و فرزندانشان، ریسک‌پذیری کاهش می‌یابد و از سویی دیگر به دلیل افزایش هزینه‌های مرتبط به بیماری کرونا افراد به دلیل پرهیز از هزینه‌های جانی و مالی که ممکن است در اثر ابتلا به بیماری کرونا به ارمغان آید، ممکن است رفتار باروری خود را به تعویق اندازند یا تصمیم به فرزندآوری را متوقف کنند. به نظر مک دونالد طی قرن بیستم در کشورهای پیشرفته، انقلابی در سطوح برابری جنسیتی در نهادهای فردمحور به وقوع پیوست. این تحول از نقطه‌ای شروع شد که زنان موقعیت فرعی در نهادهایی همچون آموزش رسمی و اشتغال داشتند. سطوح بالای برابری حاصل شده برای زنان به عنوان فرد در ترکیب با سطوح پایین‌تر برابری زنان در نقش‌های همسری یا مادری بدین معنی است که بسیاری از زنان کم‌تر از آنچه که در دوران جوانی خود می‌خواستند فرزند می‌آورند. پیامد آن برای جامعه میزان بسیار پایین‌تر باروری است. در یک زمینه‌ای که برابری جنسیتی در نهادهای خانواده محور پایین است، برابری جنسیتی بالا در نهادهای فرد محور منتهی به باروری بسیار پایین می‌گردد (مک دونالد، ۲۰۰۷: ۲۴). در بحران کووید-۱۹ با قرنطینه خانگی و بیکار شدن قشری از بانوان یا تغییر نوع فعالیت به دورکاری و کار در منزل، به‌مراتب آن تعطیلی مدارس، مهدکودک‌ها و مؤسسات آموزشی و سرگرمی کودکان، بسیاری از وظایف مربوط به نگهداری و تربیت کودکان که به

مؤسسات دولتی و غیردولتی واگذار شده بود مجدداً به وظایف مادران اضافه شد و با وجود نابرابری جنسیتی در نهاد خانواده، نه تنها منجر به ایجاد شرایط بهتر برای زنان نشد بلکه با تعطیلی مؤسسات نگهداری از کودکان و کاهش حمایت والدین در نگهداری از کودکان به دلیل فاصله‌گذاری‌های اجتماعی، بحران کووید-۱۹ بار مضاعفی بر دوش زنان ایجاد کرد. همانطور که تئوری برابری جنسیتی بیان می‌کند، عدم برابری جنسیتی در نهاد خانواده منجر به کاهش رفتار زنان به فرزندآوری، به دلیل افزایش فشارهای ناشی از کار مزدی و کار خانگی می‌شود.

چنانچه تشریح گردید در مطالعه حاضر برای تبیین قصد فرزندآوری زنان از نظریه‌های انتخاب عقلانی، اجتناب از خطر و برابری جنسیتی و برای تبیین تأثیر بحران کووید-۱۹ از نظریه جامعه مخاطره‌آمیز استفاده شده است.

## پیشینه تجربی پژوهش

در زمینه تأثیر بحران کووید-۱۹ بر باروری زنان تحقیقات اندکی در داخل و خارج کشور انجام گرفته است؛ در زیر به برخی از مطالعات انجام شده و مرتبط با حوزه رفتار باروری اشاره می‌گردد:

بنایی و همکاران (۲۰۲۲) بیان کردند اضطراب ناشی از کووید-۱۹ بر رابطه بین مؤلفه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و نیت فرزندآوری تأثیرگذار است. نتایج پژوهش تینگوی چن (۲۰۲۲) نشان داد در پاندمی کرونا قصد باروری زنان کاهش یافت و عوامل مؤثر بر آن، «فشار اقتصادی» و «تضاد بین کار و زندگی» برای زنان در سن باروری، است. افشاری (۲۰۲۲) اشاره می‌کند که نیمی از زنان بعد از همه‌گیری کرونا، باروری خود را به تعویق انداختند و نگرش مثبت به باروری در کرونا بیشتر بین زنان شاغل، بدون فرزند و زنانی که در طول بیماری کرونا در بیمارستان بستری نشده بودند، است. پژوهش فرانچسکا لویی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد در پی همه‌گیری ویروس کرونا برنامه‌های باروری در همه کشورها مورد بازنگری منفی قرار گرفته است اما نه به همان روش گذشته. در آلمان و فرانسه برنامه‌های باروری به‌طور متوسط تغییر کرد، بسیاری هنوز تصمیم به فرزندآوری نگرفته یا به تعویق انداختند. در انگلستان آن‌ها که برنامه‌های باروری خود را رها می‌کنند انتظار تأثیر منفی این بحران بر آینده را دارند و در اسپانیا و فرانسه الگوی روشنی از تجدید نظر در برنامه‌های باروری مشاهده نمی‌شود. بودوی و ویوکو (۲۰۲۰) در پژوهشی بیان کردند، در شرایط بحرانی کاهش بیولوژیکی باروری کمتر اتفاق می‌افتد؛ اما سازوکارهای رفتاری در تصمیم‌گیری زوجین، تأثیر به‌سزایی بر اهداف باروری می‌گذارد. وضعیت اضطراری بهداشت، بحران اقتصادی و فاصله اجتماعی منجر به تعدیل باروری می‌شود، همچنین نقش‌های جنسیتی و ارزش‌های اجتماعی تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ را تعدیل می‌کند. پژوهش تام امری<sup>۱</sup> و جودیت سی کوپس<sup>۲</sup> (۲۰۲۲) نشان داد همه‌گیری کووید-۱۹ باعث کاهش استفاده از آی یو دی و افزایش استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری توسط مردان شده است. شاخص‌ها نشان می‌دهند که در میان‌مدت نیت باروری ممکن است تحت تأثیر همه‌گیری نباشد، اما دسترسی محدود به وسایل پیشگیری از باروری و نیاز به مشاوره پزشک منجر به کاهش نیت باروری کوتاه مدت می‌شود و برنامه‌ریزی کوتاه مدت خانواده را مختل می‌کند. نتایج پژوهش نوشیروانپور (۱۴۰۰) نشان داد کرونا بر ساختار جمعیتی از جمله نرخ باروری تماس بین نسلی تأثیر معناداری دارد. ساسانی‌پور و بی‌بی رازقی نصیرآباد (۱۴۰۰) با تحلیل داده‌های ثانویه بیان کردند تعداد مولید در دو سال اول کرونا در ایران، کاهش چشمگیری داشته است.

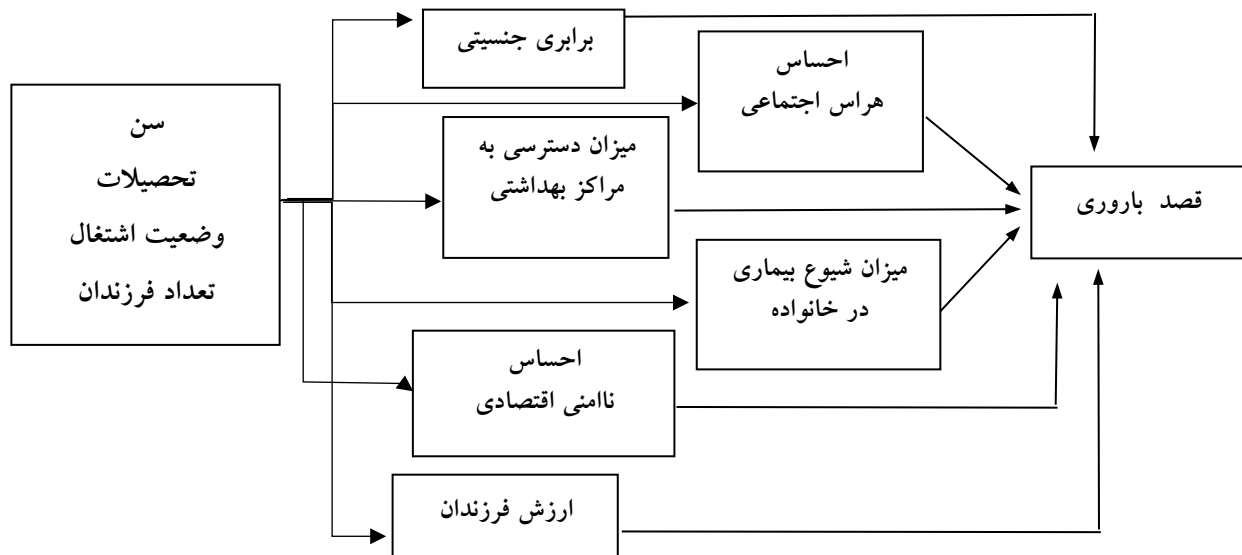
1. Tom Emery

2. Judith C. Koops

مدیری و همکارانش (۱۴۰۰) در بررسی «تعیین کننده‌های اقتصادی - اجتماعی قصد و رفتار فرزندآوری در مردان شهر تهران» بدین نتیجه رسیدند که ویژگی های اقتصادی - اجتماعی مردان با قصد و رفتار باروری رابطه منفی دارد و این یافته منطبق با الگوی باروری مردان در کشورهای در حال توسعه بوده است. دراهکی و نوبخت (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند، احتمال بالا رفتن رفتار فرزندآوری در خانواده‌های با ساختار برابری جنسیتی بیشتر نسبت به ساختار برابری جنسیتی کمتر، ۲،۵ درصد بیشتر است. نتیجه‌گیری این پژوهش نقش مهم و تعیین‌کننده افزایش تمایلات زنان به فرزندآوری را فرهنگ‌سازی و گفتمان‌سازی در جهت افزایش برابری جنسیتی درون خانواده را بیان می‌کند. عباسی شوازی و خانی (۱۳۹۳) بیان کردند رفتار باروری پایین در بین زنان نمونه از یک طرف، و تاثیر معنادار متغیرهای اقتصادی بر رفتار و ایده‌آل باروری از طرف دیگر، اثرگذار است. زنانی که در خانواده‌هایی با ناامنی اقتصادی بالاتر و فاصله بیشتر بین واقعیات و انتظارات اقتصادی خود مواجه هستند، فرزندآوری پایین‌تری را تجربه کرده و فرزندان کمتری را به عنوان ایده‌آل مدنظر قرار می‌دهند. در تحلیلی چندمتغیره تاثیر معنادار متغیرهای ناامنی اقتصادی بر رفتار و ایده‌آل باروری همچنان باقی ماند. برخی از متغیرهای جمعیتی همچون محل سکونت، سن، تحصیلات و مذهب تعدیل‌کننده این روابط بوده‌اند. نتایج این تحقیق با بسیاری از بنیان‌های نظری، به ویژه نظریه اجتناب از خطر همسویی دارد. پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۹) بیانگر آن است فرایند تجزیه و تحلیل منجر به شکل‌گیری دو طبقه شامل عوامل زمینه‌ای و عوامل فردی شد که عوامل زمینه‌ای عبارتند از رفاه و دسترسی، فعالیت‌های اجتماعی، استقلال و اقتدار زن، عوامل قومی-مذهبی، بسته‌های تشویقی دولت، تاثیرپذیری از فضای مجازی و وضعیت بهداشتی جامعه. عوامل فردی عبارتند از تحصیلات، اشتغال، رفتارهای سلامت باروری، خود حمایتی، تمایلات باروری زوجین، رجحان جنسیتی زوجین، دغدغه سلامتی مادر و فرزند و حمایت‌طلبی است. البته برخی از عوامل چون فعالیت اجتماعی و رفتار سلامت باروری را می‌توان در هر دو طبقه اجتماعی و فردی قرار داد. پژوهش مرادی (۱۳۹۶) بیان می‌دارد سیاست‌های جمعیتی مشوق باروری، با گسترش برخی حمایت‌های اجتماعی، مانند: ارتقای امنیت شغلی زنان شاغل، ارتقای کیفیت مراکز نگهداری کودکان، فرهنگ سازی هنجار فرزندآوری، افزایش احساس امنیت اجتماعی و اقتصادی خانوارها می‌تواند رفتار باروری را افزایش دهد. یافته‌ها نشان دادند که با سیاست های تشویقی ساختاری و اقتصادی همچون ارتقای امنیت شغلی زنان شاغل، بهبود کیفیت مهد کودک ها و... می‌توان شاهد افزایش نیت باروری زنان بود. فیوری و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که فقط نیمی از زنان ایتالیایی که دارای یک فرزند هستند، قصد دارند فرزند دوم هم داشته باشند. در واقع بر اساس این پژوهش ناامنی اقتصادی از عوامل موثر بر نیت باروری زنان می‌باشد.

در مجموع، این مطالعات به بررسی دقیق و جامع از چگونگی تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر رفتارهای باروری و نیت فرزندآوری پرداخته‌اند و نشان می‌دهند که چگونه عوامل مختلف، از جمله ناامنی اقتصادی و بحران‌های بهداشتی، می‌توانند بر این تصمیمات تأثیر بگذارند. همه‌گیری کووید-۱۹ و تبعات آن، از جمله فشارهای اقتصادی و تضاد بین کار و زندگی، تأثیر قابل توجهی بر تصمیم‌گیری باروری زوجین دارد. براین اساس؛ اضطراب ناشی از کووید-۱۹ بر نیت فرزندآوری تأثیرگذار بوده و بسیاری از زنان تصمیم به تعویق انداختن باروری خود گرفته‌اند. این تأثیر در میان زنان شاغل، بدون فرزند و آنان که سابقه بستری در بیمارستان داشتند، بیشتر بوده است. همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که در شرایط بحرانی، سازوکارهای رفتاری در تصمیم‌گیری زوجین نقش مهمی در اهداف باروری دارند و وضعیت اضطراری

بهداشتی، بحران اقتصادی و فاصله اجتماعی منجر به تعدیل باروری می‌شود. زنانی که با ناامنی اقتصادی بیشتری مواجه هستند، تمایل کمتری به فرزندآوری دارند. در نهایت، تأکید می‌شود که سیاست‌های جمعیتی مشوق باروری می‌توانند با ارتقای امنیت شغلی زنان شاغل و بهبود کیفیت مراکز نگهداری کودکان، به افزایش نیت باروری کمک کنند. در این پژوهش بر اساس نظریات، انتخاب عقلانی، اجتناب از خطر، جامعه مخاطره‌آمیز و برابری جنسیتی به مدل نظری ذیل دست یافته شد.



شکل ۱: مدل نظری عوامل تاثیرگذار بر قصد باروری

## روش تحقیق و داده‌ها

تحقیق حاضر به «روش، پیمایش» (survey) و از نوع تبیینی صورت گرفته است. جامعه آماری این مطالعه را «کلیه زنان متأهل در سن باروری (۱۵-۴۹ سال) شهرستان شیروان» در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دهد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ تعداد کل زنان در سن باروری شهرستان شیروان، شامل ۴۰۱۲۱ نفر می‌باشد. از طریق فرمول کوکران حجم نمونه تحقیق برابر با ۳۶۰ نفر برآورد گردید و شیوه نمونه‌گیری از نوع «نمونه‌گیری چندمرحله‌ای» (Multi-stage sampling) است، به نحوی که سعی شد ابتدا با کمک گرفتن از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، شهرستان شیروان به سه خوشه تقسیم شود. ملاک تعیین خوشه‌ها بر حسب طبقه‌بندی اجتماعی - اقتصادی شهر بوده است. سپس سه منطقه در شهرستان شیروان به عنوان نماینده هر خوشه، به طور تصادفی انتخاب گردید. در مرحله آخر با انتخاب مناطق مورد نظر، پرسشنامه در اختیار پرسشگران قرار داده شد و جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت. به‌طور دقیق داده‌های پژوهش در بازه زمانی ۳۱-۱ دی ماه سال ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد.

برای تأمین اعتبار و پایایی مفاهیم، نخست از طریق مصاحبه با خبرگان، اعتبار صوری متغیرها بررسی گردید. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، مفاهیم تحقیق وضعیت مطلوبی را نشان داد. به‌طوری‌که پایایی شیوع کرونا در خانواده برابر با ۰/۸۰، هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۴ و ادراک برابری جنسیتی برابر با ۰/۷۸ است. بنابراین مفاهیم تحقیق از اعتبار و پایایی لازم برخوردار هستند. برای تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار spss، از آزمون‌های توصیفی و استنباطی اعم از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر استفاده شد.

## تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

### قصد باروری

تعریف نظری: قصد باروری به تمایل و برنامه‌ریزی فرد یا زوج برای داشتن فرزند در آینده اشاره دارد. این مفهوم شامل عوامل مختلفی مانند نگرش‌ها، تمایلات و شرایط اجتماعی-اقتصادی است که بر تصمیم به فرزندآوری تأثیر می‌گذارد. تعریف عملیاتی: برای سنجش قصد باروری زنان در بحران کووید-۱۹، چهار وضعیت مشخص و مورد سنجش قرار گرفت که عبارتند از: (۱) تأخیر در بارداری، (۲) بی‌تصمیم در قبال بارداری، (۳) تداوم بارداری و (۴) فرصت بارداری.

### ادراک برابری جنسیتی

تعریف نظری: به عبارت دیگر، برابری جنسیتی شامل فرصت‌های برابر میان مردان و زنان برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سیاسی و اقتصادی در سطح خانواده، محلی و ملی، حقوق برابر در اشتغال و همچنین برابری در میزان دسترسی به خدمات اجتماعی مانند آموزش و پرورش و بهداشت است (کیریتی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳: ۲۳۲). تعریف عملیاتی: در این پژوهش ادراک برابری جنسیتی، به معنای این است که زن و مرد از درک متقابل و همکاری لازم جهت تقسیم وظایف منزل و رسیدگی به امور فرزندان برخوردار باشند. بدین منظور برای سنجش ادراک برابری با هفت گویه میزان کمک همسران در کارهای منزل از زنان پرسیده شد.

### هراس اجتماعی

تعریف نظری: از دیدگاه استرنگ، بحران ممکن است شامل سه نوع همه‌گیری روانی-اجتماعی شود: ۱. همه‌گیری ترس، ۲. همه‌گیری تفسیر و اخلاقیات، ۳. همه‌گیری عمل یا اقدام پیشنهادی. از این رو هر جامعه‌ای که دچار بحران روانشناسی همه‌گیر شود ممکن است همزمان موج‌هایی از هراس فردی و اجتماعی را تجربه کند، در مرحله اول با ظهور بیماری و ویروس، همه‌گیری جدید ظهور می‌کند و در اولین واکنش همواره هراس اجتماعی رخ می‌دهد. در گام دوم اخلاق در معرض تهدید قرار می‌گیرد. این حکم بر ناکامی‌های بشر تأکید دارد که داوری الهی را به تدریج با محاسبه اشتباه سیاسی جایگزین می‌کند. از منظر جامعه‌شناختی، آنچه در مورد این همه‌گیری ترس، توضیح و عمل جالب توجه است، این است که آن‌ها ظرفیت بالقوه‌ای برای آلوده کردن تقریباً همه افراد جامعه دارند (مرادی، ۱۳۹۹: ۱۲۷). تعریف عملیاتی: برای سنجش میزان هراس اجتماعی، پنج گویه با مضامین؛ دوری از مهمانی یا دورهمی‌ها، میزان حضور در اجتماعات شلوغ و پر ازدحام، رعایت نکات بهداشتی، نگرانی از مبتلا شدن به بیماری و به تعویق انداختن کارها در صورت ممکن، در نظر گرفته شد و نظرات افراد مورد سنجش قرار گرفت.

### دسترسی به مراکز بهداشتی

تعریف نظری: دسترسی به مراکز بهداشتی به توانایی افراد برای بهره‌مندی از خدمات بهداشتی مورد نیازشان اشاره دارد. این دسترسی می‌تواند شامل عوامل مختلفی، از جمله موقعیت جغرافیایی، دسترسی مالی، و کیفیت خدمات ارائه شده است.

تعریف عملیاتی: برای سنجش دسترسی به مراکز بهداشتی، چهار گویه با مضامین؛ مراجعه به مراکز بهداشتی، شیوه مراجعه به مراکز، وضعیت بهداشتی در مراکز و ازدیام و شلوغی مراکز در دوران کرونا، در نظر گرفته شد و متغیر دسترسی به مراکز بهداشتی مورد سنجش قرار گرفت.

### میزان شیوع کرونا در خانواده

تعریف نظری: به میزان درگیری اعضای خانواده به بیماری کرونا گفته می‌شود. تعریف عملیاتی: با توجه به شیوع دو ساله کرونا در سطح جامعه و بین اعضای خانواده، از زنان مورد مطالعه پرسیده شد که هر یک از اعضای خانواده چندبار و به چه میزان درگیر بیماری کرونا شدند؟ در نهایت گویه‌های مربوط به شیوع بیماری کرونا در خانواده ترکیب و مقیاس شیوع بیماری کرونا ساخته شد.

### احساس ناامنی اقتصادی

تعریف نظری: احساس ناامنی اقتصادی به دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی اشاره دارد که افراد در مورد وضعیت مالی خود و توانایی‌شان برای پاسخگویی به نیازهای اساسی مانند مسکن، غذا، و بهداشت دارند. این احساس می‌تواند ناشی از عدم ثبات شغلی، تورم، یا تغییرات اقتصادی باشد که بر توانایی فرد برای برنامه‌ریزی مالی آینده تأثیر می‌گذارد. تعریف عملیاتی: با توجه به تأثیر شیوع کرونا بر اوضاع اقتصادی جامعه، از طریق سه گویه؛ توانایی در تأمین مخارج زندگی، میزان نگرانی از آینده اقتصادی و میزان کاهش درآمد در بحران کووید-۱۹، به سنجش میزان احساس ناامنی اقتصادی خانواده پرداخته شد.

### الف) تحلیل تک متغیره داده‌ها

#### ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

توصیف آماری ویژگی‌های فردی، افراد نمونه نشان می‌دهد که میانگین سن زنان مورد مطالعه در شهر شیروان، ۲۸ است. برحسب تحصیلات ۶۲ درصد افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم، ۲۵ درصد دیپلم و ۱۳ درصد زیر دیپلم، بودند. همچنین بر اساس وضعیت اشتغال، ۵۴ درصد از پاسخگویان خانه‌دار، ۳۰ درصد شاغل و به ترتیب ۹ و ۷ درصد دانشجو و در جستجوی کار بودند. در بین زنان نمونه ۴۲ درصد دارای یک فرزند، ۳۷ درصد بدون فرزند، ۱۷ درصد دارای دو فرزند و ۴ درصد از پاسخگویان دارای سه فرزند و بیشتر بودند.

#### وضعیت قصد باروری زنان در بحران کووید-۱۹

چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد، یک سوم زنان نمونه تحقیق، سعی کردند قصد باروری‌شان را در دوره بحران کرونا به تأخیر بیندازند (۳۲ درصد)، در مقابل کمتر از ۶ درصد اذعان داشتند که کووید-۱۹، فرصت مناسبی بود برای اینکه باردار شوند. همچنین حدود یک سوم بدون تأثیرپذیری از شرایط کرونا به قصد باروری خود ادامه دادند (۳۲ درصد). بنابراین نتیجه می‌گیریم، بحران کووید-۱۹، منجر به کاهش قصد باروری شد (۳۲ درصد تاخیر در برابر ۶ درصد فرصت مناسب).

جدول ۱: توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت قصد باروری زنان در بحران کووید-۱۹

| وضعیت   | فراوانی | درصد |
|---|---------|------|
| تصمیم گرفتم؛ به دنیا آوردن فرزند را تا ایجاد شرایط بهتر به تأخیر بیندازم. (تأخیر بارداری) | ۱۱۵     | ۳۲   |
| تأثیری نداشته است؛ من هرگز قصد نداشتم باردار شوم. (بی تصمیم در قبال بارداری)              | ۱۰۷     | ۲۹   |
| تأثیری نداشته است؛ من فرزند خود را به دنیا آورده یا قصد دارم باردار شوم. (تداوم بارداری)  | ۱۱۷     | ۳۲   |
| کرونا فرصت مناسبی بود برای اینکه باردار شوم. (فرصت بارداری)                               | ۲۱      | ۶    |
| کل  | ۳۶۰     | ۱۰۰  |

#### ادراک برابری جنسیتی در نهاد خانواده

نتایج آزمون توصیفی این متغیر نشان می‌دهد، ۵۷٪ از همسران زنان برابری جنسیتی متوسطی در نهاد خانواده ادراک می‌کنند و در مقابل ۳۴٪ برابری جنسیتی پایین و فقط ۹٪ برابری جنسیتی بالا را ادراک می‌کنند.

#### هراس اجتماعی

نتایج آزمون توصیفی این متغیر نشان می‌دهد، ۵۴٪ از پاسخگویان فاصله‌گذاری‌های اجتماعی در دوران کرونا متوسط رعایت می‌کردند، ۳۴٪ از پاسخگویان زیاد و ۱۲٪ از پاسخگویان به ترتیب زیاد و کم فاصله‌گذاری اجتماعی را رعایت کردند.

#### دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی

نتایج آزمون توصیفی این متغیر نشان می‌دهد، ۴۲٪ زنان در زمان بحران کرونا دسترسی مناسبی به مراکز بهداشتی و درمانی منطقه نداشتند، ۵۵٪ در سطح متوسط و در مقابل ۳٪ از زنان در سطح مطلوب بدان اشاره کردند.

#### شیوع بیماری کرونا در خانواده

نتایج آزمون توصیفی این متغیر نشان می‌دهد، میزان شیوع بیماری کرونا در خانواده پاسخگویان ضعیف، متوسط و شدید به ترتیب ۵۳٪، ۴۲٪ و ۵٪ بوده است.

#### احساس ناامنی اقتصادی

نتایج آزمون توصیفی این متغیر نشان می‌دهد، ۷۳٪ از پاسخگویان احساس ناامنی اقتصادی بالایی را تجربه می‌کردند، ۱۴٪ از پاسخگویان احساس متوسط و ۱۳٪ احساس ناامنی اقتصادی کمی را تجربه کردند.

### ب) تحلیل دو متغیره داده‌ها

#### رابطه آماری بین گروه سنی با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که میان دو متغیر گروه سنی با رفتار باروری زنان رابطه آماری معناداری وجود دارد و با فاصله اطمینان ۹۹ درصد قابل تعمیم به کل زنان شهرستان شیروان است. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد، ۵۹ درصد از زنان زیر ۲۰ سال رفتار باروری خود را تداوم دادند، ۹ درصد رفتار باروری خود را به تأخیر انداختند، ۴۳ درصد از زنان ۲۷ تا ۳۳ ساله رفتار باروری خود را به تأخیر انداختند؛ ۴۵ درصد از زنان ۴۳ ساله و بیشتر، هرگز تصمیم به باروری نداشتند. بنابراین ملاحظه می‌شود زنان زیر ۲۰ سال کمتر نگران بحران کرونا بودند و رفتار باروری خود را ادامه دادند؛ درحالی‌که سایر گروه‌های سنی، رفتار باروری را تا ایجاد شرایط بهتر به تأخیر انداختند.

جدول ۱: وضعیت رفتار باروری برحسب گروه‌های سنی

| گروه سنی / باروری  | تأخیر | بی‌تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|--|-------|----------|-------|------|-----|
| زیر ۲۰ سال   | ۹     | ۲۸       | ۵۹    | ۴    | ۱۰۰ |
| ۲۰ تا ۲۶ ساله  | ۳۱    | ۳۲       | ۳۳    | ۴    | ۱۰۰ |
| ۲۷ تا ۳۳ ساله  | ۴۳    | ۲۱       | ۳۲    | ۴    | ۱۰۰ |
| ۳۴ سال و بیشتر   | ۱۷    | ۴۵       | ۲۴    | ۱۴   | ۱۰۰ |
| سطح معناداری: ۰/۰۰۰<br>وی کرامر: ۰/۱۸۷<br>کای اسکوئر: ۳۷/۹ |       |          |       |      |     |

### رابطه آماری وضعیت اشتغال با رفتار باروری

یافته‌های حاصل از آزمون‌های کای اسکوئر و وی کرامر رابطه دو متغیر وضعیت اشتغال و رفتار باروری را معنادار نشان می‌دهد و با سطح اطمینان ۹۹ درصد قابل‌تعمیم است. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد زنان شاغل و در جستجوی کار به ترتیب ۳۶ و ۳۴ درصد رفتار باروری خود را به تأخیر انداختند؛ درحالی‌که ۴۰ درصد زنان خانه‌دار رفتار باروری‌شان تداوم داشته است. در واقع ملاحظه می‌شود زنان شاغل به دلیل چالش‌های شغلی، رفتار باروری خود را تا فراهم آمدن شرایط بهتر به تأخیر انداخته‌اند. بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌گردد.

جدول ۲: وضعیت رفتار باروری برحسب وضعیت اشتغال

| اشتغال/باروری  | تأخیر | بی‌تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|--|-------|----------|-------|------|-----|
| شاغل   | ۳۶    | ۳۱       | ۲۶    | ۷    | ۱۰۰ |
| در جستجو کار   | ۳۴    | ۳۱       | ۲۷    | ۸    | ۱۰۰ |
| دانشجو   | ۲۹    | ۵۸       | ۱۰    | ۳    | ۱۰۰ |
| خانه‌دار   | ۳۰    | ۲۴       | ۴۰    | ۶    | ۱۰۰ |
| سطح معناداری: ۰/۰۰۸<br>وی کرامر: ۰/۱۴۳<br>کای اسکوئر: ۲۲/۲ |       |          |       |      |     |

### رابطه آماری تحصیلات با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که میان دو متغیر تحصیلات و رفتار باروری رابطه آماری معنادار وجود دارد. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد، ۳۶ درصد از کسانی که دارای تحصیلات بالای دیپلم و ۳۳ درصد زنان دیپلمه، در بحران کرونا بارداری خود را به تأخیر انداختند؛ در مقابل ۳۹ درصد از افرادی که تحصیلات زیر دیپلم داشتند، تدارم در رفتار باروری داشتند. بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۳: وضعیت رفتار باروری برحسب تحصیلات

| تحصیلات / باروری   | تأخیر | بی‌تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|--|-------|----------|-------|------|-----|
| زیر دیپلم  | ۱۱    | ۳۷       | ۳۹    | ۱۳   | ۱۰۰ |
| دیپلم  | ۳۳    | ۳۳       | ۳۱    | ۳    | ۱۰۰ |
| بالای دیپلم  | ۳۶    | ۲۷       | ۳۲    | ۵    | ۱۰۰ |
| سطح معناداری: ۰/۰۲۰<br>وی کرامر: ۰/۱۴۴<br>کای اسکوئر: ۱۴/۹ |       |          |       |      |     |

### رابطه آماری تعداد فرزندان با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که میان دو متغیر تعداد فرزندان و رفتار باروری رابطه آماری معناداری وجود دارد. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد؛ ۴۳ درصد از کسانی که بدون فرزند بودند، رفتار باروری خود را به تأخیر انداختند؛ درحالی‌که ۴۱ درصد از افرادی که یک فرزند داشتند، فرزند دوم خود را در دوران کرونا به دنیا آوردند و ۴۱ درصد از کسانی که دو فرزند داشتند هرگز تصمیم به باروری نداشتند. ملاحظه می‌شود که اکثر زنان باروری بعد از فرزند دوم را متوقف نمودند. بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۴: وضعیت رفتار باروری برحسب تعداد فرزندان

| تعداد فرزندان/ باروری | تأخیر | بی تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|-----------------------|-------|----------|-------|------|-----|
| بدون فرزند            | ۴۳    | ۲۹       | ۲۳    | ۵    | ۱۰۰ |
| یک                    | ۳۰    | ۲۵       | ۴۱    | ۴    | ۱۰۰ |
| دو                    | ۲۰    | ۴۱       | ۲۸    | ۱۱   | ۱۰۰ |
| سه فرزند و بیشتر      | ۸     | ۴۲       | ۵۰    | -    | ۱۰۰ |

سطح معناداری: ۰/۰۰۲  
وی کرامر: ۰/۱۶۹  
کای اسکوئر: ۲۹/۵

### رابطه ادراک برابری جنسیتی با رفتار باروری

استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که بین دو متغیر ادراک برابری جنسیتی با رفتار باروری زنان رابطه آماری معناداری وجود دارد. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد ۴۹ درصد از زنانی که از ادراک برابری جنسیتی پایینی در نهاد خانواده برخوردارند، هرگز تصمیم به باروری نداشتند درحالی‌که به ترتیب ۴۴ و ۴۳ درصد از زنانی که از درک برابری جنسیتی متوسط و بالایی در نهاد خانواده برخوردارند، رفتار باروری خود را تداوم دادند. در واقع زنانی که از برابری جنسیتی متوسط و بالایی در خانواده برخوردار بودند، رفتار باروری خود را تداوم دادند. بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۵: وضعیت رفتار باروری برحسب درک برابری جنسیتی

| ادراک برابری جنسیتی/ باروری | تأخیر | بی تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|-----------------------------|-------|----------|-------|------|-----|
| پایین                       | ۲۱    | ۴۹       | ۲۷    | ۳    | ۱۰۰ |
| متوسط                       | ۲۸    | ۲۰       | ۴۴    | ۸    | ۱۰۰ |
| بالا                        | ۳۳    | ۱۹       | ۴۳    | ۵    | ۱۰۰ |

سطح معناداری: ۰/۰۰۱  
وی کرامر: ۰/۲۲۰  
کای اسکوئر: ۲۲/۰۶

### رابطه آماری هراس اجتماعی با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که سطح معناداری حاصل بیشتر از ۵ درصد می‌باشد (s: 0/876). بنابراین رابطه معناداری بین دو متغیر هراس اجتماعی و رفتار باروری وجود ندارد.

### رابطه دسترسی به مراکز بهداشتی با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که میان دو متغیر مراکز بهداشتی و رفتار باروری رابطه معنادار وجود دارد. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد ۴۰ درصد از زنانی که دسترسی نامطلوبی به مراکز بهداشتی داشتند رفتار باروری خود را به تأخیر انداخته‌اند؛ درحالی‌که ۷۰ درصد از زنانی که دسترسی مطلوبی به مراکز بهداشتی داشتند رفتار باروری خود را تداوم دادند. بنابراین رابطه آماری فوق تأیید می‌شود.

جدول ۶: وضعیت رفتار باروری برحسب دسترسی به مراکز بهداشتی

| دسترسى به مراکز/ بارورى                                    | تأخیر | بی‌تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|--|-------|----------|-------|------|-----|
| نامطلوب  | ۴۰    | ۲۸       | ۲۷    | ۵    | ۱۰۰ |
| متوسط  | ۲۷    | ۳۲       | ۳۵    | ۶    | ۱۰۰ |
| مطلوب  | -     | ۱۰       | ۷۰    | ۲۱   | ۱۰۰ |
| سطح معناداری: ۰/۰۲۲<br>وی کرامر: ۰/۱۴۳<br>کای اسکوئر: ۱۴/۸ |       |          |       |      |     |

### رابطه شیوع بیماری کرونا در خانواده با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که سطح معناداری بیشتر ۵ درصد است (s: 0/089). بنابراین رابطه آماری معناداری بین دو متغیر شیوع کرونا در خانواده و رفتار باروری وجود ندارد.

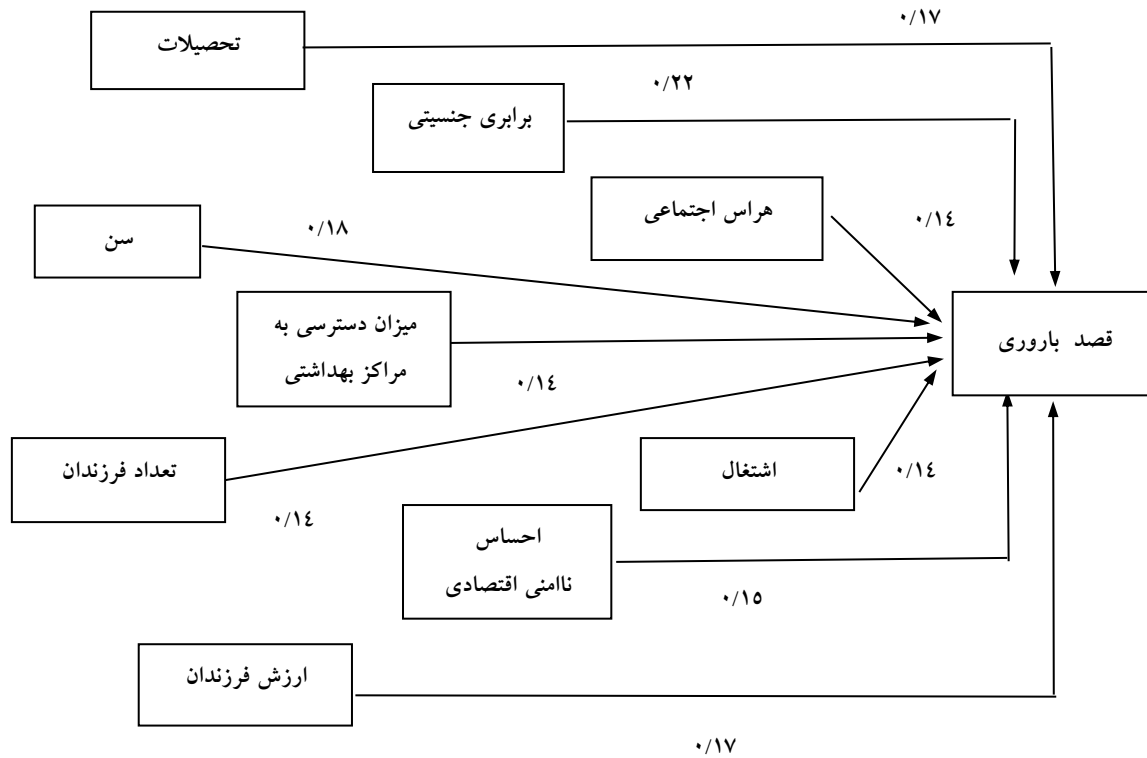
### رابطه آماری احساس ناامنی اقتصادی با رفتار باروری

نتایج استفاده از آزمون کای اسکوئر و وی کرامر حاکی از آن است که میان دو متغیر آینده اقتصادی و رفتار باروری رابطه آماری معنادار وجود دارد. چنانچه ارقام مندرج در جدول زیر نشان می‌دهد؛ ۳۴ درصد از زنانی که در بحران کرونا احساس ناامنی اقتصادی بیشتری کردند، رفتار باروری خود را به تأخیر انداخته و ۳۳ درصد هرگز قصد باروری نداشتند، درحالی‌که ۵۱ درصد از زنانی که احساس ناامنی اقتصادی کمتری داشتند، رفتار باروری خود را تداوم بخشیدند. ملاحظه می‌شود؛ زنانی که احساس ناامنی اقتصادی بیشتری در زندگی داشتند بیشتر تحت تأثیر کرونا رفتار باروری خود را به تأخیر انداختند. بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۲۳: وضعیت رفتار باروری برحسب احساس ناامنی اقتصادی

| نامنى اقتصادى/ بارورى                                      | تأخیر | بی‌تصمیم | تداوم | فرصت | کل  |
|--|-------|----------|-------|------|-----|
| کم   | ۱۹    | ۲۳       | ۵۱    | ۷    | ۱۰۰ |
| متوسط  | ۳۰    | ۱۸       | ۴۲    | ۱۰   | ۱۰۰ |
| زیاد   | ۳۴    | ۳۳       | ۲۸    | ۵    | ۱۰۰ |
| سطح معناداری: ۰/۰۱۵<br>وی کرامر: ۰/۱۵۰<br>کای اسکوئر: ۱۵/۷ |       |          |       |      |     |

در مجموع بررسی روابط آماری بیانگر آن است که ادراک برابری جنسیتی با ضریب ۰/۲۲ و نیز تحصیلات با ضریب ۰/۱۷ بیشترین تأثیر را بر قصد باروری زنان در دوران کرونا داشته است.



شکل ۲: مدل تجربی عوامل تاثیرگذار بر قصد باروری

## بحث و نتیجه گیری

ایران تحولات جمعیت‌شناختی مهمی را در دهه‌های اخیر تجربه کرده است که کاهش باروری یکی از آنهاست. روند باروری ایران شاهد نوسانات افزایشی و کاهش‌ی بوده است. در سال‌های اخیر روند کاهش باروری در سطوح استانی کشور مشاهده شده است. این روند در بین استان‌ها تفاوت دارد. به‌طوری‌که در سال‌های اخیر استان خراسان شمالی باروری کمتر از سطح جانشینی را تجربه کرده است.

در این پژوهش تأثیر بحران کووید-۱۹ بر قصد باروری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج نشان دهنده، تأثیر مثبت و وجود ارتباط بین بحران کووید-۱۹ و قصد باروری بود. نتایج این تحقیق با تغییر قصد باروری زنان در ایران در دوران کووید-۱۹ مواجه شد. چنانچه ۳۲ درصد از زنان مورد مطالعه باروری خود را تا ایجاد شرایط بهتر به تأخیر انداختند، ۳۲ درصد دیگر باروری خود را بدون در نظر گرفتن بحران کرونا تداوم دادند، ۲۹ درصد از زنان هرگز تصمیم به باروری نداشتند (بحران کرونا تأثیری بر تصمیم آنان نداشته است) و فقط ۶ درصد از زنان بحران کرونا را فرصت مناسبی برای باروری برشمردند. این وضعیت به نوعی نشان می‌دهد بحران‌های بهداشتی چون کووید-۱۹ بر قصد باروری زنان دارای همسر، تأثیر منفی (کاهش‌ی) می‌گذارد.

بخش قابل توجهی از تأخیر یا کاهش باروری در بحران کرونا و یا بعد از آن می‌تواند با تئوری‌های مربوط به اجتناب از خطر و بی‌اطمینانی نسبت به آینده شرح داده شود. احساس عدم اطمینان بیشتر باعث می‌شود که زوجین هرگونه سرمایه‌گذاری طولانی مدت را به تعویق بیندازند (ساسانی‌پور، بی‌بی رازقی نصرآباد، ۱۴۰۰: ۱۷-۱۸) در نتیجه بحران کرونا و هر بحران بهداشتی دیگری که ابعاد مختلف زندگی افراد را مختل کند باعث تغییر در قصد باروری می‌گردد.

یافته‌های تکمیلی دیگر در این ارتباط، پیرامون ادراک از برابری جنسیتی در نهاد خانواده نشان داد که ۳۴ درصد از زنان ادراک برابری جنسیتی پایین و ۵۷ درصد متوسط را در خانواده تجربه می‌کنند. این امر نشان دهنده عدم تعادل بین کار و زندگی برای زنان شاغل است که منجر به افزایش بار مسئولیت (خانگی و غیرخانگی) بر آنان می‌گردد. عمده زنان مورد مطالعه شیوع ضعیف بیماری کرونا در خانواده (حدود ۵۳ درصد) را تجربه کردند. همچنین هراس اجتماعی از بحران کووید-۱۹ در میان بیشتر پاسخگویان متوسط رو به بالا و میزان دسترسی به مراکز بهداشتی متوسط روبه‌پایین بوده است. بودوی و ویوکو (۲۰۲۰) و تام امری و سی کوپس (۲۰۲۲) در تحقیقات خود نشان دادند، عوامل اجتماعی و اقتصادی و بهداشتی، تحت تاثیر بحران کووید-۱۹ دستخوش تغییر شدند. این تغییرات منجر به تأخیر در باروری زنان شد. تحت تاثیر بحران کرونا باروری در کوتاه مدت کاهش می‌یابد.

درواقع بحران‌های بهداشتی اعم از کووید-۱۹ با تاثیر بر عوامل زمینه‌ای، باروری را در نیمی از زنان مورد مطالعه به تأخیر انداخته است. بخشی از این کاهش ممکن است، به دلیل تمپو باشد بدیهی است افراد در شرایط بحرانی باروری خود را به تأخیر می‌اندازند. با این حال مطابق شواهد پیشین گلدستاین<sup>۱</sup>، همه موالید تأخیری جبران نمی‌شود و لذا کاهش باروری نسلی متأثر از شرایط مقطعی مورد انتظار خواهد بود (ساسانی‌پور، بی‌بی رازقی نصرآباد، ۱۴۰۰: ۱۴). متخصصین حوزه جمعیت‌شناسی در ابتدای شیوع بیماری کرونا نظراتی، تحت عنوان قرنطینه خانگی، آستی میان کار و خانواده مطرح کردند. طبق این نظرات، کرونا باعث ایجاد فرصت مناسب برای زنانی می‌شود که، تصمیم به فرزندآوری داشتند اما به دلیل مشغله‌های کاری هرگز زمان مناسبی برای اقدام به فرزندآوری پیدا نمی‌کردند بدین ترتیب با شروع قرنطینه خانگی و حضور زوجین در کنار یکدیگر، فرصت مناسبی برای باروری فراهم خواهد شد. اما برخلاف نظر این متخصصین، نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش نشان داد با افزایش فشارهای اقتصادی-اجتماعی ناشی از فاصله‌گذاری اجتماعی، کاهش دسترسی به مراکز بهداشتی و افزایش بار مسئولیت زنان ناشی از کارخانگی، نگهداری از فرزند و کار بیرون در طول قرنطینه خانگی، زنان شاغل رفتار باروری خود را تا ایجاد شرایط بهتر به تأخیر انداختند.

در تاریخ ۲۴ مهر ۱۴۰۰، در مجلس شورای اسلامی ایران، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تصویب شد. درحالی‌که اجرای طرح جوانی جمعیت در بحران کرونا، عملکرد این طرح را تهدید کرد. براین اساس، در این مقاله تأثیر بحران کرونا بر قصد باروری زنان بررسی شد. عواملی که تحت تاثیر بحران بهداشتی کرونا بر قصد باروری زنان اثر می‌گذارند، بررسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با چشم‌پوشی از زنانی که هرگز تصمیم به فرزندآوری نداشتند، قصد باروری نیمی از زنان تحت تاثیر کرونا تغییر یافت به‌طوری‌که تا ایجاد شرایط بهتر، قصد باروری خود را به تأخیر انداختند. همچنین در طول همه‌گیری، فشار اقتصادی به عنوان بزرگترین عامل مؤثر بر قصد باروری زنان مطرح می‌شود درواقع کاهش درآمد ناشی از بحران کووید-۱۹ به عنوان یک عامل مهم، در تأخیر قصد باروری تبدیل شده است (تینگوی چن، ۲۰۲۲: ۱۷). احساس ناامنی اقتصادی در میان زنان دارای همسر منجر به تصمیم‌گیری عقلانی زوجین در مواجهه با تصمیمات مهم زندگی اعم از فرزندآوری می‌شود. با توجه به اینکه فشار اقتصادی یکی از مهمترین عوامل

موثر بر قصد باروری زنان است، بهتر است دولت سیاست‌هایی در خصوص «کاهش فشارهای اقتصادی خانواده» برای جبران مولید تأخیری که طی بحران کرونا اتفاق افتاد، تدوین کند. به مراتب نتایج این پژوهش پیرامون رابطه آماری بین احساس ناامنی اقتصادی و قصد باروری در بحران کرونا همسو با نتایج تینگوی چن (۲۰۲۲)، ساسانی‌پور (۱۴۰۰)، بودوی و ویوکو (۲۰۲۰)، تام امری و سی کوپس (۲۰۲۲) و لویی (۲۰۲۰) است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج ساسانی‌پور (۱۴۰۰) و لویی (۲۰۲۰) از لحاظ رابطه آماری بین ادراک برابری جنسیتی در خانواده با قصد باروری یکسان است. چنانچه با افزایش نابرابری جنسیتی درون خانواده همراه با استرس عمومی ناشی از بحران کرونا، منجر به تغییر قصد باروری می‌شود که این امر همسو با نظریه برابری جنسیتی مک‌دونالد است (ساسانی‌پور و بی‌بی رازقی نصرآبادی، ۱۴۰۰: ۱۸).

طبق نتایج این پژوهش زنان شاغل، دارای سن و تحصیلات بالاتر بیشتر از زنان خانه‌دار، دارای سن و تحصیلات پایین‌تر قصد باروری خود را به تأخیر انداختند و درمقابل زنان خانه‌دار و دارای تحصیلات پایین‌تر قصد باروری خود را تداوم دادند. در بحران‌هایی چون کووید-۱۹ هرچه افراد در طبقه اجتماعی بالاتر و توسعه‌یافته‌تر باشند، تصمیمات مهم زندگی اعم از قصد باروری را تا ایجاد شرایط بهتر به تعویق می‌اندازند و برعکس افرادی که از سطح آگاهی و طبقاتی پایین‌تری برخوردارند بدون تأثیر بحران بر زندگی، قصد باروری خود را تداوم می‌دهند. نتایج حاصل نشان می‌دهد رابطه معناداری بین سطح آگاهی زنان و قصد باروری آنان وجود دارد. درحالی‌که نتایج پژوهش افشاری و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد زنان شاغل، بدون فرزند و کسانی که در طول بیماری کرونا در بیمارستان بستری نشده بودند احتمال بیشتری داشت در طول پاندمی کرونا نگرش مثبتی نسبت به باروری داشته باشند. در مقایسه با آن، نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد؛ ۴۳ درصد از زنان بدون فرزند و ۳۶ درصد از زنان شاغل، باروری خود را به تأخیر انداختند و بین قصد باروری با میزان شیوع کرونا در خانواده رابطه معناداری وجود نداشت.

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که بحران‌های بهداشتی چون کووید-۱۹، تأثیر منفی (کاهش) بر قصد باروری می‌گذارد. بحران کووید-۱۹ منجر به کاهش باروری مقطعی، با به تعویق انداختن قصد باروری زنان تا ایجاد شرایط بهتر، می‌شود. زنانی که هنوز قادر به حل چالش‌های اقتصادی و شغلی خود نیستند، قصد باروری خود را تا بهبود وضعیت به تأخیر می‌اندازند. تضاد بین کار و فرزندآوری در میان زنان شاغل دارای اهمیت است. برای بهبود وضعیت زنان جهت افزایش قصد باروری، ایجاد بستر حمایتی از سوی دولت اعم از خدمات مراقبت از کودکان، حمایت از حقوق شغلی زنان، اضطراب زنان شاغل در مورد فرزندآوری را تا حد زیادی کاهش می‌دهد. طبق نتایج بنایی و همکاران (۲۰۲۲) تأثیر بحران کرونا در زندگی انسان‌ها و پیامدهای دراز مدت آن هنوز نامشخص است. همچنین واکنش مردم به شرایط متغیر مانند بحران کرونا بر باروری آنان تأثیرگذار است. با توجه به تجارب به‌دست آمده از بحران بهداشتی کرونا، بهتر است سیاستگذاران راهبردهایی را برای روشن کردن مزایا و مضرات باروری در طول بحران‌های بهداشتی همچون کووید-۱۹، طراحی کنند تا در مواقع اضطراری از آن راهبردها در جهت مساعدت در قصد باروری زنان استفاده گردد.

بحران کووید-۱۹ نشان داد؛ بحران‌های بهداشتی همچون سایر وقایع و حوادث غیره منتظره در آینده ممکن است بروز دهد و پیامدهای متعدد جمعیتی را ایجاد کند. از این منظر تجربه کووید-۱۹ به عنوان یک هشدار برای آماده شدن بستر اجتماعی و اقتصادی به منظور بهبود وضعیت اقتصادی پایدار باشد. برای اینکه جمعیت‌شناسی بتواند گام مؤثری

برای درک و رفع بحران‌های بهداشتی بردارد، لازم است روی جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها سرمایه‌گذاری کند. بنابراین، تحقیقات جمعیت‌شناختی در این زمینه باید به عنوان پایه آگاهی‌بخشی، برنامه‌ریزی و تحول شناخته شود (ساسانی‌پور، بی‌بی رازقی نصرآباد، ۱۴۰۰: ۲۱).

## پیشنهادات

### کاربردی

- ایجاد مراکز نگهداری از کودک با پروتکل‌های متناسب با بحران‌های بهداشتی برای افزایش میزان رفاه والدین
- فرهنگ‌سازی اجتماعی در راستای برابری جنسیتی در نهاد خانواده جهت کاهش فشار کاری بر دوش زنان شاغل و خانه‌دار.
- ایجاد زیرساخت‌های اقتصادی مناسب جهت بالا بردن احساس امنیت شغلی افراد به‌خصوص در زمان وقوع بحران.
- پیش‌بینی و فراهم کردن امکانات لازم بهداشتی در شهرستان‌های محروم کشور برای جلوگیری از آسیب‌های احتمالی در زمان وقوع بحران.
- تجربه زیسته مادران از آسیب‌های روانی و اجتماعی پشت‌سر بحران کووید-۱۹
- مطالعه میزان باروری‌های ناخواسته و سقط جنین در دوران کووید-۱۹
- بررسی وضعیت بهداشتی و امکانات پزشکی در شهرستان‌های محروم و نیازسنجی امکانات مورد نیاز برای مادران

## References

- Bourdieu, Pierre (1930). Theory of Action (Logical Reasons and Rational Choice), translated by Morteza Mardiha, Tehran, Naqsh-e-Negar Publications.(In Persina)
- Darahaki, Ahmad, and Nobakht, Reza (2019). The effect of gender equality within the family on the childbearing behavior of women in urban areas of Bushehr province, *Women in Development and Politics*, (18)1, 151-172.(In Persina)
- Statistical Yearbook 2019 of the General Civil Registration Office of North Khorasan Province.(In Persina)
- Sasanipour, Mohammad and Bibi Razeghi Nasrabad, Hajiyeh (1400). The impact of the Covid-19 epidemic on the fertility status in Iran, *Population Quarterly*, 28(115), 24-1.(In Persina)
- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, and Khani, Saeed (2014). Economic insecurity and fertility: A case study of married women in Sanandaj city. *Iranian Demographic Association Letters*, 33-71.(In Persina)
- Shawazi, Mohammad Jalal, Razeghi Nasrabad, Hajieh Bibi, Hosseini Chavoshi, Maymant (2019). Socio-economic security and reproductive behavior in Tehran, *Iranian Demographic Association*, Year 15, No. 29, 211-238.(In Persina)
- Fathi, Elham (1400). Fertility trends in Iran, from 1396 to 1399, *Population, Labor and Census Statistics Office*, Statistical Center of Iran.(In Persina)
- Fathi, Elham, Javid, Noor Mohammad, Nasiripour, Mojtaba (1401). Fertility trends in Iran, from 1396 to 1400, *Population, Labor Force and Census Statistics Office*, Statistical Center of Iran.(In Persina)
- Noshirvanpour. (2021). The impact of the consequences of the Corona pandemic (Covid-19) on the demographic structure. *New Research Approaches in Management and Accounting*, 54(5), 72-86.(In Persina)
- Moradi, Ali, Mohammadifar, Nejat (2019). The role of social networks in the formation of social phobia and lifestyle changes caused by the coronavirus (case study of Kermanshah city), *Scientific Journal of Social System*, Year 12, No. 2, pp. 123-148.(In Persina)
- Statistical Center of Iran, 2019.(In Persina)
- Fertility Rate Status in Iran. Comprehensive Report, National Institute of Health Research of the Islamic Republic of Iran, Spring 2019.(In Persina)
- Afshari, P., Abedi, P., & Beheshtinasab, M. (2022). Fertility decision of Iranian women during the COVID-19 pandemic and home quarantine: A cross-sectional study in Iran. *Frontiers in Psychology*, 13, 993122.
- Banaei, M., Kariman, N., Nia, H. S., & Mokhtarian-Gilani, T. (2023). The role of the Coronavirus pandemic on childbearing intentions in Iranian women based on path analysis: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 21(1), 43.
- Chen, T., Hou, P., Wu, T., & Yang, J. (2022). The impacts of the COVID-19 pandemic on fertility intentions of women with childbearing age in China. *Behavioral Sciences*, 12(9), 335.
- Fiori, F., Rinesi, F., Pinnelli, A., and S. Prati (2013) "Economic Insecurity and the Fertility Intentions of Italian Women with One Child", *Population Research and Policy Review* 32(3).
- Kiriti, T., & Tisdell, C. A. (2003). Gender inequality, poverty and human development in Kenya: Main indicators, *trends and limitations*.
- Li, F., Lu, H., Zhang, Q., Li, X., Liu, Q., Yang, Q., & Qiang, L. (2021). Impact of COVID-19 on female fertility: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ open*, 11(2).
- Luppi, F., Arpino, B., Rosina, A. (2020). The impact of COVID-19 on fertility in Italy, Germany, France, Spain, and the United Kingdom. *Demographic Research*, 43, 74, 1399-1410.
- Malina, V., & Delia, B. (2020). Fertility and the COVID-19 crisis: do gender roles really matter?. *European Societies*, 10, 1-16.
- Marteletto, L. J., Guedes, G., Coutinho, R. Z., & Weitzman, A. (2020). Live births and fertility amid the Zika epidemic in Brazil. *Demography*, 57(3), 843-872.
- Stone, J. H., Frigault, M. J., Serling-Boyd, N. J., Fernandes, A. D., Harvey, L., Foulkes, A. S., ... & Mansour, M. K. (2020). Efficacy of tocilizumab in patients hospitalized with Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(24), 2333-2344.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND(UNFPA), 2020.
- Wilson, T., Temple, J., & Charles-Edwards, E. (2021). Will the COVID-19 pandemic affect population ageing in Australia?. *Journal of Population Research*, 1-15.

