ABSTRACT

Predictors of childbearing intention in married couples in southern Iran: Applying the extended theory of planned behavior

Gholamreza Masoudy[1], Zahra Arabborzu[2], Mojtaba Kondori[3*], Masoumeh Rahdar[4], Hosseinali Sotudeh [3], Khadijeh Saravani[5]

1. Public Health Group, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. Statistics and Epidemiology Group, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. Department of Health, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
4. Department of Management, Faculty of Paramedical Sciences, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
5. Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

Received: 27 Decemberr 2024
Accepted for publication: 6 December 2025
[EPub a head of print-6 May 2026]
Payesh: 2026; 25(3): 401- 410

Objective(S): The rate of childbearing has decreased in Iran and other countries, which may cause problems in the country's development. This study investigated the factors related to childbearing in couples in the Sistan region according to the extended theory of planned behaviour**.**

Methods: A study was conducted from August 2023 to August 2024 on couples who had been married for 1 to 13 years, using a randomized cluster sampling method. Data were collected using a standardised questionnaire whose validity and reliability had been confirmed by experts, as well as the Cronbach's alpha test. The data were analysed using descriptive and analytic statistics in SPSS Software Version 22, at a significance level of $P<0.05$.

Results: The mean age of the subjects was 30.12 ± 6.61, and villagers and homeowners had significantly higher childbearing intentions. Couples obtained a total score of 58.7%, 63.01%, 58.85%, 70.55%, 70.83%, and 74.2% on the scales of attitude, subjective norms, perceived behavioural control, behavioural intention, moral norm, and self-identity, respectively. Results showed that the studied constructs had a statistically significant relationship with childbearing intention at the 0.01 level. In addition, based on the linear regression test, the constructs of subjective norms, moral norms, and perceived self-identity predicted 0.347% of the variance in the intention to have children ($P < 0.001$).

Conclusion: The extended theory of planned behavior serves as an appropriate framework for examining the intention to bear children. Based on the findings, the constructs of moral norms, subjective norms, and perceived self-identity present valuable avenues for studying or intervening in the realm of childbearing.

Keywords: Attitude, Theory of Planned Behavior, Childbearing, Moral Norm, Personal Identity, Intention

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

* Corresponding author: Department of Health, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
E-mail: kondory.moj@gmail.com

سال بیست و پنجم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

پیش‌بینی‌کننده‌های قصد فرزندآوری در زوج‌های متاهل جنوب ایران: به‌کارگیری نظریه بسط یافته رفتار برنامه‌ریزی‌شده

غلامرضا مسعودی[۱]، زهرا عرب برزو[۲]، مجتبی کندری[۳*]، معصومه رهدار[۴]، حسینعلی ستوده[۳]، خدیجه سراوانی[۵]

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت. زاهدان، ایران
۲. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت. زاهدان ایران
۳. گروه بهداست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۴. گروه مدیریت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۵. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ اردیبهشت ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۴۱۰- ۴۰۱ :(۳)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: فرزندآوری در ایران و کشورهای دیگر کاهش‌یافته که می‌تواند در فرایند توسعه جامعه، مشکلاتی را فراهم نماید. این پژوهش جهت بررسی عوامل مرتبط با قصد فرزندآوری در زوجین منطقه سیستان بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته انجام شده است.

مواد و روش کار: یک مطالعه مقطعی از تاریخ شهریور ۱۴۰۲ الی اردیبهشت ۱۴۰۳ روی زوجین منطقه سیستان که از زمان ازدواج آن‌ها ۱۳-۱ سال می‌گذشت به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای روا و پایا تائید شده بود گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ بر اساس سطح معنی دار $P<0/05$ نجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد ۶/۶۱± ۳۰/۱۲ سال بود و روستائیان و افراد دارای منزل شخصی به‌صورت معنی‌دار قصد فرزندآوری بالاتری داشتند. نمره کل زوجین در حیطه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی به ترتیب، ۵۸/۷٪، ۶۳/۰۱٪، ۵۸/۸۵٪، ۷۰/۵۵٪، ۷۰/۸۳٪، ۷۴/۲٪، بود. سازه‌های مورد مطالعه با قصد رفتار فرزندآوری رابطه معنادار داشتند. همچنین بر اساس آزمون رگرسیون خطی، هنجارهای ذهنی، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی، قصد رفتاری را پیش‌بینی کردند ($B=0/34, P<0/001$).

نتیجه‌گیری: نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه یافته ساختار مناسبی برای مطالعه قصد فرزندآوری می‌باشد. بر اساس یافته‌ها، سازه‌های هنجارهای اخلاقی، هنجارهای ذهنی و هویت شخصی درک شده ساختارهای مناسبی را برای مطالعه و مداخله در زمینه قصد فرزندآوری فراهم می‌کنند.

کلید واژه ها: نگرش، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، فرزند آوری، هنجار اخلاقی، هویت شخصی، قصد

کداخلاق: IR. ZBMU.REC.1401.083

* نویسنده پاسخگو: زابل، دانشگاه علوم پزشکی زابل، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت
E-mail: kondory.moj@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

مقدمه

جهان در حال عبور از گذر جمعیتی بنیادی است که در آن از نرخ تولد و مرگ‌ومیر کنترل نشده، به شرایط نرخ تولد و مرگ‌ومیر پایین و کنترل‌شده وارد شده است[۱]. کشورهای مختلف در مراحل گوناگون این فرایند و گذر جهانی قرار دارند. این تغییر در قرن نوزدهم از شمال اروپا و فرانسه آغاز شد و هنوز هم بسیاری از کشورهای جهان به‌ویژه کشورهای آفریقایی و آسیای غربی در حال گذر از این مرحله هستند. امروزه نتایج مطالعات پیش‌بینی جمعیت در طیف وسیعی از برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی، تجزیه‌وتحلیل تغییرات آب و هوایی و نیز کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای با محوریت توسعه کاربرد پیدا کرده‌اند [۲, ۱].

از نگاه جمعیت‌شناسی، مفهوم باروری به صورت دقیقی تعریف نشده است اما شامل مفاهیمی مانند تعداد دلخواه فرزند، تمایلات باروری و قصد باروری می‌شود. ناباروری به ناتوانی زوجین در برقراری بارداری پس از یک سال شروع زندگی مشترک همراه روابط زناشویی منظم و محافظت نشده اطلاق می‌شود. در سراسر جهان، ناباروری می‌تواند تا ۱۵ درصد از زوج‌های در سن باروری را تحت تأثیر قرار دارد [۳, ۲]. ناباروری می تواند بار بیماری قابل توجهی بر سلامت از جمله آشفتگی عاطفی و روانی، انگ اجتماعی و بار اقتصادی ایجاد کند [۴]. نرخ تولد و باروری تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی، اقتصادی، اجتماعی و روانی متعددی است. عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی تا حد زیادی فرزندآوری و اندازه خانواده را تعیین می‌کنند. تمایل زنان، مردان و زوج‌ها برای به تأخیر انداختن فرزندآوری تا اواخر زندگی منجر به این شده است که بخش قابل‌توجهی از جمعیت، فرزندان کمتری نسبت به خواسته خود داشته باشند یا بدون فرزند باقی بمانند [۴, ۳].

مطالعات تاریخی نشان می‌دهد که جامعه ایران از دیرباز همواره به‌عنوان یک جامعه خانواده محور مطرح بوده است. همچنین یافته‌ها نشان داده است که مقوله فرزندآوری در بین ایرانیان بسیار موردتوجه است [۵]. باروری در زنان نتیجه تصمیم‌گیری در چارچوب خانواده است. زن و مرد عوامل متعددی را در نظر می‌گیرند، سپس به فرزندآوری اقدام می‌کنند. تصمیم‌گیری آغازکننده رفتار فرزندآوری است [۳]. هرچند امروزه تأخیر در فرزند آوری به یکی از الگوهای رایج رفتار باروری در جهان تبدیل‌شده است، باروری فقط به دنیا آوردن فرزند نیست بلکه جنبه‌های دیگر مانند علاقه به داشتن فرزند و نگرش به محرک‌ها برای تنظیم باروری را نیز شامل می‌شود. روابط اجتماعی بین اعضای یک جامعه نیز، در ارزش‌ها و هنجارهای مرتبط با رفتار باروری نقش مهمی دارد [۶, ۴, ۲]. سازمان توسعه همکاری اقتصادی (Organization for Economic- Co-operation and Development -OECD) تعداد متوسط فرزندان ایده آل برای مردان را کمتر از ۲/۲ و برای زنان ۲/۳ بیان داشته است. تمایل به فرزندآوری در ایرلند، بلژیک، فرانسه، استونی و کشورهای شمال اروپا بالاتر از دیگر کشورها گزارش شده است. در مقابل، در اتریش باروری ایده‌آل در زیر سطح جایگزینی جمعیت در تمام گروه‌های سنی مردان و زنان برآورد شده است. همچنین در اتریش، آلمان، ایتالیا، اسپانیا، پرتغال تمایل به داشتن خانواده کوچک دیده شده است [۸, ۷].

ایران افزایش سریع باروری را در اواخر دهه ۱۳۶۰ و در طول دهه ۱۳۷۰ تجربه کرده و در سال ۱۳۷۹ به باروری زیر سطح جایگزینی (نرخ باروری ۱/۷) رسیده است [۹] با توجه به کاهش آخرین گزارش از نتایج سرشماری ۱۳۹۵ در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ نرخ رشد جمعیت در کشور ۱/۲۴ درصد بوده است [۸]. نرخ باروری در منطقه سیستان در سال ۹۳، ۳/۲ و در سال ۱۴۰۰ میزان آن ۳/۱ بوده است که نشان‌دهنده بالاترین نرخ باروری در ایران است. اما همین نرخ باروری بالا در همین منطقه در مقایسه با خودش در سالهای گذشته دستخوش کاهش شده است [۱۱, ۱۰].

بر اساس مستندات موجود تغییر و تحولات در میزان باروری، ناشی از عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی است که بر خواسته‌ها و قصد فرزندآوری در خانواده‌ها اثر می‌گذارد. نگرش مثبت به فرزندآوری پیش‌شرط داشتن قصد مثبت برای فرزندآوری است [۱۲]. امروزه تغییر نگرش به باروری و فرزندآوری مانند تأخیر در ازدواج و خیلی از مسائل دیگر، باروری را تحت‌الشعاع قرار داده است. تحولات باروری، تغییر نگرش باروری و فرزندآوری فقط ناشی از مسائل اقتصادی و هزینه‌های فرزندآوری نیست، بلکه در کنار این موارد، عوامل فرهنگی اجتماعی نیز دخالت دارند [۱۳, ۱۲]. بر اساس شواهد استان گیلان کمترین و استان سیستان و بلوچستان بالاترین میزان باروری کل را دارند [۱۳]. وجود چنین تفاوت‌هایی در رفتار باروری در مناطق ایران، لزوم انجام مطالعات متعددی درباره رفتار باروری در مناطق مختلف کشور را می طلبد [۳, ۸].

از اثرات نامطلوب پدیده کاهش باروری، به هم خوردن توازن و تعادل نسلی است [۱۴]. به‌تدریج، ساختار سنی جمعیت از وضعیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

جوانی خارج و به سمت سالخوردگی سوق داده خواهد شد [۱۵]. کاهش باروری در دهه‌های اخیر پیوند نزدیکی با عوامل ساختاری و نوسازی، تحولات خانواده، تغییر ارزش فرزند، تغییر الگوهای فرزندآوری، تولید و گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده، بهبود موقعیت زنان و افزایش استقلال زنان، عوامل اقتصادی، ویژگی‌های فردی مانند سن، پیشرفت تحصیلی و غیره داشته است [۱۴]. این تغییرات لزوم توجه فوری به تعیین سیاست جمعیتی و برنامه‌ریزی مؤثر را در تمام جوانب مورد توجه قرار می‌دهد. مدیریت خانواده، بهداشت مادر و کودک و برخورداری از یک رشد منطقی جمعیت بر اساس شرایط اجتماعی کشور از مهم‌ترین جنبه‌های مختلف سیاست‌های جمعیتی است [۱۲, ۱۱]. کاهش موالید به همراه بالا رفتن سن می‌تواند پیری جمعیت را در پی داشته باشد. پیری جمعیت، باعث کمبود و کاهش نیروی کار در همه جنبه‌های اجتماعی از جمله دفاع جمعی خواهد شد. بر خلاف انتظار، پیری جمعیت به علت کاهش مصرف، در بعد کلی باعث تعطیلی نیروی کار می‌شود [۱۳].

بر اساس مطالعات انجام شده، سن ازدواج، سواد زنان و خانواده، اشتغال و اثرات اجتماعی مختلف از عوامل مرتبط با فرزندآوری هستند؛ بنابراین، برای شناخت و دستیابی به درک صحیح شکل‌گیری رفتار فرزندآوری، در هر جامعه باید تاثیرات اجتماعی مختلف مورد بررسی و مطالعه قرار بگیرند [۱۳, ۲]. امروزه مطالعات ساختارمند و هدفمند از اولویت‌های پژوهشی هر جامعه هستند. در مطالعات ساختارمند که برآمده از علوم اجتماعی و ماهیت رفتار انسانی هستند مطالعه رفتار بر اساس مفاهیم مختلفی صورت می‌گیرد که دانش، نگرش افراد، قدیمی‌ترین این مفاهیم هستند [۱۶]. پیچیدگی رفتار انسان و تأثیرگذاری بیشتر عوامل اجتماعی الگوهای قوی‌تر و بنیادی‌تری را برای مطالعه رفتار انسان پیشنهاد می‌کند. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده یا (Theory Of –TPB) Planned Behavior یکی از نظریه‌ها و مدل‌های مطالعه رفتار انسانی است که بر اساس مفاهیم نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتار بنا شده است. بر اساس این نظریه، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است. در هر فرایند رفتاری، هرچه قصد رفتاری قوی‌تر باشد احتمال انجام رفتار بیشتر خواهد بود. عوامل تعیین‌کننده قصد رفتاری در این نظریه، نگرش (ارزیابی مثبت و منفی فرد نسبت به رفتار) [۱۷]، هنجارهای ذهنی (متأثر از باورهای فرد در مورد انتظارات دیگران و همچنین انتظارات خود و انگیزه برآورده کردن آن انتظارات) و کنترل رفتاری درک‌شده (شامل درجه‌ای است که فرد در مورد انجام یا عدم انجام یک رفتار تحت کنترل خود احساس می‌کند) است. کنترل رفتاری درک شده مانند قصد رفتاری به‌صورت مستقیم می‌تواند رفتار را پیش‌بینی کند [۱۹, ۱۸].

بسیاری از محققان از جمله کلوباس و مورگان و باچراخ، TPB را یک نظریه مفید برای مطالعه باروری و فرزندآوری می‌دانند [۲۱, ۲۰]. آجزن پیشنهاد می‌کند بر اساس یافته‌های جدید TPB قابل گسترش بوده و این نظریه این قابلیت را دارد که در زمینه‌های بیشتری در مطالعات رفتاری مورداستفاده قرار گیرد. مطالعه مگ‌میلان به دنبال بررسی نقش‌های پیش‌بینی‌کننده دیگر قصد رفتاری (هنجار های اخلاقی و هویت شخصی) در رابطه با رفتار شیردهی بر اساس مدل توسعه‌یافته TPB بود [۲۲]. در مطالعه مسعودی و همکاران، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته در حیطه تغذیه انحصاری با شیر مادر بکار گرفته شد و در آن سازه‌های هنجار اخلاقی و هویت شخصی به سازه‌های معمول نظریه اضافه شده بود. دو سازه‌ی هنجارهای اخلاقی (Moral Norms) و هویت شخصی (Self-Identity) به عنوان سازه‌های تکمیلی به نظریه رفتار برنامه ریزی شده اضافه شده‌اند تا قدرت پیش‌بینی رفتار را به‌ویژه در رفتارهای پیچیده‌تر و عمیق‌تر افزایش دهند. هنجارهای اخلاقی به احساس تعهد درونی فرد نسبت به انجام یا عدم انجام یک رفتار خاص اشاره دارند. هنجارهای اخلاقی بر اساس ارزش‌ها و اصول اخلاقی فرد شکل می‌گیرند و نشان می دهد که فرد تا چه حد انجام یک رفتار را از نظر اخلاقی درست یا نادرست می‌داند. هویت شخصی به تصویری که فرد از خودش دارد و اینکه چگونه این تصویر با رفتارهای خاص مرتبط می‌شود اشاره می‌کند. برای مثال اگر فرد خود را به عنوان یک شخص حامی محیط‌زیست ببیند، احتمال بیشتری دارد که رفتارهای دوستدار محیط‌زیست انجام دهد [۲۳].

با توجه به اهمیتی که حاکمیت سیاسی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های خود به فرزندآوری معطوف داشته‌اند، هدف این پژوهش بررسی عوامل مرتبط با فرزندآوری در زوجین منطقه سیستان بر اساس مفاهیم و سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته می‌باشد که به‌عنوان یک چهارچوب مناسب در موضوعات مشابه بکار گرفته‌شده است. در مطالعه حاضر سازه هنجاراخلاقی و هویت شخصی نیز در کنار سازه‌های نگرش،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری برای بررسی رفتار فرزندآوری زوجین و نیز عوامل مؤثر دیگر مورداستفاده قرار می‌گیرند. نتایج مطالعه می‌تواند بر اساس مفاهیم به‌کار رفته، نتایج مناسب و شاهد محوری برای مداخلات بهداشتی در زمینه مطالعه و ارتقای رفتارهای مرتبط با فرزندآوری فراهم نماید.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی در زوجین ۴۰-۱۸ سال منطقه سیستان از استان سیستان و بلوچستان (که از زمان ازدواج آن‌ها ۱ الی ۱۳ سال می‌گذشت) انجام شد. هدف مطالعه بررسی پیش‌بینی کننده‌های فرزندآوری بر اساس سازه های نظریه توسعه یافته رفتار برنامه ریزی شده بود. اطلاعات موردنیاز از تاریخ شهریور ۱۴۰۲ الی اردیبهشت ۱۴۰۳ گردآوری شدند. در این مطالعه هر یک از شهرستان‌ها به‌عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و با استفاده از سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) افراد با توجه به نسبت جمعیتی هر شهر به‌صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

برای تعیین حجم نمونه، بر اساس مطالعات گذشته با استفاده از فرمول حجم نمونه ذیل با در نظر گرفتن خطای $\alpha = 0.05$، میزان شیوع فرزند آوری معادل ۰/۳۶ و میزان دقت ۰/۰۵۴ حجم نمونه لازم ۲۹۰ نفر محاسبه شد که با احتساب ده درصد ریزش

$$n = \frac{z_{(1-\alpha/2)}^{\ 2}\, p(1-p)}{d^2}$$

تعداد ۳۲۰ نفر وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه رضایت افراد برای حضور داوطلبانه، تأهل در زمان انجام مطالعه، دوره زندگی مشترک بین ۱ الی ۱۳ سال و سکونت در منطقه سیستان معیارهای ورود به مطالعه بودند. افرادی که در زمان تکمیل پرسشنامه از ادامه حضور در مطالعه انصراف داده بودند از مطالعه خارج شدند.

بعد از صدور شماره کد اخلاق مطالعه و کسب موافقت دانشگاه علوم پزشکی و معاونت بهداشتی منطقه سیستان، افراد بر اساس معیارهای ورود در پژوهش مشارکت نمودند. ابتدا حقوق فردی و اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش ازجمله محرمانه بودن اطلاعات و اختیار کامل آن‌ها برای حضور و یا انصراف از مشارکت کردن در پژوهش با زبانی ساده بیان و مورد تأکید قرار گرفت. پرسشنامه‌های پژوهشی به‌صورت خود گزارش دهی و یا مصاحبه توسط محقق در محیطی آرام که در هر مرکزی از قبل تعیین و تأمین‌شده بودند، تکمیل گردید. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و جهت بررسی اختلاف بین قصد رفتاری و متغیرهای دموگرافیک از آزمون‌های تی دو نمونه مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. جهت بررسی عوامل موثر بر قصد فرزندآوری از رگرسیون خطی استفاده شد و در همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری کوچکتر از ۵ درصد در نظر گرفته شد. جهت بررسی ارتباط بین سازه‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده کردیم. نرم افزار مورد استفاده در این پژوهش spss نسخه ۲۲ بود.

اطلاعات مشارکت‌کنندگان در پژوهش با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته دو بخشی شامل سؤالات جمعیت‌شناختی و تخصصی مرتبط با سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته گردآوری شد. بخش اول پرسشنامه شامل سؤالاتی درباره سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، مدت‌زمان ازدواج، میزان درآمد، تعداد سقط، وضعیت سکونت و ... افراد بود. بخش تخصصی پرسشنامه شامل سؤالات مرتبط با سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه یافته بودند. این گویه‌ها بر اساس راهنمای پرسشنامه آجزن [۲۲] تدوین شده بودند.

سازه نگرش و هنجارهای ذهنی شامل هفت گویه بودند. کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری با شش گویه موردبررسی قرارگرفتند. هنجارهای اخلاقی و سازه هویت شخصی به ترتیب با پنج و چهار گویه مورد بررسی قرار گرفتند.

پاسخ کلیه گویه‌های ذکرشده بر اساس لیکرت پنج سطحی شامل کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم تدوین‌شده بودند. در نظر گرفتن سطح درستی پاسخ‌ها به هر سؤال از نمره یک تا پنج، یک نمره تعلق می‌گرفت. نمره قابل اکتساب برای مشارکت‌کنندگان در پژوهش در سازه‌های نگرش و هنجارهای ذهنی از نمره ۷ تا ۳۵ بود. در سازه‌های قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک شده محدوده نمره قابل اکتساب بین ۶ تا ۳۰ اما حیطه نمره قابل اکتساب برای سازه‌های هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی به ترتیب بین نمره ۵ تا ۲۵ و ۴ تا ۲۰ بود.

تأیید روایی سؤالات از طریق تائید روایی محتوی شامل شاخص روایی محتوی و ضریب روایی محتوی و بر اساس نظرات ۶ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و ۴ نفر متخصصان زنان و مامایی صورت گرفت. در بخش ضریب روایی محتوی با توجه به جدول لاوشه گویه‌هایی که حداقل نمره ۰/۶۲ را کسب کرده بودند مناسب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

تشخیص داده شدند. در بخش شاخص روایی محتوی گویه‌هایی که حداقل ۸۰٪ نمره قبولی را بر اساس نظر متخصصان به دست آورده بودند برای انجام پژوهش تائید شدند. شاخص روایی محتوی و ضریب روایی محتوای سازه‌های مذکور در جدول ۱ گزارش شده است. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه سوالات در اختیار ۳۰ نفر از افراد مشابه که معیار ورود مطالعه اخیر را داشتند قرار گرفت و تعداد شش گویه که پایایی کمتر از ۷۰ درصد را کسب کرده بودند حذف شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان و مردان شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب۶/۷۴±۲۸/۴۳ و ۶/۲۵±۳۱/۸۵ بود. از این تعداد ۶۶ درصد افراد میزان درآمد خود را ناکافی می‌دانستند. ۲۳/۷ درصد افراد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵۶/۶ درصد مشارکت‌کنندگان در مطالعه ساکن روستا بودند. بالاترین رتبه فرزندی مشارکت‌کنندگان رتبه دو الی سه نفر بود که ۳۶ درصد را تشکیل می‌دادند. بررسی اشتغال مشارکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد که ۳۰/۵ درصد افراد خانه‌دار و ۲۱/۵ درصد افراد کارمند و یا کار دائمی داشتند. همچنین نتایج نشان داد بین میانگین نمره قصد رفتاری، محل سکونت روستا و افراد دارای کار دولتی اختلاف معنادار وجود داشت ($P< ۰/۰۵$) . مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

زوجین در حیطه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری، هنجار اخلاقی، هویت شخصیتی، ۵۸/۷٪، ۶۳/۰۱٪، ۵۸/۸۵٪، ۷۰/۵۵٪، ۷۰/۸۳٪، ۷۴/۲٪ نمره کل را کسب کردند (جدول شماره ۳). تجزیه‌وتحلیل داده‌ها بر اساس آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که سازه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی با سازه قصد رفتاری رابطه معنی‌دار داشتند ($P< ۰/۰۱$) (جدول شماره ۴). همچنین یافته‌های حاصل از آزمون آماری رگرسیون خطی سازه‌های هنجارهای ذهنی، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار قصد رفتاری بودند ($B=۰/۳۴, P <۰/۰۱$). (جدول شماره ۵).

جدول ۱: شاخص روایی محتوی و ضریب روایی محتوی سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه یافته

سازه‌ها	شاخص روایی محتوی	ضریب روایی محتوی
نگرش	۰/۸۴	۰/۸۳
هنجارهای ذهنی	۰/۸۲	۰/۸۵
کنترل رفتاری درک شده	۰/۸۲	۰/۸۴
قصد رفتاری	۰/۸۱	۰/۷۷
هنجارهای اخلاقی	۰/۸۲	۰/۸۵
هویت شخصی	۰/۸۲	۰/۸۵

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه موردپژوهش بر اساس میانگین نمره قصد فرزندآوری

متغیر جمعیتی	ویژگی	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار قصد	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۱۷۵	۵۰	۲۱/۱±۳/۴۵	۰/۷۳
	زن	۱۷۵	۵۰	۲۱/۲±۳/۱۶	
سن	کوچکتر از ۲۵	۷۸	۲۲/۲	۲۱/۹±۳/۵۵	۰/۱۱۷
	۲۹-۲۵	۸۱	۲۳/۱	۲۰/۹±۳/۴۷	
	۳۵-۳۰	۱۲۳	۳۵	۲۱/۱±۳/۰۸	
	بزرگتر از ۳۵	۶۹	۱۹/۷	۲۰/۶±۳/۱۰	
اشتغال	در جستجوی کار	۵۴	۱۵/۵	۲۰/۹ ±۲/۸۸	۰/۴۲
	کشاورز و دامدار	۹۶	۲۷/۵	۲۱/۲±۳/۲۹	
	کارمند	۷۵	۲۱/۵	۲۰/۷±۳/۳	
	خانه‌دار	۱۲۴	۵۳/۵	۲۱/۴±۳/۴۷	
سواد	بی‌سواد	۲۲	۶/۳	۱۵/۲ ±/۲/۴	۰/۴۴
	دبستان و راهنمایی	۱۱۹	۳۴	۱۴/۲±۳/۷	
	دیپلم	۱۲۶	۳۶	۱۴/±۹ ۲/۶	
	تحصیلات دانشگاهی	۸۳	۲۳/۷	۱۴/۲±۶/۳۹	
اقامت	روستا	۱۹۵	۵۵/۶	۲۱/۴۷±۳/۱۵	< ۰/۰۰۱
	شهر	۱۵۶	۴۴/۴	۲۰/۴۴±۳/۳۴	
درآمد	ناکافی	۲۳۴	۶۶/۷	۲۱/۱۹±۳/۳۱	۰/۱۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

	تا حدی کافی	۸۴	۲۳/۹	۲۰/۷۶±۳/۴۹	
	کافی	۳۳	۹/۴	۲۱/۹۶± ۲/۵۹	
رتبه فرزندی	۱-۲	۱۲۵	۳۵/۷	۲۱/۱۹±۳/۳۱	
	۳-۴	۱۲۶	۳۶	۲۰/۷۶±۳/۴۹	۰/۱۳
	۵ و بیشتر	۹۹	۲۸/۳	۲۱/۹۶±۲/۵۹	
منزل شخصی	دارند	۱۶۳	۴۶/۴	۲۱/۵۷±۳/۱۷	۰/۰۳
	ندارند	۱۸۸	۵۳/۶	۲۰/۸۱±۳/۱۸	

جدول ۳: فراوانی آمار توصیفی از سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه یافته

سازه	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل‌اکتساب	درصد میانگین از نمره قابل‌اکتساب
نگرش	۲۰/۵۶	۳/۳۵	۳۵-۷	۵۸/۷۷
هنجار انتزاعی	۲۲/۰۵	۳/۵۹	۳۵-۷	۶۳/۰۱
کنترل رفتار درک شده	۱۷/۶۵	۳/۶۰	۳۰-۶	۵۸/۸۵
قصد رفتاری	۲۱/۱۶	۳/۳	۳۰-۶	۷۰/۵۵
هنجار اخلاقی	۱۵/۶۹	۲/۴۹	۲۵-۵	۷۰/۸۳
هویت شخصی	۱۷/۷۰	۲/۶۱	۲۰-۴	۷۴/۲۰

جدول ۴: رابطه همبستگی بین قصد فرزندآوری و سازه های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته در جامعه مورد پژوهش

سازه ها	قصد رفتاری	نگرش	هنجار انتزاعی	رفتار درک شده	هنجار اخلاقی	هویت شخصی
قصد رفتاری						
نگرش	۰/۱۹۳**					
هنجار انتزاعی	۰/۲۹۴**	۰/۲۸۶**				
رفتار درک شده	۰/۲۰۴**	۰/۲۸۸**	۰/۳۶۴**			
هنجار اخلاقی	۰/۵۵۲**	۰/۱۶۱**	۰/۰۹	۰/۲۰۷**		
هویت شخصی	۰/۴۰۵**	۰/۲۷۴**	۰/۲۸۳**	۰/۱۷۶**	۰/۴۶۳**	

**. همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

جدول ۵: پیش‌بینی کننده‌های قصد فرزندآوری در جامعه مورد پژوهش بر اساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته

مدل	بتای غیر استاندارد	خطای انحراف	بتا استاندارد شده	t	P Value	فاصله اطمینان برای B (۹۵ ٪)		سطح معنی داری
						کران پایین	کران بالا	
سازه‌ها	۲/۹۷۵	۱/۰۱۸		۲/۹۲۳	۰/۰۰۴	۰/۹۷۶	۴/۹۷۴	
نگرش	۰-/۱۲۰	۰/۰۳۱	۰/۱۴۰	۳/۹۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۶۰	۰/۱۸۰	
هنجار انتزاعی	۰/۱۵۷	۰/۰۳۲	۰/۱۷۷	۴/۹۷۲	۰ /۰۰۱	۰/۰۹۵	۰/۲۱۹	۰/۳۴۷
کنترل رفتاری	۰/۰۴۶	۰/۰۳۶	۰/۰۴۴	۱/۲۷۲	۰/۲۰۴	-۰/۰۲۵	۰/۱۱۸	
هنجاراخلاقی	۰/۴۲۶	۰/۰۴۹	۰/۳۱۵	۸/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰	۰/۵۲۳	
هویت شخصی	۰/۲۵۵	۰/۰۴۸	۰/۱۹۷	۵/۳۶۰	۰/۰۰۱	۰/۱۶۲	۰/۳۴۹	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر بنا بر ضرورت مطالعات جمعیت‌شناختی ساختارمند در جهت تعیین کارایی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته در تعیین قصد فرزندآوری در زوجینی که ۱۳-۱ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت، انجام شد. به‌صورت کلی نتایج مطالعه نشان داد که نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته ساختار مناسبی برای مطالعه و بهبود قصد رفتاری فرزندآوری است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین افراد موردپژوهش از نظر عوامل جمعیت‌شناختی، سواد، سن، درآمد، رتبه فرزندی و قصد فرزندآوری تفاوتی مشاهده نشد. در بسیاری از نتایج مطالعات، این عوامل با قصد فرزندآوری رابطه معنی‌دار آماری داشته‌اند. یک مطالعه در ساوه ایران نشان داد که سواد، اشتغال و سن زوجین با قصد فرزندآوری رابطه معنی‌دار آماری داشته است ($P< ۰/۰۵$) که با نتایج مطالعه ما متفاوت است [۲۵]. در مطالعه انجام شده توسط فابیولو و همکاران در شمال تانزانیا نشان داد که سن، سواد و درآمد افراد مورد پژوهش با میزان فرزندآوری تفاوت معنی‌دار نداشته که نتایج مطالعه ما را در این حیطه تائید می‌کند [۲۰] مطالعه انجام شده در بیرجند توسط علیزاده و همکاران نشان داد که سواد فرد، سواد همسر و درآمد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

افراد با قصد فرزندآوری رابطه آماری معنی‌دار نداشته که با مطالعه حاضر مشابه می‌باشد. در مطالعه بیرجند اشتغال با قصد رفتاری ارتباط آماری معنی‌دار داشت (P< ۰/۰۰۱) که با مطالعه ما متفاوت بود. در همان مطالعه قصد فرزندآوری با محل اقامت رابطه آماری معنی‌دار نداشت که این یافته با مطالعه ما متفاوت به نظر می‌رسید زیرا در مطالعه ما در منطقه سیستان افراد مقیم روستا به‌صورت معنی‌دار از قصد فرزندآوری قوی‌تری نسبت به ساکنان شهرها برخوردار بودند [۲۶]. در مطالعه Xinhua و همکاران نیز قصد فرزندآوری با سواد، درآمد و اشتغال رابطه معنی‌دار آماری داشت که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است [۲۷]. در مطالعه حاضر برخورداری از مسکن شخصی به‌صورت معنی‌داری قصد فرزندآوری را در مقابل افراد فاقد مسکن افزایش داد. در راستای مطالعه حاضر، در مطالعات متعددی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی و اثر آن‌ها بر فرزند آوری و یا قصد فرزندآوری مورد بررسی قرارگرفت [۲۵- ۲۸]. به‌طورکلی در این مطالعات نتایج متفاوتی گزارش‌شده‌اند که بیانگر اثرگذاری متفاوت این متغیرها با توجه به سطح توسعه‌یافتگی و شرایط اجتماعی کشور است [۲۸].

یافته‌های مطالعه نشان داد که قصد رفتاری با نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی رابطه مستقیم معنی‌دار آماری دارد یعنی می‌توان پیش‌بینی کرد که با افزایش این مفاهیم میزان فرزندآوری نیز افزایش یابد. در مطالعه علیزاده و همکاران در بیرجند نیز قصد رفتاری با نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده رابطه مستقیم معنی‌دار آماری داشت که در راستای نتایج مطالعه اخیر است [۲۶]. بر اساس این نتایج، هر فردیکه نگرش مثبت قوی‌تری نسبت به فرزندآوری داشته باشد و حس کند که اطرافیان مهم او از فرزندآوری او حمایت می‌کنند همچنین حس کند که فرزندآوری به تصمیم خود او بستگی داشته و بزرگ کردن فرزند نیز برای او ساده و در دسترس باشد با احتمال بیشتری اقدام به فرزندآوری می‌نماید. در راستای نتایج مطالعه اخیر، لوکشیک و همکاران در اسلواکی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، رابطه بین نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده افراد و قصد داشتن فرزند دوم در سه سال آینده مورد بررسی قراردادند که یافته‌های آن‌ها نشان داد که هر سه ساختار ذکرشده تأثیر قابل‌توجهی بر قصد داشتن فرزند دوم داشتند که نتایج مطالعه حاضر را تائید می‌کند [۲۹] . هم‌راستا با مطالعه ما در مطالعه ستگان و همکاران که به‌منظور تعیین قصد استفاده و پیش‌بینی آن برای استفاده از مراقبت‌های قبل از بارداری در میان زنان سن باروری در جنوب غربی اتیوپی انجام شد نشان داد که سه سازه، نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتار درک شده با قصد رفتار استفاده از مراقبت‌های قبل از بارداری در میان زنان سن باروری رابطه داشت که با مطالعه حاضر همسو است [۳۰].

سازه‌های هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی در زمینه فرزندآوری نشان دادند که زوجین دارای هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی بالاتر تمایل بیشتری به فرزندآوری دارند. در مطالعه رضوانی و همکاران که به‌منظور نقد و بررسی دلایل روان‌شناختی سودگرایان بر فرزندآوری انجام گرفت نشان داد که همه انسان‌ها به لحاظ اخلاقی راغب به فرزندآوری هستند. یک پیش‌فرض اخلاقی در زمینه فرزندآوری وجود دارد که فرزندآوری را سودمند می‌داند. مگ میلان و همکاران [۱۶] و مسعودی و همکاران [۱۷] هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی را در رابطه با شیردهی بر اساس مدل توسعه‌یافته TPB به‌کار گرفتند که نتایج آن‌ها مشابه نتایج ما بیانگر وجود رابطه مستقیم معنی‌دار بین قصد شیردهی وهنجارهای اخلاقی، کنترل رفتاری درک شده و نگرش و با مطالعه حاضر همسو بود [۲۳, ۲۲].

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که سازه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده به‌صورت کلی ۰/۳۴ درصد واریانس قصد رفتاری فرزندآوری را پیش‌بینی می‌کنند. بر اساس همین یافته و سطح معنی‌داری، هنجارهای ذهنی، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی پیش‌بینی کننده‌های واقعی قصد فرزندآوری بودند. در مطالعه آرابان در ساوه برخلاف مطالعه حاضر نگرش پیش‌بینی کننده قصد رفتاری بوده است که با مطالعه حاضر متفاوت است [۲۵]. در مطالعه حاضر بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، نگرش رابطه مستقیم معنی‌دار با قصد فرزندآوری داشت که؛ بر اساس منطق قابل پیش‌بینی بود که نگرش مانند بسیاری از مطالعات گذشته باید یکی از پیش‌بینی کننده‌های قصد رفتاری باشد؛ اما در مطالعه حاضر نگرش قادر به پیش‌بینی قصد فرزند آوری نبود. به نظر می‌رسد تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و سطح توسعه‌یافتگی منطقه موردپژوهش در این تفاوت نقش داشته باشند [۳۱,۳۳]. در همان مطالعه به‌صورت مشابه با مطالعه حاضر هنجارهای ذهنی یکی از پیش‌بینی کننده‌های قصد فرزندآوری بود. در مطالعاتی که در گذشته برای تعیین پیش‌بینی کننده‌های قصد فرزندآوری انجام شده است بر نقش کلیدی شرایط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

محیطی به‌عنوان تسریع‌کننده و یا به عنوان مانع فرزندآوری تأکید شده؛ لذا به نظر می‌رسد برای انجام مداخلات بهداشتی در این زمینه باید به شرایط اجتماعی، فرهنگی، جمعیت شناختی و سطح توسعه‌یافتگی توجه نمود [۲۸].

این مطالعه از این فرض حمایت می‌کند که استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته می‌تواند مدل تصمیم‌گیری فرزندآوری را توضیح دهد که شامل نگرش‌ها، کنترل رفتار درک شده، هنجارهای ذهنی، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی است. به دلیل فرهنگ، زوج‌ها تحت تأثیر هنجارهای ذهنی قرار می‌گیرند. تأثیر والدین، آشنایان و دوستان زوجین در فرزندآوری آنان مؤثر است؛ همچنین با بهبود مداخلات و برنامه‌های آموزشی این زوج‌ها ممکن است بیشتر تحت تأثیر کنترل رفتار درک شده، هنجارهای ذهنی، نگرش، هنجارهای اخلاقی و هویت شخصی مثبت نسبت به داشتن فرزند در آینده قرار گیرند. نتایج این مطالعه بر تفاوت‌های منطقه‌ای تأکید داشت و می‌تواند به دولت و سیاست‌گذاران کمک کند تا نرخ باروری منطقه و کشور را در راستای برنامه توسعه ملی بهبود بخشند. پژوهش حاضر حاصل یافته‌های طرح پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی زابل به شماره طرح ۳۳۱۸ و کداخلاق IR.ZBMU.REC.1401.083 است.

تعارض منافع :هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

غلامرضا مسعودی: طراحی و انجام پژوهش، تفسیر و تجزیه و تحلیل داده‌ها

زهرا عرب برزو: تجزیه و تحلیل آماری

مجتبی کندری: طراحی و انجام پژوهش، تفسیر و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تهیه نسخه نهایی مقاله

معصومه رهدار: همکاری در گردآوری اطلاعات

حسینعلی ستوده: همکاری در گردآوری اطلاعات

خدیجه سراوانی: همکاری در گردآوری اطلاعات

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، همچنین از دانشگاه علوم پزشکی زابل و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Adhikari S, Lutz W, Kebede E. Forecasting Africa's fertility decline by female education groups. Proceedings of the National Academy of Sciences 2024;121:1-9

2. Golub R, Ivkov-Dzigurski A, Simeunović V. Determinants of Fertility Intentions of the Women in Bosnia and Herzegovina. An Example from the Semberija Region. Behavioral Sciences 2023;13:2-13

3- Habibi N, Hall K, Moran LJ, Haag D, Hodge A, Grieger JA. Is the association between age and fertility problems modified by diet quality? Findings from a National Study of Reproductive Age Women in Australia. Nutrients 2022;14:1-13

4. Liang S, Chen Y, Wang Q, Chen H, Cui C, Xu X, Zhang Q, Zhang C. Prevalence and associated factors of infertility among 20–49 year old women in Henan Province, China. Reproductive Health 2021;18:1-3

5. Rezvani Devklani S, Rezaian Bilandi H, Rahmati A. Attitudes toward childbearing: The roles of Islamic lifestyle and demographic characteristics. Noor Mags 2020;4:107-123 [Persian]

6. Malmir M, Ebrahimi M, Sadeghi R. Religious Affiliation and Childbearing Preferences of Iranian Women. Journal of Religion and Health 2023;62:748-763 [Persian]

7. Hu LC, Chiang YL. Having children in a time of lowest-low fertility: Value of children, sex preference and fertility desire among Taiwanese young adults. Child Indicators Research 2021;14:537-542

8. Tavousi M, Haerimehrizi A, Sadighi J, Motlagh M, Eslami M, Naghizadeh F, Anbari M, Hasemi A, Montazeri A. Fertility desire among Iranians: a nationwide study. Payesh (Health Monitor) 2017 ;16:401-410 [Persian]

9. Firouzbakht M, Ebadi A, Riahi M, Tirgar A, Nikpour M. Female healthcare providers' experiences of childbearing: A content analysis based on the social capital theory. Journal of Holistic Nursing and Midwifery 2022 ;32:265-273 [Persian]

10. Ladier-Fouladi M. The Islamic Republic of Iran's new population policy and recent changes in fertility. Iranian Studies 2021;54:907-930 [Persian]

11. Pongpanich S, Ghaffar A, Ghaffar N, Mehmood T. Skilled birth attendance in Balochistan, Pakistan. Asian Biomedicine 2016 ;10:25-34

12. Khodakarami B, Naseritazehgeshlag M, Parsa P, Mohammadi U. Effect of Group Counseling on

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]

Attitude About" Child as a Pillar of Life" in Women Referring to Hamadan City Comprehensive Health Centers. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2020;28:27-35 [Persian]
13. Bagi M, Khani S, Rezaei H. Explaining the Fertility Differences of Iranian Provinces using Shannon Entropy Method. Journal of Population Association of Iran 2024;19:9-53 [Persian]
14. Alami A, Esmailzade M, Esmaeili R, Matlabi M, Ekrami Noghabi A, Saberi M. Effectiveness of an educational intervention based on the theory of planned behavior on fertility intention of single-child women: A field trial study. Internal Medicine Today 2020;26:212-227 [Persian]
15. Kordzanganeh J, Mohamadian H. Psychometric assessment of the validity of the Iranian version of attitude toward fertility and childbearing inventory in women without a history of pregnancy in the South of Iran. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research 2019:. 21:83-94 [Persian]
16. Shahraki J, Ansari H, Okatialiabad H, Masoudy G. The Effect of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on Physical Activities Among Employees. Journal of Education and Community Health 2022;9:184-189 [Persian]
17. Jamalzehi P, Payandeh A, Masoudy G. Applying The Theory of Planned Behavior to Promote the Cardiovascular Preventive Nutritional Behaviors in Southeast Women of Iran. Iranian Journal of Health Education & Health Promotion 2022;10-17 [Persian]
18. Ajzen I, Schmidt P. Changing behavior using the theory of planned behavior. The Handbook of Behavior Change 2020:17-31
19. Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. Human Behavior and Emerging Technologies 2020;2:314-324
20. Moshi F, Kibusi S, Fabian F. Using the theory of planned behavior to explain birth in health facility intention among expecting couples in a rural setting Rukwa Tanzania: a cross-sectional survey. Reproductive Health 2020;17:1-12
21. Kariman N, Hashemi S, Ghanbari S, Pourhoseingholi M, Alimoradi Z, Fakari F. The effect of an educational intervention based on the theory of planned behavior on childbearing intentions in women: A quasi-experimental study. Journal of Education and Health Promotion 2020;1-6 [Persian]
22. McMillan B, Conner M, Woolridge M, Dyson L, Green J, Renfrew M, Bharj K, Clarke G. Predicting breastfeeding in women living in areas of economic hardship: Explanatory role of the theory of planned behaviour. Psychology and Health 2008;23:767-788
23. Rasoli H, Masoudy G, Ansari H, Bagheri H. Effect of education based on extended theory of planned behavior on exclusive breastfeeding in pregnant women in Darmian in 2017. Health Scope 2020;1-6 [Persian]
24. Ajzen IJRO. Sample TPB questionnaire 2002;14:2005 ;1-26
25. Araban M, Karimy M, Armoon B, Zamani-Alavijeh F. Factors related to childbearing intentions among women: a cross-sectional study in health centers, Saveh, Iran. Journal of the Egyptian Public Health Association 2020;95:1-8 [Persian]
26. Alizadeh T, Moodi M, Salmani F, Moudi A. Factors affecting childbearing intention in women employees in Birjand: Application of the theory of planned behavior. Journal of Education and Health Promotion 2023;12:1-7 [Persian]
27. Li X, Fan Y, Assanangkornchai S, McNeil E. Application of the Theory of Planned Behavior to couples' fertility decision-making in Inner Mongolia, China. PloS One 2019;14:26-39
28. Ajzen I, Klobas J. Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. Demographic Research 2013;29:203-232
29. Lukšík I, Bianchi G, Popper M, Baboš P. Factors affecting decisions to have a second child: exploiting the theory of planned behaviour. Polish Psychological Bulletin 2016:421-430
30. Setegn M. Intention to use and its predictors towards preconception care use among reproductive age women in southwest Ethiopia, 2020: application of theory of planned behavior (TPB). International Journal of General Medicine 2021:4567-4577
31. Yang H, Han R, Wang Z. Third-child fertility intention and its socioeconomic factors among women aged 20–34 years in China. BMC Public Health 2023;23:1-11
32. Moeini B, Erfani A, Barati M, Doosti-Irani A, Hosseini H, Soheylizad M. Development and psychometric properties of an extended theory of planned behavior questionnaire for childbearing intentions and behaviors in Iran. Korean Journal of Family Medicine 2023;44:109-116 [Persian]
33. Dommermuth L, Klobas J, Lappegård T. Differences in childbearing by time frame of fertility intention. A study using survey and register data from Norway. Discussion Papers. Discussion Papers 2014:1-31

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.401]