

ارتباط باورهای مذهبی با رفتارهای باروری در زنان سنین باروری: یک مرور نظام مند

اعظم امیریان^۱، محمدمین جندقیان بیدگلی^۱، فرزین خورش^۲، فاطمه عبدی^۳، نگین شاطریان^۴، مرجان جعفری مهر^۵

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: رفتارهای باروری، یکی از موضوعات نگران کننده در کشورهای با نرخ باروری کمتر از حد جایگزین می‌باشند. علاوه بر ابعاد اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر کاهش نرخ باروری، ارتباط مؤلفه‌های دیگری مانند مذهب نیز در نظر گرفته شده است. اما هنوز ارتباط آن با رفتارهای باروری به روشنی مشخص نیست. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط باورهای مذهبی با رفتارهای باروری در زنان سنین باروری انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مرور سیستماتیک، پایگاه‌های اطلاعاتی Magiran, SID, Scopus, PubMed, Web of Science، با موتور جستجوی Google Scholar و محدود به مقاله‌های فارسی و انگلیسی زبان منتشر شده در بازه‌ی زمانی ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۳ بررسی شد. به منظور جستجوی مقالات در منابع فارسی از کلید واژه‌های مذهب، باور، زنان، باروری، رفتار باروری و در منابع انگلیسی از کلید واژه‌های Fertility, Women, Reproductive behavior, Belief, Religion استفاده شد. ارزیابی کیفیت مطالعات با STROBE انجام گردید.

یافته‌ها: ۲۷ مطالعه مطابق با معیارهای ورود لحاظ شدند. تمام نتایج حاکی از ارتباط باورهای مذهبی بر یک یا چند مؤلفه مرتبط با رفتارهای باروری از قبیل مسئولیت‌پذیری، استفاده از روش‌های پیشگیرانه، بارداری ناخواسته، آگاهی‌های جنسی، گرایش به باروری، روش‌های اهدایی کمک باروری و نگرش نسبت به تعداد مطلوب فرزندان بودند. همچنین نگرش‌های اسلامی نوعی نقش محافظت‌کننده در برابر رفتارهای نامناسب بهداشت باروری برای مسلمانان دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دادند که رفتارهای باروری با باورهای مذهبی ارتباط مستقیم دارد. یکی از عواملی که می‌تواند نقش مثبتی در نگرش افراد به رفتار باروری داشته باشد، موضوع دینداری است که می‌تواند باعث افزایش روند جمعیت در قومیت‌های مختلف شود. بنابراین لازم است مؤلفه‌ی مذهب را در سیاست‌گذاری‌های حوزه‌ی باروری مدنظر قرار داد. هر چند مطالعات بیشتری در این زمینه باید انجام شوند.

واژگان کلیدی: اسلام؛ مذهب؛ زنان؛ باروری؛ رفتار باروری

ارجاع: امیریان اعظم، جندقیان بیدگلی محمدمین، خورش فرزین، عبدی فاطمه، شاطریان نگین، جعفری مهر مرجان. **ارتباط باورهای مذهبی با رفتارهای**

باروری در زنان سنین باروری: یک مرور نظام مند. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۳۳۷): ۸۶۵-۸۵۳

مقدمه

باروری و پایین بودن میزان آن یک مشکل بهداشت عمومی جهانی است که چالش‌های زیادی را برای خانواده‌ها، جوامع، سیاستگذاران و دولتمردان به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه ایجاد می‌کند (۱). در سطح کلان با کاهش نرخ باروری و نوسانات جمعیتی آن، شرایط اقتصادی و اجتماعی جوامع دستخوش دگرگونی‌های نامطلوب

می‌گردد که می‌توانند خسارات جبران‌ناپذیری را وارد کنند و مشکلات متعدد درمانی، اقتصادی و مسائل خاص سالخوردگی را به کشورها تحمیل کنند. دیده شده است که جهت کاهش این پیامدها بایستی ابعاد اقتصادی، روان شناختی، احساسی، اجتماعی و فرهنگی جوامع مدنظر قرار گیرند (۲). رفتار باروری به عنوان یک رفتار اجتماعی است که در یک محیط اجتماعی بر اساس نگرش‌های

۱- کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات عفونت‌های بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۴- کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۵- فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: فاطمه عبدی؛ استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مرتبط، محرک‌ها و فرایند تصمیم‌گیری رخ می‌دهد. روابط اجتماعی بین افراد جامعه می‌تواند ارزش‌ها و هنجارهای مربوط به رفتار باروری را سازمان‌دهی کند. رفتار باروری تنها به دنیا آوردن فرزند نیست و محدود به این موضوع نمی‌شود بلکه جنبه‌های دیگری مانند نگرش به محرک‌های تنظیم باروری و علاقه به داشتن فرزند را نیز شامل می‌شود (۳). رفتار باروری موضوع پیچیده‌ای است که دارای ریشه‌های رفتاری، فرهنگی و عقیدتی می‌باشد و در بستر توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی و انتقال جمعیتی تغییر می‌کند (۴).

کاهش نرخ رشد و پیر شدن جمعیت کشورها به عنوان یک معضل اساسی است که بسیاری از محققین علاقه‌مند به این حوزه، به دنبال درک عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای باروری هستند (۵). برخی از عوامل مؤثر بر تغییر در رفتار باروری در جوامع مختلف شامل افزایش سطح تحصیلات زنان، افزایش سن ازدواج، افزایش سن مادر در اولین بارداری، افزایش پوشش استفاده از روش پیشگیری از بارداری، توانمندی زنان در جامعه مدرن، برابری جنسیتی، میزان درآمد خانواده و مشارکت زنان به صورت نیروی کار در جامعه می‌باشند (۲، ۶، ۷). علاوه بر عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر رفتار باروری عوامل دیگری مانند مذهب به عنوان یک عامل فرهنگی می‌تواند بخشی از تغییرات و تحولات باروری را تبیین کند. اینکه چرا در گروه‌های مختلف مذهبی، افراد با اوضاع اقتصادی و اجتماعی مشابه، در مورد رفتار باروری به صورت متفاوت عمل می‌کنند، سؤال است که می‌تواند رابطه‌ی مذهب با رفتار باروری را شرح دهد (۸).

مذهب به عنوان یکی از مؤلفه‌های عامل فرهنگی شامل مجموعه‌ای از باورها و نیایدها، اعتقادات و ارزش‌های اختصاصی است که می‌تواند زندگی را برای افراد معنا ببخشد (۶). رفتارهای باروری در مذاهب مختلف مدنظر قرار گرفته‌اند به طوری که در آموزه‌های دین اسلام بر تشکیل خانواده و فرزندآوری تأکید شده است. طبق آیات ۶۳ و ۷۴ سوره مبارکه فرقان، عبادالرحمن کسانی معرفی شده‌اند که پرهیزکاری را از همسر و فرزندان‌شان طلب می‌کنند. در این آیات، عبادالرحمن از خداوند درخواست می‌کنند نسلی به آن‌ها عطا کند که روشنی چشمان‌شان باشد (۹). هم منابع تشیع و هم اهل سنت به حقوق مرتب با تولید مثل اشاره کرده‌اند (۱۰). همچنین در روایات ائمه اطهار که معمولاً در قالب دعا برای طلب فرزند، آداب ترتیب، ذم عدم فرزندآوری و کشتن فرزند ذکر شده‌اند، اهمیت این موضوع را روشن می‌سازند. به عنوان مثال، در روایتی از امام صادق به نقل از پیامبر اسلام آمده است: «فرزندانتان را زیاد کنید، چرا که من فردا (روز قیامت) با فراوانی شما بر دیگر امت‌ها مباحثات می‌کنم.» یا جای دیگری نقل گردیده است: «فرزند بخواهید و آن را طلب کنید، زیرا که فرزند روشنی چشم و شادی قلب است.» (۱۱). بعلاوه تأکید

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع مرور نظام‌مند بر اساس دستورالعمل‌های پریزما (PRISMA) انجام شده است (۱۵). پروتکل این مطالعه در ثبت بین‌المللی آینده‌نگر مرورهای سیستماتیک (PROSPERO) در مؤسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت ثبت شده است. سؤال پژوهش این مطالعه به روش PECO طراحی شد (P به معنی Population یا

نظیر پوستره‌های ارائه شده در سمینارها، بیانیه‌های بهداشتی، پروژه‌های سازمانی، ارائه‌های کلاسی و پیام‌های سلامتی جزء معیار خروج بودند. علاوه در صورتی که یک تحقیق چند بار به چاپ رسیده باشد، فقط یک بار آن جهت ورود به مطالعه استفاده شد.

ارزیابی کیفیت: ارزیابی کیفیت مطالعات با چک‌لیست STROBE Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology انجام شد (۱۶). بیانیه STROBE به عنوان یک ابزار معتبر متشکل از یک چک‌لیست ۲۲ موردی است که موارد آن بر گزارش یا ارزیابی بخش‌های مختلف مطالعه مشاهده‌ای متمرکز می‌باشد. کلیه مقالات جمع‌آوری شده، بطور مستقل توسط دو پژوهشگر از لحاظ کیفیت متدولوژیک (م.ج، ا.ا) مورد بررسی قرار گرفت و پس از احراز ورود به مطالعه اطلاعات مرتبط و عوامل مؤثر بر آن استخراج و برآورد شد. سپس، نمره‌ی هر مطالعه در جدول یافته‌ها گزارش شد. شایان ذکر است مقالاتی که تفاوت‌های شدیدی با حداقل شاخص‌های ارزیابی متقدانه‌ی مقالات دارند از مطالعه خارج شدند. اختلاف نظر بین دو پژوهشگر به فرد صاحب‌نظر سوم (ف.ع) واگذار شد و با نظر ایشان حل گردید (جدول ۱).

به منظور استخراج داده‌ها، دو بازبین مستقل (ف.ع، ا.ا) داده‌های مربوطه را از مطالعات گنجانده شده با استفاده از یک فرم استاندارد استخراج داده، استخراج کردند. آیتم‌های استخراج شده از مقالات شامل نام نویسنده اول/ سال انجام مطالعه، نوع مطالعه، محل انجام تحقیق، تعداد شرکت‌کنندگان، میانگین سنی شرکت‌کنندگان، نحوه‌ی اندازه‌گیری پیامد، یافته‌های اصلی و نمره‌ی ارزیابی کیفیت بود.

این مطالعه دارای کد اخلاق IR.ABZUMS.REC.1402.007 مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی البرز می‌باشد.

یافته‌ها

در این مرور سیستماتیک، ۱۲۰۷ مقاله طی فرایند جستجو از طریق پایگاه‌های علمی استخراج شدند. سپس عنوان و چکیده‌ی مقالات باقی‌مانده به دقت مورد بررسی قرار گرفت و مقالاتی که فاقد معیارهای ورود به مطالعه بودند، حذف شدند. در نهایت پس از بررسی متن کامل مقالات مرتبط احتمالی، ۲۶ مقاله وارد مطالعه شده و مورد بررسی نهایی قرار گرفت (شکل ۱). مطالعات مورد بررسی از نوع مشاهده‌ای بودند که مشخصات این مطالعات در جدول ائشان داده شده است. در این مطالعه دلیل ناهمگون بودن داده‌ها، آن‌ها به طور سیستماتیک گزارش شدند. از بین ۲۶ مطالعه انتخاب شده، ۱۶ مطالعه در ایران، ۲ مطالعه در نیجریه، ۳ مطالعه در ایالات متحده آمریکا، ۱ مطالعه در اندونزی، ۱ مطالعه در چین، ۱ مطالعه در بنگلادش، ۱ مطالعه در فرانسه و ۱ مطالعه کشورهای شرکت‌کننده در موج ۶ بررسی ارزش جهانی انجام شده بودند.

جمعیت، E به معنی Exposure یا مواجهه، C به معنی Comparison یا مقایسه و O به معنی Outcome یا پیامد). به این صورت که شرکت‌کنندگان: کلیه‌ی زنان در سنین باروری بودند. مواجهه: باورهای مذهبی فرد در نظر گرفته شد. کنترل: شرکت‌کنندگانی که تحت تأثیر باورهای مذهبی نبوده‌اند. و پیامد: ارتباط تعیین شده بین باورهای مذهبی و رفتارهای باروری بود.

استراتژی جستجو: مطالعه‌ی حاضر با بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی Magiran, SID, Scopus, PubMed, Web of Science, با موتور جستجوی Google Scholar و محدود به مقاله‌های فارسی و انگلیسی زبان منتشر شده در بازه‌ی زمانی ۲۰۰۸ تا ۹ ژوئیه ۲۰۲۳ انجام شد. کلمات کلیدی مورد استفاده برای جستجو در پایگاه‌های فارسی شامل ترکیب کلمات «مذهب»، «باور»، «زنان»، «باروری» و «رفتار باروری» به صورت چندتایی بوده و با عملگرهای «و» و «یا» باهم ترکیب شدند و کلمات کلیدی انگلیسی شامل Religion, Fertility, Reproductive behaviors, Women, Belief با استفاده از عملگرهای بولین OR و AND ترکیب شدند. جستجو در مطالعات مطابق با معیار ورود به روش گلوله برفی انجام شد تا تعداد داده‌های از دست رفته به حداقل برسد. تکنیک گلوله برفی برای افزایش حساسیت مطالعه استفاده می‌شود، به صورت پیگیری لیست مرجع و یافتن مطالعات مرتبط با هر یک از مطالعات مرجع است. در مطالعات غیر قابل دستیابی نیز به نویسندگان مقاله ایمیل زده شد. جستجو توسط دو محقق (م.ج، ن.ش) به صورت مجزا انجام و موارد تکراری حاصل از جستجوی آن‌ها حذف گردید. پس از حذف مقالات تکراری، عناوین و چکیده‌ها غربالگری شدند و متن کامل مقالات بالقوه‌ی واجد شرایط برای تعیین ورود به مطالعه‌ی حاضر بررسی شدند. کلید واژه‌های به کار گرفته شده و نحوه‌ی جستجو برای استخراج مقالات به صورت زیر می‌باشد:

Religion [MeSH Terms] OR (Religion) [Text Word] OR (Religious Beliefs[MeSH Terms]) OR (Religious Belief [Text Word]) AND (Reproductive behaviors [MeSH Terms]) OR (Childbearing behaviors[Text Word]) AND (Fertility [MeSH Terms]) OR (Fecundability[Text Word]) AND (Women [MeSH Term]). AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English, Persian").

معیارهای ورود شامل کلیه‌ی مطالعات مشاهده‌ای انگلیسی و فارسی زبان که بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۹ ژوئیه ۲۰۲۳ منتشر شده و ارتباط بین باورهای مذهبی و رفتارهای باروری در زنان سنین باروری را مورد بررسی قرار داده بودند. مطالعاتی که حاوی گزارشی از ارزیابی وضعیت باروری به واسطه‌ی مؤلفه‌های اجتماعی و فرهنگی بودند و هر گونه عاملی در زمینه‌ی ارتباط باروری و مذهب را داشتند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای خروج شامل مطالعات غیر انسانی، گزارش موردی، مروری و کیفی بودند. همچنین متونی که به صورت مقاله چاپ نشده‌اند

جدول ۱. ویژگی‌ها و مشخصات مطالعات وارد شده به مرور نظام‌مند

نویسنده / سال	نوع مطالعه	کشور	حجم نمونه	سن (سال)	متغیرها	ابزار	یافته‌های اصلی	نمره‌ی ارزیابی کیشیت
Malmir و همکاران ۲۰۲۳ (۳۴)	مقطعی	ایران	۱۰۲۰ زن متأهل	۴۴-۱۸	-مذهب شیعه و سنی -ترجیحات باروری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	-ارتباط معنی‌دار اندازه‌ی خانواده‌ی ایده‌آل بیشتر در زنان سنی نسبت به زنان شیعه ($P = ۰/۰۰۱$) -ارتباط معنی‌دار تمایل به داشتن فرزند دیگر در زنان سنی نسبت به زنان شیعه ($P = ۰/۰۴۵$)	۱۷
امینی و همکاران ۲۰۲۲ (۱۴)	توصیفی - همبستگی	ایران	۲۴۰ زن متأهل	$\pm ۶/۴۹$ ۳۳/۱۲	-مسئولیت‌پذیری -جهت‌گیری مذهبی - قصد فرزندآوری	- پرسش‌نامه‌ی مسئولیت‌پذیری هاریسون گاف - پرسش‌نامه‌ی جهت‌گیری مذهبی - پرسش‌نامه‌ی تمایل به باروری	-عدم ارتباط معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی با قصد فرزندآوری ($P > ۰/۰۰۵$) -ارتباط معکوس و معنی‌دار بین مسئولیت‌پذیری و قصد فرزندآوری ($P = ۰/۰۳۶$) -جهت‌گیری مذهبی کمتر در زنان با همسران دارای سطح تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با زنان با همسران بی‌سواد ($P = ۰/۰۴۲$)	۱۹
علیزاده اقدم و همکاران ۲۰۲۲ (۳۵)	پیمایشی	ایران	۴۹۸ زن متأهل	۴۹-۱۵	-دینداری -رفتار باروری	- پرسش‌نامه‌ی گالک و استارک برای سنجش دینداری - پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	- رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار بین دینداری و رفتارهای باروری ($P = ۰/۰۰۱$)	۱۹
Xi و همکاران ۲۰۲۲ (۳۶)	پیمایشی	چین	۵۰۶۵ زن و مرد (۲۷۴۹ زن)	۴۹-۱۸	-وابستگی مذهبی -ترجیحات باروری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	-میانگین باروری بیشتر در زنان مذهبی نسبت به زنان غیرمذهبی ($۲/۱۲ \pm ۰/۹۸$) در مقابل ($۱/۸۵ \pm ۰/۷۵$) -ارتباط معنی‌دار بین مذهب و ترجیحات باروری ($P < ۰/۰۰۱$)	۱۷
Halimatusa'diyah و Toyibah ۲۰۲۱ (۳۷)	پیمایشی	۵۷ کشور (کشورهای شرکت‌کننده در موج ۶ بررسی ارزش جهانی)	۶۶۲۲۲ زن و مرد (۳۶۵۹۲ زن و ۲۹۳۶۰ مرد)	۵۵-۱۸	-وابستگی مذهبی -دینداری -رفتار باروری	-محقق ساخته بر اساس اطلاعات موجود در موج ۶ بررسی ارزش جهانی	-احتمال باروری بیشتر به میزان ۰/۵۶ واحد در مسلمانان نسبت به افراد بدون وابستگی مذهبی ($P < ۰/۰۱$) -احتمال باروری بیشتر به میزان ۰/۱۷ واحد در کسانی که مناسک دینی را بیشتر انجام می‌دهند و اعتقاد بیشتری دارند ($P < ۰/۰۱$) -احتمال باروری بیشتر به میزان ۰/۱۲ واحد در کسانی که دین اهمیت زیادی در زندگی‌شان دارد ($P < ۰/۰۱$) -احتمال باروری کمتر در مسلمانان و مسیحیان با وضعیت اقلیت در مقابل وضعیت اکثریت ($P < ۰/۰۱$)	۱۷
کاوه فیروز و همکاران ۲۰۲۱ (۳۸)	پیمایشی	ایران	۳۹۸ زن متأهل	۴۹-۱۵	-دینداری -تمایلات و قصد باروری	- پرسش‌نامه‌ی گالک و استارک برای سنجش دینداری - پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته باروری	-عدم ارتباط معنی‌دار بین دینداری و قصد باروری ($P = ۰/۵۴۹$) -عدم ارتباط معنی‌دار بین دینداری و تمایلات باروری ($P = ۰/۹۷۸$)	۱۸

ادامه جدول ۱. ویژگی‌ها و مشخصات مطالعات وارد شده به مرور نظام‌مند

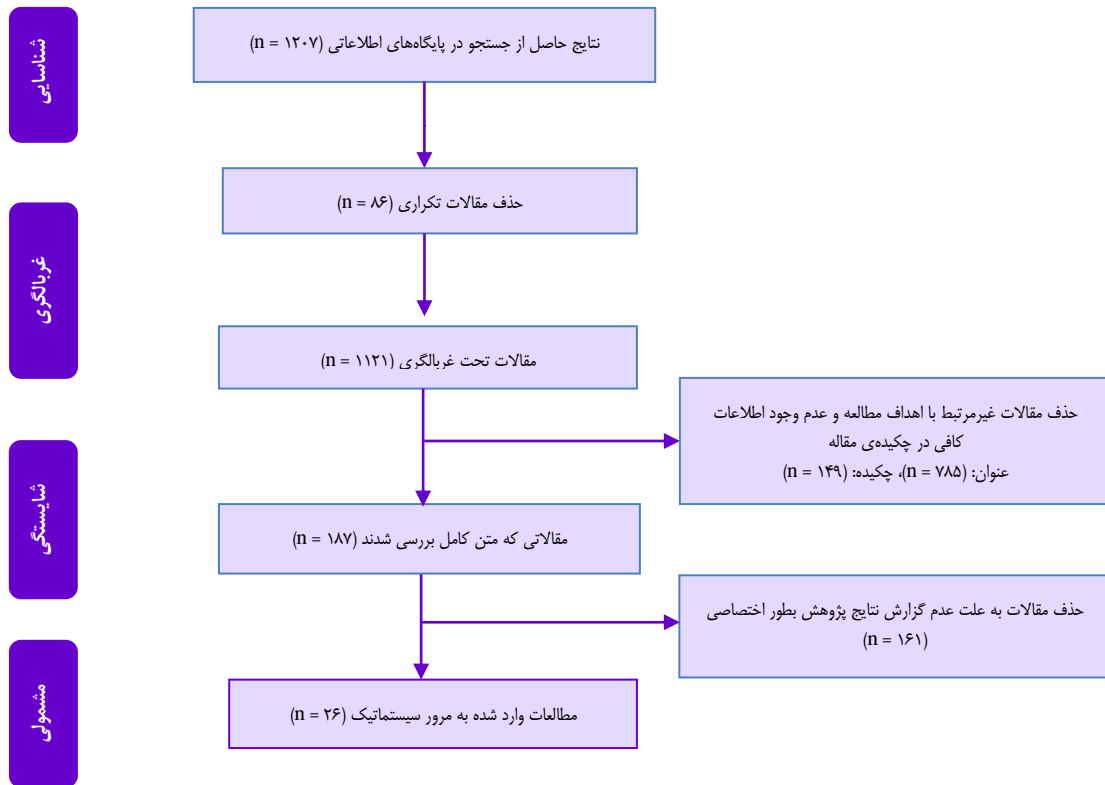
نویسنده / سال	نوع مطالعه	کشور	حجم نمونه	سن (سال)	متغیرها	ابزار	یافته‌های اصلی	نمره‌ی ارزیابی کیشیت
Yavarian و همکاران (۲۰۲۱) (۳۹)	پیمایشی	ایران	۴۶۰ زوج	۱۵-۴۹	-دینداری - قصد فرزندآوری	- پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی و دینداری - پرسش‌نامه‌ی نگرش نسبت به فرزندآوری	- ارتباط معنی‌دار بین سطح دینداری و نگرش نسبت به فرزندآوری ($P = ۰/۰۰۱$) - با افزایش سطح دینداری نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری ($P = ۰/۰۰۱$) - ارتباط معنی‌دار بین تعهد و انجام تکالیف دینی و نگرش نسبت به فرزندآوری ($P = ۰/۰۰۱$) - عدم ارتباط معنی‌دار بین هیجانات مذهبی و نگرش نسبت به فرزندآوری ($P = ۰/۲۲۲$) - ارتباط معنی‌دار بین سطح دینداری و افزایش تعداد فرزندان ($P = ۰/۰۰۱$)	۱۸
Harzif و همکاران (۲۰۲۰) (۴۰)	مقطعی	اندونزی	۹۲ رزیدنت زنان و زایمان (۵۶ زن و ۳۴ مرد)	۳۰	- مسلمانان، مسیحیان - دانش، نگرش و قصد حفظ باروری	- پرسش‌نامه‌ی دانش، نگرش، قصد و جنبه‌ی دینی نسبت به حفظ باروری	- دانش باروری بیشتر در شرکت کنندگان مسلمان نسبت به مسیحیان و کاتولیک‌ها در رابطه با اهدای اسپرم و تخمک ($P = ۰/۰۰۸$ و $P = ۰/۰۰۱$)	۱۸
Oyediran و همکاران (۲۰۲۰) (۱)	مقطعی	نیجریه	۱۳۱۹۰ زن	۱۵-۴۹	- مسلمانان، مسیحیان - بارداری ناخواسته	- اطلاعات بررسی جمعیتی و سلامت نیجریه (NDHS)	- احتمال کمتر بارداری ناخواسته در مسلمانان نسبت به مسیحیان ($P = ۰/۰۰۰$)	۱۹
Azmoude و همکاران (۲۰۱۹) (۴۱)	مقطعی	ایران	۲۵۴ زن	$± ۶/۶۲$ ۳۰/۹۴	- دینداری - میزان باروری	- پرسش‌نامه‌ی مقیاس دینداری - پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته باروری	- همبستگی معنی‌دار بین میزان باروری و نمره‌ی کل دینداری و ابعاد سه گانه‌ی آن ($P < ۰/۰۵$) - عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین میزان باروری و نمره‌ی دینداری با آزمون رگرسیون خطی با کنترل متغیرهای سن، سن ازدواج، سن همسر و سطح تحصیلات ($P = ۰/۸۵۳$)	۱۸
بهرمن و همکاران / ۲۰۱۹	مقطعی	فرانسه	۹۴۵۶ زن	۱۵-۴۹	- وابستگی مذهبی (مسلمانان و غیرمسلمانان) - اندازه‌ی خانواده ایده‌آل	- پرسش‌نامه‌ی خود گزارشی هویت مذهبی - پرسشنامه محقق ساخته باروری	- اندازه‌ی خانواده ایده‌آل و باروری در زنان مسلمان بیشتر از زنان غیرمسلمان ($P < ۰/۰۰۱$)	۱۸
Abbaszadeh و همکاران (۲۰۱۹) (۴۲)	مقطعی	ایران	۴۱۵ زن و مرد متاهل (۲۱۴ زن و ۲۰۱ مرد)	$۳۳/۶ ± ۸/۱$	- دینداری - نگرش نسبت به فرزندآوری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته دینداری - پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته نگرش نسبت به فرزندآوری	- همبستگی مستقیم بین دینداری و نگرش نسبت به فرزندآوری ($P = ۰/۰۰۱$)	۱۸
Hossain و همکاران (۲۰۱۸) (۴۳)	ثابته (از نوع مدل‌سازی)	بنگلادش	۱۶۸۵۸ زوج	۱۵-۴۹	- باور مذهبی - مصرف داروهای ضد بارداری	- باور مذهبی - مصرف داروهای ضد بارداری	- تأثیر قابل توجه مذهب بر کاهش مصرف داروهای ضد بارداری ($P = ۰/۰۰۰۱$)	۱۸
Khadivzadeh و Irani (۲۰۱۸) (۴)	مقطعی	ایران	۸۳۸ زن متاهل	$۳۱/۵ ± ۷/۵$	- باورهای دینی - رفتارهای باروری	- پرسش‌نامه‌های رفتارهای باروری و باورهای دینی	- رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار باورهای دینی با تعداد مطلوب فرزندان ($P = ۰/۰۰۱$) - رابطه‌ی معنی‌دار باورهای دینی بالاتر با تمایل به شروع زودهنگام بارداری و باروری ($P < ۰/۰۵$)	۱۶
حاجی زاده و همکاران (۲۰۱۷) (۳)	مقطعی	ایران	۲۰۰ زن متاهل	$± ۱/۶$ ۲۹/۲۴	- نگرش دینی - رفتار باروری	- پرسش‌نامه‌های تعیین کننده رفتار باروری و نگرش دینی	- ارتباط معنی‌دار سطوح نگارش دینی با رفتار باروری ($P = ۰/۰۰۱$)	۱۷

ادامه جدول ۱. ویژگی‌ها و مشخصات مطالعات وارد شده به مرور نظام‌مند

نویسنده / سال	نوع مطالعه	کشور	حجم نمونه	سن (سال)	متغیرها	ابزار	یافته‌های اصلی	نمره‌ی ارزیابی کیفیت
Saei Gharenaz و همکاران ۲۰۱۷ (۶)	مقطعی	ایران	۲۰۰ زن شاغل	۳۷/۵ ± ۸/۱	- جهت‌گیری مذهبی - قصد فرزندآوری - تعداد موجود و مطلوب فرزند	- پرسش‌نامه‌ی رفتار باروری - مقیاس نگرش‌سنجی مذهبی	- جهت‌گیری مذهبی عالی در ۶۰/۵ درصد واحدهای پژوهش - قصد فرزندآوری در ۲۱ درصد واحدهای پژوهش - ارتباط معنی‌دار بین تعداد موجود و مطلوب فرزند با نمره جهت‌گیری مذهبی ($P < ۰/۰۵$) - عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین قصد فرزندآوری و جهت‌گیری مذهبی ($P > ۰/۰۵$)	۱۸
Hosseini و همکاران ۲۰۱۶ (۴۴)	پیمایشی	ایران	۵۰۰ زن متأهل ۲۵۰ زن شیعه و ۲۵۰ زن سنی)	زنان شیعه: ۳۲/۶۱ زنان سنی: ۳۲/۵۴	- شیعه و سنی - گرایش ترجیح جنسی - تعداد فرزندان - تمایل به فرزندآوری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	- نمره‌ی شاخص گرایش به ترجیح جنسی بالاتر در میان زنان شیعه در مقایسه با اهل تسنن ۲۴ درصد در مقابل ۲۲/۸۲ - نمره‌ی شاخص نگرش نسبت به منافع فرزندان بالاتر در میان زنان شیعه در مقایسه با اهل تسنن ۱۶/۰۵ درصد در مقابل ۱۵/۱۷ - تمایل به فرزندآوری بالاتر در میان زنان اهل سنت ۴۴ درصد در مقابل ۴۰ درصد	۱۹
Pearce و همکاران ۲۰۱۶ (۴۵)	طولی	ایالات متحده آمریکا	۳۸۰۴ زن	± ۴/۴ ۲۲/۱۳	- باور مذهبی - بارداری ناخواسته	- داده‌های مطالعه‌ی طولی جوانان (NLS)	- احتمال کمتر بارداری ناخواسته در زنان مذهبی ($P < ۰/۰۱$) - رابطه‌ی بین بارداری ناخواسته و تربیت در جوامع محافظه‌کار پروتستان ($P < ۰/۰۱$)	۲۰
Saidi Madani و همکاران ۲۰۱۵ / (۴۶)	پیمایشی	ایران	۳۶۲ زن شیعه و سنی	زنان شیعه: ۳۳/۵ زنان سنی: ۳۱/۲	- شیعه و سنی - رفتار باروری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	- میزان باروری بالاتر معنی‌دار زنان سنی نسبت به زنان شیعه ($P = ۰/۰۰۲$) - در هر دو گروه ارتباط معنی‌دار بین باروری و گرایش به ترجیح جنسی، نگرش نسبت به هزینه‌ی فرزندان، تقدیرگرایی در رفتار باروری، پایداری نسبت به ارزش‌های خانواده بزرگ و پایگاه اقتصادی اجتماعی ($P = ۰/۰۰۱$)	۱۸
Akintunde و همکاران ۲۰۱۳ (۴۷)	طولی	نیجریه	۲۱۹۷ زن و مرد	۴۹-۱۵	- مسلمانان و مسیحیان - رفتار باروری	- پرسش‌نامه‌ی وضعیت باروری و مذهب	- بیشترین تعداد فرزندان در قبایل مسلمان ($P = ۰/۰۵$) - وجود رابطه بین مذهب، سطح تحصیلات و سن ازدواج ($P = ۰/۰۵$) - تأثیر مذهب بر تعداد ماه‌های شیردهی ($P = ۰/۰۵$) - میزان باروری یکسان در مسیحیان و مسلمانان با ساختار خانوادگی یکسان ($P = ۰/۰۵$)	۱۸
ثوابی و راد ۲۰۱۳ / (۷)	پیمایشی	ایران	۴۶۰ زن متأهل	۳۳	- باورهای مذهبی - گرایش به باروری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	- باورهای مذهبی به عنوان مهم‌ترین عامل میزان گرایش به باروری ($P < ۰/۰۰۱$)	۱۹
سروش و بحرانی ۲۰۱۳ / (۴۸)	پیمایشی	ایران	۴۰۰ زن متأهل	۴۰/۸۲	- دینداری - تعداد واقعی فرزندان - تعداد ایده‌آل فرزندان	- پرسش‌نامه‌ی گالک و استارک برای سنجش دینداری - پرسشنامه محقق ساخته	- رابطه‌ی معنی‌دار تعداد واقعی فرزندان با تمام ابعاد دینداری ($P < ۰/۰۱$) - عدم ارتباط معنی‌دار تعداد ایده‌آل فرزندان با ابعاد دینداری ($P > ۰/۰۵$)	۱۸

ادامه جدول ۱. ویژگی‌ها و مشخصات مطالعات وارد شده به مرور نظام‌مند

نویسنده / سال	نوع مطالعه	کشور	حجم نمونه	سن (سال)	متغیرها	ابزار	یافته‌های اصلی	نمره‌ی ارزیابی کیشیت
لطیف نژاد رودسری و همکاران / ۲۰۱۳ (۴۹)	همبستگی- توصیفی	ایران	۱۱۵ زوج نابارور	۳۰/۸ ± ۵/۸	- باورهای دینی - نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری	- پرسش‌نامه‌های باورهای دینی، نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری	- عدم وجود ارتباط معنی‌دار میان باورها دینی و روش‌های اهدایی کمک باروری در زنان $(P > ۰/۰۵)$ - وجود ارتباط معنادار میان باورها دینی و روش‌های اهدایی کمک باروری در مردان $(P = ۰/۰۳۶)$	۱۹
محمودیان و نوبخت / ۲۰۱۰ (۸)	پیمایشی	ایران	۳۰۶ زن متأهل شیعه و سنی	۴۹-۱۵	- شیعه و سنی - تعداد فرزندان - میزان باروری	- پرسش‌نامه‌ی طرح تحولات باروری	- میزان باروری بالاتر زنان سنی نسبت به زنان شیعه $(P < ۰/۰۱)$ - تعداد فرزندان بیشتر در مادران با پایبندی متوسط به باورهای مذهبی $(P < ۰/۰۱)$	۱۷
Zhang / ۲۰۰۸ (۱۳)	مقطعی	ایالات متحده آمریکا	۱۰۴۵۱ زن و مرد (۶۵۱۳ زن و ۳۹۳۸ مرد)	۴۵-۱۵	- وابستگی مذهبی - دینداری - میزان باروری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته	- میزان باروری بالاتر در افراد وابسته به یک دین در مقابل افراد بدون وابستگی دینی (۱/۵ در مقابل ۰/۸۲ کودک به دنیا آمده)	۱۷
Hayford و Morgan / ۲۰۰۸ (۵۰)	مقطعی	ایالات متحده آمریکا	۷۶۴۳	۴۴-۱۵	- باورهای مذهبی و وابستگی مذهبی - تمایلات باروری	- پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بر اساس اطلاعات بررسی ملی رشد خانواده	- ارتباط معنی‌دار بین مذهب و تمایل باروری در زنانی که مذهب در زندگی روزمره‌شان مهم است در مقابل زنان بدون مذهب یا با اهمیت کم مذهب در زندگی روزمره‌شان $(P < ۰/۰۰۱)$ - افزایش ۰/۳۱ واحد در تعداد فرزندان در زنانی که مذهب در زندگی روزمره‌شان تا حدودی مهم است $(P < ۰/۰۰۱)$ - افزایش ۰/۹۶ واحد در تعداد فرزندان در زنانی که مذهب در زندگی روزمره‌شان بسیار مهم است $(P < ۰/۰۰۱)$	۱۸



شکل ۱. فلوجارت انتخاب مطالعات

ارتباطی ندارند (۶، ۱۴)، البته مطالعات دیگر باورهای مذهبی را به عنوان مهم‌ترین عامل در باروری مطرح کرد.

بحث

در این مطالعه‌ی مرور سیستماتیک که به بررسی ارتباط بین باورهای مذهبی و رفتارهای باروری پرداخت، با توجه به چالش‌های موجود، مطالعات مناسبی در سطح ملی و بین‌المللی انجام گرفته بودند. جمع‌بندی یافته‌های موجود در زمینه ارتباط بین دو مؤلفه‌ی باورهای مذهبی و رفتارهای باروری حاکی از وجود ارتباط قابل توجه بین این دو مؤلفه بود.

یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که باورهای دینی قوی‌تر با تمایل بیشتر به باروری و آغاز سریع‌تر آن همراه است. در همین راستا، مطالعه‌ای در انگلستان نیز نشان داد که مذهب و عمل کردن به دستورات مذهبی اعمال مهمی برای اقدام به فرزندآوری است (۱۷). مطالعه‌ای در کشور آمریکا نیز نشان داد که مذهب، یکی از دلایل باروری بالاتر است. علت چنین امری می‌تواند ناشی از قدرت، امید به آینده و احساس راحت بودن در افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی باشد (۱۸).

با این وجود، نرخ باروری حتی در میان افراد مذهبی هم باید در

همچنین، تعداد کل حجم نمونه در این مطالعه، ۱۰۵۵۲۳ نفر بود. همه‌ی زنان در سنین باروری بودند.

از نظر پیامد مدنظر، تمام مطالعات لحاظ شده در مورد باورهای مذهبی با رفتارهای باروری ارتباط قابل توجه داشتند که جزئیات آن‌ها در جدول ۱ قابل ملاحظه است. نتایج مطالعه حاکی از ارتباط باورهای مذهبی بر یک یا چند مؤلفه‌ی مرتبط با رفتارهای باروری از قبیل مسئولیت‌پذیری، استفاده از روش‌های پیشگیرانه، بارداری ناخواسته، آگاهی‌های جنسی، گرایش به باروری، روش‌های اهدایی کمک باروری و نگرش نسبت به تعداد مطلوب فرزندان بودند. همچنین نگرش‌های اسلامی نوعی نقش محافظت‌کننده در برابر رفتارهای نامناسب بهداشت باروری برای مسلمانان در مقایسه با سایر ادیان داشتند. یافته‌ها نشان داد که مذهب نسبت با نگرش افراد نسبت به ازدواج و تشکیل خانواده نقش میانجی دارد. باورها و مناسک مذهبی و اهمیت دین به طور مثبت با نرخ باروری بالا مرتبط بود. افرادی که دیدگاه اصلاح‌طلبانه نسبت به مذهب داشتند، نرخ باروری پایین‌تری را به ثبت رسانده بودند. با توجه به نتایج حاصل، به دلیل آنکه باروری عاملی وابسته به مؤلفه‌های اقتصادی و فرهنگی است، نمی‌توان آن را از دید تک بُعدی مورد بررسی قرار داد. هر چند، دو مطالعه حاکی از آن بودند که قصد باروری با گرایش‌های مذهبی

ارتقاء داد. شایستگی فرهنگی عبارت است از فرایندی که ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی در تلاش است به طور مؤثر با بافت فرهنگی مددجو هماهنگ شود (۲۵). اکثر مطالعات مربوطه، فقه اسلامی را نقطه‌ی شروع برای بهترین عملکرد بهداشت باروری می‌دانند. به عنوان مثال، پدیده‌ها و مسائلی از قبیل کنترل موالید، سقط جنین، همجنس‌گرایی، رابطه‌ی جنسی قبل از ازدواج، مضرات رابطه‌ی جنسی مقعدی به صورت دستورالعمل برای مراقبت بهداشت باروری مسلمانان در نظر گرفته‌اند (۲۶). مطالعات در زمینه‌ی حساسیت فرهنگی و بهداشت باروری حاکی از آن هستند که تصمیمات مسلمانان در این زمینه وابسته به فقه اسلامی است. به عبارت دیگر، مسلمانان به جای آنکه بر اساس تجربیات شخصی‌شان تصمیم بگیرند، مطابق با احکام دینی رفتار می‌کنند (۲۷).

همانطور که قبلاً در چندین مطالعه ذکر شد، نوجوانان دچار تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و عاطفی می‌شوند که با کنجکاوی، بی‌دقتی و سطح بالایی از لذت‌جویی جنسی مشخص می‌شود و همین امر، یکی از دلایل اصلی درگیر شدن نوجوانان در رابطه‌ی جنسی پرخطر است. در نتیجه، زمینه برای رفتارهای باروری نادرست در سنین بالاتر همراه با نادیده گرفتن ارزش‌های مذهبی در این زمینه ایجاد می‌شود. (۲۸). از این‌رو، باید توجه پایه‌ای و ویژه نسبت به شکل‌گیری بنیان رفتارهای باروری در سنین نوجوانی داشت. نوجوانان بیش از هر زمان دیگری وقت خود را صرف فناوری‌های ارتباطی جدید می‌کنند. بنابراین، پیام‌های منفی از رسانه‌های اجتماعی می‌تواند بر رفتار نوجوانان تأثیر بگذارد (۲۹). مشخص گردیده است که به دلیل جهانی شدن و دسترسی به فناوری و رسانه‌های بین‌المللی، رفتارهای باروری و هنجارهای دینی تحت تأثیر فضای مجازی قرار گرفته و این موضوع در مجامع محافظه‌کار، نمایان‌تر است (۳۰). به طور کلی، اینگونه می‌توان استنباط نمود که هر چه جوامع امروز بیشتر به سمت مدرنیته گام برمی‌دارند، تأثیر و نفوذ تعلقات مذهبی بر روی تمایلات باروری به تدریج کمرنگ‌تر می‌شود (۳۱).

ذینفعان در سراسر جهان اکنون بر نیاز به تغییر پارادایم‌ها، به دور از دیدگاه اقلیت‌های فرهنگی و مذهبی و به عنوان موجودیت‌های همگن، تأکید بر رویکردهای فردمحور دارند تا تمام نیازهای افراد برآورده شود. همچنین، ارائه‌ی خدمات فردمحور ارتباط تنگاتنگی با حساسیت‌های فرهنگی دارد (۳۲). به همین خاطر و به منظور کاهش نابرابری‌ها از جانب سیستم، توصیه می‌شود از رویکرد «پشتیبانی فرد محور با رعایت حساسیت‌های اخلاقی» مدنظر قرار بگیرد. بدین ترتیب، نیازهای فرد هم لحاظ می‌شود (۳۳). اگرچه تمام تلاش‌ها برای انجام یک مطالعه بی‌عیب و نقص انجام شد، اما محدودیت‌های خاصی وجود داشت که بایستی به آن‌ها اشاره گردد. به علت عدم

سطح مطلوب‌تری قرار بگیرد. هر چند، نباید نقش تعاملات خانوادگی را نادیده گرفت. به عبارت دیگر، شناخت بالاتر میان زوجین با نرخ باروری بالاتر ارتباط معنی‌دار دارد (۱۹). ثابت شده است که سطح تحصیلات هر فرد نیز در کنار مذهب می‌تواند بر کاهش میزان باروری زنان تأثیر بگذارد. هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد، قدرت تفکر و بازانندیشی هم بالاتر می‌رود. به همین خاطر، تعداد فرزندان در زنان بارور کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، بانوان با تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد، عمدتاً به جنبه اقتصادی باروری توجه دارند. هر چند، زنان تحصیل کرده، در کنار بعد اقتصادی، مؤلفه‌های عاطفی، روانی و تربیتی فرزندان را هم مدنظر قرار می‌دهند (۲۰).

دیگر یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که نگرش دینی زوجین نابارور را می‌توان در درمان ناباروری‌شان به کار برد. هر چند، مطالعه‌ای در کشور انگلستان نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین مذهبی بودن و انتخاب رحم جایگزین در بین بانوان نابارور وجود ندارد (۲۱). از طرفی، هم‌راستا با نتایج مطالعه‌ی حاضر، مقاله‌ای با هدف بررسی تأثیر مذهب بر اهداکنندگان و گیرندگان تخمک صورت گرفت که نتایج نشان داد، اعتقادات مذهبی از دلایل اصلی اهداء تخمک از نظر اهداکنندگان به شمار می‌رفت (۲۲).

یکی از دلایل مهم کاهش رفتارهای باروری مناسب و عدم تمایل به باردار شدن در مشکلات اقتصادی، موضوعات مرتبط با تربیت فرزند، آموزش وی و عدم پشتیبانی‌های ملی در حفظ و ارتقاء رفاه خانواده‌ها است. همین عوامل، نگرش تک‌فرزندی را در بین زنان ترویج می‌دهند (۱۴). عامل مهم دیگر، میزان مشارکت اجتماعی زنان در ارتباط با تمایل آن‌ها به باروری بود. همچنین، سن زنان و تعداد فرزندان هم نقش مهمی در تمایل به باروری ایفا می‌کرد. به همین خاطر، سیاست‌گذاران حوزه‌ی باروری بایستی توجه ویژه‌ای نسبت به این دسته از مسائل داشته باشند تا در کوتاه‌مدت، نرخ باروری روندی افزایشی به خود بگیرد (۲۳). از سوی دیگر، نوع شغل بانوان هم نقش مهمی در رفتارهای باروری آن‌ها ایفا می‌کند. به عنوان مثال، زنانی که در بالین کار می‌کنند و تحت استرس مداوم هستند، رفتارهای باروری آن‌ها می‌تواند دستخوش تغییر می‌شود (۲۴). عوامل دیگری نظیر رفتار باروری فرد در گذشته، وضعیت اجتماعی و میزان درک فرد از شرایط رفاهی‌اش نقش مهمی در تمایل وی به باروری ایفا می‌کند. کاهش هزینه‌های پرورش فرزند، مهیا کردن مسکن، ایجاد اشتغال پایدار، تسهیل امر ازدواج و آموزش و آگاهی‌بخشی در زمینه‌ی فرزندآوری جزء عوامل بسیار مهم بر افزایش جمعیت هستند (۶). بنابراین نباید نقش حساسیت‌های فرهنگی را در هنگام تحقیق بر رفتارهای باروری افراد مذهبی نادیده گرفت. با تأکید بر شایستگی فرهنگی می‌توان رفتارهای مرتبط با باروری را در زنان سنین باروری

افزایش روند جمعیت در قومیت‌های مختلف شود. لذا توصیه می‌شود مطالعات بیشتری در زمینه‌ی ارتباط باورهای مذهبی با سایر مؤلفه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و جمعیت‌شناختی صورت پذیرند تا بتوان رویکردهای آموزشی مؤثری را برای ترویج رفتارهای باروری و افزایش میزان آگاهی در زمینه‌ی فواید باروری از دیدگاه اسلام اتخاذ کرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز جهت تأمین مالی پروژه و مساعدت‌های لازم، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

دسترسی به متن تعدادی مقاله مرتبط، به ناچار از مطالعه خارج گردیدند. از جمله دیگر محدودیت‌های مطالعه می‌توان به زبان مقالات بررسی‌شده اشاره نمود که به فارسی و انگلیسی محدود بودند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاکی از آن بودند که رفتارهای باروری و حتی قصد فرزندآوری و فرزند بیشتر، با باورهای مذهبی ارتباط مستقیم و تنگاتنگ دارد. همچنین نگرش‌های اسلامی نوعی نقش محافظت‌کننده در برابر رفتارهای نامناسب بهداشت باروری برای مسلمانان در مقایسه با سایر ادیان دارد. یکی از عواملی که می‌تواند نقش مثبتی در نگرش افراد به رفتار باروری داشته باشد، موضوع دینداری است که می‌تواند باعث

References

- Oyediran KA, Ishola G, Bankole A. Relationship between religion and unintended childbearing in Nigeria: A cross-regional perspective. *Genus* 2020; 76: 1-20.
- Zadeahmad Z, Abdolahi M, Tavakkoli Sani SB, Charoghchian Khorasani E. The study of tendency to childbearing and its relationship with spiritual health and health literacy in women referred to the healthcare centers of Torbat Heydarieh, Iran, in 2019 [in Persian]. *Razi J Med Sc* 2020; 27(8): 32-41.
- Hajizadeh F, Ozgoli G, Saei GM, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari S. Examining religious attitudes and reproductive behavior among women visiting health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences [in Persian]. *Journal of Pizhuhish Dar Din va Salamat* 2017; 3(3): 68-79.
- Khadivzadeh T, Irani M. Religious beliefs and fertility behavior among women of reproductive age in Mashhad, Iran 2016. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018; 28(167): 133-44.
- Rahim Y, Chaudhry A, Mahmood B, Idrees M. socio-cultural contextual determinants of intergenerational change in fertility patterns: A systematic review. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2023; 30(17): 1047-59.
- Saei Gharenaz M, Ozgoli G, Hajizadeh F, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari S. The relationship between religious orientation with intention of desired fertility and actual and desirable number of children in working women of Tehran, Iran. *Journal of Reaserch on Religion & Health* 2017; 3(1): 79-90.
- Savabi H, Rad F. Investigation of trends to fertility and the related social factors (A case study of married women 15 to 50 years in Tabriz) [in Persian]. *Sociological studies* 2013; 5(17): 23-42.
- Mahmoudian H, Nobakht R. Religion and fertility: an analysis of fertility behavior of Sunni and Shia Religious Groups in Goledar City, Fars Province [in Persian]. *Journal of Social Problems of Iran* 2009; 1(1): 195-215.
- Seifi S, Akbari K. Critical study of representation of factors affecting childbearing in TV ads with religious approach [in Persian]. *Religious Studies of the Media* 2021; 3(9-10): 53-80.
- Muinifar M. Reproductive right in Islamic law. *Journal of Contemporary Islamic Studies* 2022; 4(2): 221-33.
- Simforoosh N, Tabatabai S, Simforoosh F. The Quran and Etrat Instructions in population balance and the demographic pattern of the Iranian-Islamic family to benefit from medical science programs [in Persian]. *Quran and Medicine* 2018; 3(1): 25-9.
- Pezhhan A, Kamaliha A. Comparison of population-fertility behaviors of Buddhism in Asia [in Persian]. *Asian Culture and Art Studies (Motaleat-e Farhang va Honare Asiya)*. 2020; 2(1): 57-88.
- Zhang L. Religious affiliation, religiosity, and male and female fertility. *Demographic Research* 2008; 18(8): 233-62.
- Amini L, Bakhshi K, Avval Shahr HS, Haghani S. Relationship of accountability and religious orientation with childbearing intention in women referred to comprehensive health centers in Yasouj, Iran [in Persian]. *Iran Journal of Nursing* 2022; 35(136): 178-89.
- Amirian A, Pakzad R, Hasanpour V, Mirzadeh N, Abdi F. Neonatal outcome among pregnant women with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022; 35(25): 9234-48.
- Amirian A, Rahnemaei FA, Abdi F. Role of C-reactive Protein (CRP) or high-sensitivity CRP in predicting gestational diabetes Mellitus: Systematic review. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(3): 229-36.
- Langdrige D, Sheeran P, Connolly K. Understanding the reasons for parenthood. *J Reprod Infant Psychol* 2005; 23(2): 121-33.
- Frejka T, Westoff CF. Religion, religiousness and fertility in the US and in Europe: Religion, religiosité et fécondité aux Etats-Unis et en Europe. *Eur J Popul* 2008; 24(1): 5-31.
- Rijken AJ, Liefbroer AC. The influence of partner relationship quality on fertility: L'influence de la

- qualité de la relation avec le partenaire sur la fécondité. *Eur J Popul* 2009; 25(1): 27-44.
20. Soleimani A, Mahmoudi M, Rahimi A. Modeling fertility in Mazandaran Province: using the "Path Analysis" [in Persian]. *Payesh* 2006; 5(3): 207-12.
 21. Poote AE, van den Akker OBA. British women's attitudes to surrogacy. *Hum Reprod* 2009; 24(1): 139-45.
 22. Ramezanzadeh F, Haghollahi F, Bagheri M, Masoomi M, Abedi-Nia N, Jafarabadi M. Attitudes of Donors and Recipients toward Ethical Issues in Oocyte Donation. *J Reprod Infertil* 2009; 10(1): 71-80.
 23. Abbasi-Shavazi MJ, Khajehsahleh Z. An assessment on the impact of women's autonomy, education and social participation on childbearing intention in Sirjan City [in Persian]. *Woman in Development & Politics* 2013; 11(1): 45-64.
 24. Salehi B, Seif K, Jamillian HR, Ghebleh F. Comparison of mental health status between employed women in Arak University of Medical Sciences and official staffs of Education office, Arak, 2008 [in Persian]. *J Arak Uni Med Sci* 2009; 12(3): 77-84.
 25. Leininger M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3): 189-92.
 26. Kellogg S, Rosenbaum T, Dweck A, Millheiser L, Pillai-Friedman S, Krychman M. Sexual health and religion: A primer for the sexual health clinician. *J Sex Med* 2014; 11(7): 1606-19.
 27. Al Mutair AS, Plummer V, O'Brien AP, Clerehan R. Providing culturally congruent care for Saudi patients and their families. *Contemp Nurse* 2014; 46(2): 254-8.
 28. El Kazdough H, El-Ammari A, Bouftini S, El Fakir S, El Achhab Y. Perceptions and intervention preferences of Moroccan adolescents, parents, and teachers regarding risks and protective factors for risky sexual behaviors leading to sexually transmitted infections in adolescents: qualitative findings. *Reprod Health* 2019; 16(1): 138.
 29. Bilgrami Z, McLaughlin L, Milanaik R, Adesman A. Health implications of new-age technologies: a systematic review. *Minerva Pediatr* 2017; 69(4): 348-67.
 30. Mullis MD, Kastrinos A, Wollney E, Taylor G, Bylund CL. International barriers to parent-child communication about sexual and reproductive health topics: a qualitative systematic review. *Sex Education* 2021; 21(4): 387-403.
 31. Ozen ME, Vural M, Aydin H, Orum MH, Kalenderoglu A, Selek S. Influences of various variables on body image satisfaction among highly fertile women and infertile women. *Turkish J Clinical Psychiatry* 2019; 22: 187-92.
 32. Epner DE, Baile WF. Patient-centered care: the key to cultural competence. *Ann Oncol* 2012; 23 (Suppl 3): 33-42.
 33. Tucker CM, Roncoroni J, Marsiske M, Nghiem KN, Wall W. Validation of a patient-centered, culturally sensitive, clinic environment inventory using a national sample of adult patients. *J Transcult Nurs* 2014; 25(1): 80-6.
 34. Malmir M, Ebrahimi M, Sadeghi R. Religious affiliation and childbearing preferences of Iranian women. *J Relig Health* 2023; 62(2): 748-63.
 35. 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) [in Persian]. *Sociology of Culture and Art* 2022; 4(1): 100-83.
 36. Xie D, Zhou Y. Religion effects on fertility preference: evidence from China. *J Pop Res* 2022; 39(3): 341-71.
 37. Halimatusa'diyah I, Toyibah D. Do religious people have more children? The effect of religious affiliation and religiosity on fertility. *Journal of Population and Social Studies* 2021; 29: 479-99.
 38. Kaveh Firouz Z, Abbasi-Shavazi MJ, Serajzadeh SH, Ramazi N. The relationship between religiosity and family values with fertility desires and intention among married women in Tehran [in Persian]. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran* 2021; 10(2): 587-623.
 39. Yavarian Baei M, Halimi Jلودار H, Baezzat F. Effectiveness of parental religiosity on their attitude towards. *Journal of Woman and Family Studies* 2021; 8(4): 107-26.
 40. Harzif AK, Maidarti M, Silvia M, Mariana A, Mutia HD, Wiweko B. Knowledge, attitude, intention, and religion aspect toward fertility preservation among obstetrics and gynecology residents in Indonesia: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed* 2020; 18(1): 47-56.
 41. Azmoude E, Barati-Far S, Behnam H, Maryam Aradmehr M. Socio-demographic and religious factors affecting fertility rate among childbearing women in Easter Iran: A population-based study. *Reproductive Health* 2019; 7(1): 1553-9.
 42. Abbaszadeh M, Aghayari Hir T, Alizadeh Aghdam MB, Adlipour S. Attitude towards childbearing among married women and men aged 18-49 years: The role of religiosity, family, modern media, and modern rethinking. *Payesh* 2019; 18(2): 173-82.
 43. Hossain MB, Khan MHR, Ababneh F, Shaw JEH. Identifying factors influencing contraceptive use in Bangladesh: evidence from BDHS 2014 data. *BMC Public Health* 2018; 18(1): 192.
 44. Hosseini H, Askari Nodoushan A, Moradi N. A comparative study of childbearing desires of Shia and Sunni Kurdish women in rural areas of Kamyaran. *Journal of Woman and Family Studies* 2016; 4(1): 63-84.
 45. Pearce LD, Davis SN. How early life religious exposure relates to the timing of first birth. *J Marriage Fam* 2016; 78(5): 1422-38.
 46. Saidi Madani SM, Karimi H, Jalilian A, Armand MA. Determinants of reproductive behavior of women of Shiite and Sunni religious groups [in Persian]. *The Women and Family Cultural Education* 2015; 11(36): 71-9.
 47. Akintunde MO, Lawal MO, Simeon O. Religious roles in fertility behaviour among the residents of Akinyele Local Government, Oyo State, Nigeria. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences* 2013; 2(6): 455-62.
 48. Soroush M, Bahrani S. A study of relationship

- between religiosity, sex role attitude, attitude toward children and ideal and actual number of children [in Persian]. *Woman in Development & Politics* 2013; 11(2): 189-208.
49. Latifnejad Roudsari R, Jafari H, Taghipour A, Khadem N, Ebrahimzdeh S. The Association of Religious Beliefs in Infertile Couples' Attitude towards Donation Procedures and Its Selection as a Therapeutic Approach to Infertility [in Persian]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 16(44): 1-10.
50. Hayford SR, Morgan SP. Religiosity and fertility in the United States: The role of fertility intentions. *Soc Forces* 2008; 86(3): 1163-88.

The Association of Religious Beliefs with Reproductive Behaviors in Reproductive Aged Women: A Systematic Review

Azam Amirian¹, Mohammadamin Jandaghian Bidgoli¹, Farzin Khorvash²,
Fatemeh Abdi³, Negin Shaterian⁴, Marjan Jafarimehr⁵

Review Article

Abstract

Background: Fertility behaviors are one of the worrisome issues in countries with below-replacement fertility rates. In addition to the socioeconomic dimensions affecting fertility rate reduction, the relationship of other components such as religion has also been considered. However, its association with reproductive behavior has not been clearly defined yet. Hence, this study aimed to investigate the association of religious beliefs with reproductive behaviors in reproductive-aged women.

Methods: In this systematic review, databases, and search engines including Web of Science (WoS), PubMed, Scopus, SID, Magiran, and Google Scholar were searched spanning from 2008 to 2023. The review has been limited to Persian and English published articles. The Persian and English keywords consisted of religion, belief, women, reproductive behaviors, and fertility. STROBE statement was selected for the quality assessment.

Findings: 27 studies matched the inclusion criteria. All the included studies indicated the association of religious beliefs with one or more components related to fertility behaviors. For instance, religious beliefs were directly associated with responsibility, use of preventive methods, unwanted pregnancy, sexual awareness, tendency to fertility, attitude towards the desired number of children, and egg donation methods. Also, Islamic attitudes have a protective role against inappropriate reproductive health behaviors for Muslims.

Conclusion: The results showed that fertility behaviors are directly related to religious beliefs. Religiosity is one of the factors that can have a positive role in people's attitudes toward fertility behavior, which can increase the population trend in different ethnicities. Therefore, the component of religion should be considered in fertility policies. However, more studies with larger sample sizes need to be conducted in this field.

Keywords: Fertility; Islam; Religion; Reproductive behavior; Women

Citation: Amirian A, Jandaghian Bidgoli M, Khorvash F, Abdi F, Shaterian N, Jafarimehr M. **The Association of Religious Beliefs with Reproductive Behaviors in Reproductive Aged Women: A Systematic Review.** J Isfahan Med Sch 2023; 41(737): 853-65.

1- Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Professor, Nosocomial Infections Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Assistant Professor, Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
4- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
5- Health Information Technology, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Abdi, Assistant Professor, Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran; Email: abdi@sbmu.ac.ir