

پیامدهای تأخیر فرزندآوری در شهر اهواز

جعفر کردزنگنه* علی قاسمی اردهایی**

چکیده

وقتی زنان تولد اولین فرزند خود را به تأخیر می‌اندازند و سن فرزندآوری در رتبه‌ی اول بالا رود، به‌خاطر کاهش طول دوره‌ی باروری و خطرات بارداری در سنین بالاتر، میزان باروری کاهش پیدا می‌کند. مطالعه‌ی حاضر با روش کیفی و با هدف واکاوی پیامدهای تعویق فرزندآوری در بین زنان شهر اهواز انجام شده است. جهت گردآوری داده‌ها با ۳۰ زن متأهل مصاحبه‌ی عمیق انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که تأخیر در فرزندآوری یکی از الگوهای جدید باروری در جامعه است که همانند تصمیم به باروری در سطح خرد و بین زوجین انجام می‌شود، اما از طرفی هم خود متأثر از بسترهای خرد و کلان جامعه است. بر این اساس و با توجه به تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های عمیق انجام‌شده پیامدهای تعویق فرزندآوری را می‌توان در سه مقوله‌ی میانجی دست‌یابی به اهداف، اختلال در روابط میان بین نسلی و اختلال در روند باروری و فرزندآوری طبیعی دسته‌بندی کرد.

واژگان کلیدی

فرزندآوری تأخیری، میانجی دست‌یابی به اهداف، اختلال در روابط بین نسلی، اختلال در روند باروری و فرزندآوری طبیعی.

*. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور (نویسنده‌ی مسئول) (jkzanganeh@ut.ac.ir)

** استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور (ghasemi33@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۲۵

۱. مقدمه و بیان مسئله

در بسیاری از جوامع، شرایط اقتصادی - اجتماعی حاکم عوامل افزایش روندهای تک‌فرزندی و حتی بی‌فرزندی را فراهم می‌کند. کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و تضمین بیشتر ماندگاری و بقای فرزندان و ظهور خودکاری شدن نظام تولید در موارد زیادی این جریان را تشدید کرده است. آنچه که طی سال‌های ۱۹۵۰ به بعد در اروپای شمالی اتفاق افتاد، باعث شد خانواده‌ها در بسیاری از کشورهای اسکاندیناوی خیلی محتاطانه تصمیمات و رفتارهای باروری خود را محقق کنند. از یک طرف، احتمال بیکاری گسترده، بی‌ثباتی اقتصادی و به دنبال آن بی‌اعتمادی‌های اجتماعی و از طرف دیگر، افزایش سطح سواد، اشتغال زنان و به موازات آن فراهم شدن بسترهای مختلف سرگرمی و مشغولیت افراد افزایش روندهایی مانند به تعویق انداختن باروری و تک‌فرزندی را در این جوامع اجتناب‌ناپذیر کردند. در گذشته، کم‌فرزندی یک رفتار مدرن بود که بیشتر در طبقات بالای جامعه جلوه می‌کرد، اما امروزه، به سایر گروه‌ها و اقشار جامعه نیز تسری یافته است، نسلی که در خانواده‌ای بزرگ رشد کرده، دیگر تمایل کمی به داشتن یک خانواده‌ی بزرگ دارد (شیخی به نقل از رازقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۵).

۱۲۴

رتبه‌ی اول تولد مهم‌ترین و تعیین‌کننده‌ترین رتبه در میزان باروری یک کشور محسوب می‌شود. وقتی زنان اولین فرزند خود را به تأخیر می‌اندازند، سن فرزندآوری در رتبه‌ی اول بالا می‌رود، به‌علت کاهش طول دوره‌ی باروری و خطرات بارداری در سنین بالاتر میزان باروری کاهش پیدا می‌کند (برومندزاده و احمدی، ۱۳۹۴: ۱۵۷). در ایران نیز مطالعات اخیر نشان داده‌اند که تغییر زمان فرزندآوری شاخص‌های مقطعی باروری را تحت تأثیر قرار داده و بخشی از کاهش اخیر، در میزان باروری کل، به دلیل تأثیر تمپو و یا تغییر زمان فرزندآوری بوده است (عباسی‌شوازی و حسینی‌چاووشی، ۱۳۹۱: ۱۰۲؛ عینی‌زیناب و شمس‌قهرخی، ۱۳۹۱: ۱۸۶). باتوجه به اهمیت موضوع تأخیر در فرزندآوری، برخی از مطالعات نیز بر اندازه‌گیری فاصله بین مولید و تعیین‌کننده‌های آن تمرکز کرده‌اند (عباسی‌شوازی و حسینی‌چاووشی، ۱۳۹۱: ۱۱۲؛ عباسی‌شوازی و رازقی‌نصرآباد، ۱۳۸۹: ۴۸؛ ترابی، ۱۳۸۹: ۱۱۱؛ خدیوزاده، ارغوانی و شاکری، ۱۳۹۳: ۸۸).

بر مبنای شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در ایران (رشیدیان، ۱۳۸۹: ۴۳) فاصله‌ی بین ازدواج و اولین فرزند به‌طور متوسط حدود ۳/۵ سال برآورد شده و فاصله‌ی بین اولین و دومین فرزند نیز حدود ۴/۵ سال بوده است (Abbasi. Shavazi & et al, 2009 a: 48). بنابراین تأخیر در فرزندآوری و فاصله‌گذاری بین مولید باعث شده است که تعداد فرزندان زنده به‌دنیاآمده‌ی زنان در سنین ۲۹-۲۵ ساله کاهش یابد و همین امر مباحثی مبنی بر افزایش گرایش جامعه به پدیده‌ی

بی‌فرزندگی یا تک‌فرزندگی را ایجاد کرده است (حسینی چاوشی، عباسی شوازی و رازقی نصرآباد، ۱۳۹۵: ۹۶).
 با این حال مطالعات اندکی پیامدهای تعویق باروری را بررسی کرده‌اند. به تعویق انداختن فرزندآوری تا سنین بالاتر احتمالاً مسائل مختلفی را در پی خواهد داشت. به دنبال تعویق باروری، میزان باروری در سنین بالاتر در بسیاری از کشورها افزایش یافته است که جبران فرزندآوری تأخیری نامیده می‌شود. تعویق فرزندآوری به سنین بالاتر به این معنی است که باروری به‌طور افزایشی در یک دوره‌ی زمانی کوتاه‌تر قبل از پایان یافتن دوره‌ی باروری انجام شود. این امر باعث افزایش جبران فرزندآوری این زنان در سنین بالاتر می‌شود، در صورتی که بهترین سن برای باردار شدن بین ۲۰ تا ۳۵ سالگی است. مادران باردار بعد از ۴۰ سالگی ممکن است با مشکلات زیادی روبه‌رو شوند. در دو دهه‌ی اخیر در ایران، به دلایل متعدد -از جمله افزایش سن ازدواج و افزایش فعالیت‌های اجتماعی زنان- سن بارداری به تعویق افتاده است.

گاهی تعویق زمان بارداری تا اواخر دوران باروری تداوم می‌یابد و در اثر آن سال‌های طلایی باروری زنان سپری می‌شود، بدون اینکه اقدامی برای بارداری انجام شده باشد؛ حتی زوجین فرصت ارزیابی قدرت باروری‌شان را نیز پیدا نمی‌کنند. در نتیجه، عوامل اجتماعی به تعویق در باروری منجر می‌شود و در واقع ترکیب تحصیل، کار، داشتن فرزند و مراقبت از خانواده برای زنان مشکل است. در دهه‌های اخیر، پزشکان با زنان زیادی مواجه شدند که متأثر از پیامدهای پزشکی تأخیر در فرزندآوری بودند. در سال‌های اخیر، باروری در استان خوزستان مانند سایر استان‌های کشور روند کاهشی داشته است و بدون شک تعویق در فرزندآوری نیز یکی از مهم‌ترین عواملی بوده که در این روند کاهشی نقش داشته است. بر این اساس مهم‌ترین سؤال مطرح در این مطالعه عبارت است از اینکه به تأخیر انداختن فرزندآوری چه پیامدها و امتیازاتی برای فرد و یا خانواده دارد؟

۲. پیشینه‌ی پژوهش

تأخیر در فرزندآوری از پدیده‌های نوظهور جمعیتی در ایران است؛ لذا تحقیقات اندکی پیامدهای تأخیر در فرزندآوری را مطالعه کرده‌اند. بیشتر تحقیقات انجام شده در این موضوع، از منظر پزشکی به منظور بررسی بهداشت و سلامت مادر و نوزاد، فاصله‌گذاری مولید و اولین تولد را بررسی کرده‌اند و از دیدگاه جمعیتی کمتر به آن توجه کرده‌اند؛ از طرفی همین اندک مطالعات هم به پیامدهای تأخیر فرزندآوری توجه چندانی نکرده‌اند. با این حال با تداوم کاهش باروری در سال‌های اخیر، برخی از مطالعات به فاصله‌ی ازدواج تا اولین تولد توجه کرده‌اند. برومندزاده و احمدی در پژوهشی با عنوان «اثر زمان‌بندی مولید و سطح تعدیل‌شده باروری در ایران» سطوح

واقعی باروری نسل‌هایی که هنوز به پایان دوره‌ی باروری خود نرسیده‌اند را محاسبه و با تأکید بر روش بونگارت و فیینی^۱ باروری در ایران در دوره‌ی ۱۳۹۰-۱۳۸۵ را برآورد کردند. نتایج تحلیل میزان‌های باروری کشور نشان داد که باتوجه به تغییرات میانگین‌های سن فرزندآوری در کشور، تأثیرات انحرافی زمان‌بندی باروری در میزان‌های باروری کشور وجود دارد. در طول دوره، میزان باروری تعدیل‌شده بالاتر از میزان باروری محاسبه‌شده‌ی بدون تعدیل است. بنابراین باروری تحت‌تأثیر تغییرات میانگین سن فرزندآوری در طول دوره بوده است. این امر باعث شده است که تأثیرات انحرافی تمپو در باروری ایران وجود داشته باشد و میزان‌های باروری کل برآوردی از میزان باروری محتمل را نشان نمی‌دهند و تحت‌تأثیر نوسانات میانگین سن فرزندآوری به‌اصطلاح تأثیرات تمپو- منحرّف شوند (برومندزاده و احمدی، ۱۳۹۴: ۱۵۴).

عباسی‌شوازی و رازقی‌نصرآباد با استفاده از داده‌های طرح سلامت و جمعیت سال ۱۳۷۹ فاصله‌ی ازدواج تا اولین تولد در ایران را برآورد کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین فاصله‌ی ازدواج تا اولین تولد ۲/۷ سال است و در کوهورت ازدواجی دهه‌ی ۱۳۷۰ نسبت زنانی که در فاصله‌ی سه سال از ازدواج به اولین تولد می‌رسند کمتر از دهه‌های قبل است، بنابراین نشانه‌هایی از تأخیر در اولین تولد در دهه‌ی ازدواجی ۱۳۷۰ دیده می‌شود. براساس این مطالعه، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ایجاد فاصله‌ی بین ازدواج تا اولین تولد افزایش سطح تحصیلی زنان است. در میان افراد بی‌سواد نسبت به افراد فرزنددار در یک سال پس از ازدواج بیشتر از گروه‌های دیگر است. احتمال رسیدن به تولد اول زنان با تحصیلات دانشگاهی نسبت به سایر افراد تا سه سال اول ازدواج کمتر است. با کنترل سن در اولین ازدواج و محل سکونت نیز زنانی بی‌سواد، بالاترین ریسک نسبی وقوع اولین تولد را دارند. ریسک نسبی تولد اول برای زنان بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان به‌ترتیب ۵۵/۸، ۳۹/۲، ۳۵ و ۱۹/۶ درصد بیشتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی است (عباسی‌شوازی و رازقی‌نصرآباد، ۱۳۸۹). عباسی‌شوازی و حسینی‌چاووشی با استفاده از داده‌های طرح سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹ نسبت‌های توالی فرزندان (نسبت افزایش مولید) در ایران را محاسبه کردند. براساس این مطالعه در سال ۱۳۸۹، فاصله‌ی ازدواج تا تولد اول به ۳/۵ سال افزایش یافته است (عباسی‌شوازی و حسینی‌چاووشی، ۱۳۹۱). رازقی‌نصرآباد، عباسی‌شوازی و حسینی‌چاووشی در مطالعه‌ی کیفی، فاصله‌ی ازدواج تا تولد اولین فرزند در تهران را واکاوی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد، تأخیر در تولد اولین فرزند راهکاری برای ایجاد تعادل بین

اهداف فردی، خانوادگی و اهداف در سایر حوزه‌های زندگی است. همچنین تأخیر در تولد اولین فرزند بیشتر در میان زنان جوان معمول است و فرزندآوری تأخیری هنجاری جدید در بین زنان متأهل است که در کوهورت‌های جوان‌تر نمود یافته است. عواملی نظیر مشکلات اقتصادی به‌ویژه نداشتن منزل، شغل ثابت همسر، هنجارهای اجتماعی مرتبط با سن مناسب ازدواج، اشتغال به تحصیل و تردید همراه با ترس در مورد پایداری ازدواج ناشی از افزایش میزان طلاق در جامعه، به فاصله‌گذاری بیشتر میان ازدواج تا اولین تولد منجر شده است (رازقی نصرآباد، عباسی‌شوازی و حسینی‌چاووشی، ۱۳۹۳). ترابی در مطالعه‌ای با استفاده از داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت سال ۱۳۷۹ و سرشماری‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ نقش پراکندگی مشاهده نشده در تبیین تغییرات باروری زنان در ایران را بررسی کرد. در این مطالعه زمان بارداری زنان با مدل مخاطره‌ی زمان گسسته تحلیل شد و نتایج آن نشان داد که پراکندگی مشاهده نشده در رفتار باروری زنان تأثیر معناداری نداشته و عواملی نظیر تحصیلات و داشتن تجربه‌ی مرگ‌ومیر کودکان نقش تعیین‌کننده‌ای در وقوع بارداری‌های دوم و سوم داشته‌اند. براساس یافته‌های این مطالعه کاهش وقوع بارداری‌های دوم و سوم را می‌توان علاوه بر افزایش تحصیلات و کاهش مرگ و میر فرزندان (در سطح فردی) به گسترش اشتغال به تحصیل کودکان (در سطح زمینه‌ای) نسبت داد. علاوه بر آن براساس این مطالعه، زندگی در مناطق صنعتی، شانس فرزندآوری زنان را کاهش داده است. مطالعات فوق اطلاعات ارزشمندی را در مورد فاصله‌ی ازدواج تا اولین تولد و عوامل مؤثر در تأخیر فرزندآوری نشان داده‌اند. باین‌حال با توجه به اهمیت و تأثیری که تأخیر در فرزندآوری و افزایش فاصله‌ی بین موالید می‌تواند در آینده‌ی کاهش باروری در ایران داشته باشد، به تحقیق درباره‌ی پیامدهای تأخیر فرزندآوری کمتر توجه شده است.

۱۲۷

۳. ملاحظات نظری

در مطالعه حاضر، برای هدایت مصاحبه‌های عمیق از مؤلفه‌های چند نظریه استفاده شده است. پشتوانه‌ی نظری قصد باروری^۱ یا تعویق در باروری به عنوان تعیین‌کننده‌ی رفتار باروری و یا به تعویق انداختن باروری، تئوری عمل بخردانه و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده^۲ است (Aizen & Fishbein, 1980). بر اساس این نظریه، قصد رفتاری تعیین‌کننده‌ی مهم رفتار است؛ لذا تصمیم افراد برای داشتن یا به تعویق انداختن باروری به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های مهم

1. Fertility intention

2. Theory of Reasoned Action

رفتار تأخیر در باروری مفروض شد. همچنین درک از هنجارها و انتظارات دیگران مهم (خانواده و جامعه) نیز بر اساس این نظریه در رفتار باروری تأثیرگذار است. یکی از مهم‌ترین تبیین‌ها برای به تأخیر انداختن باروری، تغییرات ارزشی و نگرشی بر اساس گذار دوم جمعیتی است که یکی از مهم‌ترین دیدگاه‌ها برای توضیح تغییرات رخ داده در نیات و رفتارهای باروری در حدود سطح جانشینی است. بر اساس این دیدگاه نظری، تغییرات در سیستم ارزشی و نگرشی در رفتار باروری زیر سطح جانشینی مؤثر است؛ لذا دلیل تغییر باروری به زیر سطح جانشینی، تغییر ارزش‌ها و ایدئولوژی توسعه‌ی فردی، خودتحقق بخشی و اهمیت دادن به آزادی اجتماعی و فردی است؛ به طوری که افراد زمانی تصمیم می‌گیرند یک بارداری را بپذیرند که تولد برایشان مطلوب باشد و به غنا و توسعه‌ی زندگی آنها منجر شود (خلج آبادی فراهانی و سرائی، ۱۳۷۵ به نقل از Van de kaa، 1977). در مدل مفهومی این مطالعه، نگرش فردی نسبت به فرزند، فرزندپروری، تک فرزندی، به تأخیر انداختن فرزندآوری، باورهای جنسیتی و نقش‌های اجتماعی زنان در برابر سایر نقش‌ها به عنوان یک انگیزه‌ی مهم قصد و رفتار به تأخیر انداختن باروری در نظر گرفته شده است که این دیدگاه تا حدودی منطبق با نظریه‌ی انتخاب عقلانی نیز هست که بر اساس آن، افراد متناسب با مزایا و معایب هر عمل برای دستیابی به هدف خود، بهترین گزینه را انتخاب می‌کنند (خلج آبادی فراهانی و سرائی، ۱۳۹۵: ۳۳). در نظریه‌ی انتخاب عقلانی، جامعه مجموعه‌ای از افراد است که کنش عقلانی دارند. کنش عقلانی در این منظر، کنش عقلانی معطوف به هدف در تعریف وبر یا کنش مبتنی بر عقلانیت ابزاری است. این افراد آگاه و مختار و هدفمند در هر شرایط به دنبال بیشینه کردن سود خود هستند. یکی از مهم‌ترین نظریه‌های بنا شده بر پایه‌ی انتخاب عقلانی، نظریه‌ی تصمیم‌گیری است. نظریه‌ی تصمیم‌گیری، شیوه‌ها و قواعد تصمیم‌گیری را در فاعلان مختار بررسی می‌کند. بر این اساس معیار مطلوبیت یک عمل (در اینجا تأخیر در فرزندآوری) و ترجیح آن بر سایر اعمال می‌تواند یک انتخاب عقلانی باشد که کنشگران مختار بدان عمل می‌کنند (جوادی یگانه، ۱۳۷۸: ۳۶). در کنکاش زمینه‌های تأخیر در فرزندآوری در مطالعات کیفی تاکنون کمتر به این عوامل توجه شده است.

۴. روش‌شناسی پژوهش

روش این پژوهش کیفی و از نوع تحلیل محتوای کیفی متعارف است. در این روش، طبقات به گونه‌ای مستقیم از متن داده‌ها استخراج می‌شوند (فائدی و گلشنی، ۱۳۹۵: ۷۲). روش نمونه‌گیری در این مطالعه نمونه‌گیری هدفمند و دردسترس بود. به نظر ماکسول نمونه‌گیری هدفمند نوعی از

نمونه‌گیری است که در آن محیط، اشخاص و وقایع خاصی برای اطلاعات مهمی انتخاب شده‌اند؛ به طوری که آنها می‌توانند این اطلاعات را فراهم کنند و سایر افراد نمی‌توانند (Maxwell, 1996: ۲۹۰). مشارکت‌کنندگان این پژوهش زنان متأهلی هستند که بیش از سه سال از ازدواج آنها گذشته و به دلایل مختلف تولد اولین فرزند خود را به تعویق انداخته‌اند یا اینکه تولد اول را تجربه کرده و بیش از ۵ سال است که تولد دوم خود را به تعویق انداخته‌اند.

در نمونه‌گیری هدفمند تلاش شد تا زنانی انتخاب شوند که از نظر سطح سواد و وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت باشند و فرایندگزینش نمونه‌ها تا هنگامی ادامه پیدا کرد، که طی کسب اطلاعات هیچ داده‌ی جدیدی پدیدار نشد و به عبارتی داده‌ها به اشباع^۱ رسید (Morse, 1994: 228). هریک از مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. در این مطالعه اعتبار اطلاعات با درگیری طولانی‌مدت^۲، تأیید مطالب توسط شرکت‌کنندگان^۳، بازنگری همتایان^۴، جست‌وجو برای شواهد مغایر^۵ و اعتبار پژوهشگر^۶ انجام شد. در بیشتر موارد تمام مشارکت‌کنندگان با کدهای به‌دست‌آمده توافق داشتند، جز در موارد اندکی که تذکر داده و اصلاح شد. باتوجه به سؤالاتی که در خصوص متن مصاحبه‌ها برای محقق ایجاد می‌شد و برای تأیید یافته‌های حاصل از مصاحبه و پرکردن خلأهای موجود در داده‌های حاصل از مصاحبه، از نمونه‌گیری نظری در قالب مصاحبه‌های رسمی و نیز مصاحبه‌های غیررسمی در قالب گفت‌وگوی تلفنی و یادداشت در عرصه استفاده شد.

۱۲۹

۵. یافته‌های پژوهش

جدول شماره‌ی ۱ مشخصات جمعیتی زنان مشارکت‌کننده براساس ویژگی‌های جمعیتی را نشان می‌دهد. سن زنان پاسخ‌گو در مراکز بهداشت از ۲۰ تا ۴۹ سال متغیر بوده و بیشتر پاسخ‌گویان در فاصله‌ی سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات پاسخ‌گویان از متوسطه و کمتر تا دانشگاهی متغیر بوده است.

1. Data Saturation
2. Prolonged engagement
3. Member check
4. Peer debriefing
5. Disconfirming evidence
6. Researcher credibility

جدول ۱. مشخصات جمعیتی زنان مشارکت‌کننده در پژوهش

تعداد	مشخصات	
۸	۲۰-۳۰ سال	سن
۱۳	۳۱-۴۰	
۹	۴۱-۴۹	
۲	شاغل	وضعیت اشتغال
۲۶	خانه‌دار	
۲	دانشجو	
۲۵	متوسطه و کمتر	سطح تحصیلات
۴	دیپلم	
۱	دانشگاهی	
۸	۱۵-۱۹	سن ازدواج
۱۴	۲۰-۲۴	
۸	+۲۵	
۳۰	جمع	

۱۳۰

بر اساس معیار اشیاع نظری، پس از انجام ۳۰ مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، فرایند جمع‌آوری داده‌ها متوقف شد. ابتدا مطالب حاصل از مصاحبه‌های ضبط‌شده مکتوب شد و برای هم‌احساس شدن با مشارکت‌کنندگان چندین بار مطالعه شدند. کدهای حاصل از تجزیه و تحلیل اولیه مصاحبه‌ها جداگانه یادداشت و به صورت دسته‌هایی سازمان‌دهی شد و کدهای مختلف برای تشکیل دسته‌های کلی‌تر در هم ادغام گردید، به طوری که ضمن داشتن حالت انتزاعی، به طور کامل بازگوکننده مفاهیم حاصل از مطالعه نیز باشند. پس از تحلیل و بررسی داده‌ها، ۹ زیرطبقه و ۳ طبقه اصلی شناسایی شد. ۳ طبقه اصلی در ادامه بررسی می‌شوند.

۱-۵. میانجی‌دستیابی به اهداف

از نظر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، به تأخیرانداختن باروری برای آنها فرصتی برای دستیابی به اهداف اقتصادی و اجتماعی و تعداد فرزندان دلخواه است. مشارکت‌کنندگان در پاسخ به این سؤال که به تعویق‌انداختن باروری چه عواقبی برای شما در پی داشته است، در اغلب موارد، به مفاهیمی اشاره کردند که در دو زیرطبقه‌ی پذیرش تک‌فرزندی، ارزش‌شدن خانواده‌ی کم‌فرزند و مزایای تعویق فرزندآوری دسته‌بندی می‌شوند.

۵-۱-۱. پذیرش تک‌فرزندی و ارزش‌شدن خانواده‌ی کم‌فرزند

مشارکت‌کنندگان یا همسرانشان دغدغه‌ی تربیت صحیح فرزندان را داشتند و تصور می‌کردند، تربیت صحیح تعداد فرزندان کمتر امکان‌پذیرتر است. یکی از دلایل تأخیر در فرزندآوری، به‌ویژه در مورد فرزند دوم، این بود که زنان -گاه با توافق همسرانشان- میل داشتند، زمانی صاحب فرزند شوند که فرصت کافی برای توجه و رسیدگی به فرزندان و تجربه‌ی کافی در فرزندپروری را داشته باشند. همچنین ضمن آشنایی با مسئولیت‌های فرزندآوری، تمایل جدی به فرزندآوری داشته باشند. اما بیشتر مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که بعد از به‌تعویق‌انداختن باروری‌شان، در عمل به پذیرش تک‌فرزندی رسیدند. یک مشارکت‌کننده‌ی ۳۴ ساله می‌گوید:

بعد از بچه اول، توافق کردیم، برای فاصله‌ی پنج‌سال تا بچه دوم. هر دو موافق بودیم. راجع به رسیدن بچه‌ی اول به سن پنج‌سال که توانایی انجام کارای شخصی خودش داشته باشه. به رشد فکری مناسبی برسه. برای داشتن یک خواهر یا برادر جدید. کمتر نیاز به رسیدگی داشته باشه، رسیدگی‌های فیزیکی مثل کفش پوشیدن .. از طرف دیگه قبل از سن کلاس اولی باشه که ما توانایی همراهی تو دوره‌ی دوم زندگیش رو داشته باشیم. ولی الان می‌بینم که همه کمتر بچه‌دار می‌شن و بعضی از دوستانم هم می‌گن که یکی بسه تا بخواین یکی دیگه به دنیا بیارین و بزرگش کنین دیر می‌شه حقیقتش دیگه هم برا من و شوهرم خیلی فرقی نداره و انگار به همین به بچه و این زندگی عادت کردیم.

یکی از مهم‌ترین زمینه‌های ذهنی تمایل به تأخیر در فرزندآوری در بین مشارکت‌کنندگان، ارزش‌شدن کم‌فرزندی در جامعه است. از منظر آنها تبدیل‌شدن کم‌فرزندی به یک ارزش میل و خواسته‌ی والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد، زیرا ارزش‌ها تعیین‌کننده‌ی اهداف هستند و افراد نوعی از عمل را برمی‌گزینند که با اهدافشان سازگاری داشته باشد. کم‌فرزندی با ارزش‌های دیگری از جمله آگاه‌بودن، توانگری، توانمندی و مسئولیت‌پذیری در ذهن کنش‌گران پیوند خورده است. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که از دید دیگران والدین با فرزندان زیاد از کم‌سوادی و رشد فرهنگی پایین رنج می‌برند. همچنین، پرفرزندی در ذهن مردم تداعی‌کننده‌ی وضعیت اقتصادی نامناسب خانواده، بدبختی، ناتوانی در رسیدگی به فرزندان و خانواده، بی‌برنامگی و بی‌مسئولیتی والدینی بود. بعضی از آنها توصیه‌هایی از دوستان تحصیل‌کرده یا دیگر اطرافیان برای کم‌فرزندی دریافت کرده بودند. یک مشارکت‌کننده‌ی ۳۲ ساله می‌گوید:

مردم می‌گن اینا نمی‌تونن از پس وضع مالیش بر بیان. یا مثلاً اینکه وقتی یکی بچه‌هاش بیشتره، از نظر مردم، سوادش پایین‌تره. سطح فرهنگشون پایین‌تره خصوصاً اگه بچه‌های

قدونیم‌قد پشت سرهم داشته باشد. به حالی داره که مادر نمی‌تونه به خودش برسه به بچه‌هاش برسه به زندگیش برسه.

۵-۱-۲. مزایای تعویق فرزندآوری

برخی از مشارکت‌کنندگان به علت فقدان مسکن مستقل یا شخصی، درآمد ناکافی و بی‌ثباتی شغلی همسرانشان ترجیح می‌دادند، فرزند کمتری داشته باشند یا فرزندآوری را به تأخیر انداخته بودند تا مدیریت امور خانواده با دشواری کمتری مواجه شود. آنها خواهان حل مشکل بیکاری و مسکن، کاهش هزینه‌های زندگی، ضمانت هزینه‌های فرزندان، افزایش مرخصی زایمان، مرخصی زایمان به پدران و تسهیلات مراقبت از کودک و مادر بودند. همچنین تصور می‌کردند، در صورت ادامه‌ی تحصیل زن یا مرد، فرزند جدید می‌تواند آنها را از تحصیل باز دارد یا ادامه‌ی تحصیل را با دشواری مواجه کند. یکی از دغدغه‌های مهم زنان این بود که فرزندآوری می‌تواند مانع از حفظ شغل یا پیشرفت شغلی مادر شود. یکی از مشارکت‌کنندگان نیز اظهار کرد که به علت سن پایین وی، در هنگام ازدواج، او و همسرش ترجیح داده‌اند دیرتر فرزنددار شوند. در واقع، مشارکت‌کنندگانی که فرزندآوری خود را به تعویق انداخته بودند، تجاربی از مزایای این عمل خود نظیر اتمام تحصیلات، خرید ماشین، رسیدن به امنیت اقتصادی و... را زیاد بیان می‌کردند. یک مشارکت‌کننده‌ی ۳۳ ساله می‌گوید:

الان که کار همسرم پیمانی شده راحت‌تر می‌تونیم در مورد بچه‌دار شدن تصمیم بگیریم. قبلاً شوهرم قراردادی بود، هر سه ماه یک‌بار قراردادش تمدید می‌شد؛ اون موقع نمی‌تونستیم بچه‌دار بشیم. من به شوهرم می‌گفتم اگر قراردادت تمدید نشد یا حقوق ندادند، تو برو خونه بابات منم می‌رم خونه بابام تا کارت درست شه، ولی الان وضعیت بهتر شده کارش پیمانی شده حتی الان شوهرم می‌گه اگه سنمان بالا نمی‌رفت صبر می‌کردیم تا رسمی بشم بعد بچه‌دار بشیم.

مشارکت‌کننده‌ی ۲۹ ساله‌ی دیگری اظهار می‌کند:

من وقتی خیالم راحت شد که کار شوهرم درست شده و دستمون را پیش کسی دراز نمی‌کنیم و ماشینمون را خریدیم و وسایل خونمون را کامل کردم حالا با خیال راحت می‌تونم بچه‌دار بشم.

در مورد تعویق فرزندآوری باید گفت که در این فضا والدین برای خود یک‌سری فرصت‌های ترقی و یا حضور در عرصه‌ی جامعه را در نظر گرفته‌اند که دسترسی به آنها مستلزم فراغت از برخی مسئولیت‌هاست. همچنین، آنها یک‌سری فرصت‌ها را نیز برای فرزندانشان تصور می‌کنند

که از نظر آنان تهیه‌ی آنها برای تعداد کمتری از فرزندان امکان‌پذیر است.

۲-۵. اختلال در روابط میان/بین‌نسلی

باروری تنها یک واقعیت فیزیکی نیست و پدیده‌ای مبتنی بر افکار و فرهنگ جامعه است. طی دو دهه‌ی اخیر در ایران، برخلاف حمایت دولت‌ها از ارزش‌ها و هنجارهای باروری پایین - «فرزند کمتر زندگی بهتر»- در برخی از خرده‌فرهنگ‌ها مانند اهواز، اگر زوجین بیش از یک یا دو سال باروری خود را حتی خواسته به تعویق بیندازند، باز هم از جانب افراد جامعه و به‌ویژه خانواده‌ها برای فرزنددار شدن تحت فشار قرار می‌گیرند که برخی از مشارکت‌کنندگان نیز در پاسخ به این سؤال که به تأخیر انداختن فرزندآوری چه تأثیری در روابط شما و اطرافیان داشته است، به مفاهیمی اشاره کرده‌اند که در دو زیر طبقه‌ی ضعیف شدن شبکه‌های حمایتی برای زنان و روابط بین نسلی دسته‌بندی شدند.

۱-۲-۵. ضعیف شدن شبکه‌های حمایتی برای زنان

بسیاری از مشارکت‌گندگان اعلام کردند، برخلاف اینکه باروری و فرزندآوری‌شان را آگاهانه به تعویق انداختند، اما گاهی از طرف خانواده انگ ناباروری به آنها زده شده و اصطلاحاتی مانند بی‌اولادی، بی‌فرزندی، بی‌ثمر بودن، درخت بی‌ثمر و... به زوجین نسبت داده شده است. به همین علت برخی از مصاحبه‌شوندگان در اظهارات خود گفتند که بعد از به تعویق انداختن باروری‌شان از جانب خانواده و به‌ویژه خانواده‌ی همسر تحت فشار قرار می‌گرفتند و به آنها کمتر احترام گذاشته می‌شد. یک مشارکت‌کننده‌ی ۲۸ ساله اظهار کرد:

وقتی ازدواج کردم اوایل رابطه‌ام با خانواده‌ی همسرم خیلی خوب بود، حتی در هفته چندین بار خانه‌ی پدرشوهرم می‌خوابیدیم و غذا می‌خوردیم. تا دو سال همه‌چیز خوب بود تا اینکه کم‌کم حرفایی رو شنیدم. مادرشوهرم مدام به شوهرم می‌گفت که شما ۶ تا بچه بودید، اما حالا تو یه بچه هم نداری. چرا بچه‌دار نمی‌شینی، اگر مشکلی هست خوب برید دکتر، همه می‌رن دکتر دوا و درمون می‌کنن. این حرفا باعث شد ما کمتر رفت‌وآمد کنیم. حتی الان نزدیک به یک سال هست که مادرشوهرم و حتی خواهرشوهرم هم به ما سر نزدند.

۲-۲-۵. روابط بین‌نسلی

تأخیر در فرزندآوری و ورود به دوره‌ی والدینی، روابط و فاصله‌ی احساسی و ارتباطات بین والدین و فرزندان و همچنین بین فرزندان و پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درواقع، فاصله‌گذاری بین ازدواج و تولد فرزند یا فاصله‌گذاری بین تولد فرزندان با فاصله‌ی سنی

باعث می‌شود که فاصله‌ی عاطفی پدر و مادر با فرزندان و فاصله‌ی عاطفی بین فرزندان افزایش یابد. نبود آمادگی روحی و تحول در نوع و روند زندگی از یک سو و احساس گناه ناشی از به دنیا آوردن دیروقت فرزند از سوی دیگر، می‌تواند به رفتارهای متضاد، دوگانه و ناهماهنگ منجر شود که این وضعیت کودک را در معرض ناتوانی، بی‌قراری و متعادل نبودن قرار می‌دهد. در این شرایط فرزند هم حس ترحم نسبت به پدر و مادر میانسال را دارد، هم به دلیل برآورده نشدن نیازهای اساسی، مثل تبادل عاطفی، خشم و ناکامی را تجربه می‌کند و در نهایت، این وضعیت به تعارض عمیقی منجر می‌شود که در مقاطع مختلف زندگی، نشاط و شادابی طبیعی که حق مسلم همه‌ی انسان‌هاست را مختل می‌کند. یک مشارکت‌کننده‌ی ۴۳ ساله در همین مورد اظهار می‌کند:

من کلاً دیر ازدواج کردم. درسته که الان ۲ تا بچه دارم ولی من ۴۳ سالم هست و دخترم ۳ ساله و پسر ۵ ساله هست. اولاً، که برای هر دو بچه مورد مراقبت ویژه بودم به خاطر سن بالایم برای بارداری. الان همسرم ۵۵ ساله هست. بیشتر اوقات با اینکه بچه‌ها را دوست دارم، اما نه حوصله‌ی بازی با بچه‌ها را دارم نه حوصله‌ی بازی کردن خودشون با هم رو دارم.

به علت تفاوت‌های روشی در این موضوع، پژوهش‌ها اغلب یافته‌های متناقضی را در مورد تأثیر تأخیر در فرزندآوری و ورود به دوره‌ی والدینی و اثر آن در روابط بین فرزندان و والدین را نشان می‌دهند. حجم وسیعی از تحقیقات نشان می‌دهد که به تأخیر انداختن ورود به دوره‌ی والدینی و فرزندآوری پیامدهای منفی و دائمی برای رفاه روانی و عاطفی کودکان و یا عملکرد خانواده ندارد. نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که بچه‌های مادران مسن‌تر در سنین ۱۰ سال و بالاتر از نظر آموزشی، عقلانی و روان‌شناختی عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند (conger & etal, 1984: 2240; Pollock, 1996: 433; fergusson & woodward, 1999: 484; miller, 2009:1076). در حالی که هیچ نتیجه‌ی واضحی برای بچه‌های خیلی جوان‌تر دیده نشد. البته برخی از این اثرات ممکن است به علت نادیده گرفتن و اندازه‌گیری نکردن برخی از ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی والدین بوده باشد. هیول گزارش داد که سن بالای والدین در تولد اولین فرزند در احساس شادی بیشتر تأثیر داشته است، که به نوبه‌ی خود تأثیر مثبتی در ادراک نزدیکی به والدین در رابطه‌ی پدر-پسری و مادر- دختری در بین نوجوانان داشته است (Heuvel, 1988: 487). برخی از مطالعات هم نشان دادند که والدین مسن‌تر ممکن است مشکلات فرزندپروری بیشتری را وقتی که بچه‌های آنها به سنین نوجوانی می‌رسند تجربه کنند (Rossi, 1980: 188). با بیشتر شدن فاصله‌ی سنی بین والدین و فرزندان اختلافات در ارزش‌ها، اعتقادات، علایق و توان جسمانی‌شان هم بیشتر می‌شود. فاصله‌ی سنی زیاد والدین با کودکان و نوجوانان زبان مشترک

بین آنها را از بین می‌برد و باعث شکل‌گیری نوعی ارتباط ناقص بین فرزندان و خانواده می‌شود. در همین باره یکی از مشارکت‌کنندگان ۳۹ ساله اظهار کرد:

من الان ۳۹ سالمه شوهرم ۴۳ سالش هست و دخترمون تازه وارد ۶ سالگی شده. دخترمون به تبلت داره مداوماً با اون مشغوله یا با کلی گریه‌وزاری از خونه گریزون هست و با دختر عمه‌اش بازی می‌کند. به زور باید برگرده خونه. احساس می‌کنم نیاز داره با یکی بازی کنه، ما هم که اصلاً درگیر کارای خودمون هستیم. واقعیتش اینکه بچه نیاز داره بچگی کنه ما هم نمی‌تونیم.

به تعویق‌انداختن فرزندآوری و ورود به دوره‌ی والدینی باعث می‌شود تا شانس بقای والدین تازمانی که فرزندانشان به سنین بزرگسالی، ازدواج و حتی ورود به دوره‌ی والدینی‌شان برسند کاسته شود و شاهد این وقایع برای فرزندانشان نباشند. تعویق فرزندآوری ممکن است، بقای والدین تا دوره‌های مهم در زندگی فرزندان‌شان را تحت‌تأثیر قرار دهد. با روندهای مرگ‌ومیر پایین در دوره‌ی معاصر تقریباً تمام والدین تا رسیدن فرزندان‌شان به دوره‌ی بزرگسالی زنده مانده و تازمانی که والدین پدربزرگ و مادربزرگ بشوند، اگر سن فرزندآوری ۲۵ سال باشد: ۱ درصد زنان و ۲ درصد مردان قبل از رسیدن فرزندان‌شان به ۱۸ سالگی خواهند مرد و ۲ درصد زنان و ۵ درصد مردان قبل از اینکه مادربزرگ و پدربزرگ بشوند می‌میرند. اگر والدین و فرزندان‌شان بچه‌آوری خود را به سن ۳۵ سالگی تغییر دهند، احتمال اینکه قبل از مرگ پدربزرگ شدن و مادربزرگ شدن را تجربه کنند به ۱۱ درصد برای زنان و به ۲۳ درصد برای مردان می‌رسد. از طرفی ممکن است، به تعویق‌انداختن بچه‌آوری هم دسترسی فرزندان به والدین و هم دسترسی والدین به فرزندان در هنگام نیاز را تحت‌تأثیر قرار دهد. موقعی که فرزندان به کمک والدین خود نیاز دارند، آنها دوران میانسالی خود را سپری می‌کنند و در عمل زمان و حوصله‌ی کافی برای رسیدگی به بچه‌های خود را نداشته باشند و هم موقعی که فرزندان در دهه‌ی سوم یا چهارم زندگی خود باشند و نیاز به حمایت مادی و معنوی والدین خود را دارند، به این علت که ممکن است والدین خود را از دست داده باشند این امکان برایشان فراهم نباشد. از طرفی، وقتی والدین در سنین بعد از بازنشستگی به حمایت فرزندان‌شان نیاز داشته باشند، در عمل، این قضیه برعکس می‌شود و ممکن است فرزندان در سنین فعالیت بوده و وقت و حوصله‌ی کافی برای حمایت از پدر و مادر سالمند خود را نداشته باشند؛ به خصوص در جوامعی مانند ایران که تعهدات خانوادگی هنوز قوی است و بیشتر سالمندان با فرزندان‌شان زندگی می‌کنند و سیستم رفاه عمومی کمتر توسعه یافته است.

۵-۳. اختلال در روند باروری و فرزندآوری طبیعی

منظور از مقوله‌ی اختلال در روند باروری و فرزندآوری طبیعی این است که زنان در نتیجه‌ی به تأخیر انداختن فرزندآوری خود - به ویژه در مورد فرزند اول - احتمال دارد که خود یا جنین و یا حتی فرزند آینده‌شان با یک سری از اختلالات جسمانی اعم از عضوی یا کروموزومی و ناباروری مواجه شوند. این مقوله شامل زیرمقولات متعددی است که در ادامه به آنها اشاره خواهد شد.

۵-۳-۱. ناباروری ناخواسته و بی‌فرزندی دائمی

یکی از مهم‌ترین پیامدهای تعویق فرزندآوری در زنان مطالعه‌شده ناباروری ناخواسته است، به طوری که بیشتر زنان مطالعه‌شده بیان کردند که پس از به تعویق انداختن باروری‌شان بعد از ازدواج، در سال دوم و سوم که برای باردارشدن اقدام کردند، یک یا دو سال ناموفق بودند و بعد از آن هم با مراجعه به مراکز درمان ناباروری برخی از آنان توانستند، توان باروری خود را به دست آورند. توانایی باروری زنان و مردان با افزایش سن کاهش می‌یابد. این پدیده را می‌توان با شیوع ناباروری در سنین بالا به خوبی نشان داد. مقایسه‌ی مطالعات در مورد باروری نشان می‌دهد که احتمال باروری کلینیکی برای زوجین سالمی که روش‌های سنتی پیشگیری را استفاده می‌کنند، برای زنان گروه سنی ۲۶-۱۹ ساله برابر با ۰/۵۴، گروه سنی ۲۹-۲۷ ساله ۰/۳۵ و در گروه سنی ۳۴-۳۰ ساله برابر با ۰/۲۸ است. در واقع، کاهش ۵۰ درصدی در توانایی باروری زنانی که باروری خود را از اوایل دهه‌ی ۲۰ زندگی‌شان به اواخر دهه‌ی ۳۰ به تعویق می‌اندازند مشاهده می‌شود. همچنین این احتمال برای زنان ۳۵ ساله‌ای که همسر هم‌سن خود دارند، به ۲۹ درصد کاهش پیدا می‌کند و از طرفی، برای همین زنان که همسر ۴۰ ساله دارند، احتمال باروری به ۰/۱۸ کاهش پیدا می‌کند (Schmidt & etal, 2012: 36). یک مشارکت‌کننده‌ی ۲۹ ساله‌ی بدون فرزند اظهار می‌کند:

موقعی که ازدواج کردم ۲۴ سالم بود. با اینکه تو فرهنگ ما زود از عروس بچه می‌خوان و باید ما زود ثابت کنیم که قابلیت حاملگی را داریم، اما چون وضعمون روبه‌راه نبود با کلی چونه‌زدن با همسر توافق کردیم که تا ۲ یا ۳ سال بعد بچه‌دار بشویم، اما وقتی توی سن ۲۶ سالگی دیگه پیشگیری نکردیم نتوانستم باردار بشوم. از ۲۷ سالگی تا الان که ۲۹ سالم هست هم به مراکز درمان ناباروری مراجعه می‌کنم انواع و اقسام داروها را هم مصرف کردم، اما تا الان موفق نشدم باردار بشوم.

در همین مورد مشارکت‌کننده‌ی ۳۱ ساله با یک فرزند می‌گوید:

الان ۳۱ ساله شدم، ۲۳ سالم بود که ازدواج کردم بچه‌ی اولم را بعد از ۱ سال ونیم پیشگیری به دنیا آوردم. خیالم راحت بود که می‌تونم هروقت این یکی از آب‌وگل درآمد بچه بعدم را به دنیا بیارم. ۲۹ سالگی برای بچه‌ی دوم با همسرم تصمیم گرفتیم، اما تا الان بدون اینکه از هیچ وسیله‌ی پیشگیری استفاده کنیم نتوانستم باردار بشوم. همسرم می‌گه به پزشک مراجعه کنیم. اما من هنوز قبول نکردم و فکر می‌کنم که بتوانم با دار بشوم.

۵-۳-۲. کاهش زنده‌زایی و افزایش خطرات بارداری

یکی از مهم‌ترین پیامدهای تعویق باروری برای زنان مطالعه‌شده کاهش شانس زنده‌زایی، افزایش مرده‌زایی و سقط جنین بود. تعداد بچه‌های زنده متولدشده با افزایش سن زن کاهش پیدا می‌کند. یک مشارکت‌کننده‌ی ۳۵ ساله اظهار می‌کند:

من دیر ازدواج کردم ۳۳ سالم بود. بعد از ازدواج تصمیم گرفتم که تا ۲ سال بعد که بیشتر با اخلاق شوهرم آشنا شدم بچه‌دار بشم. بارداری سختی داشتم تا ماه ۶ خوب بودم. بعدش شروع به خونریزی کردم دکتر گفت باید در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بشوم. نهایتاً مجبور شدم عمل سرکلاژ... با همه‌ی مشکلاتی که برام به وجود اومد نتونستم بچه‌ام را زنده به دنیا بیاورم. وقتی از دکترم علت را پرسیدم یکی از علت‌هاش را سن بالای من گفت.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای طبیعی و غیرطبیعی تعویق بارداری - که مستندات زیادی هم در مورد آن وجود دارد - افزایش سقط‌های خودبه‌خودی (غیر عمدی) است. براساس اطلاعات ثبت احوال ملی جمعیت در دانمارک در دوره‌ی ۱۹۹۲-۱۹۷۸، میزان سقط جنین بعد از یک دوره‌ی پیشگیری طبیعی در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال برابر با ۹/۲ درصد، در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال برابر با ۱۲ درصد، در گروه سنی ۳۹-۳۵ سال برابر با ۱۹/۷ درصد، در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال برابر با ۴۰/۱ درصد و در گروه سنی ۴۵ ساله و بالاتر برابر با ۷۴/۷ درصد بود. همچنین اطلاعات جمع‌آوری‌شده در جمهوری چک طی سال‌های ۲۰۰۹-۲۰۰۸ حاکی از اندکی افزایش سقط جنین با افزایش سن زنان است، به طوری که میزان سقط جنین غیر عمد در گروه سنی ۲۹-۲۰ ساله برابر ۹/۴ درصد، در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال برابر با ۹/۸ درصد، در گروه سنی ۳۹-۳۵ سال برابر با ۱۵ درصد و در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال برابر با ۳۲ و در گروه سنی ۴۵ ساله و بالاتر برابر با ۵۵ درصد است (Schmidt & etal, 2012: 37). در همین مورد مشارکت‌کننده‌ی ۳۴ ساله اظهار کرد:

«من ۳۲ سالگی ازدواج کردم بعد از ۲ سال پیشگیری بعد از یک مدت باردار شدم (دوقلو) تا ۵ ماهگی خوب بودم اما یک دفعه حامله بد شد بعد از مراجعه در بیمارستان بستری شدم. هر دو نوزاد مرده به دنیا اومدند (سقط خودبه خودی). دکتر به همسرم گفت که چون دکتر قبلی به همسر شما قرص های تقویتی داده خانم شما یک دفعه دوقلو باردار شده و چون سنشان بالا بود توانایی نگهداری یک نوزاد هم برایشان سخت بود چه برسه به دوتا. یکی دیگر از مهم ترین پیامدهای تعویق بارداری افزایش احتمال حاملگی خارج رحمی است. در همین مورد مشارکت کننده ی ۳۴ ساله اظهار کرد:

بعد از کلی پیگیری و درمان و خرج کردن خوشحال بودم که توانستم بعد از ۳ سال پیشگیری طبیعی باردار بشم. اما بعد از چند هفته دردهای شدیدی را حس می کردم. وقتی برای سونوگرافی مراجعه کردم دکتر گفت که حاملگی بیرون رحمی اتفاق افتاده. برام عجیب بود. بعد از کورتاژ هم دکتر گفت تا یک سال و نیم بعد نباید باردار بشم.

احتمال تولد کودکان با «سندرم داون» که شایع ترین اختلال کروموزومی است یکی دیگر از پیامدهای تعویق بارداری است. یک مشارکت کننده ی ۳۹ ساله تجربه ی خود را این گونه اظهار می کند:

تقصیر خودم بود. نباید توی این سن باردار می شدم. وقتی پسرمتولد شد دکتر گفت که مشکوک به تریزومی هستم. من نمی دونستم چه هست. ولی بعدش فهمیدم. خیلی ناراحت شدم. ولی الان پذیرفتم دیگه. دکتر بهم گفت که یکی از مهم ترین علت های این تریزومی سن بالای والدین به ویژه مادر هنگام بارداری است. البته گفت که ازدواج فامیلی هم بی اثر نیست، اما من و شوهرم با هم فامیل نیستیم.

۵-۳-۳. کاهش بعد دلخواه خانوار و باروری کامل شده

تعویق فرزندآوری دو اثر بسیار مهم و حیاتی در میزان های مولید و باروری دارد. اولین اثر زمانی اتفاق می افتد که زنان باروری شان را به سنین بالاتر یا یک موقعیت زمانی خاص موکول می کنند، اما در این شرایط و در غیاب تعویق باروری، زایمان کمتری اتفاق می افتد. این اثر در جمعیت شناسی، اثر تمپو نامیده می شود (Bongaarts, 2002: 437). اثرات تمپو کاهش یا افزایش وقایع دوره ای رخدادهای جمعیت شناسی تعریف می شود. تأثیرات تمپو به این صورت عمل می کنند که افزایش در میانگین سن باعث کاهش میزان های دوره ای می شود و بالعکس، کاهش در میانگین سن باعث افزایش میزان های دوره ای می شود. دومین اثر تعویق فرزندآوری، اثر منفی این تعویق بر روی باروری کامل شده (بعد دلخواه خانوار) و افزایش بی فرزندی به علت بالا رفتن سن است.

برخی از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند تازمانی که شرایط خانوادگی‌شان (ثبات شغلی همسر، خرید منزل و...) مهیا نشده بود، باروری خود را به تعویق انداخته بودند، ولی بعد از مهیاشدن شرایط به علت بالا رفتن سنشان در عمل نتوانستند به تعداد بچه‌های دلخواهشان و بعد خانوار مورد نظرشان دست پیدا کنند. یک مشارکت‌کننده‌ی ۳۱ ساله اظهار کرد:

وقتی ازدواج کردیم توی یک اتاق خونه‌ی پدرشوهرم زندگی می‌کردیم. هر دو مون توافق کردیم تا مستقل نشدیم و کار شوهرم ثابت نشد و دغدغه‌هامون کم نشد بچه‌دار نشیم. من ۲۵ سالم بود که ازدواج کردم بچه‌ی اولم را ۳۰ سالگی به دنیا آوردم. الان ۳۱ سالم هنوز در مورد بچه‌ی دوم تصمیم نگرفتیم که چه کار کنیم. اولش ۳ تا بچه می‌خواستیم، اما الان واقعاً احساس می‌کنم نمی‌توانم دیگر بارداری را تحمل کنم.

یکی از مشارکت‌کنندگان ۳۵ ساله، دیپلم، که یک فرزند دارد، کاهش بعد دلخواه خانوار را این‌گونه بیان کرده است:

من ۲۸ سالگی ازدواج کردم. دو سال حاملگی اولم را به تأخیر انداختم. توی بهداشت می‌گفتند که باید حداقل سه سال بین فرزندان فاصله باشد. کلی جلوگیری می‌کردیم. خوب الان هم که ۳۵ سال دارم می‌گویند حاملگی‌های سن ۳۵ سال به بالا هم پرخطر است و کلی دنگ و فنگ دارد. دیگر به نظرتان من با چه جرأت و اطمینانی می‌توانم دومین بچه‌ام را به دنیا بیاورم. راستش را بخواهی این دکترها و بهداشتی‌ها هم کلی برای ما دردسر درست کرده‌اند منم علی‌رغم میل باطنیم به همین یه بچه راضی شدم.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

هزینه‌های مالی و هزینه‌ی فرصت ناشی از فرزندآوری تغییراتی را در رفتارهای باروری زنان ایجاد کرده است، به طوری که فرزندآوری تأخیری هنجاری جدید در بین زنان ازدواج کرده در ایران است که در دو دهه اخیر نمود یافته است. دلایل متعددی از جمله افزایش سن ازدواج، افزایش فعالیت‌های اجتماعی زنان و افزایش سن بارداری در تعویق فرزندآوری اثرگذار بوده است. متأسفانه تعویق زمان بارداری گاهی تا اواخر دوران باروری تداوم می‌یابد و در اثر آن سال‌های طلایی باروری زنان سپری می‌شود بدون اینکه اقدامی برای بارداری شده باشد، حتی زوجین فرصت ارزیابی قدرت باروری‌شان را نیز پیدا نمی‌کنند. نتایج این مطالعه مطابق با بسیاری دیگر از مطالعات نشان داد که به طور کلی پیامدهای تعویق فرزندآوری را می‌توان در سه مقوله‌ی پیامدهای زیستی-جسمانی، روان‌شناختی و جمعیت‌شناختی دسته‌بندی کرد

(برومندزاده و احمدی، 1394; Larsen, yan, 2000; Schmidt & etal, 2012; Van Balen & etal, 1997; Tabor, 1988). به تعویق انداختن فرزندآوری باعث شده است تا تعداد زیادی از زوجین پیامدهای بیشتری از آن را - شامل ناباروری ناخواسته، مرده‌زایی و سقط جنین، زایمان زودرس، افزایش مسمومیت‌های دوران بارداری، سندرم داون (تریزومی)، حاملگی خارج رحمی - تجربه کنند، که این دسته از عوامل با عنوان پیامدهای زیستی-جسمانی باروری طبقه‌بندی شد. نتایج یک مطالعه در دانمارک نشان داد که خطر یک حاملگی خارج رحمی به ازای هر ده سال افزایش سن حدود دو برابر می‌شود (Andersson & etal, 2008). مطالعه‌ی مشابهی در فرانسه نیز نتایج تقریباً یکسانی را نشان داد. میزان حاملگی خارج رحمی در گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله به ۱/۵ درصد، در گروه سنی ۳۹ - ۳۵ ساله به ۲/۱ درصد و در گروه سنی ۴۰ ساله و بالاتر به ۵/۷ درصد افزایش یافته است (Bouyer & etal, 2003).

نتیجه‌ی بازنگری تابور^۱ از چهار مورد مطالعه نشان داد که به‌طور میانگین خطر ابتلا به سندرم داون برای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال به ۰/۸۱ درصد، در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال به ۱/۳۹ درصد، در گروه سنی ۳۹-۳۵ سال به ۳/۵ درصد، در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال به ۱۳/۱۷ درصد و در گروه سنی ۴۵ ساله و بالاتر به ۳۲/۵ درصد افزایش پیدا می‌کند (Tabor, 1998). لری‌دون^۲ در یک مطالعه، درصد زنانی را که برای همیشه بی‌فرزند باقی می‌مانند را برآورد کرد. براساس این برآورد ۶ درصد زنانی که از ۳۰ سالگی برای حاملگی تلاش می‌کنند، برای همیشه بی‌فرزند خواهند ماند. براین‌اساس، ۱۴ درصد زنان در سن ۳۵ سالگی، ۳۴/۸ درصد زنان در سن ۴۰ سالگی و ۷۸/۹ درصد زنان در سن ۴۵ سالگی که برای بارداری اقدام می‌کنند، برای همیشه نخواهند توانست فرزندی داشته باشند. نتایج این مطالعه نشان داد که یکی از پیامدهای تعویق در فرزندآوری کاهش زنده‌زایی است (Leridon, 2008).

وان بالن و دیگران در مطالعه‌ای میزان بارداری تجمعی (شانس داشتن حاملگی که به تولد زنده منجر شود) را در نمونه‌ای از زنان ۲۵-۴۹ سال اندازه‌گیری کردند. میزان این شانس از ۷۰ الی ۶۵ درصد در زنان ۳۳ تا ۲۲ سال به ۵۰ درصد در زنان ۳۵-۳۴ ساله کاهش نشان داد. به‌طور کلی می‌توان گفت که قابلیت باروری (شانس ماهانه حاملگی کلینیکی یا تولد نوزاد زنده) از اواخر دهه‌ی ۲۰ سالگی شروع به کاهش کرده و تا اواخر ۳۰ سالگی میزان این شانس کاهش اساسی پیدا می‌کند (Van Balen & etal, 1997).

1. Tabor
2. Leridon

علاوه بر پیامدهای آشکار زیستی- جسمانی، بسیاری از زنان به نامطلوب شدن اخلاق و رفتار اعضای خانواده و اقوام- به‌ویژه اعضای خانواده همسرشان- با آنها-به‌دلیل تأخیر در فرزندآوری‌شان- اشاره کردند که بیانگر ضعیف شدن شبکه‌ی حمایتی از این زنان در بین اقوام و آشنایان بوده است و شاید بتوان گفت که در بستر مطالعه‌شده هنوز تا حد زیادی ارزش زنان تابع نقش فرزندآوری آنهاست.

زوجینی که فرزندآوری خود را به‌تعویق می‌اندازند، احتمال دارد که از افزایش خطر ناباروری ناخواسته و نتایج مختلف حاملگی در سنین بالاتر آگاهی ندارند. نیاز روزافزونی به آگاه کردن زوجین و مشاوران بهداشتی از خطرات تعویق فرزندآوری احساس می‌شود. دادن اطلاعات به افرادی که به پدرومادرشدن تمایل دارند، برای تصمیم‌گیری در مورد زمان شروع فرزنددارشدن ضروری به‌نظر می‌رسد و آنها را برای این تصمیم توانمند می‌کند. یکی از مهم‌ترین نتایج این مطالعه این بود که زنانی که باروری‌شان را به سنین بالاتر و در یک موقعیت زمانی خاص موکول می‌کردند، در عمل زایمان کمتری را تجربه می‌کردند، این اثر در جمعیت‌شناسی اثر تمپو نامیده می‌شود؛ زیرا وقتی زنان باروری‌شان را به‌تعویق می‌اندازند و سنشان زیاد می‌شود، اگر باروری دلخواهشان به فرض دو بچه بوده باشد، در عمل به دو بچه نخواهند رسید و ممکن است در سطح تک‌فرزندی -علی‌رغم میل باطنی‌شان- متوقف شوند. یک دسته از زنان نیز باروری خود را به‌تعویق می‌اندازند و بعد از مدتی، سعی می‌کنند که تعداد بارداری‌هایشان را در مدت زمان کمتری کامل کنند و تعداد بچه‌های دلخواهشان را در مدت زمان کوتاه‌تری به‌دنیا بیاورند (مکانیسم جبرانی). برای مثال، دو بچه در بازه‌ی زمانی ۴ سال به‌دنیا بیاورند که البته ممکن است با پیامدهای زیستی- جسمانی مواجه شوند. به‌طور کلی، اثر تمپو از دهه‌ی ۱۹۷۰ یک تأثیر قوی و پایدار در میزان باروری‌های دوره‌ای در کشورهای توسعه‌یافته داشته است. برای مثال اگر تمام زوجین در یک سال تقویمی ۳ ماه باروری‌شان را به‌تعویق بیندازند، میزان باروری‌های مشاهده‌شده و تعداد مولید آن سال به یک‌چهارم کاهش پیدا می‌کند (Schmidt, 2012: 33).

اصالت‌دادن به پیشرفت اجتماعی، بچه‌دارشدن زوج‌های جوان را به‌تعویق می‌اندازد و آنها را به‌تعویق انداختن بارداری بعد از ازدواج یا فاصله‌گذاری‌های زیاد (بیش از پنج‌سال) بین فرزندان، علاوه‌بر کاهش بنیه و توان جسمی، با بی‌رغبتی و بی‌حوصلگی مواجه می‌شوند و امکان رشد و پرورش مناسب فرزند جدید را نخواهند داشت و این امر به کاهش میزان مولید در کشور منجر خواهد شد. با اصالت یافتن رفاه و لذت، والدین نیز فرزند بیشتر را مزاحم تلقی می‌کنند. بدیهی است که فرزندان در رشد و ارتقای شخصیت والدینشان تأثیر دارند. در نتیجه، یکی از مهم‌ترین

پیامدهای تعویق فرزندآوری کاهش میزان نرخ باروری کل در کشور است. میانگین بعد خانوار در سرشماری سال ۱۳۹۰ برابر با ۳/۵۵ نفر و براساس آخرین سرشماری کشور در سال ۱۳۹۵ برابر با ۳/۳ بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). باید اذعان کرد که فرزندآوری کم بعد خانوار را در آینده کوچکتر خواهد کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که افزایش فاصله‌ی سنی بین والدین و کودکان به بی‌حوصلگی، نداشتن اوقات خالی برای فرزند، نبود توانایی جسمی، فاصله‌ی سنی زیاد، دادن امکانات رفاهی بیش از حد لزوم و دور کردن طفل از خانه با سپردن به مهدکودک یا پرستار منجر می‌شود. شاید ساده‌ترین مشکل این فرزندان که به آن توجه نمی‌شود، این است که آنها از دیده‌شدن پدر و مادر پیر خود نزد دوستانشان خجالت‌زده می‌شوند. فاصله‌ی سنی و فرهنگی بین این دو نسل آنقدر زیاد می‌شود که فرصت کمی برای تفاهم و همدلی باقی می‌ماند. روسی و اشمیت در مطالعه‌ی خودشان نشان دادند که با بیشترشدن فاصله‌ی سنی بین والدین و فرزندان اختلافات در ارزش‌ها، اعتقادات، علائق و توان جسمانی‌شان هم بیشتر می‌شود. فاصله‌ی سنی زیاد والدین با کودکان و نوجوانان زبان مشترک بین آنها را از بین می‌برد و باعث شکل‌گیری نوعی ارتباط ناقص بین فرزندان و خانواده می‌شود (Rossi, 1980; Schmidt, 2012).

ویژگی‌های شخصیتی افراد در سنین مختلف تغییر می‌کند، در هر دوره، مشخصات و نیازهای خاصی در فرد به‌وجود می‌آید. به این علت، به‌طور معمول، افرادی که در سن بالای ۳۵ و ۴۰ سال پدر و مادرشدن را تجربه می‌کنند، اغلب حساس‌تر و حتی بیش از اندازه حمایت‌گر می‌شوند. به‌عبارت دیگر یا خیلی حمایت‌گرند یا خیلی احساسی. حال آنکه حمایت افراطی خواه‌ناخواه مانع رشد بخشی از توانمندی‌ها در کودک می‌شود. کودک در این شرایط نمی‌آموزد که چطور به توافق و تفاهم برسد. از سوی دیگر، پدر و مادر در این سن اغلب همه‌چیز را برای کودک خود فراهم می‌کنند و همین باعث می‌شود، ناخودآگاه ترس از دست‌دادن کودک را به او منتقل کنند؛ در نتیجه، کودک با اضطراب جدایی رشد می‌کند. این پدر و مادرها به‌دلیل والدبودن بیش از حدشان بسیار کنترل‌گرند، در نتیجه بیش از حد معمول، مراقب فرزندشان هستند. همین رفتارهای افراطی به‌طور ناخودآگاه کودک را از مسیر طبیعی رشد منحرف می‌کند. تصمیم‌گیری برای به‌تعویق‌انداختن باروری یک فرایند در حال تغییر است که ممکن است، در طول زمان و در مواردی از زندگی و درون روابط اجتماعی تغییر کند که البته، تحقیقات آتی این تغییرات را نشان خواهند داد. این مطالعه نشان داد که به‌تعویق‌انداختن باروری -هرچند در موارد محدود- ممکن است، پیامدهای جبران‌ناپذیری مانند ناباروری ناخواسته، سقط جنین و مرده‌زایی را در پی داشته باشد.

منابع

- ◀ برومندزاده، محمدرضا و علی‌یار احمدی، (۱۳۹۴). «اثر زمانبندی موالید و سطح تعدیل شده باروری در ایران»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، س ۱۰، ش ۱۹.
- ◀ ترابی، فاطمه، (۱۳۸۹). «نقش ناهمگونی مشاهده‌نشده در تحلیل‌های پیشینه‌واقع: کاربرد در تحلیل رفتار باروری زنان در ایران»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی، ش ۱۰.
- ◀ جوادی یگانه، محمدرضا، (۱۳۸۷). « رویکرد جامعه‌شناسانه نظریه انتخاب عقلانی»، راهبرد فرهنگ، ش ۳.
- ◀ حسینی چاوشی، میمنت، محمدجلال عباسی شوازی و حجیه بی‌بی‌رازقی نصرآباد، (۱۳۹۵). تحولات باروری و بهداشت باروری در ایران: بررسی تحولات و وضعیت جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، تهران: موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- ◀ خدیوزاده، طلعت، الهام ارغوانی و محمدتقی شاکری، (۱۳۹۳). «نگرش به مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری و ارتباط آن با ترجیحات باروری در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت دارای مرکز مشاوره پیش از ازدواج در شهر مشهد»، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، س ۲۱، ش ۱.
- ◀ خلج‌آبادی فراهانی، فریده و حسن سرائی، (۱۳۹۵). «واکوی شرایط زمینه‌ساز قصد و رفتار تک‌فرزندی در تهران»، مطالعات راهبردی زنان، س ۱۸، ش ۷۱.
- ◀ رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی، زینب حسینی و محمدتقی شیخی، (۱۳۹۵). «تجربه زیسته زنان شهر شهریار از تک‌فرزندی با تأکید بر چرایی و پیامدهای آن»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، س ۱۱، ش ۲۲.
- ◀ رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی، محمدجلال عباسی شوازی و میمنت حسینی چاوشی، (۱۳۹۳). «پدیدارشناسی زمان تولد اولین فرزند در بین زنان در تهران»، مطالعات راهبردی زنان، س ۱۶، ش ۶۳.
- ◀ رشیدیان، آرش، (۱۳۸۹). مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در ایران، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت.
- ◀ عباسی شوازی، محمدجلال و حجیه بی‌بی رازقی نصرآباد، (۱۳۸۹). «الگوها و عوامل مؤثر بر فاصله ازدواج تا اولین تولد در ایران»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی، ش ۹.
- ◀ عباسی شوازی، محمدجلال و میمنت حسینی چاوشی، (۱۳۹۱). «تحولات و سیاست‌های اخیر جمعیتی در ایران: ضرورت تدوین سند جامع جمعیت»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، س ۷، ش ۱۳.
- ◀ عینی‌زیناب، حسن و فریده شمس‌قهرخی، (۱۳۹۱). «تأثیر تمپو بر میزان باروری کل در ایران»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی، س ۷، ش ۱۳.
- ◀ قائدی، محمدرضا و علیرضا گلشنی، (۱۳۹۵). «روش تحلیل محتوا، از کمی‌گرایی تا کیفی‌گرایی»، روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، س ۷، ش ۲۳.

- ◀ مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵. نتایج تفصیلی سرشماری کل کشور، تهران: مرکز آمار ایران.
- ▶ Andersson, Gunnar, Marit Rønsen, Lisbeth B. Knudsen, Trude Lappegård, Gerda Neyer, Kari Skrede, Kathrin Teschner, Andres Vikat, (2008). "Cohort fertility patterns in the Nordic countries", *Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany: MPIDR Working Papers*.
- ▶ Abbasi-Shavazi, M. J., McDonald, P. & M. Hosseini Chavoshi. (2009)a, "The Fertility Transition in Iran: Revelation and Reproduction", *Springer*.
- ▶ Bongaarts, John & Griffith Feeney, (1998). "On the Quantum and Tempo of Fertility", *Population and Development Review*, 24.
- ▶ Bongaarts, J. (2002). "The End of the Fertility Transition in the Developed World", *population and development review*, 28.
- ▶ Bouyer, Jean, Joël Coste, Taraneh Shojaei, Jean-Luc Pouly, Hervé Fernandez, Laurent Gerbaud, Nadine Job-Spira, (2003). "Riskfactors for ectopic pregnancies: a comprehensive analysis based on a largecase-control, population-based study in France", *American Journal of Epidemiology*, V 157, (13).
- ▶ Conger, RD, JA McCarty, RK Yang, BB Lahey, JP Kropp, 1984. "Perception of child, child-rearing values, and emotional distress as mediating Links between environmental stressors and observed maternal behavior", *Child Dev*, 55.
- ▶ Fergusson, DM, LJ Woodward, (1999). "Maternal age and educational and Psychological outcomes in early adulthood." *J Child psycho psychiatry*, 43.
- ▶ Heuvel, Audrey Vanden, (1988). The timing of parenthood and intergenerational relations", *Journal of Marriage and Family*, Vol. 50, No. 2
- ▶ Schmidt, L, T. Sobotka, J.G. Bentzen, A. Nyboe Andersen, (2012). "Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood". *Human Reproduction Update*, Vol. 18, No. 1.
- ▶ Larsen U, Yan S, (2000). "the age pattern of fecundability: an analysis of French Canadian and Hutterite birth histories", *Social Biology*, 47.
- ▶ Leridon H, (2008). "A new estimate of permanent sterility by age: sterility defined as the inability to conceive", *Popul Stud*, 62.
- ▶ Maxwell, J.A. (1996). "Qualitative research design: An interactive approach. Thousand Oaks", CA: Sage.

- Miller AR, (2009). "The effects of motherhood timing on career path", *J Popul Econ*.24.
- Morse, J.M. (1994). "Designing funded qualitative research", In N.K. Denzin and Y. S. Lincon (eds). *Handbook of qualitative research* . Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pollock, JI, (1996). "Mature maternity: long term associations in first children born to older mothers in 1970 in the UK", *J Epidemiol Community Health*, 50.
- Rossi, AS, (1980). "Aging and parenthood in the middle years" PB Baltes, G Brim (Eds), *LifeSpan Development and Behavior*, New York: Academic Press.
- Tabor, A, (1988). *Genetic Amniocentesis. Indications and Risks*, Copenhagen: Laegeforeningens Forlag.
- Van Balen, F, JEE Verdurmen, E Ketting, (1997). "Age: the desire to have a child and cumulative pregnancy rate", *Hum Reprod*, 12.