نقش عوامل فردی در تصمیم گیری اولین فرزندآوری

ملیحه عامریان[1]، نورسادات کریمان[1*]، پدیده جنتی[1]، فاطمه سلمانی[2]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۳/۵
سال پانزدهم شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۵ صص ۱۵۱-۱۴۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ اسفند ۹۴]

چکیده

در مسئله کاهش جمعیت، عوامل متعددی نقش داشته است. هدف این مطالعه تعیین نقش عوامل فردی در تصمیم گیری اولین فرزند آوری زنان شهر شاهرود در سال ۱۳۹۳ بود. در این مطالعه مقطعی، ۳۰۰ زن باردار حاملگی اول مراجعه کننده به مراکز منتخب شهر شاهرود به صورت تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، مقیاس امیدواری اشنایدر و پرسشنامه کیفیت زندگی جمع آوری شد. ارتباط بین متغیرهای سن ازدواج، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان مطلوب، فاصله مناسب بین فرزندان، امیدواری و کیفیت زندگی با سن تصمیم گیری اولین فرزند آوری از طریق ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی چند گانه با روش قدم به قدم توسط نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۰ انجام پذیرفت. میانگین سن و سن ازدواج زنان واحدهای پژوهش به ترتیب ۳/۹۲ ±۲۴/۸۱ و ۳/۹۳ ± ۲۱/۶۴ سال بود. بین سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری با متغیرهای سن ازدواج و طول مدت ازدواج ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (P < ۰/۰۰۱). همچنین همبستگی معکوس و معنی داری بین متغیرهای امیدواری، کیفیت زندگی و فاصله بین فرزندان با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری وجود داشت. در الگوی رگرسیونی نیز حضور متغیر سن ازدواج با ضریب مثبت و متغیرهای امید به زندگی و کیفیت زندگی با ضرایب منفی ارتباط آماری معنی داری را با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری نشان دادند. متغیرهایی که در این تحقیق به عنوان عوامل فردی مرتبط با تصمیم گیری اولین فرزندآور در تحلیل رگرسیونی وارد شدند، به طور متوسط حدود ۷۰ درصد از تغییرات باروری را تبیین کردند. اگرچه این مقدار ضریب تعیین، نشان از میزان نسبتاً بالای صحت انتخاب متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیونی داشت، اما چنین یافته ای محدود به شهر شاهرود بود.

کلیدواژه: قرص جلوگیری از بارداری، عوارض جانبی، سلامت زنان، خلق و خوی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی
E-mail: N_kariman@sbmu.ac.ir.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

مقدمه

یکی از مهمترین تغییرات جمعیت شناختی در طول ۳ دهه اخیر، کاهش چشمگیر باروری در تمام مناطق دنیا، بویژه کشورهای در حال توسعه بوده است[۱]. فرایند گذار باروری در ایران متناسب با تحولاتی بوده که عوامل بسیاری در وقوع آن دخیل بوده اند. به موازات این تحولات بر اساس سر شماری سال ۱۳۹۰، میزان باروری کل کشور حدود ۱/۷ گزارش شده است[۲]. افزون بر این، رشد جمعیت طی سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ نیز به ۱/۲۳ درصد و طی سالهای ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۴ به ۱/۱۳ درصد کاهش خواهد یافت[۳]. با توجه به نرخ پایین باروری، سازمان ملل سه پیامد الگوی رشد جمعیتی منفی (۰/۲۳)، رشد جمعیتی متوسط رو به پایین (۰/۳۵) یا رشد جمعیتی مثبت (نزدیک به ۰/۸۹ درصدی) را در سال ۱۴۳۰ برای آینده باروری ایران پیش بینی کرده است [۴]. باروری در زنان نتیجه ی یک رفتار در چارچوب خانواده است که خود حاصل تصمیم گیری زن و مرد برای داشتن فرزند است. برای ایجاد تصمیم فرزند آوری، علاوه بر داشتن احساس نیاز، شرایط خاصی لازم است و افراد عوامل متعددی را در نظر گرفته و سپس اقدام به فرزندآوری می کنند. در واقع تصمیم گیری آغاز کننده رفتار فرزندآوری است[۵]. یکی از عوامل اساسی و مهم مرتبط با این تصمیم گیری بر اساس الگوی اکولوژیک براون فنبر (۱۹۸۶) عوامل فردی است. تعاملات رفتاری در میکرو سیستم الگوی اکولوژیک در سطح فردی رخ می دهند که تأثیر این امر در فرزند آوری شامل عوامل بیولوژیکی، انگیزه، آمادگی و برنامه ریزی است[۶]. جامعه شناسان بر این باورند که هر اندازه کشورها در مسیر توسعه اقتصادی و اجتماعی حرکت کنند، بیشتر انگیزه ها و سلیقه های فردی است که رفتارهای باروری را تحت تأثیر قرار می دهد. برعکس در جوامع توسعه نیافته و عقب افتاده بیشتر سیستم کلی حاکم بر جامعه، نهادها و مقررات است که به باروری جهت می دهد. به نظر می رسد احساس مثبت به فرزند، به رغم بی میل بودن به داشتن فرزند یا در نظر گرفتن هزینه های باروری حتی در زمان خواستن فرزند، به طور کلی امری شایع است[۷].

بحث در مورد عوامل انگیزشی محور اصلی اکثر دیدگاه هایی است که از طریق الگوهای جامعه شناختی در تبیین پدیده باروری نقش دارند، زیرا باروری واقعیتی صرفاً فیزیکی نیست، بلکه پدیده ای مبتنی بر ذهنیات و تفکرات فردی است. در هر کنش انسانی که معطوف به یک هدف واقعی باشد، انگیزش فرد دارای مهمترین نقش است و در واقع انگیزش فضای مناسب ایجاد علاقه در فرد و در نهایت رضایت او را نسبت به انجام یک عمل ایجاد می نماید[۸]. فرزند آوری و ادامه تجدید نسل از موضوع هایی است که باید در بستری پر امید رخ دهد. زیرا در غیر این صورت جوانان یا از ازدواج باز می مانند و یا در صورت ازدواج اگر امیدی به آینده ای بهتر نداشته باشند از تجدید نسل خودداری و یا حداقل به یک فرزند بسنده خواهند کرد[۹]. مطالعات میلر در آمریکا، بیانگر ارتباط معنی دار بین انگیزه های باروری و ترجیحات باروری بود[۱۰،۱۱]. از دیدگاه میلر، ترجیحات باروری شامل ابعادی نظیر میل به فرزندآوری، تعداد دلخواه فرزند و فاصله زمانی فرزندآوری است[۱۲] . بسیاری از مطالعات سن مادر را به عنوان مهمترین فاکتور و دغدغه پیش بینی کننده ی باروری و خطرات و عوارض آن تعیین کرده اند، چرا که افزایش میزان حاملگی در دو طرف سن تولید مثلی (کمتر از ۱۸ سال و یا بیشتر از۳۵ سال) با عوارضی از قبیل سقط، فشار خون حاملگی، دیابت بارداری، زایمان سزارین، آنومالی های کروموزومی[۱۳- ۱۵]، مرده زایی، مرگ داخل رحمی جنین، مرگ و میر پره ناتال[۱۶]، زایمان زودرس، وزن کم تولد، خونریزی بعد از زایمان، مرگ جنین، افزایش خطر مرگ و میر مادر، آنمی، پره اکلامپسی و افسردگی بعد از زایمان همراه است[۱۷،۱۸]. در حال حاضر کاهش گرایش به فرزند آوری نیز مانند تاخیر در ازدواج، به فهرست مسائل اجتماعی کشور پیوسته است که بایستی مورد بررسی قرار گرفته و راه حلی برای آن پیدا شود. بعلاوه ملاک های دختران و پسران نسبت به همسران آینده شان، سطح توقعات و انتظارات شان و تصمیم فرزند آوری آنان، در مقایسه با والدین شان، تغییر شگرفی را نشان می دهد[۱۹]. با توجه به فقدان پژوهشی که جنبه ی فردی عوامل مرتبط با تصمیم گیری زنان در امر فرزند آوری نظیر امید به زندگی و کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار دهد و بتواند بین انگیزه های گزارش شده ی داوطلبانه و یا غیر داوطلبانه (ناتوانایی بیولوژیکی از نظر تولید مثل) افتراقی برقرار کند، مقاله ی حاضر با هدف تعیین نقش عوامل فردی در تصمیم گیری اولین فرزند آوری زنان شهر شاهرود سال ۱۳۹۳ صورت گرفته است. امید است نتایج حاصل از این پژوهش ضمن ارائه چشم اندازی از وضعیت فعلی، با شناسایی عوامل فردی مرتبط با تصمیم گیری فرزندآوری، مبنایی برای مداخلات مناسب بوده و زمینه تسهیل تصمیم گیری در قانون فعلی از سوی سیاست گذاران را فراهم آورد و به ماما ها و سایر ارائه دهندگان خدمت کمک نماید

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

تا بدانند، چگونه در این فرآیند مهم با زنان همراه شده و به ارائه راهکارها و مداخلات مناسب نائل گردند.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع تحلیلی و به روش مقطعی بر روی ۳۰۰ زن باردار از فروردین ماه ۱۳۹۳ لغایت شهریور ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و کلینیک های خصوصی شهر شاهرود تشکیل می دادند. شیوه ی نمونه گیری در این پژوهش از نوع چند مرحله ای بود. ابتدا مراکز بهداشتی- درمانی شهری شاهرود به ۲ طبقه شمال و جنوب تقسیم شد، سپس در هر طبقه مراکز بهداشتی - درمانی شهری به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. در مرحله اول با روش تصادفی ساده تعدادی از مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند و سپس حجم نمونه در داخل هر مرکز به روش سهمیه ای بر حسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز انتخاب و نهایتاً نمونه گیری در مراکز بهداشتی درمانی به شیوه ی در دسترس انجام شد. درکلینیک های خصوصی شهر شاهرود که در مرکز شهر واقع اند نیز نمونه گیری تصادفی و به روش مستمر و تدریجی انجام گرفت. حجم نمونه مورد نیاز، طبق فرمول کوکران با خطای ۰/۲ و احتمال ریزش نمونه، ۳۶۰ زن با حاملگی اول برآورد گردید[۲۰]. به منظور گردآوری داده ها، پس از جلب رضایت آگاهانه و برقراری ارتباط مناسب با زنان باردار واجد خصوصیات پژوهش (سن ۴۵-۱۸ سال، حاملگی اول، عدم وجود مشکل نازایی و سابقه سقط و حاملگی به صورت خواسته و با برنامه) اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، مقیاس امید به زندگی اشنایدر و پرسشنامه کیفیت زندگی (برگرفته از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان سلامت جهان) جمع آوری شد. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، محل تولد، محل سکونت، سن ازدواج، طول مدت ازدواج، فاصله مناسب بین فرزندان و تعداد فرزندان مطلوب بود. پرسشنامه مربوط به مقیاس امیدواری اشنایدر شامل ۱۲ سؤال ۴ گزینه ای در دو خرده مقیاس راهبرد ها و تفکر عاملی و منطبق بر مقیاس امتیاز دهی لیکرت (از۱تا ۴) بود و مجموع نمرات شرکت کنندگان بین ۸ تا ۳۲ گزارش شد. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۲۶ سؤال در چهار بعد جسمی، روانی - عاطفی، اجتماعی و محیطی در مقیاس لیکرت (از۱ تا ۵) بود که نمرات بر حسب درصد در سه سطح ضعیف (۳۳/۳-۰)، متوسط (۶۶/۳-۳۳/۴) و مطلوب (۱۰۰- ۶۶/۴) دسته بندی شدند.

برآورد اعتبار پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر نیز از طریق تحلیل محتوا مناسب ذکر شده و شاخص تحلیل محتوا آن بالای ۰/۷ گزارش شده است. اشنایدر و همکاران (۱۹۹۷) پایایی این ابزار را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس تفکر عاملی ۰/۸۱ و برای راهبردها ۰/۷۴ گزارش کردند[۲۱]. غباری و همکاران (۲۰۰۷) در جمعیت دانشجویان ایرانی پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برای خرده مقیاس تفکر عاملی ۰/۷۹ و برای راهبردها ۰/۸۸ گزارش کردند[۲۲]. اعتبار و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی خلاصه شده WHO توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۴ سنجیده و بومی سازی شد. اعتبار پرسشنامه به طریق اعتبار ظاهری و پایایی آن از طریق آزمون مجدد و آلفای کرونباخ ۰/۵۵، ۰/۷۰، ۰/۷۳ و ۰/۸۴ ارزیابی شد[۲۳]. همچنین یوسفی و همکاران در سال ۲۰۱۰ نیز اعتبار این ابزار را با روش اعتبار ساختار و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تعیین کردند[۲۴].

پایایی ابزار مورد استفاده در این مطالعه به روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی تعیین شد. به این منظور در روش باز آزمایی بیست نفر از افراد واجد شرایط پژوهش در دو نوبت و به فاصله ۱۴ روز، پرسشنامه ها را تکمیل کردند و همبستگی بین نمرات پرسشنامه های کیفیت زندگی و امید به زندگی اشنایدر به ترتیب ۰/۷۶و ۰/۸۵ به دست آمد. پس از اتمام نمونه گیری برای ارزیابی همسانی درونی، آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب آلفای حاصل نیز به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۸ به دست آمد. معمولاً ضریب آلفای ۰/۷۰ و بیشتر، برای برآورد پایایی قابل قبول است، در نتیجه مقادیر به دست آمده حاکی از آن بود که ابزارها دارای همسانی درونی مناسبی هستند.

برای تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی برای تنظیم جداول فراوانی استفاده شد. ارتباط میان متغیر های مذکور با سن زنان ابتدا از ضریب همبستگی پیرسون بررسی و در پی آن، برای تعدیل اثر متغیر های مورد بررسی، مدل رگرسیونی چند گانه با روش قدم به قدم به کار گرفته شد. آنالیز آماری این مطالعه توسط نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۰ انجام پذیرفت (سطح معنی داری آزمون ها برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

یافته‌ها

میانگین سن زنان واحدهای پژوهش، سن ازدواج و طول مدت ازدواج آنان به ترتیب ۳/۹۲ ±۲۴/۸۱، ۳/۹۳ ± ۲۱/۶۴ و ۱/۶۸ ± ۳/۱۷ سال بود. ۸۷ درصد زنان متولد شهر بوده، ۹۲/۳ درصد از آنان در شهر سکونت داشتند. میانگین تعداد فرزندان مطلوب در زنان ۰/۷۷±۲/۳۲ گزارش شد. برخی از مشخصات دموگرافیک نمونه های پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است. میانگین و نمرات کسب شده ابعاد کیفیت زندگی در زنان نشان می داد میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان در بعد محیطی نسبت به دیگر ابعاد (بعد روانی – عاطفی، جسمی و اجتماعی) بیشتر است و اکثریت زنان پژوهش از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بوده اند. همچنین میانگین و نمرات کسب شده ابعاد امید به زندگی نشان می دهد، میانگین نمرات امید به زندگی زنان در خرده مقیاس انگیزش اندکی بیشتر از خرده مقیاس راهبرد ها است. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی و امید به زندگی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. ابتدا همبستگی هر یک از متغیر ها با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری بررسی شد (جدول ۳). همانطور که ملاحظه می شود، سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری با متغیرهای سن ازدواج و طول مدت ازدواج همبستگی معنی دار مستقیم دارد. در حالیکه بین متغیرهای امید به زندگی، کیفیت زندگی و فاصله بین فرزندان همبستگی معنی دار معکوس وجود داشت. همچنین با توجه به نتایج آزمون همبستگی بین متغیر های مورد بررسی، سن ازدواج دارای بیشترین همبستگی مثبت (۰/۹۰۷) و امیدواری بالاترین همبستگی منفی (۰/۴۱۸-) با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری را به خود اختصاص داده است. بجز تعداد فرزندان مطلوب سایر متغیرها نیز به صورت معنی دار (P <۰/۰۰۱) با سن اولین فرزند آوری ارتباط داشتند. در ادامه، ارتباط متغیر ها با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری به وسیله رگرسیون چند گانه با روش قدم به قدم مورد ارزیابی قرار گرفت (جدول شماره۴). ضریب متغیرهای سن ازدواج، امیدواری و کیفیت زندگی در مدل رگرسیونی معنادار (P <۰/۰۰۱) و ضریب متغیرهای طول مدت ازدواج (P =۰/۱۲) ، فاصله بین فرزندان (P =۰/۱۵) و تعداد فرزندان مطلوب (P ۰/۳۲ =) معنادار نبود. نتایج جدول فوق بر اساس رگرسیون گام به گام بیان می کند از میان متغیر های باقیمانده سن ازدواج نقش قوی تری در پیشگویی عوامل مرتبط با تصمیم گیری اولین فرزندآوری داشت که به ازای هر یک سال افزایش در سن ازدواج زنان در صورت ثابت ماندن سایر متغیرها، سن اولین فرزندآوری ۰/۸۵ افزایش پیدا می کرد. به بیان دیگر با افزایش ۱۰ سال به سن ازدواج زنان، سن فرزندآوری ۸/۵ سال افزایش می یافت. همچنین جدول فوق نشان می دهد به ازای ۱ نمره افزایش در امید به زندگی در صورت ثابت ماندن سایر متغیرها، سن فرزندآوری ۰/۱ کاهش و به ازای ۱ نمره افزایش در کیفیت زندگی در صورت ثابت ماندن سایر متغیرها، سن فرزندآوری ۰/۰۷ کاهش پیدا می کرد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

	طبقات	تعداد	درصد
سن(سال)	۲۲ – ۱۸	۸۳	۲۷/۷
	۲۷ – ۲۲/۱	۱۴۰	۴۶/۷
	۲۷/۱≤	۷۷	۲۵/۶
سن ازدواج (سال)	۱۸-۱۳	۶۹	۲۳/۰
	۲۳-۱۸/۱	۱۳۱	۴۳/۷
	۲۸-۲۳/۱	۹۱	۳۰/۳
	۲۷/۱≤	۹	۳/۰
تحصیلات زن	بیسواد –ابتدایی	۷	۲/۳
	راهنمایی	۲۳	۷/۷
	متوسطه	۱۱۳	۳۷/۷
	دانشگاهی	۱۵۷	۵۲/۳
محل تولد	شهر	۲۶۱	۸۷/۰
	روستا	۳۹	۱۳/۰
شغل	خانه دار	۲۴۰	۸۰/۰
	شاغل –شاغل در منزل	۶۰	۲۰/۰

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی و امید به زندگی

	میانگین	انحراف معیار
بعد جسمی کیفیت زندگی	۲۵/۲۹	۴/۱۱
بعد روانی – عاطفی کیفیت زندگی	۲۲/۱۴	۵/۷۴
بعد محیطی کیفیت زندگی	۲۸/۸۲	۵/۱۸
بعد اجتماعی کیفیت زندگی	۱۱/۸۸	۱/۸۶
کیفیت زندگی(نمره کل)	**۹۹/۷۲**	**۱۲/۱۸**
امید (خرده مقیاس راهبردها)	۸/۴۶	۳/۴۱
امید به زندگی(خرده مقیاس انگیزش)	۱۲/۴۸	۳/۵۵
امید به زندگی(نمره کل)	**۲۰/۹۳**	**۶/۳۴**

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

جدول۳: ضرایب همبستگی متغیرهای مورد بررسی با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری

متغیر	سن اولین فرزندآوری
سن ازدواج	۰/۹۰۷*
امیدواری	-۰/۴۱۸*
کیفیت زندگی	-۰/۳۱۰*
طول مدت ازدواج	۰/۲۰۴*
فاصله بین فرزندان	-۰/۱۶۹*
تعداد فرزندان مطلوب	۰/۰۴

* P <۰/۰۰۱

جدول ۴: ضرایب رگرسیونی حاصل از الگوی رگرسیونی چند گانه

	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	آماره T	P/value
	برآورد ضرایب	خطای معیار			
عرض از مبدا	۵/۳۲۸	۱/۱۸۸		۴/۴۸۵	۰/۰۰۰
سن ازدواج	۰/۸۵۶	۰/۰۳۱	۰/۸۵۵	۲۲/۱۰۰	۰/۰۰۰
امیدواری	-۰/۰۹	۰/۰۲۰	-۰/۱۰۰	-۲/۴۰۰	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی	-۰/۰۳۵	۰/۰۰۵	-۰/۰۷۶	-۵/۴۷۵	۰/۰۰۰
طول مدت ازدواج	۰/۰۷۰	۰/۰۴۳	۰/۱۱۰	۱۰/۸۳۸	۰/۱۲۳
فاصله بین فرزندان	۰/۰۰۶	۰/۰۴۸	۰/۰۰۷	۰/۳۰۸	۰/۱۵۴
تعداد فرزندان مطلوب	۰/۰۰۷	۰/۱۱۸	۰/۰۰۸	۲/۵۹۵	۰/۳۲۰

بحث و نتیجه‌گیری

در یافته های این پژوهش با توجه به ضریب همبستگی، سن ازدواج بیشترین اثر معنی دار را با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری به خود اختصاص داد که الگوی رگرسیونی مؤید این موضوع بود (P<۰/۰۰۱). با افزایش سن ازدواج زنان، سن فرزندآوری نیز افزایش می یافت و افزایش سن به عنوان عامل تهدید کننده برای قدرت باروری زنان و افزایش مشکلات و بروز بیماریها در دوران بارداری و زایمان، به عنوان عاملی تأثیر گذار در باروری آنها نقشی تعیین کننده را ایفا می کرد. برخی دیگر از مطالعات نظیر مطالعه کریمان و همکاران و رازقی نصر آباد و همکاران نیز نشان دادند در کنار سایر عوامل مربوط به زمان وقوع تولد اول، سن در اولین ازدواج عامل مداخله مهم و اصلی ترین تعیین کننده زمان تولد اولین فرزند بود. همچنین نتایج مطالعه نلسون و همکاران با مطالعه حاضر همخوانی داشت و در این مطالعه احتمال بروز نازایی، حاملگی پر خطر، مشکلات جنسی و خستگی با افزایش سن زن به طور قابل توجهی افزایش پیدا می کرد[۲۸-۲۵].

نتایج مطالعه کوکه و همکاران در این زمینه با نتایج مطالعه حاضر تفاوت داشت. در مطالعه کوکه اکثریت زنان بر این باور بودند که زمان کافی برای فرزندآوری وجود دارد و اعتقادی به پیامدهای ناگوار در سن بالا نداشتند. علت تفاوت این نتایج با مطالعه حاضر شاید ناشی از اطمینان بالای آنان به روش های جدید درمان ناباروری و درصد موفقیت این روشها بود که از طریق رسانه ها در اختیار افراد قرار گرفته بود و در نتیجه سبب کاهش دغدغه آنان جهت بالا رفتن سن فرزندآوری شده بود[۲۹]. در مطالعه حاضر همبستگی طول مدت ازدواج و فاصله بین فرزندان با سن اولین فرزندآوری از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱) در صورتی که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

بین تعداد فرزندان مطلوب با سن اولین فرزندآوری همبستگی معنی داری بدست نیامد (P>۰/۰۰۱). در مطالعه خدیو زاده و همکاران تعداد دلخواه فرزند از ازدواج تا تولد در زنان اختلاف معنادار نداشت و در بین زوجین تمایل به فاصله گذاری نسبتاً طولانی بین ازدواج تا تولد فرزند اول وجود داشت که این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه اکابری و همکاران تمایل به داشتن تعداد فرزندان زیاد، باروری بالاتری را به همراه داشت. علت عدم همخوانی نتایج مطالعه اکابری با مطالعه حاضر ممکن است وجود برخی تفاوت های فرهنگی ومحیطی باشد[۳۰،۱۲]. امید به زندگی متغیر دیگری بود که همبستگی بالایی با سن تصمیم گیری اولین فرزندآوری در زنان داشت و در الگوی رگرسیونی بالاترین ضریب منفی را به خود اختصاص داده بود. به این ترتیب که زنان امیدوار تر زودتر به بچه دار شدن اقدام می کردند. نتایج مطالعه کریمان و همکاران نشان داد بین امید به زندگی زنان و سن فرزندآوری آنها رابطه ای معکوس وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه کیفی خدیو زاده و همکاران نیز در مشهد، انگیزه های باروری، تعاملات بین زوجین، ارزیابی شرایط و امکانات و نیز تعامل با اعضا شبکه اجتماعی نقش قابل توجهی در شکل گیری ترجیحات باروری زوجین بارور داشتند[۱۲،۳۱]. همچنین مطالعه ای با هدف بررسی میزان افزایش باروری و عوامل موثر بر آن در زنان اندیمشک نشان داد بین متغیر نگرش افراد به باروری و میزان باروری رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد[۸]. در مطالعه ادایر[۳۲] انگیزه و علاقه مادر شدن پیش بینی کننده قوی نتایج مرتبط با تصمیم گیری فرزندآوری ذکر شد. برخی دیگر از مطالعات خارجی فرزندآوری را انگیزه ای برای ارتقای هویت زنانگی می دانستند و استقلال و انگیزه خانوادگی زنان را از جمله عوامل فردی تأثیر گذار بر تصمیم گیری آنان برای بارداری ذکر می کردند[۶،۳۳]. عامل تأثیرگذار مهم دیگر بر تصمیم گیری زنان در اولین فرزند آوری کیفیت زندگی بود. سودانبرگ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه کیفی خود با هدف تعیین درک زنان سوئدی از مادر شدن نشان دادند درک از احساس آمادگی از نظر جسمی و روانی و توان پذیرش مسئولیت مادر شدن از جمله عوامل مهم برای فرزندآوری است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در واقع مطالعات مختلف درک از احساس آمادگی از نظر جسمی و روانی و توان پذیرش مسئولیت مادر شدن و نداشتن بیماریهای مزمن را از علل مهم تصمیم گیری برای فرزند آوری بیان کرده اند[۶، ۳۳]. در مطالعه تستا و همکاران نیز سطح رضایت زنان در مورد مشارکت شریک زندگی خود در کارهای منزل و مراقبت از فرزند تأثیر ناچیزی بر احتمال فرزندآوری داشت که با نتایج حاضر همخوانی نداشت که این عدم همخوانی ممکن است ناشی از تفاوت در شرایط اجتماعی – فرهنگی حاکم بر این دو جامعه باشد [۳۴].

از یافته های این پژوهش می توان چنین نتیجه گرفت که با توجه به وجود این موانع و مشکلات بر سر راه فرزندآوری، سیاست گذاران باید راهکارهایی بیاندیشند و شرایطی را فراهم آورند تا انگیزه ی فرزندآوری در زنان افزایش یابد. باروری واقعیتی صرفاً فیزیکی نیست، بلکه پدیده ای مبتنی بر ذهنیات و تفکرات فردی است.

یافته های این مطالعه می تواند با ارائه شناختی دقیق و واقعی از عوامل مرتبط با تصمیم گیری اولین فرزندآوری و ارائه دیدی مستقیم از باورها، ارزشها، انگیزه ها و هنجارهای اجتماعی جامعه ایرانی، راه گشای کاربردی در حیطه های بالینی، آموزشی، پژوهشی و مدیریتی باشند. پژوهشگران مطالعه بررسی نقش سیاست های جدید دولت در تصمیم گیری فرزندآوری را پیشنهاد می کنند.

سهم نویسندگان

ملیحه عامریان: مجری اصلی طرح
نورالسادات کریمان: مجری اصلی طرح
پدیده جنتی: همکاری در مشاوره های علمی
فاطمه سلمانی: همکاری در تجزیه و تحلیل آماری

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. لذا از همکاری کمیته پژوهش دانشکده و کلیه شرکت کنند گان در این مطالعه قدردانی می نماییم.

منابع

1.Hosseini H, Abbasi SHavazi M. Proximate determinants of fertility in women. Population 2010; 2: 210-192

2.Keshavarz Hadad GH, Bagheri Qanbarabadi , M. Urban and rural women's participation in the labor market risk analysis using parametric and

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

nonparametric econometric methods. Economic Research 2012; 16: 147-170
3.Kalantari S, Abbaszade M, Amin Mozafari F&Rakei Banab N. Sociological Study of Trends and Factors Related to Childbearing 2011; 37: 104-83
4.Mahmoudi Mj. Demographic changes, The Challenges Ahead and Revising population policy. 2013; [33 screens] Availabel at: URL: www.cssi.ir/?p=343. Accessed march12, 2014
5.Kariman N, Simbar M, Ahmadi F, Vedadhir A. "Socioeconomic and Emotional Predictors of Decision Making for Timing Motherhood among Iranian Women. Iranian Red Crescent Medical Journal 2014 16: 3629
6.Benzies K , Tough S , Toffl emire K, FrickC , Faber A, Christine N, Cook N . actors influencing woman s desitions About Timing of Motherhood. the Association of Women's Health 2006; 35:625-633
7. Kariman N, Simbar M, Ahmadi F, Vedadhir A. The idea of two strains, resulting in a woman's childbearing decisions. Faculty of Nursing and Midwifery Beheshti University of Medical Sciences & Health Service 2014;24: 65-76
8.Adibi sade M, Argmand A, Darvishzade Z. Evaluation of fertility and its influencing factors among the tribes living in Andimesh. Journal of Development Studies 2012; 4: 81-98
9. Kazemipour, Sh. Iran and demographic factors that influence the evolution of marriage age. Research of Women 2006;3:1
10. Kennedy DP .Gender,Culture change,and fertility decline in HUNDURAS: An investigation in anthropological demography[PhD Dissertation].America. University of Florida, 2000
11. Miller, W.B, Pasta, D. J . Behavioural intentions: which ones predict fertility behaviour in married couples?. Journal of Applied Social Psychology 1995; 25, 530-55
12. Khadivzadeh, T, Arghavani, E. SHakeri, M. : The relationship between fertility incentives for childbearing preferences. Obstetrics, Gynecology and Infertility Iran 2014;17: 8-18
13. Basirat Z, Haji Ahmadi M. Comparison of pregnancy complications before and after the 35-year-old mother. (Journal of Babol University of Medical Sciences) 2004; 5: 39-35
14. Tough S, Tofflemire, K, Benzies, K, Fraser-Lee, N, and Newburn-Cook, C . Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. Matern Child Health Journal 2007; 11, 189-98
15. Treacy A, Robson, M, and O'HerlihyC .Dystocia increases with advancing maternal age. American Journal of Obstetrics and Gynecology2006; 195, 760–63
16. Aghamohammadi, M, Nooritajer, A .Maternal age as a risk factor for pregnancy outcomes:Maternal, fetal and neonatal complication. African Journal of Pharmacy and Pharmacology2011; 5: 264-69
17. Rezavand N, Zangane M. Khosravi SH, Rezaei M.Comparison of pregnancy outcomes in adolescent mothers admitted to hospitals. Nursing and Midwifery2010; 7: 141-136
18. Maryam K, Ali S .Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. Journal of Pakistan Medical Association 2008; 58: 541-44
19. Shalchi V.Coffee youth lifestyle. Journal of of Cultural Studies2009; 93-115
20. Munro B. Statistical Methods for Health Care Research and Application of Data spss. Lippincott Williams & Wilkins; 5 Pap/Cdr edition, 2004
21. Snyder, C.R, Cheavens, J, Sympson, S.C .Hope: an individual motive for social commerce. (Group Dynamics Theory, Research, and Practice 1997; 1: 107-118
22. Ghobary B, Lavasani, M, & Rahimi, H. Hope, purpos in life, and mental health in college students. International. Journal of the Humanisties 2007; 5: 127-132
23. Nejat S, Montazeri A, Holakouee Naini K, Mohammad K, Majdzadeh R. Standardization of quality scale, translation and psychometric Iranian species. Journal of WHOQOL-BREF life World Health Organization ,WHO Health Research Institute 2006; 4: 1-12
24. Usefi A.R, Ghassemi Gh.R, Sarrafzadegan, N, Mallik S, Baghaei A.M, Rabiei K. Sphchometric properties of the WHOQOL-BREF in a Iranian adult sample. Community Ment Health 2010; 46:139-147
25. Razeghi Nasrabad H, Abbasi SHavazi M, Ghazi M. Multilevel analysis of the factors affecting the timing of the first birth. Journal of of Social and Cultural Council of Women and the Family 2013;14: 94-55
26. Solomon A, Mahmoudi M, Rahimi S. Modeling fertility in the province using path analysis. (Payesh) 2006; 5: 207-212
27. Nilsen A. B. V, Waldenström, U, Rasmussen, S, Hjelmstedt, A, and Schytt . Characteristics of first-time fathers of advanced age: a Norwegian population-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

based study. BMC Pregnancy and Childbirth 2013; 30, 13-29
28. Rijken A.J, Knijn, T .Couples' decisions to have a first child: Comparing pathways to early and late p arenthood. Demographic Research 2009;26: 765-802
29. Cooke, A, Mills, T. A, Lavender, T (2010). "Informed and uninformed decision making'—Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis." International Journal of Nursing Studies 47: 1317-29
30. Akabry A, Mahmoudi M, agricultural H, F chamber. Relationship between socio - economic and demographic fertility. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2008; 15: 40 -45
31. Khadivzadeh T, Roudsari R. L, Bahrami, M, Taghipour, A and Shavazi M. J. A. "The influence of social network on couples' intention to have the first child." Iran Journal Reprod Medicine2013; 11: 209-18
32. Adair L. E .Fertility decision making: TO what extent do adaptationd, social pressure, and individual differences influence plans to have a child?. Kansas State University, 2013
33. Soderberg M, Christensson, K, and Lundgren, I .A project for future life Swedish women's thoughts on childbearing lacking experience of giving birth and parenthood. (Int J Qualitative Stud Health Well-being,) 2012; 7(17318),
http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.17318.
34. Testa, M. R, Cavalli, L, and Rosina, A .Couples' childbearing behaviour in Italy: which of the partners is leading it? Vienna Yearbook of Population Research 2011; 9, 157-78

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

The role of individual factors in decision making for the first childbearing

Malihe Amerian [1], Nourossadat Kariman [1*], Padideh Janati [1], Fatemeh Salmani [2]

1. School of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran
2. School of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Payesh 2016; 2: 143-151
Accepted for publication: 26 May 2015
[EPub a head of print-6 March 2016]

Objective (s): Fertility depends on biological, social and cultural factors. Yet, controlled fertility depends on family contracts and the main decision makers for the childbearing are women. This study aimed to investigate the individual factors which may affect the process of decision making for the timing of the first child among women in Shahrood, Iran.
Methods: In this descriptive cross-sectional study, 300 women who were pregnant for the first time and attended the chosen health centers in Shahrood have been examined through multistage sampling. Research tools were demographic profile, the Schneider's Hope Scale and a quality of life questionnaire.
Results: The mean age of study participants was 24.81 ±3.92 years. The age of women who were planning for their first child had a statistically significant direct correlation with the length of marriage and had a statistically significant inverse correlation with hopefulness, quality of life, and child sequence. Furthermore, in regression model, the presence of 'age of marriage' with a positive coefficient and 'hopefulness' and 'quality of life' with a negative coefficient were statistically significant.
Conclusion: The findings demonstrated that the age for childbearing has a stronger relation with age of marriage compared to other factors. Amongst other variables, which affect the process of decision making for the first childbearing were hopefulness and quality of life.

Key Words: Decision making, hopefulness, quality of life

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.2.4]

[*] Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran
E-mail: N_kariman@sbmu.ac.ir