ارتباط بین حمایت اجتماعی و قصد فرزندآوری در زنان ساکن شهر تهران

فاطمه سادات آفرینی[1]، ناهید اکبری[1*]، علی منتظری[2]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۳/۲۱
سال هفدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۷ صص ۳۲۸-۳۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ خرداد ۹۷]

چکیده

مقدمه: شهر تهران همانند بسیاری از شهرهای ایران، در حال حاضر با مسئله کاهش شدید نرخ باروری مواجهه است. ین مطالعه به بررسی دیدگاه زنان ساکن شهر تهران نسبت به قصد فرزندآوری و ارتباط آن با حمایت اجتماعی پرداخته است.

مواد و روش کار: ۸۲۲ زن واجد شرایط در سن باروری (۴۹-۱۵ سال)، که به ۲۶ مرکز منتخب دولتی و خصوصی بهداشتی و درمانی مراجعه کرده بودند، در این مطالعه شرکت نمودند. مراکز به صورت تصادفی و به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین پنج منطقه جغرافیایی: شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز در سطح شهر تهران انتخاب شدند. داده ها با استفاده از فرم کوتاه شده پرسشنامه معتبر حمایت اجتماعی ساراسون (SSQ6) جمع آوری گردید.

یافته ها: ۶۷/۳ درصد از جمعیت مورد مطالعه قصد فرزندآوری را تا سه سال آینده و ۳۲/۷ درصد آنها عدم قصد فرزندآوری را گزارش نمودند. وفق نتایج حمایت اجتماعی با قصد فرزندآوری زنان رابطه معنی دار ندارد. در مورد سایر متغیرهای مستقل، رابطه مستقیم و معنی دار بین سن زنان با قصد فرزندآوری دیده شد. با افزایش هر یک سال سن، ۲۰ درصد قصد فرزندآوری افزایش نشان داد (OR=۱/۲۰)، در حالی که با افزایش هر یک سال سطح تحصیلات زنان، ۸ درصد کاهش در قصد فرزندآوری دیده شد (OR=۰/۹۲). همچنین نتایج نشان داد، افراد با وضعیت اقتصادی بد، ۴۷ درصد قصد کمتری برای فرزندآوری داشتند (OR=۰/۵۳).

بحث و نتیجه گیری: ارتباطی بین قصد فرزندآوری زنان با حمایت اجتماعی دیده نشد، اما عوامل جمعیت شناختی شامل سن و سطح تحصیلات زنان، همچنین وضعیت اقتصادی خانواده تعیین کننده های اصلی قصد فرزندآوری در بین زنان بودند. این مطالعه نشان می دهد. برای ترویج فرزندآوری نیاز است در جهت بهبود وضعیت اقتصادی خانواده ها اقدام شود.

کلیدواژه: قصد فرزندآوری، حمایت اجتماعی، شبکه اجتماعی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، زنان

کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1394. 9211373216

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر (عج)، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی ایران
تلفن: ۸۸۸۸۲۸۸۶
E-mail: akbari1420@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

مقدمه

امروزه در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه در مواجهه با مسئله سالخوردگی جمعیت و کاهش جدی نرخ رشد باروری، سیاست های جمعیتی در جهت افزایش فرزندآوری تغییر نموده اند. نتایج اخیر سرشماری ملی در سال ۱۳۹۵ نشان داد، به رغم افزایش میزان تولد در چند سال اخیر، نرخ رشد جمعیت در ایران نسبت به سال ۱۳۹۰ روند نزولی داشته است[۱]. همانطور که نتایج مطالعات اخیر در شهرهای مختلف کشور نیز حاکی از تمایل کم زوجین به فرزندآوری بوده است[۴- ۲]. قصد فرزندآوری همان انتخاب مشروط افراد برای داشتن فرزند است که نه تنها با نگرش زوجین نسبت به والد شدن و فرزندان مرتبط است، بلکه با درک آنها نسبت به شرایط زندگی خود، ارتباط دارد[۵]. لذا رفتار باروری متاثر از قصد افراد در داشتن فرزند بوده و به عنوان متغیری اساسی در رفتار باروری شناخته شده است. اما الزاما قصد، منجر به رفتار واقعی نمی شود و عوامل واسطه ای برای تحقق و بروز رفتار باروری تاثیرگذار هستند[۶].

مطالعات و شواهد مختلف نشان داده اند، قصد فرزندآوری و رفتار باروری زوجین متاثر از عوامل چندجانبه و متعدد زیستی، روانی و اجتماعی است[۷،۸]. ناباروری، زمان ازدواج، وضعیت اقتصادی – اجتماعی خانواده، اشتغال زنان، سیاست های نگهداری کودک، ثبات در روابط زناشویی، آمادگی برای والد شدن، سطح تحصیلات، فشار اطرافیان و داشتن تجربه والدی و نیز تجربه فرزندآوری دیگران برای داشتن فرزند، از جمله عواملی است که بر قصد و رفتار باروری زوجین به ویژه زنان تاثیرگذار هستند[۱۱-۹]. همچنین رفتار باروری افراد ممکن است منتج از باورها، رفتارهای فردی، هنجارها و ارزش های اجتماعی تغییر نماید. بعضی از پژوهشگران بر این باورند که فرزند آوری یک رفتار اجتماعی است و تحت تاثیر تعاملات اجتماعی و ساختارهای اجتماعی قرار می گیرد [۸،۹]. در واقع ارزش ها و دیدگاه زوجین نسبت به داشتن فرزند، تعاملات زناشویی و از سوی دیگر حمایت های دولت، هنجارهای اجتماعی و سازوکار شبکه های اجتماعی ممکن است بر تصمیمات زوجین و رفتار باروری آنها تاثیر گذار باشد [۸،۱۲]. مطالعات متعدد نشان داده اند افرادی که سطوح بالای حمایت از سوی والدین، خویشاوندان و دوستان را درک می کنند، در قیاس با افرادی که درک کمتری از حمایت اجتماعی پیرامون خود دارند، تمایل بیشتری به داشتن فرزند و تحقق قصد خود داشته اند[۶،۱۰،۱۳،۱۴]. یک مطالعه در نروژ نشان داد، تاثیر محیط های حمایت کننده ممکن است در تحقق قصد های کوتاه مدت بیشتر تاثیرگذار باشند. بر این اساس زوجین بدون فرزندی که حمایت خوبی را از سوی اطرافیان درک کرده اند، ممکن است حتی نسبت به گروهی که سه سال بعد قصد فرزندآوری داشتند، زودتر اقدام به فرزندآوری کنند[۱۴]. هر چند برخی مطالعات ارتباط حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان برای تصمیم گیری در فرزندآوری و یا تحقق آن ظرف سه سال آینده را صرفا برای فرزند اول نشان داده اند[۱۰]. اما برخی دیگر از مطالعات به این نتیجه رسیدند که محیط حمایتی خانواده و شبکه های اجتماعی از جمله والدین، دوستان و همکاران با تولد فرزند دوم و همچنین فرزندان بعدی ارتباط معنی دار داشته اند[۱۳،۱۵]. حمایت اجتماعی می تواند به صورت غیر مستقیم از طریق جلب اطمینان و رفع نگرانی زوجین برای والد شدن عمل کند، به طوری که تعامل با اعضای شبکه و به ویژه اطمینان از حمایت اعضاء ممکن است زوجین را به فرزندآوری ترغیب نماید[۱۱]. همچنین حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان به خصوص والدین زوجین، دیگر اعضاء خانواده و دوستان می تواند به صورت ارائه حمایت عاطفی، توصیه برای افزایش فرزندان و توصیه های موردی در جهت مراقبت کودک باشد. بنابر این به نظر می رسد تبادلات درون شبکه ای به ویژه با افراد مهم و حمایت کننده همانند خانواده و دوستان نزدیک، شاید از طریق تغییر نگرش آنها، بر قصد فرزندآوری افراد تاثیر گذار باشد[۱۶]. مطالعه ای در انگلستان نشان داد، زنانی که در پیرامون خود تعداد زیادی از افراد حمایت کننده در شبکه حمایتی خانواده دارند، سن کمتری را برای تولد اولین فرزند خود تجربه کرده اند[۱۷]. با این وجود، برخی مطالعات از جمله مطالعه سالز و همکاران در فرانسه حاکی از آنست که نقش حمایتی خانواده به ویژه حمایت والدین بر قصد باروری یا تحقق آن در زوجین تاثیر نداشته است[۱۸] و یا حتی نتیجه معکوس داشته است، به طور مثال در مطالعه هارکنت و همکاران، زنانی که از حمایت والدین در نگهداری از فرزند برخوردار بودند، تا ۲۰ درصد تمایل کمتری به داشتن فرزند بیشتر نشان دادند. در این مطالعه هم بین حمایت والدین و تحقق قصد داشتن فرزند اول ارتباطی دیده نشد[۱۳]. از سوی دیگر درکی که افراد از حمایت های دریافت شده دارند و رضایت از آن بر قصد رفتاری آنها ازجمله قصد فرزندآوری ممکن است تاثیر گذار باشد. در مطالعه کنیگ رضایت زنان به صورت رضایت آنها از تقسیم کار منزل و مراقبت از کودک در نظر گرفته شد و نشان داده شد، هرچند رضایت زنان آلمانی با قصد داشتن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

فرزند دیگر ارتباط معنی داری نداشت، اما رضایت زنان اهل مجارستان تا ۱۱ درصد قصد فرزندآوری را افزایش داده بود[۶]. برخی مطالعات دیگر نیز نشان دادند حمایت درک شده نسبت به همسر و نقش همسر در امور منزل و نگهداری از کودکان در قیاس با سایر اعضاء شبکه، بر قصد زنان نسبت به فرزندآوری بیشتر تاثیر گذاشته است[۲۱-۱۹]. در گزارشات مطالعات کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD,۲۰۱۱) نیز بر نقش مثبت همکاری همسر در امور منزل بر فرزندآوری زنان تاکید شده است[۲۲،۲۳]. البته بعضی مطالعات این تاثیر را صرفا برای داشتن بیش از یک فرزند در نظر گرفته اند[۶،۱۳]. در مطالعه هارکنت و همکاران رضایت زنان از حمایت اجتماعی در سه حوزه رضایت از دولت، رضایت از وضعیت آموزشی و رضایت از خدمات سلامت در نظر گرفته شد و در نهایت پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که در هر سه مورد رضایت بیشتر هر چند با قصد تولد فرزند اول ارتباطی ندارد، اما قصد تولد فرزندان بیشتر را بهبود می دهد[۱۳]. همچنین مطالعاتی در کره جنوبی نشان داد، زنانی که همسرشان ساعت هایی را برای انجام امور منزل یا نگهداری از کودک اختصاص می دهند، بیشتر احتمال دارد بخواهند فرزند دوم را داشته باشند[۲۴،۲۵]. در ایران هم مطالعاتی در مورد ارتباط شبکه های حمایتی از زنان در تمایل آنها به فرزندآوری صورت گرفته است. یک مطالعه پیمایشی در تهران نشان داد، تاثیر شبکه خویشاوندی در گرایش زنان به فرزندآوری هنوز هم موثر است[۲۶]. مطالعه قدرتی و همکاران در سبزوار هم بیان کرد، میانگین تعداد فرزندان در زنانی که ارتباط بیشتری با اعضاء خانواده خود و دوستانشان داشته اند، بیشتر بوده است[۲۷]. در حالی که مطالعه کلانتری و همکاران نشان داد، فشار اطرافیان در گرایش زوجین جوان تبریزی به فرزندآوری تاثیری ندارد[۲۸]. با توجه به نتایج متفاوت در مطالعات گذشته، به نظر می رسد که هنوز نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه وجود دارد. این مطالعه به بررسی دیدگاه زنان ایرانی نسبت به قصد فرزندآوری و ارتباط آن با حمایت اجتماعی در کلان شهری همچون تهران که نرخ باروری پایین است، پرداخته است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی با استفاده از داده های جمع آوری شده از ۸۲۲ زن در سن باروری (۴۹-۱۵ سال) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر تهران در سال ۹۵ و با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. در مرحله اول از مناطق بیست و دوگانه شهر تهران چند منطقه به صورت تصادفی با توجه به تقسیم بندی این شهر به پهنه های جغرافیایی شمال، جنوب، شرق ، غرب و مرکز انتخاب شدند. سپس بر اساس فهرست مراکز بهداشتی و درمانی در مناطق منتخب ۲۶ مرکز بهداشتی و درمانی دولتی و خصوصی به صورت تصادفی برگزیده شدند و در نهایت جمعیت مورد مطالعه، به صورت نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف، با توجه به معیارهای ورود و متناسب با جمعیت هر منطقه و تعداد مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی مشخص شدند. همچنین به منظور بالابردن دقت تعمیم نتایج به کل جمعیت شهر تهران قرار شد، ۲۰ درصد نمونه ها از بین مراکز خصوصی انتخاب شوند. زنان در سن باروری (۴۹-۱۵ سال) با قصد داشتن فرزند، متاهل و زندگی با همسر معیارهای ورود به مطالعه را تشکیل دادند. در ضمن زنانی که به علل زیست شناختی نازایی داشته، یا در پی درمان نازایی بوده و یا باردار بودند، وارد مطالعه نشدند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه جمعیت شناختی و سلامت باروری و نیز فرم کوتاه شده پرسشنامه حمایت اجتماعی(SSQ6) ساراسون که شامل شش مولفه از پرسشنامه اصلی حمایت اجتماعی ساراسون است، استفاده شد[۲۹]. پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون که به صورت یک ابزار خود گزارشی است، اندازه شبکه و میزان رضایت مندی فرد از حمایت اجتماعی را نشان می دهد. فرم کوتاه شده پرسشنامه حمایت اجتماعی شامل شش سوال دو قسمتی است. در قسمت اول هر سوال به شبکه حمایتی از فرد (بعد شبکه،SSQN) و در قسمت دوم به رضایت فرد از حمایت اجتماعی درک شده (بعد رضایت، SSQS) اشاره می کند. شبکه حمایتی همان تعداد افراد حمایت کننده از فرد که خودش درک می کند را شامل می شود. قسمت دوم هر سوال" بعد رضایت" است و به میزان رضایت فرد از این افراد حامی اشاره می کند. توجه به این نکته لازم است که، این پرسشنامه شامل دو نمره مجزا برای بعد شبکه و رضایت است. پس از مشخص شدن نمره کل هرکس در بعد رضایت و شبکه، عدد به دست آمده بر تعداد سوالات (۶ سوال) تقسیم می شود تا نمره حمایت اجتماعی هر فرد مشخص شود: بنابر این نمره بعد شبکه از" ۰ تا ۹" و نمره بعد رضایت از " ۱ تا ۶" است. بدیهی است هر چقدر نمره بیشتر باشد، فرد نمره بالاتری از نظر تعداد حامی یا رضایت از افراد حمایت کننده می گیرد[۲۹].

روایی و پایایی گونه فارسی پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون توسط ناصح و همکاران بررسی شد. در مطالعه ناصح ترجمهٔ

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

انگلیسی به فارسی و فارسی به انگلیسی توسط دو متخصص بهداشتی آشنا به زبان انگلیسی انجام شد و ترجمه نهایی به فارسی توسط متخصص سومی انجام گرفت. نهایتا این نتیجه حاصل شد که این پرسشنامه برای ترجمه به فارسی نیازی به تغییر ندارد. اعتبار و پایایی درونی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ برای بعد شبکه و ۰/۹۶ برای بعد رضایت در مطالعه ناصح و همکاران به دست آمد[۳۰]. ساراسون و همکاران پایایی درونی فرم کوتاه شده (ssq6) این پرسشنامه را، بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای بعد شبکه و رضایت، به ترتیب از ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ به دست آوردند[۲۹]. در مطالعه حاضر روایی ابزار در دو جلسه پانل شامل دو متخصص بهداشت باروری، یک بهداشت عمومی و یک جامعه شناس پزشکی مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات جزیی ویرایشی داده شد. همچنین پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی در این مطالعه براساس نمره آلفای کرونباخ ۰/۸۵برای بعد شبکه و ۰/۸۹ برای بعد رضایت به دست آمد. در این پژوهش بر اساس توافق سه متخصص جمعیت شناسی، علوم بهداشتی و بهداشت باروری، برای بررسی قصد فرزندآوری از یک سوال استفاده شد:" شما چه زمانی قصد فرزندآوری دارید؟" با گزینه های تا یک سال آینده، یک تا سه سال آینده و بیش از سه سال آینده. فیش بین و آیزن در کتاب خود آورده اند، با توجه به اینکه فاصله زمانی طولانی مدت بین قصد انجام یک کار و رفتار مرتبط با آن ممکن است تحت تاثیر عوامل مداخله گر قرار گرفته و شخص را از انجام آن رفتار منصرف کند و یا تصمیم شخص را تغییر دهد. بنابراین به نظر می رسد افرادی که قصد دارند، در فاصله زمانی کوتاهی اقدام به فرزندآوری کنند، بیشتر احتمال دارد که بتوانند فرزندی بیاورند[۱۴]. به بیان دیگر افرادی که برای فرزندآوری کوتاه مدت برنامه ریزی می کنند، در مقایسه با افرادی که برنامه ریزی دراز مدت دارند، بهتر می توانند تحقق قصد خود را پیش بینی نمایند[۱۰]. باتوجه به اینکه بعضی مطالعات انجام شده نیز این موضوع را تایید کرده اند[۱۰،۱۴،۴۵]، ما در تحلیل آماری این مطالعه، کسانی که قصد تا یک سال آینده و یک تا سه سال آینده را ذکر کرده بودند، در گروه با قصد فرزند آوری و کسانی که قصد بیش از سه سال را ذکر کرده بودند، در گروه بدون قصد فرزندآوری قرار دادیم. زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی با داشتن معیارهای ورود به مطالعه، بعد از توضیح اهداف پژوهش و روش کار و کسب رضایتنامه آگاهانه در این مطالعه شرکت نمودند. پرسشنامه ها توسط واحدهای پژوهش به صورت خود گزارشی تکمیل گردید. به منظور تحلیل داده ها، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. و آمار توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه به صورت جداول توزیع فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار ارائه شد. در بررسی آمار استنباطی برای تحلیل و یافتن ارتباط بین متغیرها از آزمونهای آماری تی مستقل، آزمون مجذور خی و رگرسیون لجستیک چند گانه استفاده گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر داده های ۸۲۲ زن واجد شرایط که به مراکز بهداشتی- درمانی دولتی و خصوصی منتخب شهر تهران مراجعه کرده بودند، مورد بررسی آماری قرار گرفت. نتایج نشان داد میانگین سن زنان شرکت کننده در مطالعه (۵/۶۶) ۲۹/۷ سال، میانگین سن ازدواج آنها (۴/۵۰) ۲۲/۲ سال بود. در مورد همسرانشان میانگین سنی (۶/۰۴) ۳۳/۸ سال و میانگین سن ازدواج (۴/۴۷)۲۶/۴ سال بود. اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه (۳۹/۲ درصد) از نظر سطح تحصیلات در حد کاردانی و کارشناسی بودند. سطح تحصیلات همسران نیز اکثرا (۳۹/۱ درصد) در حد دبیرستان و دیپلم بود. ۷۶/۹ و ۱۸/۹ درصد از زنان مورد مطالعه به ترتیب خانه دار و شاغل بودند (جدول ۱). از مجموع شرکت کنندگان در مطالعه ۶۷/۳ درصد (۵۵۳ نفر) قصد فرزندآوری را تا سه سال آینده و ۳۲/۷ درصد (۲۶۹ نفر) عدم قصد فرزندآوری را گزارش نمودند. نتایج به دست آمده نشان داد، بر اساس آزمون تی مستقل(T test) تفاوت قابل ملاحظه ای بین میانگین در دو گروه با قصد و بدون قصد فرزندآوری در متغیرهای مورد بررسی وجود دارد. در جدول یک، میانگین و انحراف معیار در متغیرهای سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، سن ازدواج، سن ازدواج همسر، تعداد فرزندان و نمره حمایت اجتماعی از نظر تعداد و رضایت در دو گروه با قصد فرزندآوری و بدون قصد فرزندآوری بررسی شده است. همانطور که ملاحظه می کنید، میانگین سن، سن همسر، میزان تحصیلات و سن ازدواج در گروه با قصد فرزندآوری بیشتر از گروه بدون قصد فرزند آوری بود. برای بررسی وجود رابطه ی بین دو گروه با قصد و بدون قصد فرزندآوری از نظر متغیرهای اسمی و رتبه ای مثل شغل، وضعیت اقتصادی و خود ارزیابی سلامت از آزمون مجذورخی (Chi- Square) استفاده شد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد ۳۱/۲ درصد از افراد مورد مطالعه بدون فرزند، ۴۴/۲ درصد یک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

فرزند، ۲۰/۴ درصد دو فرزند و ۴/۱ درصد بیش از دو فرزند داشتند. تعداد فرزندان به طور چشمگیری در گروه با قصد فرزندآوری کمتر از گروه بدون قصد فرزندآوری بود (جدول ۱). بر اساس نتایج این مطالعه میانگین (انحراف معیار) نمره حمایت اجتماعی درک شده "بعد شبکه" در گروه با قصد فرزندآوری **(۱/۱۹)** ۲/۲۵ و در گروه بدون قصد فرزندآوری (**۱/۰۶**) ۲ /۰۷ به دست آمد. درحالیکه میانگین (انحراف معیار) نمره حمایت اجتماعی بعد رضایت در گروه با قصد (۱/۳۳)۵/۰۵ و در گروه بدون قصد (۱/۴۲) ۴/۹۳ محاسبه شد (جدول ۲). همانطور که در جدول ۲ آمده است، براساس آزمون تی مستقل و مقایسه میانگین نمره حمایت اجتماعی دو گروه، کسانی که در گروه با قصد فرزندآوری قرار دارند از نظر تعداد افرادی که به عنوان حمایت کننده در پیرامون خود درک می کنند به طور معنی دار نمره بهتری نسبت به گروه بدون قصد فرزندآوری کسب کردند. اما از نظر میانگین رضایت از حمایت اجتماعی درک شده بین دو گروه تفاوت قابل توجهی وجود نداشت.

جدول ۳ نتایج رگرسیون لجستیک ساده و چند گانه برای بررسی عوامل مرتبط با قصد فرزندآوری را نشان می دهد. همانطور که در این جدول ملاحظه می شود، موارد معنی دار در رگرسیون لجستیک ساده وارد بررسی از نظر لجستیک چندگانه قرار گرفت. نتایج نشان داد: سن زنان با قصد فرزندآوری رابطه مستقیم و معنی داری داشته است. با افزایش هر سال سن زنان قصد آنها برای فرزندآوری ۲۰ درصد افزایش می یابد (نسبت شانس= (۱/۳۶-۱/۰۵)۱/۲۰). سن همسر، تحصیلات همسر، سن ازدواج و سن ازدواج همسر در رگرسیون لجستیک چند گانه با قصد فرزندآوری رابطه معنی داری نشان ندادند. در این مطالعه سطح تحصیلات زنان با قصد فرزندآوری رابطه معکوس معنی دار داشت (نسبت شانس = (۰/۹۹-۰/۸۵)۰/۹۲). با افزایش هر سال تحصیل ۸ درصد قصد فرزندآوری کاهش نشان داد. کسانی که وضعیت اقتصادی خانواده را بد ارزیابی کرده بودند، در مقایسه با کسانی که این وضعیت را خوب توصیف کرده بودند، ۴۷درصد کمتر قصد فرزندآوری داشتند (نسبت شانس= (۰/۹۲-۰/۳۱)۰/۵۳). همچنین نتیجه رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد، حمایت اجتماعی(بعد شبکه و بعدرضایت) با قصد فرزندآوری زنان ارتباط معنی دار ندارد.

یکی دیگر از نتایج ما در این مطالعه درک پاسخگویان از رضایت حامیان مورد نظرشان بود. اکثر زنان شرکت کننده (۵۱/۹ درصد) همسر خود را به عنوان اولین حامی در هنگام نیاز معرفی نمودند. ۳۰/۶ درصد پدر یا مادر (۱۹/۶ درصد مادر و ۱۱ درصد پدر) خود را حامی اول اعلام کردند. در مورد این سوال: "درصورت نیاز به مراقبت (هر نوع مراقبت از جمله مراقبت از کودک) به چه کسانی تکیه می کنید؟" نیز اکثر زنان (۴۲/۴) همسر خود را به عنوان حامی معرفی کردند و در قدم دوم مادر یا پدر خود را بیان کردند (۲۵ درصد مادر و ۱۰/۷ درصد پدر).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

جدول ۱: توزیع ویژگی های جمعیت شناختی و باروری زنان مورد مطالعه و بررسی تفاوت آنها به تفکیک در دو گروه با قصد و بدون قصد فرزندآوری

	جمعیت مورد مطالعه(۸۲۲ = تعداد)	گروه با قصد فرزندآوری (۵۵۳ = تعداد)	گروه بدون قصد فرزندآوری(۲۶۹ = تعداد)	
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	P *
سن (سال)	۲۹/۶۷(۵/۶۶)	۳۰/۲۷(۵/۷۵)	۲۸/۵۸(۵/۳۰)	< ۰/۰۰۱
سن همسر(سال)	۳۳/۸۲(۶/۰۳)	۳۴/۳۰(۶/۱۲)	۳۲/۹۹(۵/۷۸)	۰/۰۰۴
سطح تحصیلات (سال)	۱۲/۸۲(۳/۴۳)	۱۳/۰۹(۳/۳۲)	۱۲/۵۵(۳/۲۹)	۰/۰۳
سطح تحصیلات همسر(سال)	۱۲/۵۱(۳/۷۷)	۱۲/۷۹(۳/۶۸)	۱۲/۱۸(۳/۷۰)	۰/۰۳
سن ازدواج زن (سال)	۲۲/۲۱(۴/۵۱)	۲۲/۶۹(۴/۶۴)	۲۱/۳۱(۴/۰۷)	۰/۰۰۱
سن ازدواج همسر(سال)	۲۶/۴۲(۴/۳۶)	۲۶/۷۹(۴/۵۰)	۲۵/۷۳(۴/۰۴)	۰/۰۰۱
تعداد فرزندان	۰/۹۷(۰/۸۳)	۰/۸۶(۰/۸۰)	۱/۲۲(۰/۸۴)	< ۰/۰۰۱
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	P **
شغل				۰/۱۱
شاغل	۱۵۳(۱۸/۸)	۱۱۴(۲۰/۸)	۳۹(۱۴/۷)	
خانه دار	۶۳۴(۷۷/۶)	۴۱۶(۷۵/۷)	۲۱۸(۸۱/۵)	
دانشجو/دانش آموز	۲۹(۳/۵)	۱۹(۳/۴)	۱۰(۳/۷)	
شغل همسر				۰/۴۵
شاغل	۷۸۱(۹۶/۵)	۵۲۷(۹۶/۷)	۲۵۴(۹۶/۹)	
دانشجو/دانش آموز	۴(۰/۴۹)	۲(۰/۳۶)	۲(۰/۷۶)	
بیکار	۲۴(۲/۹)	۱۸(۳/۳)	۶(۲/۳)	
وضعیت اقتصادی خانواده				< ۰/۰۰۱
بد	۱۳۳(۱۶/۲)	۶۹(۱۲/۵)	۶۴(۲۳/۹)	
متوسط	۴۲۴(۵۱/۸)	۲۸۷(۵۲/۰)	۱۳۷(۵۱/۳)	
خوب	۲۶۱(۳۱/۹)	۱۹۵(۳۵/۴)	۶۶(۲۴/۷)	
خود ارزیابی سلامت				۰/۰۰۱
ضعیف	۱۷۹(۲۱/۹)	۱۱۱(۲۰/۱)	۶۸(۲۵/۵)	
متوسط	۴۰۶(۴۹/۷)	۲۷۵(۴۹/۹)	۱۳۱(۴۹/۲)	
خوب	۲۳۲(۲۸/۳)	۱۶۵(۲۹/۹)	۶۷(۲۵/۱)	
هم سکونتی				۰/۱۵
همسر و فرزندان	۷۲۳(۸۹/۵)	۴۹۴(۹۰/۳)	۲۲۹(۸۸/۰)	
خانواده همسر	۶۴(۷/۹)	۴۱(۷/۵)	۲۳(۸/۸)	
خانواده خود	۲۰(۲/۴)	۱۲(۲/۱)	۸(۳/۰)	
دفعات ملاقات با خانواده خود				۰/۳۷
بیشتر از شش ماه	۴۴(۵/۴)	۲۵(۴/۵)	۱۹(۷/۱)	
سه تا شش ماه	۵۴(۶/۶)	۳۶(۶/۵)	۱۸(۶/۷)	
یک تا سه ماه	۱۳۹(۱۷/۰)	۹۱(۱۶/۵)	۴۸(۱۸/۱)	
کمتر از یک ماه	۵۷۹(۷۰/۹)	۳۹۹(۷۲/۴)	۱۸۰(۶۷/۹)	
دفعات ملاقات با خانواده همسر				۰/۶۱
بیشتر از شش ماه	۴۹(۶/۰)	۲۹(۵/۲)	۲۰(۷/۵)	
سه تا شش ماه	۵۰(۶/۱)	۳۳(۶/۰)	۱۷(۶/۴)	
یک تا سه ماه	۱۶۱(۱۹/۷)	۱۰۹(۱۹/۸)	۵۲(۱۹/۶)	
کمتر از یک ماه	۵۵۶(۶۸/۱)	۳۸۰(۶۸/۹)	۱۷۶(۶۶/۴)	
تعداد فرزندان				<۰/۰۰۱
بدون فرزند	۲۵۶(۳۱/۲)	۲۰۴(۳۷/۰)	۵۲(۱۹/۵)	
۱ فرزند	۳۶۲(۴۴/۲)	۲۳۹(۴۳/۲)	۱۲۳(۴۶/۰)	
۲ فرزند	۱۶۷(۲۰/۴)	۹۲(۱۶/۶)	۷۵(۲۸/۰)	
۳ فرزند و بیشتر	۳۴(۴/۱)	۱۷(۳/۰)	۱۷(۶/۳)	
سابقه بستری در بارداریهای قبلی				۰/۴۴
بله	۹۲(۱۶/۰)	۵۷(۱۵/۶)	۳۵(۱۶/۵)	
خیر	۴۸۳(۸۴/۰)	۳۰۷(۸۴/۳)	۱۷۶(۸۳/۴)	
شیوه زایمان اول(تعداد= ۵۳۵)				۰/۲۳
طبیعی	۲۰۸(۳۸/۸)	۱۲۵(۳۷/۵)	۸۳(۴۱/۰)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

سزارین	۳۲۷(۶۱/۱)	۲۰۸(۶۲/۴)	۱۱۹(۵۸/۹)
شیوه زایمان دوم(تعداد= ۱۹۶)			۰/۲۴
طبیعی	۷۵(۳۷/۳)	۴۳(۴۱/۰)	۳۲(۳۵/۱)
سزارین	۱۲۱(۶۰/۱)	۶۲(۵۹/۰)	۵۹(۶۴/۸)

*حاصل آزمون تی مستقل (تفاوت میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در دو گروه با قصد فرزندآوری و بدون قصد فرزندآوری)
**حاصل آزمون مجذور خی(تفاوت فراوانی و درصد متغیرهای مورد بررسی در دو گروه با قصد فرزندآوری و بدون قصد فرزندآوری)

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره حمایت اجتماعی در دوگروه با قصد و بدون قصد فرزند آوری با آزمون تی مستقل:

	افراد با قصد فرزندآوری	افراد بدون قصد فرزندآوری	
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	P
حمایت اجتماعی بعد شبکه	۲/۲۵ (۱/۱۹)	۲/۰۸ (۱/۰۶)	۰/۰۴
حمایت اجتماعی بعد رضایت	۵/۰۴ (۱/۳۳)	۴/۹۳ (۱/۴۳)	۰/۲۵

جدول۳: بررسی عوامل مرتبط با قصد فرزندآوری از طریق تحلیل رگرسیون لجستیک ساده و چند گانه:

	قصد فرزندآوری			
	رگرسیون لجستیک ساده		رگرسیون لجستیک چندگانه	
	نسبت شانس (بازه اطمینان۰/۹۵)	P*	نسبت شانس (بازه اطمینان۰/۹۵)	P
سن	۱/۰۵(۱/۰۲-۱/۰۸)	<۰,۰۰۱	۱/۲۰(۱/۰۵-۱/۳۶)	۰/۰۰۵
سن همسر	۱/۰۳(۱/۰۱-۱/۰۶)	۰/۰۰۴	۰/۹۷(۰/۸۵-۱/۱۰)	۰/۶۵
تحصیلات	۱/۰۵(۱/۰۰-۱/۰۹)	۰/۰۳	۰/۹۲(۰/۸۵-۰/۹۹)	۰/۰۳
تحصیلات همسر	۱/۰۴(۱/۰۰-۱/۰۹)	۰/۰۳	۱/۰۲(۰/۹۶-۱/۰۸)	۰/۴۹
سن ازدواج	۱/۰۷(۱/۰۳-۱/۱۱)	<۰,۰۰۱	۰/۹۵(۰/۸۳-۱/۰۸)	۰/۴۶
سن ازدواج همسر	۱/۰۶(۱/۰۲-۱/۰۹)	۰/۰۰۱	۱/۰۴(۰/۹۱-۱/۱۸)	۰/۵۳
تعداد فرزندان	۰/۵۹(۰/۵۰-۰/۷۱)	۰,۰۰۱<	۰/۴۰(۰/۲۷-۰/۵۸)	<۰,۰۰۱
داشتن فرزند				
بله	Ref=۱		Ref=۱	
خیر	۲/۴۲(۱/۷۱-۳/۴۳)	<۰,۰۰۱	۱/۵۷(۰/۸۶-۲/۸۷)	۰/۱۳
وضعیت اقتصادی				
خوب	Ref=۱		Ref=۱	
متوسط	۰/۷۰(۰/۵۰-۱/۰۰)	۰/۰۵	۰/۸۹(۰/۵۹-۱/۳۴)	۰/۵۹
بد	۰/۳۶(۰/۲۳-۰/۵۶)	<۰,۰۰۱	۰/۵۳(۰/۳۱-۰/۹۲)	۰/۰۲
خودارزیابی سلامت				
خوب	Ref=۱			
متوسط	۰/۸۵(۰/۵۹-۱/۲۱)	۰/۳۷		
بد	۰/۶۶(۰/۴۳-۱/۰۰)	۰/۰۵		
حمایت اجتماعی بعد شبکه	۱/۰۶(۱/۰۰-۱/۳۰)	۰/۰۴	۱/۰۵(۰/۹۰-۱/۲۲)	۰/۴۸

* فقط متغیرهایی که در تحلیل رگرسیون لجستیک تک متغیره معنی دار شده بودند، وارد جدول رگرسیون لجستیک چند گانه در بررسی عوامل مرتبط با قصد فرزندآوری شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه ارتباط حمایت اجتماعی را با قصد فرزندآوری در زنان ساکن شهر تهران بررسی نمود. با توجه به این که مراکز دولتی و خصوصی مورد نظر به صورت نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین مناطق بیست و دوگانه شهر تهران در پنج پهنه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق ، غرب و مرکز انتخاب شدند، همچنین حجم بالای نمونه ها (۸۲۲ زن در سن باروری) که در این مطالعه شرکت نموده اند، لذا نتایج این مطالعه را می توان تا حدی به شهر تهران تعمیم داد. از سوی دیگر با توجه به این که شهر تهران از تنوع قابل توجهی از لحاظ فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی برخوردار است، نتایج این مطالعه برای دیگر کلان شهرهای بزرگ ایران نیز که در شرایط مشابه از لحاظ جمعیتی هستند، ممکن است قابل تعمیم باشد.

نتایج مطالعه ما نشان داد ۶۷/۳ درصد از زنان مورد مطالعه (۵۵۳ نفر) قصد فرزندآوری را تا سه سال آینده و ۳۲/۷درصد (۲۶۹ نفر)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

عدم قصد فرزندآوری را گزارش نمودند. همانطور که در قسمت روش مطالعه بیان شد، براساس نتایج مطالعات گذشته و نظر سه تن ازکارشناسان متخصص در حوزه جامعه شناسی، علوم بهداشتی و بهداشت باروری، در تحلیل آماری زنانی که قصد فرزندآوری بیشتر از سه سال را ذکر کرده بودند، در گروه بدون قصد فرزندآوری قرار گرفتند. مطالعه ای در شرق ایران نشان داد، ۵۲/۷ درصد از شرکت کنندگان قصد فرزندآوری نداشتند[۳۱]، البته با توجه به اینکه در آن مطالعه از ابتدا افراد در دو گروه با قصد و بدون قصد فرزندآوری مشخص شدند، تفاوت نتیجه آن مطالعه با نتیجه مطالعه ما که قصد فرزندآوری بیش از سه سال را عدم قصد در نظر گرفته ایم، قابل درک است. بر این اساس، ۱۵ درصد زنان تک فرزند در مطالعه فعلی تمایلی به داشتن فرزند بعدی نشان ندادند. صادقی و سرایی نیز به طور مشابه ۱۵/۶ درصد عدم تمایل زنان تک فرزند به داشتن فرزند دیگر را گزارش کردند[۲۶] ، این نتایج در مطالعات مباشری و همکاران، حدود ۳۲ درصد[۳۲] و حسینی و بگی حدود ۵۵ درصد گزارش شد[۴]. در مطالعه حسینی و بگی به طور کلی بیش از ۷۰ درصد شرکت کنندگان در مطالعه تمایل نداشتند بیشتر از تعداد موجود فرزند دیگری داشته باشند و از مهم ترین دلایل برای کاهش تمایل به فرزندآوری بیشتر مشکلات اقتصادی، مشکلات تربیتی و آموزش فرزندان ذکر شده بود[۴]. در مطالعه مباشری نیز افزایش هزینه های زندگی و فشار اقتصادی و عدم حمایتهای دولتی در تامین رفاه خانواده ها از مهمترین دلایل عدم تمایل به فرزندآوری گزارش شد[۳۲]. هرچند مشفق و عشقی به این نتیجه رسیدند که، برای زنان تک فرزند اگر شرایط مناسب فرزندآوری فراهم شود، تمایل زیادی دارند که یک فرزند دیگر داشته باشند[۳۳].

در این مطالعه ابتدا تفاوت ویژگیهای جمعیت شناختی و باروری در دو گروه با قصد فرزندآوری و بدون قصد فرزندآوری با استفاده از آزمون های تی مستقل و کای اسکوئر مورد بررسی آماری قرار گرفتند. همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می کنید، میانگین متغیرهای سن، سن همسر، سن ازدواج و تحصیلات در زنان با قصد فرزندآوری به طور قابل توجهی بیشتر از زنان بدون قصد فرزندآوری بود. از نظر تعداد فرزندان نیز، میانگین تعداد فرزند در گروه با قصد فرزندآوری به طور معنی دار کمتر از گروه بدون قصد فرزندآوری بود. همچنین از نظر وضعیت اقتصادی خانواده و سلامت خود گزارشی تفاوت معنی دار بین دو گروه مشاهده شد. برای بررسی وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی و قصد فرزندآوری نیز ابتدا از آزمون تی مستقل استفاده کردیم. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمره حمایت اجتماعی بعد شبکه در افراد با قصد فرزندآوری به طور قابل توجهی از میانگین نمره حمایت اجتماعی بعد شبکه در افراد بدون قصد فرزندآوری بالاتر است، که این نتیجه نشان دهنده تاثیر شبکه حمایتی قابل درک زنان در بهبود قصد آنها برای فرزندآوری می باشد. اما میانگین نمره حمایت اجتماعی بعد رضایت در دو گروه تفاوت معنی داری نشان نداد. سپس برای بررسی تاثیرعوامل زمینه ای احتمالی بر متغیر وابسته قصد فرزندآوری از رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد. به این صورت که ابتدا ارتباط هر یک از متغیرها با قصد فرزندآوری به صورت مجزا در رگرسیون لجستیک ساده (تک متغیره) سنجیده شد. سپس متغیرهایی که در مدل رگرسیون لجستیک ساده معنی دار شده بودند، وارد مدل رگرسیون چندگانه شدند. نتایج رگرسیون لجستیک چند گانه نشان داد، عوامل جمعیت شناختی و باروری از جمله سن، تعداد فرزندان فعلی، سطح تحصیلات و همچنین سطح درآمد خانواده، تعیین کننده های قویتری نسبت به حمایت اجتماعی بر قصد فرزندآوری در بین زنان مورد مطالعه هستند

طبق نتایج ما یکی از عوامل مهم بر قصد فرزندآوری در زنان، تعداد فرزندان فعلی است. در این مطالعه با افزایش هر فرزند، قصد فرزندآوری کاهش ۶۰ درصدی نشان داده است که با یافته های مطالعات بابر- انسر و همکاران، عباسی شوازی و خواجه صالحی همچنین آزموده و همکاران همخوانی دارد[۳۱،۳۴،۳۵] در مطالعه بابر- انسر و همکاران هرچند تمایل والدین دارای یک فرزند به داشتن فرزند دیگر بیشتر از زوجین بدون فرزند بود، اما در والدین دارای دو فرزند و بیشتر با افزایش تعداد فرزندان این قصد کاهش یافت[۳۴]. طبق نتایج ما در مطالعه حاضر با افزایش هر سال سن زنان افزایش قابل توجهی در نسبت شانس قصد فرزندآوری نشان داده شد که با نتایج مطالعه بالبو و مایلز همخوانی دارد[۱۱]. بر عکس دی گایلیو و همکاران، کنیگ و یون به این نتیجه دست یافتند که نسبت شانس قصد فرزندآوری با افزایش سن کاهش یافته است [۶،۷،۲۵] . هرچند در مطالعه طاووسی و همکاران ارتباط معنی داری بین متغیر سن شرکت کنندگان با عدم تمایلشان به فرزندآوری دیده نشد[۳۶]. سطح تحصیلات زنان در مطالعه ما با قصد فرزندآوری رابطه معکوس داشت. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، شانس قصد فرزندآوری ۸ درصد کاهش معنی دار نشان داد. به طور مشابه در اغلب مطالعات در ایران میزان بالاتر تحصیلات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

زنان با تمایل کمتر آنها به فرزندآوری و کاهش باروری همراه بوده است[۳۷،۳۸، ۳۵]. این طور به نظر می رسد که ورود گسترده زنان به سطوح بالای تحصیلی از طریق دانشگاه ها طی سالهای بعد از انقلاب اسلامی در ایجاد تغیرات نگرشی و انتظارات زنان ایرانی تاثیر گذار بوده است[۳۹]. کسب تحصیلات بالا علاوه بر تاثیر غیر مستقیم آن در شکل گیری نگرشهای مدرن، به صورت مستقیم نیز با افزایش سن ازدواج و تاخیر در فرزندآوری، رفتار باروری زنان را تحت تاثیر قرار داده است[۴۰]. البته در برخی مطالعات نیز بین سطح تحصیلات زنان و تمایل به فرزندآوری رابطه معنی داری دیده نشده است[۴۱]. به طور متناقض مطالعه ای که درچند کشور اروپایی انجام شد، نشانگر ارتباط مثبت زنان دارای تحصیلات بالاتر با قصد فرزندآوری بود. شاید علت آن همراه بودن تحصیلات بالاتر با درآمد بیشتر در این کشورها بوده است، تا بتواند جایگزین مناسبی برای متغیرهای دیگر از جمله مراقبت از کودکان و همکاری همسر در منزل فراهم آورد[۴۲]. همچنین یک پژوهش نشان داد زنان و مردان تحصیل کرده تر آلمانی، در مقایسه با زنان و مردانی که تحصیلات متوسط داشتند ، تمایل به داشتن تعداد فرزندان بیشتری دارند [۴۳]. شاید به این دلیل که تحصیلات بالاتر زنان با افزایش اعتماد به نفس آنها و در نتیجه افزایش توانایی آنها برای مقابله با فشارهای اطرافیان و پذیرش نقش والدینی همراه می شود[۳۱]. در مطالعه حاضر مشابه نتایج برخی مطالعات دیگر ارتباط معنی داری بین زنان خانه دار و شاغل از نظر تمایل به فرزندآوری نشان داده نشد[۲۶،۴۱]. هر چند در اغلب کشورهای صنعتی درصد بیشتری از زنان شاغل هستند و ممکن است وضعیت شغلی آنها ارتباط مستقیمی با تصمیم گیری آنها برای فرزندآوری داشته باشد[۶،۱۰]، اما در ایران میزان اشتغال زنان پایین است. همانطور که در این مطالعه هم درصد کمی از زنان شاغل بودند. بنابر این به نظر می رسد، وضعیت شغلی در زنان ایرانی عامل تهدید کننده ای برای قصد فرزندآوری آنها نباشد. برعکس در مطالعه آزموده و همکاران نتایج رگرسیون لجستیک در مورد عوامل مرتبط با قصد فرزندآوری نشان داد، هرچند هیچ تفاوت قابل توجهی بین قصد فرزندآوری با تحصیلات و وضعیت اقتصادی خانواده دیده نمی شود اما خانه دار بودن زنان رابطه منفی با قصد فرزندآوری آنها دارد [۳۱]. در مطالعه حاجی زاده بنده قرا و همکاران نیز وضعیت شغلی زنان با تمایلشان به داشتن فرزند ارتباط معنی داری داشت. در این مطالعه آمده است، هرچند تمایل به فرزندآوری در آینده میان زنان خانه دار به طور قابل توجهی بیشتر از زنان شاغل بود، اما با توجه به بالاتر بودن میانگین سنی در زنان شاغل و بالاتر بودن درصد دو فرزندی در میان زنان شاغل، نتیجه رگرسیون لجستیک نشان داد، شانس تمایل به فرزندآوری در میان زنان شاغل ۲/۰۱ برابر بیشتر از زنان خانه داراست[۴۴]. مطالعه کانت و ترپ درکشور آلمان نشان داد، داشتن شغل تمام وقت با تحقق قصد فرزند آوری همراه بود، در حالی که شغل پاره وقت و یا بیکاری تاثیر منفی بر تحقق قصد فرزندآوری داشت. احتمالا رویکرد امنیت اقتصادی در این مورد مطرح است، چراکه شغل تمام وقت با امنیت اقتصادی همراه است، درحالیکه مشاغل پاره وقت یا بیکاری، امنیت اقتصادی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. البته درجوامع مختلف ارتباط اشتغال زنان با فرزندآوری ممکن است براساس زمینه های اجتماعی آن جامعه متفاوت باشد [۱۰]. به طور مثال در مطالعه ای که به قصد باروری و موانع تحقق آن در دو کشور فرانسه و ایتالیا پرداخته است، بیان شد زنان غیر شاغل ایتالیایی بیشتر احتمال دارد که قصد فرزندآوری خود را تحقق دهند تا زنان فرانسوی[۴۵]. از دیگر نتایج این مطالعه این بود که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر با وضعیت اقتصادی بد نسبت به زنانی که وضعیت اقتصادی خانواده خود را خوب گزارش کرده بودند، ۴۷ درصد کمتر قصد فرزندآوری داشتند. طاووسی و همکاران نیز بیشترین دلیل برای عدم تمایل به فرزندآوری را مشکلات اقتصادی به دنبال داشتن فرزند یا فرزندان بیشتر گزارش نمودند[۲].هرچند در مطالعه هارکنت و همکاران سطوح بالاتر وضعیت اقتصادی خانواده، با قصد داشتن فرزند اول ارتباطی دیده نشد، اما با قصد داشتن فرزندان بیشتر ارتباط معنی داری نشان داد[۱۳]. بعضی مطالعات بیان کرده اند که ناامنی اقتصادی می تواند درخواست زوجین برای فرزندآوری را تحت تاثیر خود قرار دهد[۴۵،۴۶]. شوازی و خانی نیز در مطالعه خود به طور مشابه بیان کردند که زنانی که ناامنی اقتصادی را درخانواده بیشتر درک کرده اند، ایده ال باروری پایینتری داشتند[۴۷] به نظر می رسد امنیت اقتصادی خانواده تعیین کننده مهمی در قصد فرزندآوری و تحقق آن است و برای تحقق سیاستهای جمعیتی ضروری است مشکلات اقتصادی خانواده ها مرتفع گردد[۴۸].

هرچند مطالعات متعددی ارتباط بین دو متغیر حمایت اجتماعی و قصد فرزندآوری را نشان داده اند. به طوریکه در بعضی مطالعات، افزایش دسترسی به منابع حمایتی و به ویژه در مراقبت از کودک و وجود شبکه های اجتماعی خانواده یا دوستان، زوجین را به انگیزه و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

قصد بیشتر برای در داشتن فرزند ترغیب کرده اند [۲۶،۴۹]. به طور مثال خدیوزاده و همکاران در یک مطالعه کیفی، همچنین صادقی وسرایی در یک مطالعه پیمایشی که در بین زنان در سن باروری و در شهر تهران(به عنوان یکی از شهرهای با نرخ رشد باروری پایین) انجام شده بودند، بر اهمیت شبکه های حمایتی و حمایت های اجتماعی غیررسمی از طریق حمایت والدین در نگهداری از کودک یا حمایتهای عاطفی و مالی و همچنین حمایت دوستان و دیگر اعضا خانواده از طریق حمایتهای عاطفی، اطلاعاتی و کمک های ضروری بر قصد فرزندآوری زوجین تاکید نمودند[۲۶،۴۹] اما نتایج رگرسیون لجستیک چند گانه در مطالعه ما، ارتباط قابل توجهی را بین نمره حمایت اجتماعی بعد شبکه و بعد رضایت با قصد فرزندآوری در زنان مورد مطالعه نشان نداد. به طور مشابه یافته های مطالعه یون و همکاران نیز این نتیجه، یعنی عدم ارتباط حمایت اجتماعی با قصد فرزندآوری را تایید نموده است[۲۵]. از سوی دیگر مطالعه ی کنیگ و همکاران و نیز هارکنت و همکاران نشان دادند که بیشترین رضایتمندی از بین افراد شبکه حمایتی برای زنان، همسر آنها است و بر نقش همسر به عنوان حامی در امور منزل و مراقبت از کودک تاکید داشتند[۶،۱۳]. در مطالعه حاضر نیز اکثر زنان شرکت کننده(۵۱/۹ درصد) همسر خود را اولین حامی، سپس والدین مادری (۱۹/۶ درصد)، والدین پدری (۱۱ درصد) و دوستان(کمتر از ۲ درصد) را به عنوان آخرین حمایت کننده گزارش نمودند. به طور مشابه در مطالعه نظری و همکاران نیز میانگین بالاترین و پایین ترین نمره حمایت اجتماعی نسبت به داشتن فرزند، به ترتیب شوهر و دوستان اعلام شده است[۵۰] . همچنین در مطالعه ی ما بین تعداد تماس های زوجین با خانواده های زن یا همسرش در دو گروه با قصد فرزندآوری و بدون قصد فرزندآوری تفاوت معنی داری دیده نشد. در حالیکه بعضی مطالعات نشان میدهند که تماسهای مکرر با خانواده و به ویژه با والدین و دریافت حمایت از سوی آنها، احتمال قصد فرزندآوری را در زوجین افزایش می دهد[۱۱،۵۱]. از یک سو درک زنان حاصل از تماس های خانوادگی به ویژه با خواهر یا برادر دارای فرزندان کوچکتر، ممکن است سبب تشویق آنها برای داشتن فرزند شود و یا برعکس احتمال دارد ، قصد آنها را برای داشتن فرزند کاهش دهد[۱۱]. به نظر می رسد نتایج مطالعاتی که نشان داده اند حمایت اجتماعی تعیین کننده قوی بر قصد فرزند آوری بوده اند، عمدتا به بخش حمایت اجتماعی از بعد ابزاری از جمله نگهداری از کودک و کمک مالی پرداخته اند، در حالیکه در این مطالعه بیشتر درک زنان از حمایت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است و شاید به همین دلیل از دیدگاه زنان برای داشتن فرزند اولویت های مهمتری درمقایسه با حمایت اجتماعی برای داشتن فرزند مدنظر بوده است. . در مطالعه آزموده و همکاران یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار برقصد فرزندآوری هزینه های درک شده از فرزندآوری ذکر شده است[۳۲]. بنابر این به نظر می رسد تاثیر حمایت اجتماعی برقصد فرزندآوری هنوز مبهم است، شاید به طور مثال حمایت اجتماعی متاثر از ارزش گذاری برای بچه ها باشد[۹]. همانطور که مطالعات نشان می دهند، ارزش گذاری برای فرزندان از عواملی است که مستقیما بر رفتار باروری تاثیر گذار است و به زمینه های اقتصادی اجتماعی زندگی زنان مرتبط است[۳۴]. بعضی مطالعات صورت گرفته در ایران نیز نشان داده اند در دهه های اخیر ارزش فرزندآوری تحت تاثیر تغییرات اجتماعی و فرهنگی در حال تغییر است[۵۲،۳۴] ، لذا در جوامعی که ارزش بالایی برای داشتن فرزند قرار نمی دهند، شاید حمایت اجتماعی از طریق عوامل دیگری همچون تقبل مسئولیت فعالیت های فرزند پروری و مسئولیتهای مالی، روانی و اجتماعی والدین بر قصد فرزندآوری تاثیر بگذارد[۹]. البته طاووسی و همکاران در مطالعه خود، بیشترین دلیل تمایل به فرزندآوری را علاقه فطری افراد به پذیرش نقش والدینی ذکر کرده اند[۲]. همچنین دراهکی به این نتیجه رسید که نیاز عاطفی به داشتن فرزند در سنین بالاتر بیشترین تاثیر را در ایده ال باروری افراد دارد[۴۶]. به هر حال با توجه به نتایج این مطالعه، برای ترویج فرزندآوری نیاز است، در جهت بهبود امنیت اقتصادی خانواده ها و وضعیت اقتصادی – اجتماعی زنان سرمایه گذاری بیشتری صورت گیرد. بنابر این به نظر می رسد، برای تحقق برنامه های جمعیتی کشوری هنوز هم بررسی های عمیقتری در زمینه عوامل مرتبط با فرزندآوری لازم است.

سهم نویسندگان

دکتر ناهید اکبری: ارائه طرح نامه، نظارت بر اجرای طرح و اصلاح نهایی مقاله

فاطمه سادات آفرینی: مجری طرح و تهیه پیش نویس مقاله

دکتر علی منتظری: راهنمایی و مشاوره تعداد نمونه، شیوه نمونه گیری و اصلاح نهایی مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد گرایش مامـایی جامعه نگر توسط دانشجو فاطمه سادات آفرینی و به راهنمایی خانم دکتر ناهید اکبری و مشاوره آقای دکتر علـی منتظـری بـوده اسـت. پژوهشگران به این وسیله از همه کسانی که به طریقـی در بـه ثمـر رسیدن این پژوهش مساعدت کرده اند، قدردانی می نمایند.

منابع

1. Statistical Center of Iran The Results Of The General Census Of Population And Housing Statistical Center Of Iran 2017. [Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/0/result%20951221.pdf] [in persian]

2. Tavousi M, Esmaeil Motlagh M, Eslami M, Haerimehrizi A, Hashemi A, Montazeri A. Fertility desire among Iranians living in Tehran: reasons for desire and disinterest. Payesh 2016; 6: 663-668 [in Persian]

3. Razavizadeh N, Ghafarian E, Akhlaqi A. Grounds for Low Child Seeking and Delay in Child Bearing (Case Study: Mashhad Women). Scientific Journal Management System ۲۰۱۵; 8:73-98[in Persian]

4. Hosseini H, Bagi B. Socioeconomic, cultural and demographic determinants of childbearing desires among married women attending health centers in Hamedan. Journal Of Kermanshah University Of Medical Sciences Journal Of Kermanshah University Of Medical Sciences 2012;1 :35-43[in persian]

5. Fahlén S, Oláh L. Female employment, work hours and childbearing intentions in Sweden in the early 2000s: A capability perspective. Stockholm University: Stockholm Research Reports in Demography 12. 2010[available from: https://www.su.se/polopoly_fs/1.18709.1320939635!/WP_2010_8.pdf, accessed 2018/06/13].

6. König S. Higher order births in Germany and Hungary: Comparing fertility intentions in a national context. In: Sozialforschung MZES Mannheim 2011: 1-18[aveilable from: www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-146.pdf, accessed 2018/02/06].

7. Di Giulio P, Bühler C, Ette A, Fraboni R, Ruckdeschel K. Social capital and fertility intentions: The case of Italy, Bulgaria, and West Germany. Vienna Institute of Demography 2012: 1-26 [avilable from: https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/.../WP2012_02.pdf, accessed 2018/01/13]

8. Rossier C, Bernardi L. Social interaction effects on fertility: Intentions and behaviors. European Journal of Population/Revue européenne de Démographie 2009; 4: 467-485

9. Bernardi L, Klärner A. Social networks and fertility. Demographic Research 2014: 641-670

10. Kuhnt A-K, Trappe H. Easier said than done: childbearing intentions and their realization in a short term perspective.Max Planck Institute for Demographic Rostock, Germany,2013[available from: www.pairfam.de/fileadmin/user.../tx.../working_paper_Kuhnt_Trappe_2013_01.pdf, accessed 2018/01/19]

11. Balbo N, Mills M. The influence of the family network on the realisation of fertility intentions. Vienna yearbook of population research 2011; 9:179-205

12. Bühler C, Philipov D. Social capital related to fertility: theoretical foundations and empirical evidence from Bulgaria. Vienna yearbook of Population Research 2005:53-81

13. Harknett K, Billari FC, Medalia C. Do family support environments influence fertility? Evidence from 20 European countries. European Journal of Population 2014;1:1-33

14. Dommermuth L, Klobas J, Lappegård T. Differences in childbearing by time frame of fertility intention. A study using survey and register data from Norway. 2014[available from: https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/182990, accessed 2018/02/16]

15. Bühler C, Fratczak E. Social Capital and Fertility Intentions: The Case of Poland. Max Planck Institute for Demographic Research, 2004[available from: https://core.ac.uk/download/pdf/6385732.pdf accessed 2018/02/24]

16. Keim S, Klärner A, Bernardi L. Qualifying social influence on fertility intentions: composition, structure and meaning of fertility-relevant social networks in Western Germany. Current Sociology 2009; 6: 888-907

17. Mathews P, Sear R. Does the kin orientation of a British woman's social network influence her entry into motherhood? Demographic Research 2013:313-340

18. Salles A, Rossier C, Brachet S. Understanding the long term effects of family policies on fertility: The diffusion of different family models in France and Germany. Demographic Research 2010:1057-1096

19. Cooke LP. Gender equity and fertility in Italy and Spain. Journal of Social Policy 2009;1:123-140

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

20. Mills M, Mencarini L, Tanturri ML, Begall K. Gender equity and fertility intentions in Italy and the Netherlands. Demographic Research 2008;18: 1-26
21. Brodmann S, Esping-Andersen G, Güell M. When fertility is bargained: Second births in Denmark and Spain. European Sociological Review 2007; 5: 599-613
22. De Laat J, Sevilla-Sanz A. The fertility and women's labor force participation puzzle in OECD countries: the role of men's home production. Feminist Economics 2011;2: 87-119
23. Feyrer J, Sacerdote B, Stern AD. Will the stork return to Europe and Japan ?Understanding fertility within developed nations. The Journal of Economic Perspectives 2008; 3: 1-31
24. Park S-M. Social networks and second-childbirth intentions of Korean married women. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2012; 4: 398-412
25. Yoon SY. The influence of a supportive environment for families on women's fertility intentions and behavior in South Korea. Demographic Research 2017;36:227-245
26. Sadeghi HS, Saraie H. Effective Factors on Mothers' Inclination to Have Children in Tehran. Social Development & Welfare Planning 2016; 27:1-32 [in persian]
27. Ghodrati H, Ahmadi A, Mokhtari M, Afrasiabi H. Analysis of social capital and fertility in urban regions of Sabzevar.Arid Regions Geographic Studies 2011;4:79-94[in persian]
28. kalantari S, Abbaszadeh M, Aminmozafari F, Rakeibonab N.The Sociological Study of Attitude to Childbearing and ita some related.Journal of Applied Sociology 2010;1:83-104[in persian]
29. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. Journal of Social and Personal Relationships 1987;4: 497-510
30. Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei M, Nojomi M, Richter J. A Persian Version of the Social Support Questionnaire (SSQ). Social Welfare Quarterly 2011; 41: 251-266 [in persian]
31. Régnier-Loilier A, Vignoli D, Dutreuilh C. Fertility intentions and obstacles to their realization in France and Italy. Population (english edition) 2011; 66: 361-390
32. Azmoude E, Behnam H, Barati-Far S, Kabirian M. The Relationship of Socio-Demographic Factors, Fertility Behavior and Child's Perceived Value with Fertility. International journal of community based nursing and midwifery 2017;2:123-133
33. mobasheri m, alidosti m, sorshajani s, khosravi f, khalafian p, jalilian m. Determination of the Most Important Factors Influencing the Fertility Patterns of Single Child and Without Child Families in Shahr-e-kord City in 2013. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2013; 6: 63-70 [in persian]
34. Moshfegh M, Ghareeb Eshgee S. An analysis on relationship between the value of children and fertility among Tehran's women. Womens Strategic Studies 2012; 58 :93-120 [in persian]
35. Buber-Ennser I, Panova R, Dorbritz J. Fertility Intentions Of University Graduates. Demográfia 2013; 5 :5-34
36. Abbasi-Shavazi MJ, Khajehsalehi Z. An Assessment on the Impact of Women's Autonomy, Education and Social Participation on Childbearing Intention in Sirjan City. Women in Development & Politics 2013; 1:45-64[in persian]
37. Tavousi M, Esmaeil Motlagh M, Eslami M, Haerimehrizi A, hashemi a, Montazeri A. Fertility desire and its correlates: a pilot study among married citizens living in Tehran, Iran. Payesh 2015; 5:597-605 [in persian]
38. Shojaei J, Yazdkhasti B. A systematic review of studies of fertility decline in the last two decades. The Quarterl Journal of Women and Family Socio Cultural Council, Women's strategic studies 2017; 75:137-159[in persian]
39. Erfani A. Fertility in Tehran city and Iran: rates, trends and differentials. Population Studies 2013; 1:87-107[in persian]
40. Sadeghi JM. Socio-economic factors affected the recent fertility decline in Iran and some comparison with other MENA countries. InERF 7th annual conference, ERF region: trends and prospects for growth and human development, economic research forum for the Arab Countries, Iran and Turkey (ERF). Amman, Jordan 2000[available from: https://pdfs.semanticscholar.org/2ccf/fedd4e0127e10c18bbc7d61057d33e1baf7d.pdf, accessed 2018/06/13]
41. Abbasi-Shavazi MJ, Alimandegarie M. The Effects of Various Dimensions of Women's Autonomy on Fertility Behaviorin Iran. Women in Development and Politics 2010; 1: 31-51[in Persian]
42. Piltan F, Rahmanian M. Investigating Factors Affecting the Tendency toward Childbearing among Married Men and Women (Case of Study: Men and Women aged 25 to 45 years Old in Jahrom). Journal of Iranian social development studies 2015; 2:121-134 [in Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

43. Testa MR. On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: Individual-and country-level evidence. Advances in life course research 2014;21:28-42

44. Heiland F, Prskawetz A, Sanderson WC. Are individuals' desired family sizes stable? Evidence from West German panel data. European Journal of Population/Revue européenne de Démographie 2008; 24:129-56

45. Hajizadeh Bandeghara F,Jannesari S, Ozgoli G, Nasiri M. Positive Effect of Women's Empoverment on Childbearing: More Children in Working Women.The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2017;37:51-61[in persian]

46. Dorahaki A. Determinants of women's ideal fertility: study of women15 to 49 year old in Nasimshahr city in 2015. Razi Journal of Medical Sciences 2016; 141:59-69[in Persian]

47. Abbasi-Shavazi MJ, Khani S. Economic insecurity and fertility: Case study in Sanandaj. Journal of Population Association of Iran 2016; 2:63-99[in Persian]

48. Abdollahi A, Farjadi G. Socio-Economic Rationality and Childbearing Behavior in Tehran City: Results from a Qualitative Study. Iranian Population Studies 2016; 2:101-131[in Persian]

49. Khadivzadeh T, Roudsari RL, Bahrami M, Taghipour A, Shavazi JA. The influence of social network on couples' intention to have the first child. Iranian Journal of Reproductive Medicine 2013; 3: 209-218

50. Nazari M, Ghasemi S, Vafaei H, Fararouei M. The perceived social support and its relationship with some of the demographic characteristics in Primigravida pregnant women. International Journal of Nursing and Midwifery 2015;9 :141-145

51. Waynforth D. Grandparental investment and reproductive decisions in the longitudinal 1970 British cohort study. Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences 2012; 1731:1155-1160

52. Ojaghlo S, Saraie H. A Study Of Temporal Changes Of Child Value In Iran (Zanjan City Women). Quarterly Of Social Studies And Research In Iran 2014; 2:261-283 [in persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

ABSTRACT

The relationship between social support and the intention of childbearing in women of reproductive age

Fatemeh Sadat Afarini [1], Nahid Akbari [1*], Ali Montazeri [2]

1. School of University and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(3): 315-328
Accepted for publication: 11 June 2018
[EPub a head of print-17 June 2018]

Objective (s): This study aimed to investigate the relationship between social support and the intention of childbearing among Iranian women.
Methods: This study was conducted on 822 fertile women (15-49 years), referring to 26 public and private healthcare facilities. They were selected using a multi-stage cluster sampling method from the 5 metropolitan areas of the north, south, east, west and center of Tehran, Iran. Data were collected by a valid and reliable questionnaire.
Results: About 67.3% (n = 553) of women mentioned their childbearing intention in the next three years and 32.7% (n = 269) reported no intention of childbearing. Multivariate regression analysis showed no significant relationship between social support and intention of childbearing. Also, there was a direct and significant relationship between age and the intention of childbearing (OR = 1.20, 95% CI: 1.05-1.36); P-value = 0.005). In addition, variables such as the level of education (OR = 0.92, 95% CI: 0.85-0.99; P-value= 0.03) and household economic status (OR = 0.53, 95% CI: 0.31-0.92); P-value= 0.02) showed a reverse relationship with the intention of giving birth to a child.
Conclusion: Demographic factors, including age, education and household economic status were strong determinants of childbearing intention among women living in Tehran.

Key Words: Childbearing intention, Social support, Social network, Socioeconomic status, Women

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9]

[*] Corresponding author: Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88882886
E-mail: akbari1420@gmail.com