

عوامل مؤثر بر نگرش به باروری در همدان در سال ۱۴۰۳: یک مطالعه مقطعی-تحلیلی

فریده کاظمی^۱، زینب علیمرادی^۲، سیده زهرا معصومی^۳، علیرضا سلطانیان^۴، زهرا کرمی^۵، سیما فضلی^{۶*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۴۰۴/۰۲/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مطالعات نشان می‌دهند که باروری هم تحت تأثیر انتخاب فردی و هم متأثر از ارزش‌ها، فرهنگ و هنجارهای اجتماع است. با توجه به اهمیت موضوع کم شدن فرزند آوری و تبعات آن در جامعه، این مطالعه باهدف تعیین عوامل مؤثر بر نگرش به باروری در همدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی-تحلیلی بر روی ۲۹۰ زن بدون فرزند یا دارای یک فرزند تحت پوشش مراکز جامع سلامت استان همدان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. درنهایت داده‌ها وارد نرم‌افزار Stata نسخه ۱۳ شد و آنالیز انجام شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۳/۲۷ (۶/۷۳) سال و میانگین نمره نگرش به باروری ۷۲/۹۳ (۱۵/۶۸) بود. جهت کنترل تأثیر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی بر نمره نگرش به باروری از آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره استفاده شد. نتایج آنالیز چندمتغیره نشان داد سن همسر ($P=0/002$)، $\beta=0/80$ ، دارا بودن فرزند نسبت به نداشتن فرزند ($P<0/001$)، $\beta=7/86$ ، قومیت ترک نسبت به فارس ($P=0/008$)، $\beta=4/79$ ، تمایل به داشتن فرزند بیشتر در آینده نسبت به افرادی که تمایل به داشتن هیچ فرزندی نداشتند ($P<0/001$) با نگرش به فرزند آوری ارتباط مثبت و معنادار داشتند و وضعیت سلامت عمومی ($\beta=-0/28$ ، $p=0/02$) و تشویقی‌های دولت ($P=0/02$) با نگرش به فرزند آوری ارتباط منفی و معنادار داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه عوامل مؤثر بر نگرش زنان به فرزند آوری متعدد است، از نتایج این مطالعه می‌توان در طراحی مداخلات و سیاست‌های هدفمند باهدف ارتقای انتخاب‌های آگاهانه باروری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: نگرش، فرزند آوری، مطالعه مقطعی، باروری، تأثیرات فرهنگی اجتماعی، زنان

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۸۵، اسفند ۱۴۰۳، ص ۱۰۶۲-۱۰۵۰

آدرس مکاتبه: گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، تلفن: ۰۸۱۳۸۳۸۰۱۵۰

Email: mwsimafazli@gmail.com

مقدمه

(۲). TFR نشان‌دهنده تعداد فرزندان است که یک زن در طول سال‌های باروری خود به دنیا می‌آورد. امروزه بیش از نیمی از جمعیت جهان در مناطقی با باروری کمتر از جایگزینی زندگی می‌کنند (۳). نتایج سرشماری‌ها و آمارهای موجود در ایران نشان می‌دهد که TFR از حدود ۷/۷ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۴۵ به ۲/۰۱ فرزند در بین سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۱ رسیده است، به‌طوری‌که متوسط رشد سالانه جمعیت ۳/۹ درصدی

باروری از مهم‌ترین مؤلفه‌های جمعیتی است و نقش عمده‌ای در دگرگونی کمی و کیفی جمعیت هر کشور ایفا می‌کند (۱). کاهش شدید نرخ باروری به‌عنوان یکی از تغییرات مهم در سراسر جهان در نظر گرفته می‌شود. طی ۲۵ سال گذشته، ایران نیز با کاهش شدید باروری مواجه بوده است آمارهای سرشماری نشان داده است که نرخ باروری کل (TFR)^۷ کل در ایران کمتر از نرخ جایگزینی بوده است

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، پژوهشکده علوم و فناوری‌های بهداشت، پژوهشگاه سلامت ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، پژوهشکده علوم و فناوری‌های بهداشت، پژوهشگاه سلامت ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۵ مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۶ مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۷ Total Fertility Rate

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی-همبستگی بود که بر روی زنان واقع در سن باروری که تحت پوشش مراکز جامعه سلامت شهر همدان بودند، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول Green (۱۹) و با در نظر گرفتن $K = 30$ (پیشگویی‌کننده پیامد) و با در نظر گرفتن ۲۵ درصد عدم پاسخگویی کامل به پرسشنامه‌ها، حداقل ۲۹۰ نفر به دست آمد $(n = 50 + 8k)$. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: تمایل به شرکت در مطالعه، متأهل و دارای همسر، قرار داشتن در سن باروری ۱۵-۴۹ ساله، بدون فرزند یا دارای ۱ فرزند، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن طبی مانند بیماری قلبی، دیابت، صرع، انواع سرطان‌ها، بیماری کلیوی. عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت کامل به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی همدان و دریافت کد اخلاق، به منظور شناسایی زنان دارای معیارهای ورود به مطالعه از سامانه سبب و کمک مراقبان سلامت استفاده شد. در ابتدا پژوهشگر به مراکز مراجعه کرده و لیست تمام زنانی که دارای معیار ورود بودند را از طریق سامانه استخراج کرد. نمونه‌گیری به صورت دسترس انجام شد به این صورت که پژوهشگر طبق ترتیب اسامی ذکرشده در لیست، با آن‌ها تماس می‌گرفت و اهداف مطالعه را شرح می‌داد. در صورت تمایل فرد به شرکت در مطالعه زمان مراجعه مشخص می‌شد و از آن‌ها خواسته می‌شد به مرکز جامع سلامت مراجعه کنند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. در صورتی که مشارکت‌کنندگان در مراجعه مشکل داشتند، پرسشنامه‌ها از طریق شبکه مجازی برای آن‌ها ارسال می‌شد و پس از تعیین مدت‌زمان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، مجدداً با آن‌ها تماس گرفته شده و پاسخ‌ها دریافت می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل موارد زیر بود:

۱- پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، سن همسر، میزان تحصیلات خود و همسر، وضعیت اشتغال خود و همسر، وضعیت درآمد خانواده، محل سکونت، طول مدت ازدواج، قومیت، تعداد فرزندان، نیت فرزند آوری در آینده، تأثیر سیاست‌های تشویقی در فرزند آوری، وضعیت بارداری بود. جهت بررسی روایی محتوا از ۱۰ نفر از اساتید هیئت‌علمی گروه مامایی و زنان خواسته شدند نظرات خود را بیان کنند. سپس پرسشنامه با صلاحیت تیم تحقیق اصلاح شد.

۲- وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده با ارزیابی متغیرهای میزان درآمد خانواده، وضعیت مالکیت خانه، خودروی شخصی، ماشین لباسشویی، تلویزیون LCD، ماشین ظرفشویی، یخچال ساید بای ساید، فرش دستباف، کامپیوتر شخصی یا لپ‌تاپ،

سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ بر اساس آمار سرشماری سال ۱۳۹۵ به ۱/۲۴ درصد کاهش یافته است (۴). نرخ باروری کل عامل کلیدی اندازه و ترکیب جمعیت است. تخمین زده شده است که نرخ رشد جمعیت ایران طی سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۹، ۲۰۲۰-۲۰۲۴ و ۲۰۲۵ به ترتیب به ۱.۳۲، ۱.۱۳ و ۱ درصد برسد (۲). طولانی شدن این روند باروری می‌تواند منجر به مشکلات جدی به خصوص در زمینه اقتصادی از جمله کاهش نیروی کار شود (۵). کاهش باروری عامل اصلی پیری سریع جمعیت در سراسر جهان است (۶).

مطالعات اخیر نشان می‌دهند که باروری، هم تحت تأثیر انتخاب فردی و هم متأثر از ارزش‌ها، فرهنگ و هنجارهای اجتماع است (۷). انگیزه باروری، موضوع پیچیده‌ای است که دارای ریشه‌های فرهنگی، رفتاری و اعتقادی بوده و در بستر انتقال جمعیت و توسعه اجتماعی- اقتصادی تغییر می‌یابد (۸، ۹). رفتار باروری تحت تأثیر نگرش به فرزند آوری است. نگرش مثبت به فرزند آوری لازمه قصد فرزند آوری است. تغییر نگرش نسبت به فرزند آوری یکی از علل کلیدی کاهش باروری در دهه‌های اخیر بوده است (۱۰). عوامل متعددی در تغییر نگرش دخیل هستند از جمله تغییرات فرهنگی یعنی سکولاریسم^۱، فردگرایی، فرسایش ارزش‌های خانوادگی (۱۱)، سبک زندگی مدرن (۱۲)، افزایش سطح توسعه، شهرنشینی و صنعتی شدن (۱۳)، جهانی شدن، افزایش آگاهی و انتظارات زنان، دگرگونی در نقش و موقعیت زنان (۱۴)، بازاندیشی در نقش مادری و ارزش فرزند (۱۵)، سقط‌جنین و میزان استفاده از رسانه‌های نوین (۱۶)، مشکلات اقتصادی و درآمد پایین (۱۷)، افزایش دسترسی زنان به منابع ارزشمند (تحصیلات، اشتغال، سرمایه اقتصادی) و کاهش مشارکت آنان در تقسیم‌کار خانگی (۱۸).

در سال‌های اخیر، نرخ فرزند آوری در بسیاری از جوامع، از جمله ایران، با کاهش چشمگیری روبه‌رو شده است که این مسئله می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی داشته باشد. شناسایی عوامل مؤثر بر تصمیمات فرزند آوری، از جمله متغیرهای اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی، برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان جهت طراحی مداخلات مناسب و سیاست‌های حمایتی ضروری است. این پژوهش باهدف درک عمیق‌تر دلایل فردی و اجتماعی مرتبط با تمایل یا عدم تمایل به فرزند آوری انجام می‌شود تا با ارائه داده‌های علمی، زمینه را برای اتخاذ راهکارهای مؤثر در جهت تنظیم سیاست‌های جمعیتی فراهم کند. بنابراین این مطالعه باهدف تعیین عوامل مؤثر بر نگرش به باروری در استان همدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

^۱ Secularism

ماکروویو، I pad و X Box ارزیابی شد. جهت طبقه‌بندی وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده خانوارها در ۵ گروه از وضعیت بسیار ضعیف تا وضعیت بسیار خوب طبقه‌بندی شدند.

۳- پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ و هیلر (GHQ)^۱ (۱۹۷۹) دارای ۴ زیرمقیاس است که هر یک ۷ پرسش دارد. زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی، مقیاس افسردگی. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است (۲۰). پرسشنامه دارای روایی و پایایی مناسبی است و ضرایب پایایی پرسشنامه بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ در مطالعات مختلف گزارش شده است (۲۱). روان‌سنجی نسخه فارسی در مطالعات مختلفی بررسی شده است، از جمله تقوی و همکاران در یک نمونه ۹۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز ضریب بازآزمون را ۰/۷ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹ گزارش کرده بودند (۲۲). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد که در مقیاس علائم جسمانی ۰/۸۸، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب ۰/۷۶، مقیاس کارکرد اجتماعی ۰/۷۹، مقیاس علائم افسردگی ۰/۸۰ و در کل ۰/۸۰ به دست آمد.

۴- پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS)^۲ شامل مقیاس‌هایی است که به ارزیابی حمایت اجتماعی می‌پردازد. این پرسشنامه را زیمت^۳ و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ آیتم دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. و حداقل نمره ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود (۲۳). برور^۴ و همکارانش در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۹۰ تا ۸۶ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده‌اند (۲۴). روان‌سنجی نسخه ایرانی توسط باقریان و همکارانش (۲۰۱۳) وجود سه فاکتور را تأیید کرد. درصد واریانی تبیین شده ۷۷/۸۷ درصد در افراد سالم بود. در افراد سالم، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار و

سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بود. پایایی آزمون-باز آزمون پس از یک دوره دوماه ۰/۸۴ برای کل ابزار و ۰/۷۳ زیرمقیاس دوستان، ۰/۷۸ زیرمقیاس افراد مهم زندگی و ۰/۸۴ برای زیرمقیاس خانواده بود (۲۵). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد که برای کل ابزار ۰/۸۱ به دست آمد.

۵- مقیاس ناامنی غذایی خانوار از بعد دسترسی (HFAS)^۵ که به پیشنهاد بخش تغذیه سازمان غذا و کشاورزی (FAO)^۶ و پروژه کمک فنی غذا و تغذیه (FANTA)^۷ طراحی شده است. این شاخص، احساس سرپرست خانوار را درباره ناامنی غذایی خود و خانواده در قالب جملات محاوره‌ای منعکس می‌کند. مقیاس HFAS به‌عنوان یک راهکار ساده و سریع بر پایه این مفهوم اساسی که ناامنی غذایی "یک تجربه قابل‌سنجش، توصیف و آنالیز است" برای اندازه‌گیری جزء دسترسی امنیت غذایی طراحی شده است. در HFAS، سؤالات به‌طور مستقیم به کیفیت تغذیه‌ای اشاره نمی‌کند بلکه درک خانوار را از تغییرات ایجادشده در کیفیت غذایی، صرف‌نظر از ترکیب واقعی غذایی پوشش می‌دهد. این پرسشنامه با ۹ سؤال در یک مقیاس لیکرت ۴ تایی (هرگز، ۰، بندرت، ۱، گاهی اوقات، ۲، اغلب، ۳) وضعیت امنیت غذایی خانوار را می‌سنجد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعه‌ای که سالارکیا و همکاران بر روی خانوارهای ورامین انجام داده‌اند، تعیین شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ نشان‌دهنده پایایی درونی بالای این پرسشنامه است. بر اساس این پرسشنامه افراد به چهار طبقه زیر تقسیم می‌شوند: امن غذایی (نمره ۱-۰)، ناامن خفیف (نمره ۷-۲)، ناامن متوسط (نمره ۱۴-۸) و ناامن شدید غذایی (نمره ۲۷-۱۵) (۲۶). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد و ۰/۸۸ به دست آمد.

۶- پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری (AFCS)^۸ شامل ۲۷ سؤال و ۳ مؤلفه مهم بودن فرزند برای آینده، فرزند به‌عنوان مانع در زمان حال و هویت اجتماعی است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم. حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ که نمره بالاتر بیانگر نگرش مثبت‌تر به باروری و فرزندآوری است (۲۷). اعتبار این پرسشنامه توسط کرد زنگنه و همکاران تعیین شد. ضریب کلی آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ بود. در این مطالعه علاوه بر مؤلفه‌های اصلی ابزار، مؤلفه موکول کردن به آینده نیز استخراج گردید (۲۸). در مطالعه حاضر

⁵ Household Food Insecurity Access Scale

⁶ The Food and Agriculture Organization

⁷ Food and nutrition technical assistance project

⁸ Attitudes to Fertility and Childbearing Scale

¹ Goldberg and Hiller

² Multidimensional Scale of Perceived Social Support

³ Zimet

⁴ Bruwer

متغیره دارای p-value کمتر از ۰/۱ بودند وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره (به روش Enter) شدند. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی (انحراف معیار) شرکت‌کنندگان ۳۳/۲۷ (۶/۷۳) سال بود. میانگین (انحراف معیار) نمره حمایت اجتماعی ۴۱/۶۸ (۱۰/۴۶) و سلامت عمومی ۳۱/۸۶ (۱۹/۰۶) بود (جدول ۱).

پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد که میزان آن ۰/۹۱ بود.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها وارد نرم‌افزار Stata نسخه ۱۳ شد و آنالیز انجام شد. نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف بررسی شد. جهت توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. جهت بررسی ارتباط متغیرهای مستقل با نگرش به باروری از آزمون رگرسیون خطی تک متغیره (به روش Enter) استفاده شد. متغیرهایی که در آنالیز رگرسیون خطی تک

جدول (۱): توصیف متغیرهای کمی مشارکت‌کنندگان در پژوهش (تعداد = ۲۹۰)

نام متغیر	(انحراف معیار) میانگین
سن (سال)	۳۳/۲۷ (۶/۷۳)
سن همسر (سال)	۳۶/۲۲ (۵/۶۶)
طول مدت ازدواج (سال)	۸/۸۹ (۵/۷۴)
حمایت اجتماعی درک شده (MSPSS)	۴۱/۶۸ (۱۰/۴۶)
سلامت عمومی (GHQ)	۳۱/۸۶ (۱۹/۰۶)

آینده داشتند. وضعیت اجتماعی-اقتصادی مشارکت‌کنندگان عمدتاً متوسط و ضعیف بود (به ترتیب ۴۳/۴ درصد و ۴۱/۴ درصد). بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان (۵۴/۱) تشویق‌های دولت در جهت فرزند آوری را بدون تأثیر عنوان می‌کردند. وضعیت غذایی ۸۱/۴ درصد از افراد نیز در دسته ناامن قرار داشت (جدول ۲).

بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۱/۴ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵۴/۵ درصد خانه‌دار و ۷۴/۸ درصد ساکن شهر بودند. ۷۹ درصد از مشارکت‌کنندگان یک فرزند داشتند. ۷۰/۳ درصد از مشارکت‌کنندگان تصمیم به داشتن یک الی دو فرزند در

جدول (۲): توصیف متغیرهای کیفی مشارکت‌کنندگان در پژوهش (تعداد = ۲۹۰)

نام متغیر	(درصد) تعداد
تحصیلات	کمتر از دیپلم ۴۷ (۱۶/۲)
	دیپلم ۹۴ (۳۲/۴)
	دانشگاهی ۱۴۹ (۵۱/۴)
تحصیلات همسر	کمتر از دیپلم ۶۸ (۲۳/۴)
	دیپلم ۱۱۱ (۳۸/۳)
	دانشگاهی ۱۱۱ (۳۸/۳)
شغل	خانه‌دار ۱۵۸ (۵۴/۵)
	شاغل ۱۳۲ (۴۵/۵)
	بیکار ۲۳ (۷/۹)
شغل همسر	شاغل ۲۶۷ (۹۲/۱)
	بیکار ۲۳ (۷/۹)
محل سکونت	شهر ۲۱۷ (۷۴/۸)

نام متغیر	(درصد) تعداد
روستا	۷۳ (۲۵/۲)
فارس	۱۲۰ (۴۱/۴)
ترک	۷۹ (۲۷/۲)
لر	۳۵ (۱۲/۱)
کرد	۵۶ (۱۹/۳)
تعداد فرزندان در حال حاضر	۶۱ (۲۱/۰)
یک	۲۲۹ (۷۹/۰)
وضعیت بارداری در حال حاضر	۱۳ (۴/۵)
بله	۲۷۷ (۹۵/۵)
خیر	۵۲ (۱۷/۹)
نیات فرزند آوری در آینده	۹۹ (۳۴/۱)
یک	۱۰۵ (۳۶/۲)
دو	۳۴ (۱۱/۷)
سه و بیشتر	۱۲۰ (۴۱/۴)
ضعیف	۱۲۶ (۴۳/۴)
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۴۴ (۱۵/۲)
خوب	۴۱ (۱۴/۱)
وضعیت درآمد خانوار	۱۸۰ (۶۲/۱)
متوسط	۶۹ (۲۳/۸)
ضعیف	۱۵۷ (۵۴/۱)
تأثیر تشویقی‌های دولت	۱۰۴ (۳۵/۹)
کم	۲۹ (۱۰/۰)
زیاد	۵۴ (۱۸/۶)
وضعیت امنیت غذایی (HFIAS)	۲۳۶ (۸۱/۴)
ناامن	

نگرش به باروری بالاتری داشتند ($p < ۰/۰۰۱$). این نمره در تمایل به داشتن دو فرزند و یک فرزند به ترتیب ۱۳/۷۲ و ۱۲/۲۷ بود ($p < ۰/۰۰۱$). ارتباط بین نگرش به باروری با حمایت اجتماعی درک شده ($p = ۰/۰۲$ و $p = ۰/۱۹$ ضریب بتا)، سلامت عمومی ($p < ۰/۰۰۱$) و $p = ۰/۲۰$ ضریب بتا)، تعداد فرزندان ($p < ۰/۰۰۱$ و $p = ۷/۴۸$ ضریب بتا)، محل سکونت ($p = ۰/۰۰۸$ و $p = ۵/۶۱$ ضریب بتا)، قومیت ترک ($p = ۰/۰۰۳$ و $p = ۴/۳۱$ ضریب بتا) و تشویقی‌های دولت ($p < ۰/۰۰۱$) نیز از نظر آماری معنادار بود که نتایج در جدول ۳ گزارش شده است. در بین این متغیرها تعداد فرزندان برنامه‌ریزی‌شده ارتباط قوی‌تری با نگرش به باروری داشتند (میزان B از ۰/۳۷ تا ۰/۵۱).

میانگین (انحراف معیار) نمره نگرش به باروری (AFCS) مشارکت‌کنندگان ۷۲/۹۳ (۱۵/۶۸) به دست آمد و حداقل نمره ۲۸ و حداکثر آن ۱۱۵ بود.

نتایج رگرسیون خطی تک متغیره در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج نشان داد به ازای ۱ سال افزایش سن زن و همچنین سن همسر، نگرش به باروری به ترتیب ۰/۵۱ و ۱/۰۱ نمره افزایش می‌یابد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین به ازای ۱ سال افزایش طول مدت ازدواج نمره نگرش به باروری ۰/۵۷ بهبود می‌یابد ($p < ۰/۰۰۱$). افرادی که تمایل به داشتن ۳ یا بیشتر از ۳ فرزند در آینده داشتند نسبت به افرادی که تمایلی به داشتن فرزند نداشتند ۲۴/۶۶ نمره

جدول (۳): نتایج ارتباط متغیرهای مورد مطالعه با نگرش به باروری در مشارکت‌کنندگان با آنالیز رگرسیون خطی تک متغیره (تعداد = ۲۹۰)

نام متغیر	ضریب بتا (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای معیار	t	p-value	B
سن (سال)	۰/۵۱ (۰/۲۷ ۰/۷۵)	۰/۱۲	۴/۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۰
سن همسر (سال)	۱/۰۱ (۰/۷۴ ۱/۲۸)	۰/۱۴	۷/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۵
طول مدت ازدواج (سال)	۰/۵۷ (۰/۲۹ ۰/۸۵)	۰/۱۴	۴/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۹
حمایت اجتماعی درک شده (MSPSS)	۰/۱۹ (۰/۰۳ ۰/۳۴)	۰/۰۸	۲/۳۵	۰/۰۲	۰/۱۱
سلامت عمومی (GHQ)	-۰/۲۰ (-۰/۲۸ -۰/۱۱)	۰/۰۴	-۴/۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
کمتر از دیپلم	مرجع				
تحصیلات	دیپلم	۲/۵۳	-۱/۲۹	۰/۲۰	-۰/۱۰
دانشگاهی	۱/۳۷ (-۳/۲۹ ۶/۰۲)	۲/۳۷	۰/۵۸	۰/۵۶	۰/۰۳
کمتر از دیپلم	مرجع				
تحصیلات همسر	دیپلم	۲/۴۶ (-۱/۸۵ ۶/۷۷)	۱/۱۲	۰/۲۶	۰/۰۷
دانشگاهی	۲/۶۲ (-۱/۶۹ ۶/۹۳)	۲/۱۹	۱/۲۰	۰/۲۳	۰/۰۷
خانهدار	مرجع				
شغل	شاغل	۱/۴۲ (-۱/۸۷ ۴/۷۲)	۱/۶۷	۰/۳۹	۰/۰۳
بیکار	مرجع				
شغل همسر	شاغل	۲/۷۸ (-۳/۳۴ ۸/۹۱)	۳/۱۲	۰/۳۷	۰/۰۴
شهر	مرجع				
محل سکونت	روستا	-۵/۶۱ (-۹/۷۴ -۱/۴۸)	۲/۱۰	۰/۰۰۸	-۰/۱۶
فارس	مرجع				
قومیت	ترک	۴/۳۱ (۰/۲۹ ۸/۳۴)	۲/۱۱	۰/۰۳	۰/۱۳
لر	۱/۱۶ (-۴/۱۴ ۶/۴۶)	۲/۶۹	۰/۴۳	۰/۶۷	۰/۱۰
کرد	-۲/۶۳ (-۷/۱۲ ۱/۸۶)	۲/۲۸	۱/۱۵	۰/۲۵	-۰/۰۶
تعداد فرزندان در حال حاضر	مرجع				
یک	۷/۴۸ (۳/۵۲ ۱۱/۴۵)	۲/۰۲	۳/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸
وضعیت بارداری	بله	مرجع			
در حال حاضر	خیر	-۱/۹۲ (-۱۰/۶۹ ۶/۸۵)	۴/۴۵	۰/۶۷	-۰/۰۳
صفر	مرجع				
نیات فرزندآوری	یک	۱۲/۲۷ (۷/۹۱ ۱۶/۶۳)	۲/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
در آینده	دو	۱۳/۷۲ (۹/۴۰ ۱۸/۰۳)	۲/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
سه و بیشتر	۲۴/۶۶ (۱۹/۰۵ ۳۰/۲۷)	۲/۸۵	۸/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	ضعیف	مرجع			
متوسط	-۲/۵۲ (-۶/۰۹ ۱/۰۵)	۱/۸۲	-۱/۳۹	۰/۱۷	-۰/۰۹
خوب	-۲/۰۲ (-۶/۹۰ ۲/۸۷)	۲/۴۶	-۰/۸۱	۰/۴۲	-۰/۰۶
وضعیت درآمد خانوار	خوب	مرجع			
متوسط	-۱/۴۷ (-۶/۲۸ ۳/۳۳)	۲/۴۴	-۰/۶۰	۰/۵۵	-۰/۰۳
ضعیف	-۱/۲۵ (-۶/۷۴ ۴/۲۴)	۲/۷۹	-۰/۴۵	۰/۶۵	-۰/۰۲

نام متغیر	ضریب بتا (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای معیار	t	p-value	B
تأثیر تشویقی‌های دولت	مرجع (۴/۵۵ - ۱۶/۰۷ - ۱۰/۳۱)	۲/۹۳	-۳/۵۲	<۰/۰۰۱	-۰/۳۲
	مرجع (۵/۴۳ - ۱۶/۵۱ - ۱۰/۹۷)	۲/۸۲	-۳/۸۹	<۰/۰۰۱	-۰/۳۷
وضعیت امنیت غذایی (HFIAS)	مرجع (۳/۹۷ ۴/۴۲ - ۰/۲۳)	۲/۱۳	۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۰۱

($p < ۰/۰۰۱$). قومیت ترک نسبت به فارس ۴/۷۹ نمره نگرش به باروری بالاتری داشتند ($p = ۰/۰۰۸$). نگرش به باروری در صورت تمایل به داشتن یک فرزند در آینده نسبت به افرادی که تمایل به داشتن هیچ فرزندی نداشتند در حدود ۱۲ نمره بالاتر بود. در افرادی که تمایل به داشتن دو فرزند داشتند این نمره حدود ۱۳ نمره بیشتر بود و در صورت تمایل به فرزندان بیشتر از ۲ نمره نگرش به باروری ۲۸ نمره بیشتر بود. در بین متغیرهای وارد شده در رگرسیون خطی چندمتغیره، برنامه‌ریزی برای داشتن فرزند بیشتر در آینده ارتباط قوی‌تری با نگرش به باروری داشت (میزان B ۰/۳۷ تا ۰/۵۸). بقیه اطلاعات در جدول ۴ ذکر شده است.

جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی، متغیرهایی که در جدول ۳ دارای p-value کمتر از ۰/۱ بودند وارد مدل رگرسیون خطی شدند. از بین متغیرهای بررسی شده، به‌جز سن، حمایت اجتماعی درک شده و محل سکونت، ارتباط سایر متغیرها با نگرش به باروری از نظر آماری معنادار بود. نتایج آنالیز چندمتغیره نشان داد به ازای ۱ سال افزایش سن همسر نمره نگرش به باروری ۰/۸۰ افزایش می‌یابد ($p = ۰/۰۰۲$). همچنین به ازای ۱ نمره افزایش در سلامت عمومی (بدتر شده وضعیت سلامتی) نمره نگرش به باروری ۰/۲۸ کاهش یافت ($p = ۰/۰۰۲$). افراد دارای یک فرزند نسبت به افراد بدون فرزند ۷/۸۶ نمره نگرش به باروری بالاتری داشتند

جدول (۴): نتایج ارتباط متغیرهای مورد مطالعه با نگرش به باروری در مشارکت‌کنندگان با آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره (تعداد = ۲۹۰)

نام متغیر	ضریب بتا (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای معیار	t	p-value	B
سن (سال)	(۰/۷۴ - ۰/۱۵ - ۰/۲۹)	۰/۲۳	۱/۲۹	۰/۲۰	۰/۱۳
سن همسر (سال)	(۱/۳۰ - ۰/۳۰ - ۰/۸۰)	۰/۲۵	۳/۱۶	۰/۰۰۲	۰/۲۹
طول مدت ازدواج (سال)	(-۰/۰۹ - ۰/۸۹ - ۰/۴۹)	۰/۲۰	-۲/۴۲	۰/۰۲	-۰/۱۸
حمایت اجتماعی درک شده (MSPSS)	(۰/۱۶ - ۰/۱۸ - ۰/۰۱)	۰/۰۸	-۰/۱۴	۰/۸۹	-۰/۰۰۷
سلامت عمومی (GHQ)	(-۰/۱۹ - ۰/۳۶ - ۰/۲۸)	۰/۰۴	-۶/۲۹	<۰/۰۰۱	-۰/۳۴
محل سکونت	مرجع (۲/۴۴ - ۴/۲۸ - ۰/۹۲)	۱/۷۱	-۰/۵۴	۰/۵۹	-۰/۰۳
قومیت	مرجع (۸/۳۴ - ۱/۲۵ - ۴/۷۹)	۱/۸۱	۲/۶۶	۰/۰۰۸	۰/۱۴
	مرجع (۷/۵۲ - ۲/۳۰ - ۲/۶۱)	۲/۴۹	۱/۰۵	۰/۳۰	۰/۰۵
	مرجع (۷/۴۹ - ۰/۷۱ - ۳/۳۹)	۲/۰۸	۱/۶۳	۰/۱۰	۰/۰۹
تعداد فرزندان در حال حاضر	مرجع (۱۱/۸۷ - ۳/۸۵ - ۷/۸۶)	۲/۰۳	۳/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۰
نیات فرزند آوری در آینده	مرجع (۱۶/۴۱ - ۷/۷۰ - ۱۲/۰۶)	۲/۲۱	۵/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
	مرجع (۱۷/۲۹ - ۸/۶۵ - ۱۲/۹۷)	۲/۱۹	۵/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۰

نام متغیر	ضریب بتا (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای معیار	t	p-value	B
سه و بیشتر	۲۸/۲۶ (۲۲/۱۳ ۳۴/۳۸)	۳/۱۱	۹/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
تأثیر تشویقی‌های کم	مرجع -۷/۳۵ (-۱۳/۲۷ -۱/۴۳)	۳/۰۰	-۲/۴۵	۰/۰۲	-۰/۲۳
دولت اصلاً	-۵/۵۹ (-۱۱/۲۴ ۰/۰۷)	۲/۸۷	-۱/۹۵	۰/۰۵	-۰/۱۸

بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین عوامل مؤثر بر نگرش به باروری در همدان انجام شد. نمره نگرش به باروری و فرزند آوری با استفاده از مقیاس AFCS بررسی شد. نتایج نشان‌دهنده میانگین نمره ۱۵/۶۸ $\pm$ ۷۲/۹۳ بود که نمرات آن از حداقل ۲۸ تا حداکثر ۱۱۵ متغیر بود. این نمره نشان‌دهنده نگرش کلی مثبت نسبت به فرزند آوری در میان شرکت‌کنندگان است. در مطالعه‌ای که شامل ۲۲۰ زن متأهل بدون فرزند بود، میانگین نمرات نگرش نسبت به فرزند آوری ۱۴/۸۷ $\pm$ ۷۰/۴۶ گزارش شد (۲۹). با اینکه ما در مطالعه خود زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند را وارد کرده این ولی نتایج هر دو مطالعه تقریباً یکسان است. در مطالعه دیگری در ایران نمره نگرش به فرزند آوری ۸۴/۶۶ از حداکثر ۱۳۴ را گزارش کرد که در مقایسه با یافته‌های ما، سطح مثبت‌تری نسبت به فرزند آوری را نشان می‌دهد (۳۰). این اختلاف ممکن است منعکس‌کننده تفاوت‌ها در زمینه‌های فرهنگی، عوامل اجتماعی-اقتصادی یا جمعیت‌های خاص مورد مطالعه باشد. در مطالعه دیگری که در مشهد انجام شد، نگرش به باروری را در میان بزرگسالان جوان ارزیابی کرد. در این مطالعه میانگین نمرات نگرش به باروری در زنان و مردان بالا بود (۲). با توجه به تفاوت در مقیاس مورد استفاده برای بررسی نگرش به باروری، در صورتی که برای تفاوت‌های مقیاس تعدیل انجام می‌شود، این نمرات نشان می‌دهد که نگرش‌ها در میان این جمعیت‌شناختی به‌طور قابل‌توجهی مثبت‌تر از نگرش‌های مشاهده‌شده در مطالعه ما است. به‌طور کلی مقایسه میانگین نمره نگرش به باروری در مطالعه ما با سایر مطالعات بر تنوع نگرش نسبت به فرزند آوری در جمعیت‌ها و زمینه‌های مختلف تأکید دارد. عواملی مانند پیشینه تحصیلی، ارزش‌های فرهنگی و شرایط اقتصادی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری این نگرش‌ها دارند.

تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که به ازای هر سال افزایش در سن همسر، نمرات نگرش باروری زنان ۰/۸۰ افزایش می‌یابد. این یافته نشان می‌دهد همسران با سن بیشتر اغلب به‌طور مثبت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به تنظیم خانواده مشارکت می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که با افزایش سن افراد، بلوغ عاطفی افزایش

یافته و ثبات بیشتری ایجاد می‌شود که می‌تواند آمادگی زوجین را برای فرزندپروری افزایش دهد (۳۱). علاوه بر این در صورت بالا بودن سن همسر ممکن است به علت تجربه بیشتر دیدگاه مطلوب‌تری نسبت به فرزند آوری نیز به وجود (۳۲). ارتباط مثبت بین سن همسر و نگرش‌های باروری ممکن است منعکس‌کننده هنجارهای اجتماعی باشد که در آن والدین با سن بیشتر مسئولیت‌پذیرتر و توانمندتر شناخته می‌شوند و در نتیجه بر درک شرکای خود از فرزند آوری تأثیر می‌گذارند.

در مقابل، نتایج نشان داد که بدتر شدن وضعیت سلامت عمومی با کاهش ۰/۲۸ در نمرات نگرش باروری همراه است. این رابطه منفی بر نقش حیاتی سلامت در تصمیم‌گیری باروری تأکید می‌کند. سلامت ضعیف می‌تواند منجر به اضطراب در مورد بارداری و توانایی‌های والدین شود که با یافته‌های سایر مطالعات همسو می‌شود که نشان می‌دهد وضعیت سلامتی ضعیف افراد را از فکر کردن به فرزند آوری منصرف کند (۳۳). علاوه بر این، زنانی که با بیماری‌های مزمن مواجه هستند ممکن است به علت ترس از افزایش خطرات مرتبط با بارداری نگرش منفی‌تری نسبت به فرزند آوری داشته باشند (۳۴).

داده‌ها نشان داد که زنان دارای یک فرزند در مقایسه با زنان بدون فرزند به‌طور معنی‌داری نمره نگرش باروری بالاتری داشتند. این یافته نشان می‌دهد که تجربه مادری می‌تواند به‌طور مثبت نگرش نسبت به فرزند آوری بیشتر را تقویت کند. به نظر می‌رسد داشتن فرزند می‌تواند احساس رضایت و هدف را ایجاد کند، رضایت کلی از زندگی را افزایش دهد و منجر به دیدگاه‌های مطلوب‌تر در مورد داشتن فرزندان بیشتر شود. علاوه بر این، نتایج این مطالعه نشان داد آن‌هایی که تمایل به داشتن فرزندان بیشتر را ابراز می‌کردند، نمرات نگرش باروری بالاتری از خود نشان دادند. نمره نگرش به باروری در افرادی که فرزند ایدئال از نظر آن‌ها یک فرزند بود تقریباً ۱۲ نمره بیشتری نسبت به افرادی داشتند که خواهان هیچ فرزندی نبودند. این میزان برای زنانی که تمایل به داشتن دو فرزند داشتند ۱۳ نمره بیشتر و در افرادی که بیش از دو فرزند را مطلوب می‌دانستند ۲۸ نمره بیشتر بود. در بین متغیرهای واردشده

در مدل رگرسیونی، برنامه‌ریزی برای داشتن فرزندان بیشتر در آینده قوی‌ترین رابطه را با نگرش‌های باروری نشان داد، با نمرات B از ۰.۳۷ تا ۰.۵۸. در افراد خواهان بیش از دو فرزند قدرت رابطه ۰/۵۸ بود که نشان‌دهنده قدر رابطه متوسط بین این دو متغیر بود. این مسئله نشان می‌دهد که زنانی که به‌طور فعال برای فرزندان بیشتر برنامه‌ریزی می‌کنند تمایل دارند نگرش مثبت‌تری نسبت به فرزند آوری داشته باشند. همبستگی قوی بین نیت آینده و نگرش‌های فعلی از این ایده پشتیبانی می‌کند که آرزوهای شخصی به‌طور قابل‌توجهی بر نگرش به باروری تأثیر می‌گذارد. این نتایج با تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده مطابقت دارد که بیان می‌کند که نیت پیش‌بینی‌کننده قوی رفتار واقعی هستند (۳۵). زنانی که به‌طور فعال برای فرزندان بیشتر برنامه‌ریزی می‌کنند، احتمالاً با تصور ساختار خانواده آینده خود، نگرش مثبتی نسبت به فرزند آوری دارند.

پس‌زمینه قومی نیز در مطالعه حاضر به‌طور قابل‌توجهی بر نگرش‌های باروری تأثیرگذار بود. زنان ترک نگرش مثبت‌تری نسبت به زنان فارس داشتند. این تفاوت ممکن است منعکس‌کننده ارزش‌های فرهنگی پیرامون اندازه خانواده و انتظارات در مورد مادری باشد. هنجارهای فرهنگی نقش مهمی در شکل دادن به رفتارها و نگرش‌های باروری ایفا می‌کنند (۳۶). به‌عنوان مثال، ممکن است فرهنگ ترک به‌طور سنتی برای خانواده و فرزندان ارزش زیادی قائل باشد. بنابراین به نظر می‌رسد انتظارات فرهنگی یا فشارهای متفاوتی در مورد اندازه خانواده منجر به تفاوت در نگرش به باروری در اقوام گوناگون می‌شود.

درنهایت، نتایج این مطالعه نشان داد درک افراد از مشوق‌های دولتی به‌طور قابل‌توجهی بر نگرش‌های باروری تأثیرگذار بود. افرادی که تأثیر چنین مشوق‌هایی را پایین ارزیابی کردند یا برای آن تأثیری قائل نبودند، ۵/۵۹ تا ۷/۳۵ نمره کمتر از افرادی که تأثیر این مشوق‌ها را زیاد می‌دانستند، کسب کردند. این یافته بر نقش بالقوه سیاست‌ها و سیستم‌های حمایتی در شکل‌دهی انتخاب‌ها و نگرش‌های باروری تأکید می‌کند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که سیاست‌های دولت می‌توانند به‌طور مؤثری با ارائه حمایت‌های مالی، مرخصی والدین و خدمات مراقبت از کودک، نرخ‌های بالاتر زادوولد را تشویق کنند (۳۷). وقتی زنان مشوق‌های دولتی را سودمند یا حمایت‌کننده می‌دانند، احتمالاً نگرش‌های مطلوب‌تری نسبت به بچه‌دار شدن پیدا می‌کنند. در برخی مطالعات بی‌اعتمادی به سیاست‌های تشویقی دولت به‌عنوان عدم تمایل به فرزند آوری ذکر شده است زیرا ممکن است این سیاست‌ها نتوانند آینده مالی و اجتماعی فرزندان آنی را تأمین کنند (۳۸، ۳۹).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. تعداد سؤالات پرسشنامه‌ها نیاز به وقت کافی برای پاسخگویی داشت و بنابراین برای برخی از زنان تکمیل پرسشنامه در مرکز مقدور نبود. در این صورت پرسشنامه در اختیار مادر قرار داده می‌شد تا پس از تکمیل پرسشنامه‌ها را تحویل مرکز جامع سلامت دهد. برخی از افراد تکمیل یا بازگرداندن پرسشنامه را فراموش می‌کردند که با تماس تلفنی پیگیری می‌شدند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد عوامل مؤثر بر نگرش زنان به فرزند آوری متعدد است و شامل سن همسر، وضعیت سلامتی، فرزندان موجود، قومیت، نیت فرزند آوری در آینده و درک مشوق‌های دولت است. یافته‌ها نشان داد که با افزایش سن همسر، نگرش‌های باروری زنان بهبود می‌یابد که نشان‌دهنده آمادگی عاطفی و ثبات بیشتر در سنین بالاتر است. برعکس، سلامت ضعیف‌تر بر این نگرش‌ها تأثیر منفی گذاشت. علاوه بر این، داشتن فرزند به‌طور مثبت نگرش نسبت به فرزند آوری را تقویت می‌کند، درحالی‌که تأثیرات فرهنگی انتظارات باروری را شکل می‌دهد. همبستگی قوی بین نیت آینده فرزند آوری و نگرش‌های فعلی از این ایده پشتیبانی می‌کند که آرزوهای شخصی به‌طور قابل‌توجهی انتخاب‌های باروری را هدایت می‌کند. درنهایت، ادراک از مشوق‌های دولت نقش مهمی ایفا می‌کند. زنانی که این حمایت‌ها را مثبت می‌بینند، احتمالاً دیدگاه‌های مثبتی در مورد بچه‌دار شدن دارند. از نتایج این مطالعه می‌توان در طراحی مداخلات و سیاست‌های هدفمند باهدف ارتقای انتخاب‌های آگاهانه باروری و افزایش نتایج سلامت باروری زنان استفاده کرد. با توجه به یافته‌های این مطالعه که نشان‌دهنده تأثیر چندبعدی عوامل فردی، اجتماعی و حمایتی بر نگرش زنان به فرزند آوری است، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاری‌های بهداشتی به‌صورت هدفمند و متناسب با نیازهای گروه‌های مختلف طراحی شوند. اولاً، با توجه به نقش مثبت سن بالاتر همسر و ثبات عاطفی، برنامه‌های مشاوره‌ای برای زوج‌های جوان به‌منظور افزایش آگاهی و آمادگی روانی-اجتماعی برای فرزند آوری توصیه می‌شود. ثانیاً، بهبود دسترسی به خدمات سلامت و حمایت از زنان با وضعیت سلامتی ضعیف می‌تواند مانع تأثیر منفی این عامل بر نگرش‌های باروری شود. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت تجربه فرزنددار بودن، سیاست‌های حمایتی مانند مرخصی‌های زایمان، تسهیلات مراقبت از کودک و مشوق‌های مالی برای خانواده‌های دارای فرزند می‌تواند نگرش زنان را بهبود بخشد. علاوه بر این، طراحی کمپین‌های فرهنگی متناسب با تنوع قومیتی برای اصلاح انتظارات اجتماعی و ترویج الگوهای مثبت فرزند آوری ضروری است. درنهایت، تقویت مشوق‌های دولتی

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی و با دریافت کد اخلاق به شماره IR.UMSHA.REC.1402.257 تأیید شد. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

تعارض منافع

نویسندگان مطالعه تعارض منافع ندارند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

و اطلاع‌رسانی مؤثر درباره این حمایت‌ها می‌تواند ادراک زنان را بهبود داده و انتخاب‌های آگاهانه‌تر باروری را تسهیل کند. این اقدامات به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا با رویکردی جامع، هم‌زمان با ارتقای سلامت باروری، به اهداف جمعیتی و اجتماعی دست یابند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد علمی ۱۴۰۲۰۴۲۰۳۱۴۳ است. نویسندگان این مقاله از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی همدان، رؤسا و کارکنان محترم مراکز جامع سلامت و همچنین تمام زنانی که در این پژوهش همکاری داشتند کمال تشکر را دارند.

References:

1. Motlagh ME, Taheri M, Eslami M, Nasrollapour Shirvani SD. Factors affecting the fertility preferences in Iranian ethnic groups. *Nurs Midwifery J* 2016;14(6):485-95. (Persian)
2. Khadivzadeh T, Rahmanian SA, Esmaily H. Young Women and Men's Attitude towards Childbearing. *JMRH* 2018;6(3):1345-56. (Persian)
3. Cheng H, Luo W, Si S, Xin X, Peng Z, Zhou H, et al. Global trends in total fertility rate and its relation to national wealth, life expectancy and female education. *BMC Public Health* 2022;22(1):1346. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13656-1>
4. Erfani A. Fertility in Tehran city and Iran: rates, trends and differentials. *Popul Stud* 2013;1:87-153. (Persian)
5. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S, Bonakchi H, Najmabadi Khadijeh M, Naghavi M, et al. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2015;31(11):860-5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2015.1056138>
6. Oura P. Sociodemographic indicators of birth rate in a low fertility country-A nationwide study of 310 Finnish municipalities covering > 5,000,000 inhabitants. *Front Public Health* 2021;9:643561. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.643561>
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.678293>
7. Mesgarzadeh M, Rabiepur S, Gharaaghaji R, Pashaei Z. The relationship between childbearing motivations and fertility preferences of couples referring to comprehensive health centers in Urmia city in 2022. *Nurs Midwifery J* 2024;22(6):463-75. (Persian) <https://doi.org/10.61186/unmf.22.6.463>
8. Khesavarz H, Bahramian M, Mohajerani A, Hossein Pour K. Factors affecting differences in fertility behavior of Resident and migrating tribes of Samirom. *Health Sys Res* 2012;8(3):456-65. (Persian)
9. Rijkkin A, Liefbroer A. The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. *Eur Demogr Inf Bull* 2009;25(1):27-44. <https://doi.org/10.1007/s10680-008-9156-8>
10. Javadi M, Akbari Kamrani M, Kabir K, Yazdkhasti M. The relationship between self-efficacy and perceived social support with the intention to have children in married women of Alborz city in 2023. *Nurs Midwifery J* 2024;21(11):906-17. (Persian) <https://doi.org/10.61186/unmf.21.11.906>
11. RastegarKhaled A, Mohammadi M. Cultural changes and fertility decline in Iran (based on secondary analysis of the data of the survey of Iranian values and attitudes). *J Appl Sociol* 2015;26:159-80. (Persian)
12. Parvinian F, Rostamalizadeh V, Habibi R. The effects of women's modern lifestyle on their fertility and childbearing- a case study in Qazvin city. *J Woman Soc* 2019;9:39-72. (Persian)

13. Afshari Z. The Socioeconomics Determinants of Fertility in Iran (panel data aproch). *Econ Growth Dev Res* 2016;6(22):20-13. (Persian)
14. Ojaghlo S, Moradi A, Qasemi E, Arshadi J. Generational changes of child value and childbearing behavior of women before and after Islamic Revolution (Case study: Zanjan City). *J Woman Cult Arts* 2014;6(3):409-25. (Persian)
15. Eshaghi M, Mohebi SF, Papynezhad S, Jahandar Z. Childbearing Challenges for Working Women; a Qualitative Study. *Woman Dev Polit* 2014;12(1):111-34. (Persian)
16. Chamani S, Moshfeq M, Shekarbeigi A. The Study of Challenges pertaining to the Child Bearing in Tehran City with the Emphasis on the Mixed Method. *Gend Fam Stud* 2015;3(1):9-38. (Persian)
17. Tavousi M, Motlagh ME, 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;14(5):697-702. (Persian)
18. Kaveh Firouz Z, Karami F. Assessment of the impact of family power structure on fertility rate in Tehran City. *Woman Dev Polit* 2015;13(2):291-308. (Persian)
19. Green SB. How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behav Res* 1991;26(3):499-510.
https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
21. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire: GL assessment; 2006.
22. Taghavi M. Assessment of the validity and reliability of the General Health Questionnaire. *J Psychol* 2001;5(4):381-98. (Persian)
23. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52(1):30-41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
24. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Compr Psychiatry* 2008;49(2):195-201.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
25. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Bahrami Ehsan H, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric Properties of the Persian Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Iran. *Int J Prev Med* 2013.
26. Salarkia N, Abdollahi M, Amini M, Eslami Amirabadi M. Validation and Use of the HFIAS Questionnaire for Measuring Household Food Insecurity in Varamin- 2009. *Iran J Endocrinol Metab* 2011;13(4):374-83. (Persian)
27. Söderberg M, Lundgren I, Christensson K, Hildingsson I. Attitudes toward fertility and childbearing scale: an assessment of a new instrument for women who are not yet mothers in Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(1):197. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-197>
28. Kordzanganeh J, Mohamadian H. Psychometric Assessment of the Validity of the Iranian Version of Attitude Toward Fertility and Childbearing Inventory in Women Without a History of Pregnancy in the South of Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2019;17(1):83-94. (Persian)
29. Naderipour F, Abolghasemi J, Dehdari T, Nouri RJP. Attitude of childless married women towards childbearing in Zanjan, Iran. *Payesh* 2023;22(3):335-43. (Persian) <https://doi.org/10.61186/payesh.22.3.335>
30. Alijanzadeh M, Bahrami N, Jafari E, Noori M, Miri F, Joftyar M, et al. Iranian women's attitude toward childbearing and its' association with generalized trust, social support, marital satisfaction and governmental childbearing incentives. *Heliyon* 2023;9(5):e16162. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16162>
31. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod* 2011;17(6):848-60. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr026>

32. Sobotka T. Overview Chapter 6: The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe. *Demogr Res* 2008;S7(8):171-224. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2008.19.8>
33. Hashemzadeh M, Shariati M, Mohammad Nazari A, Keramat A. Childbearing intention and its associated factors: A systematic review. *Nurs Open* 2021;8(5):2354-68. <https://doi.org/10.1002/nop2.849>
34. Holton S, Kirkman M, Rowe H, Fisher J. The Childbearing Concerns and Related Information Needs and Preferences of Women of Reproductive Age with a Chronic, Noncommunicable Health Condition: A Systematic Review. *Womens Health Issues* 2012;22(6):e541-e52. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.08.001>
35. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50(2):179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
36. Newson L. Cultural Evolution and Human Reproductive Behavior. In: Clancy KBH, Hinde K, Rutherford JN, editors. *Building Babies: Primate Development in Proximate and Ultimate Perspective*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 481-503. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4060-4_21
37. Zhu C, Yan L, Wang Y, Ji S, Zhang Y, Zhang J. Fertility intention and related factors for having a second or third child among childbearing couples in shanghai, China. *Front Public Health* 2022;10:879672. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.879672>
38. Aghayari Hir T, Farokhi Nekarestan M, Latifi Mojreh SS. Childbearing as Risk: (Qualitative Study of Milieu for Bearing Few Children in Tabriz City). *Womens Strateg Stud* 2016;19(73):7-33. (Persian)
39. Shams Gahfarokhi F, Askari-Nodoushan A, Eini-Zeinab H, Ruhani A, Abbasi-Shavazi MJ. At the Crossroad of Decision to Have Children: An Analysis of Individual and Social Childbearing Challenges in the Context of Low Fertility in Isfahan. *J Appl Sociol* 2022;33(4):1-28. (Persian)

FACTORS AFFECTING ATTITUDES TO FERTILITY IN HAMEDAN IN 2024: A CROSS-SECTIONAL ANALYTICAL STUDY

Farideh Kazemi¹, Zainab Alimoradi², Seyyedeh Zahra Masoumi³,
Alireza Soltanian⁴, Zahra Karami⁵, Sima Fazli^{6*}

Received: 05 January, 2025; Accepted: 27 April, 2025

Abstract

Background & Aim: Research indicates that fertility is shaped by a confluence of individual preferences and broader societal values, cultural contexts, and normative frameworks. Given the importance of understanding childbearing patterns and their societal implications, this study seeks to identify the factors affecting attitudes toward fertility in Hamedan in 2024.

Materials & Methods: This cross-sectional analytical study was conducted among 290 women, either childless or with one child, receiving care from comprehensive health centers in Hamedan province during the years 1402-1403 (2023-2024). A convenience sampling method was employed, and eligible participants completed questionnaires. The collected data were subsequently analyzed using Stata version 13 software, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: The mean (standard deviation) age of the participants in the study was 33.27 (6.73) years, and the mean fertility attitude score was 72.93 (15.68). To control the potential influence of confounding variables on the fertility attitude score, a multivariate linear regression analysis was conducted. The findings from the multivariate analysis indicated that the spouse's age ($p=0.002$, $\beta=0.80$), having children compared to not having children ($p<0.001$, $\beta=7.86$), Turkish ethnicity versus Fars ($p=0.008$, $\beta=4.79$), and the desire to have more children in the future versus those who did not desire to have any children ($p<0.001$) had a positive and significant relationship with the attitude towards childbearing, and general health status ($p=0.02$, $\beta=-0.28$) and government incentives ($p=0.02$) had a negative and significant relationship with the attitude towards childbearing.

Discussion: As multiple factors influence women's attitudes towards childbearing, the findings of this study provide valuable insights for the development of targeted interventions and policies aimed at fostering informed reproductive choices.

Keywords: Attitude, Childbearing, Cross-Sectional Study, Fertility, Sociocultural Influences, Women

Address: Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Tel: +988138380150

Email: mwsimafazli@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center, Institute of Health Sciences and Technologies, Avicenna Health Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Professor, Mother and Child Care Research Center, Institute of Health Sciences and Technologies, Avicenna Health Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁵ Instructor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁶ Instructor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author)