

الحمد لله
الذي هدانا لهذا
ما كنا لنهتدي لولا
هدى الله لنا



طرح پژوهشی

گروه بهداشت عمومی

عنوان: بررسی نگرش و تعیین کننده های باروری زنان: یک مطالعه بر اساس

نظریه عمل منطقی

مجری

دکتر محمود کریمی

همکاران:

دکتر مرضه عربان، دکتر فرشته زمانی علویجه

نگارش:

رقیه خرم، مریم حسنی، آمنه روشنایی، و عاطفه محمدی

۱۳۹۶

چکیده

مقدمه: باروری یکی از مؤلفه های اساسی رشد و تغییر ساختار سنی جمعیت است و در طی چند دهه گذشته در ایران و جهان شاهد کاهش عمده در باروری هستیم. این مطالعه به منظور بررسی عوامل موثر بر تمایل به باروری بر اساس نظریه عمل منطقی در شهرستان ساوه انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی جمعیت مورد مطالعه شامل ۴۸۰ زن متاهل تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی ساوه بودند که به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه خود اجرا طراحی شده بر اساس سازه های نظریه عمل منطقی، متغیر رضایت زناشویی و عوامل دموگرافیک جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با روشهای آماری همچون آزمون t مستقل و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: همانطور که نتایج نشان داد، در مجموع ۶۲ درصد از زنان مورد بررسی تمایل به بچه دار شدن داشتند. متغیر قصد باروری با سازه های نظریه عمل منطقی (نگرش، هنجارهای ذهنی، انگیزه اطاعت) و نیز متغیر رضایت زناشویی همبستگی مثبت و معنی داری و با سن ازدواج همبستگی معکوس و معنی داری نشان داد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به رابطه سازه های نظریه عمل منطقی با قصد باروری، توجه به این عوامل برای تحت تاثیر قراردادن رفتارهای باروری زنان مفید است.

کلمات کلیدی: باروری، زنان، فرزندآوری، نظریه عمل منطقی

فهرست مطالب

۱-۱. مقدمه	۱
۱-۲. مروری بر مطالعات داخلی و خارجی.....	۱۰
۱-۳. مواد و روش کار.....	۱۶
۱-۳-۱. حجم نمونه و روش نمونه گیری.....	۱۶
۱-۳-۲. ابزار گرد آوری اطلاعات.....	۱۷
۱-۳-۲. اهداف پژوهش.....	۱۸
۱-۳-۲-۱. هدف کلی.....	۱۸
۱-۳-۲-۲. اهداف اختصاصی.....	۱۹
۱-۳-۲-۳. فرضیه های پژوهش	۱۹
۱-۳-۳. تعریف نظری و عملی واژه ها.....	۲۰
۱-۴. یافته ها	۲۲
۱-۵. بحث و نتیجه گیری.....	۲۸
۱-۶. نتیجه گیری.....	۳۲
۱-۷. تشکر و قدردانی.....	۳۲
۱-۸. فهرست.....	۳۳

جمعیت و مسائل مربوط به آن به عنوان مسئله ای اجتماعی از جمله مسائلی است که بیش ترین تشنگت آرا را در این زمینه به دنبال دارد و دولت ها نیز در مقابل این مسئله، سیاست های جمعیتی متعدد و متنوعی دارند . مثلاً پدیده باروری یکی از ابعاد مهم جمعیتی است که در بعضی کشورها برای افزایش میزان آن، سیاست های تشویقی اعمال می شود(۱). در این خصوص می توان از کشور چین که سیاست تک فرزندی و کشورهای اروپای غربی که سیاست تشویقی را اعمال می کنند، نام برد. از دیدگاه جمعیت شناسی، باروری مهم ترین پدیده تعیین کننده نوسانات جمعیت شناخته شده و مطالعات مربوط به آن نسبت به سایر پدیده های جمعیتی (مرگ و مهاجرت) از اهمیت بیشتری برخوردار است. از این رو سیاست های جمعیتی در اغلب کشورها به طور عمده حول محور کاهش یا افزایش باروری اعمال می شود(۲)

ازدواج و تشکیل خانواده آغازگر باروری و منشأ تولد است و از دیدگاه جمعیت شناسی، باروری مهم ترین پدیده تعیین کننده نوسانات جمعیت (ساخت جنسی و سنی جمعیت) شناخته شده و مطالعات مربوط به آن نسبت به سایر پدیده های جمعیتی (مرگ و مهاجرت) از اهمیت بیشتری برخوردار است(۳). از این رو سیاست های جمعیتی در اغلب کشورها به طور عمده حول محور کاهش یا افزایش باروری اعمال می شود . تمایل و اشتیاق عمومی افراد بشر به داشتن فرزند، امری بدیهی است همان گونه که فرزندآوری زوج ها معمولاً به وسعت توان بیولوژیک آن ها نیست(۴).

باروری، یکی از توانایی های انسان است ولی تعداد محدودی از زوجین، این توانایی را نداشته و نابارور هستند . ناباروری پدیده ای زیستی، روانی و اجتماعی است که زندگی زوجین را با بحران روبرو می سازد . به گونه ای که سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را به عنوان یک معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است که سلامت روانی زوجین نابارور را تهدید کرده و زمینه ابتلاء آنها به اختلالاتی نظیر ناامیدی، استرس، خشم،

افسردگی، انزوا طلبی، اضطراب، احساس گناه، مشکلات جنسی و زناشویی و عدم اعتماد به نفس را فراهم می کند (۵).

امروزه کاهش گرایش به فرزندآوری نیز مانند تاخیر در ازدواج و خیلی از مسایل دیگر، به فهرست مسائل اجتماعی پیوسته است که می بایست مورد بررسی قرار گرفته و راه حلی برای آن پیدا شود زیرا با عنایت به تغییرات گسترده جمعیتی در طی سه دهه گذشته و مسائل و چالش های جمعیتی ناشی از آن، کاهش سطح باروری تاثیر قاطعی بر میزان رشد، ترکیب و ساختار جمعیتی و تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت خواهد داشت (۶).

فرزندآوری یکی از مهمترین مؤلفه های علم جمعیت و از جمله موضوعاتی است که در حوزه مسائل اجتماعی، توجه زیادی را به خویش معطوف داشته است. به دلیل اهمیت تحولات جمعیتی ایران در چهار دهه اخیر و تأثیر پذیری فرزندآوری از عوامل اقتصادی، اجتماعی و .. پژوهش حاضر در نظر دارد با استفاده از تئوریهای مبادله، وبر، استرلین، فازیو، دورکیم و ... به بررسی جامعه شناختی ارتباط بین گرایش دینی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و منافع اقتصادی با گرایش به فرزندآوری پرداخته و سهم و تاثیر هر کدام از متغیرهای یاد شده را بر میزان گرایش به فرزندآوری مشخص نماید (۷).

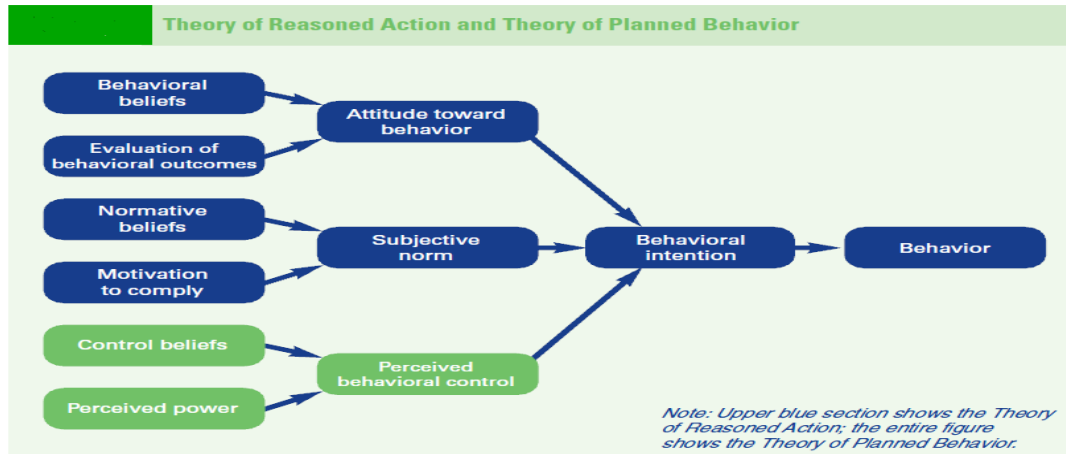
کاهش سطح زاد و ولد و باروری علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت و از آن طریق تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت داشته، بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد گذاشت. کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل شده، به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج و به طرف سالخوردگی سوق می دهد (۸). به همین لحاظ، هرم سنی جمعیت ایران که در طول تاریخ به لحاظ تمرکز بیش از ۴۰ درصد از کل جمعیت در سنین کمتر از ۱۵ سال از ساختاری جوان برخوردار بود، در دو دهه اخیر به سبب کاهش باروری تغییر شکل داده است (۹).

به موازات این تحولات، جمهوری اسلامی ایران نیز تغییرات گسترده ای را تجربه کرده، (۹) و میزان باروری در کشور طی سه دهه اخیر رو به کاهش بوده است. به طوری که نتایج سرشماری ها و آمارهای موجود در ایران نشان می دهد که میزان باروری کل از حدود ۷/۷ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۴۵ به ۱/۶ فرزند در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۱۰) همچنین میزان باروری کل یا تعداد فرزندان زنده ای که انتظار می رود هر زن در طول دوران باروری خود به دنیا آورد از حدود ۶/۳ در سال ۱۳۶۵ به زیر سطح جایگزینی در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است (۱۱).

از آغاز شکل گیری تفکر کنترل جمعیت، زنان و رفتار تولید مثل آنها مقصد اصلی سیاستهای کنترل موالید بوده است. بیشترین تمرکز سیاستهای کنترل جمعیت بر زنان، نگرشها و دیدگاه های آنها پیرامون تعدد فرزندان و تلاش برای جهت دار نمودن آنها بوده است (۱۲). اعمال سیاستهای کنترل موالید موجب تغییرات شگرفی در ساختار جمعیتی جوامع شد که از مهمترین آن می توان به انتقال باروری اشاره کرد، یعنی انتقال از باروری کل سطح بالا به باروری کل سطح جایگزین وزیر جایگزین. این تغییر شگرف با مدت زمان های مختلف و کیفیت های گوناگون در کشورهای مختلف جهان اتفاق افتاد. ایران از آن جمله کشورهایی بود که در اواخر قرن ۲۰ به طور جدی کنترل موالید را تجربه کرد (۱۳).

کاهش تمایلات فرزندآوری و تغییر در رفتار و ایده آل های باروری زنان، علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت دارد بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد گذاشت. امروزه، کاهش تمایل به فرزندآوری، تعویق ازدواج و در نتیجه افزایش میانگین سن ازدواج در فهرست مسایل اجتماعی کشور جای گرفته است (۱۴). یکی از عرصه هایی که در کشور ما در این سالها دستخوش تحولات بسیاری شده، کنش های فرزندآوری افراد و خانواده ها، به ویژه زنان است (۱۵)، تصمیم گیری در مورد باروری یکی از وقایع عمده زندگی زوجین است که به نوبه خود بسیاری از جنبه های زندگی از قبیل سلامت، وضعیت اقتصادی و رفاه خانوار را تحت تاثیر خود قرار

می دهد(۱۶). زیرا علاوه بر آن که میزان باروری با تأثیر بلامنازع خود بر رشد جمعیت می تواند اثرات قابل توجهی بر توسعه اقتصادی اجتماعی و منابع طبیعی داشته باشد(۱۷). مطالعات قبلی نشان داده اند که افراد، تصمیم های باروری فردی خود را بر حسب باورها و دیدگاه های خود اخذ می کنند، یعنی تغییر در رفتار باروری ارتباط نزدیکی با تغییر در نظام های ارزشی افراد دارد(۱۸). مطالعه منصوریان(۱۹) و اسلاملو(۲۰) هم نشان داد که تغییر رفتار باروری زوج ها می تواند ناشی از تغییرات عمده در نگرش آن ها در زمینه ایده آل های باروری و فرزند آوری باشد. از همین رو تیم تحقیق تصمیم به بررسی باورهای افراد در این زمینه با استفاده از نظریه عمل منطقی گرفت. نظریه عمل منطقی^۱ که به عنوان چارچوب نظری در این مطالعه استفاده شده در سال ۱۹۶۷ توسط در فیشبین و آجزن برای فهم بهتر رابطه میان نگرش ، قصد و رفتار بیان شد(۲۱). بر اساس این تئوری انسانها قبل از اینکه تصمیم به انجام رفتاری بگیرند، ابتدا کاربرد و بازده آن را بررسی کرده، چنانچه انجام آن رفتار منطقی بنظر برسد نسبت به انجام آن اقدام می نمایند. این تئوری را تئوری عمل منطقی می گویند زیرا فرد براساس یک تئوری منطقی قبل از انجام یک عمل به بررسی آن می پردازد. این تئوری ادعا می کند که رفتار تابعی از اطلاعات و باورها ی مهم و برجسته مرتبط به رفتار است. این تئوری بر مبنای فرضیه ای استوار است که تعیین کننده مهم رفتار، قصد رفتاری می باشد. تعیین کننده های مستقیم قصد رفتاری افراد ، نگرش نسبت به انجام یک رفتار و همچنین نرم انتزاعی مرتبط با رفتار می باشند(۲۲). مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر فرزندآوری زنان با استفاده از نظریه عمل منطقی انجام شده است.



شکل ۱-۱. نظریه عمل منطقی

۱-۲. مروری بر مطالعات داخلی و خارجی

لامپیک و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۰۶ با عنوان آگاهی ها و دانش باروری، نگرش و قصد فرزندآوری در میان پسران و دختران دانشجو در سوئد انجام دادند در این مطالعه ۲۲۲ دختر و ۱۷۹ پسر شرکت داشتند نتایج مطالعه نشان داد که دختران و پسران دانشجو نگرش مثبتی در مورد فرزندآوری داشتند. اما دختران در مقایسه با پسران نگرانی هایی در مورد اشتغال و بچه دار شدن داشتند. بیش از ۵۰ درصد دختران قصد باروری بعد از ۳۵ سالگی داشته و آگاهی آنها در مورد پیامدهای بارداری بعد از ۳۰ سالگی کم بود (۲۱).

رابرت و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۱۱ با عنوان عوامل موثر بر قصد فرزندآوری در میان ۴۹۵ مردان کانادایی انجام دادند. نتایج نشان داد که تمکین مالی، علاقمندی والدین به بچه، از مهمترین فاکتورهای موثر بر قصد فرزندآوری بوده همچنین با افزایش سن مردان عوامل موثر بر قصد باروری تغییر می کرد (۱).

دانیلوک و کارک در سال ۲۰۱۲ در مطالعه ای با عنوان تمایلات و نگرش زنان و مردان بدون بچه به فرزندآوری و باروری. نشان دادند که زوجین تمایل به باروری داشته و در صورت عدم باروری دچار چالش خواهند شد و از روشهای کمک باروری نظیر آی وی اف و... استفاده خواهند کرد (۳).

پیترسون و همکاران در مطالعه ای با عنوان آگاهی و نگرش دانشجویان آمریکایی نسبت به باروری و والدی انجام دادند. نتیجه گرفتند که باورهای نادرست در مورد حاملگی می تواند سبب تاخیر در باروری شود. لذا نیاز به آموزش برای اصلاح باورها وجود دارد (۴).

فالفورد و همکاران در مطالعه ای با عنوان نقش آگاهی و آسیب پذیری درک شده در قصد باروری در سال ۲۰۱۳ در میان ۱۳۴۵ زن بدون فرزند انجام دادند. بر اساس نتایج بدست آمده قصد باروری در زنان سیگاری پایین تر بود. زنان با آگاهی بالاتر و نمایه توده بدنی بالاتر قصد باروری بیشتر داشتند (۵).

چان و همکاران در سال ۲۰۱۵ مطالعه ای با عنوان نگرش و قصد باروری در میان دانشجویان چینی در هنگ کنگ انجام دادند. ۳۶۷ نفر شامل ۲۷۵ زن و ۹۲ مرد شرکت داشتند. ۶۶٪ دانشجویان اعتقادی در مورد اینکه سن موجب کاهش قدرت باروری می شود نداشتند. آنهایی که کمتر تمایل به باروری داشتند و نگران ناباروری نبودند انگیزه کمتری برای حل مشکل باروری خود داشتند (۶).

مطالعه کاشیا با عنوان والدین که فرزند می خواهند: یک مطالعه مقطعی از تعیین کننده های تمایل به فرزندآوری در زوجین اچ آی وی مثبت اوگاندا نشان داد که ۵۹٪ از والدین تمایل به فرزندآوری داشته و این تمایل در بین زنان جوانتر بیشتر بود. در دسترس بودن اطلاعات در مورد وسایل پیشگیری با کاهش تمایل به باروری مرتبط بود (۷).

مطالعه دکتر شکبیا و همکاران با هدف تعیین رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی افراد نابارور با نگرش آن ها نسبت به روش های نوین کمک باروری انجام شد این مطالعه همبستگی توصیفی در تابستان سال ۱۳۹۱ بر

روی 252 زن و مرد نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری استان یزد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه دو قسمتی که حاوی مشخصات فردی و عبارات نگرشی بود، گردآوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری *spss* آنالیز شد. میزان درآمد ماهیانه، سن، مدت زمان ناباروری، طول مدت ازدواج، با نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری نوین ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، ولی بین جنسیت، سطح تحصیلات و نوع سکونت با نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری تفاوت معنی داری وجود نداشت. نتیجه گیری: طولانی شدن مدت زمان ازدواج، مدت زمان ناباروری، افزایش سن و وضعیت اقتصادی مناسب، نگرش زنان و مردان نابارور نسبت به روش های کمک باروری را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۰).

پژوهش اسلاملو و همکاران با هدف، سنجش نگرش زوجین در آستانه ازدواج در خصوص تعداد و جنس فرزند ایده آل و دلخواه بود و نقش متغیرهای فردی و جمعیت شناختی زوجین بر ترجیحات و نگرش ذهنی آن ها در خصوص ترجیحات باروری تعیین شد. مواد و روش ها: در یک طراحی مقطعی، تعداد ۴۲۰ نفر (۲۱۰ نفر از هر جنس) از مراجعین به مراکز مشاوره قبل از ازدواج ارومیه در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه ای ساختارمند بدست آمد. تعداد فرزند ایده آل و نیز فرزند دلخواه در اغلب زوج ها کمتر از دو بود که تفاوتی بین دو جنس وجود نداشت. در مورد تمایل برای افزایش تعداد مورد دلخواه فرزندجنس پسر از اولویت بیشتری برای هر دوی زنان و مردان برخوردار بود. سیاست های تشویقی باروری کشوری، برخورداری از تحصیلات دانشگاهی، در حال تحصیل بودن و زندگی در خانوارهای کوچک تر منجر به تمایل به داشتن فرزند کتر می شود. یافته ها تأیید کننده تغییر قابل توجه رفتار باروری زوج های ایرانی است که تا حد زیادی ناشی از تغییرات عمده ارزشی و نگرشی آن ها در زمینه ترجیحات باروری شامل تعداد و جنس ایده آل و دلخواه بوده و به نظر می رسد تغییر سیاست های باروری کشور، تأثیر قابل توجهی در تغییر نگرش زوج ها ایجاد نخواهد کرد (۲۰).

مطالعه رحمتی و حسینی با هدف بررسی ارتباط بین شاخ صهای بهداشتی و درمانی و آموزشی با باروری کل در استانهای کشور انجام شد جامعه آماری این پژوهش را تمامی استانهای کشور تشکیل میداد. ابتدا استانهای کشور از نظر میزان باروری کل رتبه بندی شده و بعد از آن، با بهره گیری از مدل وضعیت بهداشتی و آموزشی هر استان رتبه بندی می شود. در نهایت همبستگی بین رتبه های بهداشتی و آموزشی با سطح باروری کل تعیین شد. یافته های پژوهش نشان داد که بالاترین میزان باروری کل، مربوط به استانهای سیستان و بلوچستان و خراسان جنوبی و هرمزگان است و کمترین این میزان به استانهای مازندران و تهران و گیلان تعلق دارد. استانهای تهران و خراسان رضوی و مازندران اولین رتبه های استانی را از نظر برخورداری از شاخصهای بهداشتی و درمانی دارا هستند و پایین ترین رتبه ها مربوط به استانهای آذربایجان شرقی و اردبیل و آذربایجان غربی است. بیشترین میزان برخورداری استانها از نظر شاخصهای آموزشی به استانهای گیلان و تهران و همدان تعلق دارد و کمترین میزان آن مربوط به استانهای آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی و اردبیل است. با توجه به ضریب همبستگی، میان متغیرهای آموزشی و بهداشتی و درمانی با باروری کل رابطه مثبت و معناداری وجود ندارد (۱۸).

مطالعه محمودیان و رضاییان با عنوان زنان کرد و کنش کم فرزندآوری در سال ۹۱ انجام شد این مطالعه کیفی قصد داشت بررسی کند اینکه زنان کم فرزندی را چگونه درک و تفسیر می کنند و چه شرایطی را در این نوع کنش خود دخیل می دانند جای تأمل است. این مطالعه سعی دارد به بازسازی معنایی کم فرزندی در میان زنان کرد در یکی از شهرهای استان کردستان یعنی شهر سقز بپردازد. با استفاده از رویکرد روش شناختی کیفی و روش نظریه ی زمینه ای داده ها گردآوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر شده اند. این مقاله نشان میدهد که خود حمایتی مهمترین مقوله و معنای بی ذهنیتی زنان در استدلال برای کم فرزندآوریشان است (۱۹).

خدیو زاده و همکاران در مطالعه ای با عنوان تعیین ارتباط انگیزه های فرزندآوری با ترجیحات باروری در سال ۹۳ نشان دادند که انگیزه های مثبت باروری مانند دیدگاه سنتی با میل به فرزندآوری همبستگی معکوس و

معناداری و با تعداد دلخواه فرزند و با زمان دلخواه فرزندآوری همبستگی مثبت و معنی دار داشت. انگیزه های منفی باروری مثل ترس از والد شدن با میل به فرزندآوری، تعداد دلخواه فرزند و زمان دلخواه فرزندآوری ارتباط معنی داری نداشت. نتیجه گیری: بین انگیزه های مثبت باروری در زوجین با میل به فرزندآوری و تعداد ایده آل فرزند ارتباط مستقیمی وجود دارد. بر این اساس با برنامه ریزی جهت ایجاد و تقویت انگیزه های مثبت در سنین پایینتر و قبل از ازدواج ممکن است بتوان باروری را در جامعه به حد مطلوب رساند (۱۰).

عباسی شوازی و خواجوی در مطالعه ای به بررسی رابطه برخی ابعاد استقلال زنان با تمایل به فرزندآوری زنان در شهر سیرجان، واقع در استان کرمان، پرداخت. داده ها از طریق پرسشنامه از 400 زن همسر دار دارای فرزند واقع در سنین باروری جم عآوری شده است. نتایج تحلیل دومتغیره نشان می دهد که رابطه بین متغیرهای استقلال و تمایل به فرزندآوری با کنترل متغیرهای اقتصادی و اجتماعی (تحصیلات، مشارکت اجتماعی، و وضعیت اشتغال) معنادار نیست. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک بیانگر این است که از میان متغیرهای مختلف، متغیر تحصیلات زنان و مشارکت اجتماعی زنان نقش تعیین کنند های در تبیین تغییرات متغیر وابسته دارد؛ به گون های که با افزایش این دو عامل تمایل به فرزندآوری کاهش می یابد. علاوه بر این، دو متغیر سن زنان و تعداد فرزندان در رابطه با متغیر تمایل به فرزندآوری از قدرت تبیین بالایی برخوردارند. بدین لحاظ سیاست های جمعیتی به منظور دستیابی به باروری بالاتر باید به برنامه هایی معطوف گردد که زمینه هایی را جهت هماهنگی بین فرزندآوری و ادامه فعالیت های زنان در حوزه آموزش عالی و مشارکت در امور اجتماعی هماهنگی به وجود آورد (۲۵).

مطالعه کبودی و همکاران به شیوه کیفی و با هدف تبیین الگوی تصمیم گیری فرزندآوری طراحی شد. این پژوهش به شیوه نظریه مبنایی انجام شد. مطالعه با نمونه گیری هدفمند شروع و با نمونه گیری نظری ادامه یافت. طی مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته با سی و چهار زن و مرد متأهل، به اشباع در کسب داده ها رسیدیم. تجزیه و تحلیل داده ها به روش توصیه شده توسط اشتراوس و کوربین انجام شده، برای افزایش

قابلیت اطمینان، از ملاکهای ارایه شده توسط لینکلن و گوبا استفاده شد. مقوله "نیاز درک شده به فرزندآوری" به عنوان درونمایه اصلی ظهور یافت. نیاز به فرزندآوری لزوماً به معنای تمایل قلبی افراد برای داشتن فرزند نیست، بلکه فرد تصور مینماید داشتن فرزند (دیگر) می تواند بخشی از نیازهای درک شده او را کاهش دهد. دو مقوله "نگرش فرد به پیامدهای فرزندآوری" و "هنجارهای درک شده" نیز شرایط علی "نیاز درک شده به فرزندآوری" هستند. پس از درک نیاز، در صورتی فرد قصد فرزندآوری مینماید که "کنترل بر شرایط پس از فرزندآوری" را مناسب ارزیابی نماید. تصمیم فرزندآوردن/نیاوردن به صورت تصادفی شکل نمی گیرد بلکه مبنای این تصمیم گیری، رفع یا کاهش یک سری نیازهای درک شده است (۹).

مطالعه حسینی و بگی با هدف بررسی تمایلات فرزندآوری زنان همسرदार مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان و تعیین کننده های آن در سال 1391 انجام شد. نمونه ای به حجم 273 زن واجد شرایط بررسی که به صورت تصادفی انتخاب شدند صورت گرفت. نتایج نشان داد ۷۰ درصد زنان تمایل ندارند علاوه بر فرزندان که در زمان بررسی داشته اند فرزند دیگری داشته/ باشند ۸۴ درصد زنان شمار مطلوب فرزند برای خانوادهها را دو فرزند عنوان کرده اند. مهمترین دلایل ترجیح الگوی دو فرزند، به ترتیب مشکلات اقتصادی و مشکل خانواده ها در تربیت و آموزش فرزندان است. نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که احتمال توقف فرزندآوری در میان زنانی بیشتر است که شاغلند، فرزندان در قید حیات بیشتری دارند، در پایان دوره تولیدمثل بهسر میبرند، منافع فرزندان را کمتر از هزینه های آن ارزیابی می کنند و گرایش کمتری به ترجیح فرزند پسر بر دختر دارند. این مطالعه نتیجه گیری می کند که سیاستهای جمعیتی در راستای جلوگیری از کاهش بیشتر باروری باید معطوف به اشتغال، خانواده و کیفیت زندگی به ویژه در میان زنان بدون فرزند، دارای یک فرزند و زوجهای تازه ازدواج کرده باشد (۱۶).

در این پژوهش توصیفی تحلیلی جامعه پژوهش زنان متاهل تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه بودند که در سال ۱۳۹۳ در دبیرستان های شهر همدان اشتغال به تحصیل داشتند. معیار ورود به مطالعه زنان متاهلی که یکسال از ازدواج آنها گذشته باشد، بدون فرزند و یا دارای یک فرزند باشند. معیار خروج عدم تمایل برای شرکت در مطالعه، داشتن ۲ فرزند و یا بیشتر و نیز داشتن مشکل پزشکی برای باروری و یا ناباروری. پس از اخذ مجوز از مسئولین دانشکده علوم پزشکی ساوه و تهیه لیست مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشکده، واحدهای پژوهشی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

۳-۱-۱. حجم نمونه و روش نمونه گیری: حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، و پذیرش خطای نمونه گیری ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد تعداد ۴۰۰ نفر تعیین شد که برای افزایش دقت مطالعه ۵۰۰ پرسشنامه توزیع شد که ۱۷ پرسشنامه بدلیل نقص در تکمیل فرم حذف شده و ۴۸۳ فرم جمع آوری گردید (میزان پاسخدهی ۹۷ درصد).

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

در این مطالعه نمونه گیری چند مرحله ای بود، بدین ترتیب که در مرحله اول ابتدا جمعیت ۴ بخش (بخش مرکزی نوبران شهرتان ساوه و بخش مرکزی و خرقان شهرستان زرنديه) تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ به تفکیک استخراج، سپس از هر یک از بخش های شهرستان های ساوه و زرنديه یک مرکز بهداشتی درمانی شهری و یک مرکز روستایی بصورت تصادفی انتخاب شدند که در مجموع ۴ مرکز شهری و ۴ مرکز روستایی انتخاب شدند. در مرحله بعدی با توجه به نسبت جمعیت زنان شهری روستایی

هر بخش، نسبت نمونه لازم برای هر مرکز مشخص گردید. در مرحله پایانی با استفاده از پرونده خانوارها و به روش نمونه‌گیری منظم تعداد نمونه مورد نیاز از هر مرکز انتخاب و وارد مطالعه شد.

۳-۱-۲. ابزار گردآوری اطلاعات: اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های کتبی به روش خود گزارش دهی تکمیل گردید. پرسشنامه‌ها شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و سازه‌های نظریه عمل منطقی بود. برای طراحی و ساخت پرسشنامه مربوط به متغیرهای نظریه عمل منطقی گروه تحقیق از مطالعات کتابخانه‌ای و از نمونه پرسشنامه‌های بکار گرفته در مطالعات قبلی (۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۳) استفاده گردید. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسش‌نامه از طریق استفاده از نظرات گروه کارشناس در زمینه مورد مطالعه انجام شده و پس از انجام یک مطالعه پایلوت بر روی ۲۵ نفر از زنان مشابه جمعیت هدف شهرستان ساوه فرم نهایی سوالات در هر سازه تعیین گردید. پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ که توسط احمدی و همکاران روان‌سنجی شده بود (۱۵)، این پرسشنامه شامل ۱۰ مقیاس بصورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) با گویه‌هایی نظیر "من از چگونگی ابراز احساسات و روابط جنسی مان راضی هستم". تنظیم شده بود. نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری با مقیاس‌هایی همچون "به نظر من زندگی بدون بچه سرد و بی‌روح است." یا "نشانه زندگی وجود و حضور بچه در زندگی" با ۱۵ سوال و به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) برای ارزیابی باورهای مثبت و منفی واحدهای پژوهش طراحی گردید. سازه نرم‌های انتزاعی ترغیب‌کننده فرزندآوری در رابطه با تاثیر بهترین دوست، همسر، وسایرین مهم‌اندازه‌گیری شده بود؛ برای مثال برای هر یک از فاکتورهای فوق یک سوال "نظر همسر من این است که یک بچه کافی است" وجود داشت که با ۶ سؤال ۵ گزینه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (حتماً) اندازه‌گیری شده بود، همچنین جهت سنجش انگیزه اطاعت از فرد نیز برای هر فاکتور یک سوال "من نظر بهترین دوستم که فکر می‌کند من باید بچه بیشتری بیاورم را می‌پذیرم" وجود داشت که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (حتماً) اندازه‌گیری شده بود، در مجموع این

بخش دارای ۷ سوال بود. سازه قصد رفتاری برای فرزند آوری با ۴ سوال با مقیاس ۵ گزینه ای از ۱ (به احتمال خیلی کم) تا ۵ (به احتمال خیلی زیاد) با سئوالاتی نظیر "اگر پولدار شوم" و "یا" در طی دو سال آینده؟" اندازه گیری شده بود که کسب نمره بیشتر نشان دهنده قصد بالاتر فرد جهت فرزندآوری بود.

روایی محتوی پرسشنامه با محاسبه شاخص های نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) تایید گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه مذکور در اختیار ده نفر از اساتید که دارای تخصص و تجربه کافی در زمینه مورد نظر بودند قرار گرفت، و از آنها خواسته شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرار گیری آیتم ها در جای مناسب خود و امتیاز دهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند سپس اشکالات و ابهامات موجود در پرسشنامه طبق نظرات ایشان اصلاح گردید. برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) با کمک پانل خبرگان استفاده شد که با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر بودند با توجه به جدول لاوشه معیار بالاتر از ۰/۶۲ برای تأیید نسبت روایی محتوی و معیار بالاتر از ۰/۷۹ برای تأیید شاخص روایی محتوی استفاده شد. همچنین پایایی پرسش نامه با محاسبه ضریب همبستگی درونی بر روی یک گروه ۲۵ نفری از زنان مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ برای سوالات نگرش ۰/۸۸، نرم های انتزاعی ۰/۸۲، و قصد رفتاری ۰/۸۵ به دست آمد.

۲-۳. اهداف پژوهش

۱-۲-۳. هدف کلی

تعیین عوامل موثر بر قصد باروری زنان با استفاده از نظریه عمل منطقی

۲-۲-۳. اهداف اختصاصی

تعیین متغیرهای دموگرافیک موثر بر باروری

تعیین نگرش فردی و مثبت زنان نسبت به باروری و فرزندآوری

تعیین نگرش فردی و منفی زنان نسبت به باروری و فرزندآوری

تعیین هنجارهای اجتماعی زنان نسبت به باروری و فرزندآوری

تعیین و مقایسه میزان رضایت زناشویی زنان

تعیین رضایت زناشویی زنان نسبت به باروری و فرزندآوری

تعیین و مقایسه قصد زنان نسبت به باروری و فرزندآوری

تعیین قدرت پیش بینی کنندگی سازه های مختلف تئوری عمل منطقی توسعه یافته برای قصد رفتاری زنان

۳-۲-۳. فرضیه های پژوهش

سازه های تئوری عمل منطقی توسعه یافته دارای توان پیش بینی کنندگی متفاوتی در قصد رفتاری زنان هستند.

برخی عوامل دیموگرافیک بر قصد باروری موثرند.

متغیر رضایت زناشویی بر قصد باروری موثر است.

بین نگرش فردی زنان نسبت به باروری و قصد باروری اختلاف معناداری وجود دارد.

بین هنجارهای اجتماعی نسبت به باروری و قصد باروری اختلاف معناداری وجود دارد.

بین قصد رفتاری زنان باروری اختلاف معنی داری وجود دارد.

۳-۳. تعریف نظری و عملی واژه ها

۱-۳-۳. تئوری ۱

تعریف نظری: مجموعه ای از اصول و مفاهیم که برای پیش بینی و بیان یک پدیده، مانند رفتار انسان، به کار می رود، مجموعه ای ادغام یافته از فرضیات که قصد دارد درک عمیق تری از یک فلسفه ارایه دهد و اساسی برای بیان رویدادهای خاص زندگی فراهم نماید [۱۸-۱۹]

تعریف عملی: در این مطالعه منظور از تئوری، تئوری عمل منطقی می باشد. این نظریه شکل گسترش یافته ای از نظریه انتظار ارزش است، که نگرش های یک شخص نسبت به یک رفتار را ترکیب می کند.

۲-۳-۳. تئوری عمل منطقی ۲

تعریف نظری: این نظریه توسط فیش بین و آجزن مطرح گردید. بر اساس آن رفتار بطور مشخص بازتابی از قصد رفتاری است و قصد رفتاری نیز به نوبه خود تحت تأثیر دو متغیر نگرش نسبت به رفتار، و نرم های انتزاعی است. تعریف عملی: در این پژوهش سازه های نگرش نسبت به رفتار، نرم های انتزاعی و رضایت زناشویی، مورد استفاده قرار گرفتند.

۳-۳-۳. نگرش ۳

^۱ Theory

^۲ Theory of planned behavior

تعریف نظری: احساس کلی دوست داشتن یا تنفر نسبت به هر گونه رفتار معین [۵۱-۵۳]

تعریف عملی: در این مطالعه نگرش عبارتست از باور فرد و تمایلات مثبت و منفی او نسبت به باروری و فرزنداوری که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

۳-۳-۴. هنجارهای انتزاعی^۴

تعریف نظری: عبارتست از برداشت شخصی فرد از فشارهای اجتماعی و یا به عبارتی درک فرد از انتظارات دیگران [۴۹].

تعریف عملی: در این مطالعه هنجارهای انتزاعی عبارتست از برداشت زنان از نظرات والدین، همسران، دوستان، اطرافیان و سایرین مهم در مورد فرزنداوری که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

۳-۳-۵. رضایت زناشویی

تعریف نظری: احساس خشنودی، رضایت و لذت توسط زن یا شوهر زمانی که همه جنبه های ازدواج خود را در نظر می گیرند. رضایت یک متغیر نگرشی است. بنابراین یک خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می شود. طبق تعریف مذکور رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذتبخشی است که زن و شوهر از جنبه های مختلف روابط زناشویی خود دارند.

^۳ Attitude

^۴ Subjective norms

تعریف عملی: در این مطالعه رضایت زناشویی عبارتست از پاسخگویی به پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ بود(۱۵). این پرسشنامه شامل ۱۰ مقیاس بصورت طیف لیکرت ۵ گزینه ای از ۱(خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) تنظیم شده بود.

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه با برگزاری جلسه برای کلیه شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن و عدم استفاده ابزاری از اطلاعات و همچنین بیان هدف انجام طرح و اخذ رضایتنامه رعایت شد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها: داده ها با استفاده از ویرایش ۱۸ نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون های توصیفی نظیر میانگین، نما و.... و نیز آزمون های آماری تحلیلی همچون کای دو، تی مستقل، آنوا و رگرسیون در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

۴-۱. یافته ها

در این مطالعه ۴۸۳ نفر از زنان متاهل تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه با میانگین سنی $24/7 \pm 5/6$ سال و میانگین سنی همسرشان $30/5 \pm 4/9$ شرکت داشتند. سن اکثریت (۳۳ درصد) نمونه های مورد بررسی ۲۶ سال بود. ۸۰ درصد ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند. ۸۰٪ از نمونه ها تمایل داشتند که فرزند بیاورند، ۸۳ درصد مادر شدن را زیاد، و ۵ درصد کم دوست داشتند. در مورد ترجیحات باروری و تعداد فرزند دختر مورد تمایل ۲۶/۵ درصد ۱ فرزند، ۲۳/۵ دو فرزند و ۳۸/۷ درصد به این موضوع فکر نکرده بودند. در مورد تعداد فرزند پسر مورد تمایل ۴۷/۵ درصد یک پسر و ۱۴/۶ درصد ۲ پسر خواسته بودند. از زنان تمایل همسرشان به جنسیت فرزند سؤال شده بود که پاسخ ها ۴۵٪ فرقی نمی کرد، ۳۴٪ پسر و ۲۱٪ دختر ترجیح داده بودند، همچنین در مورد تعداد دختر مورد دلخواه همسرشان ۴۲/۳ درصد یک دختر، و ۴۸/۸ درصد یک پسر را ترجیح داده بودند(جداول ۳-۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی و نسبی تعداد فرزند مورد دلخواه از دیدگاه زن و شوهر

تعداد فرزند دلخواه	فکر نکرده		۱		۲		۳		۴ و بیشتر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
زن	۳۹	۱۸۸	۲۶/۵	۱۲۸	۲۳/۵	۱۱۴	۷	۳۴	۴	۱۹
شوهر	۴۱/۵	۸۸	۲۷/۸	۵۹	۲۰/۳	۴۳	۷/۱	۱۵	۳/۳	۷

جدول ۲. توزیع فراوانی و نسبی تعداد فرزند دختر مورد دلخواه از دیدگاه زن و شوهر

تعداد دختر دلخواه	فرقی نمی کند		۱		۲		۳		۴ و بیشتر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
زن	۴۵/۱	۲۱۷	۴۳/۹	۲۰۸	۹/۷	۴۷	۱/۸	۹	۰/۸	۲
شوهر	۴۳	۲۰۷	۴۲/۳	۲۰۴	۱۲/۸	۶۲	۱/۶	۸	۰/۸	۲

جدول ۳. توزیع فراوانی و نسبی تعداد فرزند پسر مورد دلخواه از دیدگاه زن و شوهر

تعداد پسر	فرقی نمی کند		۱		۲		۳		۴ و بیشتر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد

دلخواه										
زن	۳۷/۷	۱۷۹	۴۷/۵	۲۲۸	۱۳/۶	۶۶	۱/۲	۶	۰/۸	۴
شوهر	۲۹	۱۴۳	۴۸/۸	۲۳۵	۱۸/۷	۹۰	۲	۱۰	۱	۵

در پاسخ به سؤال به نظر شما فاصله‌ی سنی مطلوب بین فرزندان چقدر است؟ میانگین فاصله بیان شده ۴/۳ و نما ۳ بود. سن مناسب برای ازدواج پسران ۲۵/۷ و برای دختران ۲۰/۸ سال بیان کردند. در مورد بهترین زمان بچه دارشدن میانگین پاسخ ها ۲/۱ سال بعد از ازدواج بود، ۳۲٪ یکسال بعد و ۴۰٪ دو سال بعد از ازدواج را ذکر کرده بودند. از نظر سن مناسب برای حاملگی ۹۱ درصد ۲۰-۳۰ سال و ۶ درصد زیر ۲۰ ذکر کرده بودند. ۲۰٪ سابقه سقط داشتند که از این تعداد ۸۶ درصد دوبار سقط کرده بودند.

جدول ۴. جدول میانگین، انحراف معیار و مد متغیرهای فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، سن مناسب برای ازدواج

متغیر	فاصله مطلوب بین بچه ها	فرزندآوری چند سال بعد از ازدواج	سن مناسب ازدواج پسر	سن مناسب ازدواج دختر
میانگین	۴/۳	۲/۱	۲۵/۷	۲۰/۸
انحراف معیار	۱/۸۶	۱/۹	۲/۵	۳
مد	۳	۲	۲۵	۲۰

جدول ۵. توزیع فراوانی و نسبی مناسب ترین سن برای بارداری و ازدواج

متغیر	ازدواج	بارداری
-------	--------	---------

تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳۲	۶/۶	۵۱	۱۰	زیر ۲۰ سال
۴۱۷	۸۶	۴۱۸	۸۷	۲۰-۳۰
۳۳	۶/۸	۱۴	۳	۳۰-۴۰
۱	۰/۲۰	۰	۰	بالای ۴۰

جدول ۶. جدول توزیع فراوانی و مطلق "چه حد مادرشدن را دوست دارید؟"

متغیر	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم
	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد
مادر شدن را چقدر دوست دارید؟	۲۹۲(۶۰)	۱۱۰(۲۳)	۶۸(۱۴)	۱۱(۲)	۲(۰/۴)

از نظر سطح تحصیلات، ۴۲ درصد از نمونه ها زیر دیپلم، ۳۷ درصد دیپلم، ۱۹,۸ درصد دانشگاهی و ۱/۲ درصد بی سواد بودند. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را در دو گروه دارای تمایل و عدم تمایل به فرزند آوری از نظر سطح سواد نشان داد ($p < ۰/۰۵$). این میزان در همسر آنها به ترتیب ۳۹,۴۱/۵، ۱۷/۸ و ۱/۷ درصد بود. از نظر وضعیت اشتغال ۱۴ درصد شاغل ما بقی خانه دار بودند و گروه خانه دار تمایل به فرزند آوری بیشتری داشتند. ۴۲ درصد از نمونه ها صاحبخانه، ۳۹ درصد مستاجر و مابقی در منزل پدری یا پانسیون اداری زندگی می کردند و میانگین مساحت منزل مسکونی ۸۱ متر مربع بود. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را در دو گروه دارای تمایل و عدم تمایل به فرزند آوری از نظر وضعیت منزل نشان داد ($p < ۰/۰۵$). در مجموع ۶۲٪ از نمونه ها تمایل به فرزند آوری داشتند (جدول شماره ۷).

جدول ۷- مقایسه توزیع فراوانی مشخصات واحدهای پژوهش در ۲ گروه

$P\text{ value}$	متغیر		تمایل به فرزندآوری	عدم تمایل به فرزندآوری
			(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
۰/۰۰۶	سطح سواد	بیسواد	۴۰(۸۳)	۲۰(۴۱)
		زیر دیپلم	۱۱۴(۲۴)	۸۹(۱۸)
		دیپلم	۹۵(۲۰)	۸۴(۱۷)
		دانشگاهی	۴۵(۹)	۵۰(۱۰)
۰/۰۵	وضعیت اشتغال	شاغل	۲۹(۶)	۳۹(۸)
		خانه دار	۲۲۷(۴۵)	۱۸۸(۴۱)
۰/۷۸	وضعیت اشتغال همسر	کارگر	۱۵۴(۳۲)	۱۲۱(۲۵)
		کارمند	۳۰(۶)	۲۶(۵)
		آزاد	۸۰(۱۷)	۷۲(۱۵)
۰/۰۰۱	وضعیت منزل	صاحبخانه	۱۵۶(۳۲)	۵۹(۱۲)
		مستاجر	۸۱(۱۷)	۱۰۷(۲۲)
		سایر	۳۴(۷)	۴۶(۱۰)

همانطور که جدول شماره ۸ نشان می دهد ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای قصد باروری و سن ازدواج ($r=0/39$) همبستگی معکوس و معنی دار و بین متغیر رضایت زناشویی و سازه های نظریه عمل منطقی رضایت زناشویی ($r=0/37$)، نگرش ($r=0/45$)، نرم های انتزاعی ($r=0/41$)، انگیزه اطاعت ($r=0/36$) با قصد باروری همبستگی مثبت و معنی داری را نشان داد ($p<0/01$).

جدول ۸. ضریب همبستگی بین متغیرهای قصد باروری با سن ازدواج، رضایت زناشویی و سازه های نظریه عمل منطقی

متغیر	سن	نگرش	نرم انتزاعی	انگیزه اطاعت	رضایت زناشویی	قصد
سن	۱					
نگرش	۰/۲۹	۱				
نرم انتزاعی	۰/۳۵	*۰/۳۸	۱			
انگیزه اطاعت	-۰/۲۹	۰/۳۳	*۰/۲۷	۱		
رضایت زناشویی	*-۰/۳۴	۰/۳۶	*۰/۳۸	*۰/۴۴	۱	
قصد باروری	*-۰/۳۹	*۰/۴۵	*۰/۴۱	*۰/۳۶	*۰/۳۷	۱

سطح معنی داری $P<0/05$

همانطور که جدول شماره ۹ نشان می دهد گروه دارای تمایل به فرزند آوری میانگین نمره رضایت زناشویی، نگرش، نرم های انتزاعی، انگیزه اطاعت و قصد رفتاری بالاتری نسبت به گروه عدم تمایل داشتند و آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری را در بین دو گروه نشان داد ($p < 0.05$).

جدول ۹- مقایسه میانگین نمره رضایت زناشویی و سازه های نظریه عمل منطقی در افراد دارای تمایل به فرزندآوری و عدم تمایل به فرزند آوری

متغیر	تمایل به فرزندآوری		عدم تمایل به فرزند آوری		کل		P value
	(انحراف معیار) میانگین	تعداد	(انحراف معیار) میانگین	تعداد	(انحراف معیار) میانگین	تعداد کل	
رضایت زناشویی	۳۸/۲ (۷/۶)	۳۰۰	۳۱/۴ (۸/۷)	۱۸۳	۳۴/۲ (۷/۵)	۴۸۳	$P < 0.001$
نگرش	۵۵/۱ (۱۰/۴)	۳۰۰	۴۲/۱ (۱۸/۳)	۱۸۳	۵۰/۲ (۱/۵)	۴۸۳	$P < 0.001$
نرم های انتزاعی	۲۳/۹ (۶/۳)	۳۰۰	۱۹/۲ (۷/۱)	۱۸۳	۲۲/۱ (۷)	۴۸۳	$P < 0.001$
انگیزه اطاعت	۲۴/۸ (۶/۲)	۳۰۰	۲۲/۷ (۷/۵)	۱۸۳	۲۳/۹ (۶/۸)	۴۸۳	$P < 0.002$
قصد رفتاری	۱۶/۸ (۸/۵)	۳۰۰	۱۳/۲ (۷/۹)	۱۸۳	۱۵/۴ (۸/۴)	۴۸۳	$P < 0.001$

۵-۱. بحث و نتیجه گیری

در سال های اخیر کاهش گرایش به باروری و عوامل موثر بر آن در کانون بررسی های جامعه شناختی و جمعیت شناختی قرار گرفته اند، اما مطالعه ای که با استفاده از نظریات و مدل های آموزش و ارتقاء سلامت در کشور به این مهم پرداخته باشد ملاحظه نگردید لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی این پدیده با استفاده از نظریه عمل منطقی انجام شده است. بر اساس نتایج بدست آمده میانگین گرایش به فرزندآوری در زنان مورد بررسی ۶۲٪ بود. این یافته همسو با مطالعه کشاورز و همکاران در تبریز بود که میانگین گرایش به فرزندآوری در زنان مورد بررسی را ۵۹٪ نشان داد (۱۴). این میزان در مطالعه حسینی و بگی (۱۶) و نیز عباسی شوازی (۲۵) ۴۱٪ بود. این یافته با نتایج بدست آمده در مطالعه کلند (۲۶)، کرزر و وایت (۲۷) که میانگین گرایش به فرزندآوری را حدود ۲۸٪ نشان دادند ناهمسو بود. هر چند مقایسه مستقیم این میزان ها به دلیل متفاوت بودن متغیرهای

نظیر جمعیت مورد بررسی و چگونگی بررسی گرایش به فرزندآوری، مشکل است چرا که برای مثال در مطالعه کرتز و وایت (۲۷) نمونه های مورد بررسی شامل تمام زنان ۱۴-۲۹ ساله بودند، بدیهی است که در این جامعه برخی زنان درای بیش از دو فرزند بوده و تمایلی به فرزندآوری نخواهند داشت.

همچون مطالعه نقدی و زارع در ایران (۲۸)، ادھیکاری و همکاران در نپال (۲۹) متغیر رضایت زناشویی در این مطالعه نیز با فرزندآوری رابطه مثبت و معنی داری داشت، همچنین زنان دارای قصد باروری میانگین نمره رضایت زناشویی بالاتری نسبت به زنان دارای عدم تمایل به باروری داشتند. مطالعات مختلف نشان داده که عملکرد جنسی به طور مستقیم و معنی دار با رضایت جنسی افراد در ارتباط است (۳۰-۳۱) و رضایت زناشویی یکی از فاکتورهای مهم مؤثر بر سلامتی زنان و اشکال در روابط زناشویی از مهمترین و فراوان ترین علل اختلالات جنسی است. در واقع مهمترین هدف از تمایل جنسی، تولیدمثل و داشتن فرزند می باشد (۱۰). لذا داشتن برنامه های آموزشی مناسب در این حوزه ضمن تحکیم بنیان خانواده می تواند بر فرایند فرزندآوری تاثیر مثبت داشته باشد.

یافته های ما نشان داد بین سن ازدواج و قصد باروری همبستگی معکوس و معنی داری وجود دارد به عبارت بهتر با افزایش سن ازدواج، تمایل به فرزندآوری کاهش می یابد. این یافته همسو با مطالعه نقدی و همکاران در شیراز (۲۰) و نیز کشاورز و همکاران در اصفهان (۱۳) می باشد. مطالعه برنامه جمعیت سازمان ملل در ۲۲ کشور در حال توسعه نشان داد که بین سن ازدواج مادر و باروری رابطه معکوس وجود دارد (۶). کودزی و همکاران نیز نشان دادند که به ازای یکسال افزایش سن در اولین فرزندآوری، باروری کل ۳ درصد برای زنان کاهش می یابد (۳۱). به هر حال بر اساس یافته های مرکز آمار ایران، میانگین سن در اولین ازدواج برای زنان از ۱۹/۷ سال در سال ۱۳۵۵ به ۲۳/۴ سال در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته (۲۳) و این مساله می تواند بر کاهش فرزندآوری در دهه اخیر مؤثر باشد.

همسو با مطالعات قبلی (۲۰، ۱۸)، در این مطالعه نیز تمایل به فرزندآوری در زنانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، کمتر بود. بر اساس تئوری نوگرایی نیز افراد تحصیل کرده گرایش کمتری نسبت به فرزنددار شدن دارند (۳۲) که این مساله در مطالعه ما هم اثبات شده است. مطالعات نشان داده که در والدین کم سواد تر، فرزند به عنوان کمک خانواده در دوران پیری والدین توجه می شود اما در خانواده های برخوردار از تحصیلات بالاتر به دلیل توجه بیشتر به کیفیت تربیت فرزندان و آموختن مهارت های لازم به آنان، فرزند کمتر ترجیح داده می شود. این امر می تواند از دلایل احتمالی این رابطه در جامعه مورد بررسی باشد. از طرف دیگر شواهدی وجود دارد که هم تحصیلات و هم مشارکت در نیروی کار زنان با قدرت زنان در خانواده مرتبط هستند. ارتقای تحصیلات زنان به افزایش فرصت های اشتغال و در نتیجه افزایش توانایی آنان برای تصمیم گیری در خانوار منجر می شود که ممکن است موجب باروری پایین شود (۳۳).

در مطالعه حاضر، زنان شاغل و مستاجر نسبت به زنان خانه دار و صاحبخانه گرایش کمتری به فرزندآوری داشتند. این مساله را شاید بتوان با امنیت و استقلال مالی ناشی از اشتغال که به فرزند به عنوان سرمایه آینده یا تأمین کننده درآمد خانواده نگاه نمی کنند و نیز مسایل و مشکلات ناشی از اجاره مسکن در خانواده های صاحب فرزند و یا دارای فرزند بیشتر در کشور توجیه کرد. همسو با یافته این مطالعه، مطالعه پردهان و همکاران در نپال (۳۴) و خدیو زاده و همکاران در مشهد (۱۱) نشان دادند که زنان شاغل، تمایل به فرزند کمتری دارند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

یافته های ما نشان داد میانگین نمره نگرش در گروه دارای تمایل به فرزندآوری بطور معنی داری بالاتر از گروه بدون تمایل بود. این یافته همسو با مطالعه کاظمی بود که نشان داد افراد با نگرش بهتر، تمایل بیشتری به فرزندآوری داشتند (۳۵). اسلاملو و همکاران هم نتیجه گرفتند که رفتار باروری زوج ها می تواند متأثر از نگرش آن ها در زمینه فرزند آوری باشد (۲۰). بررسی تحلیلی یافته های این بخش نشان داد که ۷۴٪ زوجین اعتقاد داشتند که زندگی بدون بچه سرد و بی روح است. ۷۹٪ اعتقاد داشتند که حضور بچه در زندگی نشانه زندگی

است. ۶۰٪ بر این باور بودند که خانواده های دارای فرزند، خوشبخت ترند. ۳۲٪ از آنها پیشرفت شغلی و تحصیلی را بر فرزندآوری ترجیح می دادند. بر اساس نظریه عمل منطقی، هر چه نگرش فرد نسبت به یک رفتار مطلوب تر باشد، بیشتر احتمال می رود که او قصد انجام آن رفتار را داشته باشد و بر عکس، هرچه نگرش نسبت به یک رفتار نا مطلوب تر باشد، بیشتر احتمال می رود که وی قصد انجام آن را نداشته باشد. مطالعات در حوزه رفتار های بهداشتی رابطه متوسط تا قوی بین نگرش و قصد رفتاری ملاحظه کردند (۱۴-۱۳). در فراتحلیل انجام شده تحت عنوان بررسی ارتباط بین نگرش ها، قصد رفتاری و رفتار نشان داده شد که ارتباطی قوی بین نگرش و رفتار ($r=0/79$) برقرار است (۳۶).

در این مطالعه همبستگی مثبت و معنی داری بین نرم های انتزاعی و انگیزه اطاعت با قصد باروری وجود داشت و میانگین نمره نرم های انتزاعی و انگیزه اطاعت در گروه دارای قصد باروری بطور معنی داری بالاتر از گروه بدون قصد باروری بود. در متغیر نرم های انتزاعی، اعتماد به همسر با ۸۷٪، خواست همسر ۷۲٪، خواست خانواده خود ۶۱٪ و خواست خانواده همسر با ۵۹٪، به عنوان مهمترین نرم های موثر بر قصد باروری بودند. در انگیزه اطاعت نیز همسر، مادر خود و مادر همسر به ترتیب با ۶۲، ۵۸ و ۵۱٪ مهمترین آیتم های انگیزه اطاعت بودند. این یافته بیانگر این نکته می باشد که بیشترین تاثیر پذیری از همسران و مادران بوده که این موضوع با نتایج مطالعه کلانتری و همکاران (۱۴)، خدیوزاده و همکاران (۱۱) همخوانی دارد. بر اساس نظریه عمل منطقی نرم های انتزاعی، به فشار اجتماعی درک شده توسط فرد برای انجام یا عدم انجام رفتار هدف اشاره دارد. افراد غالبا بر مبنای ادراکاتشان از آنچه که دیگران (دوستان، خانواده، همکاران و ...) فکر می کنند باید انجام دهند عمل می کنند و قصد آنها جهت پذیرش رفتار به صورت بالقوه، متأثر از افرادی است که ارتباطات نزدیکی با آنها دارند (۳۷). که این مساله در مطالعه حاضر هم اثبات شده لذا به نظر می رسد در طراحی و اجرای برنامه های آموزشی فرزند آوری شرکت دادن همسران نقش مهمی در ایجاد انگیزش زوجین داشته باشد. محققین عقیده

دارند نگرش ها و قصد رفتاری نسبت به هر پدیده ای، به شدت تحت تأثیر هنجارهای آن جامعه، می باشد. عدم شرکت مردان در این مطالعه را می توان یکی از محدودیت های مطالعه حاضر بیان کرد، لذا توصیه می شود مطالعات بعدی به ارزیابی باورها و عوامل موثر بر فرزندآوری از دیدگاه مردان نیز بپردازند تا دیدگاه روشن تری از عوامل و عقاید موثر بر باروری در خانواده های ایرانی حاصل شود.

۶-۱. نتیجه گیری

این پژوهش اطلاعاتی در زمینه عوامل موثر بر فرزندآوری در اختیار دست اندرکاران و کارکنان بهداشتی، برنامه ریزان آموزشی و پژوهشگران قرار می دهد. نتایج نشان داد سازه های نظریه عمل منطقی (نگرش، نرم های انتزاعی، انگیزه اطاعت) و رضایت زناشویی با میل به فرزندآوری ارتباط مستقیمی دارند. بر این اساس با برنامه ریزی جهت بکارگیری تئوری ها و الگوهای رفتاری ممکن است بتوان باروری را در جامعه به حد مطلوب رساند.

۷-۱. تقدیر و تشکر:

ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی ساوه در تأمین مالی این مطالعه، نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند مراتب قدردانی خود را از کلیه کارشناسان مامایی و بهداشت خانواده مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی ساوه اعلام نمایند. همچنین لازم است نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه عزیزان شرکت کننده در این طرح اعلام نمایند.

References

1. Roberts E., A. Metcalfe, M. Jackl, and S.C. Tough. Factors that influence the childbearing intentions of Canadian men. *Human Reproduction*, 2011;1.26(5): 1202–1208
2. Stoop D., J. Nekkebroeck, and P. Devroey. A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age. *Human Reproduction*, 2011.26(3): 655–661.

3. Daniluk J.C. and E. Koert. Childless Canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction. *Human Reproduction*, 2012; 27(8): 2405–2412
4. Brennan D. Peterson, Matthew Pirritano, Laura Tucker, and Claudia Lampic. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction* 2012; 27(5): 1375–1382.
5. Fulford B., L. Bunting, I. Tsibulsky, and J. Boivin. The role of knowledge and perceived susceptibility in intentions to optimize fertility: findings from the International Fertility Decision-Making Study (IFDMS). *Human Reproduction*, 2013; 28 (12): 3253–3262.
6. Chan C.H.Y., T.H.Y. Chan, B.D. Peterson, C. Lampic, and M.Y.J. Tam. Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. *Human Reproduction*, 2015; 30(2): 364–372.
7. Daniluk J.C. and E. Koert. Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction*, 2015; 30(2): 353–363
8. Enayat H, Parnian H. The Study of Cultural Globalization and Tendency to Fertility. *Quarterly of zan-va-jameeh* 2013; 4(2):109-119
9. kaboudi M, Ramezankhani A, Manouchehri H, Hajizadeh H, Haghi M. The decision-making process of childbearing: a qualitative study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2013; 12(5):505-515.
10. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. *The Iranian journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2014; 17(114):8-18.
11. Khadivzadeh T, Latifnejad R, Bahrami M, Taghipour A, Shavazi J. The influence of social network on couples' intention to have the first child. *Iran J Report Med* 2013; 11 (3):209-218.
12. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tyden T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod* 2006; 21: 558-64.
13. Khesavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hossein pour K. Factors affecting differences in fertility behavior of Resident and migrating tribes of Samirom. *Health system research* 2012; 8(3):45-65. (Persian).
14. Keshavarz H, Haghighatian M, Tavasoli Dinani K. A Study on the Factors Influencing the Space between Marriage and Having Children (Case Study: Married Women of 20-49 in Isfahan). *jas*. 2013; 24 (2) :111-125.
15. Miller WB, Bard DE, Pasta DJ, Rodgers JL. Biodemographic modeling of the links between fertility motivation and fertility outcomes in the NLSY79. *Demography* 2010; 47(2):393-414.
16. Hosseini H, Bagi B. Socioeconomic, cultural and demographic determinants of childbearing desires among married women attending health centers in Hamedan (2012). *Journal of Kermanshah university of medical science* 2014; 18(1):22-29.
17. Sennotte, Yeatman S. Stability and change in Fertility preferences Among young women in Malawi. *Interspersed sex reprod Health*. March 2012 ; 38(1):34-42
18. Nourani Sh, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Sexual Satisfaction in Fertile and Infertile Women Attending State Clinics in Mashad. *J Reprod Infertil*. 2010; 10(4):269-277.
19. Mansourian MK, Khoshnevis A. Married women's attitude and sexual preferences about reproductive practice: Tehran case study. *Hum soc sci J Shiraz Univ* 2006; 24(2):129-46.

20. Farrokh-Eslamlou H, Vahabzadeh Z, Moeini R, Moghaddam Tabrizi F. *pre-marriage couples` fertility attitude following recent childbearing persuasive policies Iran. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2013;11(10):836-845.
21. Lampic C., A.Skoog Svanberg, P.Karlström and T.Tydén. *Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. Human Reproduction* 2006;21(2):558–564.
22. Inhorn MC, P Patrizio. *Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. Human Reproduction Update*, 2015;21, (4): 411–426
23. Ahmadi, K.; Nabipoor, S. M.; Kimiaee, S. A. & Afzali, M. H. (2010). "Effect of family problem solving on marital satisfaction". *Journal of Applied Science*, 10(8): 682-687.
24. Hosseini H, Bagi B. [Culture and childbearing, study of fertility desires of Kurdish women in city of Mahabad (Persian)]. *Women's Strategic Studies*, 2013;15(58):121-61.
25. Abbasi-Shavazi M, Hosseini H. [Ideational changes and its impact on fertility behavior and attitudes of Kurd and Turk women (Persian)]. *Journal of Women in Development and Politics*. 2009;7(2):55-84.
26. Cleland, J. G. *Diversity of fertility levels and implications for the future, Procedia social and behavioral sciences*,2010; 2(3): 6920 -6927.
27. Kerzer, D. & I. White, J.M. *Italy's path to very low fertility:The adequacy of economic and second demographic transition theories. European journal of population*,2008; 27(4):22-28.
28. Naghdi A, Zareh S. *study of social and cultural factors effected on fertility among marginalized women. Journal of woman and society*2013;4(2):31-40.
29. Adhikari R. *Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10:19.
30. Sadeghi R, Abbasi-Shavazi MJ. *Ethnicity and patterns of marriage in Iran. Women in Development & Politics* 2005; 3(1): 25-47.
31. Kodzi, I.A., Johnson, D.R., and Casterline, J.B. *Examining the predictive values of fertility intentions among Ghanaian women. Demographic Research*2010; 22(30): 965-984.
32. Shakiba F, AzkhoshM, Dolatshahee B; Younesi J, Eftekhar M. *The Relationship between Attitudes toward Modern Assisted Reproductive Technique and Demographic Characteristics of Infertile Cases. The Iranian journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*2013; 16(58):16-23.
33. Hosseini H, Abbasi Shavazi MJ. *Change of thinking and its impact on behavior and ideals Kurdish and Turkish women's fertility. Journal of Women's Research* 2009;7(2):55-84. (Persian).
34. Pradhan A, Pandey S. *Fertility desire of working in Kathmandu. Nepal Health Res count* 2010; 8(17):95-98.
35. Kazemi Z. *The Effect of Developmental Idealism on the Gap between Mothers and Daughters in their Attitudes towards Marriage and Family. Journal of Family Research* 2010;6(3):299-312.
36. Karimy M, Niknami Sh, Hidarnia Al, Hajizadeh E, Shamsi M. *Personal Attitudes, Risk Perception and Perceived Vulnerability toward Water Pipe Smoking among Male Students in Zarandieh . Health Education & Health Promotion*2014;1(2):20-31.
37. Reshadat S, Zanganeh A, Saeidi Sh, Rajabi Gilan N, Bavandpour E, Ghasemi R. *Factors associated with Total Fertility Rate (TFR) In Kermanshah-2011. J Kermanshah Univ Med Sci*. 2015; 18(11): 666-673.

