DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1582 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 1, Spring

Received: 14.12.2023 Accepted: 20.05.2024 Published: 04.04.2025

Investigation of the Desire to Have Children and its Relationship with Health Literacy and Spiritual Health in Married Women of Fariman City, Iran

Toktam Forghani[1], Bahareh Shirin[2], Fatemeh Rezaei-Sharif[3], Hossein Zolfaghari[4]

Original Article

Abstract

Background: The decrease in childbearing gradually pushes the age structure of the population out of youth and towards old age. This study aimed at investigating the desire to have children and its relationship with health literacy and spiritual health in married women of Fariman City, Iran, in 2023.

Methods: In this cross-sectional descriptive-analytical study, 357 married women were selected by multi-stage sampling method. Data were collected based on 4 questionnaires including demographic information, desire for fertility, health literacy, and spiritual health, and were analyzed using SPSS software and descriptive and analytical tests.

Findings: The average score of health literacy was 76.89 ± 23.16 (adequate), the average score of willingness to have children was 100.207 ± 12.77, and the average score of spiritual health was 72.53 ± 7.11 (moderate). The results did not show a significant relationship between health literacy and the desire to have children and spiritual health; however, there was a positive and significant relationship between the desire to have children and spiritual health ($P = 0.042$, $r = 0.108$). The variables of women's place of residence, education, and occupation had a significant relationship with spiritual health, and the variables of women's education and age had a significant relationship with health literacy ($P < 0.001$). The most important causes of delay in having children were expressed as economic factors (52.4%), personal factors (32.5%), and cultural factors (5.3%). There was a significant relationship between occupation, income, and education with unwillingness to have children ($P < 0.001$).

Conclusion: It seems that solving economic problems (employment and income level) as the most important reason for reluctance to have children can lead to an increase in having children. In order to achieve this goal, the joy of becoming a parent can be promoted through promoting spiritual health, and people's negative views on having more children can be corrected in various possible ways, and health interventions can be carried out to increase women's spiritual health.

Keywords: Childbearing; Spiritualism; Health literacy; Women

Citation: Forghani T, Shirin B, Rezaei-Sharif F, Zolfaghari H. **Investigation of the Desire to Have Children and its Relationship with Health Literacy and Spiritual Health in Married Women of Fariman City, Iran.** J Health Syst Res 2025; 21(1): 54-63.

1- Student Research Committee AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2- Fariman Health Center, Mashhad University of Medical Sciences, Fariman, Iran
3- PhD Student, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4- Student of Medicine, School of Medicine, Bojnurd University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
Corresponding Author: Toktam Forghani; Student Research Committee AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Email: forghanit1@mums.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1582 Published by Vesnu Publications

بررسی تمایل به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان متأهل شهرستان فریمان

تکتم فرقانی[1]، بهاره شیرین[2]، فاطمه رضائی شریف[3]، حسین ذوالفقاری[4]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: کاهش فرزندآوری به تدریج ساختار سنی جمعیت را از حالت جوانی خارج می‌کند و به سمت پیری سوق می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تمایل به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان متأهل شهرستان فریمان در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی- مقطعی، ۳۵۷ زن متأهل به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها بر اساس چهار پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، تمایل به باروری، سواد سلامت و سلامت معنوی جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات سواد سلامت، تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی به ترتیب ۲۳/۱۶ ± ۷۶/۸۹ (کافی)، ۱۲/۷۷ ± ۱۰۰/۲۰۷ و ۷/۱۱ ± ۷۲/۵۳ (متوسط) به دست آمد. ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت با تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی وجود نداشت، اما بین تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی، ارتباط مثبت و معنی‌داری مشاهده گردید (۰/۰۴۲ = P، ۰/۱۰۸ = r). متغیرهای محل سکونت، تحصیلات و شغل زنان با سلامت معنوی و متغیرهای تحصیلات و سن زنان با سواد سلامت ارتباط معنی‌داری را نشان داد (۰/۰۰۱ > P). مهم‌ترین علل تأخیر در فرزندآوری به ترتیب عوامل اقتصادی (۵۲/۴ درصد)، فردی (۳۲/۵ درصد) و فرهنگی (۵/۳ درصد) گزارش شد. ارتباط معنی‌داری بین شغل، درامد و تحصیلات با عدم تمایل به فرزندآوری وجود داشت (۰/۰۰۱ > P).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مرتفع کردن مشکلات اقتصادی (اشتغال و سطح درامد) به عنوان مهم‌ترین دلیل عدم تمایل به فرزندآوری، می‌تواند منجر به افزایش فرزندآوری شود. به منظور رسیدن به این هدف، می‌توان لذت پدر و مادر شدن را از طریق ارتقای سلامت معنوی تبلیغ و بینش منفی مردم نسبت به داشتن فرزند بیشتر را از طرق مختلف و ممکن اصلاح نمود و مداخلات بهداشتی جهت افزایش سلامت معنوی زنان انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: فرزندآوری؛ معنویت؛ سواد سلامت؛ زنان

ارجاع: فرقانی تکتم، شیرین بهاره، رضائی شریف فاطمه، ذوالفقاری حسین. **بررسی تمایل به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان متأهل شهرستان فریمان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۱): ۶۳-۵۴

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۹/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۳۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱/۱۵

مقدمه

مسأله جمعیت یکی از مسایل پیچیده چند بعدی جوامع بشری است که متأثر از عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی می‌باشد (۱). رشد جمعیت به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی توسعه، موضوعی است که توجه بسیاری از محققان را به خود مشغول نموده است. کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل شده، به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج نموده است و آن را به سوی سالخوردگی سوق می‌دهد و به همین دلیل، هرم سنی جمعیت ایران که به جرأت می‌توان گفت در طول تاریخ همواره قاعده‌ای گسترده داشته، در دو دهه اخیر به دلیل کاهش باروری، تغییر شکل داده و نوعی فرورفتگی در قاعده هرم سنی ایجاد شده است (۳، ۲).

بی‌شک نرخ باروری با روند فعلی، باعث کاهش جمعیت فعال و پویا و افزایش جمعیت سالمند و هزینه‌های ناشی از آن خواهد شد و دولت را با کاهش نیروی کار مواجه می‌کند و سبب عدم نشاط اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌شود (۴). می‌توان گفت که تصمیم‌گیری خانواده‌ها درباره تعداد فرزندان، هم کیفیت زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هم تأثیرات گسترده‌ای در جامعه خواهد داشت. بنابراین، کسب شناخت عمیق‌تر نسبت به عوامل بازدارنده از فرزندآوری، ضروری به نظر می‌رسد. امروزه طرز تلقی و تمایل خانواده‌های ایرانی نسبت به فرزندآوری تغییر کرده است و این مسأله می‌تواند متأثر از ارزش‌ها همچون گرایش به ارزش‌های فردگرایانه مانند اولویت علایق و نیازهای فردی بر فرزندآوری (۵)، متغیرهای اقتصادی و عوامل اجتماعی همچون ترس از ناامنی شرایط اجتماعی (۷، ۶)، تحرک اجتماعی (۸)، عوامل فرهنگی و آداب و رسوم یک جامعه (۹)، درجه شهرنشینی و متوسط سن ازدواج افراد (۱۰) باشد. در این زمینه، مطالعاتی در سطح جهان صورت گرفته است که به بررسی عوامل مؤثر بر کاهش فرزندآوری پرداخته‌اند که از آن جمله عوامل عمده زمینه‌ساز

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- مرکز بهداشت فریمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بجنورد، بجنورد، ایران
نویسنده مسؤول: تکتم فرقانی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
Email: forghanit1@mums.ac.ir

کاهش باروری می‌توان به به افزایش میزان تحصیلات (۱۱) و اشتغال زنان (۱۲)، فاصله‌گذاری بین فرزندان، بعد خانوار، سقط جنین، تأخیر زمان اولین تولد (۱۲)، بازاندیشی در ارزش فرزند و تغییر نگرش از فرزندآوری به فرزندپروری (۱۳) اشاره کرد.

سواد سلامت ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه خدمات سلامتی، جهت تصمیم‌گیری مناسب است. همچنین، شامل به کارگیری مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های سلامتی می‌باشد که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی برنمی‌گردد (۹). امکان دارد فردی با تحصیلات بالا، دارای سواد سلامت عملکردی پایین و از سوی دیگر، فردی با وجود مهارت‌های خواندن کم با دانش عملی و تجربی، دارای سواد سلامت عملکردی قوی باشد (۱۰).

سلامت معنوی شامل برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌گردد (۱۴). سلامت معنوی جزیی پایه‌ای در چهارچوب ابعاد سلامت محسوب می‌شود و مانند ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی، سلامت معنوی عامل تعیین‌کننده و اثرگذاری است (۱۵). سلامت معنوی به عنوان شاخصی حفاظتی، در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها محسوب می‌شود؛ ضمن این که می‌توان از سلامت معنوی به عنوان راهبردی موفق و کمک‌کننده به زندگی انسان در همه مراحل و حوزه‌های زندگی شامل موقعیت‌های پر از استرس و بیماری‌ها و حتی مرگ یاد کرد (۱۵).

بر اساس مطالعات صورت گرفته در حوزه سلامت معنوی، ارتباط با خود، دیگران و مقدسات، موجب تعالی و قدرت گرفتن روحی شخص می‌شود. در این میان، حمایت‌های روحی افراد و توجه به فعالیت‌های معنوی بسیار کمک‌کننده است. در همین راستا، شواهد فراوانی از وجود رابطه قوی بین مذهب و سلامتی وجود دارد که نشان دهنده اهمیت سلامت معنوی است (۲۰-۱۶).

میزان باروری کلی در دنیا از ۶ فرزند به ازای هر زن در سال ۱۹۶۰، به ۵/۲ فرزند در سال ۲۰۱۳ رسیده است که این مهم نشان دهنده کاهش جهانی میزان باروری می‌باشد (۲۱). ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. جمعیت ایران طی نیم قرن گذشته به طور مداوم در حال افزایش بوده است؛ به طوری که جمعیت در فاصله سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۵ حدود دو برابر شده، اما طی دهه گذشته، نرخ باروری در ایران به زیر سطح جانشینی رسیده و این بزرگ‌ترین و سریع‌ترین سقوط باروری می‌باشد که تاکنون به ثبت رسیده است (۲۲). آخرین اطلاعات ثبت احوال کشور نیز نشان می‌دهد که میزان باروری کل ایران (برای جمعیت ایران) و پیش‌بینی‌های جمعیتی مرکز آمار ایران در سال‌های ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ به ترتیب ۲/۰۹، ۹۵۱، ۱/۷۴ و ۱/۶۵ فرزند بوده است (۲۳).

بر اساس نتایج تحقیق حائری مهریزی و همکاران، ۳۱/۸ درصد تمایل به بچه‌دار شدن و ۶۸/۲ درصد عدم تمایل به بچه‌دار شدن گزارش شده است (۲۴). نتایج مطالعه رودی و همکاران نشان داد که متغیر جهت‌گیری مذهبی، بیشترین تأثیر را بر تمایل به فرزندآوری در جوانان شهر تبریز داشته است (۲۳) نتایج تحقیقی نشان داد که میزان باروری و باورهای مذهبی در بسیاری از کشورها به جهت تحصیل و تغییر در جمعیت به شهرنشینی و فردگرایی کاهش یافته است (۲۵). چنانچه ملاحظه می‌شود وقتی در جامعه‌ای از نفوذ اعتقادات مذهبی کاسته می‌شود، میزان باروری که علاقه به آن جزء موارد مهم و قابل توجه در مذاهب اسلامی است، کاسته خواهد شد. باورهای مذهبی از طریق ویژگی های جمعیتی بر باروری تاثیر می گذارد (۲۵). در پژوهش عامریان و همکاران، ضعف در خودکارامدی مادران به عنوان یکی از شرایطی که در بچه‌دار نشدن دخالت دارد، ذکر شده است (۲۶). مطالعات مختلف ارتباط معنی‌دار و مثبتی بین خودکارامدی و سواد سلامت بیان کردند (۲۷).

فرزندآوری تحت تأثیر عوامل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی قرار دارد و ارتباط عمیقی با آگاهی و تمایل زنان دارد (۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد که با توجه به تغییرات گسترده جمعیتی طی سه دهه گذشته و مسایل و چالش‌های جمعیتی ناشی از آن، کاهش سطح باروری، تأثیر قاطعی بر میزان رشد، ترکیب و ساختار جمعیتی و تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت خواهد داشت. در نتیجه، توجه به این پدیده و پایش و تبیین آن بیش از پیش از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. بنابراین، برای پیشگیری از پیامدهای منفی کاهش فرزندآوری، بررسی عواملی که در فرزندآوری مؤثر هستند، از اهمیت زیادی برخوردار است. با بررسی تأثیر سواد سلامت و سلامت معنوی در ایجاد و افزایش تمایل زنان متأهل به فرزندآوری، این امر را می‌توان به عنوان عامل مؤثری در افزایش باروری و فرزندآوری در نظر گرفت و از آن در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های ارتقای جمعیت استفاده نمود. در راستای مطالب بیان شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی تمایل به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان متأهل شهرستان فریمان اجرا شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی- مقطعی بود و در پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت شهرستان فریمان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. حجم نمونه با استناد به تحقیق خدیوزاده و همکاران (۲۸) و بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های همبستگی و با در نظر گرفتن $\alpha = ۰/۰۵$ و توان آزمون ۹۵ درصد، ۳۴۴ نفر برآورد گردید.

پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه، نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا مراکز خدمات جامع سلامت به دو طبقه شهری و روستایی تقسیم و نمونه‌های شهری از شش منطقه شهری و نمونه‌های روستایی از هفت منطقه روستایی شهرستان انتخاب شدند. سپس واحدهای بهداشتی هر مرکز (پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت) شماره‌گذاری شد و ۱۰ پایگاه بهداشت از مناطق شهری و ۱۴ خانه بهداشت از مناطق روستایی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب گردید. حجم نمونه هر واحد بهداشتی با در نظر گرفتن جمعیت کل زنان متأهل ۱۰ تا ۵۴ سال شهرستان و زنان همین گروه سنی در واحد بهداشتی مورد نظر به صورت سهمیه‌بندی شده مشخص شد.

سپس پژوهشگر با مراجعه به واحدهای بهداشتی تعیین شده و بر اساس جدول اعداد تصادفی، از لیست زنان واجد شرایط، تعداد نمونه مورد نظر را استخراج و ضمن تماس با آنان و بیان اهداف پژوهش، از آنان درخواست می‌کرد به واحد بهداشتی مراجعه نمایند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه و آموزش نحوه تکمیل آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد واجد شرایط قرار می‌گرفت و به آنان اطمینان داده می‌شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند.

معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل ایرانی بودن، دارای سواد خواندن و نوشتن، زندگی با همسر در حال حاضر، ازدواج اول آنان و همسرانشان، دارا بودن

https://hsr.mui.ac.ir

حداقل یک فرزند، رضایت جهت شرکت در تحقیق، عدم بارداری (به علت این که در حال حاضر که فرد باردار است، تمایل به بارداری معنای واقعی و حقیقی ندارد) و عدم نازایی ثانویه (فرد پس از یک بارداری موفق، دیگر قادر به بارداری مجدد یا حفظ بارداری دوم نیست) بود.

انصراف از شرکت در پژوهش و عدم پاسخ به بیش از ۱۰ درصد سؤالات نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر، ۳۶۰ نفر شرکت نمودند که به دلیل نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، در نهایت اطلاعات ۳۵۷ پرسش‌نامه تحلیل گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: شامل سؤالاتی مانند سن مادر، سن همسر، طول مدت ازدواج، محل سکونت، تحصیلات، وضعیت اشتغال، شغل همسر، تحصیلات همسر، تعداد مرده‌زایی و سقط، بعد خانوار، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، سن آخرین فرزند، تعداد فرزند دلخواه، علت تأخیر در فرزندآوری (تأخیر در بارداری در زنان کمتر از ۳۵ سال: یک سال و برای زنان ۳۵ سال و بالاتر: ۶ ماه در نظر گرفته شده است)، تمایل به فرزندآوری در حال حاضر، تمایل به فرزندآوری در آینده، طول دوره تأهل، فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول بود.

پرسش‌نامه تمایل به فرزندآوری: این مقیاس برگرفته از پرسش‌نامه تمایل به فرزندآوری گنجوی طراحی شده است و دارای ۲۹ سوال می‌باشد. سؤالات پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای (خیلی زیاد: نمره ۵، زیاد: نمره ۴، تا حدودی: نمره ۳، کم: نمره ۲، خیلی کم: نمره ۱، اصلاً: نمره صفر) نمره‌گذاری می‌شود. گنجویی روایی محتوایی پرسش‌نامه را مناسب گزارش کرد. همچنین، پایایی پرسش‌نامه را به روش ضریب Cronbach´s alpha، ۰/۸۱ به دست آورد (۲۹).

پرسش‌نامه سواد سلامت بزرگسالان (Health Literacy Instrument for Adults یا HELIA): این پرسش‌نامه در سال ۱۳۹۳ طراحی گردید و شامل ۳۳ گویه در پنج بعد دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) می‌باشد. روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن با محاسبه ضریب همبستگی درونی ارزیابی گردید و نتایج نهایی تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که پرسش‌نامه مذکور از روایی سازه مطلوب برخوردار است و در مجموع، ۵۳/۲ درصد از تغییرات مشاهده شده را توضیح می‌دهد. پایایی پرسش‌نامه HELIA نیز با ضریب Cronbach´s alpha، ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ تأیید شده است که نمره صفر تا ۵۰ سواد سلامت ناکافی، نمره ۵۰/۱ تا ۶۶ سواد سلامت نه چندان کافی، نمره ۶۶/۱ تا ۸۴ سواد سلامت کافی و نمره ۸۴/۱ تا ۱۰۰ سواد سلامت عالی را نشان می‌دهد (۳۰).

پرسش‌نامه سلامت معنوی (Spiritual well-being scale یا SWBS): این پرسش‌نامه اولین بار توسط Paloutzian و Ellison (۳۱) متشکل از ۲۰ سؤال طراحی شد. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. در سؤالاتی که ماهیت مثبت دارند، به پاسخ کاملاً مخالفم: نمره ۱ و کاملاً موافقم: نمره ۶ و در سؤالاتی که شکل منفی دارند، به پاسخ کاملاً مخالفم: نمره ۶ و به کاملاً موافقم نمره: ۱ داده می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ متغیر می‌باشد. سلامت معنوی به سه سطح پایین (نمره بین ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (نمره بین ۴۱ تا ۹۹) و بالا (نمره بین ۱۰۰ تا ۱۲۰) طبقه‌بندی شده است. روایی و پایایی SWBS توسط نجارکولایی و همکاران بر روی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی انجام شد و ضریب Cronbach´s alpha آن ۰/۸۹ و میزان همبستگی آن ۰/۸۹ به دست آمد (۳۲).

در مطالعه حاضر، اطلاعات ۳۵۷ زن متأهل بین ۱۰ تا ۵۴ ساله جمع‌آوری گردید. برای هر یک از افراد نمونه پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش تکمیل شد. به منظور سنجش سازگاری درونی پرسش‌نامه‌ها، از ضریب Cronbach´s alpha استفاده گردید که آن برای پرسش‌نامه‌های تمایل به فرزندآوری، HELIA و SWBS به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۹۵و ۰/۸۶ گزارش شد.

ضریب Cronbach´s alpha بر اساس میانگین کوواریانس سؤالات موجود در یک پرسش‌نامه به دست می‌آید. برای محاسبه دستی این ضریب، ابتدا باید واریانس نمرات هر یک از سؤالات پرسش‌نامه و واریانس کل (واریانس مجموع نمرات) را محاسبه کرد و از رابطه ۱، مقدار ضریب به دست می‌آید که در آن، K تعداد سؤالات پرسش‌نامه، S_i^2 واریانس نمره هر سؤال و S^2 واریانس کل سؤالات می‌باشد.

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1-\frac{\sum s_i^2}{S^2}\right) \qquad \text{رابطه ۱}$$

جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی، آزمون‌های Fisher's exact و χ^2، به منظور مقایسه میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه، آزمون t و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی، ضریب همبستگی Pearson به کار برده شد. جهت تعیین متغیرهای اثرگذار بر پاسخ مورد نظر نیز مدل Linear regression استفاده گردید. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۶۰/۸ درصد افراد شهری و ۷۸/۴ درصد خانه‌دار بودند. ۴۶/۲ درصد تحصیلات راهنمایی داشتند و بیشترین بعد خانوار، ۴ نفره بود. تمامی افراد شرکت‌کننده دوست داشتند حداقل یک فرزند داشته باشند، اما ۱/۱ درصد از همسران آنان تمایل به فرزندآوری نداشتند. مهم‌ترین علل تأخیر در فرزندآوری به ترتیب عوامل اقتصادی، عوامل فردی و عوامل فرهنگی عنوان شد. سایر اطلاعات در جدول ۱ ارایه شده است. آمارهای توصیفی نمونه‌ها نیز در جدول ۲ آمده است.

میانگین نمره سواد سلامت ۲۳/۱۶ ±۷۶/۸۹ (کافی)، میانگین نمره تمایل به فرزندآوری ۱۲/۷۷ ± ۱۰۰/۲۰۷ و میانگین سلامت معنوی ۷/۱۱ ± ۷۲/۵۳ (متوسط) بود. سایر آمارهای توصیفی در جدول ۳ نشان داده شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده، مهم‌ترین علت تأخیر در فرزندآوری از نظر زنان مورد مطالعه، عوامل اقتصادی (۵۲/۴ درصد) عنوان شد. بررسی سایر متغیرها با علت تأخیر در فرزندآوری نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین شغل زنان و تحصیلات آن‌ها با علت تأخیر در فرزندآوری وجود داشت (جدول ۴).

به منظور بررسی ارتباط بین سواد سلامت، تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی، از ضریب همبستگی Pearson استفاده شد. نتایج نشان داد که بین سواد سلامت با تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت؛ به طوری که ضریب همبستگی بین سواد سلامت و تمایل به فرزندآوری، r = -۰/۳۱ و ضریب همبستگی بین سواد سلامت و سلامت معنوی، r = -۰/۰۹۰ بود، اما بین تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی، ارتباط مثبت و معنی‌داری مشاهده گردید (r = ۰/۱۰۸) (جدول ۵).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک در افراد مورد بررسی و همسران آنان

متغیر	طبقات	درصد	متغیر	طبقات	درصد
محل سکونت	شهر	٦٠/٨	دین/ مذهب	شیعه	٦٨/٨
	روستا	٣٩/٢		سنی	١٣/٢
تحصیلات زنان	بی‌سواد/ ابتدایی	٣١/٩	تحصیلات همسران	بی‌سواد/ ابتدایی	٢٨/٩
	راهنمایی/ دیپلم	٤٦/٢		راهنمایی/ دیپلم	٥٤/٦
	دانشگاهی	٢١/٨		دانشگاهی	١٦/٥
شغل زنان	شاغل	١٥/٤	شغل همسران	کارگر	٤٠/١
	خانه‌دار	٧٨/٢		کارمند	١١/٨
	بازنشسته	٠/٨		بازنشسته	٣/١
	دانشجو/ محصل	٢/٠		آزاد	٣٤/٥
	حقوق بگیر	٠/٨		بیکار	٤/٢
	سایر	٢/٨		سایر	٦/٤
تعداد فرزند در حال حاضر	یک	٢١/٣	تعداد اعضای خانوار	٣ نفر	٢٥/٧
	دو	٣٦/٧		٤ نفر	٣٥/٣
	سه	٢٦/١		٥ نفر	٢٥/٢
	٤ و بیشتر	١٦/٠		٦ نفر و بیشتر	١٣/٨
تمایل به فرزندآوری در حال حاضر	دارد	٨٩/١	تمایل به فرزندآوری در آینده	دارد	٦٠/٨
	ندارد	١٠/٩		ندارد	٣٩/٢
تعداد فرزند ایده‌ال از نظر شرکت‌کنندگان	بی‌فرزند	٠	تعداد فرزند ایده‌ال از نظر همسران	بی‌فرزند	١/١
	یک فرزند	٥/٩		یک فرزند	٦/٤
	دو فرزند	٣٢/٥		دو فرزند	٢٩/٤
	سه فرزند	٣٣/٣		سه فرزند	٢٦/١
	٤ فرزند و بیشتر	٢٨/٣		٤ فرزند و بیشتر	٣٧/٠
علت تأخیر در فرزندآوری	فرهنگی	٣/١	وضعیت درامد خانواده	خیلی خوب/ خوب	١٥/٨
	اقتصادی	٥٢/٤		متوسط	٥٤/٢
	فردی	٣٢/٥		بد/ خیلی بد	٢٥/١
	تاخیری وجود ندارد	٢٩/٤		نظری ندارد	٤/٩

جدول ۲. آمارهای توصیفی متغیرهای کمی در افراد مورد بررسی

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین ± انحراف معیار
سن زنان (سال)	١٥	٥٥	٣٥/٣٢ ± ٨/٢٧
سن همسران (سال)	٢٥	٦٩	٤٠/٣٣ ± ٧/٥٩
فاصله ازدواج با تولد فرزند اول (سال)	٠	٢٢	٢/٩٨ ± ٢/١٣
فاصله تولد فرزند آخر با فرزند اول (سال)	٠	٢٦	٦/٧٨ ± ٦/٠٣
مدت تأهل (سال)	٢	٣٨	١٤/٥٨ ± ٨/١٩
تمایل به فرزندآوری	٥٨	١٤٩	١٠٠/٢ ± ١٢/٧٧
امتیاز سلامت معنوی	٤٨	٩٤	٧٢/٥٣ ± ٧/١١
امتیاز سواد سلامت	٣٣	١٤٢	٧٦/٨٩ ± ٢٣/١٦

به منظور بررسی تأثیر عوامل دموگرافیک بر سواد سلامت، تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی، از مدل Linear regression استفاده شد. نتایج حاصل از برازش مدل مذکور در جدول ۶ ارایه شده است. در خانواده‌هایی که شغل همسر کارگر بود، متوسط نمره تمایل به فرزندآوری ۶/۰۳ بیشتر از عنوان سایر بود. همچنین، میانگین نمره تمایل به فرزندآوری در شغل همسر با عنوان کارمند، بازنشسته، آزاد و بیکار به ترتیب ۱۱/۹، ۴/۵، ۸/۷ و ۳/۳ بیشتر از شغل همسر با عنوان سایر گزارش شد. همچنین، ارتباط سن همسران با تمایل به فرزندآوری معکوس بود؛ به طوری که هرچه سن همسران بیشتر می‌شود، تمایل آنان به فرزندآوری کاهش می‌یابد.

بر اساس مقدار احتمال، متغیرهای محل سکونت، تحصیلات و شغل زنان بر سلامت معنوی تأثیرگذار است. متوسط نمره سلامت معنوی خانواده‌هایی که در روستا زندگی می‌کردند، ۴/۴۷ بیشتر از خانواده‌هایی است که در شهر زندگی می‌کردند ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، متوسط نمره سلامت معنوی در زنانی که بی‌سواد و یا در حد راهنمایی بودند، به ترتیب ۳/۰۲ و ۰/۳۰ کمتر از مادرانی است که مدرک دانشگاهی داشتند.

https://hsr.mui.ac.ir

جدول ۳. نمرات سواد سلامت، سلامت معنوی و تمایل به فرزندآوری

متغیر	طبقه‌بندی	تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار
سواد سلامت	ناکافی	٤٥ (١٢/٦)	٧٦/٨٩ ± ٢٣/١٦
	مرزی (نه چندان کافی)	٧٠ (١٩/٦)	
	کافی	١٢٠ (٣٣/٦)	
	عالی	١٢٢ (٣٤/٢)	
سلامت معنوی	پایین	١٢ (٣/٤)	٧٢/٥٣ ± ٧/١١
	متوسط	٣٤٥ (٩٦/٦)	
	بالا	٠ (٠)	
تمایل به فرزندآوری	–	–	١٠٠/٢٠ ± ١٢/٧٧

متوسط نمره سلامت معنوی در مادران شاغل، خانه‌دار، بازنشسته، دانشجو و حقوق بگیر به ترتیب ۴/۹ بیشتر، ۵/۹ بیشتر، ۲/۵ کمتر، ۵/۶ بیشتر و ۳/۰ بیشتر از سایر مشاغل گزارش گردید.

بر اساس مقدار احتمال، متغیر تحصیلات زنان، سن زنان و سن همسران بر سواد سلامت تأثیر داشت. متوسط نمره سواد سلامت در زنانی که بی‌سواد و یا در حد راهنمایی بودند، به ترتیب ۳۲/۹ و ۱۸/۰ کمتر از زنانی بود که مدرک دانشگاهی داشتند. همچنین، ارتباط سن همسران و زنان با سواد سلامت مستقیم بود؛ به طوری که هرچه سن همسران بیشتر می‌شد، سواد سلامت آنان افزایش یافت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین تمایل به فرزندآوری، سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان فریمان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. بر اساس نتایج به دست آمده، میزان تمایل به فرزندآوری در آینده ۳۹/۲ درصد گزارش گردید. میزان تمایل به فرزندآوری در مطالعه حائری مهریزی و همکاران، ۳۱/۸ درصد و میزان عدم تمایل به فرزندآوری، ۶۸/۲ درصد عنوان شد (۲۴).

یافته‌ها حاکی از وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار بین تمایل به فرزندآوری با سلامت معنوی و عدم وجود ارتباط بین تمایل به فرزندآوری با سواد سلامت بود. برخی از زنان مورد بررسی عقیده داشتند فرزندی که وارد خانواده می‌شود، روزی خود را به همراه می‌آورد. در این زمینه، یکی از عوامل مؤثر بر فرزندآوری در پژوهش پیلتن و رحمانیان، اعتقادات دینی و مذهبی گزارش شد (۳۳). راد و ثوابی در مطالعه خود، باورهای مذهبی را مهم‌ترین عامل در گرایش به باروری زنان گزارش نمودند (۱۸) که با یافته‌های تحقیق چارقچیان خراسانی و همکاران (۱۹) همخوانی داشت؛ به این معنی که با افزایش سلامت معنوی، تمایل به فرزندآوری بیشتر می‌شود. نتایج پژوهش زاده‌احمد و همکاران در تبیین رابطه تحولات فرهنگی با تغییرهای باروری ایرانیان نشان داد که میزان بالای دینداری، با سطح پایین سکولاریسم و فردگرایی و در نتیجه، توجه بیشتر به ارزش‌های خانوادگی و میزان بالای نرخ باروری همراه است (۳۴). نتایج تحقیق Lund Erik نشان داد کسانی که دارای دینداری قوی هستند، تمایل به فرزندآوری بیشتری دارند (۱۷). در پژوهش اجاقلو و سرایی نیز دینداری و ارزش فرزند با هم ارتباط مستقیم و مثبتی داشت؛ به این معنی که با تقویت دینداری، نگرش نسبت به فرزندآوری نیز بهتر می‌شود (۳۵).

میانگین تمایل به فرزندآوری در زنان مورد بررسی مطالعه حاضر، ۱۲/۷۷ ± ۱۰۰/۲۰۷ به دست آمد که این میزان نسبت به یافته‌های مطالعه عنایت و پرنیان که به بررسی گرایش به فرزندآوری در زنان و دختران شهر شیراز پرداختند (۶/۵ ± ۴۶/۰۹) (۳۶) و تحقیق حائری مهریزی و همکاران در تهران که این میزان را ۳۶/۸ درصد گزارش کردند (۲۴)، میزان بالاتری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ارتباط متغیرهای مرتبط با علت تأخیر در فرزندآوری در افراد مورد بررسی

متغیر	اجزا	علت تأخیر در فرزندآوری						مقدار P
		فرهنگی	اقتصادی	فردی	فرهنگی + اقتصادی	فردی + اقتصادی	بدون تأخیر	
شغل	شاغل	١/٣	١٣/٣	٣٦/٠	٦/٧	١٧/٣	٢٥/٣	χ^2 = ٤٤/١٥
	خانه‌دار	١/١	٤٠/٨	١٢/١	٠/٧	١٤/٩	٣٠/٥	P < ٠/٠٠١
تحصیلات	بی‌سواد/ ابتدایی	٢٥/٠	٣٨/٤	٢٤/٦	٠	١٤/٥	٤٠/٠	χ^2 = ٤٣/٧٤
	راهنمایی/ دیپلم	٧٥/٠	٥٠/٤	٣١/١	٥٧/١	٦٠/٠	٤١/٠	P < ٠/٠٠١
	دانشگاهی	٠	١١/٢	٤٤/٣	٤٢/٩	٢٥/٥	١٩/٠	
تحصیلات همسران	بی‌سواد/ ابتدایی	٢٥/٠	٣٦/٩	١٥/٠	٠	٢٣/٦	٣٣/٣	χ^2 = ٣١/٥٤
	راهنمایی/ دیپلم	٧٥/٠	٥٤/١	٥٣/٣	٤٢/٩	٥٨/٢	٥٣/٣	P < ٠/٠٠١
	دانشگاهی	٠	٩/٠	٣١/٧	٥٧/١	١٨/٢	١٣/٣	

داده‌ها بر اساس درصد گزارش شده است.

جدول ۵. ارتباط بین متغیرهای تمایل به فرزندآوری، سلامت معنوی و سواد سلامت در افراد مورد بررسی

		تمایل به فرزندآوری	سلامت معنوی	سواد سلامت
تمایل به فرزندآوری	ضریب همبستگی Pearson	۱	۰/۱۰۸	-۰/۰۳۱
	مقدار P		۰/۰۴۲	۰/۰۵۶
سلامت معنوی	ضریب همبستگی Pearson	۰/۱۰۸	۱	-۰/۰۹۰
	مقدار P	۰/۰۴۲	-	۰/۰۹۰
سواد سلامت	ضریب همبستگی Pearson	-۰/۳۱۰	-۰/۰۹۰	۱
	مقدار P	۰/۵۵۷	۰/۰۹۰	

دلیل این امر، بررسی زنان متأهل در پژوهش حاضر می‌باشد. به طور طبیعی گرایش و تمایل به فرزندآوری در زنان متأهل بیشتر از زنان مجرد یا در آستانه ازدواج می‌باشد. بنابراین، اختلاف نتایج احتمالاً ناشی از تفاوت در جامعه مورد بررسی است. میانگین گرایش به فرزندآوری در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تربت حیدریه در مطالعه چارقچیان خراسانی و همکاران، ۶/۹ ± ۴۶/۱ به دست آمد (۲۵). اختلاف نتایج بررسی حاضر با تحقیق چارقچیان خراسانی و همکاران (۲۵)، می‌تواند به دو علت مهم باشد؛ یکی این که پژوهش مذکور در سال ۱۳۹۷ (۲۵) و مطالعه حاضر در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. دوم این که در سال‌های اخیر سیاست‌های جمعیتی تغییر یافته و مشوق‌های فرزندآوری نیز در نظر گرفته شده است و این خود می‌تواند باعث افزایش گرایش و تمایل به فرزندآوری در جامعه گردد.

در تحقیق حاضر، تحصیلات زنان ارتباطی با تمایل به فرزندآوری نداشت؛ در حالی که در پژوهش خدیوزاده و همکاران، تحصیلات زن ارتباط معنی‌داری را با تمایل به فرزندآوری نشان داد (۲۸)؛ البته مطالعه خدیوزاده و همکاران بر روی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت پیش از ازدواج انجام شد (۲۸) و شاید تفاوت اصلی نتایج، بررسی تمایل به فرزندآوری در دوره‌های مختلف زندگی گروه هدف [یعنی پیش از ازدواج در تحقیق خدیوزاده و همکاران (۲۸) و زنان متأهل در پژوهش حاضر] باشد.

جدول ۶. ارتباط بین خصوصیات دموگرافیک با سواد سلامت، تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی

متغیر	طبقه‌بندی	سواد سلامت		تمایل به فرزندآوری		سلامت معنوی	
		B (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	مقدار P	B (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	مقدار P	B (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	مقدار P
شغل همسر	کارگر			(۰/۴، ۱۱/۶) ۶/۰۳	۰/۰۳۰		
	کارمند			(۴/۶، ۱۹/۲) ۱۱/۹	۰/۰۰۱		
	بازنشسته			(-۴/۹، ۱۳/۹) ۴/۵	۰/۳۰۰		
	آزاد			(۳/۰، ۱۴/۵) ۸/۷	۰/۰۰۳		
	بیکار			(-۵/۲، ۱۱/۹) ۳/۳	۰/۴۰۰		
	سایر			-	-		
محل سکونت	شهر			-	-		
	روستا			(۲/۸، ۶/۱) ۴/۴۷	< ۰/۰۰۱		
تحصیلات	بی‌سواد	(۲۵/۴، ۴۰/۴) ۳۲/۹	< ۰/۰۰۱			(-۵/۸، -۰/۱) ۳/۰۲	۰/۰۳۰
	راهنمایی	(۱۱/۶، ۲۴/۴) ۱۸/۰	< ۰/۰۰۱			(-۲/۷، ۲/۱) -۰/۳	۰/۷۰۰
	دانشگاهی	-	-			-	-
شغل	شاغل					(۰/۱، ۹/۸) ۴/۹	۰/۰۴۰
	خانه‌دار					(۱/۸، ۱۰/۱) ۵/۹	۰/۰۰۵
	بازنشسته					(-۱۱/۰، ۵/۹) -۲/۵	۰/۵۰۰
	دانشجو					(-۰/۸، ۱۲/۱) ۵/۶	۰/۰۸۰
	حقوق بگیر					(-۵/۶، ۱۱/۶) ۳/۰	۰/۴۰۰
	سایر					-	-
سن		۰/۲	۰/۰۰۱	-		۰/۸	< ۰/۰۰۱
سن همسر		۰/۲	< ۰/۰۰۱	-۰/۲	۰/۰۰۲		

نتایج مطالعات حاجی‌زاده بنده‌قرا و همکاران (۳۷) و چارقچیان خراسانی و همکاران (۳۸) نیز یافته‌های تحقیق حاضر را تأیید می‌کند؛ البته در پژوهش حاضر شغل همسران با تمایل به فرزندآوری ارتباط مثبت و مستقیم و سن همسران با تمایل به فرزندآوری ارتباط معکوسی داشت.

در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین تمایل به فرزندآوری و سواد سلامت مشاهده نشد. سواد سلامت مادری به معنی به کارگیری مهارت‌های اجتماعی و شناختی زنان بر اساس تجربه برای قبول، فهم و ارزیابی اطلاعات جهت ارتقای سلامت خود و کودکانشان است (۲۶)، اما ارتباط معنی‌داری بین این دو مقوله در تحقیق حاضر یافت نشد. سواد سلامت با تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری داشت که پژوهش‌های مختلف نیز ارتباط مستقیم و معنی‌داری را بین سطح تحصیلات و سواد سلامت گزارش کردند (۳۸، ۳۷).

در مطالعه حاضر، خانواده‌هایی که همسران دارای سطوح شغلی بالاتر بودند یا درامد بالاتر داشتند، تمایل به فرزندآوری و تعداد دلخواه فرزند کمتر و فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول طولانی‌تر بود. نتایج تحقیقات پیشین نیز نشان می‌دهد در والدین با شغل‌های پایین‌تر مانند کارگر/ کشاورز، به فرزند به عنوان کمک خانواده توجه می‌شود و فرزندان، بیمه دوران پیری والدین تلقی می‌شوند (۲۸). در خانواده‌های برخوردار از شغل‌های بالاتر، به دلیل توجه بیشتر به کیفیت تربیت فرزندان و آموختن مهارت‌های لازم به آنان، فرزند کمتر ترجیح داده می‌شود (۳۹). این امر می‌تواند یکی از دلایل احتمالی وجود رابطه بین شغل همسر با تمایل به فرزندآوری در پژوهش حاضر باشد.

نتایج به دست آمده نشان داد که در شرایط کنونی، یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر فرزندآوری، عوامل اقتصادی می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه رضوی‌زاده و همکاران، به طور کلی مسایل اقتصادی و رفاهی موجب کم‌فرزندی و تأخیر در فرزندآوری می‌شود (۴۰). در تحقیق مطلق و همکاران، مشکلات اقتصادی با ۲۴/۴ درصد، از دلایل اصلی عدم تمایل به فرزندآوری عنوان شد (۴۱). در پژوهش کشاورز و همکاران، میزان درامد خانواده بر فرزندآوری تأثیر داشت (۴۲). در بررسی مطلق و همکاران نیز یکی از دلایل مهم عدم فرزندآوری، مشکلات اقتصادی بیان گردید (۴۱). باکی هاشمی و همکاران نیز مرور نظام‌مندی را در زمینه عوامل تأثیرگذار بر فرزندآوری انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند که یکی از عوامل مؤثر بر فرزندآوری زنان ایرانی، عامل اقتصادی می‌باشد (۳).

درامد نیز از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند یکی از عوامل مؤثر بر فرزندآوری است. درامد یکی از مهم‌ترین عوامل اقتصادی اثرگذار بر مخارج خانوار به شمار می‌رود؛ چرا که درامد توانایی خرید کالا و خدمات سلامت را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین، الگوی غذایی، تغذیه کودکان و رعایت بهداشت با افزایش درامد بهبود می‌یابد. به نظر می‌رسد هم‌زمان با شرایط نامساعد اقتصادی فعلی جامعه، ناامنی اقتصادی افراد و خانوارها جایگاه بالاتری نسبت به رفتار و ایده‌آل‌های باروری دارد. لازم به ذکر است که نگرش و تمایل زنان در مورد فرزندآوری در شرایط نامطلوب اقتصادی، نمی‌تواند به عنوان رفتار واقعی و طولانی مدت افراد قلمداد شود. این احتمال وجود دارد که در آینده با تغییر وضعیت اقتصادی، نگرش زوجین در مورد فرزندآوری تغییر نماید.

در مجموع، می‌توان گفت که برای افزایش فرزندآوری، لازم است لذت پدر و مادرشدن از طریق ارتقای سلامت معنوی تبلیغ گردد. همچنین، بینش منفی مردم نسبت به داشتن فرزند بیشتر، از راه‌های مختلف و ممکن اصلاح گردد و رونق اقتصادی رخ دهد. میزان بالای عدم تمایل به فرزندآوری، شاخصی است که باید در برنامه‌ریزی‌های کشور مد نظر مسؤولان ذی‌ربط قرار گیرد تا در آینده کشور با آسیب‌های کمتری از پیامدهای کاهش جمعیت و سالخوردگی ناشی از آن مواجه شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، بررسی تمایل به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان بود و همسران مورد بررسی قرار نگرفتند. نکته دیگر این که اطلاعات بر اساس خوداظهاری زنان مراجعه‌کننده استخراج گردید که ممکن است پاسخ به برخی از سؤالات تحت تأثیر عوامل و ارزش‌های فرهنگی جامعه قرار گرفته باشد. همچنین، فقط زنان متأهل دارای حداقل یک فرزند مورد بررسی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، می‌توان گفت که فرزندآوری و تصمیم‌گیری در مورد تعداد فرزندان حقی است که در طول تاریخ به طور طبیعی به زوجین و به ویژه زنان واگذار شده است. در اتخاذ این تصمیمات و اجرایی کردن آن‌ها، به طور متعارف نمی‌توان و نباید از زنان انتظار داشت که پیامدهای تصمیمات خود را برای جامعه در سطح کلان در نظر بگیرند. همچنین، با توجه به این که یکی از راه‌های افزایش تمایل به فرزندآوری در جامعه، افزایش سلامت معنوی می‌باشد، باید مداخلات بهداشتی در جهت افزایش سلامت معنوی زنان با محوریت تمایل و گرایش به فرزندآوری انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۴۰۰۰۸۲۷ و کد اخلاق IR.MUMS.REC.1401.222، مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که تحت حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از تمامی بانوانی که در این مطالعه شرکت نمودند و اطلاعات خود را صادقانه در اختیار ما قرار دادند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Azmoude E, Barati-Far S, Behnam H, Aradmehr M. Socio-demographic and religious factors affecting fertility rate among childbearing women in Easter Iran: A population-based study. J Midwifery Reprod Health 2019; 7(1): 1560-6.
2. Bagheri A, Saadati M. Modelling childbearing desire: Comparison of logistic regression and classification tree approaches. Crescent J Med Biol Sci 2019; 6(4): 487-93.
3. Baki-Hashemi S, Kariman N, Ghanbari S, Pourhoseingholi M-A, Moradi M. Factors affecting the decline in childbearing in iran: A systematic review. Adv Nurs Midwifery 2018; 27(4): 11-9.

4. Afarini FS, Akbari N, Montazeri A. The relationship between social support and the intention of childbearing in women of reproductive age. Payesh 2018; 17(3): 315-28. [In Persian].
5. Erfani A, Jahanbakhsh R, Kalantari A. Individualism and fertility intentions. J Popul Assoc Iran 2020; 15(29): 239-64. [In Persian].
6. Ghaffari F, Motaghi Z. Factors affecting childbearing based on women's perspectives: A qualitative study. Navid No 2021; 23(76): 33-43. [In Persian].
7. Soltani Z, Eini-Zinab H, Eslami M, Motlagh M. Multivariate analysis of iran's period fertility changes in the 1370s & 1380s. J Popul Assoc Iran 2018; 12(24): 171-205.
8. Mahzoon AA, Mahmoudian H, Torabi F. Relation between social mobility and fertility in Iran using censuses and household income and expenditure surveys data. J Popul Assoc Iran 2019; 14(27): 59-84. [In Persian].
9. Abbasi-Shavazi MJ, Razeghi-Nasrabad HB, Hosseini-Chavoshi M. Socio-economic security and fertility intention in Tehran city. J Popul Assoc Iran 2020; 15(29): 211-38. [In Persian].
10. Neizi M, Torenjipoor F, Noruzi M, Asgarikaveri A. Meta-analysis of social factors affecting fertility in Iran. Soc Dev Welfare Plann 2017; 8(29): 69-119. [In Persian].
11. Arjmand Siahpoush E, Zeini Wendian M, Rezapour D. A sociological analysis for factors affecting the attitude toward childbearing (Case Study: Employees of andimeshk department of education). Q J Soc Dev 2021; 16(1): 59-78. [In Persian].
12. Shojaei J, Yazdkhasti B. A Systematic review of studies of fertility decline in the last two decades. Women's Strateg Stud 2017; 19(75): 137-59. [In Persian].
13. Daniluk JC, Koert E. Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. Hum Reprod 2015; 30(2): 353-63.
14. Mozafarinia F, Amin-Shokravi F, Hydarnia A. Relationship between spiritual health and happiness among students. Iran J Health Educ Health Promot 2014; 2(2): 97-107. [In Persian].
15. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). Ann Behav Med 2002; 24(1): 49-58.
16. Steinmann RM. Spirituality, the Fourth Dimension of Health; an Evidence-Based Definition. Proceedings of the 20th IUHPE World Conference on Health Promoting Theory: Missing Elements and New Approaches. 2010 July 11-15; Geneva, Switzerland.
17. Lund Erik M. Be Ye Fruitful and Multiply: Does Religious Activation Increase Reproductive Desire? Thesis Diss Psychol 2014: 52.
18. Rad F, Savabi H. Investigation on Tendency to Fertility and its Related Social Factors (A Case Study of Married Women Aged 15 to 50 in Tabriz). J Woman Fam Stud 2015; 3(1): 127-55. [In Persian].
19. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Relations between Breastfeeding Self-efficacy and Maternal Health Literacy among Pregnant Women. Evid Based Care 2017; 6(4): 18-25.
20. Shamsi M, Mahmoodi SA. The fourth dimension of health: spiritual health, the neglected dimension of community health. Promot Cult Community Health 2022; 1(1): 31-4. [In Persian].
21. Amiri F, Najafi R. Investigating of Factors Affecting the Fertility Pattern of Arak City in 2018 with the Structural Equation Modeling. J Arak Univ Med Sci 2020; 23(3): 360-73.
22. Ahmadi SE, Rafiey H, Sajjadi H, Nosratinejad F. Explanatory Model of Voluntary Childlessness among Iranian Couples in Tehran: A Grounded Theory Approach. Iran J Med Sci 2019; 44(6): 449-56.
23. Roudi F, Azadi P, Mesgaran M. Iran’s Population Dynamics and Demographic Window of Opportunity, Working Paper 4, Stanford Iran 2040 Project. Stanford, CA: Stanford University; 2017.
24. Haerimehrizi AA, Tavousi M, Sadighi J, Motlagh M, Eslami M, Naghizadeh F, et al. Reasons for fertility desire and disinterest among Iranian married adults: A population-based study. Payesh J 2017; 16(5): 637-45. [In Persian].
25. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Sahebkar M, Moghzi M. Investigating health literacy in patients with type2 diabets referring to the health houses of Chenaran in 2016. J North Khorasan Univ Med Sci 2017; 9(2): 183-91. [In Persian].
26. Amerian M, Kariman N, Janati P, Salmani F. The role of individual factors in decision making for the first childbearing. Payesh J 2016; 15(2): 143-51. [In Persian].
27. Mohammadi M, Rastergarkhaled A. Cultural changes, and reduce fertility in Iran (Based on second analyze of data of Iranian’s survey values and attitudes). J Appl Sociol 2015; 26(2): 159-80. [In Persian].
28. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in

Couples. Iran J Obstetr Gynecol Infert 2014; 17(114): 8-18. [In Persian].
29. Ganjavi A. The effect of marital satisfaction on the desire to have children. [Thesis]. Kerman, Iran: Kerman Branch, Islamic Azad University; 2015. [In Persian].
30. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh J 2014; 13(5): 589-99. [In Persian].
31. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 1982. p. 224-36.
32. Najarkolaei FR, Haghighi M, Heydarabadi AB, Ansarian A, Mesri M. Investigation of spiritual health in staff of one Medical Sciences University in Tehran. Res Relig Health 2015; 1(1): 13-20. [In Persian].
33. 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). J Iran Soc Dev Stud 2015; 7(2): 121-34. [In Persian].
34. Zadehahmad Z, Abdollahi M, Seyedeh Belin Tavakoly S, Charoghchian Khorasani E. Tendency to childbearing and its relationship with spiritual health and health literacy in women referred to the healthcare centers of Torbat Heydarieh, Iran, in 2019. Razi J Med Sci 2020; 27(8): 32-41.
35. Ojaglu S, Saraee H. The study temporal variation of the value of children in Iran. Soc Stud Res Iran 2014; 3(2): 263-81. [In Persian].
36. Enayat H, Parnian L. The Study of Cultural Globalization and Tendency to Fertility. Q J Woman Soc 2013; 4(2): 109-37. [In Persian].
37. Hajizadeh Bandeghara F, Jannesari S, Ozgoli G, Nasiri M. Positive Effect of Woman's Empowerment on childbearing: More Children in working Woman. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2016; 19(37): 51-61. [In Persian].
38. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Measuring Maternal Health Literacy in Pregnant Women Referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. J Midwif Reprod Health 2018; 6(1): 1157-62.
39. Khosravi A, Ahmadzadeh K, Arastoopoor S, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz health centers and its effective factors. Health Inf Manage 2015; 12(2): 194-205. [In Persian].
40. Razavizadeh N, Ghafarian E, Akhlaqi A. Grounds for low child seeking and delay in child bearing (case study: Mashhad women). Strateg Cult 2016; 8(31): 73-98. [In Persian].
41. Motlagh ME, Taheri M, Eslami M, Nasrollapour Shirvani SD. Factors affecting the fertility preferences in Iranian ethnic groups. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016; 14(6): 485-95. [In Persian].
42. 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). J Appl Sociol 2013; 24(2): 111-25. [In Persian].

.