

# عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان شهر تهران

حنا سادات صادقی\* ، حسن سرایی\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۹

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری در بین زنان مناطق ۱ و ۱۹ شهر تهران و مقایسه آنها صورت گرفته است. کاهش سطح باروری، یکی از مشخصه‌های جمعیت‌شناختی شهر تهران است. از این رو مطالعه شهر تهران از درجه اهمیت بالایی برخوردار است. جامعه آماری این پژوهش همه مادران مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سنجش سلامت بینایی‌سنجی و شنوایی-سنجی دانش‌آموزان بدو ورود به مدرسه است. هدف این پژوهش شناخت متغیرهای حمایت اجتماعی، اشتغال زنان و پایگاه اقتصادی اجتماعی خانواده بر گرایش به بارداری مجدد است. براساس نتایج آزمون دی‌سامرز و کندالسی بین متغیرهای حمایت‌های اجتماعی و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه معنادار به دست آمده است که نشان‌دهنده قوی بودن شبکه خویشاوندی در ایران است.

---

\* کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی. (نویسنده مسئول).

sadeghghananeh@gmail.com

hsaraie@yahoo.com

\*\* استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

اما بین متغیر اشتغال زنان و پایگاه اقتصادی اجتماعی خانواده و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه معناداری به دست نیامده است.

**مفاهیم کلیدی:** فرزندآوری، رفتار باروری، ایده‌آل‌های باروری، منطقه یک، منطقه نوزده

### مسئله پژوهش

باروری و گرایش به فرزندآوری از مقولات مهم در حوزه جمعیت‌شناسی است و از آنجا که این امر مهم در خانواده‌ها صورت می‌گیرد و تحت تأثیر عوامل متعدد جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه است، موضوعی بین‌رشته‌ای است. در این مقاله سعی بر آن است تا ارتباطی بین رشته جمعیت‌شناسی و به‌طور خاص باروری و جامعه‌شناسی خانواده برقرار شود، زیرا خانواده اصلی‌ترین واحدی است که در آن تصمیمات باروری اتخاذ می‌شود، اهداف باروری شکل می‌گیرد و رفتار باروری صورت واقعی و عملی به خود می‌گیرد.

فرزندآوری در حوزه خصوصی و در سطح خرد صورت می‌گیرد و به لحاظ تاریخی، هرچه جلوتر آمده‌ایم دایره این حوزه هم محدودتر شده است. به تعبیر دیگر، حق فرزندآوری در سرتاسر تاریخ به فامیل و خانواده و این روزها به زوجین، به‌خصوص زنان، واگذار شده است. پیدا است که در اتخاذ این تصمیمات و اجرایی کردن آنها، به‌طور متعارف نمی‌توان و نباید از زنان انتظار داشت که پیامدهای تصمیماتشان را برای جامعه، در سطح کلان، هم در نظر بگیرند. تصمیمات سطح خرد در زمینه فرزندآوری، ازسوی دیگر، ممکن است هزینه‌ها و مخاطراتی در سطح کلان (برای جامعه) ایجاد کند. برای مثال، تصمیم زوجین یا زنان به داشتن به‌طورمتوسط، کمتر از دو فرزند ممکن است، بازتولید جمعیت را به مخاطره اندازد و یا سبب تسریع در سالخوردگی جمعیت شده و ازاین طریق هزینه‌های زیادی به جامعه تحمیل کند. بنابراین، همان‌طور که در سطح خرد زوجین و زنان حق دارند درخصوص تعداد

### عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۳

اولادشان تصمیم بگیرند، در سطح کلان هم جامعه حق دارد، در صورتی که انباشت تصمیمات در سطح خرد مخاطرات جدی برای آن فراهم کند (برای مثال، بقای آن را به مخاطره اندازد یا کارکردهای اساسی آن را تهدید کند)، دخالت کند و با اتخاذ سیاست‌های مناسب و اجرای درست سیاست‌ها روند امور را در مسیری که مطلوب جامعه است هدایت کند (سرایبی، ۱۳۹۴: ۹).

طی سه دهه گذشته میزان باروری کل از ۶/۹ فرزند در سال ۱۳۶۳ به ۱/۸ فرزند در سال ۱۳۹۰ کاهش یافت (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). به موازات این روند کاهنده باروری، شاهد افزایش در نسبت خانواده‌های تک‌فرزند و یا بدون فرزند (خلج‌آبادی فراهانی، ۱۳۹۱؛ عرفانی، ۱۳۸۹)، تأخیر در سن ازدواج و تأخیر در تشکیل خانواده، افزایش میزان طلاق (کریمی، ۱۳۹۰)، شیوع سقط‌های جنینی عمدی (عرفانی، ۱۳۸۹؛ Erfani, 2001; Erfani, and McQuillan, 2008) و شیوع روابط غیرنکاحی در زیر گروه‌های جوان جمعیتی بوده‌ایم. باروری پایین و به همراه این تحولات جمعیتی که دغدغه کنونی سیاست‌گذاران جمعیتی و اندیشمندان علوم اجتماعی در ایران است، پیامدهای اساسی را برای جامعه معاصر ایران دربرخواهد داشت (عرفانی، ۱۳۹۱). طبق پژوهش‌های انجام‌شده میزان باروری کل برای زنان شهر تهران در سال ۸۹ به ۱/۴ فرزند برای هر مادر رسیده است (عرفانی به نقل از مشفق، ۱۳۹۱: ۹۶) و در سال ۹۰ میزان باروری کل به ۱/۳ فرزند به‌ازای هر زن رسیده است<sup>۱</sup> (عرفانی، ۱۳۹۱: ۹۶).

در این پژوهش در پی شناخت عوامل مؤثر بر گرایش مادران به داشتن فرزندی دیگر در آینده به جز فرزندان در حال حاضر زنده و همچنین مقایسه رفتار و ایده‌آل‌های

---

۱- یادآوری: روش‌های غیرمستقیم، باروری را کمتر از واقع برآورد می‌کنند. در محاسبه شاخص‌ها و برآوردهای جمعیتی در کنار روش‌های مستقیم، روش‌های غیرمستقیم نیز شکل گرفته‌اند. در روش‌های مستقیم فرض بر آن است که هرگونه اطلاع و آمار که برای شاخص‌سازی لازم باشد، در اختیار است و محدودیت و نقصی در آمار و ارقام اولیه وجود ندارد. در عالم واقع جمعیت‌شناسان همواره در این شرایط مطلوب و ایده‌آل قرار نداشته‌اند (میرزایی، ۱۳۹۰). در نتیجه روش‌های غیرمستقیم باروری را کمتر از واقع برآورد می‌کنند.

باروری نیز هستیم. این نوع اطلاعات می‌تواند به مؤثرتر بودن سیاست‌های جمعیتی برای تشویق به فرزندآوری در خانواده‌ها کمک کند.

### پیشینه پژوهش

خلج‌آبادی فراهانی و سرایی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «ترجیح و قصد تک‌فرزندی و تعیین‌کننده‌های آن در زنان و مردان همسر دار شهر تهران»، با استفاده از یک رویکرد ترکیبی (مطالعه کمی و کیفی) به شناسایی دلایل، انگیزه‌ها و عوامل بسترساز تک‌فرزندی در کوهورت‌های اخیر ازدواج (افراد در شرف ازدواج و افرادی که دارای یک فرزند زیر ۵ سال هستند) به تفکیک دو جنس پرداختند. در این پژوهش با استفاده از روش سهمیه‌ای خوشه‌ای، ۸۷۱ نفر از زنان و مردان در شرف ازدواج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج دولتی و ۹۲۰ نفر از زنان و مردان همسر دار دارای یک فرزند زیر ۵ سال که برای واکسیناسیون کودک خود به مراکز واکسیناسیون در تهران مراجعه کرده، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. براساس این پژوهش، قصد تک‌فرزندی در ۴۶ درصد و دوفرزندی در ۴۳/۲ درصد موارد گزارش شده است. تعیین‌کننده‌های قصد تک‌فرزندی در مردان عبارت بود از: فردگرایی، نگرانی کمتر از مشکلات تک‌فرزندی، باورهای جنسیتی تساوی‌طلبانه و نگرانی‌های فرزندپروری، درحالی‌که این تعیین‌کننده‌ها در زنان عبارت بودند از سن، نگرانی‌های فرزندپروری، فردگرایی، نگرانی کمتر از تک‌فرزندی و آرمان‌گرایی در تربیت فرزند. این نتایج بیانگر نوعی گذار به سوی کنترل‌های درونی‌تر بر تصمیم‌گیری باروری در مناطق توسعه‌یافته شهری مانند تهران بوده که منطبق بر نظریه گذار معیتی دوم است. ولی باید در اعلام نتایج، توجه خواننده را به این نکته جلب کرد که نمونه مورد مطالعه این پژوهش از مراکز خاص و دولتی اخذ شده است. همچنین زنان و مردان این نمونه در شرایطی نگرش خود به تک‌فرزندی را اعلام کرده‌اند که فرزندان آنها زیر ۵ سال بوده‌اند و میانگین سنی فرزند آنها ۲ سال است و به دلیل

## عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۵

اینکه تازه از زمان زایمان آنها گذشته و فرزند آنها نیاز به مراقبت دارد، این خانواده‌ها قصد تک‌فرزندی دارند و ممکن است با گذشت چند سال نظر آنها عوض شود.

عباسی شوازی و حسینی (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان تغییرات اندیشه‌ای و تأثیر آن بر رفتارهای و ایده‌آل‌های باروری زنان ترک و کرد انجام داده‌اند. روش پژوهش آنها پیمایش و جمعیت آماری زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن در شهرستان در ارومیه است که حداقل یک‌بار ازدواج کرده‌اند. یافته‌ها از عمومیت تغییرات اجتماعی و تحولات خانواده در میان گروه‌های قومی مورد مطالعه به‌ویژه در گروه‌های هم‌دوره اخیرتر ازدواج حکایت دارد. براساس این مطالعه، تغییرات اندیشه‌ای محسوس در زمینه ازدواج و فرزندآوری و نیز رفتار و ایده‌آل‌های باروری زنان گروه‌های قومی به‌وجود می‌آید. نتایج گویای آن است که تغییرات اجتماعی و تحولات خانواده ملازم با تغییر در نگرش‌ها و ایستارهای مرتبط با ازدواج و فرزندآوری و دره‌ایت رفتار و ایده‌آل‌های باروری است. یافته‌ها از نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر اشاعه ارزش‌ها و هنجارهای باروری پایین و همگرایی رفتار و ایده‌آل‌های باروری گروه‌های قومی حکایت می‌کند.

حمیدی گنجه، (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی مؤثر بر تمایل زنان ۱۵-۴۹ ساله به داشتن فرزند دوم» سعی کرد تا این عوامل را شناسایی کند. وی به بررسی و تحلیل فرضیه‌های پژوهش با متغیرهای تحصیلات، اشتغال، پایگاه اجتماعی و اقتصادی، نگرش به فرزندآوری، جنس فرزند اول و سن زنان هنگام ازدواج، در بین ۳۹۰ نفر از زنان متأهل دارای یک فرزند ۱۵-۴۹ ساله شهر اصفهان پرداخت. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که افزایش تحصیلات و اشتغال زنان باعث کاهش تمایل آنها به داشتن فرزند دوم می‌شود. اما پایگاه اجتماعی و اقتصادی پاسخگوها و نگرش آنها به ارزش فرزند تأثیر معناداری در تمایل زنان به داشتن فرزند دوم ندارد. زنان مورد بررسی که دارای فرزند پسر بودند، تمایل بیشتری به داشتن فرزند دوم داشتند و همچنین با افزایش سن ازدواج زنان، تمایل آنها به داشتن فرزند دوم نیز کاهش می‌یافت. تحلیل لوجستیک برای بررسی احتمال تمایل به داشتن فرزند دوم نیز

نشان داد که سن ازدواج زنان و وضعیت فعالیت آنها و جنس فرزند اول تأثیر مثبت و معناداری بر احتمال تمایل آنها به داشتن فرزند دوم دارد. در نتیجه‌گیری کلی، متغیر اجتماعی جنس فرزند اول و متغیر اقتصادی وضعیت فعالیت و متغیر جمعیتی سن ازدواج زنان در تمایل به داشتن فرزند دوم مؤثر شناخته شد.

### چارچوب نظری پژوهش

#### - نظریه عمل معقول

فیشین<sup>۱</sup> و آجنز<sup>۲</sup> (۱۹۷۵)، انسان را یک موجود منطقی در نظر می‌گیرند که معمولاً به شیوه منسجم و مؤثر عمل می‌کند. به نظر فیشین و آجنز، آنچه بین نگرش و رفتار دیده می‌شود، قصد عمل کردن است. به عقیده آنها، اگر شخصی واقعاً قصد داشته باشد که در یک موقعیت معین یا در مقابل یک موضوع معین، به شیوه خاصی عمل کند، رفتار او آن را نشان خواهد داد (از کوزه همان برون تراود که در اوست)، مگر اینکه از نظر ابزاری یا جسمی شرایط فراهم نباشد. این دو پژوهشگر، ابتدا قصد زنان برای بچه‌دار شدن در دو سال آینده را می‌پرسند. دو سال بعد، بین قصد بچه‌دار شدن و اقدام به بچه‌دار شدن، همبستگی بسیار معنادار ۰/۶ را به دست می‌آورند. مفهوم جمله این است، زنانی که قصد باردار شدن داشتند، در مجموع سعی کرده‌اند به آن عمل کنند. مسلماً عوامل غیرقابل کنترل نیز وارد عمل می‌شود، مثل قطع رابطه با همسر، فقدان امکانات مادی یا زیستی. باوجود همه این عوامل، قصد عمل کردن می‌تواند معیار خوبی برای پیش‌بینی رفتار باشد؛ اما چه چیزی قصد را تعیین می‌کند؟ الگوی عمل معقول می‌گوید: از یک طرف نگرش و از طرف دیگر، هنجارهای ذهنی.

طبق نظریه فیشین و آجنز، نگرش از دو عامل ناشی می‌شود: باورهای مربوط به پیامدهای یک رفتار معین و ارزشی که به پیامدها داده می‌شود.

---

1. Fishbein, M  
2. Aizen, I

از طرف دیگر، فرد هرگز با چشم بسته عمل نمی‌کند. قصد عمل کردن فرد مسلماً تحت تأثیر نگرش او قرار می‌گیرد، همچنین فشار اطرافیان و میزان ارزش‌گذاری به این فشارها نیز قصد او را تحت تأثیر قرار می‌دهند: اینها عوامل تشکیل‌دهنده الگویی هستند که اصطلاحاً «هنجارهای ذهنی» نامیده می‌شود. هنجارها از این نظر ذهنی است که فرد، رفتار خود را براساس ادراکی که از آنها دارد، پایه‌ریزی می‌کند. طبق این نظریه، برای آنکه نگرش به رفتار تبدیل شود، لازم است بر انتظارات قابل تحقق پایه‌ریزی شود و بر تقویت اطرافیان تکیه کند (بدار و دیگران، ۱۳۸۴).

اساس چارچوب نظری مطالعه حاضر، نظریه عمل معقول است. به‌نظر فیشین و آجزن، آنچه بین نگرش و رفتار دیده می‌شود، قصد عمل کردن است. نظر آنها این است که رفتار در حالتی بیشتر قابل پیش‌بینی و قابل درک خواهد بود که ما به «قصد» شخص به رفتار در شرایط خاصی توجه کنیم، نه اینکه فقط نگرش‌های او را نسبت به آن رفتار مورد توجه قرار دهیم. براساس این نظریه، قصد باروری تا حد زیادی می‌تواند رفتار باروری را پیش‌بینی کند. متغیرهای دیگر در حکم عواملی هستند که بر قصد فرزندآوری تأثیر می‌گذارند. متغیر وابسته این پژوهش براساس نظریه فیشین‌باین و آیزن از سه مقوله تمایل، قصد و برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگری به غیر از فرزندان در حال حاضر زنده، ساخته شده است.

#### - نظریه لی‌وین و اسکریم‌شاو

یکی از نظریه‌هایی که در تبیین رفتار باروری به مفهوم فرهنگ و نقش هنجارها و ترجیحات در رفتار اشاره کرده است، نظریه لی‌وین و اسکریم‌شاو است. در نظر این دو مؤلف، فرهنگ نظام سازمان‌یافته‌ای از معانی مشترک و رایج میان مردم است. مجموعه‌ای از مفروضات اساسی و تصوراتی که قوانین و عقاید را ایجاد می‌کند، اما قابل تقلیل به آنها هم نیست. یک مدل فرهنگی شامل دو جنبه هستی‌شناسی و هنجاری است (دلالت‌هایی بر آنچه هست و آنچه باید باشد) که به صورت کد نمادین واحدی

برای افراد جامعه مشترک است. لی‌وین و اسکریم‌شاو تأکید می‌کنند که یک رویکرد فرهنگی برای باروری باید بر مدل‌های فرهنگی تولید مثل تأکید کند. چنین الگوهای فرهنگی عقاید و انتظارات مشترک یک جمعیت درباره باروری و مرگ‌ومیر آن جمعیت را به‌طور ویژه منعکس می‌کنند. مفهوم مورد تأکید در این مدل‌ها، عقلانیت فرهنگی است. عقلانیت فرهنگی آشکار می‌سازد که مثلاً رفتار باروری در کدام موقعیت مجاز و در کدام موقعیت باید با محدودیت همراه باشد. برای یک جمعیت خاص عقلانیت فرهنگی الگوی باروری شامل مجموعه‌ای از مفروضات فرهنگی است که بعضی از آنها منطقی (سازگار با شرایط واقعی) و برخی دیگر غیرمنطقی (منعکس‌کننده هنجارهای سنتی) هستند، اگرچه مردم همه آنها را در مجموع پذیرفته‌اند و فعالیت‌های مرتبط با باروری نظیر تولد، شیردهی، فاصله فرزندان، مراقبت از کودک و نظایر آن را شکل می‌دهند. به بیان دیگر، فرهنگ عنصر واسطه‌ای در اثرگذاری تعیین‌کننده‌های بلافصل و واسطه‌ای در نتیجه باروری است. به‌نظر لی‌وین و اسکریم‌شاو پدیده‌های جمعیتی در جوامع انسانی در حال نهادینه شدن فرایند هستند. جمعیت‌های انسانی به‌صورت عمومی و پایدار و نه موردی و استثنایی، رفتار باروری و مرگ‌ومیر را قاعده‌مند می‌سازند. مطالعه و شناخت محیط فرهنگی عاملان، به‌عنوان بستر شکل‌گیری کنش و بررسی هنجارهای حاکم بر رفتار کنشگران، توضیح مناسبی از سازوکار عوامل مؤثر بر رفتار ارائه خواهد داد (کارتز، ۱۹۹۸، به‌نقل از منصوریان و خوشنویس ۱۳۸۵: ۱۳۵).

لی‌وین و اسکریم‌شاو بر نقش هنجارهای فرهنگی تأکید می‌کنند و معتقدند که عقلانیت فرهنگی است که برای انسان‌ها موقعیت مجاز و غیرمجاز رفتار باروری را تعیین می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌کنند که برای درک رفتار کنشگران باید محیط فرهنگی آنان و هنجارهای حاکم بر آن محیط را شناخت (همان: ۱۳۵).

بر همین اساس اگر محیط فرهنگی از طریق خویشاوندان و دوستان زن، او را تشویق به داشتن فرزند دیگر کنند، گرایش او نیز به داشتن فرزند دیگر بیشتر از زنی است که هیچ تشویقی از نزدیکان و دوستان خود دریافت نمی‌کند و ترغیب به این کار



نمی‌شود. این نظریه نیز در تکمیل نظریه حمایت اجتماعی است و بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی با این نظریه هم‌پوشانی دارد.

### - نظریه حمایت اجتماعی

استریتز<sup>۱</sup> در مفهوم‌سازی‌اش از حمایت اجتماعی خاطرنشان می‌کند که اکثر تحقیقات اجتماعی و تدوین‌های نظری روی سه نوع حمایت اجتماعی تأکید دارند: حمایت اجتماعی ادراکی، حمایت اجتماعی صورت گرفته و درهم‌تنیدگی اجتماعی.

حمایت اجتماعی ادراک شده، حمایت را به‌عنوان ارزیابی شناختی روابط فرد با دیگران در نظر می‌گیرد. مقیاس‌های حمایت اجتماعی دریافت‌شده تشخیص می‌دهد که همه پیوستگی‌های فرد با محیطش به حمایت اجتماعی منجر نمی‌شود، مگر اینکه فرد آن حمایت‌ها را برای برآوردن نیازش مناسب و قابل‌دسترس بداند. در برخی موارد نیز تلاش برای ارائه حمایت اجتماعی به‌دلیل نامناسب بودن، کوتاه‌مدت بودن و تعارض آن با نیازها و انتظارات دریافت‌کننده حمایت با شکست مواجه می‌شود. سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده بر ارزیابی شناختی فرد از محیط اجتماعی‌اش تأکید دارد، در ضمن به سطح اطمینان از اینکه هر وقت احساس نیاز به حمایت به‌وجود آید آن در دسترس خواهد بود و به‌اندازه کافی نیازش را برآورده خواهد کرد و آن به روشی عرضه می‌شود که سودمند تلقی شود.

حمایت اجتماعی صورت گرفته به رفتارها یا اعمال خاصی اشاره دارد که دیگران انجام می‌دهند، به‌طوری‌که آنها عملاً اشکالی از حمایت و کمک را ارائه می‌دهند. رفتارهای حمایتی می‌تواند شامل فعالیت‌هایی مثل گوش دادن، اظهار علاقه، قرض دادن پول، کمک به انجام کار، ارائه پیشنهادات، تدابیر و راهکار دادن و ابراز محبت باشد.

سنجش حمایت اجتماعی صورت گرفته بر چیزی تأکید دارد که افراد عملاً هنگام ارائه حمایت اجتماعی انجام می‌دهند. تا اندازه‌ای حمایت صورت گرفته یک ارزشیابی رفتاری از حمایت اجتماعی است. بخش اعظم حمایت صورت گرفته مقیاس‌های خودسنجی مربوط به یادآوری تجربیات گذشته هستند تا اینکه وابسته به مشاهدات واقعی از رفتارهای حمایتی باشد.

درهم‌تنیدگی اجتماعی اشاره به ارتباطات واقعی افراد با اشخاص مهم در محیط‌شان دارد. ابزارهایی که حمایت اجتماعی را به‌عنوان درهم‌تنیدگی اجتماعی مفهوم‌سازی کرده‌اند بر شبکه اجتماعی تمرکز دارند، به‌عبارت‌دیگر آنها ارتباطات مستقیم و غیرمستقیمی را مشخص می‌کنند که افراد را با خانواده و دوستان و همسالان‌شان پیوند می‌دهد. این ارتباطات صرف، به‌عنوان شاخص‌های منابع اجتماعی در نظر گرفته شده‌اند که کارکردهای حمایت اجتماعی را بالقوه در زمان بحران انجام می‌دهد (صادقی سرچشمه، ۱۳۹۲).

بررسی منابع حمایت اجتماعی امری بسیار مهم است. میزان مختلف حمایت، چه از لحاظ وسعت شبکه‌های اجتماعی و ارتباطات با دیگران و چه از لحاظ احساس ذهنی دریافت حمایت، در تفاوت احساس رضایت و کیفیت زندگی افراد مؤثر است (میرسمیعی، ۱۳۸۵).

#### خانواده، یک منبع حمایتی

خانواده به‌مثابه مأمی آرام و راحت، از چند راه فرد را حمایت می‌کند: اطمینان از اینکه دیگر اعضای خانواده از فرزندان وی مراقبت می‌کنند، در نبود وی به کارهای منزل رسیدگی می‌کنند، آسایش و رفاه و امنیت را برای او فراهم می‌کنند، تفریحات خود را با اوقات فراغت کارمند هماهنگ می‌کنند (ناظری جویباری، ۱۳۹۱).

**فرضیه:** به‌نظر می‌رسد که بین حمایت‌های خویشاوندان و تشویق‌های آنها به داشتن فرزند دیگر و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه مستقیم وجود دارد. بدین

معنی که اگر حمایت‌های خویشاوندان در زمینه نگهداری از کودک بیشتر باشد، گرایش به داشتن فرزند دیگر بیشتر است و برعکس هرچه حمایت‌های خویشاوندان کمتر باشد، گرایش به داشتن فرزند دیگر کمتر است.

براساس نظریه حمایت اجتماعی اگر فردی حمایت را دریافت کند، حتی اگر آن حمایت باقی نماند، می‌تواند تأثیر سودمندی برای شخص داشته باشد. بر همین اساس اگر زنی بعد از زایمان از حمایت‌های خویشاوندان در نگهداری از فرزند خود برخوردار باشد و همچنین دوستان و نزدیکانش، او را به داشتن فرزند دیگری در آینده تشویق کنند، گرایش او به داشتن فرزند دیگر بیشتر از زنی است که از این حمایت محروم است. لی‌وین و شاو بر نقش هنجارهای فرهنگی تأکید می‌کنند و معتقدند که عقلانیت فرهنگی است که برای انسان‌ها موقعیت مجاز و غیرمجاز رفتار باروری را تعیین می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌کنند که برای درک رفتار کنشگران باید محیط فرهنگی آنان و هنجارهای حاکم بر آن محیط را شناخت. بر همین اساس اگر خویشاوندان و دوستان زن، او را به داشتن فرزند دیگر تشویق کنند، گرایش او نیز به داشتن فرزند دیگر بیشتر از زنی است که هیچ تشویقی از نزدیکان و دوستان خود دریافت نمی‌کند.

#### - نظریه نوسازی

نظریه نوسازی به تبیین تغییر و تحولات در نظام خانواده و به‌ویژه باروری پرداخته است. طبق این نظریه، تغییرات ساختاری (گذار از اقتصاد کشاورزی به اقتصاد صنعتی) از طریق سه جریان صنعتی شدن، شهرنشینی و تحصیلات همگانی با تغییر الگوهای باروری ارتباط دارد (عباسی شوازی و صادقی، ۱۳۸۴: ۲۷). از نظر گود فرایند جهانی نوسازی، صنعتی شدن و شهرنشینی موجب تغییر در ساختار سنتی خانواده و توسعه خانواده‌های جدید از نوع اروپایی در سراسر جهان شده است. در عصر پیشاصنعتی خانواده گسترده رواج داشت و خانه محل کار و زندگی بود. طبقه‌بندی و

تفکیک جنسیتی بین مشاغل تقریباً وجود نداشت و زنان در اغلب اموری که در حیطه کاری مردان بود، فعالیت می‌کردند و پس از ازدواج نیز در آن خانواده نیروی کار در نظر گرفته می‌شدند. در این میان، ازدواج زودرس زنان باعث هرچه بیشتر اجتماعی شدن آنها با هنجارهای خانواده شوهر می‌شد و از این طریق باروری در حد بالایی نگه داشته می‌شد.

در عصر صنعتی، محل زندگی و محل کار از همدیگر جدا شد و نوعی تفکیک جنسیتی بین مشاغل به وجود آمد. خانواده هسته‌ای گسترش پیدا کرد و دیگر نیازی به نیروی کار زنان در داخل خانواده شوهر وجود نداشت. همچنین موقعیت کاری زنان دچار تحولاتی شد و زنان وارد مشاغل غیرخانگی و با درآمد مختص به خود شدند و به استقلال اقتصادی دست یافتند. استقلال اقتصادی زنان باعث دستیابی آنان به استقلال اجتماعی شد. هم‌زمان شهرنشینی نیز رواج یافت و به دنبال آن سطح تحصیلات زنان، بالاتر رفت و در نتیجه موقعیت زنان بهبود یافت. چون با از بین رفتن خانواده گسترده، روند باروری رو به کاهش رفت و در نتیجه موقعیت زنان بهبود یافت؛ بنابراین، دیگر ضرورتی نداشت که زنان به خاطر وابستگی اقتصادی و اجتماعی به مردان اقدام به ازدواج زودرس کنند و سن ازدواج زنان افزایش یافت. در نتیجه، باروری روند رو به کاهش به خود گرفت، ضمن اینکه افزایش سطح تحصیلات زنان از طریق به تأخیر انداختن سن ازدواج می‌تواند به بالا رفتن سن آنها هنگام ازدواج منجر شود (شیخی، ۱۳۸۰). تغییر فاصله سنی زوجین، به سادگی ناشی از تغییر سن ازدواج زنان یا مردان و یا هر دو است. البته در ایران، شتاب زیاد افزایش سن ازدواج زنان نسبت به مردان از اختلاف سنی زوجین کاسته است (کاظمی‌پور، ۱۳۸۳). به این ترتیب، نوسازی از طریق تغییر ساختار خانواده که در نتیجه صنعتی شدن، شهرنشینی و تحصیلات، دسترسی به رسانه‌ها و امکانات مدرنیزه و... رخ داده و همچنین بهبود موقعیت زنان موجب کاهش باروری زوجین شد. در فرایند نوسازی، خانواده محوری جای خود را به فرد محوری می‌دهد و هم‌زمان، سازمان‌ها و نهادهای جدید، بسیاری از کارکردهای قدیمی خانواده

را برعهده می‌گیرند؛ بنابراین، مطابق با تغییر کارکرد خانواده شبکه اجتماعی جدید جایگزین شبکه خویشاوندی می‌شود و در نتیجه، خانواده به یک واحد هسته‌ای استوار بر فردگرایی تبدیل می‌شود. به این معنا که تصمیمات فردی زوجین جایگزین تصمیمات فامیل درباره باروری می‌شود؛ بنابراین، نوسازی از این طریق باعث افزایش سن ازدواج افراد و کاهش باروری شد (محمودیان، ۱۳۸۳).

**فرضیه:** به نظر می‌رسد که بین اشتغال زنان و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه معکوس وجود دارد. بدین معنی که در بین زنان شاغل، گرایش به داشتن فرزند دیگر کمتر است و برعکس، در بین زنان خانه‌دار گرایش به داشتن فرزند دیگر بیشتر است. اشتغال زنان در خارج از خانه، به‌عنوان یکی از ابعاد نوسازی می‌تواند با تغییر روند باروری زوجین در ارتباط باشد. مشارکت نداشتن زنان در نیروی کار با بالاتر بودن میزان باروری زوجین همبستگی مثبتی دارد. با بهبود وضعیت اشتغال و مشارکت زنان و همچنین آموزش، موقعیت و پایگاهشان بالاتر رفته و مسلماً قدرت بالاتری در عرصه تصمیم‌گیری پیدا کرده‌اند. ارتقای موقعیت زنان می‌تواند یکی از راه‌های کاهش باروری در نظر گرفته شود. افزایش تحصیلات و اشتغال بیرون از منزل باعث کاهش باروری در بین زنان می‌شود.

#### - باروری و موقعیت اقتصادی و اجتماعی

به عقیده رانگ<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) این تقریباً یک قانون اقتصادی - اجتماعی است که افراد از طبقه یا موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر باروری بالاتری دارند (لوکاس و میر، ۱۳۸۱: ۱۱۴). کیلفورد بر این باور است که جهت‌گیری ارزشی فرد بین موقعیت او در ساخت اجتماعی و رفتار باروری مداخله کرده و در حقیقت نقش نوعی متغیر واسطه را دارد. به نظر او پایگاه اجتماعی فرد در ارتباط نزدیک با تغییرات واقعی باروری قرار

دارد. بدین ترتیب این موقعیت و پایگاه فرد است که اهمیت بیشتری داشته و جهت‌گیری فرد را تشکیل می‌دهد (کاظمی، ۱۳۷۹: ۳۹).

بسیاری از مطالعات این نکته را متذکر شده‌اند که باروری در کشورهای توسعه‌یافته در میان افراد متعلق به طبقات پایین‌تر در بالاترین سطح خود است و در نزد طبقات متوسط و عالی در پایین‌ترین سطح قرار دارد. ارتباط بین تعلق طبقاتی و سطح باروری در سال‌های نخست قرن بیستم به مراتب بیشتر و قوی‌تر از زمان حاضر است (هیر، ۱۳۸۰: ۱۲۱).

**فرضیه:** به نظر می‌رسد که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه معکوس وجود دارد. بدین معنی که هر چه پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده بالاتر باشد، گرایش به داشتن فرزند دیگر کمتر است و برعکس هر چه پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده پایین‌تر باشد، گرایش به داشتن فرزند دیگر بیشتر می‌شود.

به عقیده رانگ و کیلفورد نیز طبقه یا پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده از عوامل تأثیرگذار بر سطح باروری است و طبقات مختلف اقتصادی - اجتماعی از لحاظ رفتار باروری با هم تفاوت دارند.

## روش پژوهش

در پژوهش حاضر با توجه به هدف تحقیق که بررسی عوامل مؤثر با گرایش مادران به فرزندآوری است و با توجه به امکانات در دسترس، از روش پیمایش استفاده شده است.

جمعیت مورد بررسی در این پژوهش کلیه مادران مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سنجش سلامت بینایی‌سنجی و شنوایی‌سنجی دانش‌آموزان بدو ورود به مدرسه است. داده‌ها از ۳۶۰ نفر از مادران دارای فرزند ساکن منطقه‌های ۱ و ۱۹ شهر تهران جمع‌آوری شده است.

روش نمونه‌گیری پوشش کامل تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر است و پرسش‌نامه‌ها در اختیار همه مادران مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سنجش سلامت بینایی سنجی و شنوایی سنجی دانش‌آموزان بدو ورود به مدرسه در تابستان ۱۳۹۴ شهر تهران قرار گرفته است. همه این پایگاه‌ها از طرف وزارت کل آموزش و پرورش شهر تهران انتخاب شده است و همه مادران دارای فرزند کلاس اول، باید به این مراکز رجوع می‌کردند.

### تعریف مفاهیم

#### گرایش به فرزندآوری

از نظر توماس و زنانیکی گرایش‌ها، فرایندهای ذهنی مجزایی هستند که تعیین‌کننده پاسخ‌های واقعی و بالقوه هر شخص در دنیای اجتماعی محسوب می‌شوند. از جایی که هر گرایش همیشه به برخی چیزها روی می‌کند، می‌توان آن را موضع‌گیری ذهنی فرد در برابر یک ارزش دانست. ارزش‌ها معمولاً ماهیتی اجتماعی دارند یا به عبارت دیگر، آنها دیدگاه‌های مشترک مردم درباره بشر به حساب می‌آیند (به نقل از علیخواه، ۱۳۷۸: ۱۱۹).

مفهوم	ابعاد	معرف
گرایش به داشتن فرزند دیگر	تمایل	- آیا دلتان می‌خواست، یک فرزند دیگر هم می‌داشتید؟ - آیا همسرتان دلش می‌خواست، یک فرزند دیگر هم می‌داشت؟
	قصد	- آیا قصد به دنیا آوردن فرزند دیگری را دارید؟
	برنامه‌ریزی	- آیا برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اید؟

### حمایت‌های اجتماعی

حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که دیگر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت ممکن است از منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام و دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی صورت گیرد (سارافینو، ۱۳۸۴: ۱۷۸).

مفهوم	ابعاد	معرف
حمایت اجتماعی	عملی	<p>- آیا بعد از زایمان‌تان، از حمایت‌ها و کمک‌های خویشاوندان در نگهداری از او برخوردار بودید؟</p> <p>- در شرایط فعلی، چقدر می‌توانید بر روی کمک یکی از اقوام یا نزدیکان برای نگهداری از فرزند دیگر خود حساب کنید؟</p>
	اطلاعاتی	<p>- آیا دکتر زنانی که به او مراجعه می‌کنید، شما را به داشتن فرزند دیگری تشویق می‌کند؟</p> <p>- آیا خویشاوندان‌تان شما را به داشتن فرزند دیگر تشویق می‌کنند؟</p> <p>- آیا دوستان‌تان شما را به داشتن فرزند دیگر تشویق می‌کنند؟</p>

### یافته‌های پژوهش

#### یافته‌های توصیفی

براساس یافته‌های جدول زیر در منطقه یک ۳۶/۹ درصد از پاسخگویان ۱ فرزند دارند که از بین این پاسخگویان ۱۵/۶ درصدشان قصد دارند تک‌فرزند باقی بمانند و بقیه قصد به دنیا آوردن فرزند دیگری دارند. ۴۸/۶ درصد از پاسخگویان ۲ فرزند دارند که



## عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۱۷

از بین این پاسخگویان حدود ۱۰ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند. ۱۴/۵ درصد از پاسخگویان ۳ فرزند و بیشتر دارند. بین تعداد فرزندان قصد شده و تعداد فرزندان ایده‌آل تفاوت چندانی وجود ندارد. فقط ۵/۶ درصد از پاسخگویان، تک‌فرزندی را تعداد مطلوب فرزند برای خانواده می‌دانند، ۵۷ درصدشان ۲ فرزند و ۳۷/۴ درصدشان ۳ فرزند را تعداد مطلوب فرزند برای خانواده می‌دانند. در منطقه نوزده ۳۴/۸ درصد از پاسخگویان ۱ فرزند دارند که از بین این پاسخگویان ۱۳/۳ درصدشان قصد دارند تک‌فرزند باقی بمانند و بقیه قصد به دنیا آوردن فرزند دیگری را دارند. ۴۹/۲ درصد از پاسخگویان ۲ فرزند دارند که از بین این پاسخگویان حدود ۱۱ درصد قصد به دنیا آوردن فرزند دیگری را دارند. ۱۶ درصد از پاسخگویان ۳ فرزند و بیشتر دارند. همانند منطقه یک بین تعداد فرزندان قصدشده و تعداد فرزندان ایده‌آل تفاوت چندانی وجود ندارد. از نظر تعداد فرزندان مطلوب، فقط ۵ درصد از پاسخگویان، ۱ فرزند را تعداد مطلوب فرزند برای خانواده می‌دانند، ۶۰ درصد از پاسخگویان ۲ فرزند و ۳۵/۴ درصد ۳ فرزند را تعداد مطلوب فرزند برای خانواده می‌دانند. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد بین تعداد فرزندان، تعداد فرزندان قصدشده، تعداد فرزندان ایده‌آل قبل از تولد اولین فرزند و تعداد مطلوب فرزند برای خانواده بین دو منطقه‌های ۱ و ۱۹ تفاوت آشکاری مشاهده نمی‌شود و این نتایج نشان‌دهنده این است که بین زنان دو منطقه شمال شهر و جنوب شهر تهران، از نظر رفتار باروری و تمایلات باروری همگرایی ایجاد شده است.

جدول ۱- توزیع پاسخگویان برحسب تعداد فرزندان، قصدشده، ایده‌آل و مطلوب به تفکیک منطقه سکونت

تعداد فرزندان (در حال حاضر)	منطقه ۱	منطقه ۱۹	کل مناطق
۱ فرزند	۳۶/۹	۳۴/۸	۳۵/۸
۲ فرزند	۴۸/۶	۴۹/۲	۴۸/۹
۳ فرزند و بیشتر	۱۴/۵	۱۶	۱۵/۳
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تعداد فرزندان قصدشده (مورد انتظار)	منطقه ۱	منطقه ۱۹	کل مناطق
۱ فرزند	۱۵/۶	۱۳/۳	۱۴/۴
۲ فرزند	۶۰/۳	۵۹/۷	۶۰
۳ فرزند و بیشتر	۲۴	۲۷/۱	۲۵/۶
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تعداد فرزندان ایده‌آل قبل از تولد اولین فرزند	منطقه ۱	منطقه ۱۹	کل مناطق
۱ فرزند	۱۵/۶	۱۴/۴	۱۵
۲ فرزند	۵۷	۶۰/۲	۵۸/۶
۳ فرزند و بیشتر	۲۷/۴	۲۵/۴	۲۶/۴
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تعداد فرزندان مطلوب	منطقه ۱	منطقه ۱۹	کل مناطق
۱ فرزند	۵/۶	۵	۵/۳
۲ فرزند	۵۷	۵۹/۷	۵۸/۳
۳ فرزند و بیشتر	۳۷/۴	۳۵/۴	۳۶/۴
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

## یافته‌های استنباطی

### فرضیه اول

با توجه به ارقام مندرج در جدول زیر در منطقه یک زنانی که از حمایت‌های اجتماعی کمی برخوردار بودند، ۶۶/۲ درصد هم زنان و هم مردان تمایلی به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۱۸/۵ از زوجین تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند ولی ۴/۶ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگری را دارند و فقط ۳/۱ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر برنامه‌ریزی کرده‌اند. زنانی که از حمایت‌های متوسطی برخوردار بودند ۳۱ درصدشان تمایلی به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۳۴/۵ درصدشان تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند ولی ۱۵ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را کرده‌اند و فقط ۱۰/۶ درصدشان برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند. زوج‌هایی که از حمایت‌های زیادی برخوردار بوده‌اند، ۱۸/۲ درصدشان تمایل به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۳۴/۱ درصدشان تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند ولی ۲۰/۵ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و فقط ۱۵/۹ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر برنامه‌ریزی کرده‌اند.

در منطقه نوزده زنانی که از حمایت کمی بعد از زایمان برخوردار بودند، ۶۵/۴ درصد هم زنان و هم مردان تمایل به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۱۱/۱ درصد هم زنان و هم مردان تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند. ولی ۶/۲ درصد قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و فقط ۱/۲ درصد برای آوردن فرزند دیگر برنامه‌ریزی کرده‌اند. زنانی که از حمایت متوسطی برخوردار بودند، ۲۱/۴ هم زنان و هم مردان تمایل به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۲۵ درصد هم زنان و هم مردان تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند ولی ۶/۱۹ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و فقط ۱۵/۲ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر برنامه‌ریزی کرده‌اند. زنانی که از حمایت‌های اجتماعی زیادی برخوردار بودند ۱۹/۲ درصدشان به داشتن فرزند دیگر تمایل دارند. ۳۰/۸ درصد هم زنان و هم مردان به داشتن فرزند دیگر تمایل دارند و ۲۳/۱ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و ۱۹/۲ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر برنامه‌ریزی کرده‌اند.

جدول ۲- رابطه بین حمایت اجتماعی و گرایش به داشتن فرزند دیگر به تفکیک منطقه سکونت

منطقه	گرایش به داشتن فرزند دیگر	حمایت اجتماعی		
		حمایت کم	حمایت متوسط	حمایت زیاد
منطقه یک	زوج‌ها نمی‌خواهند	۶۶/۲	۳۱	۱۸/۲
	زوج‌ها می‌خواهند	۱۸/۵	۳۴/۵	۳۴/۱
	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	۴/۶	۱۵	۲۰/۵
	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه‌ریزی کرده	۳/۱	۱۰/۶	۹/۱۵
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
منطقه نوزده	زوج‌ها نمی‌خواهند	۶۵/۴	۲۱/۴	۱۹/۲
	زوج‌ها می‌خواهند	۱۱/۱	۲۵	۳۰/۸
	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	۶/۲	۱۹/۶	۲۳/۱
	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه‌ریزی کرده	۱/۲	۱۵/۲	۱۹/۲
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
هر دو منطقه	زوج‌ها نمی‌خواهند	۶۵/۸	۲۶/۲	۱۸/۸
	زوج‌ها می‌خواهند	۱۴/۴	۲۹/۸	۳۲/۳
	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	۵/۵	۱۷/۳	۲۱/۹
	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه‌ریزی کرده	۲/۱	۱۲/۹	۱۷/۷
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

### عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۲۱

برای اثبات یا رد معناداری این فرضیه و ارتباط حمایت‌های اجتماعی و گرایش به داشتن فرزند دیگر، از آزمون سامرز که ارتباط بین متغیرهای ترتیبی یا رتبه‌ای را می‌سنجد استفاده شده است.

با توجه به اینکه سطح معناداری برای منطقه یک و منطقه نوزده کمتر از ۰/۰۵ درصد بوده است، فرض صفر رد شده است؛ بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان وجود رابطه بین حمایت‌های اجتماعی و گرایش به داشتن فرزند دیگر اثبات می‌شود.

جدول ۳- نتایج آزمون دی‌سامرز و کندالسی‌گرایش به فرزندآوری برحسب حمایت‌های

اجتماعی

سطح معناداری (Sig)			ارزش (Value)			نوع آزمون
هر دو منطقه	منطقه نوزده	منطقه یک	هر دو منطقه	منطقه نوزده	منطقه یک	
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۳۵۳	۰/۳۸۰	۰/۳۲۲	دی‌سامرز
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۳۶۷	۰/۴۰۳	۰/۳۲۵	کندالسی

### فرضیه دوم

براساس ارقام مندرج در جدول زیر در منطقه یک ۳۹/۵ درصد از پاسخگویانی که خانه‌دار هستند، هم همسرانشان و هم زنان اصلاً تمایلی به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۲۹/۳ درصد از زنان خانه‌دار، هم همسرانشان و هم خودشان به داشتن فرزند دیگر تمایل دارند و ۱۳/۸ درصد از زوجین قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و

فقط ۱۰/۲ درصد از آنها برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند. ۳۳/۹ درصد از زنانی که شاغل هستند، هم همسرانشان و هم خودشان اصلاً تمایلی به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۳۰/۴ درصد از زنان و مردان تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند و ۱۲/۵ درصد از زنان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و فقط ۸/۹ درصد از آنها برای آوردن فرزند دیگر برنامه‌ریزی کرده‌اند.

در منطقه نوزده ۳۴/۵ درصد از پاسخگویانی که خانه‌دار هستند، هم همسرانشان و هم خودشان اصلاً تمایلی به داشتن فرزند دیگر ندارند. ۲۱/۸ درصد از زنان و مردان تمایل به داشتن فرزند دیگر دارند و ۱۵/۹ درصدشان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگر را دارند و فقط ۱۱/۴ درصدشان برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند. ۳۳/۳ درصد از پاسخگویانی که شاغل هستند، هم خودشان و هم همسرانشان اصلاً به داشتن فرزند دیگر تمایل ندارند. ۱۹ درصد از زوجین به داشتن فرزند دیگر تمایل دارند و ۱۴/۳ درصد از آنها قصد و برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند. نکته جالب توجه آن است که بین زنان شاغل و زنان خانه‌دار از نظر قصد فرزندآوری تفاوت چشم‌گیری مشاهده نشده است.

عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۲۳

جدول ۴- رابطه بین وضعیت اشتغال پاسخگویان با گرایش به داشتن فرزند دیگر به تفکیک منطقه سکونت

اشتغال			گرایش به داشتن فرزند دیگر	
کل	شاغل	خانه‌دار		
۳۸/۱	۳۳/۹	۳۹/۵	زوج‌ها نمی‌خواهند	منطقه یک
۲۹/۶	۳۰/۴	۲۹/۳	زوج‌ها می‌خواهند	
۱۳/۵	۱۲/۵	۱۳/۸	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	
۹/۹	۸/۹	۱۰/۲	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه-ریزی کرده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	
اشتغال			گرایش به داشتن فرزند دیگر	
کل	شاغل	خانه‌دار		
۳۴/۴	۳۳/۳	۳۴/۵	زوج‌ها نمی‌خواهند	منطقه نوزده
۲۱/۶	۱۹	۲۱/۸	زوج‌ها می‌خواهند	
۱۵/۸	۱۴/۳	۱۵/۹	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	
۱۱/۶	۱۴/۳	۱۱/۴	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه-ریزی کرده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	
اشتغال			گرایش به داشتن فرزند دیگر	
کل	شاغل	خانه‌دار		
۳۶/۲	۳۳/۸	۳۶/۷	زوج‌ها نمی‌خواهند	هر دو منطقه
۲۵/۴	۲۷/۳	۲۵/۱	زوج‌ها می‌خواهند	
۱۴/۷	۱۳	۱۵	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	
۱۰/۸	۱۰/۴	۱۰/۹	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه-ریزی کرده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	

براساس نتایج به دست آمده از کای اسکوتر برای منطقه یک شهر تهران با سطح معناداری ۰/۷۱ و ارزش ۲/۸۷ و همچنین با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای منطقه نوزده از طریق آزمون کای اسکوتر ۰/۹۷ و ارزش ۰/۸۰، می‌توان نتیجه گرفت با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است، بین اشتغال زنان و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه معناداری وجود ندارد، در واقع فرض یک رد و فرض صفر تأیید می‌شود و با ۹۵ درصد اطمینان، عدم وجود رابطه بین این دو متغیر را نتیجه می‌گیریم.

جدول ۵- نتایج آزمون کای اسکوتر گرایش به فرزندآوری به فرزندآوری بر حسب اشتغال

زنان

سطح معناداری (Sig)		ارزش (Value)			نوع آزمون
هر دو منطقه	منطقه نوزده	منطقه یک	هر دو منطقه	منطقه یک	
۰/۹۵۹	۰/۹۷۷	۰/۷۱۹	۱/۰۴۳	۰/۸۰۴	۲/۸۷۷ کای اسکوتر

فرضیه سوم

بر اساس ارقام مندرج در جدول زیر در منطقه یک ۷/۱ درصد از زوج‌هایی که به طبقه پایین اجتماعی تعلق داشتند، تمایل، قصد و برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند. زوج‌هایی که به طبقه متوسط تعلق داشتند ۱۱/۸ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر تمایل، قصد و برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند و زوج‌هایی که به طبقه بالا تعلق داشتند ۱۰/۴ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر تمایل، قصد و برنامه‌ریزی کرده‌اند.



عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۲۵

جدول ۶- رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده و گرایش به داشتن فرزند دیگر به تفکیک منطقه سکونت

پایگاه اقتصادی - اجتماعی				گرایش به داشتن فرزند دیگر	
کل	بالا	متوسط	پایین		
۳۸/۲	۳۴/۴	۵۰	۴۲/۹	زوج‌ها نمی‌خواهند	منطقه یک
۳۰/۱	۳۴/۴	۱۷/۶	۲۱/۴	زوج‌ها می‌خواهند	
۱۳/۳	۱۲/۸	۱۷/۶	۷/۱	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	
۱۰/۴	۱۰/۴	۱۱/۸	۷/۱	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه‌ریزی کرده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	
پایگاه اقتصاد - اجتماعی				گرایش به داشتن فرزند دیگر	
کل	بالا	متوسط	پایین		
۳۴/۵	۲۵	۳۰/۶	۴۰/۸	زوج‌ها نمی‌خواهند	منطقه نوزده
۲۰/۳	۱۲/۵	۲۲/۴	۱۸/۳	زوج‌ها می‌خواهند	
۱۶/۴	۱۲/۵	۱۹/۴	۱۲/۷	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	
۱۳/۶	۱۲/۵	۱۶/۳	۹/۹	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه‌ریزی کرده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	
پایگاه اقتصادی - اجتماعی				گرایش به داشتن فرزند دیگر	
کل	بالا	متوسط	پایین		
۳۶/۳	۳۳/۸	۳۵/۶	۴۱/۲	زوج‌ها نمی‌خواهند	هر دو منطقه
۲۵/۱	۳۳/۱	۲۱/۲	۱۸/۸	زوج‌ها می‌خواهند	
۱۴/۹	۱۲/۸	۱۸/۹	۱۱/۸	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده	
۱۲	۱۰/۵	۱۵/۲	۹/۴	زوج‌ها می‌خواهند - زن قصد کرده - زن برنامه‌ریزی کرده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل	

در منطقه نوزده ۹/۹ درصد از زوج‌هایی که به طبقه پایین اجتماعی تعلق داشتند، برای آوردن فرزند دیگر تمایل، قصد و برنامه‌ریزی کرده‌اند. زوجینی که به طبقه متوسط تعلق داشتند، ۱۶/۳ درصدشان تمایل، قصد و برنامه‌ریزی برای آوردن فرزند دیگر کرده‌اند. زوج‌هایی که به طبقه بالای اجتماعی تعلق داشتند، ۱۲/۵ درصدشان برای آوردن فرزند دیگر تمایل، قصد و برنامه‌ریزی کرده‌اند.

براساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون سامرز برای منطقه یک شهر تهران با سطح معناداری ۰/۲۴ و ارزش ۰/۰۷۷ و همچنین با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده برای منطقه نوزده از طریق آزمون سامرز ۰/۲۴ و ارزش ۰/۱۱۶، می‌توان نتیجه گرفت با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است، بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و گرایش به داشتن فرزند دیگر رابطه معناداری وجود ندارد، در واقع فرض یک رد و فرض صفر تأیید می‌شود و با ۹۵ درصد اطمینان، عدم وجود رابطه بین این دو متغیر را نتیجه می‌گیریم.

جدول ۷- نتایج آزمون دی‌سامرز و کندالسی گرایش به فرزندآوری به فرزندآوری  
برحسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده

سطح معناداری (Sig)			ارزش (Value)			نوع آزمون
هر دو منطقه	منطقه نوزده	منطقه یک	هر دو منطقه	منطقه نوزده	منطقه یک	
۰/۲۶۳	۰/۰۶۲	۰/۲۴۲	۰/۰۴۹	۰/۱۱۶	۰/۰۷۷	دی‌سامرز
۰/۲۶۳	۰/۰۶۲	۰/۲۴۲	۰/۰۵۲	۰/۱۱۴	۰/۰۶۷	کندالسی

## بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد درصد بیشتری از زنان تمایل به فرزندآوری دارند ولی به دلایل مختلف اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی قصد فرزندآوری مجدد را ندارند، یعنی می‌توان گفت که خانواده‌های ایرانی ذاتاً بچه‌دوست هستند و اگر شرایط برای آنها مهیا باشد، آنها قصد فرزندآوری پیدا می‌کنند، به عبارت دیگر، تعداد فرزندان قصدشده را عملی می‌کنند و در نتیجه برای آوردن فرزند، در آینده برنامه‌ریزی می‌کنند. بنابراین باید کاری کرد که فاصله بین تمایل تا قصد فرزندآوری خصوصاً در خانواده‌های تک‌فرزند، کم شود. همچنین بین زنان مناطق یک و نوزده، از لحاظ تعداد فرزندان، تعداد فرزندان ایده‌آل و تعداد فرزندان قصدشده تفاوت چشم‌گیری مشاهده نشده و در نتیجه یک نوع همگرایی بین زنان این مناطق به وجود آمده است. تحقیق حسینی و شوازی در سال ۸۸ از اشاعه ارزش‌ها و هنجارهای باروری پایین و همگرایی رفتار و ایده‌آل‌های باروری گروه‌های قومی حکایت می‌کند. همگرایی را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: تمایل جوامع به شبیه‌تر شدن و ایجاد مشابهت‌هایی در ساختارها، فرایندها و عملکردها. البته این همگرایی به معنای محو شدن تمام تفاوت‌ها و دستیابی به سطوح یکسان از باروری در بین زنان مناطق شمال - شهر و جنوب شهر نیست.

بر اساس نظریه موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، موقعیت زنان و انگیزه آنها برای بچه‌دار شدن در میان جمعیت‌ها و زیرگروه‌های جمعیتی و از جامعه‌ای به جامعه دیگر و از طبقه‌ای و گروهی به گروه اجتماعی دیگر متفاوت است. بنابراین انتظار نمی‌رود متوسط شمار کودکان زنان طبقات مختلف اقتصادی - اجتماعی یکسان باشد. اما نتایج این تحقیق برخلاف این نظریه بوده است و همان‌طور که هیر گفته است ارتباط بین تعلق طبقاتی و سطح باروری در سال‌های نخست قرن بیستم به مراتب بیشتر و قوی‌تر از زمان حاضر است.

حدود نیمی از زنان شاغل این نمونه ۱ فرزند ۷ ساله دارند. در این پژوهش مشاهده شده است که زنان شاغلی که تنها یک فرزند دارند، بعد از گذشت حدود ۷ سال هم تمایل و هم قصد آوردن فرزند دیگر را دارند و این نشان‌دهنده این است که اوایل زایمان به دلیل سختی مراقبت از فرزند و نگهداری تمام‌وقت و شبانه‌روزی از او، زنان قصد به دنیا آوردن فرزند دیگری را ندارند ولی بعد از گذشت چند سال باز هم خواهان آوردن فرزند دیگر هستند. لذا نگرش سنجی در مورد فرزندآوری و یا تک‌فرزندی را بهتر است در میان زنانی انجام داد که فرزندی داشته باشند و همچنین از زمان زایمان آنها حداقل ۳ یا ۴ سال گذشته باشد. نرخ اشتغال زنان در ایران در مقایسه با دیگر کشورهای صنعتی پایین است و در این نمونه نیز درصد کمی از زنان شاغل بوده‌اند، بنابراین هزینه فرصت مرتبط با دستمزد یا شغل ازدست‌رفته به دلیل فرزندآوری برای زنان در ایران بالا نیست و اشتغال عاملی برای تهدید فرزندان آنها نیست.

حمایت‌های اجتماعی در ابعاد مختلف، متغیر کلیدی این پژوهش است و همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده شد، درصد گرایش به فرزندآوری زنانی که از حمایت‌های اجتماعی برخوردار بودند، بسیار زیادتر از زنانی بود که از این حمایت برخوردار نبودند. طبق نظریه حمایت اجتماعی و نظریه لی‌وین و اسکریم‌شاو، نقش فرهنگ و هنجارها در رفتار باروری زنان مؤثر است و همان‌طور که سرایی در مقاله بازتولید جمعیت در سال ۹۴ اشاره کرده است، در ایران مانند ایتالیا خانواده قوی است و فرزندآوری پس از ازدواج در خانواده صورت می‌گیرد. اضافه بر آن، در ایران شبکه خویشاوندی هم قوی است. از این‌رو، خویشان زوج‌ها، به‌خصوص مادر بزرگ‌ها و پدر بزرگ‌ها، باید نقش مهمی در نگهداری از کودکان خردسال زنان دانشجو و شاغل ایفا کنند. شوهران این زنان هم باید هر چه بیشتر در خانه‌داری و بچه‌داری فعال شوند. البته، کمک خویشان و همسران زنان دانشجو و شاغل در نگهداری از کودکان خردسال معمولاً کافی نیست. مراکزی هم برای نگهداری کودکان این زنان باید در محل یا

نزدیک به محل تحصیل یا کار آنها فراهم شود، مراکزی که ضمن ارزان و در دسترس بودن، از نظر مادران مطمئن و باکیفیت باشد.

## منابع

- بدار، لوک؛ ژوزه دزیل؛ لوک لاماراش. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی اجتماعی*. ترجمه: حمزه گنجی. تهران: نشر ساوالان.
- سرایی، حسن. (۱۳۸۵). «تداوم و تغییر خانواده در جریان گذار جمعیتی ایران». *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، شماره ۲: ۳۷-۶۰.
- سرایی، حسن (۱۳۹۴). «بازتولید جمعیت ایران: وضع موجود و ملاحظاتی درباره‌ی سیاست‌گذاری». *فصلنامه علوم اجتماعی*. شماره ۶۸: ۱-۳۵.
- حمیدی گنجه، پریسا. (۱۳۹۰). بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی مؤثر بر تمایل زنان ۱۵-۴۹ ساله به داشتن فرزند دوم. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی*. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- خلیج‌آبادی فراهانی، فریده و حسن سرایی. (۱۳۹۱). *قصد و عملکرد زنان و مردان همسر دار ساکن تهران در خصوص تک‌فرزندی و عوامل اجتماعی و فرهنگی تعیین‌کننده آن*. تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- خلیج‌آبادی فراهانی، فریده و حسن سرایی. (۱۳۹۲). «قصد تک‌فرزندی و تعیین‌کننده‌های آن در زنان و مردان در شرف ازدواج در تهران». *فصلنامه مطالعات جمعیتی*. سال اول، شماره اول. (۱) ۱: ۶۱-۸۶.
- سارافینو، ادوارد. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه: دکتر علی احمدی و دیگران. تهران: انتشارات رشد.

۳۰ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷، تابستان ۱۳۹۵

- سروش مهر، هما؛ حامد رفیعی؛ خلیل کلانتری؛ حسین شعبانعلی فمی. (۱۳۸۹). «بررسی پایگاه اقتصادی اجتماعی زنان روستایی و عوامل مؤثر بر بهبود آن». **پژوهش‌های روستایی**، دوره یک، شماره اول. (۱) ۱: ۱۴۳-۱۶۶.
- شیخی، محمدتقی. (۱۳۸۰). **جامعه‌شناسی زنان و خانواده**. تهران: شرکت سهامی انتشار.
- صادقی سرچشمه، عباس. عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی جوانان شهر یزد. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری**. دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبائی تهران.
- عباسی شوازی، محمدجلال. (۱۳۷۹). «ارزیابی روش فرزندان خود برای برآورد باروری در ایران با استفاده از داده‌های سرشماری ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵». **نامه علوم اجتماعی**، شماره ۱۶: ۱۰۵-۱۳۵.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ عباس عسگری ندوشن. (۱۳۸۴). «تغییرات خانواده و کاهش باروری در ایران: مطالعه موردی: استان یزد». **نامه علوم اجتماعی**، شماره ۲۵: ۲۵-۷۵.
- عرفانی، امیر. (۱۳۸۹). **گزارش تفصیلی پیمایش باروری تهران**. تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- عرفانی، امیر. (۱۳۹۱). «باروری در ایران و شهر تهران: میزان‌ها، روندها و تفاوت‌ها». **فصلنامه مطالعات جمعیتی**، سال اول، شماره ۱. (۱) ۱.
- علیخواه، فردین. (۱۳۷۸). **قشر اجتماعی و گرایش به عدالت و آزادی**. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی**. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده علوم اجتماعی.
- فاضلی، نعمت‌الله. (۱۳۹۱). گونه‌های در حال ظهور خانواده در تهران. **مجموعه مقالات اولین همایش علمی پژوهشی زنان و زندگی شهری**.

عوامل مؤثر بر گرایش به فرزندآوری زنان ... ۳۱

- کاظمی پور، شهلا. (۱۳۸۳). **مبانی جمعیت‌شناسی**. تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- کاظمی، مصطفی. (۱۳۷۹). **از مسگرآباد تا خاوران**. تهران: آفتاب هنر.
- کریمی، خدیجه. (۱۳۹۰). **بررسی تغییرات شاخص‌های ازدواج در ایران طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۸۵**. چهارمین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران. تهران: انتشارات مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- لوکاس، دیوید؛ پاول میر. (۱۳۸۱). **درآمدی بر مطالعات جمعیتی**. ترجمه: حسین محمودیان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- میرسمیعی، مرضیه. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبائی. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد** دانشگاه علامه طباطبائی.
- محمودیان، حسین. (۱۳۸۳). «سن ازدواج در حال افزایش: بررسی عوامل پشتیبان». **نامه علوم اجتماعی**، شماره ۲۴: ۲۷-۵۳.
- منصوریان، کریم؛ اعظم خوشنویس. (۱۳۸۵). «ترجیحات جنسی و گرایش زنان همسر دار به رفتار باروری: مطالعه موردی: شهر تهران». **مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز**. دوره ۲۴، شماره ۲ (۲۴): ۱۲۹-۱۴۶.
- میرسمیعی، مرضیه. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبائی. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد** دانشگاه علامه طباطبائی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰). **گزیده نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰**. تهران: مرکز آمار ایران.

- ناظری جویباری، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان سلامت روان کادر درمان بیمارستانی در استان مازندران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* مددکاری. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- هیر، دیوید، ام. (۱۳۸۰). *جامعه و جمعیت (مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی جمیت)*. ترجمه: یعقوب فروتن. بابلسر: انتشارات دانشگاه مازندران.

- Erfani, A. (2011). "Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates". *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 37 (3): 134-142.
- Erfani, A.; McQuillan, K. (2008). "Rapid fertility decline in Iran: Analysis of intermediate variables". *Journal of Biosocial Science*. 40 (3): 459-478.
- Fishbein, M; Aizen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Wrong, Dennis. (1977). *Population and Society*. Random House. New York.